

Surveillance provinciale des infections à bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases au Québec : protocole de surveillance

SURVEILLANCE ET VIGIE

MISE À JOUR AVRIL 2026

**COMITÉ DE SURVEILLANCE PROVINCIALE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES
PLAN DE MESURE ET D'ANALYSE DES DONNÉES**

AUTRICES ET AUTEURS

Comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN)

Valérie Labbé, conseillère en soins infirmiers
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

Danielle Moisan, microbiologiste-infectiologue, présidente du Comité SPIN
Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent

SOUS LA COORDINATION DE

Anne Kimpton, cheffe d'unité scientifique
Natasha Parisien, coordonnatrice professionnelle
Direction des risques biologiques

COLLABORATION

Annick Boulais, conseillère en soins infirmiers
Ruth Bruno, conseillère scientifique
Fanny Desjardins, conseillère en soins infirmiers
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

Comité de programme SPIN-BGNPC

Karl Forest Bérard, conseiller scientifique
Secrétariat général, affaires publiques, communication et transfert des connaissances
Institut national de santé publique du Québec

Les autrices et auteurs ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

AUTEURS ET AUTRICES – PREMIÈRE VERSION (2014)

Christian Lavallée, Isabelle Rocher, Christophe Garenc, Brigitte Lefebvre, Yves Longtin, Patrice Savard,
Terry-Nan Tannenbaum, Marie-Pierre Plante, Nadine Sicard, Claude Tremblay et Jasmin Villeneuve

MISE EN PAGE

Judith Degla, agente administrative
Direction des risques biologiques

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue ou en écrivant un courriel à : droits.dauteur.inspq@inspq.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 2^e trimestre 2026
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-555-03543-0 (PDF)
DOI : <https://doi.org/10.64490/PTFG4370>

© Gouvernement du Québec (2026)

COMITÉ DE SURVEILLANCE PROVINCIALE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES (SPIN)

MEMBRES ACTIFS

Danielle Moisan, présidente
Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Fanny Beaulieu
Marie-Claude Roy
Annie Ruest
Maxime-Antoine Tremblay
Centre hospitalier universitaire de Québec
Université Laval

Annick Boulais
Ruth Bruno
Natasha Parisien
Jasmin Villeneuve
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

Nathalie Deshaies
Centre intégré de santé et services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Jean-François Desrosiers
Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Montérégie-Centre

Florence Doualla-Bell
Laboratoire de santé publique du Québec
Institut national de santé publique du Québec

Caroline Labrecque
Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Yves Longtin
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Xavier Marchand-Sénécal
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Patrice Savard
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Marc-André Smith
Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal

MEMBRES LIAISON

Michèle Dugas
Zeke McMurray
Représentants de la Direction de la vigie et des maladies infectieuses
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Nathalie Deshaies
Représentante de la Table de concertation nationale en maladies infectieuses

MEMBRES D'OFFICE

Judith Fafard
Laboratoire de santé publique du Québec
Institut national de santé publique du Québec

Patricia Hudson
Isabelle Laperrière
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

INVITÉS PERMANENTS

Fanny Desjardins
Valérie Labbé
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

COMITÉ DE PROGRAMME SPIN- BGNPC

MEMBRES ACTIFS

Patrice Savard, président intérimaire
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Ruth Bruno
Valérie Labbé
Natasha Parisien
Jasmin Villeneuve
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

Michèle Dugas
Direction de la vigie et des maladies infectieuses
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Natasha Desmarreau
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux de la Capitale-Nationale

Florence Doualla-Bell
Laboratoire de santé publique du Québec
Institut national de santé publique du Québec

Christian Lavallée
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Yves Longtin
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Danielle Moisan
Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-
St-Laurent

Marie-Pierre Plante
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de
Sherbrook

MISES À JOUR ET NOUVEAUTÉS

Ce présent protocole est valide pour les données de surveillance de l'année 2026-2027 uniquement.

Les mises à jour de ce document sont présentées **en turquoise**.

Chapitre	Section	Sujets – changements -nouveau
5	5.2.1	• Précisions ajoutées pour la catégorie 1c • Précisions ajoutées pour la catégorie 2
	5.2.2	Précision ajoutée pour le type d'analyse
	5.2.5	Précision ajoutée pour la date de début d'infection
	5.2.6	Modification d'une variable de l'origine présumée d'acquisition de la souche
	5.3.2	Modification pour conserver seulement les tests de dépistage non différenciés

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux dans sa mission de santé publique. L'Institut a également comme mission, dans la mesure déterminée par le mandat que lui confie le ministre, de soutenir Santé Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et les établissements, dans l'exercice de leur mission de santé publique.

La collection *Surveillance et vigie* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques dont le format a été adapté pour une adéquation plus fine aux besoins de la clientèle cible.

L'INSPQ s'est vu confier par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec le mandat d'élaborer et de maintenir le programme de Surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN). Pour ce faire, l'Institut s'appuie sur un groupe d'experts, le Comité de Surveillance provinciale des infections nosocomiales (Comité SPIN), qui a rédigé ce protocole.

Les objectifs généraux de la surveillance provinciale des infections nosocomiales sont de :

- Suivre l'incidence des infections nosocomiales choisies selon leur fréquence, leur sévérité ou leur importance épidémiologique afin d'identifier précocement les variations de ces infections à l'échelle locale, régionale et nationale;
- Déterminer les principales causes, les facteurs de risques et les principaux agents pathogènes des infections nosocomiales surveillées;
- Offrir une méthodologie commune et des outils de surveillance et d'analyse normalisés afin de permettre une juste comparaison entre les établissements, et entre le Québec et les autres provinces et pays;
- Évaluer les mesures actuelles ou nouvelles de prévention et de lutte contre les infections nosocomiales;
- Planifier les priorités pour les surveillances provinciales des infections nosocomiales.

Le présent protocole porte sur les modalités de déclaration du programme de surveillance provinciale des **bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases**.

Ce document s'adresse aux professionnels des équipes de prévention et de contrôles des infections du réseau de la santé et des services sociaux.

TABLE DES MATIÈRES

1	CONTEXTE	1
2	OBJECTIFS	2
3	INSTALLATIONS PARTICIPANTES	3
4	DÉFINITIONS	4
4.1	BGNPC inclus dans la surveillance	4
4.2	Autres définitions	5
5	DÉCLARATION DES DONNÉES	7
5.1	Modes de déclaration	7
5.2	Déclaration périodique cas par cas des infections et des colonisations à BGNPC	7
5.2.1	Type d'infection	8
5.2.2	Microorganisme et antibiogramme	9
5.2.3	Co-variables/facteurs de risque	10
5.2.4	Catégorie d'attribution	10
5.2.5	Dates : diagnostic, début d'infection et admission	18
5.2.6	Fiche complémentaire	19
5.2.7	Évolution	20
5.3	Saisie périodique des dénominateurs	21
5.3.1	Saisie périodique des admissions et jours-présence par installation	21
5.3.2	Saisie périodique des tests de dépistage	22
6	ORGANISATION DE LA SURVEILLANCE	23
7	TRANSMISSION DES DONNÉES ET ÉCHÉANCIER	24
8	ANALYSE DES DONNÉES	25
9	DIFFUSION DES RÉSULTATS	26
10	SOUTIEN	27
11	RÉFÉRENCES	28

1 CONTEXTE

Au Québec, une surveillance de laboratoire des souches d'entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) a été mise en place par le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) en 2010. L'augmentation des cas déclarés dans les premières années de cette surveillance a justifié la création du programme de surveillance SPIN-BGNPC. Ce programme a débuté en avril 2014 et la participation est obligatoire depuis le 1^{er} avril 2017. Le comité de programme SPIN-BGNPC, sous la gouverne du Comité SPIN de l'INSPQ, a le mandat d'élaborer, de maintenir, d'analyser et d'émettre les recommandations pour cette surveillance.

La propagation de souches multirésistantes parmi les bacilles à Gram négatif (BGN) représente une menace pour la santé publique dans la mesure où elle compromet l'efficacité de l'antibiothérapie (Hawkey & Jones, 2009). Au cours des dernières années, les carbapénèmes ont pris une place importante dans le traitement des infections causées par des BGN. L'émergence et la propagation de la résistance à cette classe d'antibiotiques sont donc un sujet de préoccupation, car elles aboutissent inéluctablement à des problématiques de traitement (Wellington *et al.*, 2013) et à une augmentation de la mortalité (Martin *et al.*, 2018).

Ce programme de surveillance vise uniquement les entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC), mais le terme BGNPC est utilisé afin de pouvoir englober tout autre BGNPC qui pourrait nécessiter une surveillance particulière dans l'avenir.

2 OBJECTIFS

Objectifs généraux de SPIN

- Consolider le réseau de surveillance provinciale des infections nosocomiales en offrant une variété de surveillances pertinentes pour chaque installation;
- Fournir aux installations un outil méthodologique commun pour surveiller leur taux et leur apporter des éléments de comparaison avec d'autres installations ayant des caractéristiques comparables.

Objectifs spécifiques du programme SPIN-BGNPC

- Établir les taux d'incidence des infections à BGNPC et le taux d'acquisition des nouveaux porteurs de BGNPC d'origine nosocomiale;
- Documenter les caractéristiques des infections à BGNPC telles que l'origine d'acquisition et les sites d'infection;
- Déterminer la fréquence des complications les plus importantes associées à l'infection;
- Suivre l'évolution temporelle et la diffusion géographique des taux d'incidence des infections à BGNPC et du taux d'acquisition des nouveaux porteurs de BGNPC d'origine nosocomiale afin d'identifier précocement une augmentation à l'échelle locale, régionale et nationale;
- Identifier les centres hospitaliers ayant une augmentation du taux d'incidence;
- Suivre la moyenne des tests de dépistage pour les BGNPC;
- Décrire les aspects cliniques incluant les facteurs de risques des nouveaux porteurs et des infections;
- Décrire l'épidémiologie moléculaire des gènes de résistance présents dans les souches de BGNPC collectées.

3 INSTALLATIONS PARTICIPANTES

Certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), universitaires ou non, doivent participer à la surveillance telle que spécifiée dans la colonne « inclusions » du tableau ci-joint et de saisir les données dans le portail du système d'information de la surveillance provinciale des infections nosocomiales (SI-SPIN).

La surveillance vise l'entité « installation » qui répond aux critères et non pas son « établissement » puisque ce dernier peut regrouper un ensemble d'installations visées ou non par la surveillance.

L'installation participante est celle qui correspond aux inclusions du programme de surveillance. Une liste des installations participantes aux différents programmes de surveillance est disponible sur le [portail SI-SPIN](#). Quant à l'installation déclarante, celle-ci correspond à l'installation participante qui déclare le cas.

Programme de surveillance	Inclusions	Précisions
Bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases	• Installation d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ET • Avoir environ 1 000 admissions et plus de mission CHSGS par année (selon les dénominateurs, voir section 5.3.1).	L'unité de surveillance est l'installation.

4 DÉFINITIONS

4.1 BGNPC inclus dans la surveillance

Même si le protocole se nomme « Surveillance provinciale des infections à bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases au Québec », il inclut autant les **colonisations** que les **infections**. Le nom du protocole reflète simplement l'indicateur principal.

Étant donné qu'il s'agit de mécanismes de résistance avec des impacts cliniques importants, tous les BGNPC doivent être déclarés que l'utilisateur soit hospitalisé ou non, peu importe la catégorie d'attribution, que ce soit la longue durée, la psychiatrie, les soins ambulatoires ou acquis en communauté.

Statut de portage	Inclusions*	Exclusions
Nouveau porteur - Usager n'ayant jamais été diagnostiqué colonisé ou infecté à BGNPC avec le même gène de résistance dans l'installation déclarante ou dans tout autre milieu de soins^A - OU - Usager ayant été déjà porteur, mais dont l'alerte au dossier a été retirée (défichage)	Colonisation chez un nouveau porteur : - Tous les cas sont à déclarer : usagers hospitalisés ou non, peu importe le secteur (CHSLD, ambulatoire, externe...) Infection chez un nouveau porteur : - Tous les cas sont à déclarer	
Porteur connu - Usager ayant déjà été diagnostiqué colonisé ou infecté à BGNPC avec le même gène de résistance dans l'installation déclarante ou dans tout autre milieu de soins - OU - L'alerte au dossier n'a pas été retirée (défichage)	Infection chez un porteur connu chez tous les usagers hospitalisés ou non, peu importe le secteur (CHSLD, ambulatoire, externe...) Tous les cas sont à déclarer	Colonisation chez un porteur connu du même gène de résistance

*Précisions

Si une colonisation à BGNPC est découverte et qu'une infection en investigation ou en incubation au moment de la colonisation s'avère positive quelques jours plus tard, considérer comme étant le même épisode et faire une seule déclaration pour l'infection en inscrivant la co-variable appropriée pour le statut de porteur (voir [section 5.2.3](#)). Toutefois, s'il n'y a aucune investigation ou incubation d'infection au moment de la découverte de la colonisation, considérer comme étant deux épisodes distincts, peu importe le délai entre eux, et faire deux déclarations, soit une colonisation et une infection en inscrivant la co-variable appropriée pour le statut de porteur (voir [section 5.2.3](#)).

Une infection survenant à un site ayant déjà fait l'objet d'une déclaration doit être déclarée à nouveau s'il s'agit d'un nouvel épisode non relié à la première infection.

Exemple :

Un usager a une infection urinaire à *E. coli* avec gène KPC. Il est traité avec des antibiotiques. L'utilisateur n'a plus de symptôme urinaire et a une culture d'urine de contrôle qui est négative. L'utilisateur revient un mois plus tard avec une infection urinaire à *Klebsiella oxytoca* avec gène KPC. Cette infection est une nouvelle infection avec une bactérie différente, mais avec le même gène de résistance, donc ce nouvel épisode doit être déclaré dans les infections, mais pas dans les colonisations.

^A Réfère aux milieux de soins tant au Québec qu'hors Québec.

4.2 Autres définitions

		Définitions		
Souches de BGNPC	Inclusions	Détection d'au moins un gène codant pour une carbapénémase (KPC, NDM, IMP, GES, OXA-48, IMI-NMC, VIM, SME, FRI ou tout autre gène identifié) *		
		ET		
		Souche d'entérobactérie ^A (par exemple, <i>Citrobacter</i> sp., <i>Enterobacter</i> sp., <i>Escherichia coli</i> , <i>Hafnia alvei</i> , <i>Klebsiella</i> sp., <i>Kluyvera</i> sp., <i>Morganella</i> sp., <i>Proteus</i> sp., <i>Providencia</i> sp., <i>Salmonella</i> sp., <i>Shigella</i> sp., <i>Serratia</i> sp,...)	OU	Aucun microorganisme identifié, lors de l'utilisation du TAAN BGNPC directement sur le spécimen
	Exclusions	Bacilles à Gram négatif qui ne sont pas des entérobactéries (p.ex., <i>Acinetobacter</i> sp.)		
Types de prélèvement	Dépistage	• Test effectué dans le cadre des protocoles d'admission et en cours d'hospitalisation de l'installation déclarante visant à détecter la présence ou l'absence de BGNPC • Recherche une colonisation à BGNPC		
	Spécimen clinique	• Échantillon envoyé au laboratoire de microbiologie pour une culture bactérienne à des fins de diagnostic et effectuée en dehors d'un contexte de dépistage. Ne vise pas à vérifier la présence ou l'absence de BGNPC, mais tous les microorganismes présents dans l'échantillon • Démontre une colonisation ou une infection à BGNPC		
Colonisation	Présence de BGNPC dans un site sans signe ou symptôme ou ne correspondant pas aux critères de définition d'infection (voir section 5.2.1)			
Infection	Présence de BGNPC dans un site avec signe ou symptôme correspondant aux critères de définition d'infection (voir section 5.2.1), qu'il y ait ou non un traitement antibiotique prescrit (à moins qu'une définition ne l'exige, ex. : critère d'infection de pneumonie)			

^A Le terme « entérobactéries » réfère à l'ordre Enterobacterales et a été conservé pour faciliter la compréhension.

***Précisions**

Gènes de résistance : Aux fins de surveillance, c'est le gène de résistance qui détermine si la colonisation ou l'infection doit être considérée comme survenant chez un nouveau porteur ou non. Une colonisation ou une infection est dite « chez un porteur connu » si un usager est connu colonisé ou infecté par une bactérie porteuse du même gène de résistance aux carbapénèmes.

Exemples :

- Un usager est connu porteur d'un *Klebsiella pneumoniae* producteur de KPC. On trouve, dans un spécimen clinique associé à une infection, un *Klebsiella pneumoniae* porteur du gène NDM-1 chez ce même usager. Il faut donc déclarer cette infection et lui associer « BGNPC – Nouvelle infection chez un usager non connu porteur du même gène » puisqu'il s'agit d'un gène différent.
- Un usager est connu colonisé par un *E. coli* producteur de KPC. On trouve dans un spécimen clinique associé à une infection une souche de *Klebsiella pneumoniae* porteuse du gène KPC. Il s'agit donc d'une infection d'un « porteur connu » même s'il s'agit d'une espèce différente, puisque le gène de résistance peut se transmettre d'une espèce à l'autre. L'infection doit être déclarée puisque toute infection doit l'être, mais il ne s'agit pas d'une nouvelle colonisation.
- Un usager est connu colonisé par un *E. coli* producteur de KPC. On trouve dans un dépistage une souche de *Klebsiella pneumoniae* porteuse du gène KPC. Puisqu'il s'agit du même gène de résistance et puisque le gène peut se transmettre d'une espèce bactérienne à une autre, il ne s'agit pas d'un nouvel épisode de colonisation et il ne faut donc pas le déclarer.
- Un usager est connu colonisé par un *E. coli* producteur de KPC. On trouve dans un dépistage une souche d'*E. coli* porteuse du gène NDM-1. Comme il s'agit d'un nouveau gène, même s'il s'agit de la même espèce bactérienne, il s'agit d'un nouvel épisode de colonisation qui doit être déclaré.

5 DÉCLARATION DES DONNÉES

5.1 Modes de déclaration

Il s'agit d'un programme basé sur une surveillance active et prospective des colonisations et des infections à BGNPC.

Dans SI-SPIN, pour chaque installation :

- Déclaration périodique¹ cas par cas des infections et des colonisations à BGNPC;
- Déclaration périodique des dénominateurs :
 - Saisie périodique des admissions et jours-présence par installation;
 - Saisie périodique des tests de dépistage.
- Confirmation de saisie complétée pour les infections à BGNPC.

Types de cas	Modes de déclaration
Colonisation chez un nouveau porteur	Déclaration périodique cas par cas des colonisations à BGNPC
Infection chez un nouveau porteur	Déclaration périodique cas par cas des infections à BGNPC
Infection chez un porteur connu	
Colonisation chez un porteur connu	Aucune déclaration

5.2 Déclaration périodique cas par cas des infections et des colonisations à BGNPC

Cette section se rapporte à toutes les infections et les colonisations à BGNPC qui correspondent à la définition telle que détaillée à la [section 4](#). Seules les variables spécifiques aux BGNPC sont présentées dans cette section.

Toutes les infections (nouveau porteur et porteur connu) ainsi que les **colonisations** (nouveau porteur) **de toutes les catégories** correspondent au volet obligatoire.

Si l'infection survient chez une personne dont le statut de porteur au même gène de résistance n'était pas connu auparavant, vous complétez une seule fiche pour l'infection et cochez la co-variable « BGNPC - Nouvelle infection chez un usager non connu porteur du même gène » (voir [section 5.2.3](#)). Ne pas compléter une seconde fiche pour cette nouvelle colonisation pour éviter la double saisie.

¹ Depuis le 1er avril 2025, le terme période réfère au mois de l'année financière.

5.2.1 Type d'infection

Les infections doivent répondre aux critères d'infection dans les documents suivants :

- Définitions pour la surveillance des infections nosocomiales dans les milieux de soins (disponible sur le [portail SI-SPIN](#)) ou [National Healthcare Safety Network](#) (NHSN);
- [Protocole de surveillance provinciale des bactériémies nosocomiales au Québec](#) pour les critères spécifiques aux bactériémies.

Les infections répondant aux critères d'infection doivent être déclarées, et ce, même si elles ne sont pas traitées, à moins qu'une définition ne l'exige (ex. : critère d'infection de pneumonie).

Si les critères d'infection ne sont pas remplis, il s'agit d'une colonisation. Pour une colonisation, indiquer :

- Regroupement d'infections : Colonisation;
- Type d'infection : Colonisation à un bacille à Gram négatif producteur de carbapénémases.

5.2.2 Microorganisme et antibiogramme

Variables SI-SPIN	Précisions
Type de microorganisme	- Préciser le nom complet de la souche, soit avec le genre et l'espèce - Si aucune identification de microorganismes n'a été faite (ex.: TAAN), sélectionner le microorganisme « Autre entérobactérie »
Type d'analyse	- Si dépistage, sélectionner : - Bactérie Gram négatif multi-résistance (dépistage) (40020), si effectué par culture - Carbapénémases (TAAN) (Trousse homologuée) (45017) - Carbapénémases (TAAN) (Trousse non-homologuée) - établissement suprarégional désigné (40018) - ERV et BGNPC (TAAN) (dépistage) (trousse homologuée) sur spécimen clinique (45047) - Si spécimen clinique : choisir dans le menu déroulant Sélectionner uniquement l'analyse en lien avec la colonisation ou l'infection.
Antibiogramme	- L'inscription du résultat de la sensibilité à certains antibiotiques est obligatoire lors d'hémoculture* : - Ciprofloxacine OU lévofloxacine OU moxifloxacine (un seul obligatoire) - Imipénème OU méropénème (un seul obligatoire) - Amikacine, gentamicine OU tobramycine (un seul obligatoire) - Cefepime, cefotaxime, ceftazidime OU ceftriaxone (un seul obligatoire) - Pipéracilline-tazobactam (obligatoire) - TMP-SMX (obligatoire) Inscrire les tests de réaction aux antibiotiques : S = sensible, I = intermédiaire, R = résistant - Lorsque l'antibiogramme est obligatoire pour un groupe d'antibiotique, il faut inscrire le résultat pour l'antibiotique avec le plus haut niveau de résistance. Si le groupe ou l'antibiotique en question n'est pas disponible sur le rapport, vérifier avec votre laboratoire si les agents sont testés, mais non rapportés. S'ils ne sont pas testés (non disponibles), valider avec un microbiologiste-infectiologue l'interprétation appropriée selon le profil disponible.
Envoi au LSPQ	- Si le spécimen a été envoyé au LSPQ : cocher la case et inscrire le numéro de requête local. - Si le spécimen a été envoyé dans un laboratoire désigné (donc pas au LSPQ) : ne rien inscrire.
Gène de résistance	- Cocher le(s) gène(s) de résistance. Si plus d'un gène de résistance est présent dans le même prélèvement, cocher ceux concernés dans la même fiche d'infection. - Si le gène n'est pas listé : cocher « Autre gène de résistance » et le préciser dans la boîte.

Exemples :

- Un *E. coli* est « R » à Ceftriaxone, et « S » à Ceftazidime et à Céfépime : pour le groupe Cefepime/Cefotaxime/Ceftazidime/Ceftriaxone il faudrait rapporter la Ceftriaxone « R ».
- **Une nouvelle colonisation à BGNPC est positive à deux gènes de résistance (NDM et KPC) sur le même prélèvement. Dans la déclaration, il faut faire une seule fiche d'infection et y inscrire les deux gènes de résistance.**
- **Un dépistage hebdomadaire est fait dans votre installation pour un usager non connu et le résultat du TAAN est positif avec le gène OXA-48, mais la culture faite ensuite est négative. Vous devez déclarer ce cas comme étant une nouvelle colonisation en sélectionnant le microorganisme « Autre entérobactérie » et en cochant le gène de résistance OXA-48.**

5.2.3 Co-variables/facteurs de risque

Outre les variables retrouvées dans cette boîte, la question relative aux BGNPC concerne le statut de portage de l'usager et **un** choix obligatoire parmi ces trois co-variables :

- Si colonisation cocher : BGNPC – Nouvelle colonisation;
- Si infection cocher un choix :
 - BGNPC – Nouvelle infection chez un usager **déjà connu porteur** du même gène;
 - BGNPC – Nouvelle infection chez un usager **non connu porteur** du même gène.

5.2.4 Catégorie d'attribution

Cette variable réfère à la **catégorie d'attribution de l'infection ou de la colonisation** et non à la catégorie d'acquisition de la souche.

La **priorisation de catégorisation des cas doit se faire selon la probabilité la plus importante**, c'est-à-dire plus probable en soins aigus qu'en longue durée ou en communautaire ou bien lors d'une hospitalisation qu'en soins ambulatoires (par exemple, catégorie 1a > catégorie 1b > hospitalisation catégorie 2 > catégorie 1c > catégorie 1d > catégorie 1e > autre catégorie 2 > catégorie 3). À des fins de surveillance, l'attribution ne prend pas en considération la situation épidémiologique.

Pour être considérée nosocomiale, l'infection ne doit pas être présente ou en incubation au moment de l'admission.

Le **jour 1** correspond toujours à la journée de l'admission à l'unité de soins du CHSGS, peu importe l'heure d'admission.

Pour aider à la catégorisation des cas, des outils sont offerts sur le [portail SI-SPIN](#) :

- Délais requis et axes de temps pour considérer l'attribution nosocomiale;
- Algorithme de catégorie d'attribution des colonisations à BGNPC;
- Algorithme de catégorie d'attribution des infections à BGNPC.

Catégorie d'attribution : nouveau porteur		
Reliée à l'installation déclarante	1a	Hospitalisation actuelle dans l'installation déclarante
	1b	Hospitalisation antérieure dans l'installation déclarante
	1c	Soins ambulatoires dans l'installation déclarante
	1d	Unité de soins de longue durée dans l'installation déclarante
	1e	Unité de psychiatrie dans l'installation déclarante
Non reliée à l'installation déclarante	2	Autre installation non déclarante
	3	Communautaire
	4	Inconnue

Voici le descriptif pour chaque catégorie :

Catégorie 1a : Reliée à l'hospitalisation actuelle dans l'installation déclarante*	
COLONISATION	INFECTION
Hospitalisation à l'unité de soins de mission CHSGS dans l'installation déclarante	Hospitalisation à l'unité de soins de mission CHSGS dans l'installation déclarante
ET	ET
Colonisation à BGNPC chez un nouveau porteur à partir du jour 4 de l'admission	Infection à BGNPC chez un nouveau porteur ou un porteur connu à partir du jour 3 de l'admission
	OU
	Infection à BGNPC au jour 1 ou 2 de l'admission si l'infection est reliée à : • Une chirurgie effectuée au jour 1 ou 2 - OU • Une procédure effectuée au jour 1 ou 2
*Précisions	
Inclusions	Exclusions
Cas admis sur une unité de soins de mission CHSGS (incluant gériatrie active, unité d'hospitalisation brève, néonatalogie, pouponnière et bébé en cohabitation)	Ces cas sont exclus de la catégorie 1a et déclarés dans une autre catégorie d'attribution : • Unité de soins de longue durée du CHSGS (cat. 1d) • Unité de psychiatrie du CHSGS (cat. 1e) • Hospitalisation à domicile (cat. 3) • Hôtellerie (cat. 3)
• Infection nosocomiale : Comme pour toute définition d'infection nosocomiale, il ne doit y avoir aucune évidence que l'infection est présente ou en incubation au moment de l'épisode de soins. Exemple : Un usager se présente à l'urgence pour des symptômes urinaires. Une culture d'urine est réalisée au jour 4 de son admission et sort positive. Ce cas ne doit pas être déclaré dans la catégorie 1a, car l'infection était présente à l'admission. • Calcul des jours : Un usager est enregistré à l'urgence le 1er avril pour 2 jours puis est admis en CHSGS le 3 avril. Le jour 1 correspond donc au 3 avril. • Saisie dans SI-SPIN : Vous devez obligatoirement inscrire la date d'admission dans l'installation, la date de diagnostic ainsi que la date d'arrivée à l'unité de soins où l'infection a été acquise dans la « Catégorie d'unité de soins » afin que le cas soit catégorisé 1a par SI-SPIN.	

Catégorie 1b : Reliée à l'hospitalisation antérieure dans l'installation déclarante*	
COLONISATION	INFECTION
Hospitalisation dans les 12 derniers mois à l'unité de soins de mission CHSGS dans l'installation déclarante (peu importe la durée de l'hospitalisation)	Infection le jour même ou le lendemain du congé de l'installation
	OU
	Infection de site opératoire jusqu'à 30 ou 90 jours postopératoires (selon la chirurgie) et la chirurgie a été effectuée lors d'une hospitalisation antérieure
ET	OU
Aucune hospitalisation de plus de 24 heures dans un autre CHSGS	Infection à la suite d'une procédure : jusqu'à 7 jours post procédure et la procédure a été effectuée lors d'une hospitalisation antérieure
ET	ET
Colonisation à BGNPC chez un nouveau porteur trouvée : • À l'urgence : 3 jours et moins après son enregistrement OU • À l'hospitalisation en CHSGS: au jour 1, 2 ou 3 de l'admission OU • En externe	Infection à BGNPC chez un nouveau porteur ou un porteur connu trouvée : • À l'urgence : 2 jours et moins après son enregistrement OU • À l'hospitalisation en CHSGS : au jour 1 ou 2 de l'admission OU • En externe
*Précisions	
Inclusions	Exclusions
Cas ayant eu une hospitalisation sur une unité de soins de mission CHSGS (incluant gériatrie active, unité d'hospitalisation brève, néonatalogie, pouponnière et bébé en cohabitation)	Ces cas sont exclus de la catégorie 1b et déclarés dans une autre catégorie d'attribution: • Unité de soins de longue durée du CHSGS (cat. 1d) • Unité de psychiatrie d'un CHSGS (cat. 1e) • Hospitalisation à domicile (cat. 3) • Hôtellerie (cat. 3)
Lorsque plus d'une installation participante est impliquée : Pour une colonisation, si l'utilisateur a été hospitalisé dans une autre installation participante depuis le congé, le cas doit être déclaré par cette installation. Dans le cas d'un transfert qui aurait séjourné dans plusieurs installations, l'attribution doit se faire dans la dernière installation où l'utilisateur a été hospitalisé plus de 24 heures. Pour une infection, si l'attribution est à une autre installation, c'est l'autre installation qui doit déclarer le cas. • Si l'installation est participante : communiquer avec l'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI) afin que cette dernière déclare le cas. Il est important de ne pas déclarer en double les cas. • Si l'installation n'est pas participante : voir la catégorie 2 plus bas. Exemples : • Un usager est hospitalisé à l'installation A pour 7 jours et obtient son congé. Quelques jours plus tard, le même usager est hospitalisé à l'installation B pour 2 jours. Le même usager consulte ensuite l'urgence de l'installation C et un dépistage de BGNPC sort positif le même jour. Le cas sera déclaré dans la catégorie 1b par l'installation B. • Un cas a été opéré à l'installation A il y a 20 jours et il consulte l'installation B pour une infection de site opératoire à BGNPC. C'est l'installation A qui déclare le cas. • Un usager se présente à l'urgence avec un culture d'urine positive à BGNPC. L'enquête met en évidence que l'utilisateur a eu une seule hospitalisation dans la dernière année, mais celle-ci date de plusieurs semaines. L'infection n'est pas reliée à un site opératoire ou une procédure. Cette infection ne doit pas être déclarée dans la catégorie 1b puisque le délai depuis le congé de l'installation est dépassé pour l'infection. Cette infection serait déclarée de catégorie 3 (communautaire). Saisie dans SI-SPIN : Afin que le cas soit catégorisé 1b par SI-SPIN, vous devez obligatoirement inscrire dans la catégorie d'attribution les bonnes informations. Par exemple, si reliée à hospitalisation du jour même ou lendemain du congé : inscrire la date d'arrivée et de départ de l'hospitalisation antérieure ainsi que l'unité de soins dans la « Catégorie d'unité de soins ».	

Catégorie 1c : Reliée aux soins ambulatoires dans l'installation déclarante	
COLONISATION	INFECTION
Soins ambulatoires* reçus dans l'installation déclarante dans les 12 derniers mois	Soins ambulatoires* reçus 2 jours avant le prélèvement et reliés à l'infection
ET	OU
Aucune hospitalisation en CHSGS dans les 12 derniers mois	Infection de site opératoire : jusqu'à 30 à 90 jours postopératoires (selon la chirurgie) et la chirurgie a été effectuée en chirurgie d'un jour
ET	OU
Colonisation à BGNPC chez un nouveau porteur trouvée : • À l'urgence - OU • À l'hospitalisation en CHSGS : au jour 1, 2 ou 3 de l'admission - OU • En externe	Infection à la suite d'une procédure : jusqu'à 7 jours post procédure et la procédure a été effectuée en ambulatoire
	ET
	Infection à BGNPC chez un nouveau porteur ou un porteur connu trouvée : • À l'urgence - OU • À l'hospitalisation en CHSGS : au jour 1 ou 2 de l'admission - OU • En externe
*Précisions	
Inclusions si soins reçus	Exclusions
• Urgence (couché sur civière, peu importe la durée)^A • Oncologie • Hémodialyse • Chirurgie d'un jour • Médecine d'un jour • Endoscopie • Antibiothérapie intraveineuse à domicile • Radiologie interventionnelle	Ces cas sont déclarés comme origine communautaire (cat. 3) : • Un usager ayant effectué une visite dans les services ambulatoires cités dans les inclusions, mais n'ayant pas reçu de soins ou à l'urgence sans être couché sur civière. • Un usager ayant reçu des soins dans les soins ambulatoires non cités dans les inclusions tels que CLSC, clinique privée, soins à domicile, physiothérapie, imagerie médicale, centre de prélèvement, <u>hospitalisation à domicile</u>, etc.
Colonisation : La probabilité de retrouver un BGNPC dans un spécimen à la suite d'un contact est très faible si le contact a eu lieu récemment. Advenant une nouvelle colonisation dans les 3 premiers jours suivant les soins ambulatoires (jour même, lendemain et surlendemain), ce cas ne peut pas être déclaré dans cette catégorie. Exemples : • Un usager a séjourné sur civière dans deux différentes urgences. Il est hospitalisé dans votre installation et dépistage de BGNPC est positif au jour 1. Le cas doit être déclaré par la dernière urgence consultée. • Un usager est enregistré à l'urgence le 1^{er} avril. Il est admis le 4 avril. Un dépistage de BGNPC est fait et s'avère positif. L'usager étant enregistré à l'urgence 3 jours avant le prélèvement, il doit être déclaré comme une colonisation à BGNPC catégorie 1c. Saisie dans SI-SPIN : Afin que le cas soit catégorisé 1c par SI-SPIN, vous devez obligatoirement inscrire : dans la catégorie d'attribution, la catégorie d'unité de soins « Ambulatoire -... ». Par exemple, si reliée à une infection de site opératoire en chirurgie d'un jour : inscrire la date d'arrivée comme étant la date de la chirurgie ainsi que l'unité de soins « Ambulatoire – Chirurgie d'un jour » dans la « Catégorie d'unité de soins ».	

^A À des fins de surveillance, une limite a été établie au fait d'être couché sur civière.

Catégorie 1d : Reliée à l'unité de soins de longue durée dans l'installation déclarante*			
COLONISATION		INFECTION	
Transfert de l'unité de soins de longue durée	Transfert de l'unité de soins de longue durée	OU	Séjour à l'unité de soins de longue durée
OU	ET		ET
Séjour à l'unité de soins de longue durée dans les 12 derniers mois	Infection à BGNPC chez un nouveau porteur ou un porteur connu trouvée :		Infection à BGNPC chez un nouveau porteur ou un porteur connu trouvée :
ET			
Colonisation à BGNPC chez un nouveau porteur trouvée : - À l'urgence : 3 jours et moins après son enregistrement OU - À l'hospitalisation en CHSGS: au jour 1, 2 ou 3 de l'admission OU - À l'unité de soins de longue durée : à partir du jour 4 de l'arrivée à l'unité de soins de longue durée OU - En externe	- À l'urgence : 2 jours et moins après son enregistrement OU - À l'hospitalisation en CHSGS: au jour 1 ou 2 de l'admission		- À l'unité de soins de longue durée : à partir du jour 3 de l'arrivée à l'unité de soins de longue durée OU - Le jour même ou le lendemain du congé de l'unité de soins de longue durée
*Précisions			
Unité de soins de longue durée dans l'installation déclarante : C'est l'unité de soins de longue durée qui est dans la même installation (bâtisse) parmi les autres unités de soins de mission CHSGS. Saisie dans SI-SPIN : Afin que le cas soit catégorisé 1d par SI-SPIN, vous devez obligatoirement inscrire dans la catégorie d'attribution, la catégorie d'unité de soins « Longue durée ».			

Catégorie 1e : Reliée à l'unité de psychiatrie dans l'installation déclarante*			
COLONISATION	INFECTION		
Transfert de l'unité de psychiatrie	Transfert de l'unité de psychiatrie	OU	Séjour à l'unité de psychiatrie
OU	ET		ET
Séjour à l'unité de psychiatrie dans les 12 derniers mois	Infection à BGNPC chez un nouveau porteur ou un porteur connu trouvée :		Infection à BGNPC chez un nouveau porteur ou un porteur connu trouvée :
ET	- À l'urgence : 2 jours et moins après son enregistrement - OU - À l'hospitalisation en CHSGS : au jour 1 ou 2 de l'admission		- À l'unité de psychiatrie : à partir du jour 3 de l'arrivée à l'unité de psychiatrie - OU - Le jour même ou le lendemain du congé de l'unité de psychiatrie
Colonisation à BGNPC chez un nouveau porteur trouvée : - À l'urgence : 3 jours et moins après son enregistrement - OU - À l'hospitalisation en CHSGS : au jour 1, 2 ou 3 de l'admission - OU - À l'unité de psychiatrie : à partir du jour 4 de l'arrivée à l'unité de psychiatrie - OU - En externe			
*Précisions Unité de psychiatrie dans l'installation déclarante : C'est l'unité de psychiatrie qui est dans la même installation (bâtisse) parmi les autres unités de soins de mission CHSGS. Saisie dans SI-SPIN : Afin que le cas soit catégorisé 1e par SI-SPIN, vous devez obligatoirement inscrire dans la catégorie d'attribution, la catégorie d'unité de soins « Psychiatrie ».			

Catégorie 2 : Reliée à une installation non déclarante*	
COLONISATION	INFECTION
Aucune hospitalisation en CHSGS déclarant dans les 12 derniers mois	- Infection le jour même ou le lendemain du congé ou transfert de l'installation non déclarante OU - Infection de site opératoire : jusqu'à 30 à 90 jours postopératoires (selon la chirurgie) et la chirurgie a été effectuée dans une installation non déclarante OU - Infection à la suite d'une procédure : jusqu'à 7 jours post procédure et la procédure a été effectuée dans une installation non déclarante OU - Infection à partir du jour 3 de l'admission dans une installation non déclarante si aucun congé ou transfert
ET	
Transfert d'une installation non déclarante	
OU	
Séjour dans une installation non déclarante dans les 12 derniers mois	
ET	ET
Colonisation à BGNPC chez un nouveau porteur trouvée : - À l'urgence : 3 jours et moins après son enregistrement OU - À l'hospitalisation en CHSGS : au jour 1, 2 ou 3 de l'admission OU - En externe	Infection à BGNPC chez un nouveau porteur ou un porteur connu trouvée : - À l'urgence : 2 jours et moins après son enregistrement OU - À l'hospitalisation en CHSGS : au jour 1 ou 2 de l'admission OU - En externe
*Précisions	
Inclusions	Exclusions
- CHSLD (tout type) - Résidence privée pour personnes en perte d'autonomie (tout type) - Centre de réadaptation - CHSGS NON déclarant (avec soins) : - CHSGS du Québec ne répondant pas aux inclusions de la section 3 - Centre hospitalier hors Québec - Clinique médicale privée au Québec ou ailleurs	- URFI d'un CHSGS (à déclarer dans la catégorie 1a ou 1b) - Centre hospitalier de soins psychiatriques (à déclarer dans la catégorie 3) - Résidence privée pour personnes autonomes (à déclarer dans la catégorie 3)
Exemples : - Un usager a voyagé au Pakistan où il a subi une procédure. À son retour au Québec dix jours après la procédure, il consulte à l'urgence pour une infection liée à sa procédure. La culture relève du <i>E. coli</i> avec le gène KPC. Vous ne pouvez pas déclarer ce cas dans la catégorie 2 car la procédure date de plus de 7 jours. Toutefois, vous devez déclarer ce cas catégorie 3. - Un usager a voyagé à Cuba et a dû être hospitalisé et opéré pour une fracture. À son transfert dans votre installation au jour 1, un dépistage de BGNPC est fait et sort positif. Vous déclarez ce cas de colonisation à BGNPC catégorie 2. - Un usager est admis depuis 5 semaines dans un centre de réadaptation. L'unité où il est actuellement admis est en éclosion de KPC. Dans le cadre de dépistages élargis, on lui découvre une nouvelle colonisation à KPC. Auparavant, il était admis en CHSGS durant 3 semaines. Ce cas doit être déclaré dans la catégorie 1B par le CHSGS puisqu'il y a présence d'une hospitalisation dans les 12 derniers mois. - Un usager habite en CHSLD depuis 3 ans. Il présente des signes d'infection urinaire. Une culture d'urine est faite et se révèle positive à <i>Enterobacter cloacae</i> gène KPC. Ce cas doit être déclaré comme une infection à BGNPC de catégorie 2, même s'il n'est pas hospitalisé.	

Catégorie 3 : Origine communautaire*	
COLONISATION	INFECTION
Non reliée aux catégories d'attribution précédentes	Non reliée aux catégories d'attribution précédentes
ET	ET
Colonisation à BGNPC chez un nouveau porteur trouvée : - À l'urgence : 3 jours et moins après son enregistrement - OU - À l'hospitalisation en CHSGS : au jour 1, 2 ou 3 de l'admission - OU - En externe	Infection à BGNPC chez un nouveau porteur ou un porteur connu trouvée : - À l'urgence : 2 jours et moins après son enregistrement - OU - À l'hospitalisation en CHSGS : au jour 1 ou 2 de l'admission - OU - En externe
*Précision Inclusions : Tout cas ne correspondant pas aux autres catégories, dont : - Hospitalisation à domicile - Hôtellerie Exemple : - Un usager est connu porteur d'un <i>Klebsiella pneumoniae</i> producteur de KPC. À son admission au jour 2, on trouve dans un spécimen clinique associé à une infection, un <i>Klebsiella pneumoniae</i> porteur du gène NDM-1. Il a été hospitalisé au Mexique il y a 3 mois. Il faut donc déclarer cette infection dans la catégorie 3 communautaire, lui associer les co-variables « BGNPC – Nouvelle infection chez un usager non connu porteur du même gène » puisqu'il s'agit d'un gène différent et « BGNPC - Hospitalisation à l'extérieur du Canada au cours des 12 derniers mois ».	

Catégorie 4 : Origine inconnue*	
COLONISATION	INFECTION
Ne répond à aucune autre catégorie d'attribution	
*Précision Cette catégorie devrait être utilisée exceptionnellement. Contacter le soutien SI-SPIN (voir section 10) pour vous aider dans la catégorisation.	

5.2.5 Dates : diagnostic, début d'infection et admission

Variables	Type de données	Précisions
Date de diagnostic	Obligatoire	Correspond à la date de prélèvement positif.
Date de début d'infection	Obligatoire, si ISO	• À inscrire seulement lors d'infection de site opératoire. • Correspond à la date où le premier critère d'infection de site opératoire était présent et pas nécessairement la date de la culture positive. C'est cette date qui est utilisée pour valider le délai entre la chirurgie et l'ISO (jusqu'à 30 ou 90 jours postopératoires selon la chirurgie).
Date d'admission	Obligatoire, si catégorie 1a	Ne rien inscrire si autres catégories.

5.2.6 Fiche complémentaire

Variable	Définition	Variable obligatoire*	Sous-variable obligatoire
Origine présumée d'acquisition de la souche*	Cette question vise à identifier l'origine présumée de la souche d'après votre enquête épidémiologique, soit l'endroit où vous croyez que l'usager a acquis sa souche ou le facteur de risque principal, sans tenir compte de la catégorie d'attribution inscrite précédemment, et ce pour les colonisations et les infections chez les nouveaux porteurs . Cocher une variable obligatoire parmi celles-ci et une sous-variable si applicable.	BNGPC – Acquis lors d'un contact étroit dans l'installation déclarante	- Avec éclosion au même gène de résistance sur l'unité de soins - Avec éclosion au même gène de résistance ailleurs dans l'installation - Sans éclosion dans l'installation
		BGNPC – Acquis lors d'un contact élargi dans l'installation déclarante	
		BGNPC – Acquis dans l'installation déclarante (ni contact étroit ni contact élargi)	- Avec éclosion au même gène de résistance ailleurs dans l'installation - Sans éclosion ailleurs dans l'installation
		BGNPC - Acquis lors de soins reçus dans un service ambulatoire de l'installation déclarante	
		BGNPC - Acquis dans une autre installation participante	
		BGNPC - Acquis dans une installation non-déclarante au Québec	- Centre de réadaptation - CHSLD (incluant public, privé, MDA) - RPA avec soins - Centre de soins de courte durée (CHSGS)
		BGNPC - Contact communautaire avec un porteur connu	
		BGNPC - Hospitalisation ou soins de santé ailleurs au Canada	- Depuis ≤ 12 mois - Depuis > 12 mois
		BGNPC – Hospitalisation ou soins de santé à l'extérieur du Canada	- Depuis ≤ 12 mois - Depuis > 12 mois
		BGNPC – Séjour à l'extérieur du Canada sans soins de santé ≤12 mois	
BGNPC – Origine de la souche inconnue			
Nombre de tests de dépistages*	Obligatoire pour les nouvelles colonisations et infections (nouveaux porteurs) de catégorie d'attribution 1a : Indiquer le nombre de tests effectués (tests de dépistage seulement) avant que le cas ne soit découvert positif et ce, pour l'admission en cours (incluant le séjour à l'urgence).		
Exemples : - Un usager arrive à votre installation et une colonisation à BGNPC est déclarée au jour 6 de l'admission. Il n'est pas connu porteur de BGNPC et son dépistage d'admission était négatif. Toutefois, aucun cas de BGNPC n'est présent à l'unité. L'usager est hémodialysé et il y a quelques cas de colonisation à BGNPC depuis quelque temps. Donc la catégorie d'attribution de la colonisation est 1a (car nosocomiale à partir du jour 4 et détecté au jour 6), mais l'origine présumée d'acquisition de la souche est « BGNPC – acquis lors de soins reçus dans un service ambulatoire de l'installation déclarante » car la souche est probablement acquise en hémodialyse. Dans la case « Nombre de tests de dépistages effectués avant le premier résultat de BGNPC positif », le chiffre 1 doit être inscrit car l'usager a eu un test effectué avant la découverte du prélèvement positif. - Une infection à BGNPC est détectée chez un cas le jour 4 de son admission. Aucun signe d'infection n'était présent à son admission et il n'est pas connu porteur BGNPC. Or, le cas a été hospitalisé lors d'un voyage en Floride il y a 8 mois. La catégorie d'attribution de l'infection est 1a (car nosocomiale à partir du jour 3 et détecté au jour 4), mais l'origine présumée d'acquisition de la souche est « BGNPC - Hospitalisation ou soins de santé à l'extérieur du Canada ≤ 12 mois » puisqu'il s'agit du facteur de risque principal. Dans la case « Nombre de tests de dépistages effectués avant le premier résultat de BGNPC positif », le chiffre 0 doit être inscrit car l'usager n'a eu aucun test effectué avant la découverte du prélèvement positif.			

5.2.7 Évolution

Pour chaque fiche d'infection à BGNPC, l'évolution a pour but d'identifier si une complication est survenue dans les 30 jours suivant le diagnostic.

Complication	Saisie	Précisions
Décès	Obligatoire pour infection	- Toute cause confondue; - Inscrire la date du décès.
	Optionnelle pour colonisation	Vous pouvez cocher la case « Inconnu ».

5.3 Saisie périodique des dénominateurs

Il est nécessaire de disposer de dénominateurs pour les calculs des différents taux. Le recueil d'information sur les dénominateurs est aussi important que le recueil des numérateurs.

5.3.1 Saisie périodique des admissions et jours-présence par installation

Pour chaque période, chaque installation doit recueillir les admissions et les jours-présence. Voir le formulaire de collecte des dénominateurs disponible sur le [portail SI-SPIN](#). Les exclusions sont applicables au dénominateur seulement, car ces unités ne sont pas calculées dans les taux d'incidence (catégories 1a et 1b).

Les inclusions et les exclusions du tableau ci-dessous réfèrent aux centres d'activités du [Manuel de gestion financière](#) du MSSS.

Dénominateurs	Inclusions	Exclusions
Nombre d'admissions	Usagers admis dans des lits appartenant à la mission CHSGS du Répertoire des établissements du MSSS (M02) par exemple : - Lits de soins infirmiers pédiatriques de courte durée (4030) - Lits de soins infirmiers de courte durée aux adultes (6050) incluant les lits d'une unité d'hospitalisation brève (UHB) et de gériatrie active - Lits de soins infirmiers et d'assistance en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) (6080)	Usagers admis dans des lits appartenant à la mission CHSGS du Répertoire des établissements du MSSS (M02) : - Lits de psychiatrie (6010, 6020, 6030) - Lits d'hôtellerie hospitalière (6180) - Lits d'hospitalisation à domicile (6210) Usagers admis dans des lits appartenant à la mission CHSLD ou CHPSY de l'installation déclarante
Nombre de jours-présence	- Lits de soins spécialisés aux nouveau-nés (néonatalogie) (6200) tout niveau de soins* - Lits de centre de soins à la mère et au nouveau-né (6360) incluant la pouponnière et les bébés en cohabitation	
*Précision Saisie SI-SPIN : Pour le formulaire « Saisie périodique des admissions et jours-présence par installation », les jours-présence en néonatalogie exclut les soins intensifs néonataux car ils se retrouvent dans un autre endroit du formulaire. Toutefois, ils comprennent les unités de soins de type intermédiaire.		

5.3.2 Saisie périodique des tests de dépistage

Pour chaque période, chaque installation doit recueillir les tests de dépistage suivants, selon le [répertoire québécois et système de mesure des procédures de biologie médicale](#) (MSSS, 2025) :

- Bactérie Gram négatif multi-résistance (bêta-lactamase ESBL, carbapenemase) (dépistage) (40020), si le dépistage est par culture;
- Carbapénémases (TAAN) (Trousse homologuée) (45017);
- Carbapénémases (TAAN) (Trousse non-homologuée) - établissement suprarégional désigné (40018);
- ERV et BGNPC (TAAN) (dépistage) (trousse homologuée) sur spécimen clinique (45047).

Voir le formulaire de collecte des tests de dépistage disponible sur le [portail SI-SPIN](#).

Si votre laboratoire ne fait pas ces tests sur place ou envoie une partie significative de ces tests dans un autre laboratoire, demandez au laboratoire de vous fournir le nombre de tests pour les usagers « inscrits » et « admis » qui auraient été envoyés dans un autre laboratoire (service acheté).

Dénominateurs	Précisions
Nombre de tests de dépistage non différenciés	Inscrivez le nombre total de tests de dépistage (incluant les dépistages à l'admission et en cours d'hospitalisation) seulement pour la mission CHSGS selon les critères d'inclusion de la section 5.3.1. Toutefois, s'il s'avère difficile de retirer ceux effectués dans les exclusions de la section 5.3.1, vous pouvez mettre le total de la mission CHSGS ou le total des missions CHSGS, CHSPSY et CHSLD.

6 ORGANISATION DE LA SURVEILLANCE

Il est nécessaire de rechercher activement les cas de BGNPC au sein de l'installation. Plusieurs méthodes sont possiblement nécessaires pour bien identifier le cas, sa catégorie d'attribution ainsi que les complications.

Définition et catégorisation de cas

- Révision des dossiers;
- Évaluation de l'usager;
- Lien avec le laboratoire de microbiologie;
- Lien avec les équipes de PCI des autres installations.

Complications

- Révision des dossiers (lors d'infection).

Lien avec les autres installations

Il est possible que vous deviez contacter une autre installation parmi les installations participantes afin que celle-ci déclare un cas (voir [section 5.2.4](#), catégorie d'attribution dans les précisions pour la catégorie 1b).

Il est important de ne pas déclarer en double un cas dans deux installations participantes. Ces cas devront être rapportés à l'installation d'origine et déclarés par l'installation d'origine.

Outils de collecte de données (disponibles sur le [portail SI-SPIN](#))

- Formulaire de collecte des admissions et des jours-présence;
- Formulaire de collecte des tests de dépistage.

7 TRANSMISSION DES DONNÉES ET ÉCHÉANCIER

Plusieurs données sont obligatoires dans le programme de surveillance. Des délais de transmission de données sont à respecter. Des relances seront faites aux retardataires selon **la procédure Relance, validation et contrôle de qualité des données des programmes de surveillance provinciale des infections nosocomiales disponible sur le portail SI-SPIN**.

	Colonisations et infections	Dénominateurs	Dépistages
Saisie dans le portail SI-SPIN	Onglet infection : Inscription d'une infection	Onglet déclaration périodique : Saisie périodique des admissions et jours-présence par installation	Onglet déclaration périodique : Saisie périodique des tests de dépistage
Fiches d'aide à la saisie dans SI-SPIN	Disponibles dans le guide utilisateur sur le portail SI-SPIN		
Échéancier de saisie	Saisie en tout temps		
Échéancier de validation	Complétée maximum deux mois ^A après la fin de la période à laquelle le cas est déclaré (un mois après le diagnostic plus un mois pour la saisie des complications et la transmission des données) ET Validée dans l'onglet déclaration périodique : Confirmation de saisie complétée par période	Complétée et validée maximum un mois après la fin de la période à laquelle le cas est déclaré	
Participation au rapport de surveillance	- Un minimum de 10 périodes est requis - Les 10 périodes validées des numérateurs doivent être les mêmes que celles des dénominateurs		

^A Pour le suivi des complications des cas de la dernière période de l'année financière, des délais plus courts pourraient être demandés pour permettre de faire l'extraction finale pour la production des rapports. La date officielle de la fin de saisie des données pour l'année financière sera mentionnée dans le bulletin des nouveautés envoyé aux utilisateurs chaque 1^{er} avril.

8 ANALYSE DES DONNÉES

Les activités de surveillance seront revues par le comité SPIN-BGNPC qui aura la responsabilité de planifier la surveillance, revoir périodiquement les résultats, faire les ajustements nécessaires au système et proposer la production de rapports pour les installations participantes, le Cinq, le **Comité SPIN**, les directions régionales de santé publique, le ministère de la Santé et des Services sociaux et **Santé Québec**.

Outre les données décrites ci-dessous, d'autres analyses sont effectuées sur l'ensemble des données et incluses dans les résultats annuels de surveillance.

L'historique complet des mises à jour et nouveautés pour l'analyse et l'interprétation des données se retrouve dans la fiche des indicateurs disponible à l'Infocentre.

Méthodologie épidémiologique

- Les taux d'incidence et les taux d'acquisition estimés sont présentés avec des intervalles de confiance à 95 % (IC 95 %) calculés en approximation normale du logarithme népérien (ln) du taux en question;
- Pour la comparaison des taux d'incidence et des taux d'acquisition, un test Z de la différence du logarithme népérien des deux taux est utilisé.

Données

- Une analyse descriptive est réalisée sur l'ensemble des cas déclarés, leurs catégories d'attribution et les complications;
- Le taux d'incidence des infections nosocomiales à BGNPC est exprimé sous forme de densité d'incidence par 10 000 jours-présence :

$$\text{Taux d'incidence des infections nosocomiales à BGNPC} = \frac{\text{Nombre d'infections à BGNPC (catégories 1a et 1b) au cours d'une période donnée}}{\text{Nombre de jours – présence au cours de la même période}} \times 10\,000$$

- Le taux d'acquisition des nouveaux porteurs à BGNPC est exprimé sous forme de densité d'incidence par 10 000 jours-présence :

$$\text{Taux d'acquisition des colonisations à BGNPC} = \frac{\text{Nombre de nouveaux porteurs de BGNPC} \left(\begin{array}{c} \text{colonisations et infections chez les} \\ \text{nouveaux porteurs des catégories 1a et 1b} \end{array} \right) \text{ au cours d'une période donnée}}{\text{Nombre de jours – présence au cours de la même période}} \times 10\,000$$

- La moyenne des tests de dépistage pour le BGNPC est calculée en rapportant le nombre total de tests de dépistage au nombre d'admissions :

$$\text{Moyenne des tests de dépistage pour le BGNPC} = \frac{\text{Nombre total de tests de dépistage au cours d'une période donnée}}{\text{Nombre d'admission au cours de la même période}}$$

9 DIFFUSION DES RÉSULTATS

La diffusion des résultats est réalisée sous différents formats et il est fortement suggéré que les données de surveillance soient discutées dans les tables régionales et dans les comités stratégiques de prévention et contrôle des infections selon l'organisation régionale.

Le portail SI-SPIN permet en outre au MSSS, à l'INSPQ, à chaque région et à chaque installation d'extraire et de valider les données brutes.

Le portail de l'Infocentre de santé publique permet au MSSS, à l'INSPQ, à chaque région et à chaque installation de produire en tout temps des analyses automatisées présentées sous forme de tableaux et figures. Il leur permet ainsi d'obtenir des résultats et des comparatifs à l'adresse <https://www.infocentre.inspq.quebec.ca/>.

Les analyses permettant la production des rapports de surveillance de l'INSPQ ainsi que les résultats de surveillance de l'Infocentre sont décrites dans une fiche : [Taux d'incidence de certaines infections nosocomiales \(SI-SPIN\)](#) disponible à l'Infocentre.

Formats	Lieu de dépôt	Délais de dépôt
Résultats périodiques	Portail SI-SPIN Portail de l'Infocentre	Périodiquement
Résultats annuels de surveillance	Portail SI-SPIN Site Web INSPQ	Annuellement, l'année suivante
Recommandations et pistes d'amélioration	Portail SI-SPIN	Annuellement, l'année suivante

10 SOUTIEN

Pour toutes questions en lien avec les programmes de surveillance, vous pouvez contacter :

Soutien SI-SPIN

- Téléphone : 514-864-5196
- Courriel : Soutien.SI-SPIN@inspq.qc.ca

11 RÉFÉRENCES

Comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN). (2026a). *Définitions pour la surveillance provinciale des infections nosocomiales dans les milieux de soins aigus*. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

Comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN). (2026b). *Surveillance provinciale des bactériémies nosocomiales au Québec: Protocole de surveillance*. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). <https://www.inspq.qc.ca/publications/3554>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025). *Répertoire québécois et système de mesure des procédures de biologie médicale: Les annexes*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-922-02W_Annexes.pdf

National Healthcare Safety Network (NHSN). (2026a). *Chapter 12: Multidrug-Resistant Organism & Clostridioides difficile Infection (MDRO/CDI) Module*. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/12pscmdro_cdadcurrent.pdf

National Healthcare Safety Network (NHSN). (2026b). *Chapter 17: CDC/NHSN Surveillance Definitions for Specific Types of Infections*. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/pcsmanual_current.pdf

Centre d'expertise et
de référence en santé publique

www.inspq.qc.ca

*Institut national
de santé publique*

Québec

