

Infections nosocomiales en Montérégie 2014-2015 : le défi demeure

FAITS SAILLANTS

- Bien qu'elles soient moins fréquentes, les infections à *Clostridium difficile* restent d'actualité.
- La Montérégie a connu une hausse importante du nombre de cas d'entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) dans la dernière année.
- Les entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) font leur entrée dans nos hôpitaux.
- L'incidence des cas de SARM et des bactériémies associées demeure stable.

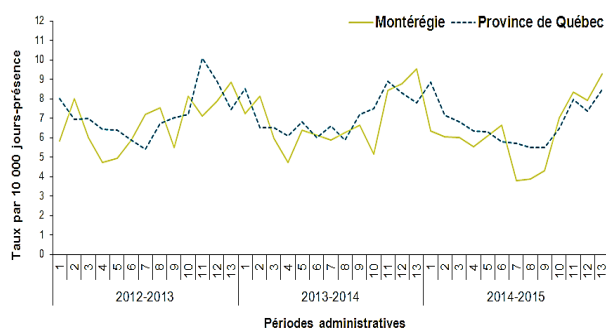
* Sauf indications contraires, les données sont présentées en année financière, soit du 1er avril au 31 mars de l'année.

INFECTIONS NOSOCOMIALES CAUSÉES PAR LE *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* : TOUJOURS PRÉSENTES

En 2014-2015, 26 éclosions de diarrhée à *Clostridium difficile* (DACD) d'acquisition nosocomiale ont été recensées en Montérégie, dont 8 éclosions ayant débuté au cours de l'année 2013-2014. Ce portrait se compare à celui de l'an dernier. Ces éclosions ont touché 8 hôpitaux et 3 centres d'hébergement. L'ensemble des éclosions a généré un total de 186 cas durant l'année 2014-2015, ce qui représente 45 % de tous les cas déclarés en Montérégie (411), comparativement à 278 cas pour 2013-2014. Le nombre de cas par éclosion varie entre 2 et 28 cas pour une médiane de 8 cas par éclosion. Exceptionnellement, une éclosion ayant perduré sur 3 années financières et ayant généré 245 de cas est exclue de ce bilan.

Le taux d'incidence annuel de DACD d'acquisition nosocomiale en Montérégie a légèrement diminué au cours des deux dernières années, passant de 6,9 cas par 10 000 jours-présence en 2013-2014 à 6,2 en 2014-2015. On observe une diminution semblable au Québec, le taux passant de 7,1 à 6,8 cas par 10 000 jours-présence. Par ailleurs, l'augmentation de l'incidence observée entre décembre et avril (P10 à P13) reflète l'augmentation saisonnière habituelle liée aux virus respiratoires.

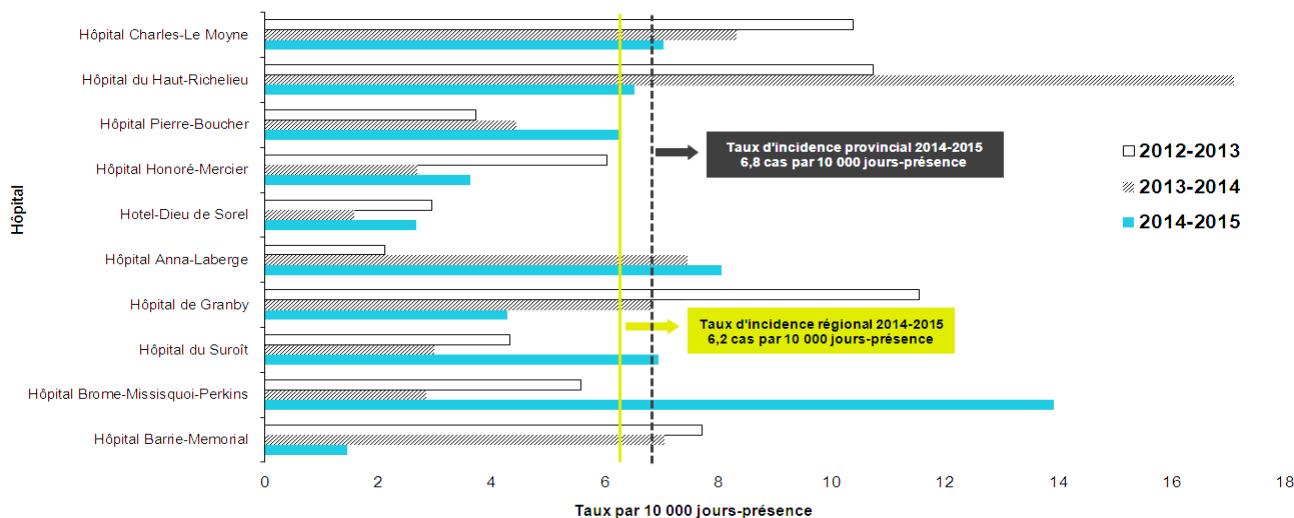
Figure 1 : Taux d'incidence de cas de DACD d'acquisition nosocomiale par 10 000 jours-présence selon la période administrative, Montérégie et province de Québec, 2012-2013 à 2014-2015



Source: Portail de l'infocentre, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), données extraites le 26 mai 2015.

On note qu'en 2014-2015, le taux d'incidence de DACD d'acquisition nosocomiale a été supérieur aux années précédentes dans quatre hôpitaux de la Montérégie soit Pierre-Boucher, Anna-Laberge, du Suroît et Brome-Missisquoi-Perkins. Par contre, certains hôpitaux ont grandement réduit leur taux d'incidence de DACD par rapport aux deux dernières années, soit Charles-Le Moyne, Haut-Richelieu, Granby et Barrie-Memorial (figure 2).

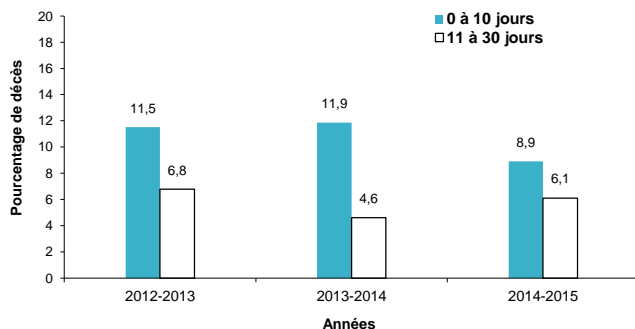
Figure 2 : Taux d'incidence annuelle de cas de DACD d'acquisition nosocomiale par 10 000 jours-présence selon l'hôpital, Montérégie, 2012-2013 à 2014-2015



Source: Portail de l'infocentre, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), données extraites le 26 mai 2015.

Parmi tous les cas de DACD d'acquisition nosocomiale recensés en 2014-2015 en Montérégie, on dénombre 59 décès dans les trente jours suivant le diagnostic. La plupart des décès (59%) ayant eu lieu au cours des 10 premiers jours, suivant ainsi la tendance des années précédentes (figure 3). Soulignons qu'en 2014-2015, 15% des cas rapportés sont décédés, soit une proportion moins élevée qu'en 2013-2014 (17%). De son côté, le Québec montre une tendance inverse, passant de 15% en 2013-2014 à 19% de décès en 2014-2015. La proportion régionale des cas ayant subi une colectomie est demeurée stable en 2014-2015 (0,8% des cas; 3 cas).

Figure 3 : Proportion de décès parmi les cas de DACD d'acquisition nosocomiale selon le nombre de jours suivants le diagnostic de DACD, Montérégie, 2012-2013 à 2014-2015



Source: Portail de l'infocentre, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), données extraites le 26 mai 2015.

ENTÉROCOQUE RÉSISTANT À LA VANCOMYCINE (ERV) : UNE HAUSSE IMPORTANTE

La Montérégie connaît une hausse importante du nombre d'éclotions d'ERV depuis deux ans, passant de 27 en 2013-2014 à 31 en 2014-2015.

À noter que parmi ces 31 éclotions, un peu plus du deux tiers (22) ont généré 10 cas ou moins, dont 9 éclotions furent limitées à un seul cas nosocomial². Ces 31 éclotions ont touché 10 hôpitaux et 3 centres d'hébergement. Les cas liés aux éclotions représentent 91% de tous les cas montérégiens. Un seul cas infecté a été déclaré cette année (tableau 2).

Tableau 2 : Description des éclotions de cas d'ERV d'acquisition nosocomiale, Montérégie, 2012-2013 à 2014-2015

Éclotions d'ERV	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Nombre de nouvelles éclotions pendant l'année	11	24	26
(éclotion d'un seul cas nosocomial)			(9)
Nombre d'éclotions débutées l'année précédente mais s'étant poursuivies pendant l'année en cours	3	3	5
Total	14	27	31
Nombre d'hôpitaux ayant connu une éclotion	8	9	10
(nombre d'éclotions)	(13)	(23)	(24)
Nombre de CHSLD ayant connu une éclotion	1	3	3
(nombre d'éclotions)	(1)	(4)	(7)
Nombre total de cas d'ERV colonisés reliés aux éclotions déclarées pendant l'année	294	447	755
Nombre total de cas d'ERV infectés reliés aux éclotions déclarées pendant l'année	1	1	1

Source: Surveillance régionale des éclotions d'ERV, données extraites le 26 mai 2015.

² La définition d'éclotion pour les cas d'ERV est actuellement très sensible puisqu'elle est définie par l'identification d'un nouveau cas nosocomial relié épidémiologiquement à un cas antérieur. Cette définition est appelée à changer dans un proche avenir.

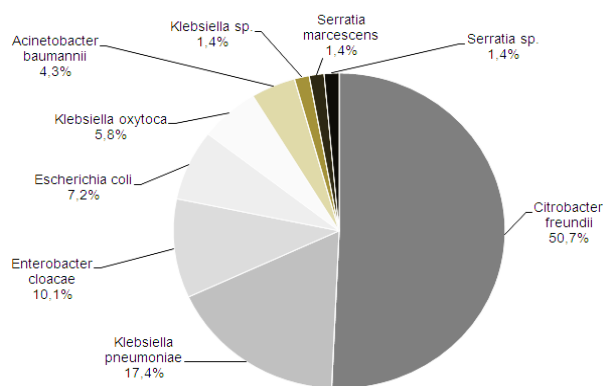
Le taux d'incidence des cas d'ERV en Montérégie a triplé au cours des trois dernières années passant de 4,6 par 10 000 jours-présence en 2012-2013 à 12,6 en 2014-2015. Une hausse de l'incidence est également observée au Québec, passant de 8,3 par 10 000 jours-présence en 2012-2013 à 11,0 en 2014-2015. Cette hausse peut s'expliquer par quelques éclosions de grande ampleur dans certains hôpitaux de la région, mais également par l'augmentation du dépistage à l'admission et en cours d'hospitalisation. En effet, le ratio du nombre de dépistages pour l'ERV sur le nombre d'admissions a augmenté de 0,98 en 2012-2013 à 1,32 en 2014-2015.

ENTÉROBACTÉRIES PRODUCTRICES DE CARBAPÉNÉMASE (EPC) : SOYONS VIGILANTS

L'arrivée des EPC dans certains hôpitaux du Québec n'a pas épargné ceux de la Montérégie. En effet, 30 cas colonisés ont été déclarés en Montérégie en 2014-2015, dont 27 se sont avérés d'acquisition nosocomiale (1a) et reliés à la survenue d'une éclosion dans un hôpital de la région. Des 31 souches d'EPC isolées chez ces cas, la majorité (28) était du *Citrobacter freundii*. Des souches d'*Enterobacter cloacae* (1), d'*Escherichia coli* (1) et de *Klebsiella oxytoca* (1) ont également été identifiées.

En 2014-2015, on a dénombré au Québec 52 cas de colonisation nosocomiale et 8 infections à EPC. La majorité de ces cas sont également reliés à l'hospitalisation actuelle dans l'installation déclarante (1a) (76% des colonisations et 64% des infections). Bien que la répartition des microorganismes isolés soit variée, le *Citrobacter freundii* et le *Klebsiella pneumoniae* prédominent.

Figure 5 - Répartition des microorganismes isolés chez les cas d'EPC, Québec, 2014-2015 N=69³



Source: Portail de l'infocentre, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), données extraites le 26 mai 2015.

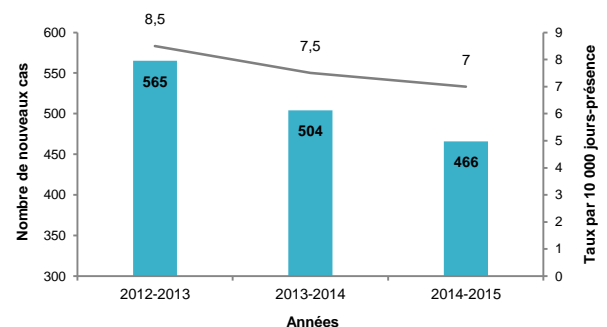
³ Plusieurs microorganismes peuvent être isolés par cas.
⁴ « Prévention et contrôle de la transmission des entérobactéries productrices de carbapénémases dans les milieux de soins aigus du Québec. 2010, INSPQ, 28p. »

Considérant que quelques hôpitaux du Québec ont connu des éclosions d'EPC au cours de la dernière année, il devient pertinent de faire la recherche d'EPC parmi la clientèle qui a séjourné dans l'un de ces établissements, en conformité avec les recommandations du Comité des infections nosocomiales du Québec (CINQ) de 2010⁴. De nouvelles recommandations sont attendues au cours des prochains mois.

STAPHYLOCOCCUS AUREUS RÉSISTANT À LA MÉTHICILLINE (SARM) : LÉGÈRE DIMINUTION DE L'INCIDENCE

On constate une tendance à la baisse de l'incidence du SARM en Montérégie par rapport aux dernières années, tel qu'illustré à la figure 6.

Figure 6 - Nombre de nouveaux cas de SARM d'acquisition nosocomiale et taux d'incidence par 10 000 jours-présence, Montérégie, 2012-2013 à 2014-2015



Source : Programme régional de surveillance des nouveaux cas de SARM, données extraites le 12 mai 2015.

Cette tendance est aussi constatée pour l'incidence des bactériémies à SARM d'origine nosocomiale. Par ailleurs, la Montérégie présente le même taux que celui de la province depuis l'année 2013-2014, soit 0,2 cas par 10 000 jours-présence.

LA CLÉ DE LA LUTTE : LA SURVEILLANCE ET L'APPLICATION RIGOUREUSE DES MESURES PRÉVENTIVES

La lutte aux infections nosocomiales représente un défi considérable pour les milieux de soins. Elle requiert des efforts soutenus et concertés de nombreuses personnes : personnel soignant, équipes locales de prévention et contrôle des infections (PCI) et équipes d'hygiène et salubrité. Afin de mieux contrôler ces infections, il est essentiel d'exercer une surveillance continue et d'appliquer rigoureusement les mesures préventives visant à limiter la transmission.

Afin de soutenir les équipes de PCI dans leurs activités, mentionnons l'ajout récent des indicateurs sur les infections nosocomiales dans le portail de l'Infocentre de l'INSPQ et la mise à jour régulière des lignes directrices publiées par le CINQ.



Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à condition d'en mentionner la source.