

Surveillance des diarrhées associées à  
*Clostridium difficile* au Québec

**BILAN DU 6 DÉCEMBRE 2009 AU 31 MARS 2010**

INSTITUT NATIONAL  
DE SANTÉ PUBLIQUE  
DU QUÉBEC

Québec 



Rapport de surveillance

# Surveillance des diarrhées associées à *Clostridium difficile* au Québec

**BILAN DU 6 DÉCEMBRE 2009 AU 31 MARS 2010**

Direction des risques biologiques  
et de la santé au travail

Juillet 2010

## **AUTEUR**

Surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN)

## **RÉDACTEURS**

Rodica Gilca, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Élise Fortin, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Isabelle Rocher, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Charles Frenette, président du groupe de travail de la Surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN), Centre universitaire de santé McGill

Yves Longtin, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

Lise-Andrée Galarneau, présidente du Comité des infections nosocomiales du Québec (CINQ), Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

## **AVEC LA COLLABORATION DE**

Lucy Montes, Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec

Vivian Loo, Centre universitaire de santé McGill

Louise Valiquette, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Direction de santé publique

Daniel Bolduc, Bureau de surveillance et vigie sanitaire, ministère de la Santé et des Services sociaux

Louis Valiquette, Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke

Josée Vachon, Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford

Caroline Duchesne, Centre de santé et de services sociaux d'Ahuñtsic et Montréal-Nord

Marc Dionne, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Membres du Comité des infections nosocomiales du Québec (CINQ)

## **SECRÉTARIAT**

Isabelle Petillot, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

## **REMERCIEMENTS**

Remerciements et félicitations à toutes les équipes de prévention des infections dans les centres hospitaliers pour leur travail.

*Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.*

*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 en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : [droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).*

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

DÉPÔT LÉGAL – 3<sup>e</sup> TRIMESTRE 2010  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA  
ISSN : 1913-4533 (VERSION IMPRIMÉE)  
ISSN : 1913-4541 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2010)

## TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>III</b>
<b>LISTE DES FIGURES.....</b>	<b>V</b>
<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>2. MÉTHODES .....</b>	<b>3</b>
<b>3. RÉSULTATS .....</b>	<b>5</b>
3.1. Ensemble des cas DACD .....	5
3.2. Évolution temporelle des DACD nosocomiales .....	5
3.3. Évolution géographique des DACD nosocomiales .....	8
3.4. Variations des taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale dans les centres hospitaliers.....	10
3.5. Variations des taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale dans les centres hospitaliers par strate de risque.....	15
3.6. Complications des DACD d'origine nosocomiale .....	17
<b>4. DISCUSSION ET CONCLUSION.....</b>	<b>19</b>
<b>ANNEXE 1 TAUX D'INCIDENCE PAR CENTRE HOSPITALIER REGROUPÉS SELON DIFFÉRENTES STRATES DE RISQUE .....</b>	<b>21</b>



## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Nombre de cas et taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale par période administrative, sur les 87 CH ayant participé à toutes les années de surveillance, périodes 10 à 13 (2004-2007, 2007-2008, 2008-2009 et 2009-2010).....	6
Tableau 2	Cas de DACD et taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 personnes-jours par région sociosanitaire et regroupement régional, périodes 10 à 13 de toutes les années de surveillance .....	9
Tableau 3	Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 personnes-jours avec IC à 95 % par centre hospitalier, périodes 10 à 13 de toutes les années de surveillance.....	11
Tableau 4	Taux des DACD d'origine nosocomiale (cas/10 000 personnes-jours) selon les catégories des CH pendant les périodes 10 à 13 de 2009-2010.....	15
Tableau 5	Taux des DACD d'origine nosocomiale (cas/10 000 personnes-jours) selon les 8 regroupements de CH par strate de risque pendant les périodes 10 à 13 de 2009-2010 .....	16





## LISTE DES FIGURES

Figure 1	Évolution par période des taux (avec IC à 95 %) des DACD d'origine nosocomiale (cas/10 000 personnes-jours), sur les 87 CH ayant participé à toutes les années de surveillance .....	7
Figure 2	Taux des DACD d'origine nosocomiale (cas/10 000 personnes-jours) selon les 8 regroupements de CH par strate de risque pendant les périodes 10 à 13 de 2009-2010 .....	16
Figure 3	Taux des DACD d'origine nosocomiale (cas/10 000 personnes-jours) dans les CH universitaires de 100 lits ou plus, ayant une proportion $\geq 35$ % de patients de $\geq 65$ ans pendant les périodes 10 à 13 de 2009-2010, par CH et global pour la strate .....	23
Figure 4	Taux des DACD d'origine nosocomiale (cas/10 000 personnes-jours) dans les CH universitaires de 100 lits ou plus, ayant une proportion $< 35$ % de patients de $\geq 65$ ans pendant les périodes 10 à 13 de 2009-2010, par CH et global pour la strate .....	23
Figure 5	Taux des DACD d'origine nosocomiale (cas/10 000 personnes-jours) dans les CH non universitaires de 100 lits ou plus, ayant une proportion $\geq 35$ % de patients de $\geq 65$ ans pendant les périodes 10 à 13 de 2009-2010, par CH et global pour la strate .....	24
Figure 6	Taux des DACD d'origine nosocomiale (cas/10 000 personnes-jours) dans les CH non universitaires de 100 lits ou plus, ayant une proportion $< 35$ % de patients de $\geq 65$ ans pendant les périodes 10 à 13 de 2009-2010, par CH et global pour la strate .....	24
Figure 7	Taux des DACD d'origine nosocomiale (cas/10 000 personnes-jours) dans les CH non universitaires de moins de 100 lits, ayant une proportion $\geq 35$ % de patients de $\geq 65$ ans pendant les périodes 10 à 13 de 2009-2010, par CH et global pour la strate .....	25
Figure 8	Taux des DACD d'origine nosocomiale (cas/10 000 personnes-jours) dans les CH non universitaires de moins de 100 lits, ayant une proportion $< 35$ % de patients de $\geq 65$ ans pendant les périodes 10 à 13 de 2009-2010, par CH et global pour la strate .....	25
Figure 9	Taux des DACD d'origine nosocomiale (cas/10 000 personnes-jours) dans les CH de réadaptation pendant les périodes 10 à 13 de 2009-2010, par CH et global pour la strate .....	26
Figure 10	Taux des DACD d'origine nosocomiale (cas/10 000 personnes-jours) dans les CH pédiatriques pendant les périodes 10 à 13 de 2009-2010, par CH et global pour la strate .....	26



## 1. INTRODUCTION

La surveillance provinciale des diarrhées associées à *Clostridium difficile* (DACD) a été mise en place en août 2004 et se poursuit maintenant pour la 6<sup>e</sup> année. À ce jour, 95 centres hospitaliers de soins aigus y participent. Le plus haut taux d'incidence annuel des DACD d'origine nosocomiale au niveau provincial, soit 12,6/10 000 personnes-jours, a été observé pendant la 1<sup>re</sup> année de surveillance (2004-2005). Par la suite, l'incidence a diminué progressivement pour atteindre le niveau de 6,5/10 000 personnes-jours pendant la 4<sup>e</sup> année de surveillance (2007-2008) et se stabiliser à ce même niveau pendant la 5<sup>e</sup> année de surveillance (2008-2009).

Ce document présente un résumé des données recueillies pendant les périodes administratives<sup>1</sup> 10 à 13 de la 6<sup>e</sup> année de surveillance, soit du 6 décembre 2009 au 31 mars 2010.

---

<sup>1</sup> Année financière 2009-2010 : période 10 : 6 décembre 2009-2 janvier 2010; période 11 : 3 janvier 2010-30 janvier 2010; période 12 : 31 janvier 2010-27 février 2010 et période 13 : 28 février 2010-31 mars 2010.



## 2. MÉTHODES

Les méthodes et les définitions utilisées sont décrites dans les bilans précédents (voir bilan de la 5<sup>e</sup> année de surveillance, disponible en ligne à l'adresse : <http://www.inspq.qc.ca/publications/default.asp?NumPublication=1064>). Certains changements apportés au programme de surveillance à partir de la période 6 de 2009-2010 sont décrits dans le bilan des 4 premières périodes de la 6<sup>e</sup> année de surveillance (disponible en ligne à l'adresse : <http://www.inspq.qc.ca/publications/default.asp?NumPublication=1093>). En bref, la catégorie IIc (cas communautaires non reliés aux milieux de soins) est maintenant libellée catégorie III; et la catégorie II d (cas d'origine inconnue) est maintenant libellée catégorie IV. De plus, les comparaisons historiques sont maintenant faites avec 87 CH (au lieu de 88) parce qu'une des installations participant à la surveillance depuis le début a fusionné avec une installation ne participant pas à la surveillance et que l'on ne possède pas de données historiques pour la nouvelle installation fusionnée.

Les 5 années qui précèdent la 6<sup>e</sup> année de surveillance sont regroupées pour faciliter l'analyse. Les comparaisons sont effectuées avec les 3 premières années de surveillance agrégées (2004-2007), ainsi qu'avec la 4<sup>e</sup> (2007-2008) et la 5<sup>e</sup> année (2008-2009) de surveillance. Les détails sur les 3 premières années de surveillance peuvent être consultés dans les bilans précédents.

À la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, le groupe SPIN-CD s'est penché sur l'élaboration d'une proposition de niveaux de taux d'incidence des diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD) à atteindre localement (dans les centres hospitaliers) et au niveau provincial. Ce travail a comme but de fournir les éléments nécessaires afin d'aider à fixer des objectifs qui permettront aux différents paliers d'orienter et de mieux cibler leurs actions. La proposition du SPIN-CD tient compte des strates de risque regroupant les caractéristiques des CH associées à une incidence plus élevée des DACD, caractéristiques qui sont connues et disponibles à ce jour. D'autres variables pourront être ajoutées à cette analyse au fur et à mesure qu'elles seront identifiées et/ou disponibles. Afin de faciliter la comparaison entre les hôpitaux, les taux d'incidence par CH sont présentés dans ce bilan selon six regroupements des strates de risque en fonction de trois caractéristiques (vocation, taille et proportion de patients de 65 ans et plus), ainsi que séparément pour les CH pédiatriques et les CH de réadaptation.

L'analyse a porté sur l'ensemble des cas déclarés dans le système de surveillance au cours des périodes administratives 10 à 13 de 2009-2010 par les 95 hôpitaux participant à ce jour, soit du 6 décembre 2009 au 31 mars 2010. Les données ont été extraites de la base de données pour l'analyse en date du 8 juin 2010.



### **3. RÉSULTATS**

Au cours des quatre périodes, la surveillance a concerné 196 333 admissions et 1 648 811 personnes-jours dans l'ensemble des 95 centres hospitaliers (CH) participants.

#### **3.1. ENSEMBLE DES CAS DACD**

Un total de 1 610 cas de DACD hospitalisés a été rapporté par les 95 CH au cours de la période étudiée. Parmi ces cas, 1 141 (71,0 %) étaient d'origine nosocomiale liée au CH déclarant, 111 (6,9 %) étaient d'origine nosocomiale liée à une autre installation, 85 (5,3 %) étaient d'origine nosocomiale liée à des soins ambulatoires, 185 (11,5 %) étaient classifiés comme communautaires et 88 (5,5 %) étaient d'origine inconnue.

#### **3.2. ÉVOLUTION TEMPORELLE DES DACD NOSOCOMIALES**

Le taux global d'incidence des DACD d'origine nosocomiale liées au CH déclarant était de 6,92/10 000 personnes-jours dans l'ensemble des 95 CH participants durant les quatre périodes à l'étude.

Les taux d'incidence par période administrative sur les périodes 10 à 13 de 2009-2010 calculés sur les 87 CH ayant participé à toutes les années de surveillance sont similaires aux taux observés sur les mêmes périodes pendant les deux années précédentes (2007-2008 et 2008-2009) et significativement plus bas que les taux observés pendant les 3 premières années de surveillance (tableau 1 et figure 1). Malgré le fait qu'on observe un nombre légèrement plus élevé de cas de DACD, le taux agrégé des périodes 10 à 13 de 2009-2010 n'est pas significativement différent de celui observé pendant les mêmes périodes des deux années précédentes.

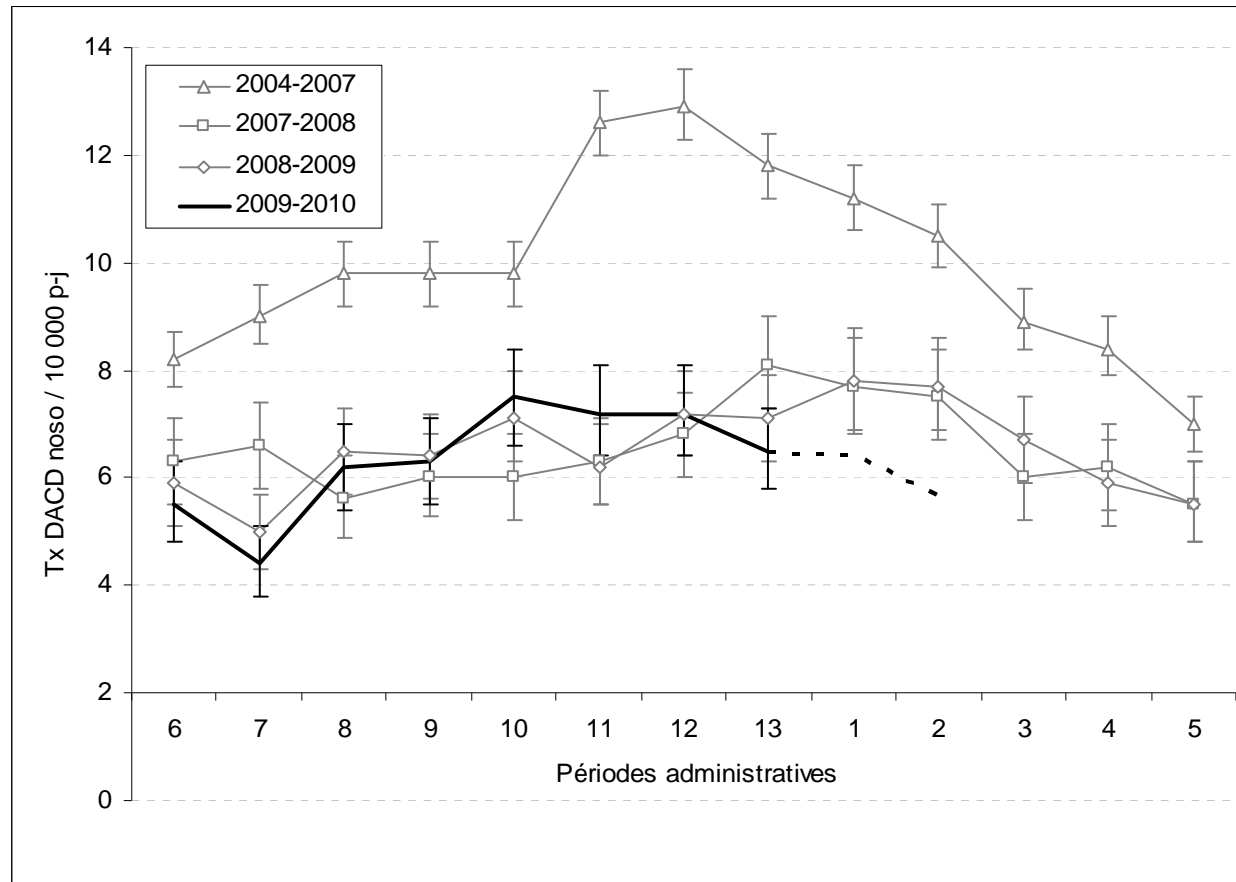
**Tableau 1** Nombre de cas et taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale par période administrative, sur les 87 CH ayant participé à toutes les années de surveillance, périodes 10 à 13 (2004-2007, 2007-2008, 2008-2009 et 2009-2010)

Périodes	2004-2007			2007-2008			2008-2009			2009-2010		
	Nombre de DACD	Incidence /10 000 pj	IC à 95 %	Nombre de DACD	Incidence /10 000 pj	IC à 95 %	Nombre de DACD	Incidence /10 000 pj	IC à 95 %	Nombre de DACD	Incidence /10 000 pj	IC à 95 %
<b>10</b>	1065	9,8	[9,2 - 10,4]	215	6,0	[5,2 - 6,8]	262	7,1	[6,3 - 8,0]	272	7,5	[6,6 - 8,4]
<b>11</b>	1503	12,6	[12,0 - 13,2]	248	6,3	[5,5 - 7,1]	249	6,2	[5,5 - 7,0]	283	7,2	[6,4 - 8,1]
<b>12</b>	1518	12,9	[12,3 - 13,6]	266	6,8	[6,0 - 7,6]	293	7,2	[6,4 - 8,0]	284	7,2	[6,4 - 8,1]
<b>13</b>	1332	11,8	[11,2 - 12,4]	337	8,1	[7,3 - 9,0]	313	7,1	[6,3 - 7,9]	290	6,5	[5,8 - 7,3]
<b>Total 10-13</b>	<b>5418</b>	<b>11,8</b>	<b>[11,5 - 12,1]</b>	<b>1066</b>	<b>6,9</b>	<b>[6,5 - 7,3]</b>	<b>1117</b>	<b>6,9</b>	<b>[6,5 - 7,3]</b>	<b>1129</b>	<b>7,1</b>	<b>[6,7 - 7,5]</b>

IC : intervalle de confiance, approximation normale avec transformation racine-carré.



**Figure 1** Évolution par période des taux (avec IC à 95 %) des DACD d'origine nosocomiale (cas/10 000 personnes-jours), sur les 87 CH ayant participé à toutes les années de surveillance



Note : Ligne pointillée : données provisoires pour les périodes 1 et 2 de 2009-2010.

### **3.3. ÉVOLUTION GÉOGRAPHIQUE DES DACD NOSOCOMIALES**

Les taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale sur les périodes 10 à 13 de 2008-2009 varient de 2,3 à 9,2/10 000 personnes-jours dans les régions socio-sanitaires (RSS) (tableau 2). Dans la RSS 10 (Nord-du-Québec), aucun cas de DACD n'est signalé.

Les taux d'incidence sont significativement plus bas par rapport aux périodes 10 à 13 d'au moins une des années précédentes dans la plupart (11/16) des RSS (tableau 2). Au Bas-Saint-Laurent (RSS 01), l'incidence est significativement plus basse que pendant toutes les périodes précédentes. On observe des taux significativement plus élevés par rapport à au moins une des périodes précédentes dans seulement 2 RSS (Abitibi-Témiscamingue et Estrie). Notons finalement qu'aucune variation significative du taux d'incidence par rapport aux périodes précédentes n'est présente dans près du tiers (5/16) des régions.

**Tableau 2 Cas de DACD et taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 personnes-jours par région sociosanitaire et regroupement régional, périodes 10 à 13 de toutes les années de surveillance**

Régions sociosanitaires	Périodes 10 à 13								Variations significatives
	2004-2007		2007-2008		2008-2009		2009-2010		
	Nb cas	Incidence /10 000 p-j [IC 95 %]	Nb cas	Incidence /10 000 p-j [IC 95 %]	Nb cas	Incidence /10 000 p-j [IC 95 %]	Nb cas	Incidence /10 000 p-j [IC 95 %]	
<b>BAS-SAINT-LAURENT (01)</b>	89	6,9 [5,5 - 8,4]	37	8,4 [5,9 - 11,3]	33	7,4 [5,1 - 10,1]	13	<b>3,1 [1,6 - 5,0]</b>	dim1, dim2, dim3
<b>SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN (02)</b>	81	3,8 [3,0 - 4,7]	15	2,1 [1,2 - 3,3]	20	2,6 [1,6 - 3,9]	16	2,3 [1,3 - 3,6]	
<b>CAPITALE-NATIONALE (03)</b>	658	12,8 [11,8 - 13,8]	158	9 [7,6 - 10,5]	173	9,5 [8,1 - 11,0]	157	<b>8,6 [7,3 - 10,0]</b>	dim1
<b>MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC (04)</b>	399	15,2 [13,7 - 16,7]	111	12,9 [10,6 - 15,4]	57	6,3 [4,8 - 8,0]	63	<b>7,1 [5,5 - 9,0]</b>	dim1, dim2
<b>ESTRIE (05)</b>	126	6,7 [5,6 - 7,9]	21	3,3 [2,0 - 4,9]	13	2,0 [1,1 - 3,2]	27	<b>4,0 [2,6 - 5,7]</b>	dim1, aug3
<b>MONTRÉAL (06)</b>	2173	13,1 [12,6 - 13,7]	438	7,8 [7,1 - 8,5]	474	8,1 [7,4 - 8,8]	506	<b>8,7 [8,0 - 9,5]</b>	dim1
<b>OUTAOUAIS (07)</b>	183	10,6 [9,1 - 12,2]	37	6,7 [4,7 - 9,0]	39	7,1 [5,1 - 9,5]	53	9,2 [6,9 - 11,8]	
<b>ABITIBI-TÉMISCAMINGUE (08)</b>	56	7,3 [5,5 - 9,3]	4	1,4 [0,4 - 3,1]	37	12,3 [8,7 - 16,6]	17	<b>5,8 [3,4 - 8,9]</b>	aug2, dim3
<b>CÔTE-NORD (09)</b>	24	5,1 [3,3 - 7,3]	5	3,0 [0,9 - 6,2]	4	2,4 [0,6 - 5,3]	7	4,2 [1,7 - 7,9]	
<b>GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE (11)</b>	52	9,3 [6,9 - 12,0]	13	7,6 [4,0 - 12,3]	9	5,2 [2,4 - 9,1]	5	<b>2,8 [0,9 - 5,8]</b>	dim1, dim2
<b>CHAUDIÈRE-APPALACHES (12)</b>	118	7,4 [6,1 - 8,8]	34	6,5 [4,5 - 8,9]	36	6,7 [4,7 - 9,1]	48	8,8 [6,5 - 11,5]	
<b>LAVAL (13)</b>	164	9,8 [8,4 - 11,4]	17	2,8 [1,6 - 4,3]	21	3,4 [2,1 - 5,0]	26	<b>4,1 [2,7 - 5,8]</b>	dim1
<b>LANAUDIÈRE (14)</b>	308	18,7 [16,7 - 20,8]	25	4,3 [2,8 - 6,2]	25	4 [2,6 - 5,7]	32	<b>5,4 [3,7 - 7,4]</b>	dim1
<b>LAURENTIDES (15)</b>	449	20,9 [19,0 - 22,9]	60	8,8 [6,7 - 11,2]	50	7,2 [5,3 - 9,3]	46	<b>6,9 [5,0 - 9,0]</b>	dim1
<b>MONTÉRÉGIE (16)</b>	538	9,7 [8,9 - 10,5]	91	4,6 [3,7 - 5,6]	126	6,2 [5,2 - 7,3]	112	<b>5,5 [4,5 - 6,6]</b>	dim1

Note : Il peut y avoir des différences mineures avec les chiffres présentés dans les bilans précédents étant donné les corrections apportées pas les CH après la sortie des bilans.

**En gras** : différence significative (test exact utilisé).

Aug : augmentation.

Dim : diminution.

1 Différence significative avec 2004-2007.

2 Différence significative avec 2007-2008.

3 Différence significative avec 2008-2009.

### **3.4. VARIATIONS DES TAUX D'INCIDENCE DES DACD D'ORIGINE NOSOCOMIALE DANS LES CENTRES HOSPITALIERS**

Pendant les périodes 10 à 13 de 2008-2009, l'incidence des DACD d'origine nosocomiale a varié entre 0 et 25,3/10 000 personnes-jours dans les 95 CH (figure 3 et tableau 3).

L'incidence a diminué de façon significative par rapport à au moins une des périodes comparables des années précédentes dans presque la moitié des hôpitaux participants (38/87 (44 %)) (tableau 3). L'incidence a augmenté de façon significative par rapport à au moins une des périodes comparables des années précédentes dans moins d'un tiers (27/87 (31 %)) des hôpitaux participants. Les trois hôpitaux où on détecte une augmentation par rapport à toutes les périodes précédentes sont des petits hôpitaux et ces observations peuvent être dues aux fluctuations expliquées par le petit nombre d'observations, des éclosions localisées, ou encore par un décalage par rapport à la saisonnalité observée historiquement. Pour confirmer ces tendances, des plus longues périodes de temps sont nécessaires.

**Tableau 3 Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 personnes-jours avec IC à 95 % par centre hospitalier, périodes 10 à 13 de toutes les années de surveillance**

RSS	Installation	Taux DACD/10 000 p-j, périodes 10 à 13 [IC à 95 %]				variations significatives
		2004-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	
01	CHR DE RIMOUSKI	11,0 [8,4 - 14,0]	8,5 [4,8 - 13,2]	9,3 [5,5 - 14,1]	<b>2,7 [0,9 - 5,6]</b>	dim1, dim2, dim3
	CH DE RIVIÈRE-DU-LOUP	5,2 [3,0 - 8,1]	15,9 [9,2 - 24,4]	5,3 [1,9 - 10,4]	<b>1,0 [0,0 - 3,9]</b>	dim1, dim2
	CENTRE NOTRE-DAME-DE-FATIMA	0,8 [0,0 - 3,2]	2,6 [0,0 - 10,2]	2,9 [0,0 - 11,3]	0,0*	
	CH DE MATANE	3,0 [0,8 - 6,7]	4,8 [0,4 - 13,8]	0,0*	2,4 [0,0 - 9,4]	
	CH D'AMQUI	3,8 [1,0 - 8,5]	0,0*	6,5 [0,6 - 18,6]	<b>9,5 [1,8 - 23,3]</b>	aug2
	CH NOTRE-DAME-DU-LAC	6,1 [1,9 - 12,6]	3,3 [0,0 - 12,9]	20,6 [7,4 - 40,4]	10,2 [1,9 - 25,0]	
02	HÔPITAL DE CHICOUTIMI	4,0 [2,7 - 5,5]	2,0 [0,7 - 3,9]	4,2 [2,3 - 6,7]	4,2 [2,2 - 6,9]	
	CSSS DE JONQUIÈRE	1,2 [0,4 - 2,5]	0,0*	1,6 [0,2 - 4,5]	0,8 [0,0 - 3,1]	
	CSSS MARIA-CHAPDELAINE	4,3 [1,8 - 7,8]	11,7 [4,6 - 22,0]	0,0*	<b>0,0*</b>	dim1, dim2
	HÔTEL-DIEU DE ROBERVAL	8,5 [5,6 - 11,9]	1,9 [0,2 - 5,4]	1,8 [0,2 - 5,2]	<b>1,0 [0,0 - 3,8]</b>	dim1
	HÔPITAL D'ALMA	2,0 [0,8 - 3,6]	0,0*	1,7 [0,2 - 4,9]	<b>2,0 [0,2 - 5,7]</b>	aug2
03	HÔPITAL DE L'ENFANT-JÉSUS	12,3 [10,4 - 14,4]	6,7 [4,4 - 9,4]	8,4 [5,9 - 11,4]	<b>6,4 [4,2 - 9,0]</b>	dim1
	PAVILLON L'HÔTEL-DIEU DE QUÉBEC	14,8 [12,2 - 17,6]	16,5 [12,0 - 21,7]	10,6 [7,1 - 14,8]	11,2 [7,6 - 15,5]	
	HÔPITAL DU SAINT-SACREMENT	8,5 [6,0 - 11,5]	12,2 [7,4 - 18,1]	6,1 [2,8 - 10,7]	<b>2,5 [0,7 - 5,5]</b>	dim1, dim2
	PAVILLON CH DE L'UNIVERSITÉ LAVAL	11,8 [9,7 - 14,1]	5,5 [3,2 - 8,4]	10,7 [7,5 - 14,5]	<b>4,6 [2,6 - 7,2]</b>	dim1, dim3
	PAVILLON SAINT-FRANCOIS D'ASSISE	17,8 [15,0 - 20,8]	12,0 [8,3 - 16,4]	11,7 [8,1 - 15,9]	<b>7,6 [4,8 - 11,1]</b>	dim1
	HÔPITAL LAVAL	11,4 [9,3 - 13,7]	5,3 [3,0 - 8,3]	8,9 [5,9 - 12,6]	<b>15,8 [11,7 - 20,5]</b>	aug2, aug3
	HOPITAL DE BAIE-SAINT-PAUL <sup>c</sup>	14,9 [3,9 - 33,1]	3,3 [0,0 - 13,0]	0,0*	3,5 [0,0 - 13,6]	
HÔPITAL DE LA MALBAIE	5,1 [1,6 - 10,5]	0,0*	5,5 [0,5 - 15,8]	<b>25,3 [11,5 - 44,5]</b>	aug1, aug2, aug3	
04	HÔTEL-DIEU D'ARTHABASKA	8,0 [5,7 - 10,7]	4,6 [2,0 - 8,3]	0,6 [0,0 - 2,3]	<b>7,1 [3,6 - 11,7]</b>	aug3
	CHR DE TROIS-RIVIÈRES	16,9 [14,6 - 19,4]	12,8 [9,4 - 16,8]	7,6 [5,1 - 10,6]	<b>6,5 [4,2 - 9,3]</b>	dim1, dim2
	HÔPITAL DU CENTRE-DE-LA-MAURICIE	3,8 [2,2 - 5,9]	7,7 [3,7 - 13,2]	6,8 [3,2 - 11,7]	2,8 [0,7 - 6,2]	
	HÔPITAL SAINTE-CROIX	26,3 [22,3 - 30,6]	23,6 [17,3 - 30,8]	8,6 [5,0 - 13,2]	<b>11,7 [7,3 - 17,1]</b>	dim1, dim2
	CSSS DU HAUT-SAINT-AURICE <sup>a</sup>	10,1 [3,6 - 19,8]	0,0*	3,5 [0,0 - 13,8]	<b>0,0*</b>	dim1
05	CHUS - HÔPITAL FLEURIMONT	4,4 [3,2 - 5,7]	2,7 [1,3 - 4,6]	1,8 [0,7 - 3,4]	3,1 [1,6 - 5,1]	
	CHUS - HÔTEL-DIEU	9,3 [7,0 - 11,9]	4,4 [2,0 - 7,7]	1,4 [0,3 - 3,4]	<b>5,8 [3,1 - 9,4]</b>	aug3
	CSSS MEMPHRÉMAGOG	20,9 [13,2 - 30,3]	5,3 [0,5 - 15,2]	7,9 [1,5 - 19,3]	<b>5,8 [0,6 - 16,6]</b>	dim1
	CSSS DU GRANIT	0,0*	0,0*	0,0*	0,0*	

**Tableau 3 Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 personnes-jours avec IC à 95 % par centre hospitalier, périodes 10 à 13 de toutes les années de surveillance (suite)**

RSS	Installation	Taux DACD/10 000 p-j, périodes 10 à 13 [IC à 95 %]				variations significatives
		2004-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	
	HÔPITAL ROYAL VICTORIA	15,4 [13,2 - 17,8]	8,4 [5,7 - 11,6]	8,4 [5,8 - 11,5]	<b>9,3 [6,4 - 12,7]</b>	dim1
	HÔPITAL NOTRE-DAME DU CHUM	18,6 [16,2 - 21,2]	8,3 [5,6 - 11,5]	10,7 [7,6 - 14,3]	<b>6,6 [4,3 - 9,4]</b>	dim1
	L'HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF SIR MORTIMER B. DAVIS	13,1 [11,3 - 15,0]	14,5 [11,3 - 18,0]	11,1 [8,4 - 14,1]	<b>10,0 [7,5 - 12,8]</b>	dim2
	L'HÔPITAL DE MONTRÉAL POUR ENFANTS	5,3 [3,0 - 8,3]	3,0 [0,6 - 7,3]	2,1 [0,2 - 6,0]	2,0 [0,2 - 5,8]	
	PAV. MAISONNEUVE/PAV. MARCEL-LAMOUREUX	23,1 [20,8 - 25,5]	15,3 [12,1 - 18,9]	18,1 [14,6 - 21,9]	<b>14,6 [11,6 - 18,0]</b>	dim1
	CHU SAINTE-JUSTINE	3,8 [2,5 - 5,4]	4,3 [2,1 - 7,4]	2,1 [0,7 - 4,4]	2,1 [0,7 - 4,4]	
	INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL	7,8 [5,3 - 10,8]	3,8 [1,2 - 7,9]	6,2 [2,6 - 11,2]	<b>10,7 [6,0 - 16,8]</b>	aug2
	HÔPITAL SAINT-LUC DU CHUM	10,6 [8,5 - 12,9]	5,1 [2,8 - 8,0]	8,8 [5,7 - 12,5]	<b>4,8 [2,6 - 7,7]</b>	dim1
	HÔTEL-DIEU DU CHUM	13,1 [10,5 - 15,9]	6,9 [4,0 - 10,6]	6,6 [3,8 - 10,2]	<b>7,0 [4,0 - 10,9]</b>	dim1
	HÔPITAL DU SACRÉ-COEUR DE MONTRÉAL	13,4 [11,5 - 15,4]	6,0 [4,0 - 8,4]	4,3 [2,7 - 6,3]	<b>9,5 [7,0 - 12,4]</b>	dim1, aug2, aug3
	HÔPITAL DE VERDUN	18,1 [15,1 - 21,4]	10,9 [6,8 - 15,9]	8,7 [5,3 - 12,9]	<b>9,4 [5,8 - 13,8]</b>	dim1
	HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL	14,3 [12,1 - 16,7]	7,6 [5,0 - 10,8]	8,3 [5,6 - 11,5]	<b>14,9 [11,1 - 19,3]</b>	aug2, aug3
06	HÔPITAL SANTA CABRINI	17,3 [14,6 - 20,3]	3,8 [1,9 - 6,4]	8,0 [5,2 - 11,4]	<b>10,2 [7,0 - 14,0]</b>	dim1, aug2
	HÔPITAL GÉNÉRAL DU LAKESHORE	4,5 [2,9 - 6,4]	11 [6,7 - 16,3]	9,4 [5,7 - 14,0]	<b>12,5 [8,3 - 17,6]</b>	aug1
	HÔPITAL JEAN-TALON	7,3 [5,4 - 9,5]	11,8 [8,0 - 16,4]	10,8 [7,2 - 15,2]	9,9 [6,3 - 14,2]	
	CH DE ST. MARY	11 [8,8 - 13,4]	4,4 [2,2 - 7,4]	6,4 [3,7 - 9,9]	<b>5,1 [2,7 - 8,3]</b>	dim1
	HÔPITAL DE LACHINE	6,5 [3,4 - 10,5]	0,0*	3,6 [0,7 - 8,8]	<b>2,7 [0,2 - 7,8]</b>	aug2
	HÔPITAL FLEURY	18,2 [14 - 22,9]	7,4 [3,4 - 13,0]	10,9 [5,9 - 17,4]	10,8 [5,7 - 17,5]	
	HÔPITAL DE LASALLE	15,6 [10,7 - 21,4]	5,5 [1,7 - 11,4]	2,3 [0,2 - 6,6]	<b>9,5 [4,1 - 17,2]</b>	aug3
	VILLA MÉDICA	8,3 [5,7 - 11,4]	7,8 [3,9 - 13,1]	3,8 [1,4 - 7,5]	4,5 [1,8 - 8,4]	
	INSTITUT THORACIQUE DE MONTRÉAL <sup>a</sup>	3,2 [1,0 - 6,6]	0,0*	2,5 [0,2 - 7,2]	<b>2,8 [0,3 - 8,0]</b>	aug2
	HÔPITAL NEUROLOGIQUE DE MONTRÉAL	6,9 [3,9 - 10,8]	1,4 [0,0 - 5,4]	0,0*	<b>0,0*</b>	dim1
	CH RICHARDSON	0,0*	0,0*	0,0*	<b>3,1 [0,3 - 8,8]</b>	aug1, aug2, aug3
	HÔPITAL CATHERINE BOOTH DE L'ARMÉE DU SALUT	2,8 [1,1 - 5,2]	0,0	3,2 [0,6 - 7,8]	<b>8,3 [3,5 - 15,1]</b>	aug1, aug2
	HÔPITAL MARIE CLARAC	8,8 [6,6 - 11,3]	1,4 [0,3 - 3,4]	1,8 [0,5 - 4,0]	<b>2,8 [1,0 - 5,5]</b>	dim1
	INSTITUT DE RÉADAPTATION DE MONTRÉAL <sup>e</sup>	NA	NA	NA	<b>0,0*</b>	dim1, dim2, dim3

**Tableau 3 Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 personnes-jours avec IC à 95 % par centre hospitalier, périodes 10 à 13 de toutes les années de surveillance (suite)**

RSS	Installation	Taux DACD/10 000 p-j, périodes 10 à 13 [IC à 95 %]				variations significatives
		2004-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	
07	PAVILLON DE GATINEAU	7,9 [5,8 - 10,3]	8,2 [4,6 - 12,9]	7,3 [4,0 - 11,6]	5,6 [2,8 - 9,4]	
	PAVILLON DE HULL	14,8 [12,1 - 17,8]	8,7 [5,2 - 13,0]	11,1 [7,1 - 16,0]	12,1 [8,0 - 17,1]	
	HÔPITAL DE MANIWAKI	2,9 [0,8 - 6,4]	0,0*	0,0*	<b>11,3 [3,6 - 23,4]</b>	aug2, aug3
	CH DU PONTIAC	11,0 [5,7 - 18,1]	0,0*	2,6 [0,0 - 10,2]	4,5 [0,4 - 12,9]	
	HÔPITAL DE PAPINEAU	9,0 [5,2 - 13,8]	4,4 [0,8 - 10,7]	0,0*	<b>12,1 [5,2 - 21,9]</b>	aug3
08	CH ROUYN-NORANDA	12,3 [8,0 - 17,6]	0,0*	5,7 [1,8 - 11,8]	<b>0,0*</b>	dim1, dim3
	CH HÔTEL-DIEU D'AMOS	4,8 [2,4 - 8,1]	1,3 [0,0 - 5,1]	16,5 [9,0 - 26,3]	<b>4,8 [1,2 - 10,7]</b>	dim3
	HÔPITAL DE VAL-D'OR	5,4 [2,9 - 8,7]	3,3 [0,6 - 8,1]	4,3 [1,1 - 9,5]	<b>12,4 [6,6 - 20,1]</b>	aug1, aug2, aug3
	CH LA SARRE	7,5 [3,0 - 14,1]	0,0*	40,0 [21,8 - 63,7]	<b>0,0*</b>	dim1, dim3
	PAVILLON SAINTE-FAMILLE <sup>b</sup>	11,9 [2,2 - 29,2]	3,6 [0,0 - 14,2]	0,0*	<b>0,0*</b>	dim1
09	CHR BAIE-COMEAU	5,5 [3,0 - 8,7]	1,1 [0,0 - 4,4]	4,5 [1,2 - 10,0]	5,0 [1,6 - 10,3]	
	CSSS DE SEPT-ÎLES	4,6 [2,2 - 7,9]	5,3 [1,4 - 11,8]	0,0*	<b>3,0 [0,3 - 8,6]</b>	aug3
10	CS DE CHIBOUGAMAU**	0,0*	0,0*	0,0*	0,0*	
11	HÔPITAL DE CHANDLER	7,5 [3,9 - 12,4]	4,7 [0,4 - 13,5]	4,7 [0,4 - 13,5]	2,0 [0,0 - 7,9]	
	CSSS DE LA CÔTE-DE-GASPÉ - HÔPITAL HÔTEL-DIEU	11,9 [6,9 - 18,2]	6,2 [1,2 - 15,2]	6,8 [1,3 - 16,6]	2,7 [0,0 - 10,6]	
	HÔPITAL DE MARIA	11,1 [6,8 - 16,5]	15,4 [6,6 - 27,9]	3,4 [0,3 - 9,7]	<b>1,5 [0,0 - 6,0]</b>	dim1, dim2
	CH DE L'ARCHIPEL <sup>d</sup>	ND	ND	17,5 [4,6 - 38,8]	<b>3,6 [0,0 - 14,2]</b>	dim1, dim2
	CSSS DE LA HAUTE GASPÉSIE	3,8 [0,7 - 9,3]	0,0*	7,1 [0,7 - 20,3]	<b>7,2 [0,7 - 20,7]</b>	aug2
12	HÔTEL-DIEU DE LÉVIS	10,6 [8,3 - 13,1]	3,9 [1,8 - 6,9]	10,1 [6,5 - 14,5]	<b>13,2 [9,0 - 18,2]</b>	aug2
	HÔPITAL DE SAINT-GEORGES	6,7 [4,5 - 9,4]	9,3 [4,9 - 15,0]	4,8 [1,9 - 9,0]	4,6 [1,8 - 8,6]	
	HÔTEL-DIEU DE MONTMAGNY	1,5 [0,3 - 3,6]	7,2 [2,3 - 14,9]	1,4 [0,0 - 5,4]	4,4 [0,8 - 10,8]	
	CSSS RÉGION DE THETFORD MINES - HÔPITAL	4,7 [2,4 - 7,7]	8,7 [3,5 - 16,3]	4,9 [1,3 - 10,9]	7,4 [2,7 - 14,5]	
13	HÔPITAL CITÉ DE LA SANTÉ	10,7 [9,0 - 12,5]	3,2 [1,8 - 5,0]	3,5 [2,0 - 5,4]	<b>4,1 [2,5 - 6,1]</b>	dim1
	HÔPITAL JUIF DE RÉADAPTATION	6,5 [4,2 - 9,4]	1,5 [0,2 - 4,2]	2,9 [0,8 - 6,4]	4,3 [1,6 - 8,4]	
14	CH PIERRE-LE GARDEUR	4,7 [3,3 - 6,3]	1,4 [0,4 - 3,1]	2,1 [0,8 - 3,9]	3,3 [1,6 - 5,6]	
	CHR DE LANAUDIÈRE	32,2 [28,5 - 36,2]	7,2 [4,4 - 10,6]	6,1 [3,6 - 9,2]	<b>7,9 [4,9 - 11,7]</b>	dim1

**Tableau 3 Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale/10 000 personnes-jours avec IC à 95 % par centre hospitalier, périodes 10 à 13 de toutes les années de surveillance (suite)**

RSS	Installation	Taux DACD/10 000 p-j, périodes 10 à 13 [IC à 95 %]				variations significatives
		2004-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	
15	HÔPITAL DE SAINT-EUSTACHE	21,8 [18,4 - 25,5]	21,5 [15,4 - 28,6]	13,6 [9,0 - 19,1]	<b>4,6 [2,1 - 8,1]</b>	dim1, dim2, dim3
	CSSS D'ARGENTEUIL <sup>a</sup>	12,3 [6,7 - 19,6]	9,6 [3,0 - 19,9]	14,3 [6,1 - 25,9]	15,8 [6,7 - 28,7]	
	HÔPITAL DE MONT-LAURIER	8,0 [4,4 - 12,7]	1,7 [0,0 - 6,7]	3,5 [0,3 - 10,0]	1,9 [0,0 - 7,5]	
	HÔPITAL RÉGIONAL DU CSSS DE SAINT-JÉRÔME	24,2 [21,2 - 27,3]	5,0 [2,9 - 7,7]	5,2 [3,0 - 8,0]	<b>9,3 [6,3 - 12,9]</b>	dim1, aug2
	HÔPITAL LAURENTIEN	15,8 [11,6 - 20,6]	1,1 [0,0 - 4,3]	2,9 [0,5 - 7,1]	<b>6,5 [2,3 - 12,7]</b>	dim1, aug2
16	HÔPITAL CHARLES LEMOYNE	6,2 [4,8 - 7,8]	10,0 [7,0 - 13,5]	8,8 [6,2 - 11,9]	7,4 [5,0 - 10,2]	
	HÔPITAL DU HAUT-RICHELIEU	19,0 [16,1 - 22,2]	2,2 [0,8 - 4,3]	3,4 [1,5 - 6,0]	<b>7,8 [4,8 - 11,5]</b>	dim1, aug2, aug3
	HÔPITAL PIERRE-BOUCHER	5,2 [3,8 - 6,8]	5,1 [3,0 - 7,8]	1,6 [0,5 - 3,3]	<b>1,8 [0,6 - 3,5]</b>	dim1, dim2
	HÔPITAL HONORÉ-MERCIER	8,7 [6,4 - 11,3]	2,2 [0,7 - 4,5]	8,8 [5,4 - 13,1]	<b>7,0 [4,0 - 10,9]</b>	aug2
	HÔTEL-DIEU DE SOREL	7,5 [5,1 - 10,4]	6,8 [3,4 - 11,4]	12,0 [7,3 - 17,8]	9,4 [5,2 - 14,8]	
	CH ANNA-LABERGE	15,2 [12,3 - 18,4]	2,1 [0,7 - 4,4]	8,9 [5,5 - 13,1]	<b>2,6 [0,9 - 5,1]</b>	dim1, dim3
	CH DE GRANBY	8,1 [5,5 - 11,2]	2,2 [0,4 - 5,4]	1,4 [0,1 - 4,0]	<b>5,8 [2,5 - 10,5]</b>	aug3
	HÔPITAL DU SUROÏT	9,6 [7,1 - 12,5]	4,2 [1,7 - 7,9]	6,2 [3,1 - 10,4]	<b>3,1 [1,1 - 6,1]</b>	dim1
	HÔPITAL BROME-MISSISQUOI-PERKINS	6,9 [4,0 - 10,6]	1,3 [0,0 - 5,0]	1,2 [0,0 - 4,7]	3,5 [0,6 - 8,6]	
HÔPITAL BARRIE MEMORIAL <sup>b</sup>	20,2 [8,6 - 36,6]	0,0*	2,5 [0,0 - 9,9]	<b>0,0*</b>	dim1	

Note : Il peut y avoir des différences mineures avec les chiffres présentés dans les bilans précédents étant donné les corrections apportées par les CH après la sortie des bilans.

**En gras** : différence significative entre les taux (test exact utilisé).

Aug : augmentation.

Dim : diminution.

1 différence significative avec 2004-2007.

2 différence significative avec 2007-2008.

3 différence significative avec 2008-2009.

Les intervalles de confiance à 95 % (IC 95 %) sont calculés en approximation normale en utilisant la transformation « racine carrée ».

\* Lorsque le taux d'incidence est égal à 0, l'intervalle de confiance n'est pas calculé.

\*\* Pour cet hôpital, une correction a été apportée après la date d'extraction pour ce bilan.

<sup>a</sup> CH participant à la surveillance à compter de la période 6 de 2005-2006.

<sup>b</sup> CH participant à la surveillance à compter de la période 6 de 2006-2007.

<sup>c</sup> CH participant à la surveillance à compter de la période 10 de 2006-2007.

<sup>d</sup> CH participant à la surveillance à compter de la période 6 de 2008-2009.

<sup>e</sup> CH fusionné avec une autre installation à compter de la période 6 de 2009-2010.

ND : non disponible.

NA : non applicable.



### 3.5. VARIATIONS DES TAUX D'INCIDENCE DES DACD D'ORIGINE NOSOCOMIALE DANS LES CENTRES HOSPITALIERS PAR STRATE DE RISQUE

Les variations des taux de DACD en fonction de différentes catégories de risque sont similaires aux variations des années précédentes. Ainsi, les taux d'incidence sont plus élevés dans les hôpitaux de taille plus grande, les hôpitaux avec une plus grande proportion de personnes âgées de 65 ans et plus, et dans les centres universitaires majeurs (tableau 4). Les taux les plus bas sont observés dans les centres de réadaptation et les CH pédiatriques (tableau 4).

**Tableau 4 Taux des DACD d'origine nosocomiale (cas/10 000 personnes-jours) selon les catégories des CH pendant les périodes 10 à 13 de 2009-2010**

Catégories des CH	CH (N)	Distribution des taux						Taux d'incidence	
		Min	25 %	50 %	75 %	90 %	Max	Taux moyen	IC 95 %
<b>Selon la taille du CH</b>									
< 100 lits	33	0,0	0,8	3,5	5,8	11,3	25,3	4,5	[3,5 - 5,5]
100-249 lits	30	0,0	2,7	5,7	9,4	11,25	12,5	6,2	[5,5 - 6,9]
≥ 250 lits	26	1,8	4,6	7,7	10,2	14,6	15,8	8,2	[7,6 - 8,8]
<b>Selon la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans</b>									
< 35 %	15	0,0	3,3	4,8	7,6	9,5	12,4	5,3	[4,6 - 6,2]
≥ 35 %	72	0,0	2,55	5,8	9,7	12,1	25,3	7,8	[7,3 - 8,3]
CH pédiatrique	2	2,0	ND	ND	ND	ND	2,1	2,1	[0,8 - 3,9]
<b>Selon le statut du CH</b>									
Centre universitaire majeur	26	0,0	4,2	6,55	10,0	14,6	15,8	8,1	[7,5 - 8,7]
Centre hospitalier	63	0,0	2,0	4,5	9,4	11,7	25,3	6,2	[5,6 - 6,7]
Centre de réadaptation	6	0,0	2,8	3,7	4,5	8,3	8,3	3,3	[2,2 - 4,5]

Note : Les six centres de réadaptation ne sont pas inclus dans les strates des catégories « taille du CH », « proportion de personnes âgées » et « regroupement géographique ».

ND : non disponible.

Le tableau 5 et la figure 2 présentent les taux d'incidence de regroupements d'hôpitaux de soins aigus selon différentes strates de risque. Les CH de réadaptation et pédiatriques sont présentés séparément à cause des différences dans leur profil de clientèle et dans les facteurs de risque associés à une DACD par rapport au reste des hôpitaux.

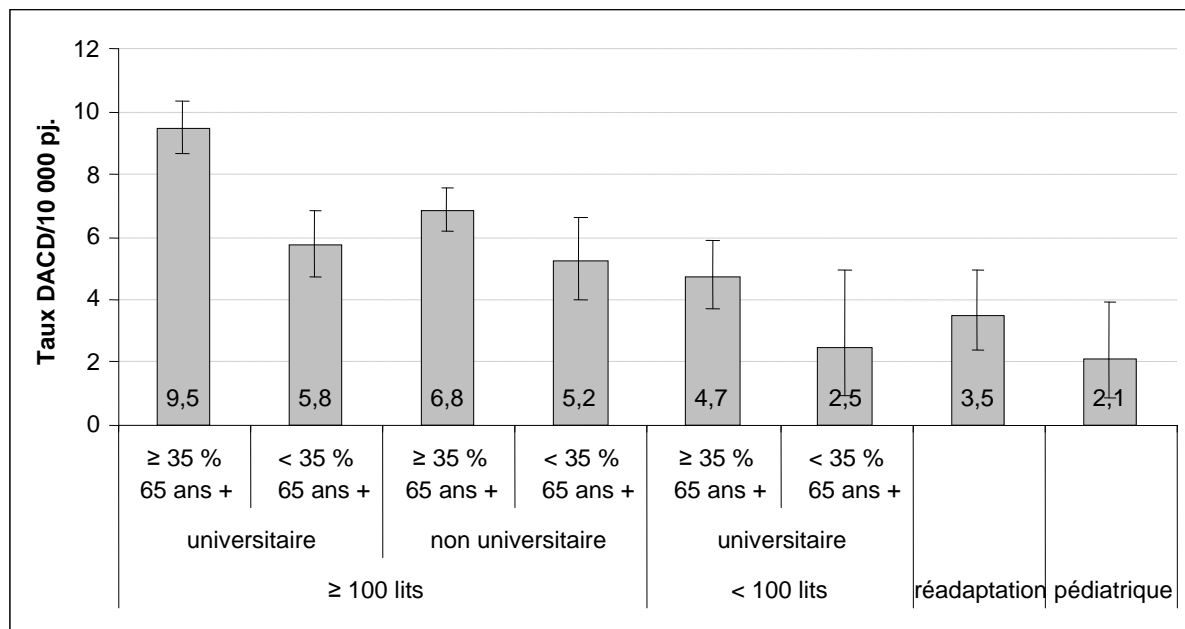
Le taux le plus élevé (9,5/10 000 pj) est observé dans le regroupement des CH universitaires de plus de 100 lits et avec ≥ 35 % de personnes âgées de 65 ans et plus.

**Tableau 5 Taux des DACD d'origine nosocomiale (cas/10 000 personnes-jours) selon les 8 regroupements de CH par strate de risque pendant les périodes 10 à 13 de 2009-2010**

Type de CH	No. de CH dans la catégorie	Taux d'incidence global par strate Périodes 10 à 13 de 2009-2010 [IC* à 95 %]
<b>CH ≥ 100 lits</b>		
CH universitaires		
personnes âgées de 65 ans et plus :		
≥ 35 %	16	9,5 [8,7 - 10,3]
< 35 %	6	5,8 [4,7 - 6,9]
CH non universitaires		
personnes âgées de 65 ans et plus :		
≥ 35 %	27	6,8 [6,1 - 7,6]
< 35 %	6	5,2 [4,0 - 6,6]
<b>CH &lt; 100 lits</b>		
personnes âgées de 65 ans et plus :		
≥ 35 %	29	4,7 [3,7 - 5,9]
< 35 %	4	2,5 [0,9 - 4,9]
CH de réadaptation	6	3,3 [2,2 - 4,5]
CH pédiatriques	2	2,1 [0,8 - 3,9]

\* IC : intervalle de confiance.

**Figure 2 Taux des DACD d'origine nosocomiale (cas/10 000 personnes-jours) selon les 8 regroupements de CH par strate de risque pendant les périodes 10 à 13 de 2009-2010**



Les taux d'incidence par CH regroupés selon différentes strates (catégories) de risque sont présentés à l'annexe 1. Dans ces figures, la zone grise horizontale correspond à l'intervalle de confiance du taux global de la strate et les intervalles de confiance des CH sont représentés par les barres verticales. Les hôpitaux dont les intervalles de confiance ne pénètrent pas la zone grise horizontale présentent des différences significatives avec le taux global dans leur catégorie. Il est à noter qu'il faut être prudent dans l'interprétation de ces comparaisons, parce que les regroupements présentés ne tiennent pas compte de l'ensemble des facteurs de risque associés à une incidence élevée de DACD. Par exemple, dans le regroupement de CH de moins de 100 lits ayant une proportion  $\geq 35$  % de patients de 65 ans et plus, les taux d'incidence varient de 0 à 25,3 DACD/10 000 pj. Cette hétérogénéité pourrait être expliquée par d'autres facteurs, non considérés dans cette analyse. Entre autres, l'augmentation saisonnière des taux d'incidence pendant les périodes à l'étude pourrait être plus importante dans certains hôpitaux.

### **3.6. COMPLICATIONS DES DACD D'ORIGINE NOSOCOMIALE**

Pendant la période à l'étude, tous les CH participant à la surveillance ont contribué à la déclaration des décès. Au total, 1028 (90,1 %) des 1141 DACD d'origine nosocomiale ont été suivis. Parmi les cas suivis, 160 (15,6 %) décès ont été déclarés, dont 96 (60 %) sont survenus dans les 10 jours après le diagnostic et 64 (40 %) sont survenus dans les 11 à 30 jours après le diagnostic. Une analyse plus détaillée de la mortalité globale à 30 jours sera effectuée à la fin de la 6<sup>e</sup> année de surveillance.



## 4. DISCUSSION ET CONCLUSION

La surveillance provinciale des DACD pendant les périodes 10 à 13 (décembre 2009-mars 2010) de la 6<sup>e</sup> année de surveillance, correspondant à la période de haute saisonnalité, montre que les taux d'incidence des DACD au niveau provincial se maintiennent stables, à un niveau comparable avec celui des 2 années précédentes. Le taux provincial observé à la période 13 est plus bas que toutes les années antérieures, et cette tendance à la baisse semble être confirmée par les données provisoires, des périodes 1 et 2 de 2009-2010. Le pic d'incidence serait ainsi observé plus tôt cette année que les années antérieures, ce qui pourrait s'expliquer par le début de la seconde vague de l'influenza pandémique survenu plus tôt que les augmentations saisonnières habituelles des infections à influenza.

Dans presque la moitié des hôpitaux participant à la surveillance, on observe une diminution significative par rapport aux périodes comparables des années précédentes. Certaines augmentations de l'incidence pourraient être attribuées à l'introduction des tests plus sensibles de détection des DACD dans les hôpitaux. Un sondage sur les mesures de prévention appliquées dans les établissements pour le contrôle du *C. difficile*, est en développement au comité SPIN-CD. Celui-ci contient des questions sur les tests utilisés pour la détection des DACD et pourrait apporter des détails additionnels pour mieux interpréter les changements de l'incidence observés dans les hôpitaux.

Les regroupements selon les strates de risque établis suite à la demande du MSSS pour, entre autres, mieux aider les hôpitaux à se comparer entre eux, reflètent les connaissances actuelles et pourraient être modifiés. Dans l'interprétation de ces comparaisons, il faut tenir compte du fait que seulement une partie des facteurs de risque associés à une incidence plus élevée des DACD y sont considérés. Le sondage mentionné plus haut pourrait permettre d'identifier de nouveaux éléments nécessaires pour une meilleure comparaison des hôpitaux, ainsi que pour les aider à établir des objectifs locaux.



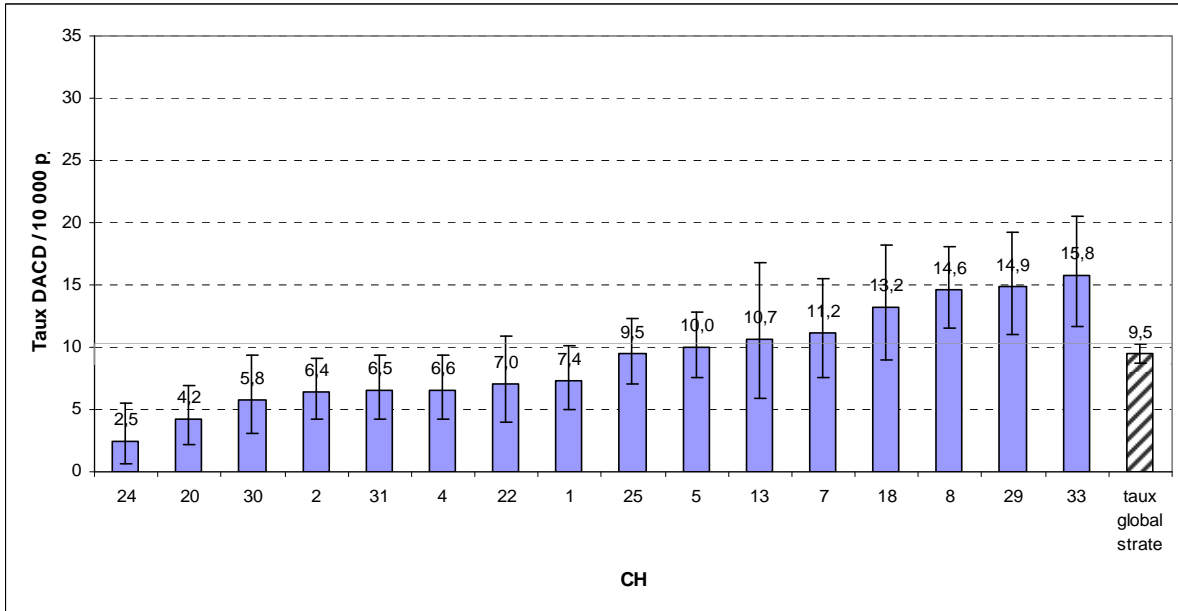
## **ANNEXE 1**

### **TAUX D'INCIDENCE PAR CENTRE HOSPITALIER REGROUPÉS SELON DIFFÉRENTES STRATES DE RISQUE**

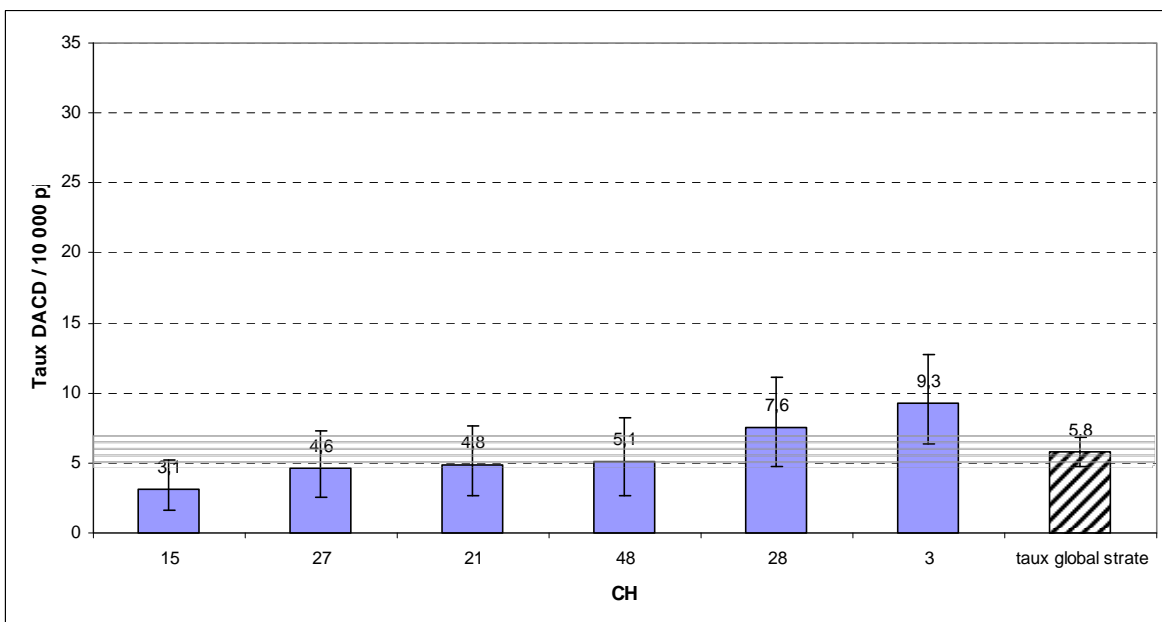




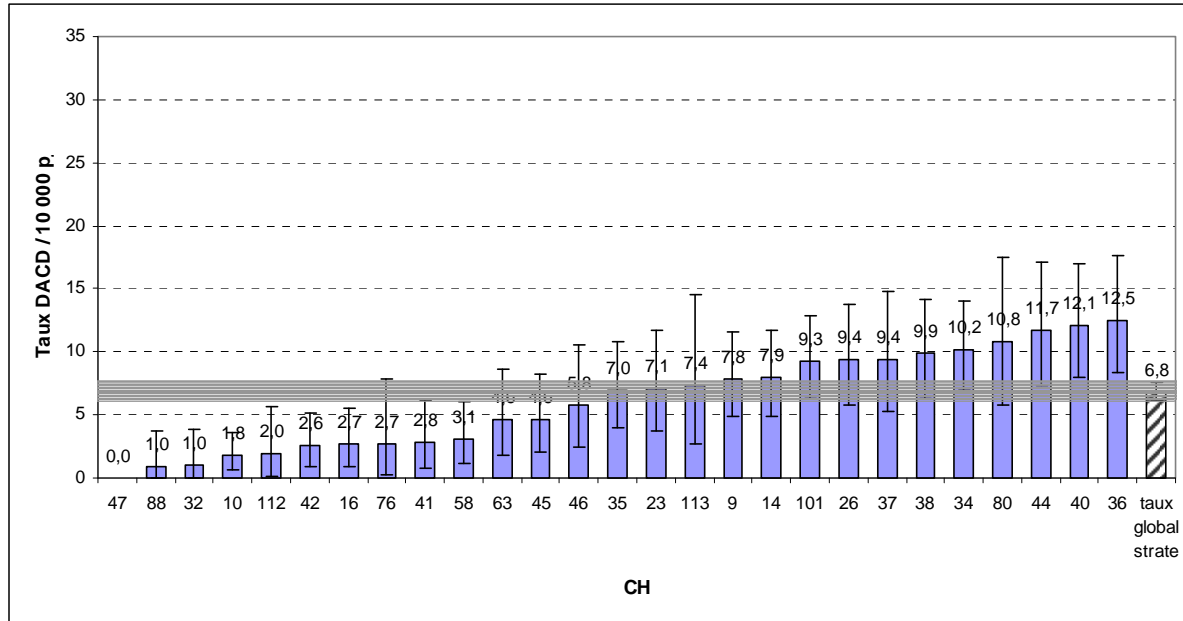
**Figure 3** Taux des DACD d'origine nosocomiale (cas/10 000 personnes-jours) dans les CH universitaires de 100 lits ou plus, ayant une proportion  $\geq 35\%$  de patients de  $\geq 65$  ans pendant les périodes 10 à 13 de 2009-2010, par CH et global pour la strate



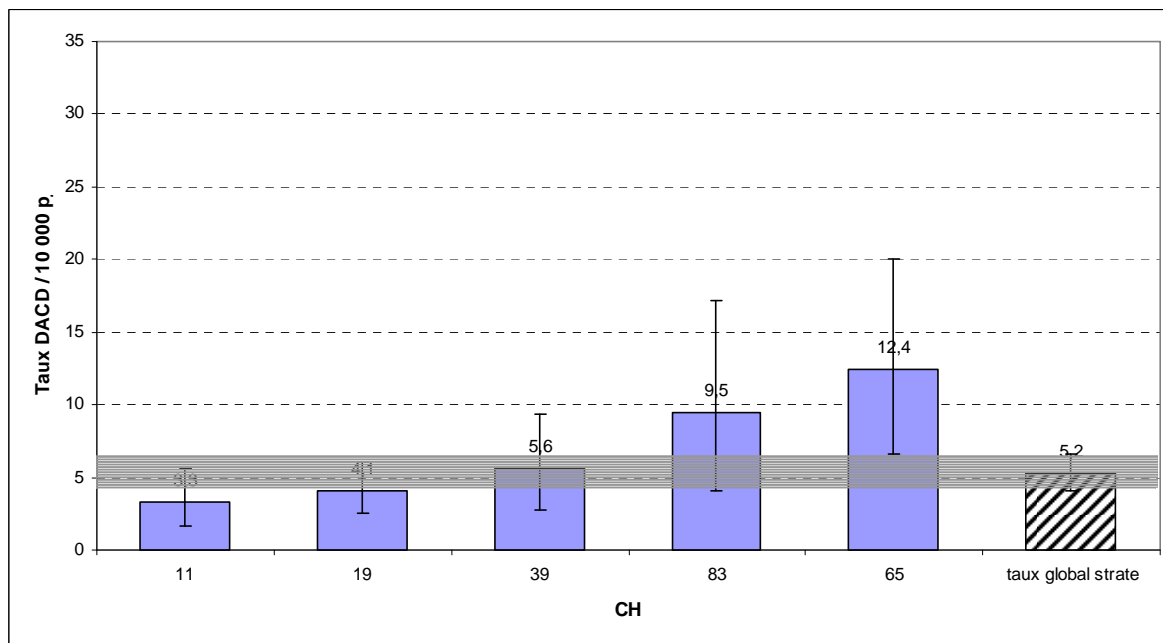
**Figure 4** Taux des DACD d'origine nosocomiale (cas/10 000 personnes-jours) dans les CH universitaires de 100 lits ou plus, ayant une proportion  $< 35\%$  de patients de  $\geq 65$  ans pendant les périodes 10 à 13 de 2009-2010, par CH et global pour la strate



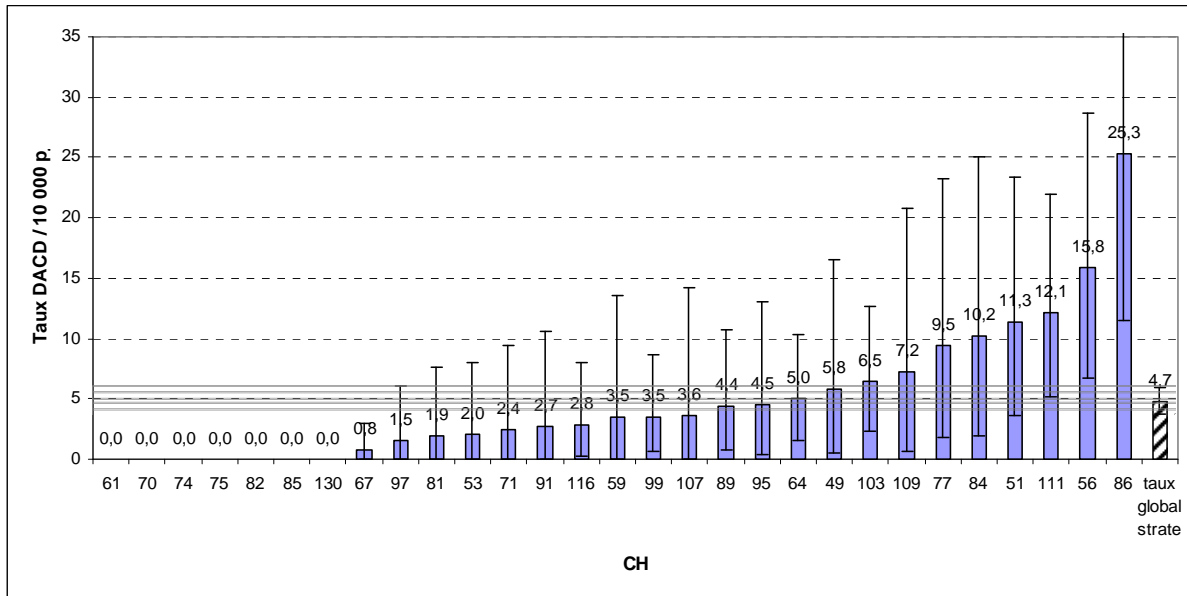
**Figure 5** Taux des DACD d'origine nosocomiale (cas/10 000 personnes-jours) dans les CH non universitaires de 100 lits ou plus, ayant une proportion  $\geq 35\%$  de patients de  $\geq 65$  ans pendant les périodes 10 à 13 de 2009-2010, par CH et global pour la strate



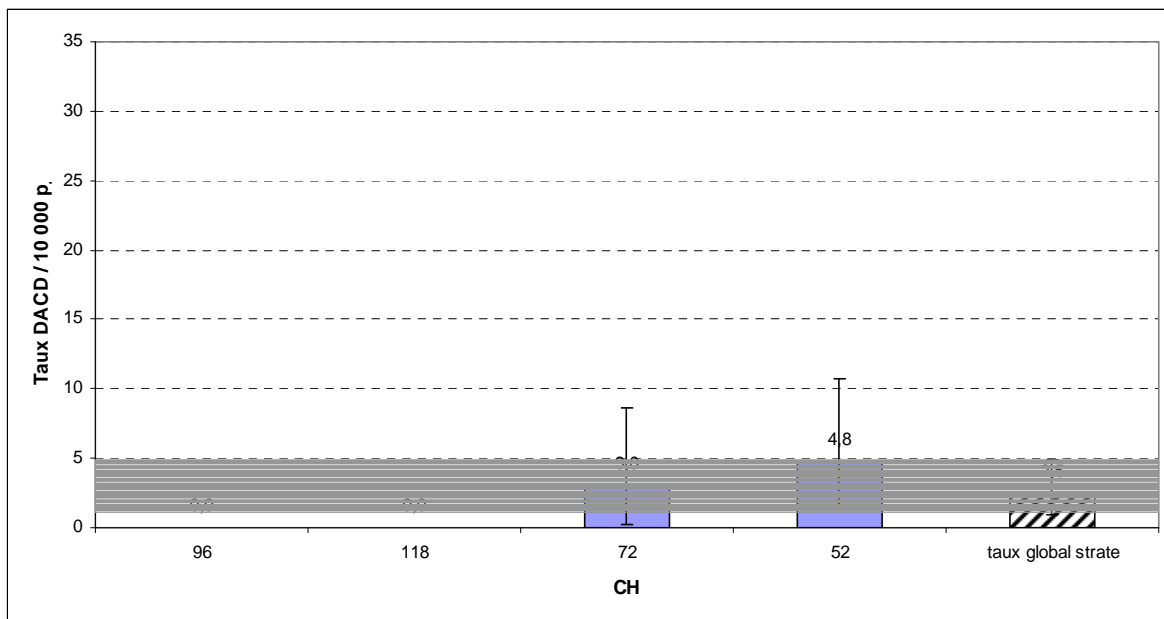
**Figure 6** Taux des DACD d'origine nosocomiale (cas/10 000 personnes-jours) dans les CH non universitaires de 100 lits ou plus, ayant une proportion  $< 35\%$  de patients de  $\geq 65$  ans pendant les périodes 10 à 13 de 2009-2010, par CH et global pour la strate



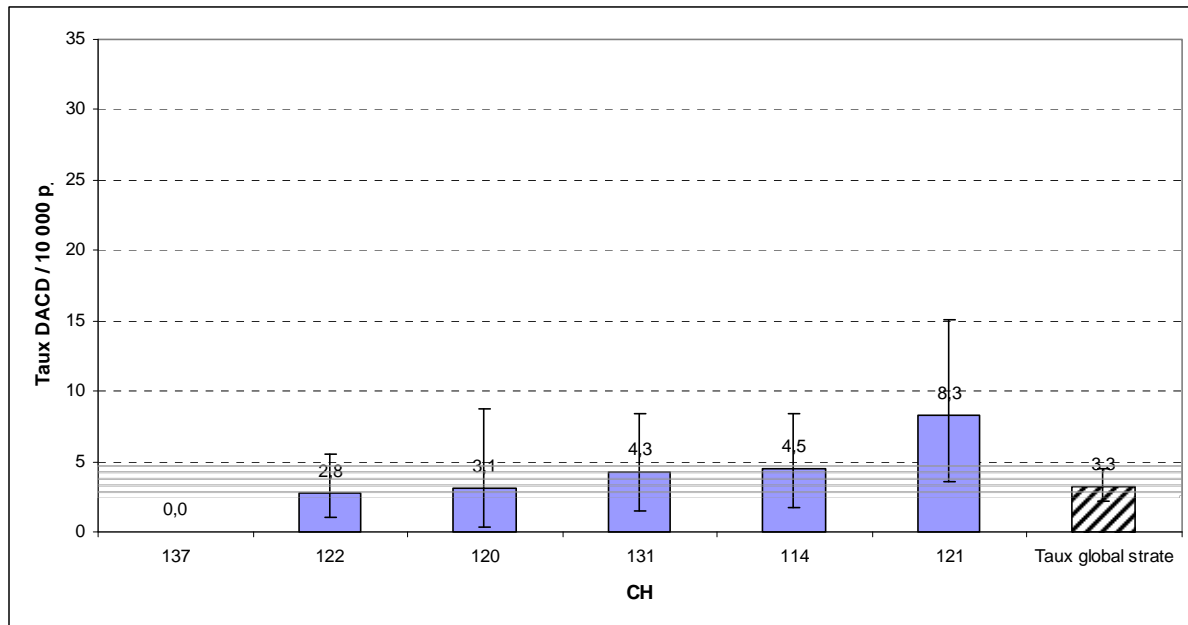
**Figure 7** Taux des DACD d'origine nosocomiale (cas/10 000 personnes-jours) dans les CH non universitaires de moins de 100 lits, ayant une proportion  $\geq 35\%$  de patients de  $\geq 65$  ans pendant les périodes 10 à 13 de 2009-2010, par CH et global pour la strate



**Figure 8** Taux des DACD d'origine nosocomiale (cas/10 000 personnes-jours) dans les CH non universitaires de moins de 100 lits, ayant une proportion  $< 35\%$  de patients de  $\geq 65$  ans pendant les périodes 10 à 13 de 2009-2010, par CH et global pour la strate



**Figure 9** Taux des DACD d'origine nosocomiale (cas/10 000 personnes-jours)  
dans les CH de réadaptation pendant les périodes 10 à 13 de 2009-2010,  
par CH et global pour la strate



**Figure 10** Taux des DACD d'origine nosocomiale (cas/10 000 personnes-jours)  
dans les CH pédiatriques pendant les périodes 10 à 13 de 2009-2010, par  
CH et global pour la strate

