

Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN)

Protocole de surveillance 2018 des infections du sang à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) et sensible à la méthicilline (SASM) dans les établissements de soins de santé du PCSIN

Révisé le 29 janvier 2018

Groupe de travail :

Stephanie Smith (présidente), Allison McGeer, Bonita Lee, Charles Frenette, Jeannette Comeau, Jerome Leis, Joanne Embree, Joanne Langley, John Embil, Joseph Vayalumkal, Kevin Katz, Pamela Kibsey, Paula Stagg, Jennifer Campbell (LNM), Alana Ivany, Connie Gittens, Debbie Ormiston, Leslie Forrester, Joan Durand, Jennifer Parsonage, Donna Penney (PCI), Kanchana Amaratunga (ASPC), Linda Pelude (ASPC – épidémiologiste en chef), George Golding (LNM – responsable du laboratoire)

Veillez soumettre ou charger les formulaires de cas sur le site www.cnphi-rcrsp.ca.

Adressez toute question à :

Compte de courriel générique du PCSIN

Courriel : cnisp.pcsin@phac-aspc.gc.ca

INTRODUCTION

Auparavant 1995, on ne disposait d'aucune donnée à l'échelle nationale sur l'incidence et l'épidémiologie de l'infection à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) au Canada. Cependant, depuis 1995, un programme de surveillance à l'échelle nationale est en vigueur dans les hôpitaux sentinelles participant au Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN).

Le Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN) est le fruit des efforts conjoints du Comité canadien d'épidémiologistes hospitaliers (CCEH), un sous-comité de l'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie (AMMI), et du Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections (CLMTI) de l'Agence de la santé publique du Canada.

Depuis sa création en 1994, le PCSIN s'est donné pour objectifs de fournir les taux et les tendances se rapportant aux infections associées aux soins de santé (nosocomiales) dans les établissements de soins de santé du Canada, de manière à permettre la comparaison des taux (points de référence), et d'obtenir des données probantes pouvant servir à l'élaboration de lignes directrices nationales sur les questions cliniques liées aux infections associées aux soins de santé. Depuis janvier 2017, 62 hôpitaux sentinelles, dont 8 établissements pédiatriques autonomes, disséminés dans 10 provinces, représentés par 35 membres du CCEH, collaborent au réseau du PCSIN.

Les données recueillies pour l'année de surveillance 2018 refléteront tous les cas « récemment identifiés » d'infections du sang à *Staphylococcus aureus* sensible à la méthicilline (SASM) et résistant à la méthicilline (SARM) dans les hôpitaux participant au PCSIN. Depuis 2016, les cas de colonisation par le SARM ne sont plus signalés au PCSIN.

OBJECTIFS

Ce projet de surveillance vise à :

1. décrire les infections sanguines associées à SASM et à SARM dans les hôpitaux canadiens de soins de courte durée participant au PCSIN;
2. déterminer les taux de bactériémie annuels de l'infection à SASM et à SARM (en tant qu'indicateur du fardeau de la maladie) dans les hôpitaux canadiens participant au PCSIN;
3. déterminer la proportion des infections sanguines à *Staphylococcus aureus* qui sont des SARM;
4. caractériser tous les isolats de SASM ou de SARM provenant de la circulation sanguine, trouvés dans les hôpitaux affiliés au PCSIN, à l'aide de l'épreuve de sensibilité aux antimicrobiens et de typages moléculaires.

MÉTHODOLOGIE

a) Période de surveillance

La période de surveillance s'étend du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2018.

b) Critères d'inclusion pour la surveillance de l'infection à SASM et à SARM

Définition de cas	
SASM	SARM
<ul style="list-style-type: none">• isolement de <i>Staphylococcus aureus</i> du sang ET• patient doit être admis à l'hôpital ET• « cas récemment identifié d'infection à <i>Staphylococcus aureus</i> » dans un hôpital participant du PCSIN au moment de l'admission à l'hôpital ou cas identifié pendant l'hospitalisation.	<ul style="list-style-type: none">• isolement de <i>Staphylococcus aureus</i> du sang ET• résistance de l'isolat à l'oxacilline ou confirmation du laboratoire de <i>mec</i> (phénotypique ou génotypique) ET• patient doit être admis à l'hôpital ET• « cas récemment identifié d'infection à SARM » dans un hôpital participant du PCSIN au moment de l'admission à l'hôpital ou cas identifié pendant l'hospitalisation.

Plus précisément :

- les infections du sang à SASM ou à SARM diagnostiqués pour la première fois pendant l'admission actuelle à l'hôpital;
- les infections du sang à SASM et à SARM déjà diagnostiquées dans votre établissement ou dans un autre établissement affilié au PCSIN, mais qui constituent de nouvelles infections.

Critères pour déterminer s'il s'agit d'une nouvelle infection du sang à SASM et à SARM :

> 14 jours depuis le traitement précédent à une infection du sang à SASM et à SARM et selon le jugement des médecins et professionnels en contrôle des infections représente une nouvelle infection.

c) Critères d'exclusion pour la surveillance de l'infection à SASM et à SARM

- Urgences, cas cliniques ou autres patients externes qui ne sont **PAS admis** à l'hôpital.

Lorsque l'infection du sang à SASM ou à SARM est détectée chez un patient, le cas est considéré comme cas associé à une autre exposition à un milieu en soins de santé ou à votre établissement de soins de courte durée selon le **jugement clinique** du professionnel de la santé et/ou du professionnel en prévention et contrôle des infections et à partir des critères suivants :

Définition de cas associé aux soins de santé contracté dans votre établissement de soins de courte durée pour une infection sanguine à SASM ou à SARM :

- Le patient est au jour 3¹ ou au-delà de son hospitalisation
- OU**
- A été hospitalisé dans votre établissement au cours des 7 derniers jours ou jusqu'à 90 jours² selon la source d'infection sanguine
- OU**
- A reçu des soins de santé dans votre établissement qui auraient entraîné cette bactériémie (selon le meilleur jugement clinique)

Définition des cas associés aux soins de santé dans votre établissement de soins de courte durée pour l'infection du sang à SASM ou à SARM chez le nouveau-né :

- I. le nouveau-né en est au jour 3³ ou au-delà de son hospitalisation;
- II. la mère n'avait **PAS** d'infection connue à SARM au moment de son hospitalisation et il n'y a aucune raison épidémiologique de croire que la mère était colonisée avant son hospitalisation, même si le nouveau-né est âgé de moins de 48 heures;
- III. Dans le cas d'un nouveau-né provenant d'un autre établissement, l'infection du sang à SASM ou à SARM peut être jugée associée aux soins de santé dans votre établissement de soins de courte durée si la présence de l'organisme était INCONNUE au moment du transfert et qu'il n'y a aucune raison épidémiologique de croire que l'acquisition a eu lieu avant le transfert.

Définition de cas associé aux soins de santé, toute autre exposition à des soins de santé pour une infection du sang à SASM ou à SARM :

- Tout patient qui a une bactériémie non contractée dans votre établissement que l'on pense être associée à une exposition à un milieu de soins de santé (p. ex., autre établissement de soins de santé de courte durée, soins de longue durée, établissement de réadaptation, clinique, visite au service des urgences ou exposition à un dispositif médical).

Définition des cas d'origine communautaire pour une infection du sang à SASM ou à SARM :

- Aucun soin de santé reçu qui aurait entraîné cette bactériémie (selon le meilleur jugement clinique⁴) et ne correspond pas aux critères d'une infection du sang associée à des soins de santé.

¹ Le jour civil 1 est le jour de l'admission à l'hôpital.

² Par exemple, une bactériémie à SASM ou à SARM provenant d'une plaie chirurgicale déclarée 3 semaines après une intervention chirurgicale dans votre établissement serait considérée comme soins de santé associés à votre établissement (jusqu'à 90 jours après l'intervention dans le cas d'implant). Une pneumonie bactériémique à SASM ou à SARM survenant plus de 7 jours après le congé de votre établissement ne devrait pas être considérée comme soins de santé associés à votre établissement.

³ Le jour civil 1 est le jour de l'admission à l'hôpital.

⁴ Il faut tenir compte de la fréquence et de la nature de l'exposition à un dispositif médical ou à une procédure médicale. Par exemple, les patients pédiatriques ayant consulté en clinique pour une otite moyenne, de l'asthme, clinique bébés en santé, etc., peuvent ou non être considérés comme atteints d'une infection associée aux soins de santé, tandis que les patients pédiatriques s'étant rendus en clinique pour des procédures invasives ou de chirurgie ambulatoire sont plus susceptibles d'être considérés comme atteints d'une infection associée aux soins de santé. Les patients adultes recevant une dialyse, une chimiothérapie, les consultations externes pour des procédures invasives ou de chirurgie ambulatoire sont plus susceptibles d'être considérés comme atteints d'une infection associée aux soins de santé, par rapport aux patients adultes ayant des consultations externes occasionnelles ou de clinique de santé communautaire.

d) Collecte des données

Remarque : À compter de janvier 2018, seules les infections du sang à SASM et à SARM seront signalées.

Toutes les données doivent être collectées au moyen du questionnaire pour un isolat de sang (annexe 4).

La surveillance des infections du sang à SASM et à SARM se fait en laboratoire. Le diagnostic de l'infection du sang à SASM ou à SARM en laboratoire est requis pour l'inclusion du cas dans la surveillance.

Comme un patient peut contracter plusieurs infections du sang à SASM ou à SARM au cours de la même année civile, les **NOUVELLES** infections doivent être signalées en les inscrivant comme nouveau cas et en les reliant à l'infection d'origine du sang à SASM ou à SARM et en indiquant l'identifiant d'origine du cas à la fin du questionnaire.

Un algorithme (**annexe 1**) est fourni pour aider aux activités de surveillance.

C) Isolats d'hémoculture

Surveillance de routine du SARM – Collecte de données

Pour chaque cas d'infection du sang à SASM et à SARM, remplissez la **partie B – Isolat d'hémoculture du Questionnaire du patient** (annexe 4).

e) Saisie ou envoi de données électroniques (par courriel ou par télécopieur) à l'Agence

Toutes les données du questionnaire patient sur l'infection du sang à SASM ou à SARM doivent être soumises à l'Agence en ligne par l'entremise du Réseau canadien de renseignements sur la santé publique (RCRSP) à l'adresse www.cnphi-rcrsp.ca. Pour obtenir de l'aide technique, poser une question ou déposer un commentaire, veuillez communiquer avec le PCSIN par courriel à l'adresse cnisp-pcsin@phac-aspc.gc.ca.

f) Données servant de dénominateurs

Pour obtenir les renseignements nécessaires servant de dénominateurs pour le calcul des taux de bactériémie de SASM ou de SARM à l'échelle nationale, chaque établissement de santé participant devra remplir chaque trimestre un formulaire de collecte des données servant de dénominateurs (nombre d'hospitalisations et de jours-patients) et le soumettre à l'Agence de la santé publique du Canada ou en ligne par l'intermédiaire du RCRSP à l'adresse www.cnphi-rcrsp.ca au plus tard à la fin du trimestre suivant.

Si le total de votre dénominateur de la dernière année (admission de patient ou jours par patient) est différent de ceux soumis trimestriellement, ce dénominateur total de la dernière année civile devra être transmis au plus tard le 31 mars de l'année civile suivante (p. ex., pour 2018, les données totales finales servant de dénominateur annuel devraient être transmises au plus tard le 31 mars 2019).

Si votre hôpital prodigue des soins aux populations adultes et pédiatriques et est en mesure de fournir des dénominateurs distincts pour les patients adultes et pédiatriques, veuillez soumettre trimestriellement les dénominateurs adultes et pédiatriques. Sont définis comme des cas de SARM pédiatriques les patients âgés de moins de 18 ans.

g) Surveillance en laboratoire

Isolats de sang : Un isolat de sang est requis pour chaque cas admissible d'infection sanguine à SASM et à SARM. Chaque infection sanguine à SASM et à SARM détectée au cours de l'année de surveillance doit être transmise au LNM (pendant toute l'année). Dans le cas d'une nouvelle infection chez le même patient, veuillez indiquer si possible, le précédent identifiant unique du patient sur le formulaire d'expédition.

Formulaire d'expédition obligatoire : Chaque colis d'isolats de sang de SASM ou de SARM admissibles doit être accompagné d'un formulaire d'expédition normalisé. Veuillez remplir le modèle qui se trouve à l'annexe 4 et vous assurer de l'inclure dans l'envoi.

Les isolats doivent être envoyés à l'adresse suivante :	Pour toute question concernant la collecte des données et les formulaires de soumission des données, veuillez communiquer avec :
<p>D^r George Golding Laboratoire national de microbiologie Agence de la santé publique du Canada 1015, rue Arlington Winnipeg (Manitoba) R3E 3R2 Téléphone : 204-789-2133</p> <p>Utiliser le numéro de facturation FedEx : 2299-8435-7</p>	<p>PCSIN Section des infections associées aux soins de santé Agence de la santé publique du Canada 130, chemin Colonnade, PL 6503B Ottawa (Ontario) K1A 0K9 Courriel : cnisp-pcsine@phac-aspc.gc.ca Télécopieur : 613-946-0678</p>

Au LNM, tous les isolats seront soumis à un typage *spa*, à la détection *mec* et à la LPV par RCP. Les doubles des isolats seront envoyés au laboratoire de Sunnybrook en vue d'une épreuve de sensibilité aux antimicrobiens.

ANALYSE DES DONNÉES

Les taux individuels pour chaque établissement, régionaux et nationaux (pour 1 000 hospitalisations et pour 10 000 jours d'hospitalisation) seront calculés chaque année par le personnel de l'Agence :

- 1) taux d'incidence des cas d'infection du sang à SARM et à SARM;
- 2) taux d'incidence des cas d'infection du sang à SASM et à SARM associées aux soins de santé et d'origine communautaire.

Les taux individuels propres à chaque établissement resteront confidentiels et ne pourront être divulgués qu'aux personnes-ressources autorisées de l'établissement. En revanche, les taux régionaux et nationaux seront présentés dans les rapports, les présentations et les publications du PCSIN et publiés sur le site de l'Agence de la santé publique du Canada.

ÉTHIQUE

Bien que le présent projet de surveillance soit fondé sur l'observation et qu'il n'ait aucune influence sur les soins administrés aux patients, une approbation éthique peut être nécessaire pour certains établissements hospitaliers. Comme la surveillance des infections associées aux soins de santé est une composante de base de l'assurance de la qualité et des soins aux patients dans les établissements de soins de santé au Canada, le consentement éclairé n'est pas nécessaire. Le code d'identification unique attribué à chaque patient ne servira qu'à identifier les patients dans l'établissement affilié au CCEH; il ne sera pas transmis à l'Agence de la santé publique du Canada. Toutes les données transmises à l'Agence sont considérées comme strictement confidentielles.

Annexes jointes :

Annexe 1 Algorithme servant à la surveillance du SASM et du SARM en 2018

Annexe 2 Liste détaillée des échantillons

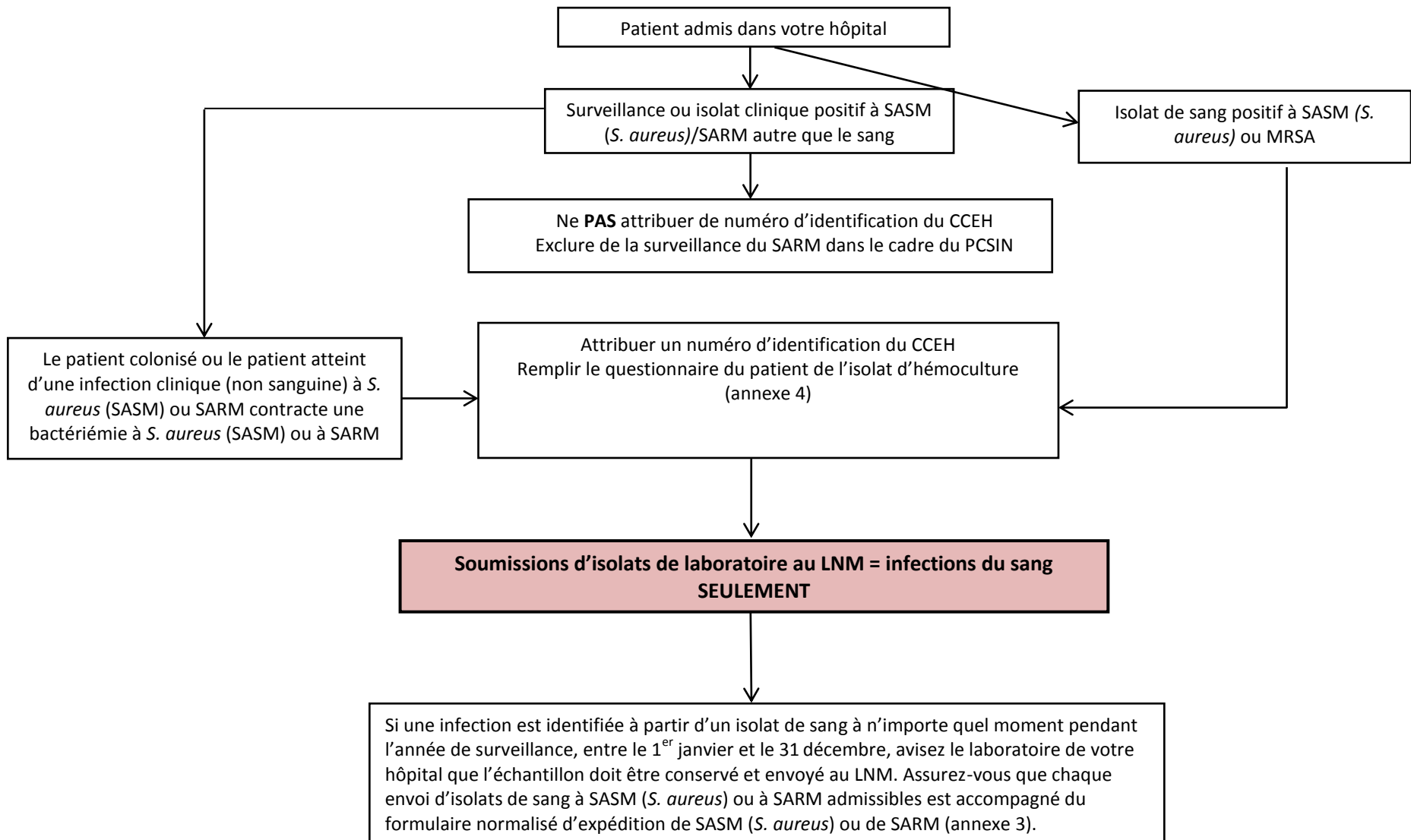
Annexe 3 Formulaire normalisé d'expédition au laboratoire (obligatoire)

Annexe 4 Questionnaire du patient pour la surveillance d'une infection à SASM ou à SARM

Annexe 5 Lexique des données et notes pour le questionnaire du patient pour une infection à SASM ou à SARM

Annexe 6 Historique des révisions du protocole

ANNEXE 1 : ALGORITHME SERVANT À LA SURVEILLANCE DU SASM ET DU SARM EN 2018 DANS LE CADRE DU PCSIN



ANNEXE 2 – Liste détaillée des échantillons
(ne PAS soumettre à l'Agence de la santé publique du Canada)

Nom du patient	N° de l'hôpital	N° de l'établissement affilié au CCEH (identifiant unique du patient)	ISOLAT D'HÉMOCULTURE		
			Date de l'obtention de l'hémoculture	S'il s'agit d'une nouvelle infection chez un patient déjà identifié pour une infection <i>S. aureus</i> (SASM) ou SARM, veuillez inscrire l'identifiant précédent (d'origine) unique du patient	Aviser le laboratoire (LNM)
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

ANNEXE 3 – Surveillance 2018 des infections à SARM par le PCSIN : Formulaire normalisé d’expédition au laboratoire

Envoi à l’adresse :

D^r George Golding
 Laboratoire national de microbiologie
 1015, rue Arlington, Winnipeg, Manitoba R3E 3R2
 Téléphone : 204-789-2133

Utiliser le numéro de facturation FedEx : 2299-8435-7

Numéro du laboratoire de l’hôpital	Code d’identification du CCEH attribué <i>p. ex.</i> 01C-18-001	Isolat de sang <i>S. Aureus</i> (SASM) ou SARM	Date de prélèvement de l’échantillon <i>jj-mm-aaaa</i> <i>p. ex.</i> 17-janv.-2018	Remarques facultatives du laboratoire expéditeur Indiquez si l’échantillon n’est pas disponible, ou fournissez toute information importante concernant l’isolat	S’il s’agit d’une nouvelle infection chez un patient déjà identifié pour une infection à SASM (<i>S. aureus</i>) ou à SARM au cours de la même année civile, veuillez inscrire l’identifiant précédent (d’origine) unique du patient

Veuillez à bien inclure ce formulaire dans votre envoi

ANNEXE 4
QUESTIONNAIRE DU PATIENT
ISOLAT DE SANG DE SASM (*S. aureus*) OU DE SARM

DIRECTIVES

Veillez remplir pour tous les nouveaux cas d'infections du sang à SASM ou à SARM.

- Consultez le lexique des données pour obtenir les définitions et les notes explicatives (annexe 5).

Résumé des exigences se rapportant au laboratoire

- Veuillez aviser le laboratoire de l'hôpital qu'il faut conserver un échantillon de sang par questionnaire (chaque nouvelle infection).
- Identifiez l'isolat de SASM ou de SARM et si une nouvelle infection apparaît chez un patient qui avait déjà une infection à SASM ou à SARM au cours de la même année civile, inscrivez l'ancien identifiant (d'origine) unique du patient à la fin du questionnaire.
- Faites parvenir les isolats (toute l'année) au LNM en utilisant le formulaire normalisé d'expédition au laboratoire fournis à l'annexe 3.

1. L'infection du sang est-elle confirmée en laboratoire comme

- SASM (*S. aureus*)
 SARM

2. Numéro de l'établissement affilié au CCEH _____

3. Code d'identification unique _____ **18** _____
(n° de l'établissement) (année de surveillance) (n° du cas)

4. Date de naissance ____/____/____
 jj mmm aaaa

En l'absence de la date réelle, indiquez l'âge du patient en années, en mois ou en jours.

Âge _____ années mois jours

5. Sexe Homme Femme

6. Date d'hospitalisation ____/____/____
 jj mmm aaaa

7. Date de la première hémoculture positive obtenue ____/____/____
 jj mmm aaaa

8. Quelle était la source/le siège probable de la bactériémie à SARM? *Cochez une seule case*

- Associée au cathéter intraveineux
- Bactériémie primaire (source inconnue/impossible à déterminer)
- Peau/tissu mou/brûlure → Si oui, s'agit-il d'un cas de fasciite nécrosante? Oui Non
- Infection d'une plaie/site opératoire
- Voies respiratoires inférieures⁵ → Si oui, s'agit-il d'un cas de pneumonie nécrosante? Oui Non
- Endocardite
- Ostéomyélite/arthritis purulente/bursite septique
- Pneumonie → Si oui, s'agit-il d'un cas de pneumonie nécrosante? Oui Non
- Méningite
- Infection urinaire/septicémie d'origine urinaire
- Autre (*précisez*) : _____

9. Où cette **bactériémie** à SARM (infection) a-t-elle été contractée? *Cochez une seule case*

- Cas associé aux soins de santé (contracté dans votre établissement de soins de courte durée)⁶
- Cas associé aux soins de santé (contracté dans un autre établissement ou milieu de soins de santé)⁷
- Cas d'origine communautaire⁸
- Cas d'origine inconnue

10a. Le patient a-t-il déjà contracté une infection à SARM?⁹

- Non
- Oui – si oui, passez à la question 10b.

⁵ Les voies respiratoires inférieures incluent les isolats provenant des expectorations, des lavages bronchiques, des aspirations endotrachéales, du liquide pleural ou des tissus pulmonaires ou d'un abcès associé à une pneumonie, un abcès du poumon ou un empyème.

⁶ Le patient est au jour 3 ou au-delà de son hospitalisation (le jour 1 est le jour de l'admission à l'hôpital) OU a été hospitalisé dans votre établissement au cours des 7 derniers jours ou jusqu'à 90 jours, selon la source d'infection (Par exemple, une bactériémie à SASM ou à SARM provenant d'une plaie chirurgicale déclarée 3 semaines après une intervention chirurgicale dans votre établissement serait considérée comme soins de santé associés à votre établissement (jusqu'à 90 jours après l'intervention dans le cas d'implant). Une pneumonie bactériémique à SASM ou à SARM survenant plus de 7 jours après le congé de votre établissement ne devrait pas être considéré comme soins de santé associés à votre établissement OU a eu une exposition dans votre établissement qui aurait entraîné cette bactériémie (en utilisant le meilleur jugement clinique).

⁷ Tout patient qui a une bactériémie non contractée dans votre établissement que l'on pense être associée à une exposition à un milieu de soins de santé (p. ex., autre établissement de soins de santé de courte durée, soins de longue durée, établissement de réadaptation, clinique, visite au service des urgences ou exposition à un dispositif médical).

⁸ Aucun soin de santé reçu qui aurait entraîné cette bactériémie (selon le meilleur jugement clinique) et ne correspond pas aux critères d'une infection du sang associée à des soins de santé. Par exemple, les patients pédiatriques ayant consulté en clinique pour une otite moyenne, de l'asthme, clinique bébés en santé, etc., peuvent ou non être considérés comme atteints d'une infection associée aux soins de santé, tandis que les patients pédiatriques s'étant rendus en clinique pour des procédures invasives ou de chirurgie ambulatoire sont plus susceptibles d'être considérés comme atteints d'une infection associée aux soins de santé. Les patients adultes recevant une dialyse, une chimiothérapie, les consultations externes pour des procédures invasives ou de chirurgie ambulatoire sont plus susceptibles d'être considérés comme atteints d'une infection associée aux soins de santé, par rapport aux patients adultes ayant des consultations externes occasionnelles ou de clinique de santé communautaire.

⁹ Une infection à SARM identifiée lors de l'évaluation à l'admission ne s'applique pas. L'infection à SARM doit avoir été identifiée grâce à l'échantillon clinique (blessure, siège chirurgical, voies respiratoires, os, sang, etc.). Les colonisations identifiées grâce aux échantillons cliniques sont acceptables.

10b. Si oui, était-ce un¹⁰ :

- Cas associé aux soins de santé (contracté dans votre établissement)
- Cas associé aux soins de santé (contracté dans un autre établissement ou d'une autre exposition)
- Cas d'origine communautaire
- Cas d'origine inconnue

11. Au moment du prélèvement de l'hémoculture positive :

Le patient se trouvait-il en unité de soins intensifs¹¹ ou avait-il quitté une unité de soins intensifs au cours des 48 dernières heures?
ET

Le patient se trouvait-il en unité de soins intensifs depuis 48 heures ou plus (ou y était-il resté pendant 48 heures ou plus)?

- Oui
- Non

12. Le patient était-il en hémodialyse au moment où il a obtenu un résultat positif à l'hémoculture?

- Oui
- Non

13. À votre connaissance, le patient utilise-t-il ou s'injecte-t-il des drogues par voie intraveineuse?

- Oui
- Non

14. Après l'obtention de l'hémoculture, mais **AVANT** que les résultats soient disponibles, indiquez quels antibiotiques le patient a reçu : *Cochez TOUTES les réponses qui s'appliquent.*

- Vancomycine
- Linézolide
- Daptomycine
- Clindamycine
- Triméthoprim-sulfaméthoxazole
- Cloxacilline
- Céfazoline
- Ceftriaxone
- Autre : _____
- Aucun antibiotique

15. Au cours des 24 heures suivant le jour où le SARM ou SARM a été diagnostiqué ou signalé, indiquez quel(s) antibiotique(s) ont été administrés au patient : *Cochez TOUTES les réponses qui s'appliquent.*

- Vancomycine
- Linézolide
- Daptomycine

¹⁰ Veuillez utiliser la première occurrence connue de SARM (infection ou colonisation) chez ce patient pour déterminer le lieu d'origine. Cela dépendra de la date à laquelle l'hôpital peut remonter. Par exemple, si une colonisation à SARM d'un échantillon clinique a été identifiée pour la première fois en 2015 et une infection des voies respiratoires à SARM en 2016, utilisez la colonisation à SARM identifiée en 2015 pour déterminer le lieu d'origine.

¹¹ Sont considérés comme des unités de soins intensifs les unités de soins mixtes (toute combinaison de patients, p. ex., médecine générale/ service chirurgical, médecine générale/ service de neurochirurgie/de soins aux brûlés, service chirurgical/de traumatisme, etc.), la médecine générale, le service chirurgical, les unités de soins pédiatriques intensifs, les unités de soins néonataux intensifs, les chirurgies cardiovasculaires, les unités de soins coronariens, les services de neurochirurgie, les unités de soins aux brûlés ou les unités de soins courants.

- Clindamycine
- Triméthoprime-sulfaméthoxazole
- Cloxacilline
- Céfazoline
- Ceftriaxone
- Autre : _____
- Aucun antibiotique

16a. Le patient était-il hospitalisé en unité de soins intensifs lors de l'obtention des hémocultures positives?

- Non → Passez à la question 16b
- Oui → Passez à la question 17

16b. Le patient a-t-il été admis ou transféré dans une unité de soins intensifs¹² dans les 30 jours suivant la première hémoculture positive?

- Oui → Indiquez la date d'admission en unité de soins intensifs : ____/____/____
jj mm aaaa
- Non
- Inconnu

17. Au cours des 30 jours¹³ ayant suivi l'obtention de la première hémoculture positive, le patient a-t-il eu :

a) Une bactériémie persistante (les hémocultures continuent à donner des résultats positifs pour le SASM ou le SARM pendant 7 jours ou plus après le début d'un traitement antibiotique approprié¹⁴, sans aucune hémoculture négative dans l'intervalle).

- Oui
- Non
- Inconnu

OU

b) Récurrence de la bactériémie (Récurrence de la bactériémie = hémoculture(s) positive(s) à SASM ou à SARM 14 jours ou plus après des hémocultures négatives documentées)

- Oui
- Non
- Inconnu

18a. Résultat 30 jours après la date de la première hémoculture positive?

- Le patient est toujours hospitalisé (en attente d'une hospitalisation en SLD¹⁵)
- Le patient est toujours hospitalisé (soins de courte durée)
- Le patient a quitté l'hôpital en vie et N'A PAS été réhospitalisé → Indiquez la date du congé de l'hôpital : ____/____/____
jj mm aaaa
- Le patient a quitté l'hôpital en vie et a été réhospitalisé → Passez à la question 18b
- Le patient est décédé → Indiquez la date du décès : ____/____/____
jj mm aaaa

¹² Sont considérés comme des unités de soins intensifs les services de médecine générale, les unités de soins de chirurgie mixtes (toute combinaison de patients, p. ex., service chirurgical/de traumatisme, médecine générale, chirurgie, etc.), les chirurgies cardiovasculaires, les unités de soins coronariens, les services de neurochirurgie, les unités de soins aux brûlés ou les unités de soins courants.

¹³ Ne PAS inclure si >30 jours.

¹⁴ Les antibiotiques appropriés pour le traitement de la bactériémie à SARM sont la vancomycine, la daptomycine ou le linézolide.

¹⁵ SLD = soins de longue durée.

18b. Si le patient a quitté l'hôpital et a été réhospitalisé dans les 30 jours suivant la première hémoculture positive, était-ce dû à une infection à SASM ou à SARM récurrente?

Non → passez à la question 19

Oui → Indiquez la date de **congé de l'hôpital** pour l'hospitalisation précédente : ____/____/____ → Passez à la question 18c
jj mm aaaa

18c. Si une **infection** à SASM ou à SARM récurrente était la cause de la réhospitalisation (*question 18b = oui*), indiquez le siège de la culture positive pour l'infection récurrente.

- Associée au cathéter intraveineux
- Bactériémie primaire (source inconnue/impossible à déterminer)
- Infection d'une plaie chirurgicale
- Peau/tissu mou/brûlure
- Voies respiratoires inférieures¹⁶
- Point de sortie d'un cathéter intraveineux
- Urine
- Autre (*précisez*) : _____

19. S'agit-il d'une NOUVELLE infection chez un patient ayant déjà contracté une infection à SASM ou à SARM au cours de cette année de surveillance?

Non Oui. Inscrivez l'identifiant précédent (d'origine) unique du patient _____ 18 _____
(n° de l'établissement) (année de surveillance) (n° du cas)

¹⁶ Les voies respiratoires inférieures incluent les isolats provenant des expectorations, des lavages bronchiques, des aspirations endotrachéales, du liquide pleural ou des tissus pulmonaires ou d'un abcès associé à une pneumonie, un abcès du poumon ou un empyème.

ANNEXE 5

Lexique des données et notes explicatives pour le questionnaire du patient pour une infection à SASM ou à SARM

1. L'infection du sang est-elle confirmée par le laboratoire comme infection à SASM (*S. aureus*) ou à SARM?

Cochez une seule réponse, SASM ou SARM.

2. Numéro de l'établissement affilié au CCEH

Il s'agit du code alphanumérique à **trois (3) caractères** attribué à votre établissement. Il commence toujours par deux (2) chiffres attribués à votre membre du CCEH/PCSIN (p. ex. 07, 15), lesquels sont suivis d'une lettre attribuée par le membre en question (p. ex. A, B, C, etc.) à l'établissement même. Le numéro d'établissement affilié au CCEH pour chaque établissement devrait être le même pour tous les projets de surveillance du CCEH et du PCSIN; il doit toujours être écrit avec trois (3) caractères alphanumériques comme dans le cas du numéro de l'établissement affilié au CCEH (p. ex. 07A, 15A).

3. Code d'identification unique

Ce numéro à huit (8) caractères comprend les trois (3) caractères du numéro de l'établissement affilié au CCEH (p. ex. 09A), l'année au cours de laquelle le cas d'infection s'est produit (p. ex. 18) et le numéro consécutif commençant à 001 et augmentant avec chaque cas supplémentaire. Par exemple, le premier cas dans un établissement recevrait le code 09A-18-001. Le trente-cinquième cas serait numéroté 09A-18-035, et ainsi de suite.

Remarque : Identifiez toujours l'isolat de laboratoire en indiquant ce numéro d'identification unique.

4. Date de naissance

Veillez entrer le jour (06), le mois (mai) et l'année (1973) dans cet ordre. Si la date de naissance n'est pas disponible, indiquez l'âge du patient (en années, mois ou jours) au moment de la culture positive.

5. Sexe

Cochez homme ou femme, selon le cas.

6. Date d'hospitalisation

Indiquez la date à laquelle le patient a été admis à l'hôpital. Veuillez entrer le jour (06), le mois (mai) et l'année (2017) dans cet ordre.

7. Date de l'obtention de la première culture clinique positive

Pour l'admission/infection en cours, indiquez la date à laquelle a été prélevé le premier isolat de sang ayant obtenu un résultat positif aux tests de détection. Veuillez entrer le jour (08), le mois (mai) et l'année (2018) dans cet ordre.

8. Quelle était la source ou quel était le siège probable de la bactériémie?

En toute probabilité, quelle infection a provoqué la bactériémie à SASM ou à SARM? Choisissez parmi la liste fournie ou précisez la source si celle-ci ne figure pas dans la liste. Veuillez ne cocher qu'UNE seule réponse.

9. Où la bactériémie (infection) a-t-elle été contractée?

Indiquez si l'infection du sang a été contractée dans un milieu de soins de santé ou dans la communauté d'après les définitions suivantes. S'il est impossible de déterminer ce lieu, l'origine peut être qualifiée d'« inconnue ». Cochez UNE seule réponse.

Définition de cas associé aux soins de santé contracté dans votre établissement de soins de courte durée pour une infection sanguine à SASM ou à SARM

- Le patient est au jour 3¹⁷ ou au-delà de son hospitalisation

OU

- A été hospitalisé dans votre établissement au cours des 7 derniers jours ou jusqu'à 90 jours¹⁸ selon la source d'infection

OU

- A reçu des soins de santé dans votre établissement qui auraient entraîné cette bactériémie (selon le meilleur jugement clinique)

Définition des cas associés aux soins de santé dans votre établissement de soins de courte durée pour l'infection du sang à SASM ou à SARM chez le nouveau-né :

- I. Le nouveau-né en est au jour 3¹⁹ ou au-delà de son hospitalisation;
- II. La mère n'avait **PAS** d'infection connue à SARM au moment de son hospitalisation et il n'y a aucune raison épidémiologique de croire que la mère était colonisée avant son hospitalisation, même si le nouveau-né est âgé de moins de 48 heures;
- III. Dans le cas d'un nouveau-né provenant d'un autre établissement, l'infection du sang à SASM ou à SARM peut être jugée associée aux soins de santé dans votre établissement de soins de courte durée si la présence de l'organisme était INCONNUE au moment du transfert et qu'il n'y a aucune raison épidémiologique de croire que l'acquisition a eu lieu avant le transfert.

Définition de cas associé aux soins de santé, toute autre exposition à des soins de santé pour une infection du sang à SASM ou à SARM :

Tout patient qui a une bactériémie non contractée dans votre établissement que l'on pense être associée à une exposition à un milieu de soins de santé (p. ex., autre établissement de soins de santé de courte durée, soins de longue durée, établissement de réadaptation, clinique, visite au service des urgences ou exposition à un dispositif médical).

¹⁷ Le jour civil 1 est le jour de l'admission à l'hôpital.

¹⁸ Par exemple, une bactériémie à SASM ou à SARM provenant d'une plaie chirurgicale déclarée 3 semaines après une intervention chirurgicale dans votre établissement serait considérée comme soins de santé associés à votre établissement (jusqu'à 90 jours après l'intervention dans le cas d'implant). Une pneumonie bactériémique à SASM ou à SARM survenant plus de 7 jours après le congé de votre établissement ne devrait pas être considéré comme soins de santé associés à votre établissement.

¹⁹ Le jour civil 1 est le jour de l'admission à l'hôpital.

Cas d'origine communautaire :

- Aucun soin de santé reçu qui aurait entraîné cette bactériémie (selon le meilleur jugement clinique²⁰) et ne correspond pas aux critères d'une infection du sang associée à des soins de santé.

10a. Le patient a-t-il déjà contracté une infection à SARM?

Veuillez indiquer « oui » ou « non » si ce patient a déjà contracté une infection à SARM. Toutefois, une infection à SARM identifiée lors de l'évaluation à l'admission ne s'applique **PAS**. L'infection à SARM doit avoir été identifiée grâce à l'échantillon clinique (blessure, siège chirurgical, voies respiratoires, os, sang, etc.). Les colonisations identifiées grâce aux échantillons cliniques sont acceptables. Si le patient a déjà contracté une infection à SARM, répondez à la question 10b.

10b. Si oui

S'agissait-il de cas associés à des soins de santé (reçus dans votre établissement), de cas associés à des soins de santé (reçus dans un autre établissement de soins de santé ou d'une autre exposition), d'origine communautaire ou inconnue.

Choisissez une réponse dans la liste et reportez-vous à la définition soulignée à la question 9. Veuillez utiliser la première occurrence connue de SARM (infection ou colonisation) chez ce patient pour déterminer le lieu d'origine. Cela dépendra de la date à laquelle l'hôpital peut remonter. Par exemple, si une colonisation à SARM d'un échantillon clinique a été identifiée pour la première fois en 2015 et une infection des voies respiratoires à SARM en 2016, utilisez la colonisation à SARM identifiée en 2015 pour déterminer le lieu d'origine.

11. Au moment du prélèvement de l'hémoculture positive :

Indiquez si, au moment où a été prélevé l'échantillon sanguin ayant obtenu un résultat positif au test de détection du SARM ou du SARM, le patient se trouvait dans une unité de soins intensifs* ou avait quitté une unité de soins intensifs au cours des dernières 48 heures ET se trouvait dans une unité de soins intensifs depuis 48 heures ou plus (ou y était resté pendant 48 heures ou plus).

Cette question a pour but de repérer les infections du sang attribuables à l'unité de soins intensifs.

**Sont considérés comme des unités de soins intensifs les unités de soins mixtes (toute combinaison de patients, p. ex., médecine générale/service chirurgical, médecine générale/service de neurochirurgie/de soins aux brûlés, service chirurgical/de traumatisme, etc.), la médecine générale, le service chirurgical, les unités de soins pédiatriques intensifs, les unités de soins néonataux intensifs, les chirurgies cardiovasculaires, les unités de soins coronariens, les services de neurochirurgie, les unités de soins aux brûlés ou les unités de soins courants.*

²⁰ Il faut tenir compte de la fréquence et de la nature de l'exposition à un dispositif médical ou à une procédure médicale. Par exemple, les patients pédiatriques ayant consulté en clinique pour une otite moyenne, de l'asthme, clinique bébés en santé, etc., peuvent ou non être considérés comme atteints d'une infection associée aux soins de santé, tandis que les patients pédiatriques s'étant rendus en clinique pour des procédures invasives ou de chirurgie ambulatoire sont plus susceptibles d'être considérés comme atteints d'une infection associée aux soins de santé. Les patients adultes recevant une dialyse, une chimiothérapie, les consultations externes pour des procédures invasives ou de chirurgie ambulatoire sont plus susceptibles d'être considérés comme atteints d'une infection associée aux soins de santé, par rapport aux patients adultes ayant des consultations externes occasionnelles ou de clinique de santé communautaire.

12. Le patient était-il en hémodialyse au moment où il a obtenu un résultat positif à l'hémoculture?

Cochez la case « OUI » uniquement si le patient était en hémodialyse.

13. À votre connaissance, le patient s'injecte-t-il des drogues par voie intraveineuse?

Le patient est-il un consommateur de drogues CONNU?

14. Après l'obtention de l'hémoculture, mais AVANT que les résultats soient disponibles, indiquez quels antibiotiques ont été administrés au patient

Si, pendant l'intervalle entre le prélèvement sanguin et les résultats de l'épreuve de laboratoire, des antibiotiques ont été administrés au patient, sélectionnez le ou les antibiotiques dans la liste. Si aucun antibiotique n'a été administré au patient pendant cet intervalle, cochez la case « Aucun antibiotique ».

15. Au cours des 24 heures suivant le jour où le SARM a été diagnostiqué ou signalé, indiquez quel(s) antibiotique(s) ont été administrés au patient

Si, au cours des vingt-quatre (24) heures suivant le diagnostic de bactériémie à SASM ou à SARM, des antibiotiques ont été administrés au patient, sélectionnez le ou les antibiotiques dans la liste. Si aucun antibiotique n'a été administré au patient pendant cet intervalle, cochez la case « Aucun antibiotique ».

16a. Veuillez indiquer si le patient était déjà admis dans une unité de soins intensifs* lors de l'obtention des hémocultures positives pour le SARM en cochant « Oui » ou « Non ».

16b. Si la réponse à la question 16a était « Non », veuillez indiquer si le patient a été admis ou transféré à l'unité de soins intensifs* dans les 30 jours suivant la date de la culture positive.

*Sont considérés comme des unités de soins intensifs les services de médecine générale, les services de chirurgie, les services combinés de médecine générale et de chirurgie, les unités de soins cardiovasculaires, les unités de soins coronariens, les services de neurochirurgie, les unités de soins aux brûlés et les unités de soins courants.

17. Au cours des 30 jours ayant suivi l'obtention de la première hémoculture positive pour le SARM, le patient a-t-il eu :

Indiquez « oui », « non » ou « inconnu » pour ce qui suit :

a. Bactériémie persistante. La bactériémie persistante signifie que les hémocultures continuent à donner des résultats positifs pour le SASM ou le SARM pendant 7 jours ou plus après le début d'un traitement antibiotique approprié, sans aucune hémoculture négative dans l'intervalle. (Les antibiotiques appropriés pour le traitement de la bactériémie à SARM sont la vancomycine, la daptomycine ou le linézolide.)

b. Bactériémie récurrente. Hémoculture(s) positive(s) pour le SASM ou le SARM 14 jours après des hémocultures négatives documentées.

Si la bactériémie « persistante » ou récurrente se produit > 30 jours après la première hémoculture pour le SASM ou le SARM, ne **PAS** inclure.

18a. Résultat 30 jours après la date de la première hémoculture positive

Choisissez l'une des options proposées pour le résultat 30 jours après la date de la première hémoculture positive. Veuillez indiquer si le patient a reçu son congé et *n'a pas été* réhospitalisé ou si le patient est décédé.

18b. Si le patient a quitté l'hôpital et a été réhospitalisé dans les 30 jours suivant la première hémoculture positive, sa réhospitalisation était-elle due à une infection à SARM récurrente?

Veuillez indiquer « Oui » ou « Non ». Si oui, indiquez la date du congé de l'hôpital pour l'hospitalisation précédente et passez à la question 18c. Si non, omettez la question 18c et passez à la question 19.

18c. Si une infection à SARM récurrente était la cause de la réhospitalisation (Q18b = oui), indiquez le siège de la culture positive pour l'infection récurrente.

Indiquez le siège anatomique à partir duquel la culture positive pour cette infection à SARM récurrente a été isolée.

19. S'agit-il d'une NOUVELLE infection chez un patient ayant déjà contracté une infection à SASM ou à SARM au cours de cette année de surveillance?

Veuillez indiquer s'il s'agit d'une nouvelle infection chez un patient ayant déjà contracté une infection du sang à SASM ou à SARM au cours de l'année de surveillance en cochant « oui » ou « non ».

Si vous cochez « oui », veuillez inscrire l'identifiant précédent (d'origine) attribué à l'infection précédente/d'origine.

Annexe 6

Historique des révisions du protocole

30 octobre 2014

Modifications apportées pour homogénéiser le format du protocole du PCSIN.

12 novembre 2014

« Code d'identification unique » modifié dans les lexiques de données.

30 décembre 2014

Protocole de surveillance du SARM de 2015

La question 14 a été révisée afin de mieux déterminer si le patient se trouvait en unité de soins intensifs au moment de l'obtention de la culture positive pour le SARM ou, sinon, si le patient a été transféré en unité de soins intensifs dans les 30 jours suivant la culture positive.

14a. Le patient était-il hospitalisé en unité de soins intensifs lors de l'obtention des hémocultures positives pour le SARM?

14b. Le patient a-t-il été admis ou transféré à une unité de soins intensifs²¹ dans les 30 jours suivant la première hémoculture positive?

2 novembre 2015

Protocole de surveillance du SARM de 2016

La déclaration de colonisations par le SARM (données cliniques et de dépistage) au PCSIN a été interrompue. Les hôpitaux du PCSIN cesseront de soumettre les données relatives à la colonisation (données cliniques et de dépistage) au PCSIN. Toutes les sections du protocole de surveillance du SARM de 2015 relatives à la colonisation (données cliniques et de dépistage) ont été supprimées.

Clarification des objectifs

Définition de cas : clarification des critères d'hospitalisation et d'exclusion

Clarification des exemples d'application des définitions des infections associées aux soins de santé et d'origine communautaire pour les isolats cliniques

Questionnaire clinique

Question 8 – Réponses

La mention Expectoration/voies respiratoires inférieures est devenue Voies respiratoires inférieures

Ajout de la réponse Os/ostéomyélite

Ajout de la réponse Articulation/arthritis purulente

Clarification de la question 9

Les réponses à la question 10 sur les résultats ont été modifiées. Les voici :

Le patient est toujours hospitalisé (en attente d'une hospitalisation en ESLD)

Le patient est toujours hospitalisé (soins de courte durée)

Le patient a quitté l'hôpital en vie, indiquez la date du congé de l'hôpital

Le patient est décédé, indiquez la date du décès

Inconnu

²¹ Sont considérés comme des unités de soins intensifs les services de médecine générale, les services de chirurgie, les services combinés de médecine générale et de chirurgie, les unités de soins cardiovasculaires, les unités de soins coronariens, les services de neurochirurgie, les unités de soins aux brûlés et les unités de soins courants.

Questionnaire sur les infections du sang

Question 7 – Réponses

La mention Expectoration/voies respiratoires inférieures est devenue voies respiratoires inférieures

Question 15

Le cas suivant a été clarifié : si la bactériémie « persistante » ou récurrente est identifiée > 30 jours après la première hémoculture positive pour le SARM, ne PAS inclure.

Les réponses à la question 16a sur les résultats ont été modifiées. Les voici :

Le patient est toujours hospitalisé (en attente d'une hospitalisation en SLD)

Le patient est toujours hospitalisé (soins de courte durée)

Le patient a quitté l'hôpital en vie, indiquez la date du congé de l'hôpital

Le patient est décédé, indiquez la date du décès

Inconnu

Les questions 17a, 17b et 17c ont été retirées, les données en question ne s'appliquant plus à la surveillance

Questionnaire de surveillance minimale

Question 8 – Réponses

La mention Expectoration/voies respiratoires inférieures est devenue Voies respiratoires inférieures

Ajout de la réponse Os/ostéomyélite

Ajout de la réponse Articulation/arthritis purulente

Les réponses à la question 10 sur les résultats ont été modifiées. Les voici :

Le patient est toujours hospitalisé (en attente d'une hospitalisation en SLD)

Le patient est toujours hospitalisé (soins de courte durée)

Le patient a quitté l'hôpital en vie, indiquez la date du congé de l'hôpital

Le patient est décédé, indiquez la date du décès

Inconnu

7 novembre 2016

Clarification des définitions de cas

Ajout aux critères d'inclusion :

- Infections à SARM identifiées dans un nouveau siège ou source chez les patients qui ont présenté une infection à SARM au cours d'une année (civile) de surveillance précédente

Ajout aux critères d'exclusion :

- Cas de SARM réadmis (à moins qu'il ne s'agisse d'une nouvelle souche ou d'un nouveau [différent] siège d'infection à SARM).

18 décembre 2017

Seules les données relatives aux infections cliniques à SARM sur les bactériémies seront recueillies. Un examen des données a indiqué que les infections cliniques à SARM sont demeurées relativement constantes par rapport à la proportion de celles qui sont SKST, voies respiratoires, immunomodulateur à cible spécifique, etc. De plus, les données moléculaires sur l'infection à SARM reflètent celles observées dans les échantillons cliniques. Par conséquent, on a décidé de ne recueillir que les données sur **TOUTES LES NOUVELLES** infections à SARM et d'ajouter la collecte des données sur **TOUTES LES NOUVELLES** infections à SARM (S. aureus). Veuillez-vous reporter aux définitions de la surveillance en ce qui concerne les cas associés aux soins de santé, les cas associés aux soins de santé dans votre établissement de soins de courte durée et aux cas d'origine communautaire.

18 janvier 2018

Mises à jour des définitions de cas associés à des soins de santé et de cas d'origine communautaire.

Ancienne définition : « Les patients adultes recevant une dialyse, une chimiothérapie, des consultations externes pour des procédures invasives ou de chirurgie ambulatoire sont plus susceptibles d'être considérés comme atteints d'une infection associée aux soins de santé, par rapport aux patients adultes ayant des consultations externes occasionnelles ou de clinique de santé communautaire.

Nouvelle définition : « Tout patient qui a une bactériémie non contractée dans votre établissement que l'on pense être associée à une exposition à un milieu de soins de santé (p. ex., autre établissement de soins de santé de courte durée, soins de longue durée, établissement de réadaptation, clinique, visite au service des urgences ou exposition à un dispositif médical).

Cela permettra de détecter les patients qui n'ont reçu des soins de santé que lors d'une admission précédente dans votre hôpital ou un autre hôpital plus de 90 jours avant leur admission actuelle – en utilisant le meilleur jugement clinique que ce patient ayant une infection à SASM ou à SARM estime être d'origine communautaire ou un cas associé à une autre exposition à un milieu en soins de santé.

Question 10b précisée – Si le patient a déjà contracté une infection à SARM – quelle a été son origine (p. ex., cas associé à des soins de santé dans votre établissement de soins de courte durée, cas associé à une autre exposition à un milieu en soins de santé, cas d'origine communautaire)? Veuillez utiliser la première occurrence connue de SARM (infection ou colonisation) chez ce patient pour déterminer le lieu d'origine. Cela dépendra de la date à laquelle l'hôpital peut remonter. Par exemple, si une colonisation à SARM d'un échantillon clinique a été identifiée pour la première fois en 2015 et une infection des voies respiratoires à SARM en 2016, utilisez la colonisation à SARM identifiée en 2015 pour déterminer le lieu d'origine.

29 janvier 2018

Les définitions de cas associés à des soins de santé et d'origine communautaire ont été revues en raison de commentaires reçus.

Cas associés à des soins de santé dans votre établissement de soins

Ajout de « A reçu, dans votre établissement, des soins de santé qui auraient entraîné cette bactériémie (en utilisant le meilleur jugement clinique) »

Cela permet de détecter les patients qui, selon le meilleur jugement clinique, pourraient seulement avoir contracté l'infection à SASM ou à SARM dans leur établissement même s'ils ont été admis dans les 3 jours civils précédents ou ont été hospitalisés dans votre établissement il y a plus de 90 jours (selon la source d'infection).

Cas associés à une autre exposition à un milieu en soins de santé

Reformulation pour s'assurer que votre établissement n'est PAS la source de cette infection du sang à SASM ou à SARM.

Cas d'origine communautaire

Reformulation pour permettre une discrétion du médecin qui, en utilisant son meilleur jugement, pense que cette infection du sang à SASM ou à SARM est d'origine communautaire.