

An illustration featuring silhouettes of diverse people of various ethnicities and ages. In the foreground on the right, a woman with a bun hairstyle is shown in profile, wearing a bright yellow top. Behind her are several other silhouettes in shades of blue and grey, representing a multicultural group.

# Diarrhées à *Clostridioides difficile* au Québec, 2022-2023

**SURVEILLANCE ET VIGIE**

**SEPTEMBRE 2023**

**COMITÉ DE SURVEILLANCE PROVINCIALE  
DES INFECTIONS NOSOCOMIALES**

**RAPPORT DE SURVEILLANCE**

## **AUTEURS**

Comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales

Ruth Bruno

Fanny Desjardins

Natasha Parisien

Direction des risques biologiques, Institut national de santé publique du Québec

Danielle Moisan

Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Yves Longtin

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

## **COLLABORATEURS**

Comité de programme SPIN-CD

## **SOUS LA COORDINATION DE**

Dominique Grenier

Direction des risques biologiques

## **RÉVISEUR**

Abakar Idriss-Hassan

Direction des risques biologiques

Les réviseurs ont été conviés à apporter des commentaires sur la version préfinale de ce document et en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

Les auteurs ainsi que les membres du comité scientifique et les réviseurs ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

## **REMERCIEMENTS**

Nous tenons à remercier toutes les équipes de prévention et contrôle des infections qui participent à la surveillance des infections nosocomiales au Québec.

## **MISE EN PAGE**

Alix Gougué, agente administrative

Direction des risques biologiques

## **FINANCEMENT**

Ce rapport a été réalisé grâce à un financement du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

*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 – 4<sup>e</sup> trimestre 2023

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-96268-7 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2023)

## AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, les autorités régionales de santé publique, ainsi que les établissements locaux, régionaux et nationaux dans l'exercice de leurs fonctions et responsabilités.

La collection *Surveillance et vigie* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques visant la caractérisation de la santé de la population et de ses déterminants, ainsi que l'analyse des menaces et des risques à la santé et au bien-être.

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

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

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

Le présent rapport de surveillance porte sur les données du programme de surveillance provinciale des **diarrhées à *Clostridioides difficile*** dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés participants pour l'année 2022-2023.

Ce document s'adresse principalement au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ainsi qu'aux professionnels et gestionnaires des équipes de prévention et de contrôle des infections et des directions de santé publique des établissements de santé.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>III</b>
<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>IV</b>
<b>LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES .....</b>	<b>V</b>
<b>FAITS SAILLANTS .....</b>	<b>1</b>
<b>1 INTRODUCTION .....</b>	<b>2</b>
<b>2 MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>3</b>
2.1 Source des données .....	3
2.2 Identification des cas .....	3
2.3 Mesures.....	4
2.4 Analyse statistique .....	4
2.5 Révision par les pairs.....	5
<b>3 RÉSULTATS.....</b>	<b>6</b>
3.1 Description sommaire.....	6
3.2 Description des cas.....	9
3.3 Données de laboratoire .....	11
3.4 Évolution des taux.....	11
3.5 Données par installation.....	13
<b>4 LIMITES .....</b>	<b>23</b>
4.1 Limites générales.....	23
4.2 Limites spécifiques à SPIN-CD.....	23
<b>5 ANALYSE ET DISCUSSION .....</b>	<b>24</b>
<b>6 RÉFÉRENCES.....</b>	<b>26</b>
<b>ANNEXE 1 LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ SPIN .....</b>	<b>27</b>
<b>ANNEXE 2 LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ DE PROGRAMME SPIN-CD .....</b>	<b>28</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Sommaire de la participation, des cas, des dénominateurs et des taux pour la surveillance des infections des DACD, 2018-2019 à 2022-2023.....	6
Tableau 2	Taux d'incidence et rapports de taux univariés des DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b) selon le nombre de lits, la proportion de clientèle admise de 65 ans et plus et la mission des installations, 2022-2023 .....	8
Tableau 3	Répartition des cas de DACD selon la catégorie d'attribution, 2022-2023.....	9
Tableau 4	Évolution du nombre de décès, de la létalité et des autres complications parmi les DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b), 2018-2019 à 2022-2023 .....	10
Tableau 5	Évolution des taux d'incidence des DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b) selon le regroupement d'installations pour les installations participant depuis 2018-2019 (N = 81), 2018-2019 à 2022-2023 .....	11
Tableau 6	Évolution des taux d'incidence et nombre de cas des DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b) par installation, par région, 2018-2019 à 2022-2023.....	19

## LISTE DES FIGURES

Figure 1	Taux d'incidence des DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b) selon le regroupement d'installations, 2022-2023.....	7
Figure 2	Évolution des taux d'incidence des DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b) pour les installations participant depuis 2004-2005 (N = 73) selon la période administrative, 2004-2005 à 2022-2023.....	12
Figure 3	Taux d'incidence des DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b) par installation et taux d'incidence du regroupement d'installations pour les installations non universitaires de moins de 110 lits, 2022-2023.....	13
Figure 4	Taux d'incidence des DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b) par installation et taux d'incidence du regroupement d'installations pour les installations non universitaires de 110 lits et plus ayant une proportion inférieure à 45 % de clientèle admise de 65 ans et plus, 2022-2023.....	14
Figure 5	Taux d'incidence des DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b) par installation et taux d'incidence du regroupement d'installations pour les installations non universitaires de 110 lits et plus ayant une proportion supérieure à 45 % de clientèle admise de 65 ans et plus, 2022-2023.....	15
Figure 6	Taux d'incidence des DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b) par installation et taux d'incidence du regroupement d'installations pour les installations universitaires de moins de 350 lits, 2022-2023.....	16
Figure 7	Taux d'incidence des DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b) par installation et taux d'incidence du regroupement d'installations pour les installations universitaires de 350 lits et plus, 2022-2023.....	17
Figure 8	Taux d'incidence des DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b) par installation et taux d'incidence du regroupement d'installations pour les installations pédiatriques, 2022-2023.....	18

## LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
DACD	Diarrhées à <i>Clostridioides difficile</i>
IC	Intervalle de confiance
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
p65	Proportion de clientèle admise de 65 ans et plus
PCI	Prévention et contrôle des infections
RSS	Région socio-sanitaire
SI-SPIN	Système d'information de la surveillance provinciale des infections nosocomiales
SPIN	Surveillance provinciale des infections nosocomiales
TAAN	Test d'amplification des acides nucléiques
USI	Unité de soins intensifs

## FAITS SAILLANTS

- En 2022-2023, la surveillance provinciale des diarrhées associées à *Clostridioides difficile* a terminé sa 19<sup>e</sup> année de surveillance. Au total, 84 centres ont participé au programme cette année.
- Le nombre de cas de diarrhées associées à *Clostridioides difficile* nosocomiale de catégories 1a et 1b et le taux d'incidence provincial sont stables pour une 5<sup>e</sup> année consécutive. Deux installations ont connu une diminution statistiquement significative de leur taux d'incidence comparativement à l'année précédente, alors que trois ont connu une augmentation statistiquement significative.
- La proportion de décès survenant dans les 30 jours du diagnostic de diarrhées associées à *Clostridioides difficile* est stable à 11,6 %.
- Le taux d'incidence de diarrhées associées à *Clostridioides difficile* au Québec est comparable à celui du reste du pays et inférieur au taux de certains pays d'Europe.



## 1 INTRODUCTION

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a été mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour réaliser la surveillance provinciale des infections nosocomiales dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) du Québec. Pour soutenir cette surveillance, l'INSPQ s'appuie sur le Comité de Surveillance provinciale des infections nosocomiales (Comité SPIN) ainsi que les sept sous-comités de surveillance, un pour chacun des programmes de surveillance.

Chaque sous-comité révise les données de surveillance, les présente au Comité SPIN et participe à la rédaction du rapport de surveillance pour ce programme. Le rapport annuel présente les résultats de surveillance qui inclut une description sommaire, des taux d'incidence ainsi que des tendances épidémiologiques des cinq dernières années.

Le programme de surveillance provinciale des **diarrhées à *Clostridioides difficile*** (SPIN-CD) a terminé sa 19<sup>e</sup> année de surveillance. Ce programme à participation obligatoire a débuté en août 2004. Ce rapport présente l'analyse des données pour l'année 2022-2023.

## 2 MÉTHODOLOGIE

### 2.1 Source des données

Les estimations présentées dans ce rapport sont tirées d'une extraction des données colligées par les équipes de prévention et contrôle des infections (PCI) des CHSGS au Système d'information de la surveillance provinciale des infections nosocomiales (SI-SPIN), en date du 11 mai 2023. Toutes les installations ayant environ 1 000 admissions ou plus par année ont l'obligation de participer à cette surveillance. Les données doivent être colligées pour les 13 périodes financières de l'année débutant le 1<sup>er</sup> avril. Cependant, parmi les installations participantes, seules celles qui ont complété un minimum de 11 périodes (tant au numérateur qu'au dénominateur) sur ces 13 périodes sont incluses dans le rapport.

La validation des données a été réalisée par les conseillères en soins infirmiers de l'équipe des infections nosocomiales de l'INSPQ. Ainsi, les erreurs de duplication, de catégorisation ou de caractéristiques cliniques ont été revues et corrigées au besoin en collaboration avec les équipes de PCI des installations. Pour de plus amples informations sur les données et les exigences de saisie, veuillez référer au protocole de surveillance en question, mis à jour annuellement et disponible sur le site internet de l'[INSPQ](#).

### 2.2 Identification des cas

Les usagers hospitalisés répondant à la définition de cas de diarrhées à *Clostridioides difficile* (DACD) au cours de la période d'observation sont considérés comme des cas incidents peu importe l'origine de l'attribution de l'infection.

L'origine de l'attribution de l'infection peut être reliée ou non à l'installation déclarante :

Reliée à l'installation déclarante :

- En cours d'hospitalisation (**catégorie 1a**);
- Lors d'une hospitalisation antérieure (**catégorie 1b**);
- Lors de soins ambulatoires (**catégorie 1c**);
- À l'unité de soins de longue durée (**catégorie 1d**).

Non reliée à l'installation déclarante :

- Dans une autre installation qui ne participe pas à la surveillance (**catégorie 2**);
- En communauté (**catégorie 3**);
- Origine inconnue (**catégorie 4**).

## 2.3 Mesures

Les mesures (variables) épidémiologiques collectées incluent :

- **Le nombre de cas de DACD;**
- **Les caractéristiques de l'installation** : identification de l'installation, région socio-sanitaire, mission, etc.;
- **Les caractéristiques cliniques** : décès toute cause, autres complications telles qu'admission aux unités de soins intensifs (USI), réadmission, colectomies, iléostomie etc.;
- **Les dénominateurs** : jours-présence, admissions.

## 2.4 Analyse statistique

L'indicateur principal du programme de surveillance DACD est le taux d'incidence des cas de DACD par 10 000 jours-présence. Il est calculé en rapportant le nombre de cas nosocomiaux des catégories 1a et 1b sur le nombre de jours-présence dans l'installation déclarante au cours de la même période. Les installations sont regroupées selon la région socio-sanitaire (RSS), le pourcentage de personnes de 65 ans et plus, le nombre de lits et la mission (universitaire ou non universitaire selon la désignation obtenue par le MSSS (Loi sur la santé et les services sociaux, articles 88 à 91)). Le taux d'incidence moyen par regroupement est présenté à des fins de comparaison.

L'analyse des données est divisée en cinq sections :

- **Description sommaire** : L'évolution des installations participantes au cours des cinq dernières années (nombre total d'installations, nombre d'admissions, nombre de jours-présence, nombre de cas, etc.).
- **Description des cas** : La description des caractéristiques des cas dans les installations participantes (fréquences, proportions, moyennes, médianes), les complications (décès, transferts aux USI, réadmission, colectomie, iléostomie) dans les 30 jours suivant le diagnostic de DACD.
- **Données de laboratoire** : Souches de *C. difficile*.
- **Évolution des taux** : L'analyse des tendances (évolution temporelle) est réalisée sur l'ensemble des installations ayant participé à la surveillance pour un minimum de 11 périodes de chaque année, de façon consécutive, depuis les cinq dernières années. Cela minimise ainsi le biais dû aux changements des installations déclarantes au cours du temps.
- **Données par installation** : Nombre et taux d'incidence des infections.

Le seuil de signification statistique est fixé à 5 %. L'estimation des taux (avec des intervalles de confiance [IC à 95 %]) est basée sur l'approximation de la loi normale. Les taux moyens agrégés sont comparés en utilisant le test Z et les proportions en utilisant le test du Khi-2 ou le test exact de Fisher. La tendance temporelle des taux d'incidence des cinq dernières années est produite à l'aide du modèle de régression de Poisson. La présence de la sur ou sous dispersion est prise en compte dans le modèle. Le rapport des cotes et la variation moyenne en pourcentage [avec IC à 95 %]) sont présentés. Les tests significatifs sont signalés dans les tableaux par un astérisque (\*). La manipulation et l'analyse des données sont réalisées à partir du logiciel statistique SAS (version 9.4, Institute Inc., Cary NC).

## 2.5 Révision par les pairs

En conformité avec le Cadre de référence sur la révision par les pairs des publications scientifiques de l'INSPQ, une version préfinale du rapport a été soumise à un réviseur externe au Comité SPIN. Le réviseur a été convié à valider l'exactitude du contenu d'un rapport, la pertinence des méthodes utilisées et le caractère approprié des conclusions et des pistes d'action proposées.

## 3 RÉSULTATS

### 3.1 Description sommaire

Entre le 1<sup>er</sup> avril 2022 et le 31 mars 2023, 84 installations de soins de courte durée ont participé à la surveillance des DACD, pour un cumul de 4 337 321 jours-présence (tableau 1). Ces installations ont rapporté 1 411 cas de DACD nosocomiales, soit attribués à l'hospitalisation (actuelle ou antérieure, catégories 1a et 1b). Le taux d'incidence des DACD nosocomiales est de 3,25 par 10 000 jours-présence. Ce taux d'incidence est comparable à celui de l'année 2021-2022 (3,27 par 10 000 jours-présence).

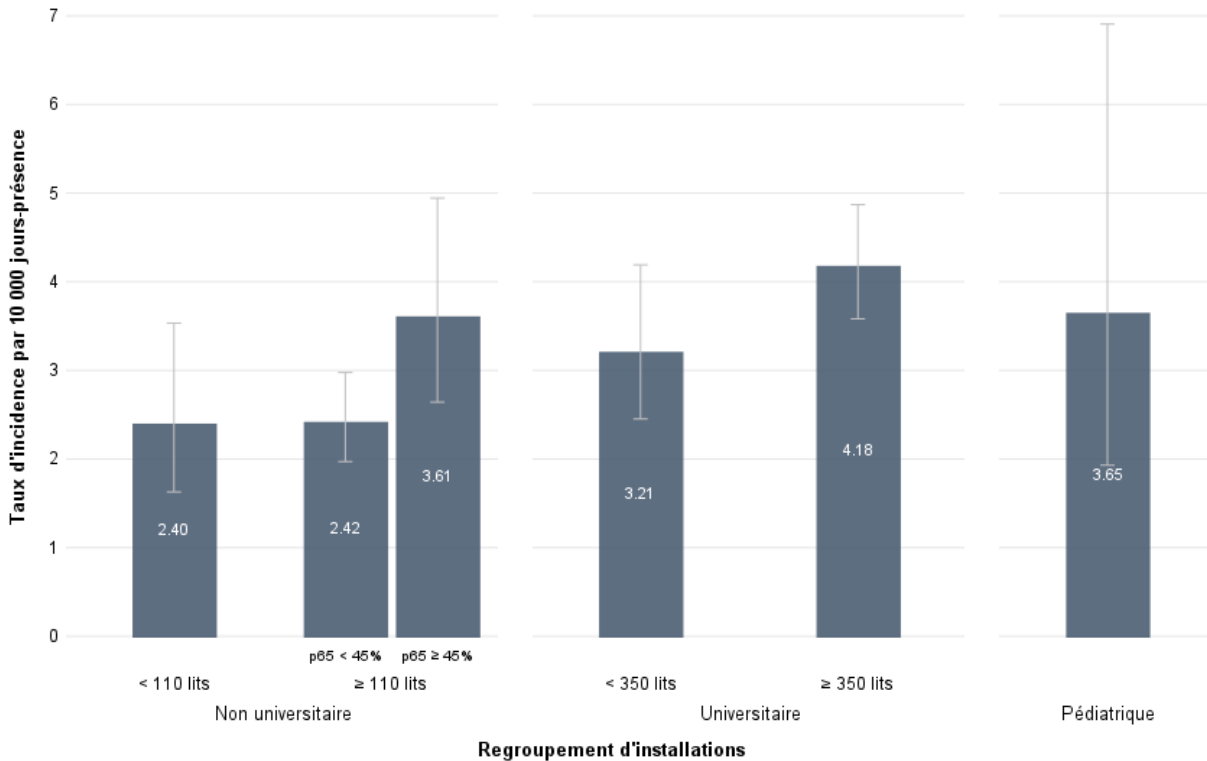
**Tableau 1** Sommaire de la participation, des cas, des dénominateurs et des taux pour la surveillance des infections des DACD, 2018-2019 à 2022-2023

	2018 - 2019	2019 - 2020	2020 - 2021	2021 - 2022	2022 - 2023
Installations participantes (N)	89	90	87	86	84
Admissions (N)	694 441	678 041	550 855	596 444	580 236
Jours-présence (N)	4 828 565	4 792 168	4 065 455	4 326 436	4 337 321
DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b) (N)	1 789	1 576	1 450	1 416	1 411
Taux d'incidences des DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b) <sup>A</sup>	3,71	3,29	3,57	3,27	3,25

<sup>A</sup> Taux par 10 000 jours-présence.

Certaines caractéristiques des installations sont associées à des taux d'incidence plus élevés. Les taux sont les plus élevés dans les installations universitaires de >350 lits (figure 1).

**Figure 1** Taux d'incidence des DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b) selon le regroupement d'installations, 2022-2023



En 2022-2023, bien que les différents regroupements d'installations montrent un taux légèrement plus élevé que le groupement d'installations de référence (non universitaires < 110 lits), seules les installations universitaires de plus de 350 lits sont associées à un taux d'incidence des DACD plus élevé de façon significative.

- Installations non universitaires ≥ 110 lits et Proportion de clientèle admise de 65 ans et plus (p65) < 45 % (rapport de taux univarié 1,01; IC (0,64 ; 1,58)).
- Installations non universitaires ≥ 110 lits et p65 ≥ 45 % (rapport de taux univarié 1,51; IC (0,90 ; 2,51)).
- Installations universitaires < 350 lits (rapport de taux univarié 1,34 (0,83 ; 2,16)).
- Installations universitaires ≥ 350 lits (rapport de taux univarié 1,74 (1,14 ; 2,66)).
- Installations pédiatriques (rapport de taux univarié 1,52 ; IC (0,71 ; 3,26)).

Au tableau 2, les analyses univariées selon les caractéristiques de installations montrent que :

- Les installations de 110 à 350 lits (rapport de taux univarié de 1,23) et celles ayant 350 lits et plus (rapport de taux univarié de 1,49) ont un taux d'incidence annuel comparable aux installations de référence de moins de 110 lits.
- Les installations ayant une proportion supérieure ou égale à 45 % de clientèle admise de 65 ans et plus ont un taux d'incidence comparable aux installations ayant une proportion de cette clientèle inférieure à 45 % (rapport de taux univarié de 0,94).
- Les installations universitaires ont un taux d'incidence statistiquement plus élevé que celui des installations non universitaires (rapport de taux univarié de 1,47). Par ailleurs, les installations pédiatriques ont un taux d'incidence comparable à ces dernières (rapport de taux univarié de 1,38).

**Tableau 2 Taux d'incidence et rapports de taux univariés des DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b) selon le nombre de lits, la proportion de clientèle admise de 65 ans et plus et la mission des installations, 2022-2023**

Regroupement d'installations	Taux d'incidence [I.C. à 95 %]	Rapport de taux univarié [I.C. à 95 %]
<b>Selon le nombre de lits</b>		
< 110 lits (N = 32)	2,46 [1,66 ; 3,65]	(Réf)
110-350 lits (N = 36)	3,04 [2,59 ; 3,58]	1,23 [0,80 ; 1,90]
≥ 350 lits (N = 16)	3,66 [3,14 ; 4,27]	1,49 [0,97 ; 2,28]
<b>Selon la proportion de clientèle admise de 65 ans et plus</b>		
p65 < 45 % (N = 46)	3,30 [2,89 ; 3,76]	(Réf)
p65 ≥ 45 % (N = 36)	3,11 [2,49 ; 3,88]	0,94 [0,73 ; 1,22]
<b>Selon la mission</b>		
Non universitaire (N = 60)	2,64 [2,24 ; 3,10]	(Réf)
Universitaire (N = 22)	3,89 [3,36 ; 4,46]	<b>1,47 [1,19 ; 1,82]*</b>
Pédiatrique (N = 2)	3,65 [1,90 ; 7,02]	1,38 [0,70 ; 2,73]

\* Différence significative ( $p < 0,05$ ) entre le rapport de taux univarié de la caractéristique des installations et la référence (réf).

## 3.2 Description des cas

Au total, 2 480 DACD sont déclarées, dont 1 411 cas (56,9 %) sont reliés à une hospitalisation (actuelle ou antérieure) dans l'installation déclarante (cat. 1a et 1b), et 183 cas (7,4 %) sont reliés aux soins ambulatoires de l'installation déclarante (cat. 1c) (tableau 4). Les deux tiers de 66,7 % (N = 547) des cas d'origine communautaire n'ont pas été hospitalisés dans les 52 dernières semaines.

Tableau 3 Répartition des cas de DACD selon la catégorie d'attribution, 2022-2023

Catégorie	Catégorie d'attribution	N	%
1a	Cas relié à l'hospitalisation actuelle dans l'installation déclarante	838	33,8
1b	Cas relié à l'hospitalisation antérieure dans l'installation déclarante	573	23,1
1c	Cas hospitalisé relié aux soins ambulatoires de l'installation déclarante	183	7,4
1d	Cas hospitalisé relié à l'unité de soins de longue durée de l'installation déclarante	7	0,3
2	Cas hospitalisé relié à un séjour dans une installation non déclarante	49	2,0
3	Cas hospitalisé d'origine communautaire	820	33,1
3a	Cas hospitalisé d'origine communautaire avec une hospitalisation récente dans une installation de courte durée (> 4 à ≤ 12 semaines) <sup>A</sup>	126	15,4
3b	Cas hospitalisé d'origine communautaire avec une hospitalisation précédente dans une installation de courte durée (> 12 à ≤ 52 semaines) <sup>A</sup>	147	17,9
3c	Cas hospitalisé d'origine communautaire sans hospitalisation antérieure ou hospitalisation > 52 semaines <sup>A</sup>	547	66,7
4	Cas hospitalisé d'origine inconnue	10	0,4
<b>Total</b>		<b>2 480</b>	<b>100</b>

<sup>A</sup> Le pourcentage des catégories 3a, 3b et 3c sont calculés par rapport à la catégorie 3.



Les données pour les complications sont disponibles pour 1 351 (95,7 %) des 1 411 DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b). La létalité (toutes causes confondues, associées ou non à l'infection) à 10 jours (N = 78) est de 5,8 % alors que celle à 30 jours (N = 157) est de 11,6 %. Outre les décès, 6 colectomies (0,4 %), 2 iléostomies (0,1 %), 79 réadmissions (5,8 %) et 37 transferts aux soins intensifs (2,7 %) sont déclarés (tableau 4).

**Tableau 4 Évolution du nombre de décès, de la létalité et des autres complications parmi les DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b), 2018-2019 à 2022-2023**

	2018 - 2019	2019 - 2020	2020 - 2021	2021 - 2022	2022 - 2023
Nombre et proportion de DACD avec suivi à 30 jours (N, %) <sup>A</sup>	1 735 (97)	1 421 (90,2)	1 371 (94,6)	1 328 (93,8)	1 351 (95,7)
Nombre d'installations ayant déclarées des complications (N)	85	83	73	80	77
<b>Décès</b>					
Décès à 10 jours (N, %)	115 (6,6)	86 (6,1)	95 (6,9)	60 (4,5)	78 (5,8)
Décès à 30 jours (N, %) <sup>B</sup>	200 (11,5)	164 (11,5)	171 (12,5)	130 (9,8)	157 (11,6)
<b>Autres complications<sup>C</sup></b>					
Colectomies (N, %)	13 (0,7)	10 (0,7)	9 (0,7)	6 (0,5)	6 (0,4)
Iléostomies (N, %)	3 (0,2)	7 (0,5)	3 (0,2)	3 (0,2)	2 (0,1)
Réadmissions (N, %)	89 (5,1)	87 (6,1)	63 (4,6)	63 (4,7)	79 (5,8)
Transferts aux soins intensifs (N, %)	58 (3,3)	49 (3,4)	45 (3,3)	49 (3,7)	37 (2,7)

<sup>A</sup> La proportion de DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b) avec suivi à 30 jours est mesurée par rapport au nombre total de DACD nosocomiales.

<sup>B</sup> Les décès à 30 jours incluent les décès à 10 jours.

<sup>C</sup> Les proportions pour chaque type de complication sont mesurées par rapport au nombre de DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b) avec suivi à 30 jours.

### 3.3 Données de laboratoire

La surveillance des souches de *C. difficile* a été effectuée au Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) pour 2022-2023 (pour les souches d'origine nosocomiale, catégorie d'attribution 1a et 1b). Une annexe sera produite ultérieurement en 2023 et jointe à ce rapport.

### 3.4 Évolution des taux

L'analyse présentée à cette section est réalisée sur l'ensemble des installations ayant participé à la surveillance à au moins 11 périodes de chaque année entre 2018-2019 et 2022-2023. Dans le cadre de cette approche longitudinale, le tableau 5 qui présente l'évolution des taux d'incidence des infections, prend en compte seulement les installations (N = 81) participant à la surveillance de façon consécutive depuis les cinq dernières années.

En 2022-2023, le taux d'incidence des DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b) de ces installations au niveau provincial est comparable à celui de l'année 2021-2022. Quel que soit le regroupement d'installations, ces taux restent aussi comparables à ceux de l'année 2021-2022 (tableau 5).

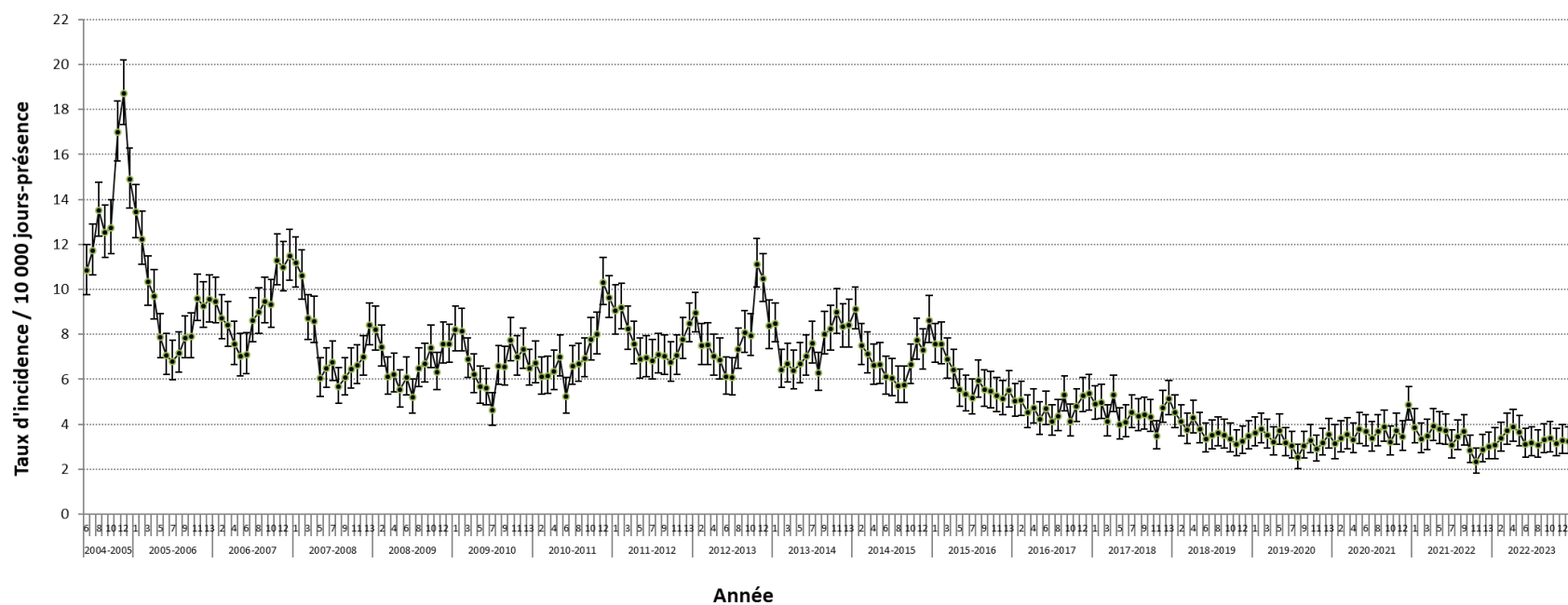
À la figure 2, la même démarche est adoptée pour présenter l'évolution des taux d'incidence des cas de DACD pour les installations (N = 73) participant à la surveillance à au moins 8 périodes en 2004-2005 et à au moins 11 périodes de chaque année entre 2005-2006 et 2022-2023.

**Tableau 5 Évolution des taux d'incidence des DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b) selon le regroupement d'installations pour les installations participant depuis 2018-2019 (N = 81), 2018-2019 à 2022-2023**

Regroupement d'installations	Taux d'incidence par 10 000 jours-présence [I.C. à 95 %]				
	2018 - 2019	2019 - 2020	2020 - 2021	2021 - 2022	2022 - 2023
Non universitaire < 110 lits (N = 29)	3,07 [2,58 ; 3,66]	3,13 [2,64 ; 3,72]	2,35 [1,90 ; 2,91]	2,81 [2,32 ; 3,40]	2,29 [1,86 ; 2,82]
Non universitaire ≥ 110 lits et p 65 < 45 % (N = 22)	2,91 [2,64 ; 3,21]	2,95 [2,68 ; 3,25]	2,88 [2,59 ; 3,20]	2,43 [2,17 ; 2,72]	2,51 [2,25 ; 2,80]
Non universitaire ≥ 110 lits et p 65 ≥ 45 % (N = 7)	5,66 [5,03 ; 6,37]	3,70 [3,19 ; 4,29]	4,24 [3,64 ; 4,94]	3,85 [3,29 ; 4,51]	3,61 [3,07 ; 4,25]
Universitaire < 350 lits (N = 9)	3,44 [2,98 ; 3,97]	2,42 [2,04 ; 2,87]	3,76 [3,26 ; 4,34]	3,09 [2,65 ; 3,61]	3,34 [2,89 ; 3,86]
Universitaire ≥ 350 lits (N = 12)	4,02 [3,72 ; 4,34]	3,78 [3,49 ; 4,10]	4,25 [3,92 ; 4,60]	4,20 [3,88 ; 4,55]	4,18 [3,86 ; 4,53]
Pédiatrique (N = 2)	3,68 [2,63 ; 5,15]	3,39 [2,37 ; 4,85]	4,45 [3,20 ; 6,20]	2,66 [1,77 ; 4,00]	3,65 [2,62 ; 5,08]
<b>Total (N = 81)</b>	<b>3,70 [3,53 ; 3,88]</b>	<b>3,28 [3,12 ; 3,45]</b>	<b>3,60 [3,42 ; 3,79]</b>	<b>3,32 [3,15 ; 3,50]</b>	<b>3,31 [3,14 ; 3,49]</b>

\* Aucune différence significative n'a été observée cette année.

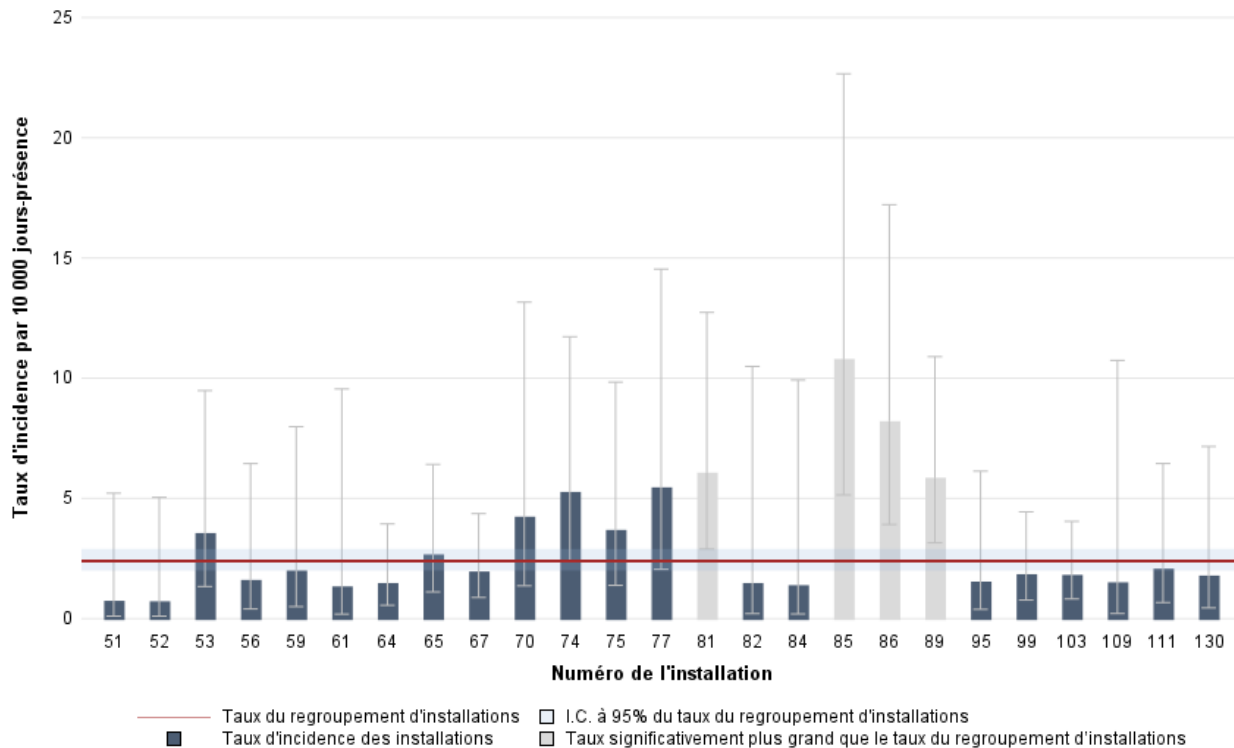
Figure 2 Évolution des taux d'incidence des DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b) pour les installations participant depuis 2004-2005 (N = 73) selon la période administrative, 2004-2005 à 2022-2023



### 3.5 Données par installation

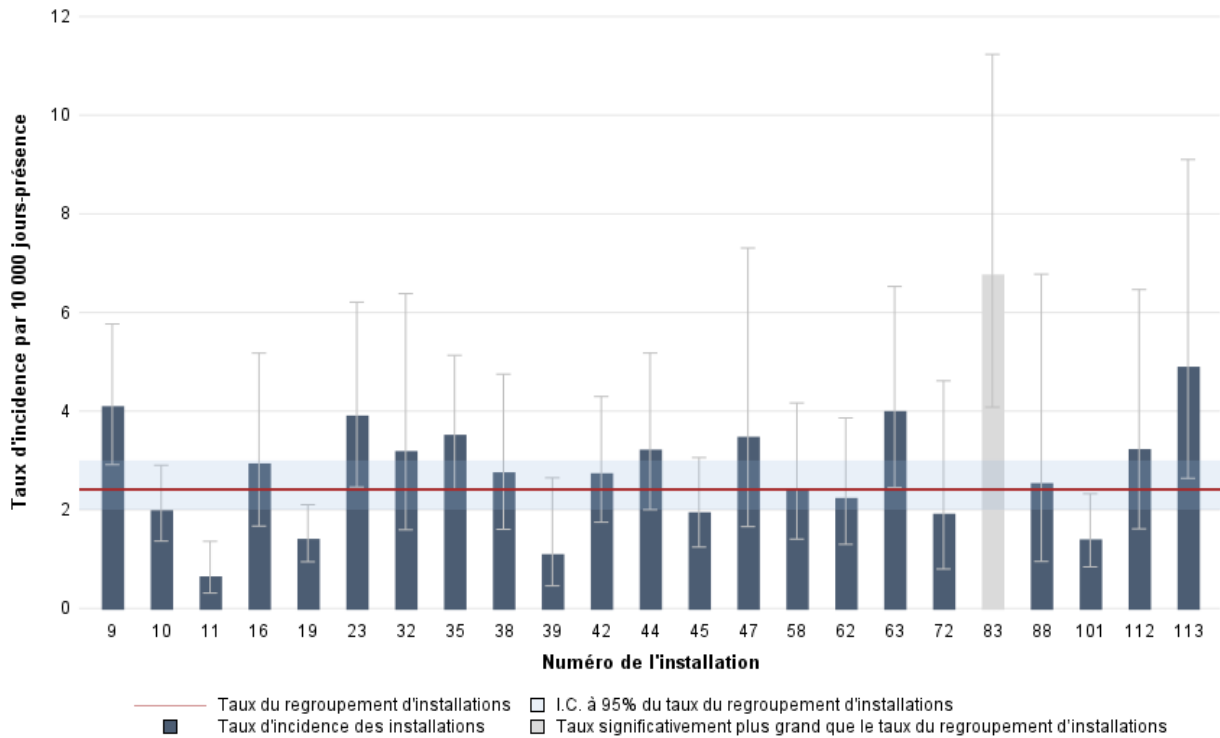
Les taux d'incidence des DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b) par installation et le taux d'incidence du regroupement d'installations sont représentés dans les figures 3 à 8. Les taux d'incidence qui sont significativement plus élevés que le taux du regroupement sont de couleurs claires. Pour associer le nom de l'installation correspondant au numéro affiché dans les figures suivantes, référer au dernier tableau à la fin de cette section.

**Figure 3** Taux d'incidence des DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b) par installation et taux d'incidence du regroupement d'installations pour les installations non universitaires de moins de 110 lits, 2022-2023



Note : les installations 49, 71, 91, 100 et 107 n'ont déclaré aucune DACD nosocomiale en 2022-2023.

**Figure 4** Taux d'incidence des DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b) par installation et taux d'incidence du regroupement d'installations pour les installations non universitaires de 110 lits et plus ayant une proportion inférieure à 45 % de clientèle admise de 65 ans et plus, 2022-2023



**Figure 5** Taux d'incidence des DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b) par installation et taux d'incidence du regroupement d'installations pour les installations non universitaires de 110 lits et plus ayant une proportion supérieure à 45 % de clientèle admise de 65 ans et plus, 2022-2023

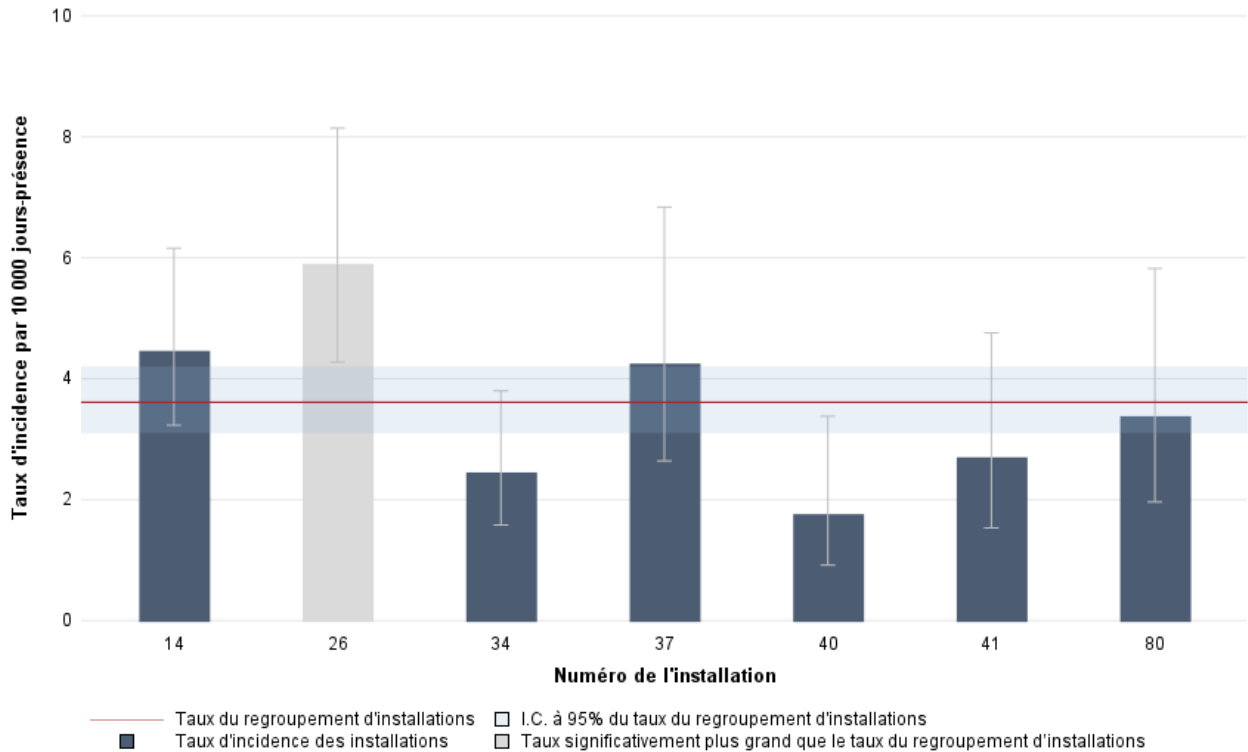


Figure 6 Taux d'incidence des DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b) par installation et taux d'incidence du regroupement d'installations pour les installations universitaires de moins de 350 lits, 2022-2023

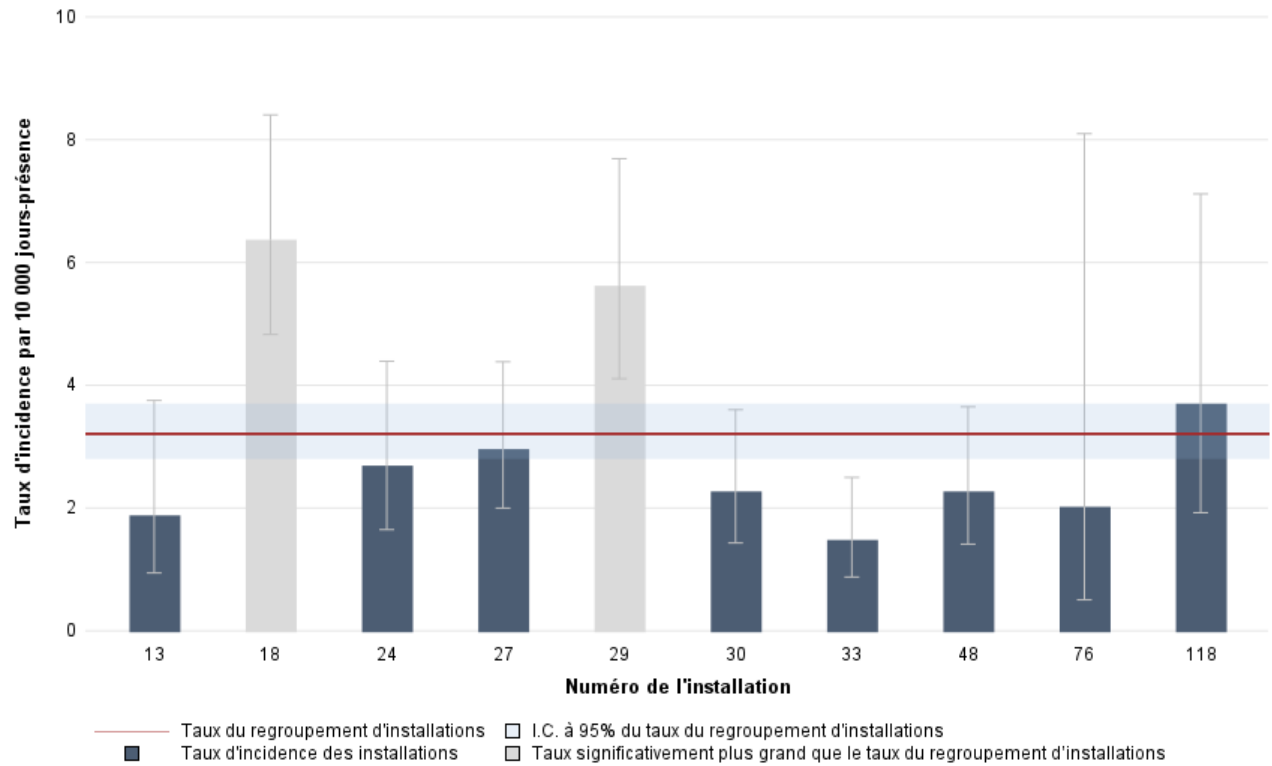
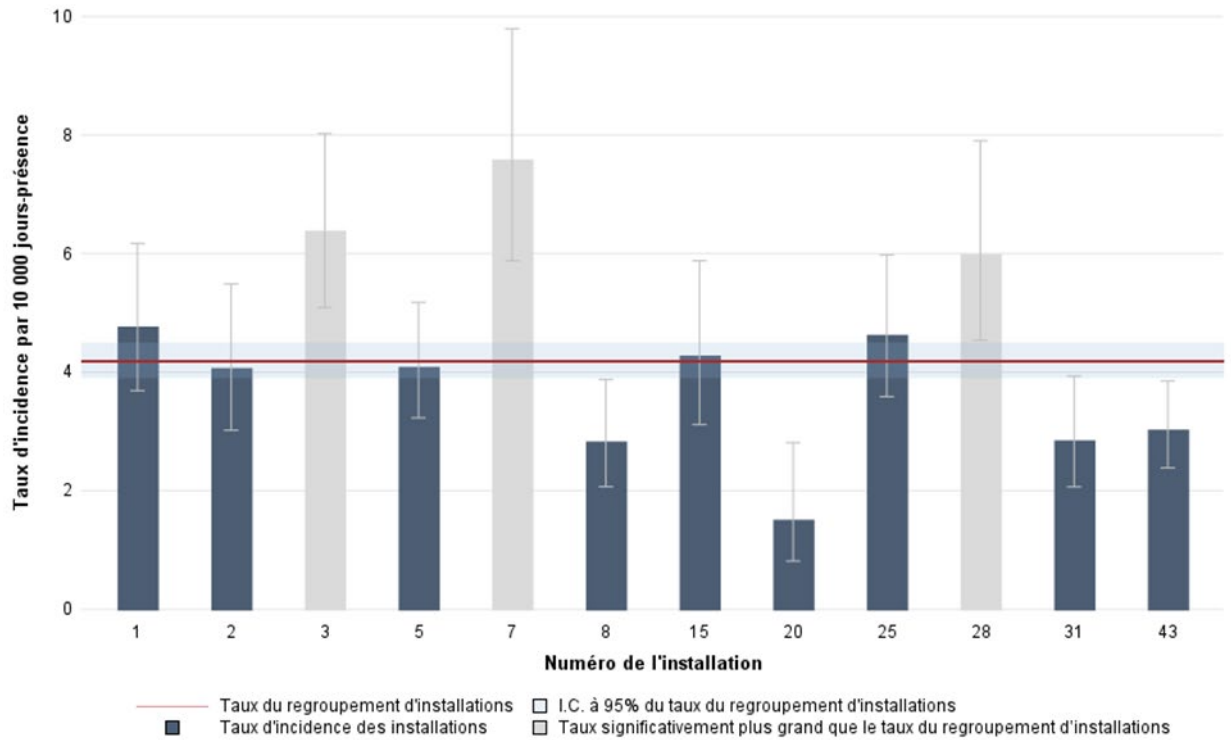
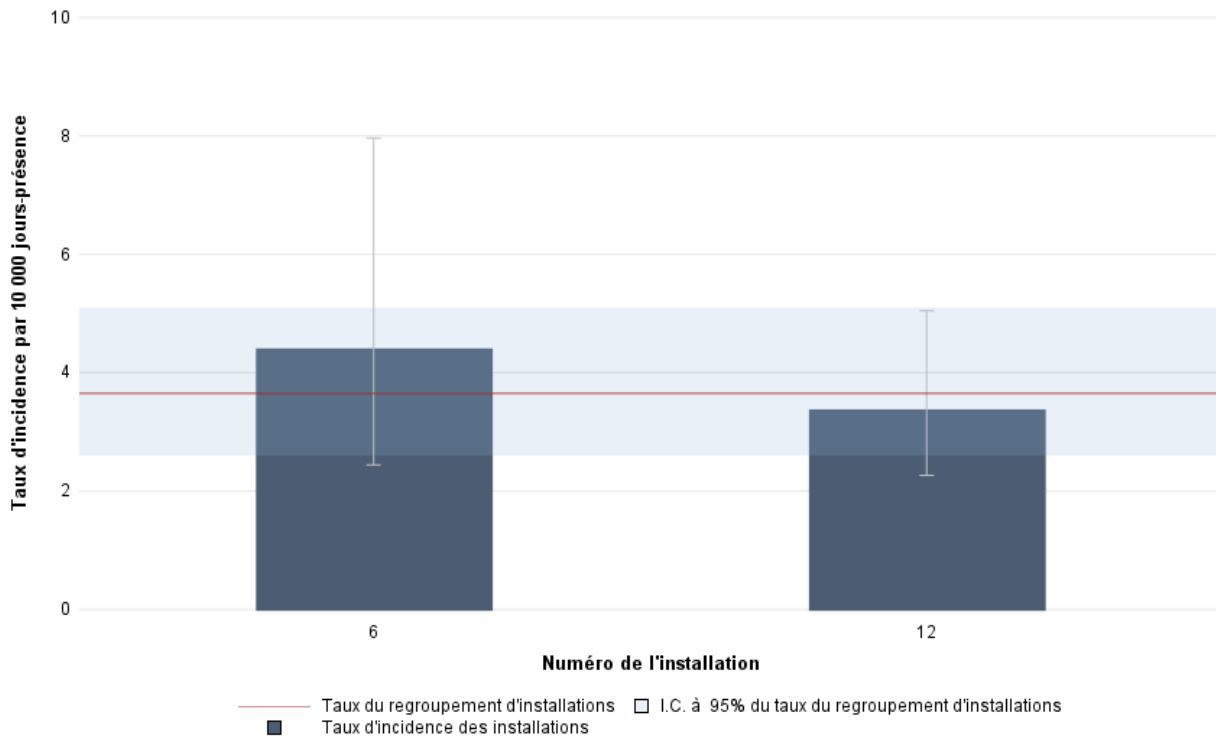


Figure 7 Taux d'incidence des DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b) par installation et taux d'incidence du regroupement d'installations pour les installations universitaires de 350 lits et plus, 2022-2023





**Figure 8** Taux d'incidence des DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b) par installation et taux d'incidence du regroupement d'installations pour les installations pédiatriques, 2022-2023



Sur le plan local, le taux d'incidence des DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b) varie de 0 à 10,8 par 10 000 jours-présence en 2022-2023. Le taux d'incidence des cinq dernières années de surveillance est illustré dans le tableau 6. En résumé, deux installations (2,4 %) ont connu une diminution statistiquement significative de leur taux d'incidence des DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b) par rapport à l'année de surveillance 2021-2022, tandis que trois installations (3,6 %) ont connu une augmentation de leur taux d'incidence. Le taux d'incidence des DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b) au niveau provincial en 2022-2023 est comparable à celui de 2021-2022. Un sommaire détaillé des données de surveillance des cas de DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b) par installation est présenté au tableau 6. À noter que lorsque la proportion est égale à zéro, l'intervalle de confiance n'est pas calculé. De plus, toutes les installations qui doivent participer sont présentées dans ce tableau mais celles n'ayant pas complété un minimum de 11 périodes afin d'être incluses dans les analyses sont représentées par « -- ». Les taux d'incidence identifiés par un astérisque « \* » ont une différence significative ( $p < 0,05$ ) entre les taux d'incidence de 2021-2022 et 2022-2023.

**Tableau 6 Évolution des taux d'incidence et nombre de cas des DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b) par installation, par région, 2018-2019 à 2022-2023**

Installation Numéro	Nom	N, Taux d'incidence/10 000 jours-présence [I.C. à 95 %]									
		2018 - 2019		2019 - 2020		2020 - 2021		2021 - 2022		2022 - 2023	
<b>Région 01 - Bas-Saint-Laurent</b>		<b>33</b>	<b>3,17 [2,25 ; 4,46]</b>	<b>36</b>	<b>3,46 [2,5 ; 4,8]</b>	<b>19</b>	<b>2,16 [1,38 ; 3,38]</b>	<b>28</b>	<b>3,21 [2,22 ; 4,65]</b>	<b>26</b>	<b>2,68 [1,82 ; 3,94]</b>
16	HÔPITAL RÉGIONAL DE RIMOUSKI	17	3,58 [2,23 ; 5,76]	12	2,54 [1,44 ; 4,47]	10	2,57 [1,38 ; 4,77]	11	2,99 [1,66 ; 5,40]	12	2,94 [1,67 ; 5,18]
32	CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DU GRAND-PORTAGE	7	2,80 [1,33 ; 5,88]	7	2,71 [1,29 ; 5,69]	1	0,47 [0,07 ; 3,31]	11	4,97 [2,75 ; 8,97]	8	3,19 [1,59 ; 6,38]
61	HÔPITAL NOTRE-DAME-DE-FATIMA	1	1,38 [0,19 ; 9,80]	5	7,41 [3,08 ; 17,8]	0	0	0	0	1	1,34 [0,19 ; 9,55]
71	HÔPITAL DE MATANE	4	4,26 [1,60 ; 11,35]	4	3,97 [1,49 ; 10,57]	2	2,17 [0,54 ; 8,66]	4	4,69 [1,76 ; 12,51]	0	0
77	HÔPITAL D'AMQUI	0	0	8	10,96 [5,48 ; 21,92]	6	9,75 [4,38 ; 21,69]	2	2,92 [0,73 ; 11,67]	4	5,46 [2,05 ; 14,54]
84	HÔPITAL DE NOTRE-DAME-DU-LAC	4	5,37 [2,01 ; 14,32]	0	0	0	0	0	0	1	1,39 [0,19 ; 9,92]
<b>Région 02 - Saguenay-Lac-Saint-Jean</b>		<b>31</b>	<b>1,58 [1,11 ; 2,24]</b>	<b>39</b>	<b>1,97 [1,44 ; 2,7]</b>	<b>29</b>	<b>1,81 [1,26 ; 2,6]</b>	<b>31</b>	<b>1,96 [1,38 ; 2,79]</b>	<b>34</b>	<b>2,12 [1,51 ; 2,97]</b>
20	HÔPITAL DE CHICOUTIMI	12	1,55 [0,88 ; 2,73]	16	2,09 [1,28 ; 3,41]	15	2,3 [1,39 ; 3,81]	13	2,04 [1,18 ; 3,51]	10	1,51 [0,81 ; 2,81]
67	HÔPITAL ET CENTRE DE RÉADAPTATION DE JONQUIÈRE	7	1,89 [0,90 ; 3,97]	5	1,36 [0,56 ; 3,28]	6	2,10 [0,95 ; 4,67]	6	1,94 [0,87 ; 4,31]	6	1,96 [0,88 ; 4,37]
74	HÔPITAL DE DOLBEAU-MISTASSINI	1	0,64 [0,09 ; 4,54]	4	2,77 [1,04 ; 7,38]	2	1,86 [0,46 ; 7,45]	3	2,61 [0,84 ; 8,11]	6	5,27 [2,37 ; 11,72]
88	HÔPITAL ET CHSLD DE ROBERVAL	3	1,15 [0,37 ; 3,58]	10	3,68 [1,98 ; 6,84]	3	1,47 [0,47 ; 4,57]	3	1,70 [0,55 ; 5,28]	4	2,54 [0,95 ; 6,78]
100	HÔPITAL DE LA BAIE	0	0	0	0	0	0	2	2,02 [0,51 ; 8,07]	0	0
112	HÔPITAL D'ALMA	8	2,85 [1,43 ; 5,69]	4	1,37 [0,51 ; 3,66]	3	1,22 [0,39 ; 3,78]	4	1,62 [0,61 ; 4,31]	8	3,23 [1,61 ; 6,47]
<b>Région 03 - Capitale-Nationale</b>		<b>168</b>	<b>3,01 [2,59 ; 3,5]</b>	<b>126</b>	<b>2,3 [1,93 ; 2,74]</b>	<b>193</b>	<b>3,85 [3,34 ; 4,43]</b>	<b>191</b>	<b>3,97 [3,45 ; 4,57]</b>	<b>216</b>	<b>4,12 [3,61 ; 4,71]</b>
2	HÔPITAL DE L'ENFANT-JÉSUS	27	2,08 [1,43 ; 3,04]	21	1,67 [1,09 ; 2,56]	33	2,99 [2,13 ; 4,20]	45	5,03 [3,76 ; 6,74]	43	4,07 [3,02 ; 5,49]
7	PAVILLON L'HÔTEL-DIEU DE QUÉBEC	41	4,97 [3,66 ; 6,75]	37	4,67 [3,38 ; 6,44]	60	8,05 [6,25 ; 10,37]	52	6,92 [5,27 ; 9,08]	59	7,59 [5,88 ; 9,8]
24	HÔPITAL DU SAINT-SACREMENT	10	2,12 [1,14 ; 3,94]	8	1,70 [0,85 ; 3,4]	13	2,70 [1,57 ; 4,65]	14	2,95 [1,75 ; 4,98]	16	2,69 [1,65 ; 4,39]
27	PAVILLON CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ LAVAL	33	3,69 [2,62 ; 5,19]	14	1,62 [0,96 ; 2,73]	29	3,55 [2,47 ; 5,11]	22	2,89 [1,90 ; 4,39]	25	2,96 [2,00 ; 4,38]
28	PAVILLON SAINT-FRANCOIS D'ASSISE	31	3,54 [2,49 ; 5,04]	25	2,87 [1,94 ; 4,25]	31	3,78 [2,66 ; 5,38]	35	4,32 [3,1 ; 6,02]	50	5,99 [4,54 ; 7,9]
33	INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC	22	2,19 [1,44 ; 3,32]	17	1,75 [1,09 ; 2,82]	18	2,13 [1,34 ; 3,38]	18	1,95 [1,23 ; 3,1]	14	1,48 [0,88 ; 2,5]
59	CENTRE MULTI. SSS DE BAIE-SAINT-PAUL	3	2,73 [0,88 ; 8,47]	3	2,12 [0,68 ; 6,56]	6	5,64 [2,54 ; 12,55]	2	1,85 [0,46 ; 7,42]	2	2,00 [0,50 ; 7,98]
86	HÔPITAL DE LA MALBAIE	1	1,04 [0,15 ; 7,38]	1	0,86 [0,12 ; 6,13]	3	2,98 [0,96 ; 9,22]	3	3,26 [1,05 ; 10,1]	7	8,21 [3,92 ; 17,22]
<b>Région 04 - Mauricie et Centre-du-Québec</b>		<b>108</b>	<b>3,65 [3,02 ; 4,41]</b>	<b>105</b>	<b>3,5 [2,89 ; 4,24]</b>	<b>106</b>	<b>4,04 [3,34 ; 4,89]</b>	<b>98</b>	<b>3,61 [2,96 ; 4,4]</b>	<b>91</b>	<b>3,26 [2,66 ; 4]</b>
23	HÔTEL-DIEU D'ARTHABASKA	20	4,08 [2,63 ; 6,33]	9	1,8 [0,93 ; 3,47]	10	2,39 [1,28 ; 4,45]	7	1,51 [0,72 ; 3,16]	18	3,91 [2,46 ; 6,21] *
31	PAVILLON SAINTE-MARIE	48	3,67 [2,76 ; 4,87]	60	4,47 [3,47 ; 5,76]	56	4,6 [3,54 ; 5,98]	54	4,42 [3,39 ; 5,77]	37	2,85 [2,06 ; 3,93] *
41	HÔPITAL DU CENTRE-DE-LA-MAURICIE	15	3,07 [1,85 ; 5,09]	10	2,09 [1,13 ; 3,88]	20	4,69 [3,03 ; 7,27]	15	3,15 [1,9 ; 5,22]	12	2,70 [1,53 ; 4,76]
44	HÔPITAL SAINTE-CROIX	24	3,99 [2,67 ; 5,95]	24	3,93 [2,63 ; 5,86]	19	3,78 [2,41 ; 5,93]	16	3,32 [2,04 ; 5,42]	17	3,22 [2,00 ; 5,18]
85	CENTRE MULTI. SSS DU HAUT-SAINT-AURICE	1	1,42 [0,2 ; 10,05]	2	2,79 [0,7 ; 11,16]	1	1,68 [0,24 ; 11,93]	6	8,62 [3,87 ; 19,19]	7	10,8 [5,15 ; 22,66]

**Tableau 6 Évolution des taux d'incidence et nombre de cas des DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b) par installation, par région, 2018-2019 à 2022-2023 (suite)**

Installation Numéro	Nom	N, Taux d'incidence/10 000 jours-présence [I.C. à 95 %]									
		2018 - 2019		2019 - 2020		2020 - 2021		2021 - 2022		2022 - 2023	
<b>Région 05 - Estrie</b>		<b>96</b>	<b>3,52 [2,88 ; 4,3]</b>	<b>104</b>	<b>3,82 [3,15 ; 4,63]</b>	<b>102</b>	<b>3,9 [3,21 ; 4,74]</b>	<b>93</b>	<b>3,54 [2,89 ; 4,34]</b>	<b>65</b>	<b>2,98 [2,34 ; 3,8]</b>
15	CHUS - HÔPITAL FLEURIMONT	29	2,8 [1,95 ; 4,03]	42	4,04 [2,99 ; 5,47]	39	4,09 [2,99 ; 5,6]	36	3,83 [2,76 ; 5,31]	38	4,28 [3,11 ; 5,88]
30	CHUS - HÔTEL-DIEU DE SHERBROOKE	34	4,75 [3,39 ; 6,65]	22	3,09 [2,03 ; 4,69]	34	4,73 [3,38 ; 6,62]	23	3,01 [2 ; 4,53]	18	2,27 [1,43 ; 3,6]
46	HÔPITAL DE GRANBY	14	2,80 [1,66 ; 4,72]	15	2,98 [1,8 ; 4,94]	10	2,11 [1,14 ; 3,92]	17	3,67 [2,28 ; 5,9]	--	--
49	CSSS DE MEMPHREMAGOG	6	5,25 [2,36 ; 11,68]	7	6,13 [2,92 ; 12,87]	2	1,64 [0,41 ; 6,58]	1	0,77 [0,11 ; 5,42]	0	0
75	CSSS DU GRANIT	1	1,22 [0,17 ; 8,62]	10	11,35 [6,11 ; 21,09]	5	5,36 [2,23 ; 12,87]	6	7 [3,15 ; 15,58]	4	3,69 [1,38 ; 9,84]
99	HÔPITAL BROME-MISSISQUOI-PERKINS	12	4,31 [2,45 ; 7,59]	8	3,04 [1,52 ; 6,08]	12	4,77 [2,71 ; 8,4]	10	4,04 [2,17 ; 7,51]	5	1,85 [0,77 ; 4,44]
<b>Région 06 - Montréal</b>		<b>740</b>	<b>4,67 [4,35 ; 5,02]</b>	<b>625</b>	<b>4,01 [3,71 ; 4,34]</b>	<b>550</b>	<b>4,22 [3,88 ; 4,59]</b>	<b>540</b>	<b>3,73 [3,43 ; 4,06]</b>	<b>529</b>	<b>3,79 [3,48 ; 4,13]</b>
3	GLEN - ROYAL VICTORIA	66	5,85 [4,6 ; 7,45]	63	5,49 [4,29 ; 7,03]	55	4,82 [3,7 ; 6,28]	67	5,94 [4,67 ; 7,55]	74	6,39 [5,09 ; 8,02]
5	HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF	72	4,33 [3,44 ; 5,46]	90	5,41 [4,40 ; 6,65]	84	5,3 [4,28 ; 6,56]	65	3,62 [2,84 ; 4,62]	69	4,09 [3,23 ; 5,18]
6	GLEN - ENFANTS	13	4,93 [2,86 ; 8,49]	15	5,73 [3,45 ; 9,51]	12	5,22 [2,97 ; 9,19]	7	2,68 [1,28 ; 5,62]	11	4,41 [2,44 ; 7,96]
8	HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT	70	3,67 [2,90 ; 4,64]	59	3,08 [2,39 ; 3,97]	54	3,57 [2,74 ; 4,66]	34	2,23 [1,59 ; 3,12]	39	2,83 [2,07 ; 3,87]
12	CHU SAINTE-JUSTINE	21	3,18 [2,07 ; 4,88]	15	2,41 [1,45 ; 4,00]	23	4,13 [2,75 ; 6,21]	16	2,65 [1,62 ; 4,32]	24	3,38 [2,26 ; 5,05]
13	INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL	10	2,28 [1,23 ; 4,24]	13	2,93 [1,7 ; 5,04]	8	2,00 [1,00 ; 4,00]	15	3,62 [2,18 ; 6,00]	8	1,88 [0,94 ; 3,75]
25	HÔPITAL DU SACRÉ-COEUR DE MONTRÉAL	60	4,31 [3,35 ; 5,55]	47	3,55 [2,67 ; 4,72]	30	2,82 [1,97 ; 4,03]	61	4,83 [3,76 ; 6,21]	59	4,63 [3,59 ; 5,98]
26	HÔPITAL DE VERDUN	76	9,21 [7,35 ; 11,53]	79	10,1 [8,1 ; 12,59]	34	7,01 [5,01 ; 9,81]	31	5,33 [3,75 ; 7,58]	37	5,9 [4,27 ; 8,14]
29	HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL	41	5,90 [4,35 ; 8,01]	27	3,85 [2,64 ; 5,62]	48	7,21 [5,43 ; 9,57]	36	5,14 [3,71 ; 7,12]	39	5,62 [4,11 ; 7,69]
34	HÔPITAL SANTA CABRINI	56	5,71 [4,39 ; 7,42]	18	1,90 [1,2 ; 3,01]	43	5,55 [4,12 ; 7,48]	26	3,17 [2,16 ; 4,65]	20	2,45 [1,58 ; 3,8]
36	HÔPITAL GÉNÉRAL DU LAKESHORE	43	5,55 [4,12 ; 7,48]	36	4,64 [3,35 ; 6,43]	14	2,41 [1,43 ; 4,07]	17	2,67 [1,66 ; 4,29]	--	--
38	HÔPITAL JEAN-TALON	20	4,09 [2,64 ; 6,34]	16	3,61 [2,21 ; 5,89]	25	5,18 [3,5 ; 7,66]	16	3,59 [2,2 ; 5,86]	13	2,76 [1,6 ; 4,75]
43	CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL	84	3,76 [3,04 ; 4,66]	66	2,92 [2,29 ; 3,72]	77	3,63 [2,9 ; 4,54]	79	3,7 [2,97 ; 4,61]	67	3,03 [2,38 ; 3,85]
48	CENTRE HOSPITALIER DE ST. MARY	31	4,04 [2,84 ; 5,75]	26	4,07 [2,77 ; 5,98]	--	--	26	3,64 [2,48 ; 5,35]	17	2,27 [1,41 ; 3,65]
62	HOPITAL NOTRE-DAME	45	7,6 [5,67 ; 10,18]	35	5,64 [4,05 ; 7,86]	15	2,98 [1,8 ; 4,94]	15	2,9 [1,75 ; 4,81]	13	2,24 [1,30 ; 3,86]
76	HÔPITAL DE LACHINE	2	1,14 [0,29 ; 4,53]	2	1,04 [0,26 ; 4,14]	3	2,02 [0,65 ; 6,27]	1	0,81 [0,11 ; 5,82]	2	2,02 [0,50 ; 8,10]
80	HÔPITAL FLEURY	18	4,86 [3,06 ; 7,71]	12	3,31 [1,88 ; 5,83]	18	5,92 [3,73 ; 9,4]	19	5,69 [3,63 ; 8,92]	13	3,38 [1,96 ; 5,82]
83	HÔPITAL DE LASALLE	9	3,47 [1,81 ; 6,67]	3	1,23 [0,39 ; 3,83]	5	2,15 [0,9 ; 5,16]	5	2,19 [0,91 ; 5,26]	15	6,77 [4,08 ; 11,23]*
118	HÔPITAL NEUROLOGIQUE DE MONTRÉAL	3	1,32 [0,43 ; 4,09]	3	1,17 [0,38 ; 3,62]	2	0,78 [0,19 ; 3,13]	4	1,52 [0,57 ; 4,06]	9	3,7 [1,92 ; 7,12]

Tableau 6 Évolution des taux d'incidence et nombre de cas des DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b) par installation, par région, 2018-2019 à 2022-2023 (suite)

Installation Numéro	Nom	N, Taux d'incidence/10 000 jours-présence [I.C. à 95 %]									
		2018 - 2019		2019 - 2020		2020 - 2021		2021 - 2022		2022 - 2023	
	<b>Région 07 - Outaouais</b>	<b>72</b>	<b>3,95 [3,14 ; 4,98]</b>	<b>44</b>	<b>2,45 [1,82 ; 3,29]</b>	<b>32</b>	<b>2,16 [1,53 ; 3,05]</b>	<b>28</b>	<b>1,98 [1,37 ; 2,87]</b>	<b>20</b>	<b>1,45 [0,93 ; 2,25]</b>
39	HÔPITAL DE GATINEAU	11	1,73 [0,96 ; 3,13]	6	0,94 [0,42 ; 2,1]	10	1,83 [0,99 ; 3,4]	6	1,17 [0,53 ; 2,6]	5	1,1 [0,46 ; 2,65]
40	HÔPITAL DE HULL	47	6,42 [4,82 ; 8,54]	15	2,17 [1,31 ; 3,6]	14	2,44 [1,45 ; 4,12]	20	3,7 [2,39 ; 5,74]	9	1,76 [0,92 ; 3,38]
51	HÔPITAL DE MANIWAKI	3	2,23 [0,72 ; 6,93]	2	1,37 [0,34 ; 5,49]	2	1,87 [0,47 ; 7,50]	2	1,67 [0,42 ; 6,66]	1	0,74 [0,1 ; 5,22]
95	HÔPITAL ET CHSLD DU PONTIAC	5	3,95 [1,64 ; 9,5]	6	4,65 [2,09 ; 10,36]	2	1,95 [0,49 ; 7,79]	0	0	2	1,54 [0,39 ; 6,13]
111	HÔPITAL ET CHSLD DE PAPINEAU	6	3,08 [1,38 ; 6,86]	15	7,86 [4,74 ; 13,04]	4	2,64 [0,99 ; 7,03]	0	0	3	2,08 [0,67 ; 6,45]
	<b>Région 08 - Abitibi-Témiscamingue</b>	<b>16</b>	<b>2,04 [1,25 ; 3,33]</b>	<b>11</b>	<b>1,37 [0,76 ; 2,48]</b>	<b>11</b>	<b>1,55 [0,86 ; 2,8]</b>	<b>14</b>	<b>1,89 [1,12 ; 3,19]</b>	<b>17</b>	<b>2,55 [1,58 ; 4,1]</b>
47	HÔPITAL DE ROUYN-NORANDA	2	0,83 [0,21 ; 3,31]	4	1,63 [0,61 ; 4,34]	6	3,17 [1,43 ; 7,05]	5	2,49 [1,04 ; 5,97]	7	3,48 [1,66 ; 7,31]
52	HÔPITAL D'AMOS	3	1,8 [0,58 ; 5,59]	3	1,75 [0,56 ; 5,43]	1	0,64 [0,09 ; 4,49]	1	0,59 [0,08 ; 4,13]	1	0,72 [0,10 ; 5,05]
65	HÔPITAL ET CRD DE VAL-D'OR	7	3,39 [1,62 ; 7,11]	2	0,94 [0,24 ; 3,76]	3	1,47 [0,47 ; 4,57]	5	2,37 [0,99 ; 5,69]	5	2,67 [1,11 ; 6,41]
70	CENTRE DE SOINS DE COURTE DURÉE LA SARRE	3	2,86 [0,92 ; 8,86]	2	2,07 [0,52 ; 8,27]	1	1,19 [0,17 ; 8,47]	2	2,71 [0,68 ; 10,82]	3	4,24 [1,37 ; 13,16]
82	PAVILLON SAINTE-FAMILLE	1	1,55 [0,22 ; 10,99]	0	0	0	0	1	1,16 [0,16 ; 8,29]	1	1,48 [0,21 ; 10,49]
	<b>Région 09 - Côte-Nord</b>	<b>7</b>	<b>1,52 [0,73 ; 3,18]</b>	<b>14</b>	<b>2,88 [1,71 ; 4,86]</b>	<b>12</b>	<b>2,86 [1,62 ; 5,04]</b>	<b>14</b>	<b>3,11 [1,84 ; 5,25]</b>	<b>9</b>	<b>1,7 [0,89 ; 3,26]</b>
64	CLSC ET HÔPITAL LE ROYER	3	1,39 [0,45 ; 4,3]	3	1,33 [0,43 ; 4,12]	5	2,42 [1,01 ; 5,81]	9	3,74 [1,95 ; 7,19]	4	1,48 [0,56 ; 3,94]
72	HÔPITAL ET CLSC DE SEPT-ÎLES	4	1,63 [0,61 ; 4,34]	11	4,23 [2,34 ; 7,64]	7	3,3 [1,57 ; 6,92]	5	2,38 [0,99 ; 5,73]	5	1,92 [0,80 ; 4,61]
	<b>Région 10 - Nord-du-Québec</b>	<b>1</b>	<b>1,63 [0,23 ; 11,63]</b>	<b>3</b>	<b>4,61 [1,49 ; 14,29]</b>	<b>1</b>	<b>1,42 [0,2 ; 10,15]</b>	<b>1</b>	<b>1,7 [0,24 ; 12,11]</b>	--	--
96	CENTRE DE SANTÉ DE CHIBOUGAMAU	1	1,63 [0,23 ; 11,63]	3	4,61 [1,49 ; 14,29]	1	1,42 [0,2 ; 10,15]	1	1,7 [0,24 ; 12,11]	--	--
	<b>Région 11 - Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine</b>	<b>20</b>	<b>3,46 [2,23 ; 5,36]</b>	<b>11</b>	<b>1,99 [1,10 ; 3,60]</b>	<b>8</b>	<b>2,7 [1,35 ; 5,40]</b>	<b>18</b>	<b>5,34 [3,37 ; 8,47]</b>	<b>5</b>	<b>1,39 [0,58 ; 3,34]*</b>
53	HÔPITAL DE CHANDLER	5	4,05 [1,69 ; 9,73]	1	0,84 [0,12 ; 5,94]	2	2,44 [0,61 ; 9,74]	6	5,90 [2,65 ; 13,14]	4	3,56 [1,34 ; 9,48]
91	HÔPITAL DE GASPÉ	2	1,92 [0,48 ; 7,66]	0	0	0	0	4	3,93 [1,48 ; 10,47]	0	0
97	HÔPITAL DE MARIA	7	4,00 [1,91 ; 8,38]	3	2,05 [0,66 ; 6,35]	--	--	--	--	--	--
107	HÔPITAL DE L'ARCHIPEL	5	4,86 [2,02 ; 11,67]	3	2,87 [0,93 ; 8,89]	3	3,95 [1,27 ; 12,24]	5	7,32 [3,05 ; 17,59]	0	0
109	HÔPITAL DE SAINTE-ANNE-DES-MONTS	1	1,38 [0,20 ; 9,74]	4	5,49 [2,06 ; 14,62]	3	5,29 [1,7 ; 16,42]	3	4,58 [1,48 ; 14,18]	1	1,51 [0,21 ; 10,74]
	<b>Région 12 - Chaudière-Appalaches</b>	<b>59</b>	<b>3,75 [2,91 ; 4,84]</b>	<b>54</b>	<b>3,51 [2,69 ; 4,58]</b>	<b>65</b>	<b>4,75 [3,73 ; 6,06]</b>	<b>52</b>	<b>3,47 [2,64 ; 4,55]</b>	<b>86</b>	<b>5,51 [4,46 ; 6,81]*</b>
18	HÔTEL-DIEU DE LÉVIS	31	3,98 [2,8 ; 5,66]	24	3,2 [2,15 ; 4,77]	34	4,89 [3,49 ; 6,84]	27	3,59 [2,46 ; 5,23]	50	6,37 [4,83 ; 8,4]*
63	HÔPITAL DE SAINT-GEORGES	15	3,8 [2,29 ; 6,31]	16	4,15 [2,54 ; 6,78]	13	4,2 [2,44 ; 7,23]	7	1,93 [0,92 ; 4,04]	16	4,00 [2,45 ; 6,53]
89	HÔPITAL ET CRDP DE MONTMAGNY	3	1,67 [0,54 ; 5,20]	6	3,38 [1,52 ; 7,52]	8	5,24 [2,62 ; 10,48]	10	6,11 [3,29 ; 11,35]	10	5,86 [3,15 ; 10,89]
113	HÔPITAL ET CRDP DE THETFORD MINES	10	4,52 [2,43 ; 8,4]	8	3,56 [1,78 ; 7,12]	10	4,73 [2,55 ; 8,79]	8	3,64 [1,82 ; 7,28]	10	4,90 [2,64 ; 9,10]

Tableau 6 Évolution des taux d'incidence et nombre de cas des DACD nosocomiales (cat. 1a et 1b) par installation, par région, 2018-2019 à 2022-2023 (suite)

Installation Numéro	Nom	N, Taux d'incidence/10 000 jours-présence [I.C. à 95 %]									
		2018 - 2019		2019 - 2020		2020 - 2021		2021 - 2022		2022 - 2023	
	<b>Région 13 – Laval</b>	<b>26</b>	<b>1,57 [1,07 ; 2,31]</b>	<b>37</b>	<b>2,15 [1,56 ; 2,97]</b>	<b>37</b>	<b>2,46 [1,78 ; 3,4]</b>	<b>31</b>	<b>1,84 [1,29 ; 2,62]</b>	<b>24</b>	<b>1,41 [0,95 ; 2,10]</b>
19	HÔPITAL DE LA CITÉ-DE-LA-SANTÉ	26	1,57 [1,07 ; 2,31]	37	2,15 [1,56 ; 2,97]	37	2,46 [1,78 ; 3,4]	31	1,84 [1,29 ; 2,62]	24	1,41 [0,95 ; 2,10]
	<b>Région 14 - Lanaudière</b>	<b>53</b>	<b>2,36 [1,8 ; 3,09]</b>	<b>38</b>	<b>1,78 [1,3 ; 2,45]</b>	<b>26</b>	<b>1,35 [0,92 ; 1,98]</b>	<b>39</b>	<b>1,95 [1,42 ; 2,67]</b>	<b>44</b>	<b>2,3 [1,71 ; 3,09]</b>
11	HÔPITAL PIERRE-LE GARDEUR	10	0,83 [0,45 ; 1,54]	8	0,7 [0,35 ; 1,40]	12	1,07 [0,61 ; 1,89]	9	0,79 [0,41 ; 1,51]	7	0,65 [0,31 ; 1,36]
14	HÔPITAL DE LANAUDIÈRE ET CHSLD PARPHILIA-FERLAND	43	4,14 [3,07 ; 5,58]	30	3,03 [2,12 ; 4,34]	14	1,72 [1,02 ; 2,91]	30	3,51 [2,45 ; 5,02]	37	4,46 [3,23 ; 6,16]
	<b>Région 15 - Laurentides</b>	<b>113</b>	<b>4,28 [3,56 ; 5,15]</b>	<b>84</b>	<b>3,35 [2,7 ; 4,15]</b>	<b>44</b>	<b>3,15 [2,34 ; 4,23]</b>	<b>37</b>	<b>1,61 [1,17 ; 2,22]</b>	<b>49</b>	<b>1,88 [1,42 ; 2,49]</b>
45	HÔPITAL DE SAINT-EUSTACHE	37	3,91 [2,83 ; 5,39]	38	3,88 [2,82 ; 5,33]	33	3,82 [2,72 ; 5,37]	19	2,01 [1,28 ; 3,15]	19	1,95 [1,24 ; 3,06]
56	CENTRE MULTI. SSS D'ARGENTEUIL	7	5,14 [2,45 ; 10,79]	5	3,89 [1,62 ; 9,34]	0	0	3	2,68 [0,87 ; 8,30]	2	1,61 [0,40 ; 6,45]
81	HÔPITAL DE MONT-LAURIER	5	3,09 [1,29 ; 7,43]	6	4,12 [1,85 ; 9,16]	8	6,05 [3,03 ; 12,10]	--	--	7	6,07 [2,89 ; 12,74]
101	HÔPITAL DE SAINT-JÉRÔME	36	3,37 [2,43 ; 4,67]	21	2,28 [1,49 ; 3,50]	--	--	10	1,07 [0,58 ; 1,98]	15	1,4 [0,84 ; 2,33]
103	CENTRE MULTI. SSS DE SAINTE-AGATHE	28	8,56 [5,91 ; 12,4]	14	4,26 [2,52 ; 7,2]	3	1,05 [0,34 ; 3,26]	5	1,62 [0,67 ; 3,89]	6	1,82 [0,82 ; 4,04]
	<b>Région 16 - Montérégie</b>	<b>246</b>	<b>3,93 [3,47 ; 4,45]</b>	<b>245</b>	<b>3,83 [3,38 ; 4,34]</b>	<b>215</b>	<b>3,81 [3,33 ; 4,35]</b>	<b>201</b>	<b>3,55 [3,09 ; 4,08]</b>	<b>196</b>	<b>3,33 [2,9 ; 3,83]</b>
1	HÔPITAL CHARLES-LE MOYNE	95	6,91 [5,65 ; 8,45]	71	5,05 [4,00 ; 6,37]	66	5,55 [4,36 ; 7,07]	61	4,99 [3,88 ; 6,41]	58	4,77 [3,69 ; 6,17]
9	HÔPITAL DU HAUT-RICHELIEU	46	4,83 [3,62 ; 6,45]	39	4,03 [2,94 ; 5,52]	42	5,37 [3,97 ; 7,27]	34	4,24 [3,03 ; 5,93]	33	4,1 [2,92 ; 5,77]
10	HÔPITAL PIERRE-BOUCHER	30	2,5 [1,75 ; 3,58]	40	3,22 [2,36 ; 4,39]	30	2,64 [1,85 ; 3,77]	25	2 [1,35 ; 2,96]	27	1,99 [1,36 ; 2,9]
35	HÔPITAL HONORÉ-MERCIER	19	2,74 [1,75 ; 4,3]	36	5,17 [3,73 ; 7,17]	16	2,36 [1,44 ; 3,86]	18	2,74 [1,73 ; 4,35]	27	3,52 [2,41 ; 5,13]
37	HÔTEL-DIEU DE SOREL	22	4,76 [3,13 ; 7,23]	12	2,36 [1,34 ; 4,16]	20	4,31 [2,78 ; 6,68]	14	3,33 [1,97 ; 5,62]	17	4,25 [2,64 ; 6,84]
42	HÔPITAL ANNA-LABERGE	19	2,46 [1,57 ; 3,86]	33	4,29 [3,05 ; 6,03]	31	4,43 [3,12 ; 6,3]	34	4,87 [3,48 ; 6,81]	19	2,74 [1,75 ; 4,30]*
58	HÔPITAL DU SUOÏT	12	1,73 [0,98 ; 3,05]	7	1,01 [0,48 ; 2,12]	8	1,39 [0,70 ; 2,77]	11	2,27 [1,26 ; 4,09]	13	2,42 [1,41 ; 4,17]
130	HÔPITAL BARRIE MÉMORIAL	3	2,51 [0,81 ; 7,77]	7	5,96 [2,84 ; 12,51]	2	1,69 [0,42 ; 6,76]	4	3,14 [1,18 ; 8,35]	2	1,79 [0,45 ; 7,16]
	<b>Région 17 - Nunavik</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>--</b>	<b>--</b>	<b>--</b>	<b>--</b>
50	CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA	--	--	0	0	0	0	--	--	--	--
108	CENTRE DE SANTÉ INUULITSIVIK	0	0	0	0	0	0	--	--	--	--
	<b>L'ensemble du Québec</b>	<b>1789</b>	<b>3,71 [3,54 ; 3,89]</b>	<b>1576</b>	<b>3,29 [3,13 ; 3,46]</b>	<b>1450</b>	<b>3,57 [3,39 ; 3,76]</b>	<b>1416</b>	<b>3,27 [3,10 ; 3,44]</b>	<b>1411</b>	<b>3,25 [3,08 ; 3,42]</b>

\* Différence significative ( $p < 0,05$ ) entre les taux d'incidence de 2021-2022 et 2022-2023.

## 4 LIMITES

### 4.1 Limites générales

Le programme de surveillance comporte certaines limites :

- Certains cas pourraient ne pas être déclarés s'ils surviennent dans une installation ne participant pas à la surveillance (p.ex. une installation ayant moins de 1000 admissions).
- Les données du programme de surveillance sont tributaires du respect des définitions par les équipes déclarant les cas.
- Les installations de petite taille sont sujettes à de très grandes variations de leurs taux d'incidence. Par exemple, une variation d'un cas sur un petit dénominateur aura une plus grande influence sur le taux d'incidence que pour une installation avec un plus grand dénominateur.
- Considérant que le dénominateur est celui des jours-présence lors d'une hospitalisation, uniquement les cas de catégories 1a et 1b (cas hospitalisés ou ayant été hospitalisés) sont utilisés pour le calcul des taux.
- Pour la létalité, il n'y a pas d'évaluation à l'effet que le décès soit relié à l'infection, donc les décès rapportés peuvent être associés ou non à l'infection.
- En tout temps, un cas peut être ajouté ou retiré de la base de données par les équipes des installations participantes, à la suite d'un processus de validation par exemple, et ce, pour n'importe quelle année de surveillance. En conséquence, les résultats d'une installation donnée pour une même période peuvent différer selon le moment de l'extraction de la base de données du système.

### 4.2 Limites spécifiques à SPIN-CD

Les données relatives aux cas de DACD communautaires (cat. 3) incluent uniquement des cas hospitalisés et ne constituent pas un reflet réel du fardeau de la DACD communautaire au Québec.

Le type de test de laboratoire utilisé pour diagnostiquer la DACD n'est pas considéré dans l'analyse. Certaines approches diagnostiques tel le test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) en une seule étape peuvent être associées à une augmentation du taux d'incidence.

Les caractéristiques des installations comme le nombre de lits, la proportion de clientèle admise de 65 ans et plus ou le regroupement de ces dernières peuvent varier au cours du temps. La mise à jour de ces dernières sont appliquées de façon rétrospective dans les analyses.

## 5 ANALYSE ET DISCUSSION

- La surveillance SPIN-CD a complété sa 19<sup>e</sup> année de surveillance. Globalement, l'évolution de la situation épidémiologique de la DACD au Québec est favorable. La grande tendance qui se détache est que l'ensemble des indicateurs (par exemple, le taux d'incidence, le nombre de cas, le nombre de décès et de colectomies) se sont grandement améliorés depuis le pic épidémique de 2004-2005. Le taux d'incidence provincial de DACD nosocomial en 2022-2023 est de 3,25 par 10 000 jours-présence. En guise de comparaison, les taux étaient de 7,2 par 10 000 jours-présence en 2013-2014 et de 12,6 au moment du pic épidémique de 2004-2005. Les taux provinciaux oscillent entre 3,0 et 4,0 par 10,000 jours-présence depuis 2018-2019, ce qui suggère qu'un étiage (un niveau plancher) a été atteint. Il serait intéressant de comparer les taux actuels à ceux qui prévalaient au Québec avant l'arrivée de la souche NAP1 au début des années 2000. Une telle analyse longitudinale comparant les taux actuels aux taux des 20 dernières années pourrait être utile afin de revoir le programme de surveillance et la méthodologie.
- Au niveau des regroupements d'installations, les taux les plus élevés de la province se retrouvent dans le regroupement des installations universitaires de plus de 350 lits (4,18 par 10 000 jours-présence).
- Au niveau des installations, deux installations ont connu une amélioration significative de leurs taux d'incidence par rapport à l'année antérieure, alors que trois ont connu une hausse significative. Dix-huit (18) installations ont rapporté un taux inférieur à 2,0 par 10 000 jours-présence, alors que seules 2 installations de la province ont rapporté un taux supérieur à 8,0 par 10 000 jours-présence (taux d'incidence local le plus élevé : 10,8 par 10 000 jours-présence). Notons toutefois que certaines installations semblent présenter des taux d'incidence plus élevés que la moyenne de leur regroupement d'installation depuis plusieurs années. Les raisons qui sous-tendent ce phénomène sont mal comprises et pourraient faire l'objet d'une investigation plus détaillée dans le futur.
- Parallèlement au faible nombre de cas, le nombre de complications, y compris le nombre de décès survenant dans les 30 jours suivant le diagnostic de DACD est également stable depuis 2018-2019. Au total, 157 décès sont survenus dans les 30 jours suivant le diagnostic de DACD cette année, comparativement à 547 décès en 2014-2015; ceci représente une baisse de 71 %. Six colectomies ont été réalisées pour une DACD, comparativement à 37 colectomies en 2014-2015 (baisse de 84 %).
- **Considérations financières** : Le nombre de cas de DACD rapporté cette année représente une baisse de plus de 2 300 cas par rapport à l'année de surveillance 2013-2014. Puisque chaque cas de DACD coûte environ 12 000 \$, cette baisse représente 27,6 millions \$ en coûts évités annuellement.

- **Considérations méthodologiques** : La méthodologie de la surveillance est bien établie après 19 années. Depuis le début de la surveillance, la comparaison inter-hospitalière des taux d'incidence repose sur la stratification par regroupement d'installation. Les regroupements d'installation actuels ont été créés en 2018-2019. Toutefois, une des variables qui est utilisée actuellement (la proportion de clientèle admise de 65 ans et plus) n'est plus prédictive du taux d'incidence de l'installation. Ceci suggère qu'un travail de recalibration de la variable sera nécessaire car le seuil actuel de 45 % n'est plus en mesure de prédire les taux d'incidence de DACD nosocomiale.
- **Tests diagnostiques** : Le type de test utilisé pour diagnostiquer une DACD varie entre les installations mais n'est pas pris en considération dans l'analyse des taux d'incidence de SPIN-CD, ce qui est à risque d'introduire un certain biais lors de la comparaison inter-hospitalière. De plus, certaines installations ont modifié leur approche de laboratoire lors de la pandémie de COVID-19 pour privilégier le TAAN. Il serait important de récolter cette variable dans le futur afin de potentiellement améliorer la comparabilité inter hospitalière.
- **Analyse des souches** : l'analyse des souches de *C. difficile* causant les infections nosocomiales est réalisée périodiquement. La période d'étude rend toutefois difficile l'intégration de ces données dans le rapport annuel SPIN-CD. Un travail d'intégration devrait être réalisé dans la prochaine année par le programme SPIN-CD et le LSPQ pour permettre une dissémination et valorisation des résultats de ces analyses.
- **Comparaisons internationales** : Des différences méthodologiques rendent difficile la comparaison des taux d'incidence québécois à ceux d'autres juridictions. Néanmoins, les taux d'incidence au Québec semblent se comparer favorablement à ceux d'autres juridictions nord-américaines. Le taux d'incidence de DACD au Canada se situait à 4,3 par 10 000 jours-présence en 2016 selon PCSIN (Katz *et coll.*, 2018). Les taux d'incidence canadien et québécois sont maintenant inférieurs à celui de la Suède (10,2 par 10 000 jours-présence en 2016) (Rizzardi *et coll.*, 2018), et comparables à ceux de la Finlande, du Danemark (van Dorp *et coll.*, 2016), de la France (3,8 par 10 000 jours-présence) et de l'Allemagne (3,6 par 10 000 jours-présence). Ils demeurent toutefois plus élevés que ceux de la Norvège (1,9 par 10 000 jours-présence) ou des Pays-Bas (1,9 par 10 000 jours-présence) (van Dorp *et coll.*, 2016). Des phénomènes locaux et une méthodologie différente pourraient expliquer les différences entre l'Amérique et l'Europe, ce qui limite les conclusions qui doivent être tirées de ces comparaisons. Nonobstant ces variations méthodologiques, ces comparaisons suggèrent que les taux provinciaux pourraient s'améliorer davantage.



## 6 RÉFÉRENCES

Katz KC, Golding GR, Choi KB, *et al.* (2018). The evolving epidemiology of *Clostridium difficile* infection in Canadian hospitals during a postepidemic period (2009-2015). *CMAJ*, 190, E758-E765. <https://doi.org/10.1503/cmaj.180013>

Levy AR, Szabo SM, Lozano-Ortega G, *et al.* Incidence and Costs of *Clostridium difficile* Infections in Canada. (2015). *Open Forum Infect Diseases*, 2 (3), [10.1093/ofid/ofv076](https://doi.org/10.1093/ofid/ofv076).

Rizzardi K, Norén T, Aspevall O, *et al.* National Surveillance for *Clostridioides difficile* Infection, Sweden, 2009-2016. (2018). *Emerging Infectious Diseases*. 24(9), 1617-1625. [10.3201/eid2409.171658](https://doi.org/10.3201/eid2409.171658)

Van Dorp SM, Kinross P, Gastmeier P, *et al.* Standardised surveillance of *Clostridium difficile* infection in European acute care hospitals: a pilot study, 2013. (2016). *Eurosurveillance*. <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2016.21.29.30293>

## ANNEXE 1 LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ SPIN

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

Fanny Beaulieu  
Marie-Claude Roy, présidente du Cinq  
Annie Ruest, présidente du comité SPIN-HD  
Maxime-Antoine Tremblay, président du comité SPIN-BACC  
Pascale Trépanier, présidente du comité SPIN-BGNPC  
CHU de Québec - Université Laval

Annick Boulais  
Ruth Bruno  
Fanny Desjardins  
Dominique Grenier  
Patricia Hudson  
Natasha Parisien  
Jasmin Villeneuve  
Direction des risques biologiques  
Institut national de santé publique du Québec

Eliel Brochu  
Annick Des Cormiers  
Zeke Mc Murray  
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

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

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

Caroline Labrecque  
Centre intégré de santé et services sociaux de la Montérégie Centre

Xavier Marchand-Sénécal, président du comité SPIN-SARM  
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – CHU de Sherbrooke

Sarah Masson-Roy, présidente du comité SPIN-ERV  
Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Yves Longtin, président du comité SPIN-CD  
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Marc-André Smith, président du comité SPIN-BACTOT  
Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal

## ANNEXE 2 LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ DE PROGRAMME SPIN-CD

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

Fanny Beaulieu  
CHU de Québec - Université Laval

Eliel Brochu  
Direction de la vigie sanitaire  
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

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

Jean-François Laplante  
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et  
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik

Vivian Loo  
Centre hospitalier universitaire de Santé McGill

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



Centre de référence et d'expertise  
en santé publique depuis 1998



[www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca)