

Infections à entérocoques résistants à la vancomycine au Québec, 2024-2025

SURVEILLANCE ET VIGIE

MARS 2026

COMITÉ DE SURVEILLANCE PROVINCIALE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

RAPPORT DE SURVEILLANCE

AUTEURS ET AUTRICES

Comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales

Ruth Bruno, conseillère scientifique
Fanny Desjardins, conseillère en soins infirmiers
Jasmin Villeneuve, médecin-conseil
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

Maxime-Antoine Tremblay, microbiologiste-infectiologue
et président intérimaire du comité de programme
SPIN-ERV
CHU de Québec - Université Laval

Danielle Moisan, microbiologiste-infectiologue et
présidente du Comité de surveillance provinciale des
infections nosocomiales
Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-
Saint-Laurent

Nathalie Deshaies, conseillère en soins infirmiers
Centre intégré de santé et services sociaux Abitibi-
Témiscamingue

Florence Doualla-Bell, spécialiste clinique en biologie
médicale
Laboratoire de santé publique du Québec
Institut national de santé publique du Québec

Michelle Dugas, conseillère en vigie sanitaire
Direction de la vigie et des maladies infectieuses
Ministère de la Santé et des Services sociaux

SOUS LA COORDINATION DE

Isabelle Laperrière, cheffe d'unité scientifique
Natasha Parisien, coordonnatrice professionnelle
Direction des risques biologiques

COLLABORATION

Karl Forest Bérard, conseiller scientifique
Secrétariat général

RÉVISION

Mireille Barakat, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques

La personne qui a révisé ce document a été conviée à
apporter des commentaires sur la version préfinale, et en
conséquence, n'en a pas révisé ni endossé le contenu final.

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

FINANCEMENT

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

MISE EN PAGE

Judith Degla, agente administrative
Direction des risques biologiques

REMERCIEMENTS

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

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

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

Dépôt légal – 2^e trimestre 2026
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-555-03687-1 (PDF)
DOI : <https://doi.org/10.64490/ABYP2995>

© Gouvernement du Québec (2026)

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 dans sa mission de santé publique. L'Institut a également comme mission, dans la mesure déterminée par le mandat que lui confie le ministre, de soutenir Santé Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et les établissements, dans l'exercice de leur mission de santé publique.

La collection *Surveillance et vigie* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques 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 risque 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 **infections à entérocoques résistants à la vancomycine** dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés participants pour l'année 2024-2025. Il s'agit de l'un des rapports annuels parmi tous les [programmes de surveillance](#).

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

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	III
LISTE DES FIGURES	IV
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	V
GLOSSAIRE	VI
FAITS SAILLANTS	1
1 INTRODUCTION	2
2 METHODOLOGIE	3
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
3 RESULTATS.....	6
3.1 Description sommaire.....	6
3.2 Description des cas – infection	8
3.3 Évolution des taux - infection.....	11
3.4 Description des cas – colonisation.....	13
3.5 Données de laboratoire – colonisation	14
3.6 Évolution des taux – colonisation.....	15
3.7 Données par installation et par région sociosanitaire.....	18
4 LIMITES³²	32
4.1 Limites générales.....	32
4.2 Limites spécifiques au programme SPIN-ERV	32
5 ANALYSE ET DISCUSSION	33
6 REFERENCES.....	35
ANNEXE 1 LISTE DES MEMBRES DU COMITE SPIN	36
ANNEXE 2 LISTE DES MEMBRES DU COMITE DE PROGRAMME SPIN-ERV	37

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Sommaire de la participation, des cas, des dénominateurs et des taux pour la surveillance des infections à ERV, 2020-2021 à 2024-2025.....	6
Tableau 2	Répartition des infections à ERV selon la catégorie d'attribution, 2024-2025.....	8
Tableau 3	Origine présumée d'acquisition de la souche pour les infections à ERV chez les nouveaux porteurs selon la catégorie d'attribution (N=16), 2024-2025.....	9
Tableau 4	Nombre de cas d'infections (N) et nombre de bactériémies secondaires à ERV (N) selon le type d'infection de toute catégorie d'attribution (N = 27), 2024-2025	9
Tableau 5	Nombre de bactériémies primaires et secondaires à ERV selon la catégorie d'attribution (N = 9), 2024-2025	10
Tableau 6	Évolution du nombre de décès et létalité à 30 jours parmi les infections à ERV de toutes catégories d'attribution, 2020-2021 à 2024-2025.....	10
Tableau 7	Évolution du nombre de cas (N) et des taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) selon la mission, pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 84), 2020-2021 à 2024-2025	12
Tableau 8	Répartition des colonisations à ERV selon la catégorie d'attribution, 2024-2025	13
Tableau 9	Évolution du nombre de cas (N) et du taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) selon la mission, pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 84), 2020-2021 à 2024-2025	16
Tableau 10	Évolution du nombre de cas (N) et des taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b), par installation et par région sociosanitaire, 2022-2023 à 2024-2025	24
Tableau 11	Évolution du nombre de cas (N), des taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) et de la moyenne des tests de dépistage par admission, par installation et par région sociosanitaire, 2022-2023 à 2024-2025	28

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Taux d'incidence des infections et taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) selon la mission pour les installations participantes (N = 87), 2024-2025	7
Figure 2	Évolution des taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) selon la mission, pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 84), 2020-2021 à 2024-2025	11
Figure 3	Évolution des taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) pour les installations participant depuis 2011-2012 (N = 77), 2011-2012 à 2024-2025	12
Figure 4	Évolution du nombre total et de la moyenne de tests de dépistage par admission, selon le regroupement d'installations, 2020-2021 à 2024-2025	14
Figure 5	Évolution des taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) pour les installations participant depuis 2011-2012 (N = 77), 2011-2012 à 2024-2025	17
Figure 6	Taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) par installation et percentiles des taux d'incidence pour les installations non universitaires, 2024-2025	18
Figure 7	Taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) par installation et percentiles des taux d'incidence pour les installations universitaires, 2024-2025	19
Figure 8	Taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) par installation et percentiles des taux d'acquisition pour les installations non universitaires, 2024-2025	19
Figure 9	Taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) par installation et percentiles des taux d'acquisition pour les installations universitaires, 2024-2025	20
Figure 10	Répartition et évolution du nombre de cas d'infection nosocomiale à ERV (cat. 1a et 1b) par région sociosanitaire (N = 17), 2024-2025	21
Figure 11	Répartition et évolution du nombre de cas de colonisation nosocomiale à ERV (cat. 1a et 1b) par région sociosanitaire (N = 1 841), 2024-2025	22

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

BAC	Bactériémie primaire avec cathéter vasculaire ou avec un accès veineux en hémodialyse
BACC	Bactériémie nosocomiale sur cathéters centraux
BACTOT	Bactériémie nosocomiale panhospitalière
BBM	Bris de la barrière muqueuse digestive
CISSS	Centre intégré de santé et services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et services sociaux
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée public
CINQ	Comité sur les infections nosocomiales du Québec
CLSC	Centre local de services communautaires
ERV	Entérocoques résistants à la vancomycine
HD	Hémodialyse
IC	Intervalle de confiance
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Non-BAC	Bactériémie primaire sans cathéter central, non investiguée ou reliée à une procédure
PCI	Prévention et contrôle des infections
PCSIN	Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales
RSS	Région sociosanitaire
SI-SPIN	Système d'information de la surveillance provinciale des infections nosocomiales
SPIN	Surveillance provinciale des infections nosocomiales

GLOSSAIRE

Agent pathogène	Microorganisme susceptible de provoquer une infection (ex. virus, bactérie, etc.).
Bactériémie	Présence de bactérie dans le sang.
Bactériémie primaire	Bactériémie dont le foyer d'origine n'est pas attribuable à un foyer d'infection actif à un autre site (urinaire, etc.).
Bactériémie secondaire	Dissémination hémotogène d'un processus infectieux provenant d'un autre site (ex. : infection urinaire avec bactériémie secondaire).
Bris de la barrière muqueuse digestive	Altération des muqueuses et de la paroi intestinale, en raison d'une condition clinique particulière, qui permet le passage de bactéries des intestins vers le sang.
Catégorie d'attribution	Classification de l'origine de la colonisation ou de l'infection utilisée lors de la surveillance. Le lien épidémiologique n'est pas pris en considération pour l'attribution de la catégorie.
Colonisation	Présence d'un micro-organisme dans un dépistage ou un spécimen clinique en absence de critères d'infection.
Dénominateur	Portion inférieure d'une fraction utilisée dans les calculs de taux (ex. : jours-présence, admissions).
Établissement	Entité juridique dotée de capacités et de responsabilités légales qui est titulaire d'un permis délivré par la ministre de la Santé et des Services sociaux. Un établissement peut comprendre plusieurs installations. (ex. : CISSS ou CIUSSS ou établissement non fusionné).
Infection	Présence d'un micro-organisme causant des signes et symptômes correspondants aux critères d'infection.
Installation	Une installation est le lieu physique où sont dispensés les soins de santé et les services sociaux à la population du Québec, dans le cadre d'une ou de plusieurs missions. (ex. : hôpital dans un CISSS).
Jours-présence	Nombre correspondant aux jours d'hospitalisation durant une période donnée.
Mission non universitaire	Établissement n'ayant pas la désignation du MSSS d'établissement universitaire.
Mission universitaire	Désignation du MSSS d'un centre exploité par un établissement qui, en plus d'exercer les activités propres à la mission d'un tel centre, dispense des services de pointe, participe à la formation de professionnels, est doté d'une structure de recherche reconnue et évalue des technologies ou modes d'intervention reliés à son secteur de pointe.
Nosocomiale	Acquise au cours d'un épisode de soins administrés par un établissement du réseau de la santé (aussi nommée associée aux soins de santé).
Numérateur	Portion supérieure d'une fraction utilisée dans les calculs de taux.
Période de surveillance	Période administrative de l'exercice financier des établissements d'environ 28 jours. Le calendrier de surveillance se découpe en treize périodes financières, débutant le 1er avril et se terminant le 31 mars de l'année suivante.

Proportion	Rapport dans lequel les deux entités (numérateur et dénominateur) proviennent du même ensemble et dans lequel le numérateur est inclus au dénominateur.
Rapport	Expression de la relation entre deux quantités qui peuvent indifféremment appartenir ou non au même ensemble. Le rapport peut se présenter sous la forme d'une proportion, d'un taux, d'un ratio, d'un indice ou d'une cote.
Région sociosanitaire	Unité géographique définie. Dans le contexte du système de santé et de services sociaux, le territoire québécois est divisé en 18 régions sociosanitaires.
Regroupement	Création de variables personnalisées qui combinent les valeurs de variables existantes dans de nouveaux groupes. Par exemple, les installations peuvent être regroupées selon la mission (universitaire ou non universitaire) et la clientèle (adulte, pédiatrique, néonatale).
Soins ambulatoires	Prestation de soins reçus sans hospitalisation.
Taux	Rapport qui mesure la vitesse ou la force de survenue d'un événement. Il ne constitue pas une mesure de fréquence, mais plutôt une mesure instantanée de densité. Le numérateur d'un taux, comme celui d'une proportion, dénombre les événements qui sont survenus : la différence entre les deux réside dans le dénominateur. Le dénominateur d'un taux indique le cumul de temps d'observations de chaque personne ou entité analysée qui est à risque de présenter le phénomène étudié. Dans ce cas, le dénominateur est exprimé en unités de temps (jour, mois, année, etc.).
Taux d'acquisition	Il s'agit du nombre de nouveaux porteurs sur l'ensemble des usagers hospitalisés, porteurs ou non.
Taux d'incidence	Mesure de la vitesse, de la force ou de l'intensité de propagation d'une maladie dans une population donnée (aussi nommée densité d'incidence). C'est le rapport de l'incidence (nombre de nouveaux cas survenus depuis le début de l'étude jusqu'à sa fin) sur le cumul de temps écoulé entre le début et la fin de l'observation de chaque personne participant à l'étude et susceptible (à risque) de contracter la maladie étudiée (personne-temps). Il s'exprime comme : nombre de nouveaux cas pendant une période Δt / somme des personnes-temps pendant cette période Δt (Δt signifie période ou intervalle de temps allant d'une date A à une date B).

FAITS SAILLANTS

- En 2024-2025, 1 841 nouvelles colonisations nosocomiales à entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) ont été rapportées, pour un taux d'acquisition de 3,90 cas par 10 000 jours-présence (catégories 1a et 1b). Il s'agit d'un taux significativement plus élevé que lors des quatre années précédentes (taux variant de 1,73 à 2,48 cas par 10 000 jours-présence depuis 2020-2021).
- La moyenne de tests de dépistage par admission (0,89) est légèrement inférieure aux deux années précédentes (0,96 et 0,92).
- Au total, 17 cas d'infections nosocomiales à ERV (catégories 1a et 1b) ont été recensés avec un taux d'incidence qui demeure stable (0,04 cas par 10 000 jours-présence).
- Parmi les infections à ERV, il y a eu neuf bactériémies.
- Le taux de létalité à 30 jours est de 14,8 % (quatre décès sur 27 cas d'infections à ERV de toute catégorie d'attribution).
- Certaines installations sont beaucoup plus touchées que d'autres, dont cinq sont responsables de plus de la moitié (52,7 %) des nouvelles colonisations à ERV rapportées.

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 associées aux soins de santé 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 ses six comités de programme de surveillance.

Chaque comité de programme 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 incluent une description sommaire, des taux d'incidence ainsi que des tendances épidémiologiques des cinq dernières années.

Le programme de surveillance provinciale des **infections nosocomiales aux entérocoques résistants à la vancomycine (SPIN-ERV)** a terminé sa 14^e année de surveillance. Ce programme à participation obligatoire a débuté en septembre 2011.

Ce rapport présente l'analyse des données pour l'année 2024-2025.

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 2 juillet 2025. 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^{er} 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 maladies infectieuses en milieu de soins 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, se 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 dont un spécimen clinique ou de dépistage révèlent la présence d'*Enterococcus faecium* ou d'*Enterococcus faecalis* résistant à la vancomycine sont considérés comme des cas incidents, peu importe l'attribution de l'infection ou de la colonisation, à l'exception d'une colonisation chez un usager qui est déjà connu porteur. Un cas peut être infecté s'il y a présence de signes et de symptômes correspondant aux critères de définition d'une infection. Autrement, le cas devra être considéré colonisé si les critères de définition d'une infection ne sont pas remplis. L'attribution de l'infection ou de la colonisation 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 pour les cas d'infections à entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) incluent :

- **Les caractéristiques sociodémographiques des cas** : sexe, âge, etc.;
- **Les caractéristiques de l'installation** : identification de l'installation, région sociosanitaire, type d'unités de soins, mission, etc.;
- **Les données de laboratoire** : date d'analyse, type d'analyse, type de spécimen, etc.;
- **Les caractéristiques cliniques** : date du diagnostic, type d'infection, décès toute cause, etc.;
- **Les facteurs de risque pour les nouveaux porteurs (origine présumée d'acquisition)** : type de contact, présence d'éclosion, hospitalisation ou soins de santé ailleurs, etc.;
- **Les dénominateurs** : admissions, jours-présence.

Les mesures (variables) épidémiologiques collectées pour les colonisations à ERV incluent :

- **Le nombre de colonisations découvertes par dépistage;**
- **Le nombre de colonisations découvertes dans un spécimen clinique;**
- **Les caractéristiques de l'installation** : identification de l'installation, région sociosanitaire, mission, etc.;
- **Les dénominateurs** : jours-présence, admissions, nombre de tests de dépistage.

2.4 Analyse statistique

L'indicateur principal retenu est le taux d'incidence des infections à ERV par 10 000 jours-présence. Il est calculé en rapportant le nombre de nouvelles infections nosocomiales 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 sociosanitaire (RSS) et la mission (universitaire ou non universitaire). Le taux d'incidence moyen par regroupement est présenté à des fins de comparaison. L'indicateur secondaire de ce programme est le taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV.

L'analyse des données est divisée en cinq sections (deux volets, infection et colonisation) :

- **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 et des épisodes d'infections et colonisations dans les installations participantes (fréquences, proportions, moyennes, médianes), les complications (décès) à 30 jours suivant le diagnostic pour les infections.
- **Données de laboratoire** : Le nombre de dépistage.

- **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 et par région sociosanitaire** : Nombre et taux d'incidence des infections et colonisations.

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. Les percentiles sont calculés sur les données de l'année courante. Pour les tests de comparaison de taux entre l'année courante et l'année précédente, les augmentations ou les diminutions statistiquement significatives sont signalées 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). L'approche méthodologique utilisée dans le traitement, l'analyse des données et l'interprétation des résultats est basée sur le document *Plan national de surveillance de l'état de santé de la population et ses déterminants* disponible à partir de l'onglet PNS sur le portail Infocentre de santé publique (INSPQ, 2015 [document inédit]).

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 et la pertinence des méthodes utilisées.

3 RÉSULTATS

3.1 Description sommaire

Entre le 1^{er} avril 2024 et le 31 mars 2025, 87 installations sur les 88 visées ont participé à la surveillance des infections nosocomiales à ERV, pour un cumul de 4 722 617 jours-présence ([tableau 1](#)). Un total de 17 infections nosocomiales à ERV, soit attribuées à l'hospitalisation actuelle ou antérieure (catégories 1a et 1b) dans une installation déclarante. Le taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV est de 0,04 cas par 10 000 jours-présence. Le taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV (catégories 1a et 1b) est de 3,90 cas par 10 000 jours-présence.

Tableau 1 Sommaire de la participation, des cas, des dénominateurs et des taux pour la surveillance des infections à ERV, 2020-2021 à 2024-2025

	2020 - 2021	2021 - 2022	2022 - 2023	2023 - 2024	2024 - 2025
Installations participantes (N)	87	86	87	88	87
Admissions (N)	573 362	605 663	605 892	629 394	637 146
Jours-présence (N)	4 292 612	4 429 132	4 557 817	4 719 782	4 722 617
Infections à ERV					
Infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) (N)	31	20	17	23	17
Usagers infectés (cat. 1a et 1b) (N)	27	20	17	23	17
Taux d'incidences des infections à ERV (cat. 1a et 1b) ^A	0,07	0,05	0,04	0,05	0,04
Colonisations à ERV					
Colonisations nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) (N)	1 066	768	1 078	1 040	1 841
Taux d'acquisition des colonisations à ERV (cat. 1a et 1b) ^{A, B}	2,48	1,73	2,37	2,20	3,90

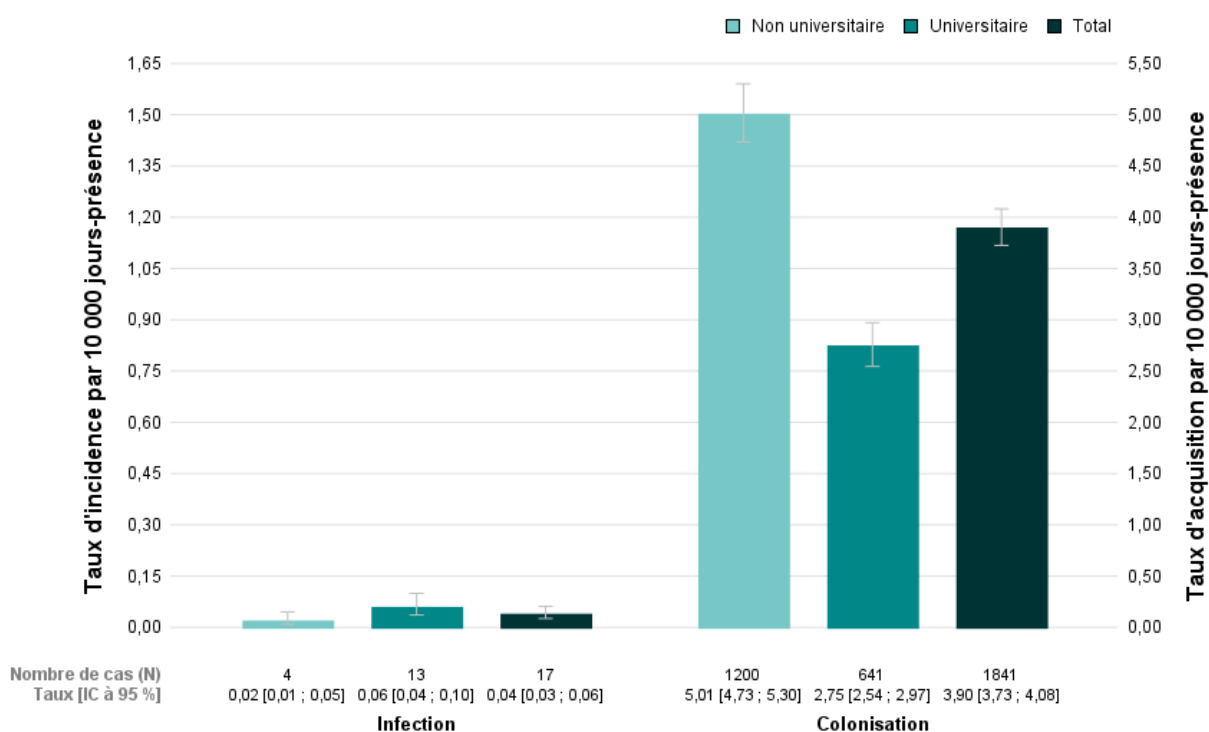
^A Taux par 10 000 jours-présence.

^B Les colonisations incluent les infections chez les nouveaux porteurs.

Parmi les 87 installations participantes, 72,4 % (N = 63) sont de mission non universitaire avec un taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (catégories 1a et 1b) de 0,02 cas par 10 000 jours-présence et un taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV (catégories 1a et 1b) de 5,01 cas par 10 000 jours-présence ([figure 1](#)).

Celles de mission universitaire ont un taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV de 0,06 cas par 10 000 jours-présence et un taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV (catégories 1a et 1b) de 2,75 cas par 10 000 jours-présence ([figure 1](#)).

Figure 1 Taux d'incidence des infections et taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) selon la mission, pour les installations participantes (N = 87), 2024-2025



3.2 Description des cas – infection

Sur le total des 27 infections à ERV toutes catégories confondues, 17 infections nosocomiales à ERV (63,0 %) sont attribuées soit à l'hospitalisation actuelle ou antérieure (catégories 1a et 1b) et six des cas (22,2 %) sont d'origine communautaire (catégorie 3) ([tableau 2](#)). Des 27 infections à ERV, 11 infections (40,7 %) sont survenues chez des porteurs connus.

Tableau 2 Répartition des infections à ERV selon la catégorie d'attribution, 2024-2025

Catégorie	Catégorie d'attribution	Infections			
		Porteur connu	Nouveau porteur	Total	
		N	N	N	%
1a	Cas relié à l'hospitalisation actuelle dans l'installation déclarante	8	9	17	63,0
1b	Cas relié à l'hospitalisation antérieure dans l'installation déclarante	0	0	0	0,0
1c	Cas relié aux soins ambulatoires de l'installation déclarante	1	0	1	3,7
1d	Cas relié à l'unité de soins de longue durée de l'installation déclarante	0	0	0	0,0
2	Cas relié à un séjour dans une installation non déclarante	1	2	3	11,1
3	Cas d'origine communautaire, non relié aux milieux de soins	1	5	6	22,2
4	Cas d'origine inconnue	0	0	0	0,0
Total		11	16	27	100,0

Pour l'ensemble des nouveaux porteurs, le [tableau 3](#) présente l'origine présumée d'acquisition de la souche déterminée par l'analyse épidémiologique de l'équipe PCI, sans tenir compte de la catégorie d'attribution des définitions de surveillance (catégories 1a, 1b, 1c, 1d, 2, 3, 4) :

- La totalité (N = 9) des infections à ERV déclarées reliées à l'installation déclarante chez les nouveaux porteurs (catégorie 1a) sont identifiées comme étant des souches d'origine nosocomiale.
- Pour les infections à ERV des autres catégories (catégories 2, 3 et 4), 42,9 % (3 / 7) sont identifiées comme étant des souches d'origine nosocomiale.

Également, un contact (étroit ou élargi) avec un usager qui est connu porteur d'ERV est rapporté dans plus de la moitié des cas nosocomiaux, soit 55,6 % (5 / 9). La même proportion des cas d'ERV (5 / 9) ont eu un contact lors d'une éclosion (deux avec éclosion à l'unité de soins et trois avec éclosion ailleurs dans l'installation).

Tableau 3 Origine présumée d'acquisition de la souche pour les infections à ERV chez les nouveaux porteurs selon la catégorie d'attribution (N = 16), 2024-2025

Catégorie d'attribution	Origine présumée d'acquisition de la souche	
	Nosocomiale (N, %)	Non-nosocomiale ^A (N, %)
Cas reliés à l'installation déclarante (cat. 1a, 1b, 1c et 1d) (N = 9)	9 (100,0 %)	0 (0,0 %)
Cas non reliés à l'installation déclarante (cat. 2, 3 et 4) (N = 7)	3 (42,9 %)	4 (57,1 %)

^A Cas pouvant être reliés à une installation non déclarante, à une hospitalisation ou à des soins de santé hors Canada ou d'origine inconnue.

Parmi les 27 infections à ERV toutes catégories confondues, six bactériémies primaires ont été rapportées ([tableau 4](#)) dont quatre sont reliées à une hospitalisation actuelle (catégorie 1a) ([tableau 5](#)). Parmi les 21 autres infections, celles qui sont le plus fréquemment rapportées sont les infections urinaires (42,9 %) et les infections intra-abdominales (23,8 %). De ces foyers d'infections primaires, trois cas ont développé une bactériémie secondaire.

Tableau 4 Nombre de cas d'infections (N) et nombre de bactériémies secondaires à ERV (N) selon le type d'infection de toute catégorie d'attribution (N = 27), 2024-2025

Catégories d'infection	Types d'infection	Infections (N)	Bactériémies secondaires (N)
Bactériémies primaires	Bris de la barrière muqueuse digestive (BBM)	0	-
	Avec cathéter vasculaire (BAC)	3	-
	Non associée à un cathéter vasculaire (Non BAC)	3	-
	Avec accès veineux en hémodialyse (HD)	0	-
Infections primaires	Urinaire	9	0
	Abdominale	5	2
	Pulmonaire	0	0
	Infection de site opératoire	2	1
	Peau et tissus mous	4	0
	Os et articulations	1	0
	Autres	0	0
Total		27	3

Tableau 5 Nombre de bactériémies primaires et secondaires à ERV selon la catégorie d'attribution (N = 9), 2024-2025

Catégories d'infection	Type d'infection	Catégorie d'attribution (N)							Total
		1a	1b	1c	1d	2	3	4	
Bactériémies primaires	BBM-BAC	0	0	0	0	0	0	0	0
	BAC	3	0	0	0	0	0	0	3
	Non-BAC	1	0	0	0	0	2	0	3
	HD	0	0	0	0	0	0	0	0
Bactériémies secondaires	Urinaire	0	0	0	0	0	0	0	0
	Abdominale	2	0	0	0	0	0	0	2
	Pulmonaire	0	0	0	0	0	0	0	0
	Infection de site opératoire	1	0	0	0	0	0	0	1
	Peau et tissus mous	0	0	0	0	0	0	0	0
	Os et articulations	0	0	0	0	0	0	0	0
	Autres	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	7	0	0	0	0	2	0	9

En 2024-2025, dans les 30 jours suivant le début de l'infection, quatre décès de toutes causes (associés ou non aux infections) sont survenus pour une létalité de 14,8 % ([tableau 6](#)). De plus, deux des cas décédés sont de catégorie 1a soit reliée à une hospitalisation actuelle dans l'installation déclarante et deux cas d'origine communautaire.

Les données relatives aux décès doivent être interprétées avec précaution car un petit nombre de décès est rapporté et il est difficile d'associer un décès à l'infection à l'ERV puisqu'ils sont déclarés sans égard à la cause.

Tableau 6 Évolution du nombre de décès et létalité à 30 jours parmi les infections à ERV de toutes catégories d'attribution, 2020-2021 à 2024-2025

	2020 - 2021	2021 - 2022	2022 - 2023	2023 - 2024	2024 - 2025
Infections à ERV de toute catégorie d'attribution (N)	41	30	23	31	27
Décès (N)	10	7	6	4	4
Létalité (%)	24,4	23,3	26,1	12,9	14,8

3.3 Évolution des taux - infection

Les données présentées à cette section concernent l'ensemble des installations ayant participé à la surveillance à au moins 11 périodes de chaque année durant la période ciblée. Dans le cadre de cette approche longitudinale, la Figure 2 et le [0](#), qui présentent l'évolution des taux d'incidence des infections, prennent en compte seulement les installations (N = 84) participant à la surveillance de façon consécutive depuis les cinq dernières années. Les installations sont regroupées selon la mission et le taux d'incidence moyen par mission est présenté à des fins de comparaison.

Parmi ces 84 installations, le taux d'incidence total des infections nosocomiales à ERV (catégories 1a et 1b) en 2024-2025 est de 0,04 cas par 10 000 jours-présence. Ce taux est comparable à celui de l'année précédente (2023-2024) et ce, peu importe la mission de l'installation ([figure 2](#) et [tableau 7](#)).

Figure 2 Évolution des taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) selon la mission, pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 84), 2020-2021 à 2024-2025

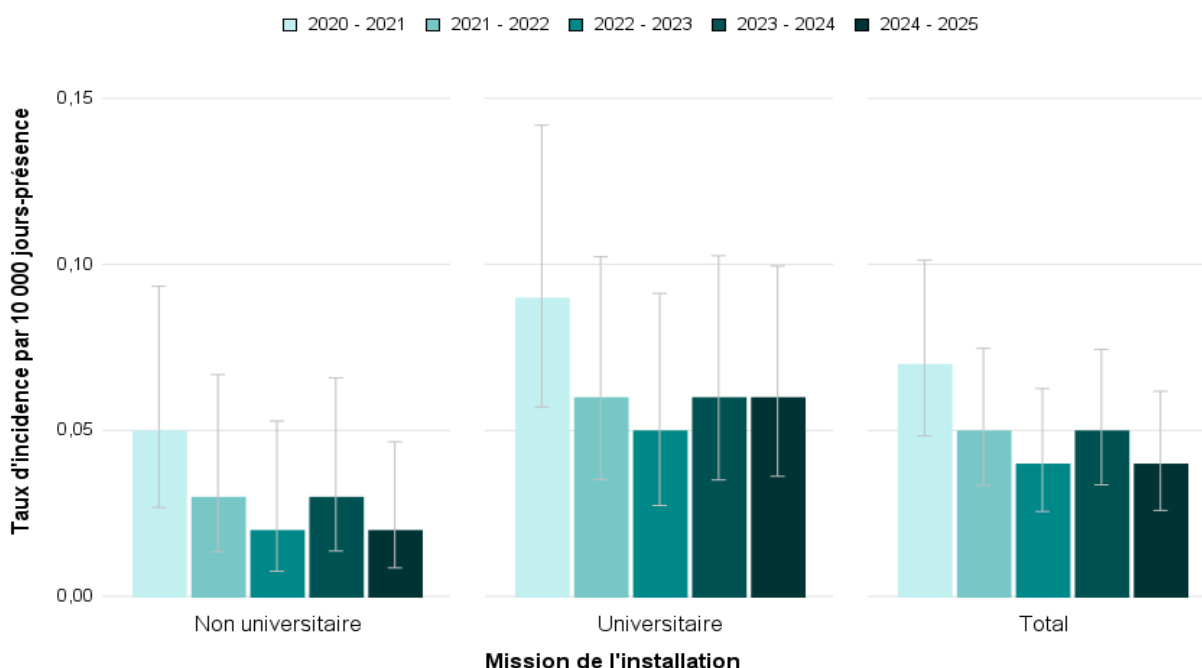
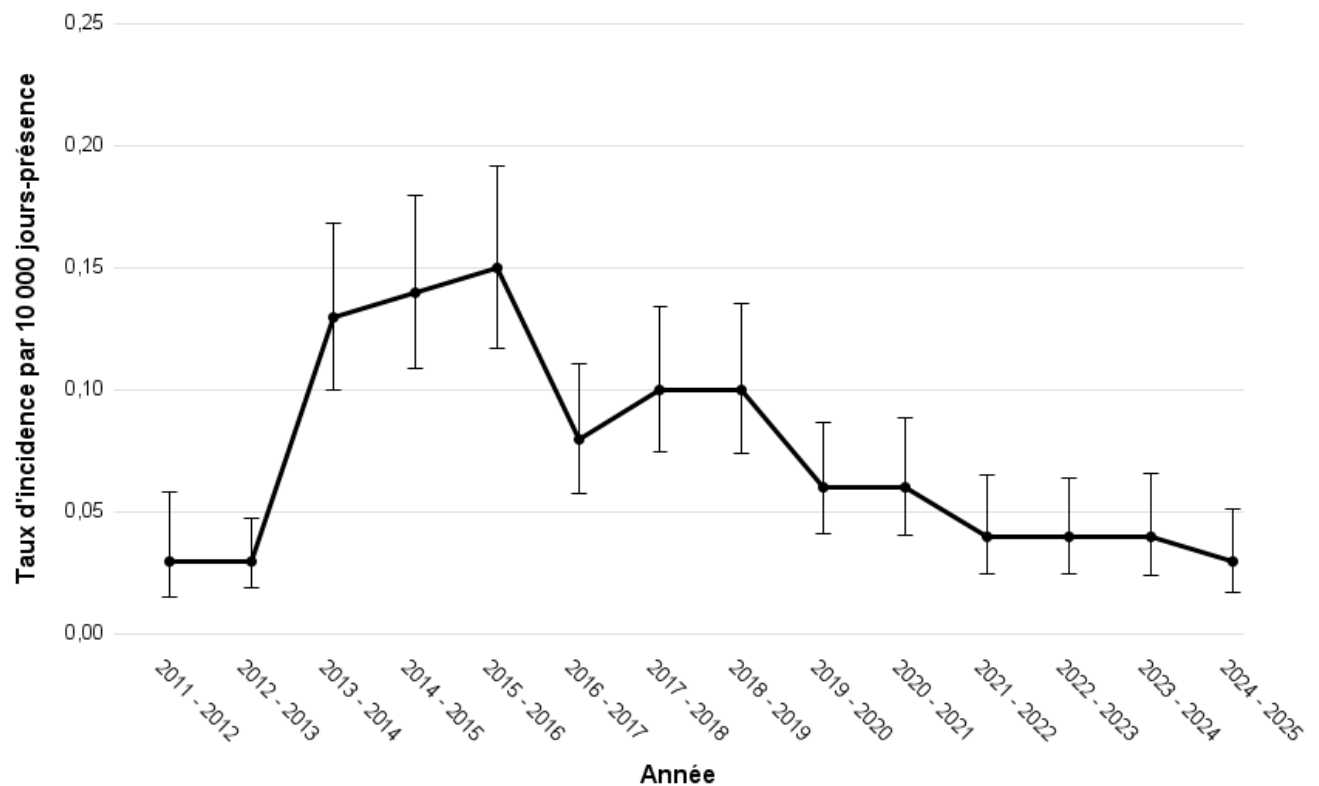


Tableau 7 Évolution du nombre de cas (N) et des taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) selon la mission, pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 84), 2020-2021 à 2024-2025

Mission de l'installation	N	Nombre de cas (N) et taux d'incidence /10 000 jours-présence [IC à 95 %]									
		2020 - 2021		2021 - 2022		2022 - 2023		2023 - 2024		2024 - 2025	
		N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux
Non universitaire	60	11	0,05 [0,03 ; 0,09]	7	0,03 [0,01 ; 0,07]	5	0,02 [0,01 ; 0,05]	8	0,03 [0,01 ; 0,07]	4	0,02 [0,01 ; 0,05]
Universitaire	24	20	0,09 [0,06 ; 0,14]	13	0,06 [0,04 ; 0,10]	12	0,05 [0,03 ; 0,09]	14	0,06 [0,04 ; 0,10]	13	0,06 [0,04 ; 0,10]
Total	84	31	0,07 [0,05 ; 0,10]	20	0,05 [0,03 ; 0,07]	17	0,04 [0,03 ; 0,06]	22	0,05 [0,03 ; 0,07]	17	0,04 [0,03 ; 0,06]

À la [figure 3](#), l'évolution des taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (catégories 1a et 1b) est présentée pour les installations participant à la surveillance chaque année depuis 2011-2012 (N = 77).

Figure 3 Évolution des taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) pour les installations participant depuis 2011-2012 (N = 77), 2011-2012 à 2024-2025



3.4 Description des cas – colonisation

Au total, 2 135 colonisations à ERV sont déclarées, dont 96,7 % (N = 2 064) sont trouvées lors de dépistage. La grande majorité (86,2 % ; N = 1 841) est attribuée à une hospitalisation dans l'installation déclarante (catégories 1a et 1b) ([tableau 8](#)).

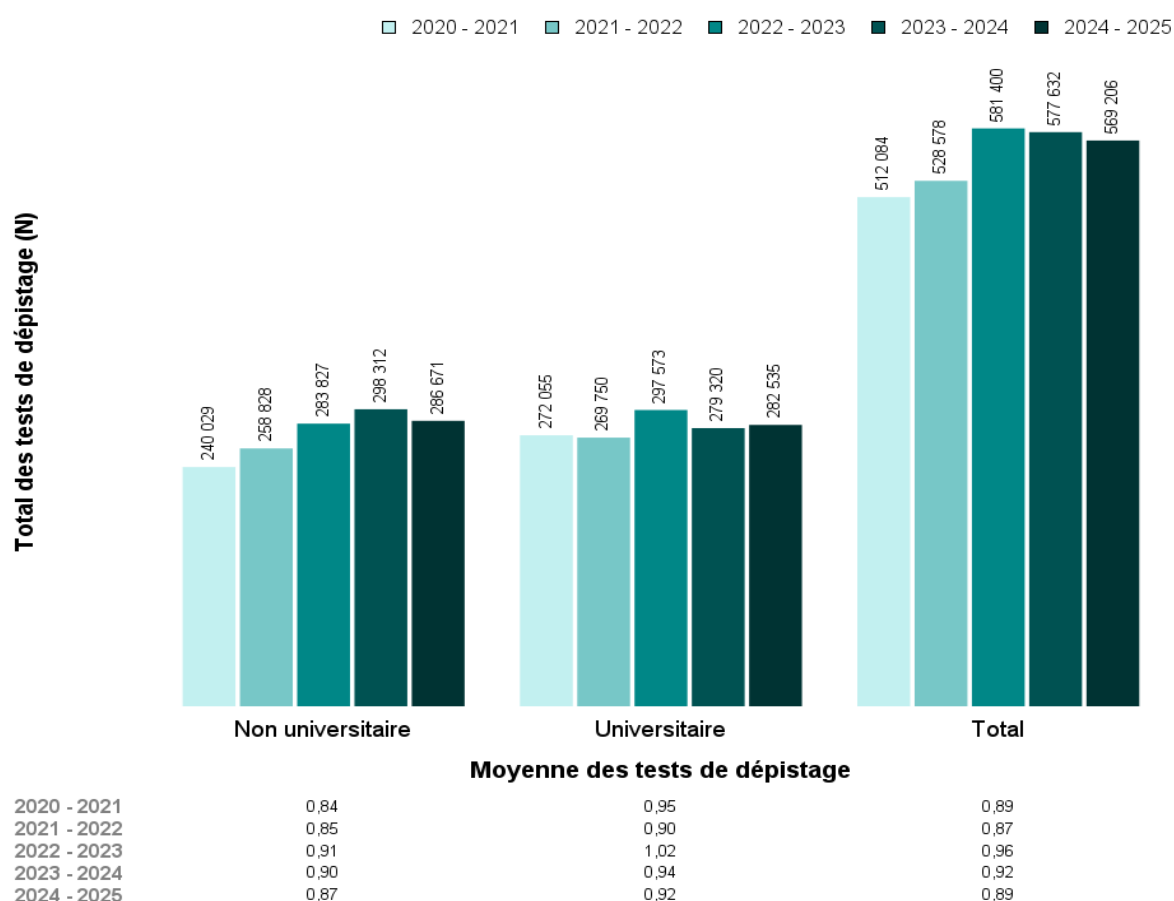
Tableau 8 Répartition des colonisations à ERV selon la catégorie d'attribution, 2024-2025

Catégorie	Catégorie d'attribution	Colonisations			
		Dépistage	Spécimen clinique	Total	
		N	N	N	%
1a	Cas relié à l'hospitalisation actuelle dans l'installation déclarante	1 464	37	1 501	70,3
1b	Cas relié à l'hospitalisation antérieure dans l'installation déclarante	323	17	340	15,9
1c	Cas relié aux soins ambulatoires de l'installation déclarante	88	2	90	4,2
1d	Cas relié à l'unité de soins de longue durée de l'installation déclarante	0	0	0	0,0
2	Cas relié à un séjour dans une installation non déclarante	83	4	87	4,1
3	Cas d'origine communautaire, non relié aux milieux de soins	101	10	111	5,2
4	Cas d'origine inconnue	5	1	6	0,3
Total		2 064	71	2 135	100,0

3.5 Données de laboratoire – colonisation

La [figure 4](#) présente l'évolution du nombre total de tests de dépistage ainsi que la moyenne des tests de dépistage par admission pour l'ERV. En 2024-2025, une diminution du nombre total de tests de dépistage est observée pour les installations non universitaires tandis qu'une légère augmentation est observée pour les installations universitaires. La moyenne des tests de dépistage par admission a diminué de 3,3 % en 2024-2025 (0,89) comparée à l'année 2023-2024 (0,92).

Figure 4 Évolution du nombre total et de la moyenne de tests de dépistage par admission, selon le regroupement d'installations, 2020-2021 à 2024-2025



3.6 Évolution des taux – colonisation

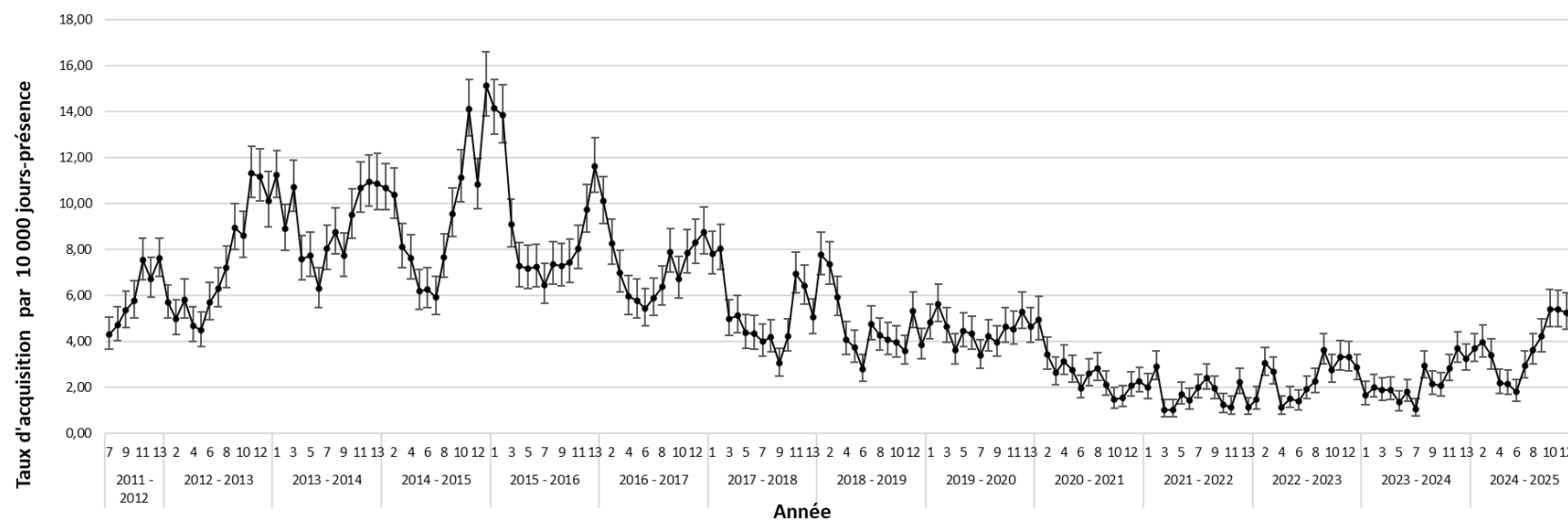
Les données présentées à cette section concernent l'ensemble des installations ayant participé à la surveillance à au moins 11 périodes de chaque année durant la période ciblée. Dans le cadre de cette approche longitudinale, le [tableau 9](#) et la [figure 5](#) qui présentent l'évolution des taux d'incidence des colonisations, prennent en compte seulement les installations (N = 84) participant à la surveillance de façon consécutive depuis les cinq dernières années.

Parmi ces 84 installations, le taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV (catégories 1a et 1b) est de 3,90 cas par 10 000 jours-présence. Que ce soit dans les installations universitaires ou non universitaires, le taux d'acquisition des colonisations est significativement plus élevé en 2024-2025 par rapport à celui de l'année 2023-2024 ([tableau 9](#)). À la [figure 5](#), la même démarche est adoptée pour présenter l'évolution du taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV (catégories 1a et 1b) pour les installations (N = 77) participant à la surveillance depuis 2011-2012.

Tableau 9 Évolution du nombre de cas (N) et du taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) selon la mission, pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 84), 2020-2021 à 2024-2025

Mission de l'installation	N	Nombre de cas (N) et taux d'acquisition /10 000 jours-présence [IC à 95 %]									
		2020 - 2021		2021 - 2022		2022 - 2023		2023 - 2024		2024 - 2025	
		N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux
Non universitaire	60	761	3,66 [3,41 ; 3,93]	429	1,99 [1,81 ; 2,19]	623	2,76 [2,55 ; 2,99]	648	2,76 [2,56 ; 2,98]	1170	5,05 [4,77 ; 5,35] *
Universitaire	24	297	1,39 [1,24 ; 1,56]	339	1,54 [1,38 ; 1,71]	446	1,98 [1,80 ; 2,17]	373	1,64 [1,48 ; 1,81]	641	2,75 [2,54 ; 2,97] *
Total	84	1058	2,51 [2,36 ; 2,67]	768	1,76 [1,64 ; 1,89]	1069	2,37 [2,23 ; 2,52]	1021	2,21 [2,08 ; 2,35]	1811	3,90 [3,72 ; 4,08] *

Figure 5 Évolution des taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) pour les installations participant depuis 2011-2012 (N = 77), 2011-2012 à 2024-2025



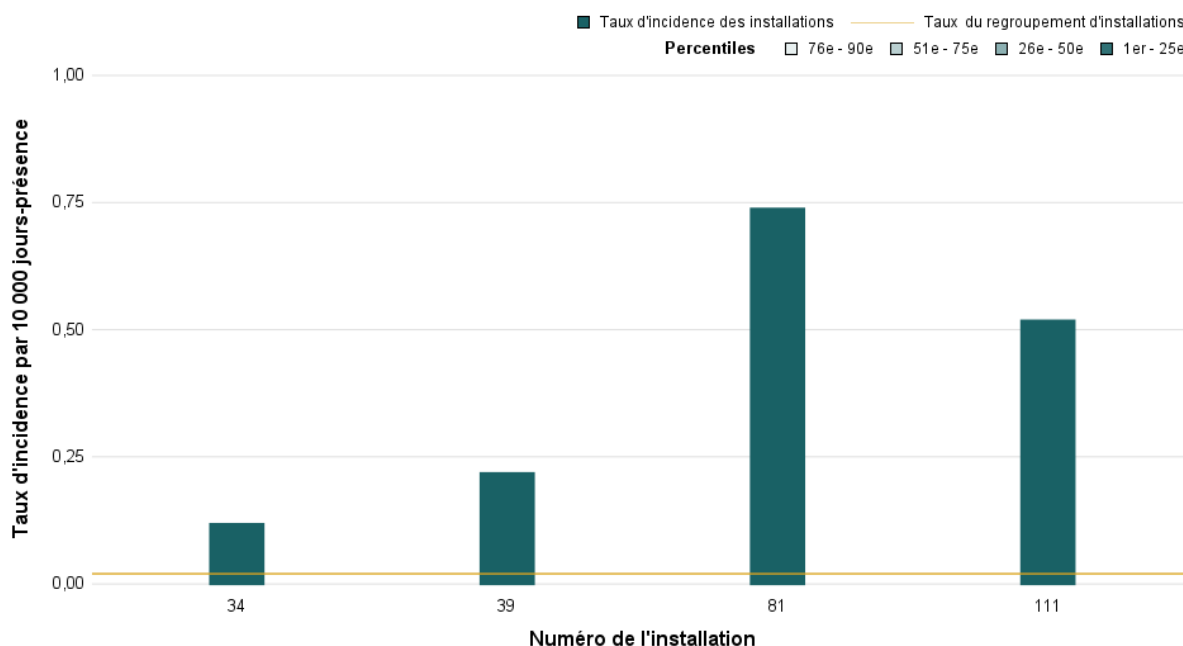
3.7 Données par installation et par région sociosanitaire

Les taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV selon la mission et les percentiles des taux d'incidence par installation sont représentés aux [figure 6](#) et [figure 7](#). Les quatre installations non-universitaires ayant déclaré au moins un cas présentent un taux supérieur au 90^e percentile du taux du regroupement d'installations ([figure 6](#)), alors que c'est le cas pour deux installations universitaires ([figure 7](#)).

Les taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV selon la mission sont représentés aux [figure 8](#) et [figure 9](#). Seules les installations ayant déclaré au moins un cas d'infection ou de colonisation sont affichées sur les figures. Six installations non universitaires présentent un taux supérieur au 90^e percentile du taux du regroupement d'installations ([figure 8](#)), alors que c'est le cas pour deux installations universitaires ([figure 9](#)).

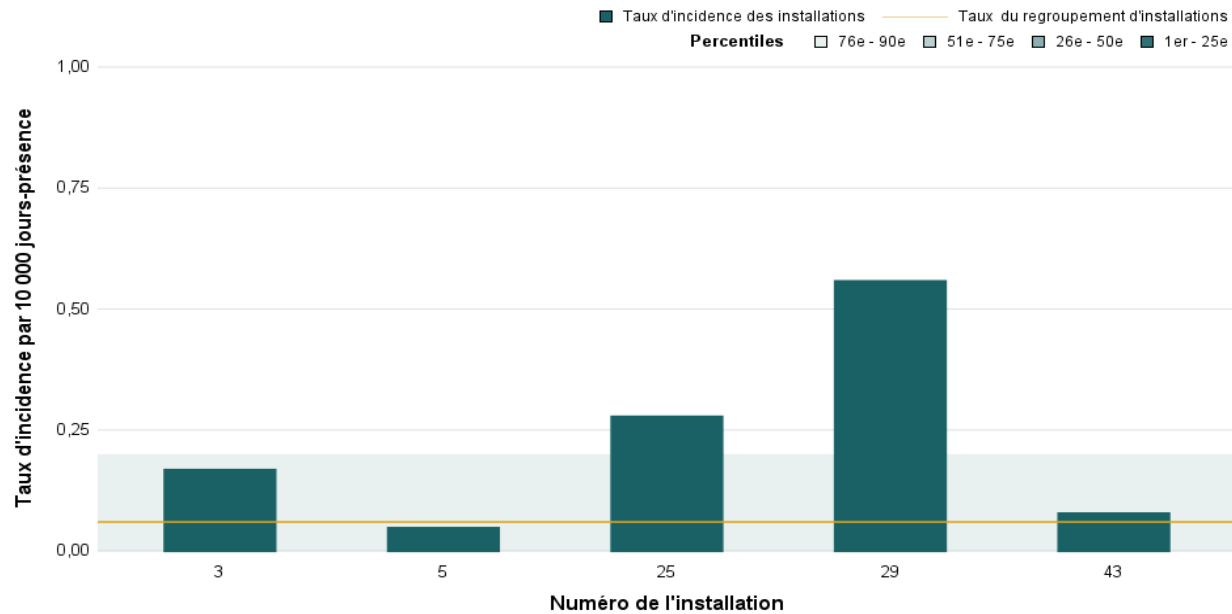
Pour associer le nom de l'installation correspondant au numéro affiché dans les figures suivantes, se référer au dernier tableau à la fin de cette section.

Figure 6 Taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) et percentiles des taux d'incidence pour les installations non universitaires, par installation, 2024-2025



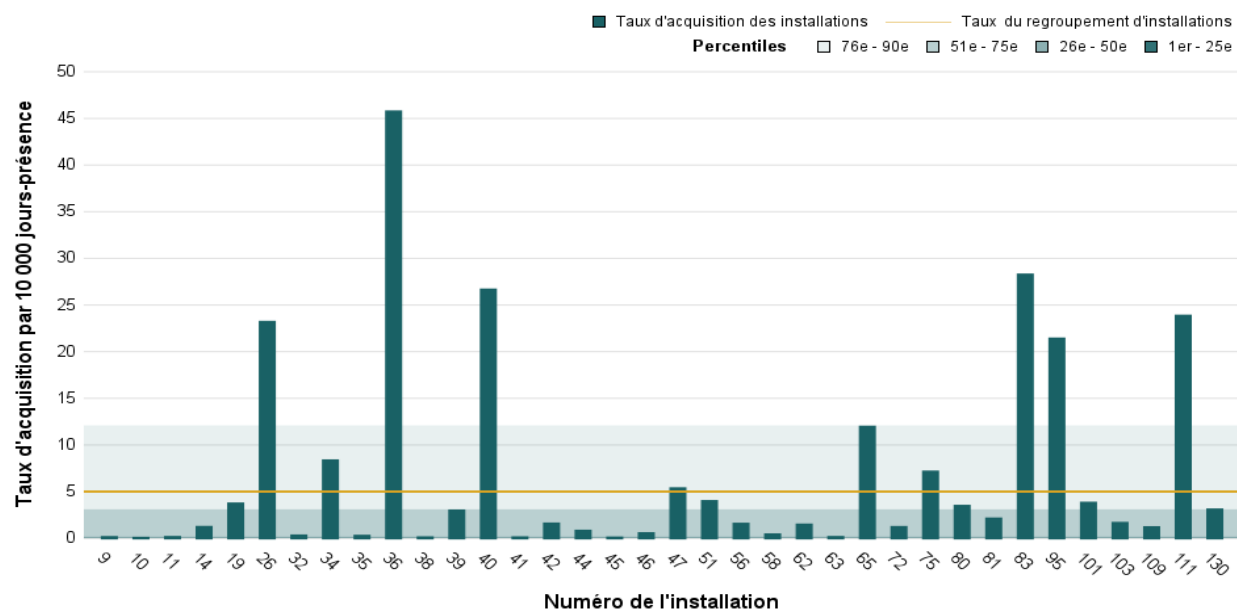
Note : Les installations suivantes n'ont déclaré aucune infection en 2024-2025 : 9, 10, 11, 14, 16, 19, 23, 26, 32, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 49, 51, 53, 56, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 67, 70, 71, 72, 74, 75, 77, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 89, 91, 95, 96, 97, 99, 100, 101, 103, 107, 109, 112, 113 et 130. Les percentiles valent tous zéro et ne s'affichent pas sur cette figure.

Figure 7 Taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) et percentiles des taux d'incidence pour les installations universitaires, par installation, 2024-2025



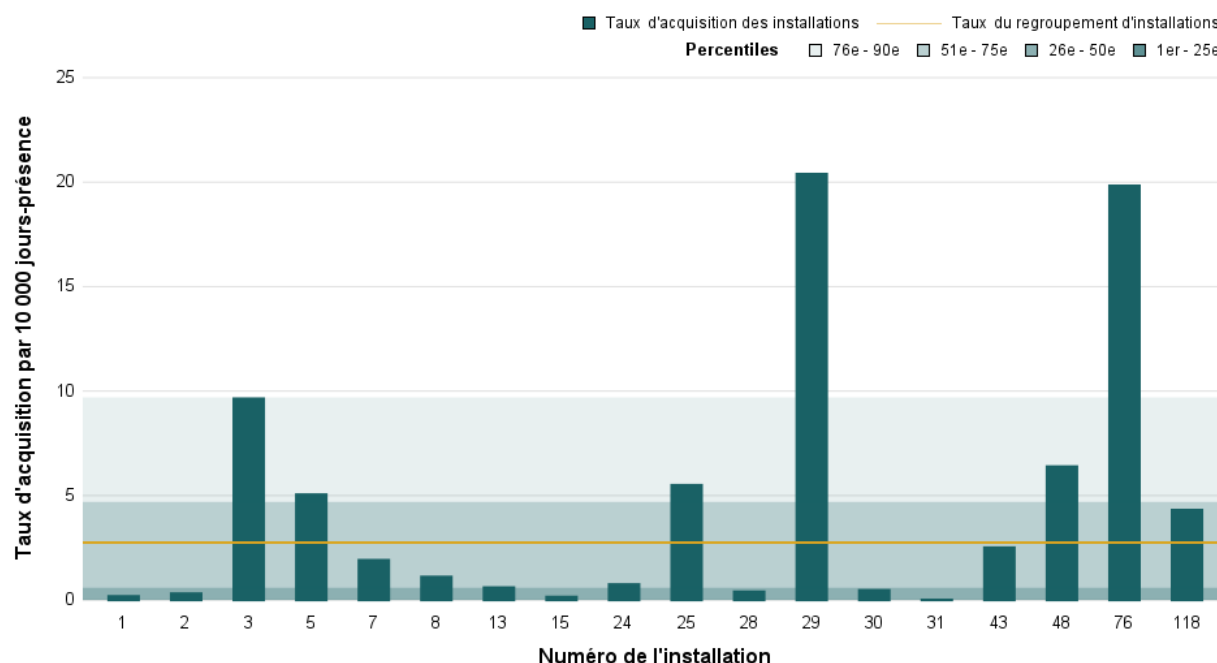
Note : Les installations suivantes n'ont déclaré aucune infection en 2024-2025 : 1, 2, 6, 7, 8, 12, 13, 15, 18, 20, 24, 27, 28, 30, 31, 33, 48, 76 et 118.

Figure 8 Taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) et percentiles des taux d'acquisition pour les installations non universitaires, par installation, 2024-2025



Note : Les installations suivantes n'ont déclaré aucune colonisation en 2024-2025 : 16, 23, 37, 49, 53, 59, 61, 64, 67, 70, 71, 74, 77, 82, 84, 85, 86, 88, 89, 91, 96, 97, 99, 100, 107, 112 et 113.

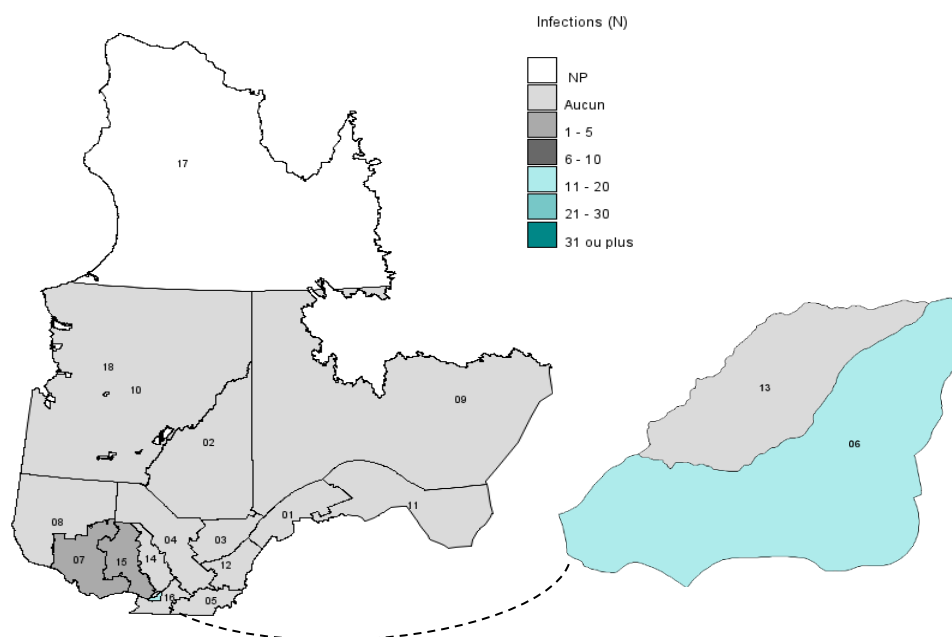
Figure 9 Taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) et percentiles des taux d'acquisition pour les installations universitaires, par installation, 2024-2025



Note: Les installations suivantes n'ont déclaré aucune colonisation en 2024-2025 : 6, 12, 18, 20, 27 et 33.

Les [figure 10](#) et [figure 11](#) montrent la répartition géographique des cas d'infections et de colonisations nosocomiales à ERV (catégories 1a et 1b) selon la RSS pour l'année 2024-2025. Le nombre de cas d'infection nosocomiale à ERV varie de zéro à 14 cas selon la RSS ([figure 10](#)). Le nombre de cas de colonisation nosocomiale à ERV varie de zéro à 1 321 cas selon la RSS ([figure 11](#)).

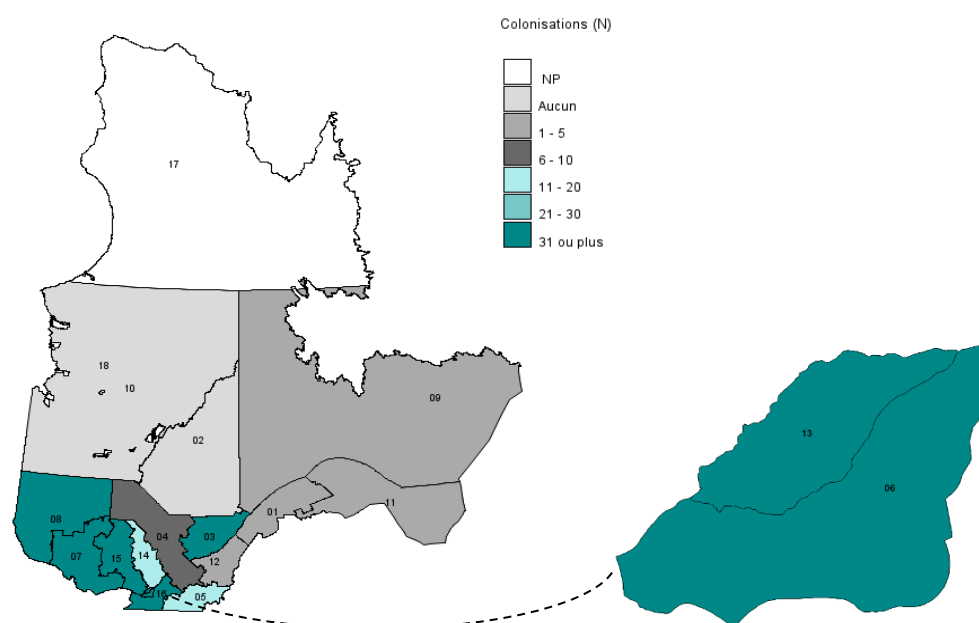
Figure 10 Répartition et évolution du nombre de cas d'infection nosocomiale à ERV (cat. 1 a et 1b), par région sociosanitaire (N = 17), 2024-2025



RSS	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025	
01	0	0	0	0	0	—
02	0	0	0	0	0	—
03	0	0	2	1	0	—
04	0	0	0	0	0	—
05	0	0	0	0	0	—
06	22	11	9	13	14	—
07	8	5	5	9	2	—
08	0	0	0	0	0	—
09	0	0	0	0	0	—
10	0	0	0	0	0	—
11	0	0	0	0	0	—
12	0	0	0	0	0	—
13	0	0	0	0	0	—
14	0	1	0	0	0	—
15	0	1	0	0	1	—
16	1	2	1	0	0	—
Total	31	20	17	23	17	—

Légende : NP réfère à une région où il n'y a aucune installation participant à la surveillance.

Figure 11 Répartition et évolution du nombre de cas de colonisation nosocomiale à ERV (cat. 1 a et 1b), par région sociosanitaire (N = 1 841), 2024-2025



RSS	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025	
01	2	0	2	0	1	
02	0	0	0	2	0	
03	1	17	46	57	28	
04	5	1	5	2	7	
05	4	2	5	64	14	
06	444	366	513	546	1321	
07	354	275	222	261	258	
08	8	2	0	1	40	
09	1	0	0	1	3	
10	1	0	0	0	0	
11	1	0	1	0	1	
12	5	5	10	3	1	
13	36	5	108	41	66	
14	5	0	6	8	15	
15	67	19	11	16	55	
16	132	76	149	38	31	
Total	1066	768	1078	1040	1841	

Légende : NP réfère à une région où il n'y a aucune installation participant à la surveillance.

En 2024-2025, le taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (catégories 1a et 1b) par installation a varié de zéro à 0,74 cas par 10 000 jours-présence ([tableau 10](#)), alors que le taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV (catégories 1a et 1b) a varié de zéro à 45,86 cas par 10 000 jours-présence.

Un total de 33 installations (37,9 %) n'a déclaré aucune infection ni colonisation nosocomiale à ERV (catégories 1a et 1b).

Cinq installations sont responsables de plus de la moitié des cas de colonisations nosocomiales (catégories 1a et 1b) (52,7 %, N = 971), dont une seule est responsable de plus de 20 % des cas.

Un sommaire détaillé de ces données par installation est présenté aux [tableau 10](#) et [tableau 11](#). Toutes les installations qui doivent participer à la surveillance y sont présentées, mais celles n'ayant pas complété un minimum de 11 périodes afin d'être incluses dans les analyses sont représentées par le symbole suivant «--». De plus, lorsque la proportion ou le taux d'incidence est égal à zéro, l'intervalle de confiance n'est pas calculé.

Tableau 10 Évolution du nombre de cas (N) et des taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b), par installation et par région sociosanitaire, 2022-2023 à 2024-2025

Numéro	Nom de l'installation	Taux d'incidence /10 000 jours-présence [IC à 95 %]					
		2022 - 2023		2023 - 2024		2024 - 2025	
		N	Taux	N	Taux	N	Taux
	Région 01 - Bas-Saint-Laurent	0	0	0	0	0	0
16	Hôpital Régional de Rimouski	0	0	0	0	0	0
32	Centre Hospitalier Régional du Grand-Portage	0	0	0	0	0	0
61	Hôpital Notre-Dame-de-Fatima	0	0	0	0	0	0
71	Hôpital de Matane	0	0	0	0	0	0
77	Hôpital d'Amqui	0	0	0	0	0	0
84	Hôpital de Notre-Dame-du-Lac	0	0	0	0	0	0
	Région 02 - Saguenay-Lac-Saint-Jean	0	0	0	0	0	0
20	Hôpital de Chicoutimi	0	0	0	0	0	0
67	Hôpital et Centre de Réadaptation de Jonquière	0	0	0	0	0	0
74	Hôpital de Dolbeau-Mistassini	0	0	0	0	0	0
88	Hôpital et CHSLD de Roberval	0	0	0	0	0	0
100	Hôpital de la Baie	0	0	0	0	0	0
112	Hôpital d'Alma	0	0	0	0	0	0
	Région 03 - Capitale-Nationale	2	0,04 [0,01 ; 0,14]	1	0,02 [0,00 ; 0,12]	0	0
2	Hôpital de l'Enfant-Jésus	1	0,09 [0,01 ; 0,71]	0	0	0	0
7	Hôtel-Dieu de Québec	1	0,13 [0,02 ; 0,90]	1	0,13 [0,02 ; 0,98]	0	0
24	Hôpital du Saint-Sacrement	0	0	0	0	0	0
27	CHUL	0	0	0	0	0	0
28	Hôpital Saint-François d'Assise	0	0	0	0	0	0
33	Institut Universitaire de Cardiologie et de Pneumologie de Québec	0	0	0	0	0	0
59	Centre Multi. SSS de Baie-Saint-Paul	0	0	0	0	0	0
86	Hôpital et CLSC de la Malbaie	0	0	0	0	0	0

Tableau 10 Évolution du nombre de cas (N) et des taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b), par installation et par région sociosanitaire, 2022-2023 à 2024-2025 (suite)

Numéro	Nom de l'installation	Taux d'incidence /10 000 jours-présence [IC à 95 %]					
		2022 - 2023		2023 - 2024		2024 - 2025	
		N	Taux	N	Taux	N	Taux
	Région 04 - Mauricie et Centre-du-Québec	0	0	0	0	0	0
23	Hôtel-Dieu d'Arthabaska	0	0	0	0	0	0
31	Pavillon Sainte-Marie	0	0	0	0	0	0
41	Hôpital du Centre-de-la-Mauricie	0	0	0	0	0	0
44	Hôpital Sainte-Croix	0	0	0	0	0	0
85	Centre Multi. SSS du Haut-Saint-Maurice	0	0	0	0	0	0
	Région 05 - Estrie	0	0	0	0	0	0
15	CHUS - Hôpital Fleurimont	0	0	0	0	0	0
30	CHUS - Hôtel-Dieu de Sherbrooke	0	0	0	0	0	0
46	Hôpital de Granby	--	--	0	0	0	0
49	Centre Multi. SSS de Memphrémagog	0	0	0	0	0	0
75	CSSS du Granit	0	0	0	0	0	0
99	Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins	0	0	0	0	0	0
	Région 06 - Montréal	9	0,06 [0,03 ; 0,11]	13	0,08 [0,05 ; 0,14]	14	0,09 [0,05 ; 0,15]
3	Hôpital Glen - Royal Victoria	2	0,17 [0,04 ; 0,69]	2	0,18 [0,05 ; 0,70]	2	0,17 [0,04 ; 0,70]
5	Hôpital Général Juif	1	0,06 [0,01 ; 0,37]	3	0,18 [0,06 ; 0,55]	1	0,05 [0,01 ; 0,40]
6	Hôpital Glen - Enfants	0	0	0	0	0	0
8	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	0	0	1	0,06 [0,01 ; 0,44]	0	0
12	CHU Sainte-Justine	0	0	0	0	0	0
13	Institut de Cardiologie de Montréal	0	0	0	0	0	0
25	Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal	1	0,08 [0,01 ; 0,55]	1	0,07 [0,01 ; 0,54]	4	0,28 [0,10 ; 0,75]
26	Hôpital de Verdun	0	0	0	0	0	0
29	Hôpital Général de Montréal	2	0,29 [0,07 ; 1,15]	3	0,42 [0,14 ; 1,29]	4	0,56 [0,21 ; 1,50]
34	Hôpital Santa Cabrini	0	0	0	0	1	0,12 [0,02 ; 0,89]
36	Hôpital Général du Lakeshore	0	0	0	0	0	0
38	Hôpital Jean-Talon	0	0	0	0	0	0
43	Centre Hospitalier de l'Université de Montréal	2	0,09 [0,02 ; 0,36]	3	0,13 [0,04 ; 0,39]	2	0,08 [0,02 ; 0,34]
48	Centre Hospitalier de St. Mary	0	0	0	0	0	0
62	Hôpital Notre-Dame	0	0	0	0	0	0
76	Hôpital de Lachine	1	1,01 [0,14 ; 7,20]	0	0	0	0
80	Hôpital Fleury	0	0	0	0	0	0
83	Hôpital de Lasalle	0	0	0	0	0	0
118	Hôpital Neurologique de Montréal	0	0	0	0	0	0

Tableau 10 Évolution du nombre de cas (N) et des taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b), par installation et par région sociosanitaire, 2022-2023 à 2024-2025 (suite)

Numéro	Nom de l'installation	Taux d'incidence /10 000 jours-présence [IC à 95 %]					
		2022 - 2023		2023 - 2024		2024 - 2025	
		N	Taux	N	Taux	N	Taux
	Région 07 - Outaouais	5	0,36 [0,15 ; 0,86]	9	0,57 [0,30 ; 1,10]	2	0,13 [0,03 ; 0,52]
39	Hôpital de Gatineau	0	0	0	0	1	0,22 [0,03 ; 1,57]
40	Hôpital de Hull	5	0,98 [0,41 ; 2,35]	8	1,43 [0,72 ; 2,85]	0	0
51	Hôpital de Maniwaki	0	0	0	0	0	0
95	Hôpital et CHSLD du Pontiac	0	0	1	0,83 [0,12 ; 5,85]	0	0
111	Hôpital et CHSLD de Papineau	0	0	0	0	1	0,52 [0,07 ; 3,71]
	Région 08 - Abitibi-Témiscamingue	0	0	0	0	0	0
47	Hôpital de Rouyn-Noranda	0	0	0	0	0	0
52	Hôpital d'Amos	0	0	0	0	--	--
65	Hôpital de Val-d'Or	0	0	0	0	0	0
70	Centre Multi. SSS de la Sarre	0	0	0	0	0	0
82	Centre Multi. SSS de Ville-Marie	0	0	0	0	0	0
	Région 09 - Côte-Nord	0	0	0	0	0	0
64	CLSC et Hôpital Le Royer	0	0	0	0	0	0
72	Hôpital et CLSC de Sept-Îles	0	0	0	0	0	0
	Région 10 - Nord-du-Québec	0	0	0	0	0	0
96	Centre de Santé de Chibougamau	0	0	0	0	0	0
	Région 11 - Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	0	0	0	0	0	0
53	Hôpital de Chandler	0	0	0	0	0	0
91	Hôpital de Gaspé	0	0	0	0	0	0
97	Hôpital et GMFU de Maria	0	0	0	0	0	0
107	Hôpital de l'Archipel	0	0	0	0	0	0
109	Hôpital et CLSC de Sainte-Anne-des-Monts	0	0	0	0	0	0
	Région 12 - Chaudière-Appalaches	0	0	0	0	0	0
18	Hôtel-Dieu de Lévis	0	0	0	0	0	0
63	Hôpital de Saint-Georges	0	0	0	0	0	0
89	Hôpital de Montmagny	0	0	0	0	0	0
113	Hôpital de Thetford	0	0	0	0	0	0

Tableau 10 Évolution du nombre de cas (N) et des taux d'incidence des infections nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b), par installation et par région sociosanitaire, 2022-2023 à 2024-2025 (suite)

Numéro	Nom de l'installation	Taux d'incidence /10 000 jours-présence [IC à 95 %]					
		2022 - 2023		2023 - 2024		2024 - 2025	
		N	Taux	N	Taux	N	Taux
	Région 13 - Laval	0	0	0	0	0	0
19	Hôpital de la Cité-de-la-Santé	0	0	0	0	0	0
	Région 14 - Lanaudière	0	0	0	0	0	0
11	Hôpital Pierre-Le Gardeur	0	0	0	0	0	0
14	Hôpital de Lanaudière et CHSLD Parphilia-Ferland	0	0	0	0	0	0
	Région 15 - Laurentides	0	0	0	0	1	0,04 [0,01 ; 0,24]
45	Hôpital de Saint-Eustache	0	0	0	0	0	0
56	Centre Multi. SSS d'Argenteuil	0	0	0	0	0	0
81	Hôpital de Mont-Laurier	0	0	0	0	1	0,74 [0,10 ; 5,31]
101	Hôpital de Saint-Jérôme	0	0	0	0	0	0
103	Centre Multi. SSS de Sainte-Agathe	0	0	0	0	0	0
	Région 16 - Montérégie	1	0,02 [0,00 ; 0,10]	0	0	0	0
1	Hôpital Charles-Le Moyne	1	0,08 [0,01 ; 0,60]	0	0	0	0
9	Hôpital du Haut-Richelieu	0	0	0	0	0	0
10	Hôpital Pierre-Boucher	0	0	0	0	0	0
35	Hôpital Honoré-Mercier	0	0	0	0	0	0
37	Hôtel-Dieu de Sorel	0	0	0	0	0	0
42	Hôpital Anna-Laberge	0	0	0	0	0	0
58	Hôpital du Suroît	0	0	0	0	0	0
130	Hôpital Barrie Mémorial	0	0	0	0	0	0
	Ensemble du Québec	17	0,04 [0,03 ; 0,06]	23	0,05 [0,03 ; 0,07]	17	0,04 [0,03 ; 0,06]

Tableau 11 Évolution du nombre de cas (N), des taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) et de la moyenne des tests de dépistage par admission, par installation et par région sociosanitaire, 2022-2023 à 2024-2025

Numéro	Nom de l'installation	Taux d'acquisition /10 000 jours-présence [IC à 95 %]								
		2022 - 2023			2023 - 2024			2024 - 2025		
		N	Taux	Moyenne des tests	N	Taux	Moyenne des tests	N	Taux	Moyenne des tests
	Région 01 - Bas-Saint-Laurent	2	0,20 [0,05 ; 0,82]	1,11	0	0	1,06	1	0,11 [0,02 ; 0,73]	1,03
16	Hôpital Régional de Rimouski	0	0	0,88	0	0	0,95	0	0	1,00
32	Centre Hospitalier Régional du Grand-Portage	2	0,79 [0,20 ; 3,14]	1,41	0	0	1,12	1	0,41 [0,06 ; 2,93]	1,07
61	Hôpital Notre-Dame-de-Fatima	0	0	0,97	0	0	0,94	0	0	0,90
71	Hôpital de Matane	0	0	1,23	0	0	1,31	0	0	1,17
77	Hôpital d'Amqui	0	0	1,38	0	0	1,41	0	0	0,98
84	Hôpital de Notre-Dame-du-Lac	0	0	0,95	0	0	0,89	0	0	1,03
	Région 02 - Saguenay-Lac-Saint-Jean	0	0	0,82	2	0,12 [0,03 ; 0,49]	0,89	0	0	0,79
20	Hôpital de Chicoutimi	0	0	0,75	2	0,27 [0,07 ; 1,10]	0,93	0	0	0,75
67	Hôpital et Centre de Réadaptation de Jonquière	0	0	1,18	0	0	1,05	0	0	1,10
74	Hôpital de Dolbeau-Mistassini	0	0	1,02	0	0	0,96	0	0	0,91
88	Hôpital et CHSLD de Roberval	0	0	0,74	0	0	0,70	0	0	0,66
100	Hôpital de la Baie	0	0	1,10	0	0	1,11	0	0	1,14
112	Hôpital d'Alma	0	0	0,75	0	0	0,77	0	0	0,70
	Région 03 - Capitale-Nationale	46	0,85 [0,64 ; 1,13]	0,89	57	1,06 [0,82 ; 1,38]	0,90	28	0,51 [0,35 ; 0,74]	0,92
2	Hôpital de l'Enfant-Jésus	27	2,55 [1,75 ; 3,72]	0,95	2	0,19 [0,05 ; 0,77]	0,98	4	0,37 [0,14 ; 0,98]	0,98
7	Hôtel-Dieu de Québec	10	1,29 [0,70 ; 2,39]	1,00	14	1,88 [1,11 ; 3,17]	0,96	15	1,97 [1,19 ; 3,27]	0,86
24	Hôpital du Saint-Sacrement	0	0	0,80	1	0,17 [0,02 ; 1,19]	0,92	5	0,81 [0,34 ; 1,95]	0,98
27	CHUL	1	0,10 [0,02 ; 0,66]	0,86	10	0,98 [0,53 ; 1,83]	0,79	0	0	0,82
28	Hôpital Saint-François d'Assise	3	0,36 [0,12 ; 1,11]	0,75	3	0,36 [0,12 ; 1,10]	0,75	4	0,46 [0,17 ; 1,23]	0,82
33	Institut Universitaire de Cardiologie et de Pneumologie de Québec	4	0,42 [0,16 ; 1,13]	0,91	26	2,76 [1,88 ; 4,05]	0,98	0	0	1,02
59	Centre Multi. SSS de Baie-Saint-Paul	0	0	1,52	1	1,16 [0,16 ; 8,24]	1,46	0	0	1,45
86	Hôpital et CLSC de la Malbaie	1	1,17 [0,16 ; 8,34]	1,23	0	0	1,42	0	0	1,46

Tableau 11 Évolution du nombre de cas (N), des taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) et de la moyenne des tests de dépistage par admission, par installation et par région sociosanitaire, 2022-2023 à 2024-2025 (suite)

Numéro	Nom de l'installation	Taux d'acquisition /10 000 jours-présence [IC à 95 %]								
		2022 - 2023			2023 - 2024			2024 - 2025		
		N	Taux	Moyenne des tests	N	Taux	Moyenne des tests	N	Taux	Moyenne des tests
	Région 04 - Mauricie et Centre-du-Québec	5	0,18 [0,08 ; 0,42]	0,66	2	0,07 [0,02 ; 0,27]	0,64	7	0,24 [0,11 ; 0,51]	0,54
23	Hôtel-Dieu d'Arthabaska	0	0	0,67	1	0,22 [0,03 ; 1,53]	0,64	0	0	0,64
31	Pavillon Sainte-Marie	4	0,30 [0,11 ; 0,81]	0,84	1	0,07 [0,01 ; 0,53]	0,76	1	0,07 [0,01 ; 0,55]	0,61
41	Hôpital du Centre-de-la-Mauricie	0	0	0,34	0	0	0,26	1	0,21 [0,03 ; 1,55]	0,36
44	Hôpital Sainte-Croix	1	0,19 [0,03 ; 1,32]	0,58	0	0	0,77	5	0,92 [0,38 ; 2,22]	0,47
85	Centre Multi. SSS du Haut-Saint-Maurice	0	0	0,34	0	0	0,33	0	0	0,36
	Région 05 - Estrie	5	0,22 [0,09 ; 0,53]	0,84	64	2,42 [1,89 ; 3,09]	0,83	14	0,54 [0,32 ; 0,91]	0,77
15	CHUS - Hôpital Fleurimont	5	0,51 [0,21 ; 1,22]	1,03	47	4,82 [3,62 ; 6,41]	0,92	2	0,21 [0,05 ; 0,82]	0,78
30	CHUS - Hôtel-Dieu de Sherbrooke	0	0	0,73	16	2,05 [1,25 ; 3,35]	0,89	4	0,53 [0,20 ; 1,40]	0,79
46	Hôpital de Granby	--	--	--	0	0	0,79	3	0,66 [0,21 ; 2,05]	0,85
49	Centre Multi. SSS de Memphrémagog	0	0	1,56	0	0	0,98	0	0	1,00
75	CSSS du Granit	0	0	0,15	0	0	0,37	5	7,26 [3,02 ; 17,45]	0,89
99	Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins	0	0	0,42	1	0,38 [0,05 ; 2,66]	0,42	0	0	0,48
	Région 06 - Montréal	513	3,32 [3,04 ; 3,62]	1,09	546	3,45 [3,17 ; 3,75]	1,07	1321	8,13 [7,70 ; 8,58]	1,07
3	Hôpital Glen - Royal Victoria	74	6,39 [5,09 ; 8,02]	1,12	58	5,13 [3,97 ; 6,63]	1,00	112	9,70 [8,06 ; 11,67]	0,90
5	Hôpital Général Juif	22	1,23 [0,81 ; 1,87]	0,95	49	2,89 [2,19 ; 3,82]	0,88	96	5,11 [4,18 ; 6,24]	0,99
6	Hôpital Glen - Enfants	4	0,94 [0,35 ; 2,51]	0,29	3	0,79 [0,25 ; 2,45]	0,42	0	0	0,19
8	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	17	1,08 [0,67 ; 1,74]	0,71	9	0,55 [0,29 ; 1,06]	0,71	20	1,17 [0,76 ; 1,81]	0,73
12	CHU Sainte-Justine	0	0	0,11	0	0	0,12	0	0	0,15
13	Institut de Cardiologie de Montréal	0	0	1,06	1	0,23 [0,03 ; 1,59]	0,99	3	0,66 [0,21 ; 2,05]	0,85
25	Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal	53	4,16 [3,18 ; 5,44]	2,61	23	1,68 [1,12 ; 2,53]	1,68	79	5,56 [4,46 ; 6,93]	1,75
26	Hôpital de Verdun	13	2,07 [1,20 ; 3,57]	0,86	143	20,50 [17,40 ; 24,15]	2,55	166	23,31 [20,02 ; 27,14]	2,19
29	Hôpital Général de Montréal	164	23,62 [20,27 ; 27,53]	1,50	43	5,97 [4,43 ; 8,05]	1,27	145	20,45 [17,38 ; 24,06]	1,23
34	Hôpital Santa Cabrini	4	0,49 [0,18 ; 1,31]	0,79	0	0	0,69	69	8,46 [6,68 ; 10,71]	0,86
36	Hôpital Général du Lakeshore	99	13,56 [11,13 ; 16,51]	0,75	133	16,74 [14,12 ; 19,84]	0,91	383	45,86 [41,49 ; 50,69]	1,04
38	Hôpital Jean-Talon	1	0,21 [0,03 ; 1,52]	1,23	1	0,21 [0,03 ; 1,51]	1,13	1	0,21 [0,03 ; 1,44]	0,93
43	Centre Hospitalier de l'Université de Montréal	28	1,25 [0,86 ; 1,81]	1,54	30	1,26 [0,88 ; 1,80]	1,50	62	2,57 [2,00 ; 3,30]	1,51
48	Centre Hospitalier de St. Mary	5	0,65 [0,27 ; 1,57]	1,09	18	2,30 [1,45 ; 3,65]	1,14	47	6,45 [4,85 ; 8,58]	1,24
62	Hôpital Notre-Dame	4	0,69 [0,26 ; 1,84]	0,81	20	3,18 [2,05 ; 4,93]	2,18	10	1,58 [0,85 ; 2,93]	1,71
76	Hôpital de Lachine	11	11,13 [6,16 ; 20,10]	2,38	2	1,61 [0,40 ; 6,46]	2,58	30	19,89 [13,91 ; 28,45]	2,74
80	Hôpital Fleury	4	1,04 [0,39 ; 2,77]	1,38	2	0,53 [0,13 ; 2,14]	1,28	14	3,59 [2,13 ; 6,06]	0,87
83	Hôpital de Lasalle	4	1,67 [0,63 ; 4,44]	0,88	4	1,61 [0,60 ; 4,29]	0,47	75	28,38 [22,63 ; 35,59]	0,63
118	Hôpital Neurologique de Montréal	6	2,47 [1,11 ; 5,50]	1,29	7	3,16 [1,51 ; 6,63]	1,14	9	4,37 [2,27 ; 8,40]	1,52

Tableau 11 Évolution du nombre de cas (N), des taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) et de la moyenne des tests de dépistage par admission, par installation et par région sociosanitaire, 2022-2023 à 2024-2025 (suite)

Numéro	Nom de l'installation	Taux d'acquisition /10 000 jours-présence [IC à 95 %]								
		2022 - 2023			2023 - 2024			2024 - 2025		
		N	Taux	Moyenne des tests	N	Taux	Moyenne des tests	N	Taux	Moyenne des tests
	Région 07 - Outaouais	222	15,83[13,88;18,06]	1,04	261	16,56[14,67;18,70]	0,74	258	16,82[14,89;19,00]	0,90
39	Hôpital de Gatineau	48	10,01[7,54 ;13,28]	1,04	37	6,24 [4,52 ; 8,61]	0,68	14	3,09 [1,83 ; 5,22]	0,57
40	Hôpital de Hull	152	29,67[25,31;34,78]	1,04	179	31,89[27,54;36,92]	0,88	165	26,77[22,98;31,18]	1,14
51	Hôpital de Maniwaki	7	5,16 [2,46 ;10,83]	1,03	8	5,53 [2,77 ;11,05]	0,53	6	4,10 [1,84 ; 9,12]	1,07
95	Hôpital et CHSLD du Pontiac	9	6,91 [3,60 ;13,28]	1,13	19	15,71[10,02;24,63]	0,85	27	21,52[14,76;31,38]	1,15
111	Hôpital et CHSLD de Papineau	6	4,16 [1,87 ; 9,26]	1,01	18	11,49[7,24 ;18,24]	0,62	46	23,97[17,95;32,00]	1,24
	Région 08 - Abitibi-Témiscamingue	0	0	0,65	1	0,14 [0,02 ; 1,00]	0,71	40	6,61 [4,85 ; 9,01]	0,99
47	Hôpital de Rouyn-Noranda	0	0	0,58	1	0,49 [0,07 ; 3,42]	0,90	12	5,47 [3,11 ; 9,63]	1,10
52	Hôpital d'Amos	0	0	0,36	0	0	0,49	--	--	--
65	Hôpital de Val-d'Or	0	0	0,69	0	0	0,59	28	12,07[8,33 ;17,48]	0,90
70	Centre Multi. SSS de la Sarre	0	0	0,94	0	0	0,95	0	0	0,71
82	Centre Multi. SSS de Ville-Marie	0	0	1,36	0	0	0,94	0	0	1,34
	Région 09 - Côte-Nord	0	0	0,36	1	0,19 [0,03 ; 1,32]	0,60	3	0,66 [0,21 ; 2,04]	0,38
64	CLSC et Hôpital Le Royer	0	0	0,53	1	0,37 [0,05 ; 2,65]	0,89	0	0	0,41
72	Hôpital et CLSC de Sept-Îles	0	0	0,21	0	0	0,29	3	1,32 [0,43 ; 4,10]	0,35
	Région 10 - Nord-du-Québec	0	0	0,47	0	0	0,48	0	0	0,49
96	Centre de Santé de Chibougamau	0	0	0,47	0	0	0,48	0	0	0,49
	Région 11 - Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	1	0,19 [0,03 ; 1,40]	0,06	0	0	0,13	1	0,18 [0,02 ; 1,30]	0,15
53	Hôpital de Chandler	1	0,89 [0,13 ; 6,32]	0,03	0	0	0,08	0	0	0,06
91	Hôpital de Gaspé	0	0	0,01	0	0	0,06	0	0	0,09
97	Hôpital et GMFU de Maria	0	0	0,02	0	0	0,06	0	0	0,08
107	Hôpital de l'Archipel	0	0	0,27	0	0	0,48	0	0	0,52
109	Hôpital et CLSC de Sainte-Anne-des-Monts	0	0	0,08	0	0	0,16	1	1,30 [0,18 ; 9,22]	0,15
	Région 12 - Chaudière-Appalaches	10	0,66 [0,36 ; 1,23]	0,93	3	0,20 [0,06 ; 0,63]	0,88	1	0,06 [0,01 ; 0,48]	0,78
18	Hôtel-Dieu de Lévis	0	0	0,72	1	0,14 [0,02 ; 1,02]	0,59	0	0	0,57
63	Hôpital de Saint-Georges	1	0,25 [0,04 ; 1,77]	0,95	0	0	0,87	1	0,25 [0,03 ; 1,81]	0,68
89	Hôpital de Montmagny	1	0,59 [0,08 ; 4,14]	1,36	0	0	1,45	0	0	1,39
113	Hôpital de Thetford	8	3,92 [1,96 ; 7,83]	1,24	2	1,02 [0,26 ; 4,08]	1,35	0	0	1,24

Tableau 11 Évolution du nombre de cas (N), des taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à ERV (cat. 1a et 1b) et de la moyenne des tests de dépistage par admission, par installation et par région sociosanitaire, 2022-2023 à 2024-2025 (suite)

Numéro	Nom de l'installation	Taux d'acquisition /10 000 jours-présence [IC à 95 %]								
		2022 - 2023			2023 - 2024			2024 - 2025		
		N	Taux	Moyenne des tests	N	Taux	Moyenne des tests	N	Taux	Moyenne des tests
19	Région 13 - Laval	108	6,33 [5,24 ; 7,64]	0,87	41	2,36 [1,74 ; 3,21]	0,79	66	3,84 [3,02 ; 4,89]	0,72
	Hôpital de la Cité-de-la-Santé	108	6,33 [5,24 ; 7,64]	0,87	41	2,36 [1,74 ; 3,21]	0,79	66	3,84 [3,02 ; 4,89]	0,72
11	Région 14 - Lanaudière	6	0,30 [0,13 ; 0,67]	0,91	8	0,39 [0,19 ; 0,78]	0,97	15	0,72 [0,43 ; 1,19]	1,07
	Hôpital Pierre-Le Gardeur	2	0,17 [0,04 ; 0,68]	0,86	3	0,26 [0,08 ; 0,82]	0,97	3	0,25 [0,08 ; 0,78]	1,22
14	Hôpital de Lanaudière et CHSLD Parphilia-Ferland	4	0,48 [0,18 ; 1,29]	0,96	5	0,56 [0,23 ; 1,34]	0,97	12	1,33 [0,75 ; 2,35]	0,88
45	Région 15 - Laurentides	11	0,42 [0,23 ; 0,75]	1,31	16	0,58 [0,36 ; 0,95]	1,09	55	1,99 [1,53 ; 2,59]	1,07
	Hôpital de Saint-Eustache	1	0,10 [0,01 ; 0,73]	1,11	6	0,57 [0,26 ; 1,27]	1,13	2	0,19 [0,05 ; 0,75]	0,99
56	Centre Multi. SSS d'Argenteuil	2	1,61 [0,40 ; 6,45]	2,20	2	1,60 [0,40 ; 6,39]	2,49	2	1,67 [0,42 ; 6,67]	1,79
81	Hôpital de Mont-Laurier	2	1,73 [0,43 ; 6,94]	2,32	0	0	1,75	3	2,23 [0,72 ; 6,93]	1,40
101	Hôpital de Saint-Jérôme	6	0,55 [0,25 ; 1,23]	1,37	8	0,71 [0,36 ; 1,41]	0,90	41	3,92 [2,89 ; 5,32]	0,95
103	Centre Multi. SSS de Sainte-Agathe	0	0	1,09	0	0	1,13	7	1,76 [0,84 ; 3,69]	1,36
1	Région 16 - Montérégie	149	2,52 [2,15 ; 2,96]	1,00	38	0,60 [0,44 ; 0,82]	0,89	31	0,51 [0,36 ; 0,73]	0,74
	Hôpital Charles-Le Moyne	8	0,66 [0,33 ; 1,32]	1,25	7	0,55 [0,26 ; 1,16]	1,00	3	0,24 [0,08 ; 0,75]	0,93
9	Hôpital du Haut-Richelieu	10	1,24 [0,67 ; 2,31]	0,76	4	0,46 [0,17 ; 1,22]	0,72	2	0,24 [0,06 ; 0,97]	0,68
10	Hôpital Pierre-Boucher	0	0	0,32	0	0	0,30	2	0,16 [0,04 ; 0,65]	0,35
35	Hôpital Honoré-Mercier	3	0,39 [0,13 ; 1,20]	1,08	0	0	0,90	3	0,38 [0,12 ; 1,18]	0,56
37	Hôtel-Dieu de Sorel	0	0	0,69	0	0	0,69	0	0	0,43
42	Hôpital Anna-Laberge	79	11,39[9,14 ;14,20]	1,94	24	3,02 [2,02 ; 4,51]	1,62	14	1,69 [1,00 ; 2,85]	1,23
58	Hôpital du Suroît	47	8,74 [6,57 ;11,63]	1,20	3	0,52 [0,17 ; 1,62]	1,23	3	0,53 [0,17 ; 1,63]	0,89
130	Hôpital Barrie Mémorial	2	1,79 [0,45 ; 7,16]	1,82	0	0	3,21	4	3,20 [1,20 ; 8,54]	3,28
Ensemble du Québec		1078	2,37 [2,23 ; 2,52]	0,96	1040	2,20 [2,07 ; 2,34]	0,92	1 841	3,90 [3,73 ; 4,08]	0,89

4 LIMITES

4.1 Limites générales

Le programme de surveillance comporte certaines limites à prendre en considération lors de l'interprétation des données :

- Certains cas pourraient ne pas être déclarés s'ils surviennent dans une installation ne participant pas à la surveillance.
- 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.
- Le calcul du taux d'incidence utilise comme dénominateur les jours-présence. Il inclut donc tous les usagers hospitalisés et non seulement les usagers à risque. Conséquemment, les taux d'incidence des cas nosocomiaux de catégories 1a et 1b (cas hospitalisés ou ayant été hospitalisés) pourraient être sous-représentés (la population à risque peut varier selon le type d'infection ou le programme de surveillance).
- Pour la létalité, il n'y a pas d'évaluation indiquant 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 au programme SPIN-ERV

- Aucune limite spécifique à SPIN-ERV n'a été identifiée.

5 ANALYSE ET DISCUSSION

Le taux de participation à la surveillance a encore une fois été très élevé (87 sur 88 installations), ce qui assure la représentation des différentes régions. Le principal fait saillant de cette année est une hausse marquée du taux d'acquisition des colonisations nosocomiales (3,90 cas par 10 000 jours-présence). L'explication de cette hausse est sujette à discussion pour le moment. D'abord, il n'y a pas lieu de soupçonner une intensification des dépistages, puisque nous observons plutôt l'inverse si nous comparons aux deux années précédentes. Nous aurions donc pu s'attendre à une diminution des nouvelles colonisations. D'autre part, il est possible que des éclosions locales d'ERV aient contribué à une hausse significative à l'échelle de la province. En effet, la surveillance ne recense pas les éclosions donc nous ne pouvons analyser leur effet. Par ailleurs, nous pouvons questionner l'arrivée de souches d'ERV qui seraient davantage transmissibles et pourraient expliquer une hausse. Actuellement, nous n'avons pas de données de séquençage pour étudier ce phénomène. Finalement, il n'est pas exclu que les recommandations sur les mesures de prévention de l'ERV aient été moins bien appliquées dans certaines installations pour diverses raisons vécues dans le réseau de la santé.

Pour l'instant, cette hausse des colonisations ne s'est pas traduite en hausse des cas d'infections. Bien que ce fait semble rassurant, il faut l'interpréter avec prudence parce qu'il pourrait y avoir un décalage temporel entre les colonisations et la survenue de cas d'infections. De plus, il faut prévoir qu'un plus grand bassin de porteurs d'ERV entraînera logiquement un plus grand nombre de cas d'infections avec la morbidité et la mortalité associées.

À nouveau cette année, il importe de souligner que les taux d'acquisition des colonisations et d'incidence des infections diffèrent de façon drastique d'une région ou d'une installation à l'autre. D'un côté, certaines installations n'observent aucune colonisation ni infection. À l'opposé, trois régions comptent pour 89 % des colonisations nosocomiales (Montréal, Outaouais et Laval) et deux régions représentent 94 % des infections nosocomiales (Montréal et Outaouais). À l'intérieur de ces régions, il existe aussi une grande disparité entre les installations ([tableau 10](#) et [tableau 11](#)). La surveillance provinciale permet seulement d'identifier ces « foyers » de transmission d'ERV, mais elle ne détient pas les leviers pour analyser au cas par cas les raisons derrière ces incidences élevées.

Il est difficile de comparer les données québécoises à celles d'autres juridictions. On peut tout de même relever quelques comparaisons pertinentes avec l'Ontario. Le rapport de l'année 2023 (PHO, 2025) de cette province ne fournit pas de taux par 10 000 jours-présence, mais il fait état de 4425 nouvelles colonisations et 226 bactériémies à ERV (toutes attributions confondues, soit cas nosocomiaux et non-nosocomiaux). Pour une province qui est 1,8 fois plus peuplée que le Québec (Statistique Canada, 2025), nous notons un nombre de nouvelles colonisations 2,4 fois plus élevé¹ et un nombre de bactériémies 25,1 fois plus élevé², en comparaison avec les

¹ 4 425 colonisations de toutes catégories d'attribution en Ontario contre 1 841 colonisations nosocomiales seulement au Québec.

² Bactériémies à ERV de toutes catégories d'attribution tant en Ontario qu'au Québec.

données 2024-2025 du Québec. Cette dernière comparaison, en lien avec les bactériémies, est particulièrement importante parce que ces infections représentent les cas les plus sévères et peuvent être considérées comme la pointe de l'iceberg. Nous pouvons présumer une sous-estimation de la détection des colonisations en Ontario. D'ailleurs, un sondage dans cette province avait démontré que seulement 63,2 % des hôpitaux répondants avaient un programme de dépistage de l'ERV et que 65,3 % des hôpitaux rapportaient appliquer des précautions additionnelles pour les usagers colonisés ou infectés à l'ERV (PHO, 2025). Comparativement, au Québec, un sondage effectué en décembre 2024 auprès des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), a montré que 100% des 84 installations ayant répondu rapportaient avoir un mécanisme en place pour effectuer un dépistage de l'ERV chez les usagers lors de leur admission dans le CHSGS (INSPQ, 2025 [document inédit]).

Dans le reste du Canada, les données du Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN, 2025) de 2019 à 2023 montrent un taux de bactériémies nosocomiales de 0,27 à 0,33 cas par 10 000 jours-présence. En comparaison, rappelons le taux d'infections nosocomiales au Québec en 2024-2025 de 0,04 cas par 10 000 jours-présence, dont les bactériémies ne représentent qu'une fraction.

Le fait d'observer des taux d'ERV beaucoup plus élevés dans le reste du Canada devrait servir de rappel que la situation avantageuse du Québec ne doit pas être tenue pour acquise et qu'elle résulte fort probablement des mesures de prévention et de contrôle en place dans la province.

6 RÉFÉRENCES

Agence de santé publique du Canada (ASPC). (2024). *Rougeole: Pour les professionnels de la santé*. <https://www.canada.ca/fr/santepublique/services/maladies/rougeole/pourprofessionnels-sante-rougeole.html>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2015). *Cadre méthodologique des indicateurs du Plan national de surveillance (Plan commun de surveillance et Plan ministériel de surveillance multithématique) à l'Infocentre de santé publique, version 3.2*. [document inédit].

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2025). *Sondage portant sur les méthodes de dépistage de l'ERV dans les hôpitaux du Québec, automne 2024: Présentation au comité de programme SPIN-ERV*. [document inédit].

Public Health Ontario (PHO). (2025a). *Antimicrobial Resistance in Common Hospital Pathogens in Ontario: Annual Laboratory and Hospital Survey Report 2023*. https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/A/25/antimicrobial-resistance-common-hospital-pathogens-ontario.pdf?rev=1b1b370a0c194cffb3211bdf93059e2d&sc_lang=en

Public Health Ontario (PHO). (2025b). *Antimicrobial Resistance in Common Hospital Pathogens in Ontario: Annual Laboratory and Hospital Survey Report 2023*. https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/A/25/antimicrobial-resistance-common-hospital-pathogens-ontario.pdf?rev=1b1b370a0c194cffb3211bdf93059e2d&sc_lang=en

Statistique Canada. (2025). *Tableau 17-10-0009-01 Estimations de la population, trimestrielles*. <https://doi.org/10.25318/1710000901-fra>

ANNEXE 1 LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ SPIN

MEMBRES RÉGULIERS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Patrice Savard
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

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

MEMBRES LIAISON

Annick Des Cormiers
Michèle Dugas
Représentantes de la Direction de la vigilance et des maladies infectieuses
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Zeke McMurray
Représentant de la Direction générale des secteurs interdisciplinaires
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MEMBRES D'OFFICE

Judith Fafard
Patricia Hudson
Isabelle Laperrière
Institut national de santé publique du Québec

INVITÉS PERMANENTS

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

ANNEXE 2 LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ DE PROGRAMME SPIN-ERV

MEMBRES RÉGULIERS

Maxime-Antoine Tremblay, président
intérimaire
Centre hospitalier universitaire de Québec -
Université Laval

Michèle Dugas
Direction de la vigie et des maladies
infectieuses
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

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

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

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

Centre d'expertise et
de référence en santé publique

www.inspq.qc.ca

*Institut national
de santé publique*

Québec

