

# Infections à bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases 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

Valérie Labbé, conseillère en soins infirmiers

Jasmin Villeneuve, médecin-conseil

Direction des risques biologiques

Institut national de santé publique du Québec

Patrice Savard, microbiologiste-infectiologue et président intérimaire du comité de programme SPIN-BGNPC

Centre hospitalier universitaire de Montréal

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

Florence Doualla-Bell, spécialiste clinique en biologie médicale

Laboratoire de santé publique du Québec

Institut national de santé publique du Québec

Michèle Dugas, conseillère en vigie sanitaire

Direction de la vigie et des maladies infectieuses

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Natasha Desmarteau, infirmière clinicienne spécialisée en prévention et contrôle des infections

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Christian Lavallée, microbiologiste-infectiologue

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

Yves Longtin, microbiologiste-infectiologue

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

Marie-Pierre Plante, adjointe à la direction générale adjointe – Programme de santé physique générale et spécialisée - Volet prévention et contrôle des infections

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

## 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, affaires publiques, communication et transfert des connaissances

## RÉVISION

Noémie Savard, médecin-conseil

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](mailto: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<sup>e</sup> trimestre 2026

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-99017-8 (PDF)

DOI : <https://doi.org/10.64490/NRUI6732>

© Gouvernement du Québec (2025)

## 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 bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases** 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

<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>III</b>
<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>IV</b>
<b>LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES .....</b>	<b>VI</b>
<b>GLOSSAIRE .....</b>	<b>VIII</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 .....	12
3.4 Évolution des taux — infection .....	16
3.5 Évolution des taux — colonisation .....	19
3.6 Données par installation et par région sociosanitaire.....	21
<b>4 LIMITES .....</b>	<b>36</b>
4.1 Limites générales.....	36
4.2 Limites spécifiques au programme SPIN-BGNPC .....	36
<b>5 ANALYSE ET DISCUSSION .....</b>	<b>37</b>
<b>6 RÉFÉRENCES.....</b>	<b>40</b>
<b>ANNEXE 1 LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ SPIN .....</b>	<b>41</b>
<b>ANNEXE 2 LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ DE PROGRAMME SPIN-BGNPC .....</b>	<b>42</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Sommaire de la participation, des cas, des dénominateurs et des taux pour la surveillance des infections à BGNPC, 2020-2021 à 2024-2025.....	6
Tableau 2	Répartition des infections et des colonisations à BGNPC selon la catégorie d'attribution, 2024-2025.....	9
Tableau 3	Origine présumée d'acquisition de la souche chez les nouveaux porteurs à BGNPC selon la catégorie d'attribution (N = 1386), 2024-2025 .....	10
Tableau 4	Nombre de cas d'infection (N) selon le type d'infection et nombre de bactériémies à BGNPC (N) de toute catégorie d'attribution (N = 83), 2024-2025 .....	11
Tableau 5	Évolution du nombre de décès (N) et létalité à 30 jours parmi les infections à BGNPC de toute catégorie d'attribution, 2020-2021 à 2024-2025.....	11
Tableau 6	Proportion des gènes codant pour une carbapénémase pour les microorganismes isolés, 2024-2025 .....	13
Tableau 7	Évolution du nombre de cas (N) et des taux d'incidence des infections nosocomiales à BGNPC (cat. 1a et 1b) selon la mission, pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 85), 2020-2021 à 2024-2025 .....	17
Tableau 8	Évolution du nombre de cas (N) et du taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à BGNPC (cat. 1a et 1b) selon la mission, pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 85), 2020-2021 à 2024-2025 .....	20
Tableau 9	Évolution du nombre de cas (N) et des taux d'incidence des infections nosocomiales à BGNPC (cat. 1a et 1b), par installation et par région sociosanitaire, 2022-2023 à 2024-2025 .....	28
Tableau 10	Évolution du nombre de cas (N), des taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à BGNPC (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.....	32

## LISTE DES FIGURES

Figure 1	Taux d'incidence des infections nosocomiales à BGNPC (cat. 1a et 1b) et taux d'acquisition des colonisations (cat. 1a et 1b) pour les installations participantes (N = 88), 2024-2025 .....	7
Figure 2	Évolution du nombre d'installations participantes selon le nombre de colonisations nosocomiales à BGNPC (cat. 1a et 1b) déclarés (N = 88), 2020-2021 à 2024-2025.....	8
Figure 3	Répartition du nombre de colonisations nosocomiales à BGNPC (cat. 1a et 1b) pour les installations participantes (N = 1 157), 2024-2025.....	8
Figure 4	Évolution du nombre total et de la moyenne de tests de dépistage par admission, 2020-2021 à 2024-2025 .....	12
Figure 5	Évolution de la proportion des gènes de résistance, pour tous les microorganismes isolés pour les installations ayant participé, 2014-2015 à 2024-2025 .....	15
Figure 6	Répartition des gènes codant pour une carbapénémase par région sociosanitaire, 2024-2025.....	16
Figure 7	Évolution des taux d'incidence des infections nosocomiales à BGNPC (cat. 1a et 1b) selon la mission, pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 85), 2020-2021 à 2024-2025 .....	17
Figure 8	Proportion d'installations ayant au moins un cas d'infection nosocomiale à BGNPC (cat. 1a et 1b) pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 85), 2020-2021 à 2024-2025.....	18
Figure 9	Évolution des taux d'incidence des infections nosocomiales à BGNPC (cat. 1a et 1b) pour les installations participant depuis 2017-2018 (N = 75), 2017-2018 à 2024-2025 .....	18
Figure 10	Évolution des taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à BGNPC (cat. 1a et 1b) selon la mission, pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 85), 2020-2021 à 2024-2025 .....	19
Figure 11	Proportion d'installations ayant déclaré au moins un cas de colonisation nosocomiale à BGNPC (cat. 1a et 1b) pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 85), 2020-2021 à 2024-2025 .....	20
Figure 12	Évolution des taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à BGNPC (cat. 1a et 1b) pour les installations participant depuis 2017-2018 (N = 75), 2017-2018 à 2024-2025 .....	21
Figure 13	Taux d'incidence des infections nosocomiales à BGNPC (cat. 1a et 1b) et percentiles des taux d'incidence par installation selon le regroupement non universitaire, 2024-2025.....	22

Figure 14	Taux d'incidence des infections nosocomiales à BGNPC (cat. 1a et 1b) et percentiles des taux d'incidence par installation selon le regroupement universitaire, 2024-2025.....	22
Figure 15	Taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à BGNPC (cat. 1a et 1b) et percentiles des taux d'acquisition par installation selon le regroupement non universitaire, 2024-2025 .....	23
Figure 16	Taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à BGNPC (cat. 1a et 1b) et percentiles des taux d'acquisition par installation selon le regroupement universitaire, 2024-2025.....	24
Figure 17	Répartition et évolution du nombre de cas d'infection nosocomiale à BGNPC (cat. 1a et 1b), par région sociosanitaire (N = 39), 2024-2025.....	25
Figure 18	Répartition et évolution du nombre de cas de colonisation nosocomiale à BGNPC (cat. 1a et 1b), par région sociosanitaire (N = 1 157), 2024-2025.....	26

## LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

BAC	Bactériémie primaire avec cathéter vasculaire ou avec un accès vasculaire en hémodialyse
BBM	Bris de la barrière muqueuse digestive
BGNPC	Bacilles à Gram négatif producteur de carbapénémases
CDC	Centers for disease control and prevention
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CINQ	Comité sur les infections nosocomiales du Québec
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
DAVC	Dispositif d'accès vasculaire central
EPC	Entérobactérie productrice de carbapénémases
FRI	<i>French imipenemase</i>
GES	<i>Guiana extended spectrum (<math>\beta</math>-lactamase)</i>
HD	Hémodialyse
IC	Intervalle de confiance
KPC	<i>Klebsiella pneumoniae carbapenemase</i>
IMP	<i>Imipenemase</i>
IMI-NMC	<i>Imipenem hydrolyzing <math>\beta</math>-lactamase not metalloenzyme carbapenemase</i>
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IRR	Rapport des taux d'incidence ( <i>incidence rate ratio</i> )
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NDM	New Delhi <i>metallo-<math>\beta</math>-lactamase</i>
Non-BAC	Bactériémie primaire sans cathéter central, non investiguée ou reliée à une procédure
OMS	Organisation mondiale de la santé
OXA-48	Oxacillinase-48
PCI	Prévention et contrôle des infections
RSS	Région sociosanitaire

RPA	Résidence privée pour aînés
SI-SPIN	Système d'information de la surveillance provinciale des infections nosocomiales
SME	<i>Serratia marcescens enzyme</i>
sp.	<i>Species</i>
SPIN	Surveillance provinciale des infections nosocomiales
spp.	<i>Several species</i>
VIM	<i>Verona integron encoded metallo-<math>\beta</math>-lactamase</i>

## GLOSSAIRE

<b>Agent pathogène</b>	Microorganisme susceptible de provoquer une infection (ex. : virus, bactérie, etc.).
<b>Bactériémie</b>	Présence de bactérie dans le sang.
<b>Bactériémie primaire</b>	Bactériémie dont le foyer d'origine n'est pas attribuable à un foyer d'infection actif à un autre site (ex. : urinaire, etc.).
<b>Bactériémie secondaire</b>	Dissémination hématogène d'un processus infectieux provenant d'un autre site (ex. : infection urinaire avec bactériémie secondaire).
<b>Bris de la barrière muqueuse digestive</b>	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.
<b>Catégorie d'attribution</b>	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.
<b>Colonisation</b>	Présence d'un microorganisme dans un dépistage ou un spécimen clinique en absence de critères d'infection.
<b>Contaminant</b>	Microorganisme, faisant partie d'une flore normale, introduit durant la culture du spécimen et n'étant pas reconnu comme un agent pathogène pour l'usager.
<b>Dénominateur</b>	Portion inférieure d'une fraction utilisée dans les calculs de taux (ex. : jours-présence, admissions).
<b>Entérobactérie</b>	Bactérie faisant partie de l'ordre des <i>Enterobacterales</i> , anciennement membre de la famille des <i>Enterobacteriaceae</i> .
<b>Établissement</b>	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).
<b>Gène de résistance</b>	Gène codant pour un mécanisme de résistance pouvant entraîner une réduction de l'efficacité des traitements antibiotiques. Par exemple, pour le BGNPC, la bactérie possède un gène lui permettant de produire une carbapénémase, c'est-à-dire une enzyme qui décompose l'antibiotique de la classe des carbapénèmes (ex. : KPC, NDM, IMP, GES, OXA-48, IMI-NMC, VIM, SME, etc.).
<b>Infection</b>	Présence d'un microorganisme causant des signes et symptômes correspondants aux critères d'infection.
<b>Installation</b>	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).
<b>Jours-présence</b>	Nombre correspondant aux jours d'hospitalisation durant une période donnée.
<b>Mission non universitaire</b>	Établissement n'ayant pas la désignation du MSSS d'établissement universitaire.
<b>Mission universitaire</b>	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.
<b>Nosocomiale</b>	Acquise au cours d'un épisode de soins administrés par un établissement du réseau de la santé (aussi nommée associée aux soins de santé).

<b>Numérateur</b>	Portion supérieure d'une fraction utilisée dans les calculs de taux.
<b>Période de surveillance</b>	Période administrative de l'exercice financier des établissements d'environ 28 jours. Le calendrier de surveillance se découpe en treize périodes financières, débutant le 1 <sup>er</sup> avril et se terminant le 31 mars de l'année suivante.
<b>Proportion</b>	Rapport dans lequel les deux entités (numérateur et dénominateur) proviennent du même ensemble et dans lequel le numérateur est inclus au dénominateur.
<b>Rapport</b>	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.
<b>Région sociosanitaire</b>	Unité géographique définie. Dans le contexte du système de santé et de services sociaux, le territoire québécois est divisé en 18 régions sociosanitaires.
<b>Regroupement</b>	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).
<b>Soins ambulatoires</b>	Prestation de soins reçus sans hospitalisation.
<b>sp.</b>	Réfère à <i>species</i> et indique que le genre d'un organisme a été identifié, sans identification de l'espèce (ex. : <i>Staphylococcus</i> sp. indique qu'une espèce de <i>Staphylococcus</i> a été détectée, mais dont nous n'avons pas l'identification de l'espèce).
<b>spp.</b>	Réfère à <i>several species</i> et indique l'ensemble de plusieurs espèces, mais sans les nommer individuellement (ex. : <i>Staphylococcus</i> spp. signifie que plusieurs espèces de <i>Staphylococcus</i> sont présentes).
<b>Taux</b>	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 de la proportion inclut des personnes ou des entités, tandis que, pour le taux, il s'agit du 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.).
<b>Taux d'acquisition</b>	Nombre de nouveaux porteurs sur l'ensemble des usagers hospitalisés, porteurs ou non.
<b>Taux d'incidence</b>	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 $\Delta t$ / somme des personnes-temps pendant cette période $\Delta t$ ( $\Delta t$ signifie période ou intervalle de temps allant d'une date A à une date B).

## FAITS SAILLANTS

- Pour une première année depuis 2019, on observe une stagnation des nouvelles colonisations à bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases (BGNPC) en 2024-2025 par rapport à l'année précédente (2,36 versus 2,25 cas par 10 000 jours-présence, différence qui est non significative statistiquement). On note également un taux similaire des infections nosocomiales à BGNPC (0,08 versus 0,11 cas par 10 000 jours-présence, également non significatif statistiquement). Toutefois, force est de constater que 13 installations sur 88 sont responsables de 63,7 % de toutes les nouvelles colonisations pour 2024-2025 au Québec.
- Une augmentation statistiquement significative des taux d'acquisition de BGNPC dans les milieux non-universitaires est notée en contrepartie d'une diminution significative dans les milieux universitaires.
- Depuis 2020, sur une période de cinq années, le nombre de nouvelles colonisations à BGNPC a plus que triplé pour l'ensemble de la province en 2024-2025.
- La vaste majorité des entérobactéries productrices de carbapénémases demeurent producteurs de KPC (58,3 %) suivi de NDM (20,0 %) et d'OXA-48 (16,9 %).
- Ce sont 10,3 % des colonisations à BGNPC qui sont classifiées comme étant d'origine communautaire.

## 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 sur 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 à bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases (SPIN-BGNPC)** a terminé sa 11<sup>e</sup> année de surveillance. Ce programme a débuté en avril 2014 et est à participation obligatoire depuis avril 2017.

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<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 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 détecte une entérobactérie possédant un gène codant pour une carbapénémase au cours de la période d'observation sont considérés comme des cas incidents peu importe l'origine de l'attribution de l'infection ou de la colonisation, à l'exception d'une colonisation chez un usager qui est déjà connu porteur du même gène de résistance. Si l'infection survient chez une personne dont le statut de porteur au même gène de résistance n'était pas connu auparavant, le cas sera comptabilisé également dans les colonisations. 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**);
- À l'unité de psychiatrie (**catégorie 1e**).

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 :

- **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, type de microorganisme, type de gène, etc.;
- **Les caractéristiques cliniques** : date du diagnostic, type d'infection, décès toute cause, etc.;
- **Les facteurs de risque (origine présumée d'acquisition)** : type de contact, voyage, hospitalisation ou soins de santé ailleurs, etc. chez les nouveaux porteurs;
- **Les dénominateurs** : admissions, jours-présence.

## 2.4 Analyse statistique

L'indicateur principal est le taux d'incidence des infections à bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases (BGNPC) 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 BGNPC.

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 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** : L'analyse microbiologique (gènes identifiés, fréquence et proportion des microorganismes isolés) et le nombre de dépistages.

- **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 fixe 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 taux d'incidence (IRR) et la variation moyenne en pourcentage [avec IC à 95 %] sont présentés. 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 du rapport et la pertinence des méthodes utilisées.

## 3 RÉSULTATS

### 3.1 Description sommaire

Entre le 1<sup>er</sup> avril 2024 et le 31 mars 2025, 88 installations sur les 88 visées ont participé à la surveillance des infections à bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases (BGNPC) pour un cumul de 4 846 457 jours-présence ([tableau 1](#)). Au total, 39 infections nosocomiales à BGNPC, sont attribuées à l'hospitalisation actuelle ou antérieure (catégories 1a et 1b) dans une installation déclarante. Le taux d'incidence des infections nosocomiales à BGNPC (catégories 1a et 1b) est de 0,08 cas par 10 000 jours-présence. Le taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à BGNPC (catégories 1a et 1b) est de 2,39 cas par 10 000 jours-présence.

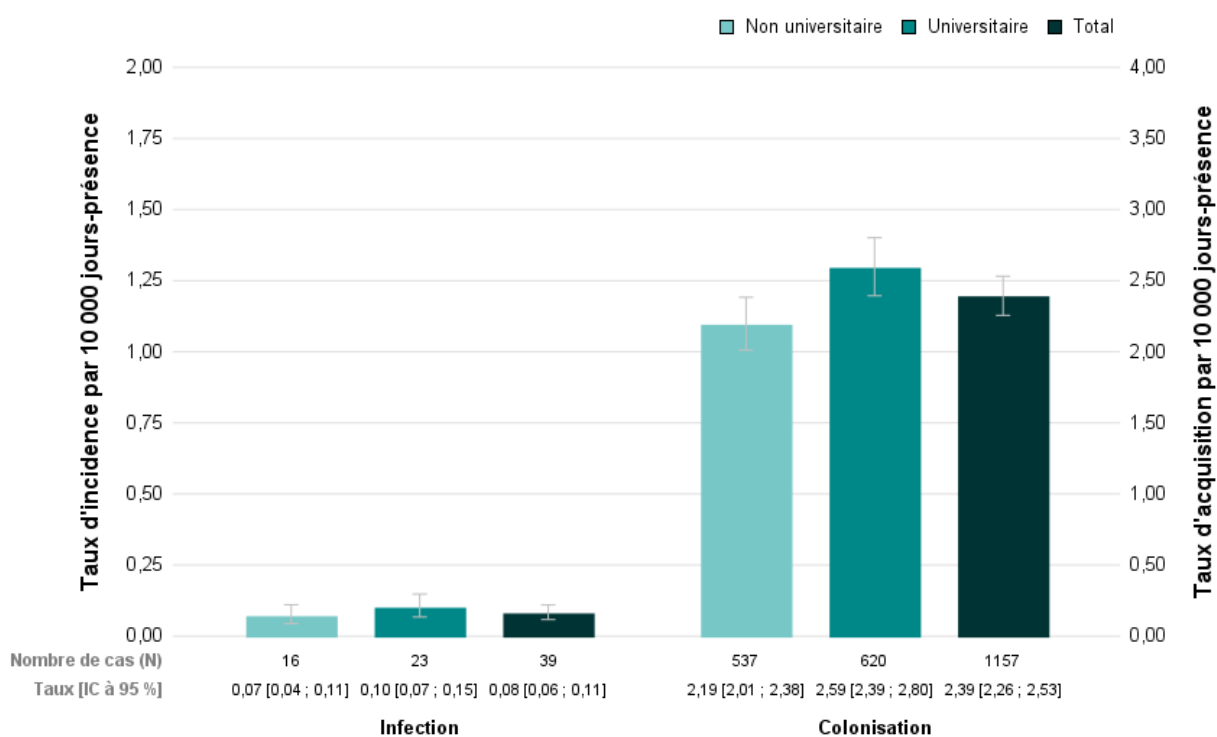
**Tableau 1** Sommaire de la participation, des cas, des dénominateurs et des taux pour la surveillance des infections à BGNPC, 2020-2021 à 2024-2025

	2020 - 2021	2021 - 2022	2022 - 2023	2023 - 2024	2024 - 2025
Installations participantes (N)	87	86	87	88	88
Admissions (N)	626 921	670 018	667 542	688 189	697 814
Jours-présence (N)	4 377 502	4 552 225	4 677 955	4 833 599	4 846 457
<b>Infections à BGNPC</b>					
Infections nosocomiales à BGNPC (cat. 1a et 1b) (N)	16	29	30	54	39
Usagers infectés (cat. 1a et 1b) (N)	15	29	28	48	39
Infections à BGNPC (cat. 1a, 1b, 1c, 1d, 1e, 2, 3 et 4) (N)	27	45	63	104	83
Taux d'incidence des infections nosocomiales (cat. 1a et 1b) <sup>A</sup>	0,04	0,06	0,06	0,11	0,08
<b>Colonisations à BGNPC</b>					
Colonisations nosocomiales à BGNPC (cat. 1a et 1b) (N)	359	577	647	1 081	1 157
Colonisations à BGNPC (cat. 1a, 1b, 1c, 1d, 1e, 2, 3 et 4) (N)	435	663	785	1 271	1 386
Taux d'acquisition des colonisations nosocomiales (cat. 1a et 1b) <sup>A</sup>	0,82	1,27	1,38	2,24	2,39

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

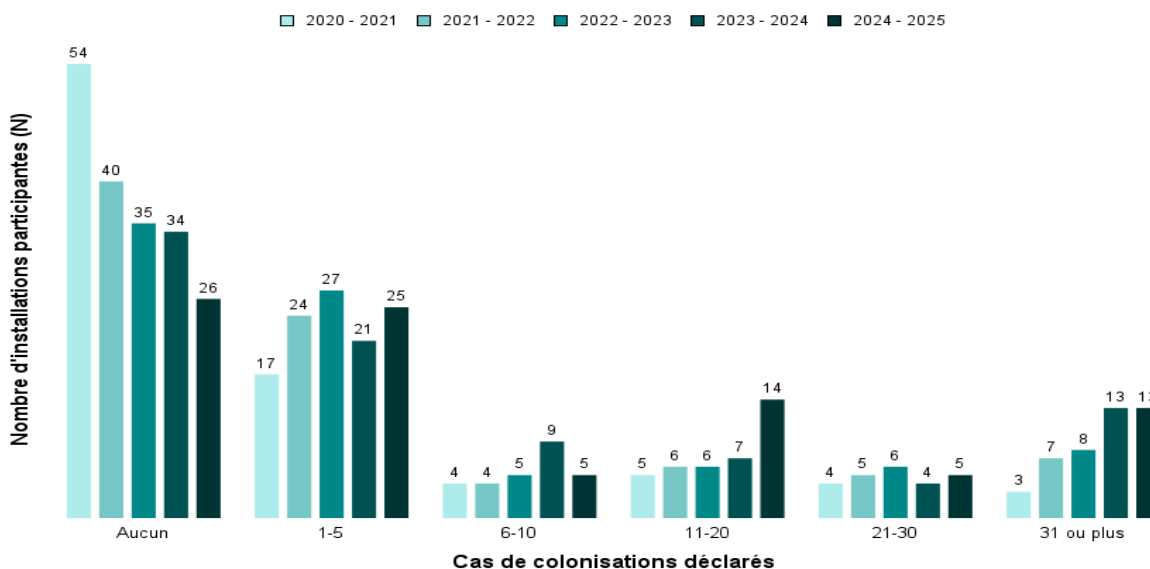
Parmi les 88 installations participantes, 72,7 % (N = 64) sont de mission non universitaire avec un taux d'incidence des infections nosocomiales à BGNPC (catégories 1a et 1b) de 0,07 cas par 10 000 jours-présence (taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à BGNPC [catégories 1a et 1b] à 2,19 cas par 10 000 jours-présence). Celles de mission universitaire ont un taux d'incidence des infections nosocomiales à BGNPC (catégories 1a et 1b) de 0,10 cas par 10 000 jours-présence (taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à BGNPC [catégories 1a et 1b] de 2,59 cas par 10 000 jours-présence) ([figure 1](#)).

**Figure 1** Taux d'incidence des infections nosocomiales à BGNPC (cat. 1a et 1b) et taux d'acquisition des colonisations (cat. 1a et 1b) pour les installations participantes (N = 88), 2024-2025

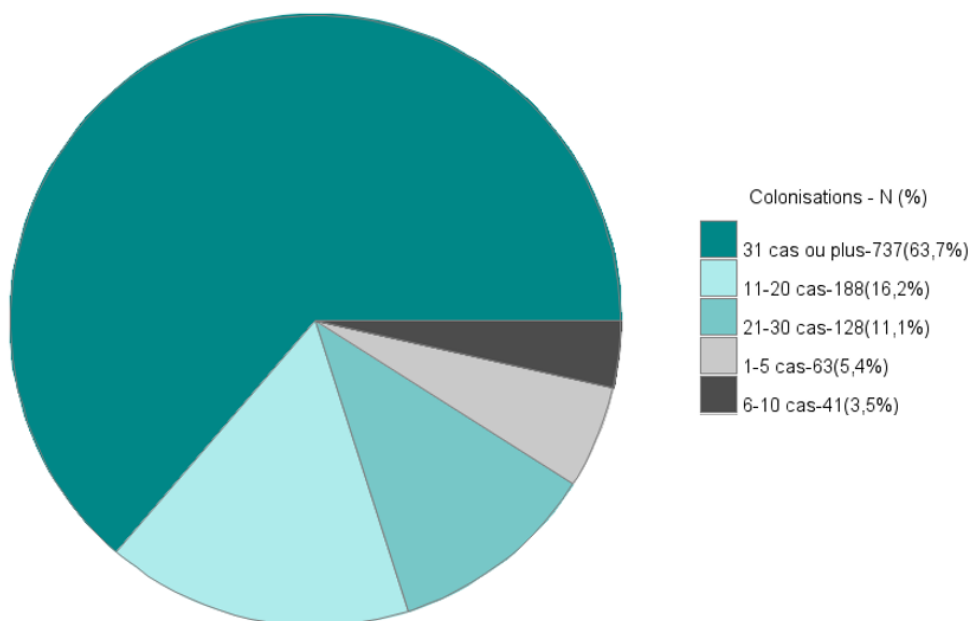


En 2024-2025, 13 installations ([figure 2](#)) sont responsables de plus de la moitié (63,7 %, N = 737, [figure 3](#)) des colonisations nosocomiales à BGNPC (catégories 1a et 1b).

**Figure 2** Évolution du nombre d'installations participantes selon le nombre de colonisations nosocomiales à BGNPC (cat. 1a et 1b) déclarés (N = 88), 2020-2021 à 2024-2025



**Figure 3** Répartition du nombre de colonisations nosocomiales à BGNPC (cat. 1a et 1b) pour les installations participantes (N = 1157), 2024-2025



## 3.2 Description des cas

Sur le total des 83 infections à BGNPC toutes catégories confondues déclarées, 40 infections (49,2 %) sont attribuées aux milieux de soins participants (catégories 1a, 1b, 1c, 1d et 1e). Par ailleurs, près de la moitié des infections toutes catégories confondues (47,0 %, N = 39) sont survenues chez de nouveaux porteurs ([tableau 2](#)). Parmi les 1 386 colonisations à BGNPC toutes catégories confondues déclarées, 1 192 colonisations (86,0 %) sont attribuées aux milieux de soins participants (catégories 1a, 1b, 1c, 1d et 1e).

Un total de 143 nouveaux porteurs, tant colonisés qu'infectés (10,3 %) a été rapporté comme étant d'origine communautaire et non relié aux soins (catégorie 3).

De plus, l'âge des usagers parmi toutes les infections et les colonisations à BGNPC varie de neuf mois à 104 ans (N = 1 430), avec un âge médian de 73 ans.

**Tableau 2 Répartition des infections et des colonisations à BGNPC selon la catégorie d'attribution, 2024-2025**

Catégorie	Catégorie d'attribution	Infections				Colonisations			
		Porteur connu	Nouveau porteur	Total		Nouveau porteur colonisé	Nouveau porteur infecté	Total	
		N	N	N	%	N	N	N	%
1a	Cas relié à l'hospitalisation actuelle dans l'installation déclarante	20	16	36	43,4	886	16	902	65,1
1b	Cas relié à l'hospitalisation antérieure dans l'installation déclarante	1	2	3	3,6	253	2	255	18,4
1c	Cas relié aux soins ambulatoires de l'installation déclarante	1	0	1	1,2	32	0	32	2,3
1d	Cas relié à l'unité de soins de longue durée de l'installation déclarante	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0
1e	Cas relié à l'unité de psychiatrie de l'installation déclarante	0	0	0	0,0	3	0	3	0,2
2	Cas relié à un séjour dans une installation non déclarante	1	1	2	2,4	50	1	51	3,7
3	Cas d'origine communautaire, non relié aux milieux de soins	21	20	41	49,4	123	20	143	10,3
4	Cas d'origine inconnue	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0
	<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>39</b>	<b>83</b>	<b>100</b>	<b>1347</b>	<b>39</b>	<b>1386</b>	<b>100</b>

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, 1e, 2, 3, 4).

La majorité (92,3 %, N = 1084) des colonisations à BGNPC déclarées reliées à l'installation déclarante sont identifiées comme étant des souches d'origine nosocomiale. De ces cas, près de la moitié (43,1 %, N = 467) sont reliés à un contact étroit ou élargi avec un porteur connu, dont 317 (29,2 %) mentionnent être reliés à une éclosion dans l'installation.

Pour les infections à BGNPC chez les nouveaux porteurs, une majorité (88,9 %, N = 16) de celles déclarées reliées à l'installation déclarante est identifiée comme étant des souches d'origine nosocomiale. De ces infections, une seule infection est reliée à une éclosion avec même gène de résistance sur l'unité.

De plus, seulement 38 (2,7 %) nouveaux porteurs à BGNPC, toute catégorie confondue, sont identifiés comme ayant une souche reliée à une installation non déclarante du Québec, dont 27 (71,1 %) en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou résidence privée pour aînés (RPA) avec soins, 10 (26,3 %) en centre de réadaptation et une (2,6 %) en centre de soins de courte durée non déclarant. De ces 38 cas, 20 (52,6 %) ont été déclarés reliés à une installation non déclarante (catégorie 2).

Parmi les 143 cas déclarés nouveaux porteurs à BGNPC d'attribution communautaire (catégorie 3), 19 (13,3 %) sont identifiés comme étant acquis lors d'un voyage à l'extérieur du Canada sans soins de santé dans les 12 derniers mois et 85 (59,4 %) sont identifiés d'origine inconnue.

Par ailleurs, pour les nouvelles colonisations à BGNPC de catégorie 1a (N = 886), 17,3 % (N = 153) n'avaient aucun dépistage négatif avant le résultat positif. Bien que l'étendue du nombre de dépistages négatifs avant le premier résultat positif varie entre zéro et 35, c'est plus de la moitié des cas (62,5 %, N = 554), qui indique la présence d'un à trois dépistages négatifs avant le résultat positif.

**Tableau 3 Origine présumée d'acquisition de la souche chez les nouveaux porteurs à BGNPC selon la catégorie d'attribution (N = 1386), 2024-2025**

Catégorie d'attribution	Origine présumée d'acquisition de la souche		
	Nosocomiale N (%)	Non nosocomiale <sup>A</sup> N (%)	
<b>Colonisation (N = 1347)</b>	Cas reliés à l'installation déclarante (cat. 1a, 1b, 1c, 1d et 1e) (N = 1174)	1084 (92,3 %)	90 (7,6 %)
	Cas non reliés à l'installation déclarante (cat. 2, 3 et 4) (N = 173)	3 (1,7 %)	170 (98,3 %)
<b>Infection (N = 39)</b>	Cas reliés à l'installation déclarante (cat. 1a, 1b, 1c, 1d et 1e) (N = 18)	16 (88,9 %)	2 (11,1 %)
	Cas non reliés à l'installation déclarante (cat. 2, 3 et 4) (N = 21)	3 (14,3 %)	18 (85,7 %)

<sup>A</sup> Cas pouvant être reliés à une installation non déclarante, à une hospitalisation ou des soins de santé ailleurs au Québec ou au Canada, un voyage à l'extérieur du Canada sans soins de santé ou d'origine inconnue.

Parmi les 83 infections à BGNPC toutes catégories confondues, 39 cas (47,0 %) sont d'attribution nosocomiale (catégories 1a et 1b). Au total, cinq bactériémies primaires (6,0 %) ont été rapportées parmi les infections à BGNPC dont trois sont reliées à une hospitalisation actuelle (catégorie 1a). Parmi les 78 autres infections, celles qui sont le plus fréquemment rapportées sont les infections urinaires (55,1 %, N = 43). De tous les foyers d'infections primaires, 14 cas (17,9 %) ont développé une bactériémie secondaire ([tableau 4](#)).

**Tableau 4** Nombre de cas d'infection (N) selon le type d'infection et nombre de bactériémies à BGNPC (N) de toute catégorie d'attribution (N = 83), 2024-2025

Catégories d'infection	Types d'infection	Infections (N)	Bactériémies secondaires (N)
<b>Bactériémies primaires</b>	Bris de la barrière muqueuse digestive (BBM)	1	-
	Avec cathéter vasculaire (BAC)	2	-
	Non associée à un cathéter vasculaire (Non BAC)	2	-
	Avec accès veineux en hémodialyse (HD)	0	-
<b>Infections primaires</b>	Urinaire	43	6
	Abdominale	7	3
	Pulmonaire	8	2
	Infection de site opératoire	5	3
	Peau et tissus mous	13	0
	Os et articulations	1	0
	Infection du système reproducteur	1	0
	<b>Total</b>		<b>83</b>

Un total de huit décès de toutes causes (associés ou non aux infections) est observé dans les 30 jours suivant le début de l'infection en 2024-2025, pour une létalité de 9,6 % ([tableau 5](#)).

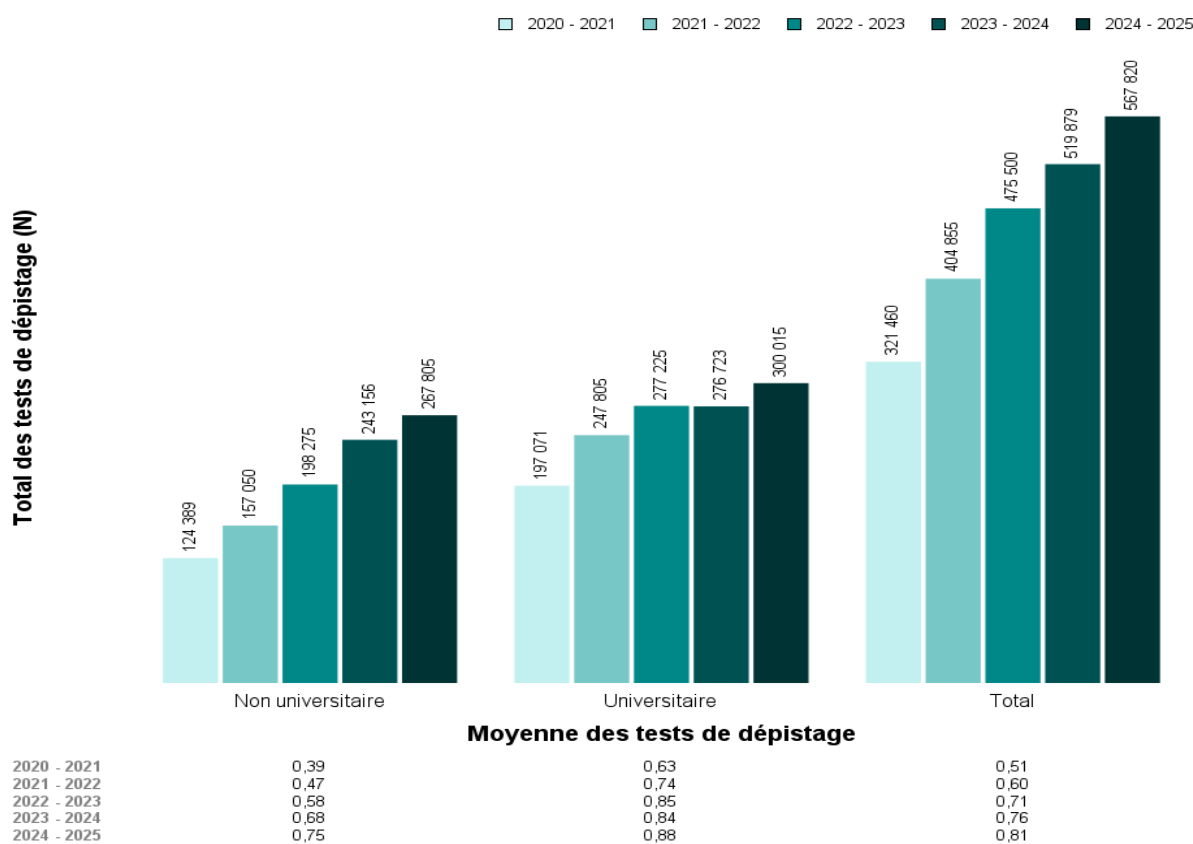
**Tableau 5** Évolution du nombre de décès (N) et létalité à 30 jours parmi les infections à BGNPC de toute catégorie d'attribution, 2020-2021 à 2024-2025

	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025
Infections à BGNPC de toute catégorie d'attribution (N)	27	45	63	104	83
Décès (N)	3	4	7	15	8
Létalité (%)	11,1	8,9	11,1	14,4	9,6

### 3.3 Données de laboratoire

La [figure 4](#) présente l'évolution du nombre total de tests de dépistage ainsi que de la moyenne des tests de dépistage par admission pour le BGNPC. En 2024-2025, le nombre total de tests de dépistage est de 567 820 pour une moyenne de tests de dépistage par admission de 0,81. Cela représente une augmentation de 9,2 %, soit 47 941 tests, comparativement à 2023-2024.

**Figure 4** Évolution du nombre total et de la moyenne de tests de dépistage par admission, 2020-2021 à 2024-2025



Le [tableau 6](#) montre la proportion des gènes pour une carbapénémase chez les différents microorganismes isolés. La grande majorité des gènes de résistance liés aux différents microorganismes est de type KPC (58,3 %, N = 892), NDM (20,0 %, N = 306) et OXA-48 (16,9 %, N = 259). Quarante-cinq cas (2,9 %) sont porteurs de deux gènes de résistance différents.

De plus, pour les cas d'infections à BGNPC, les principaux microorganismes sont le *Klebsiella pneumoniae* (26,5 %, N = 22), l'*Escherichia coli* (22,9 %, N = 19) et l'*Enterobacter cloacae* (21,7 %, N = 18). Les principaux gènes de résistance chez les infectés sont le KPC (45,8 %, N = 38), le NDM (32,5 %, N = 27) et l'OXA-48 (19,3 %, N = 16).

**Tableau 6 Proportion des gènes codant pour une carbapénémase pour les microorganismes isolés, 2024-2025**

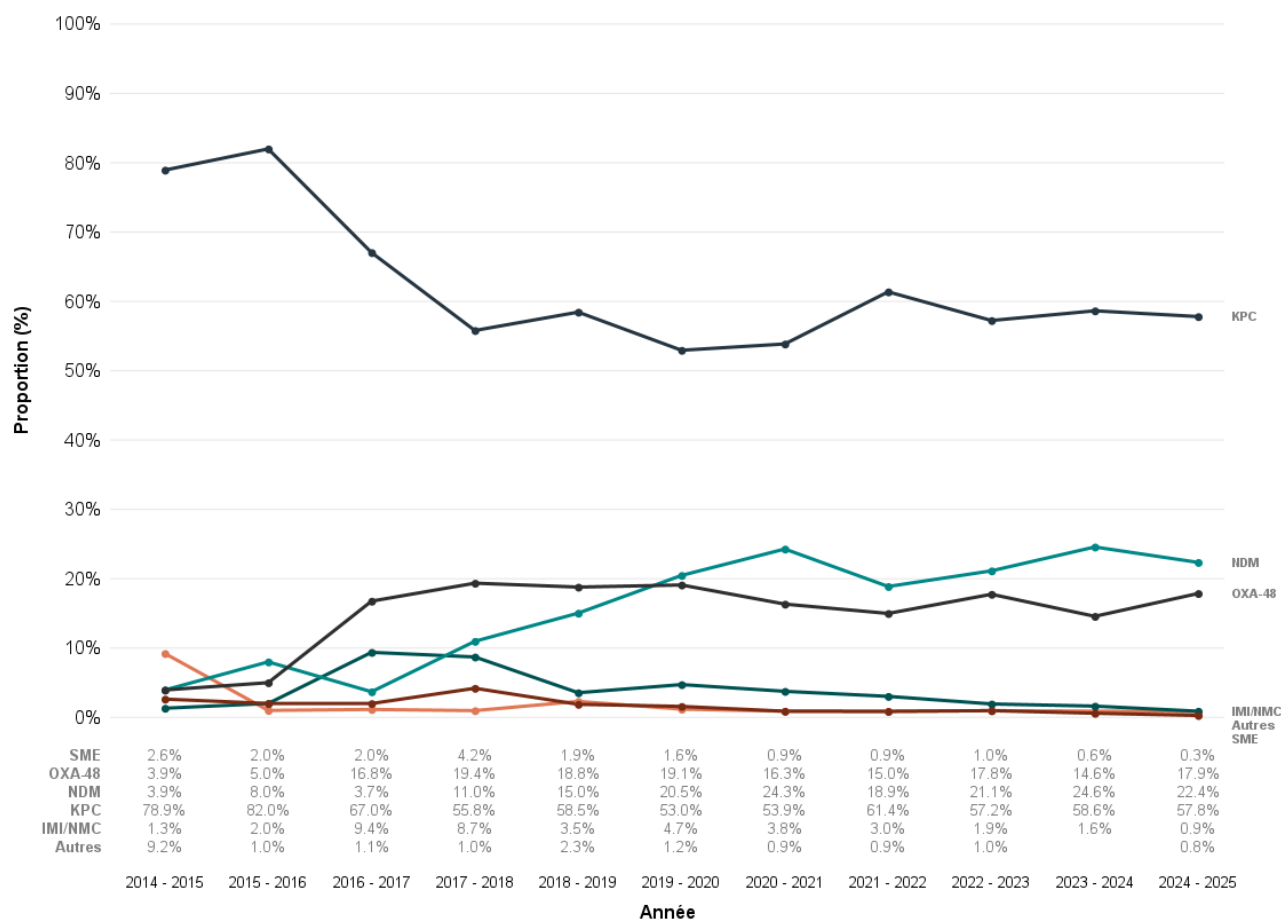
Nom	Gène		Microorganisme	
	Nom	%	Nom	%
KPC	58,3	<i>Citrobacter freundii</i>	250	28,0
		<i>Enterobacter cloacae</i>	220	24,7
		<i>Klebsiella pneumoniae</i>	170	19,1
		<i>Escherichia coli</i>	88	9,9
		<i>Klebsiella oxytoca</i>	75	8,4
		<i>Citrobacter spp.</i>	44	4,9
		Autres entérobactéries	35	3,9
		<i>Enterobacter spp.</i>	8	0,9
		<i>Serratia marcescens</i>	2	0,2
				892
NDM	20,0	<i>Enterobacter cloacae</i>	110	35,9
		<i>Escherichia coli</i>	109	35,6
		<i>Klebsiella pneumoniae</i>	25	8,2
		<i>Citrobacter freundii</i>	21	6,9
		Autres entérobactéries	21	6,9
		<i>Citrobacter spp.</i>	10	3,3
		<i>Klebsiella oxytoca</i>	9	2,9
		<i>Enterobacter spp.</i>	1	0,3
		306		
OXA-48	16,9	<i>Escherichia coli</i>	106	40,9
		<i>Citrobacter freundii</i>	64	24,7
		<i>Klebsiella pneumoniae</i>	44	17,0
		Autres entérobactéries	30	11,6
		<i>Enterobacter cloacae</i>	8	3,1
		<i>Citrobacter spp.</i>	4	1,5
		<i>Klebsiella oxytoca</i>	2	0,8
		<i>Enterobacter spp.</i>	1	0,4
		259		
KPC-NDM	1,5	<i>Citrobacter freundii</i>	12	52,2
		<i>Enterobacter cloacae</i>	4	17,4
		<i>Klebsiella pneumoniae</i>	3	13,0
		<i>Escherichia coli</i>	2	8,7
		<i>Citrobacter spp.</i>	1	4,3
		<i>Enterobacter spp.</i>	1	4,3
		23		
NDM-OXA-48	1,0	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	8	53,3
		<i>Escherichia coli</i>	6	40,0
		<i>Citrobacter spp.</i>	1	6,7
		15		
IMI/NMC	0,9	<i>Enterobacter cloacae</i>	11	84,6
		<i>Enterobacter spp.</i>	2	15,4
		13		
IMP	0,4	Autres entérobactéries	6	100,0
			6	
SME	0,3	<i>Serratia marcescens</i>	4	100,0
			4	

**Tableau 6** Proportion des gènes codant pour une carbapénémase pour les microorganismes isolés, 2024-2025 (suite)

Gène		Microorganisme		
Nom	%	Nom	N	%
KPC-OXA-48	0,3	<i>Citrobacter freundii</i>	2	50,0
		Autres entérobactéries	1	25,0
		<i>Klebsiella oxytoca</i>	1	25,0
			4	
VIM	0,2	<i>Enterobacter cloacae</i>	3	100,0
			3	
GES-KPC	0,1	<i>Citrobacter freundii</i>	1	50,0
		<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1	50,0
			2	
GES	0,1	Autres entérobactéries	1	100,0
			1	
KPC-VIM	0,1	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1	100,0
			1	
<b>Total</b>			<b>1 529</b>	

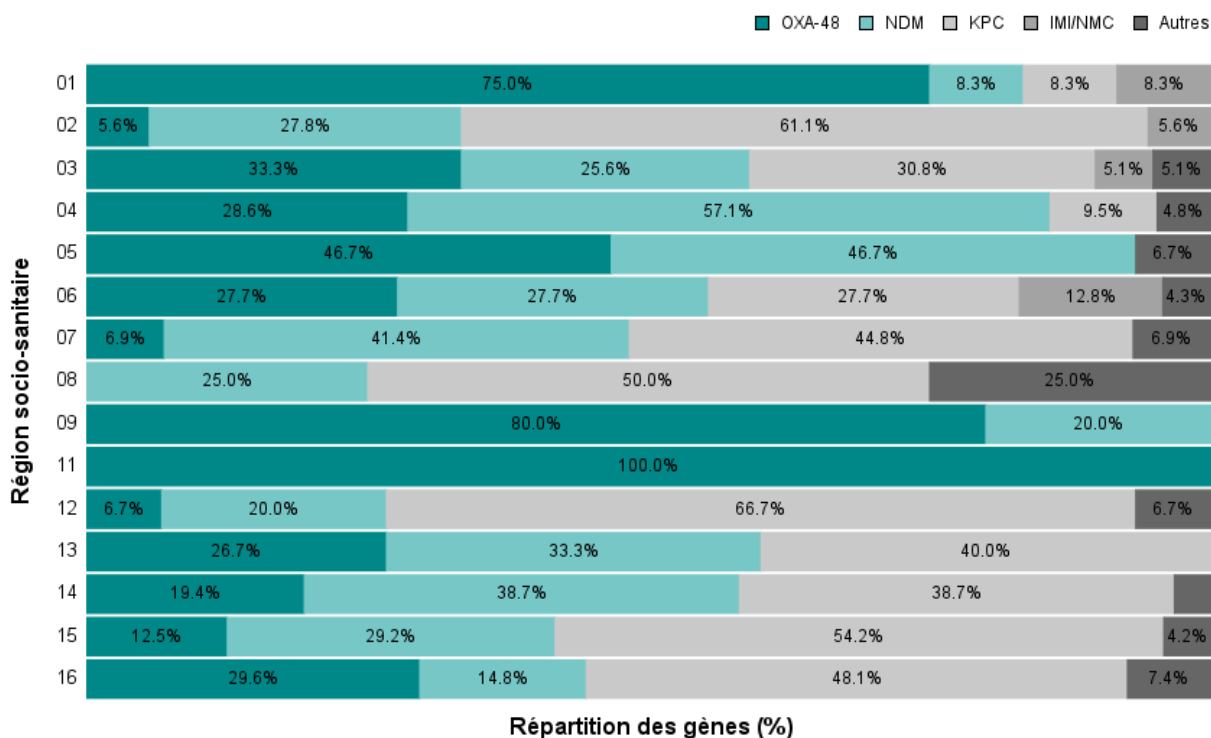
La [figure 5](#) présente l'évolution de la proportion des gènes de résistance pour tous les microorganismes isolés depuis 2014-2015.

**Figure 5** Évolution de la proportion des gènes de résistance, pour tous les microorganismes isolés pour les installations ayant participé, 2014-2015 à 2024-2025



La répartition des gènes varie selon la région sociosanitaire. Dans certaines régions comme 04, le gène NDM est majoritairement rapporté alors que pour les régions 02, 07 et 12, le gène KPC est le plus fréquent. Le gène OXA-48 est plus fréquent dans les régions 01, 09 et 11 ([figure 6](#)). Étant donné le petit nombre de gène dans certaines régions sociosanitaires, les données doivent être interprétées avec prudence. Se référer à la section [4.2 Limites spécifiques au programme SPIN-BGNPC](#).

Figure 6 Répartition des gènes codant pour une carbapénémase par région socio-sanitaire, 2024-2025

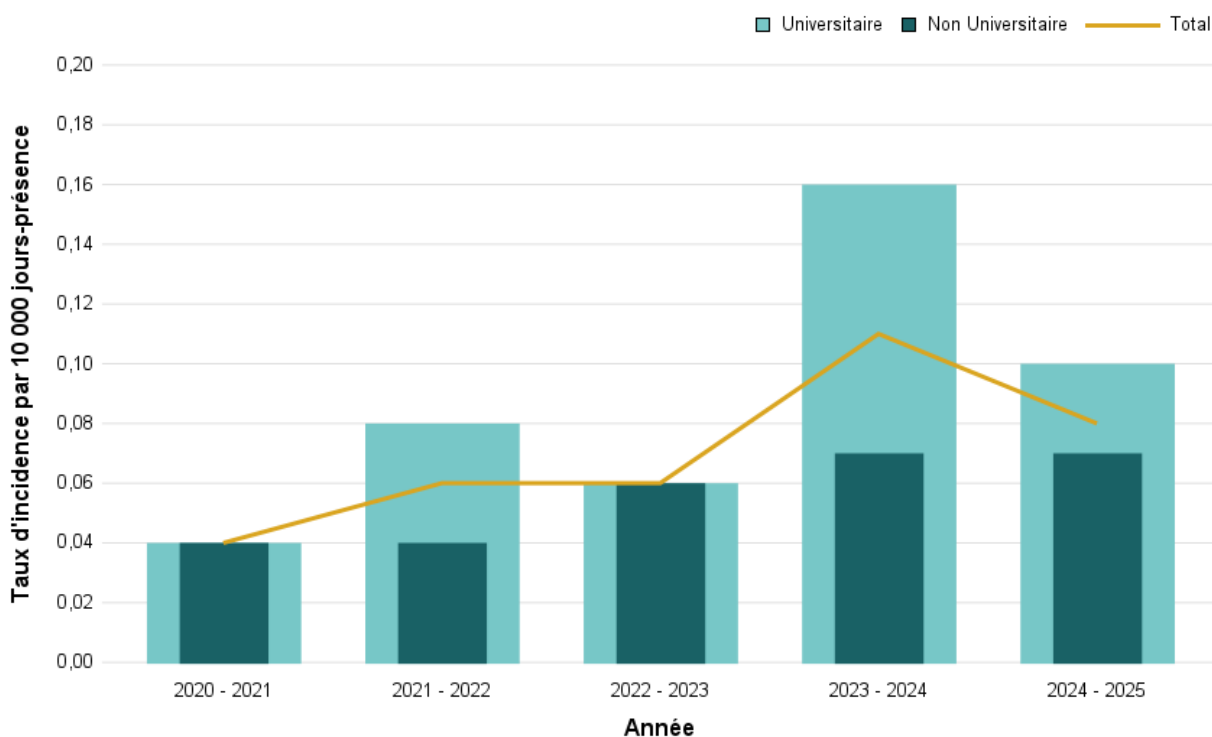


### 3.4 Évolution des taux — infection

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 7](#) et le [tableau 7](#) qui présentent l'évolution des taux d'incidence des infections, prennent en compte seulement les installations (N = 85) participant à la surveillance de façon consécutive depuis les cinq dernières années.

Parmi ces 85 installations, le taux d'incidence des infections nosocomiales à BGNPC (catégories 1a et 1b) de 2024-2025 est de 0,08 cas par 10 000 jours-présence. Dans les installations de mission universitaire et non universitaire, le taux en 2024-2025 est comparable par rapport à 2023-2024 ([figure 7](#) et [tableau 7](#)). Le test statistique de tendance montre une augmentation significative du taux d'incidence au cours des cinq dernières années (IRR = 1,22 [IC 95 % : 1,07 ; 1,38] ; p = 0,003).

**Figure 7** Évolution des taux d'incidence des infections nosocomiales à BGNPC (cat. 1a et 1b) selon la mission, pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 85), 2020-2021 à 2024-2025

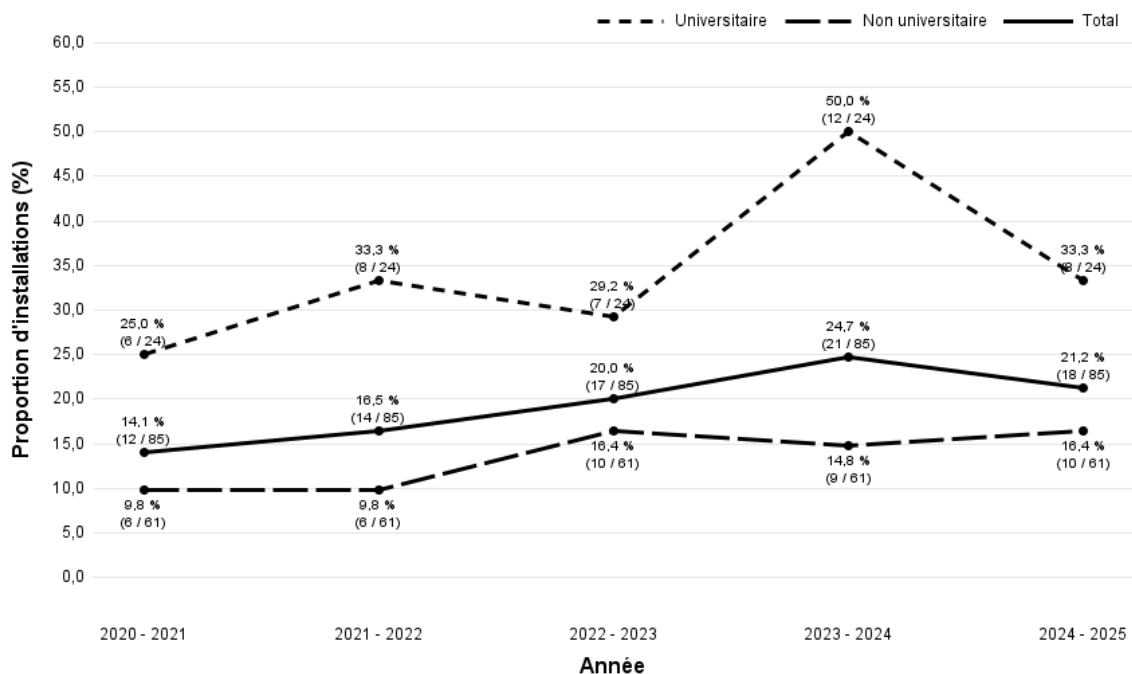


**Tableau 7** Évolution du nombre de cas (N) et des taux d'incidence des infections nosocomiales à BGNPC (cat. 1a et 1b) selon la mission, pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 85), 2020-2021 à 2024-2025

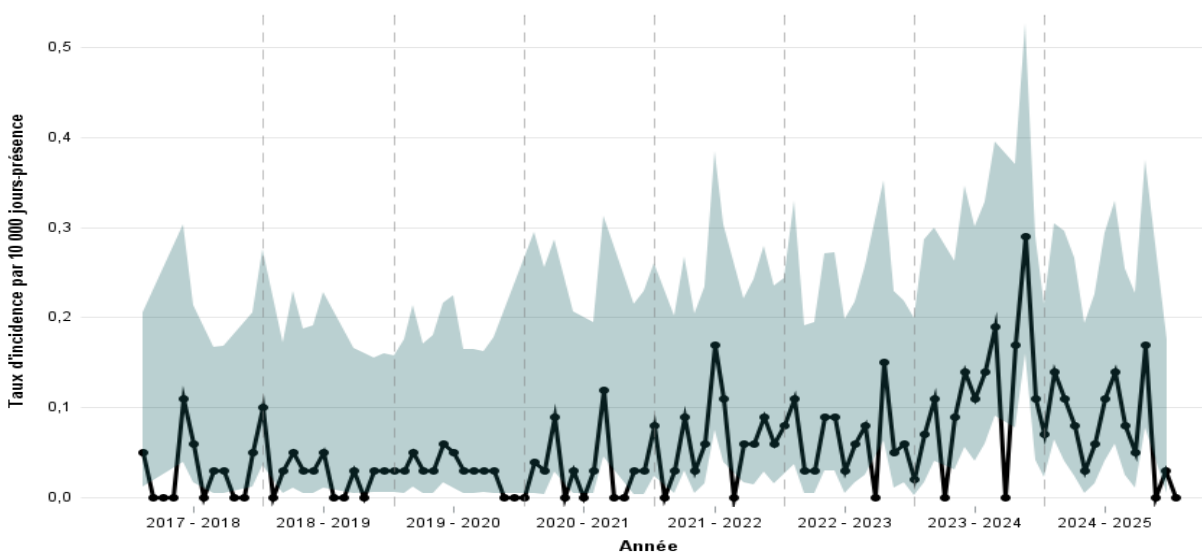
		N et taux d'incidence /10 000 jours-présence [IC à 95 %]									
Mission de l'installation	N	2020 - 2021		2021 - 2022		2022 - 2023		2023 - 2024		2024 - 2025	
		N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux
Non universitaire	61	8	0,04 [0,02 ; 0,08]	10	0,04 [0,02 ; 0,08]	13	0,06 [0,04 ; 0,10]	16	0,07 [0,04 ; 0,11]	16	0,07 [0,04 ; 0,11]
Universitaire	24	8	0,04 [0,02 ; 0,08]	19	0,08 [0,05 ; 0,13]	15	0,06 [0,03 ; 0,10]	38	0,16 [0,12 ; 0,22]	23	0,10 [0,07 ; 0,15]
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>16</b>	<b>0,04</b> <b>[0,03 ; 0,06]</b>	<b>29</b>	<b>0,06</b> <b>[0,04 ; 0,09]</b>	<b>28</b>	<b>0,06</b> <b>[0,04 ; 0,09]</b>	<b>54</b>	<b>0,11</b> <b>[0,08 ; 0,14]</b>	<b>39</b>	<b>0,08</b> <b>[0,06 ; 0,11]</b>

Parmi les 85 installations participantes depuis 2020-2021, 18 installations (21,2 %) ont déclaré avoir eu au moins un cas d'infections nosocomiales à BGNPC (catégories 1a et 1b) en 2024-2025 (figure 8). Globalement, le nombre d'installations ayant déclaré au moins un cas d'infection à BGNPC a diminué de 14,3 % par rapport à 2023-2024 (21 installations). La figure 9 démontre également l'évolution du taux d'incidence des infections nosocomiales à BGNPC (catégories 1a et 1b) pour les installations (N = 75) participant à la surveillance depuis 2017-2018.

**Figure 8** Proportion d'installations ayant au moins un cas d'infection nosocomiale à BGNPC (cat. 1a et 1b) pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 85), 2020-2021 à 2024-2025



**Figure 9** Évolution des taux d'incidence des infections nosocomiales à BGNPC (cat. 1a et 1b) pour les installations participant depuis 2017-2018 (N = 75), 2017-2018 à 2024-2025

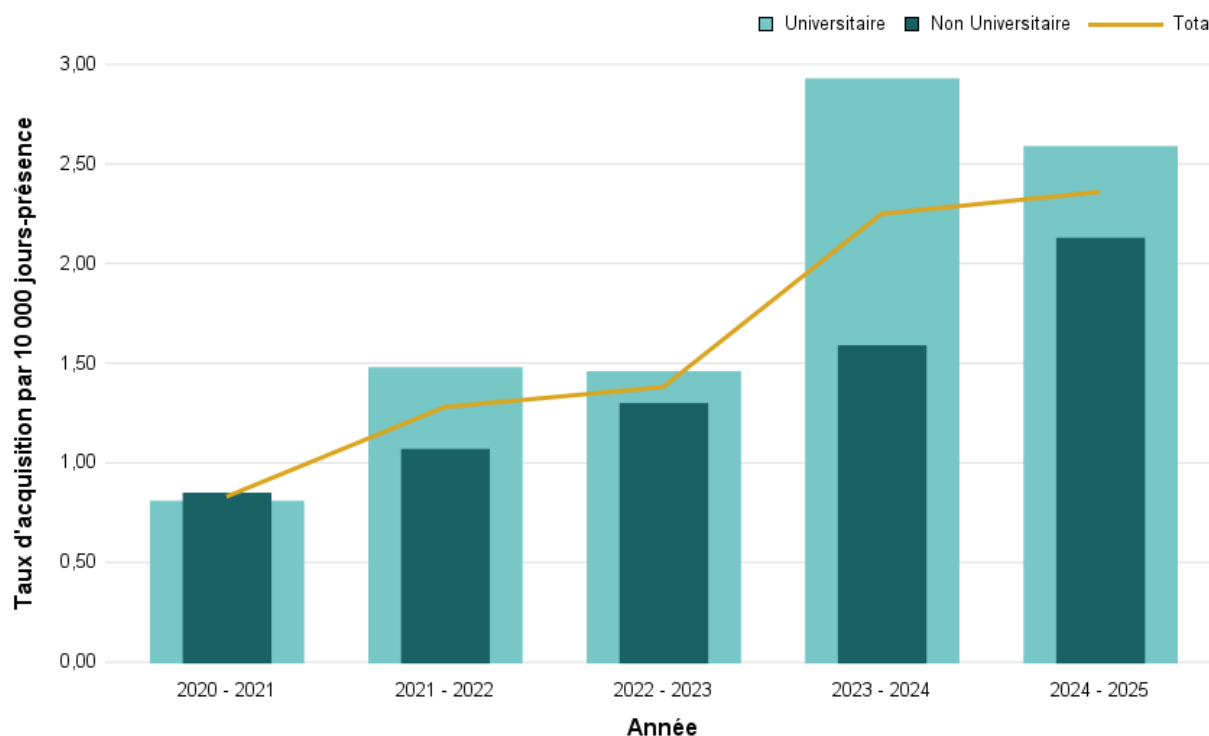


### 3.5 Évolution des taux — colonisation

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, la [figure 10](#) et le [tableau 8](#) qui présentent l'évolution des taux d'incidence des infections, prennent en compte seulement les installations (N = 85) participant à la surveillance de façon consécutive depuis les cinq dernières années.

Parmi ces 85 installations, le taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à BGNPC (catégories 1a et 1b) est de 2,36 cas par 10 000 jours-présence et est comparable au taux de l'année précédente 2023-2024. Dans les installations non universitaires, le taux en 2024-2025 est significativement plus élevé par rapport à 2023-2024. Inversement, dans les installations universitaires, le taux en 2024-2025 est significativement plus bas par rapport à 2023-2024 ([figure 10](#) et [tableau 8](#)). Le test statistique de tendance montre une augmentation significative du taux d'acquisition au cours des cinq dernières années (IRR = 1,29 [IC 95 % : 1,21 ; 1,38] ;  $p < 0,0001$ ).

**Figure 10** Évolution des taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à BGNPC (cat. 1a et 1b) selon la mission, pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 85), 2020-2021 à 2024-2025

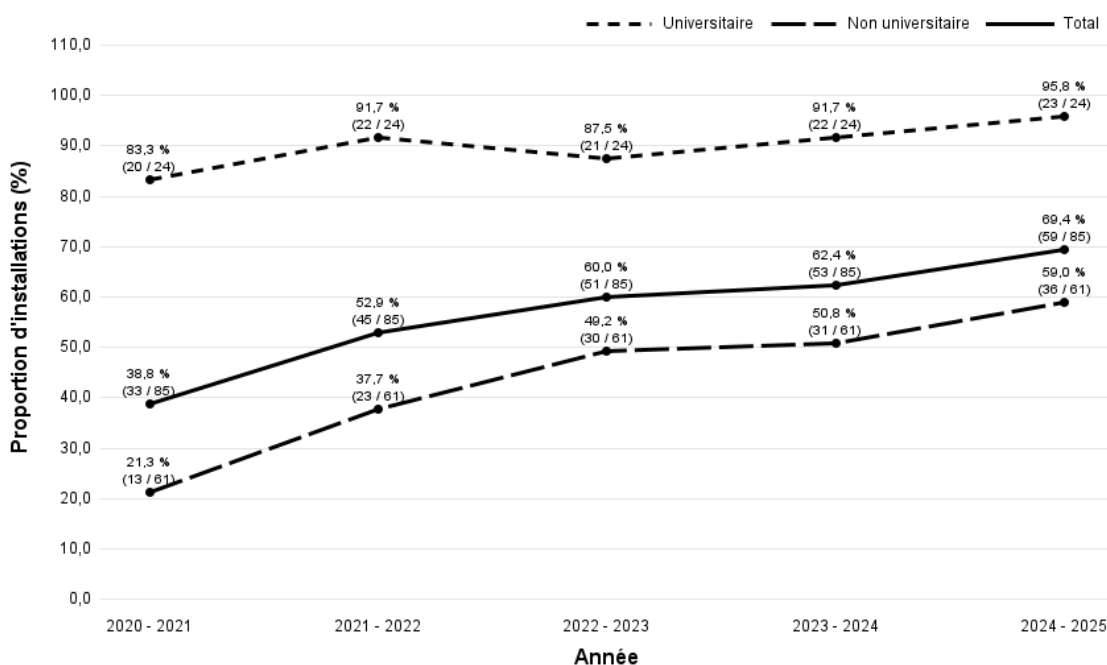


**Tableau 8 Évolution du nombre de cas (N) et du taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à BGNPC (cat. 1a et 1b) selon la mission, pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 85), 2020-2021 à 2024-2025**

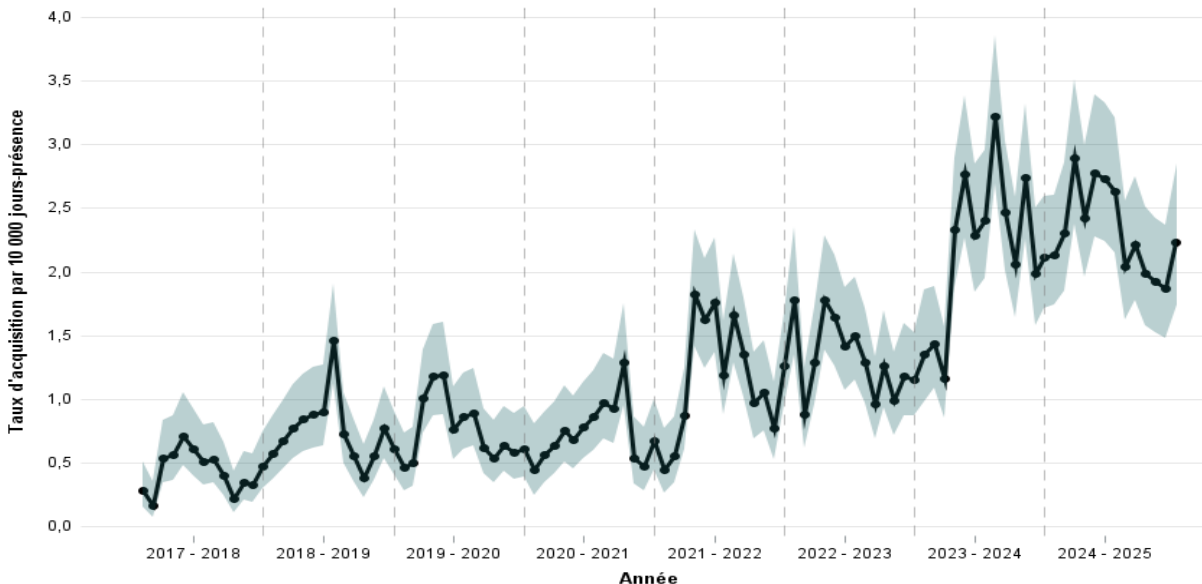
Mission de l'installation	N	N et taux d'acquisition /10 000 jours-présence [IC à 95 %]									
		2020 - 2021		2021 - 2022		2022 - 2023		2023 - 2024		2024 - 2025	
		N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux
Non universitaire	61	184	0,85 [0,74 ; 0,98]	239	1,07 [0,94 ; 1,21]	302	1,30 [1,16 ; 1,45]	384	1,59 [1,44 ; 1,76]	507	2,13 [1,95 ; 2,32]*
Universitaire	24	175	0,81 [0,70 ; 0,94]	337	1,48 [1,33 ; 1,65]	340	1,46 [1,31 ; 1,62]	685	2,93 [2,72 ; 3,16]	620	2,59 [2,39 ; 2,80]*
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>359</b>	<b>0,83</b> <b>[0,75 ; 0,92]</b>	<b>576</b>	<b>1,28</b> <b>[1,18 ; 1,39]</b>	<b>642</b>	<b>1,38</b> <b>[1,28 ; 1,49]</b>	<b>1069</b>	<b>2,25</b> <b>[2,12 ; 2,39]</b>	<b>1127</b>	<b>2,36</b> <b>[2,23 ; 2,50]</b>

Parmi les 85 installations participantes depuis 2020-2021, 59 installations (69,4 %) ont déclaré avoir eu au moins un cas de colonisation nosocomiale à BGNPC (catégories 1a et 1b) en 2024-2025 (figure 11). Globalement, le nombre d'installations ayant déclaré au moins un cas a augmenté de 11,3 % par rapport à 2023-2024 (53 installations), et de 78,8 % par rapport à 2020-2021 (33 installations). La figure 12 démontre également cette hausse dans l'évolution du taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à BGNPC (catégories 1a et 1b) pour les installations (N = 75) participant à la surveillance depuis 2017-2018.

**Figure 11 Proportion d'installations ayant déclaré au moins un cas de colonisation nosocomiale à BGNPC (cat. 1a et 1b) pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 85), 2020-2021 à 2024-2025**



**Figure 12** Évolution des taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à BGNPC (cat. 1a et 1b) pour les installations participant depuis 2017-2018 (N = 75), 2017-2018 à 2024-2025



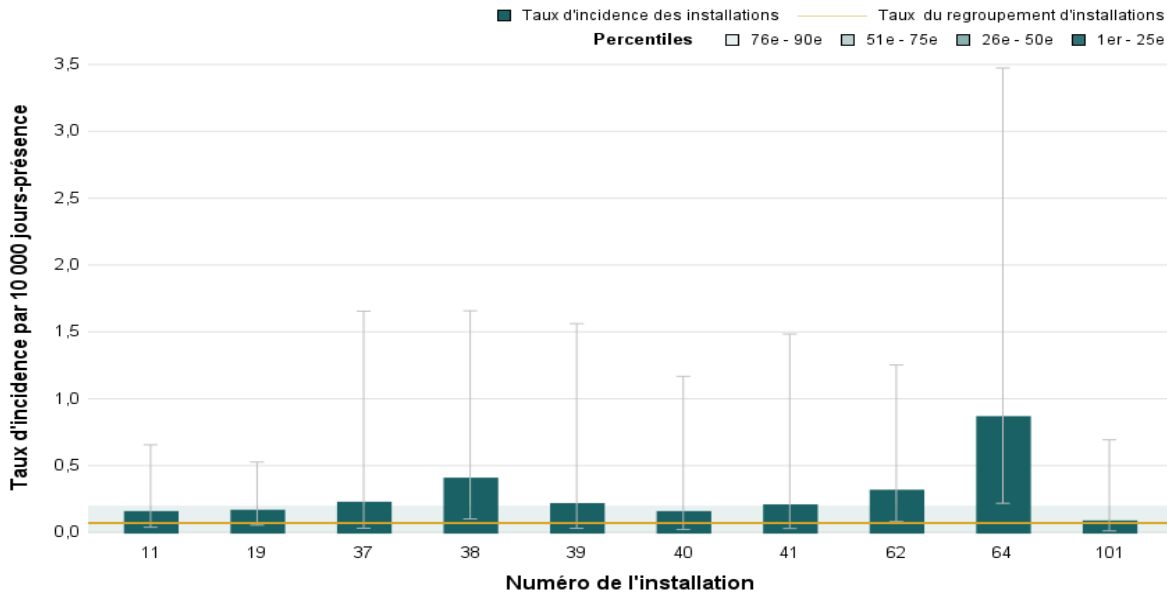
### 3.6 Données par installation et par région sociosanitaire

Les taux d'incidence des infections nosocomiales à BGNPC (catégories 1a et 1b) et les percentiles des taux d'incidence selon la mission sont représentés aux [figure 13](#) et [figure 14](#) (seules les installations ayant déclaré minimalement un cas y sont présentées). Six installations non universitaires présentent un taux supérieur au 90<sup>e</sup> percentile du taux du regroupement d'installations ([figure 13](#)), alors que c'est le cas pour trois installations universitaires ([figure 14](#)).

Les taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à BGNPC (catégories 1a et 1b) selon la mission sont représentés aux [figure 15](#) et [figure 16](#). Seules les installations ayant déclaré au moins un cas d'infection ou de colonisation sont affichées sur les figures. Huit installations non universitaires présentent un taux supérieur au 90<sup>e</sup> percentile du taux du regroupement d'installations ([figure 15](#)), alors que c'est le cas pour deux installations universitaires ([figure 16](#)).

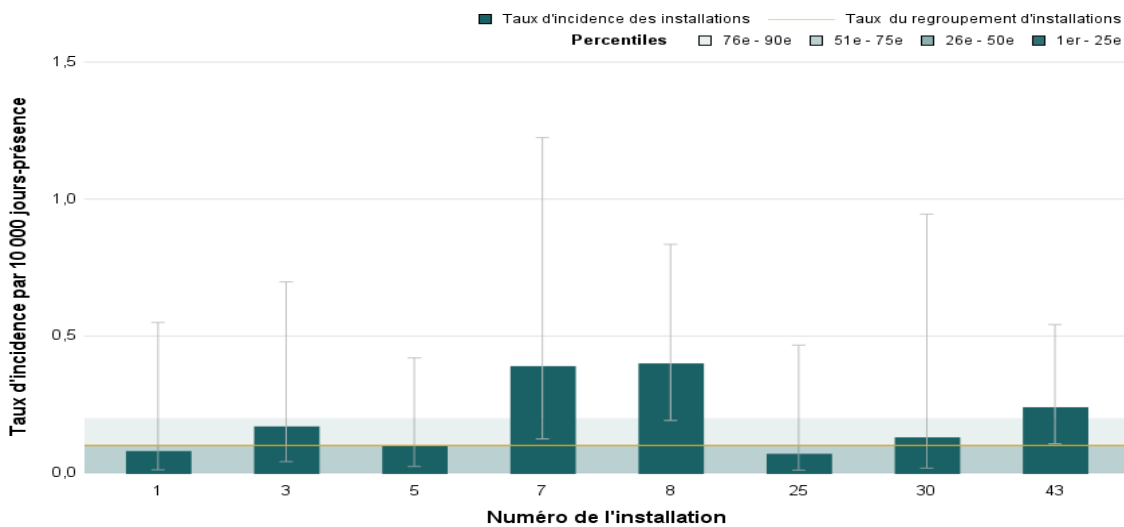
Pour associer le nom de l'installation correspondant au numéro affiché dans les figures suivantes, se référer au dernier tableau à la fin de cette section.

**Figure 13** Taux d'incidence des infections nosocomiales à BGNPC (cat. 1a et 1b) et percentiles des taux d'incidence par installation selon le regroupement non universitaire, 2024-2025



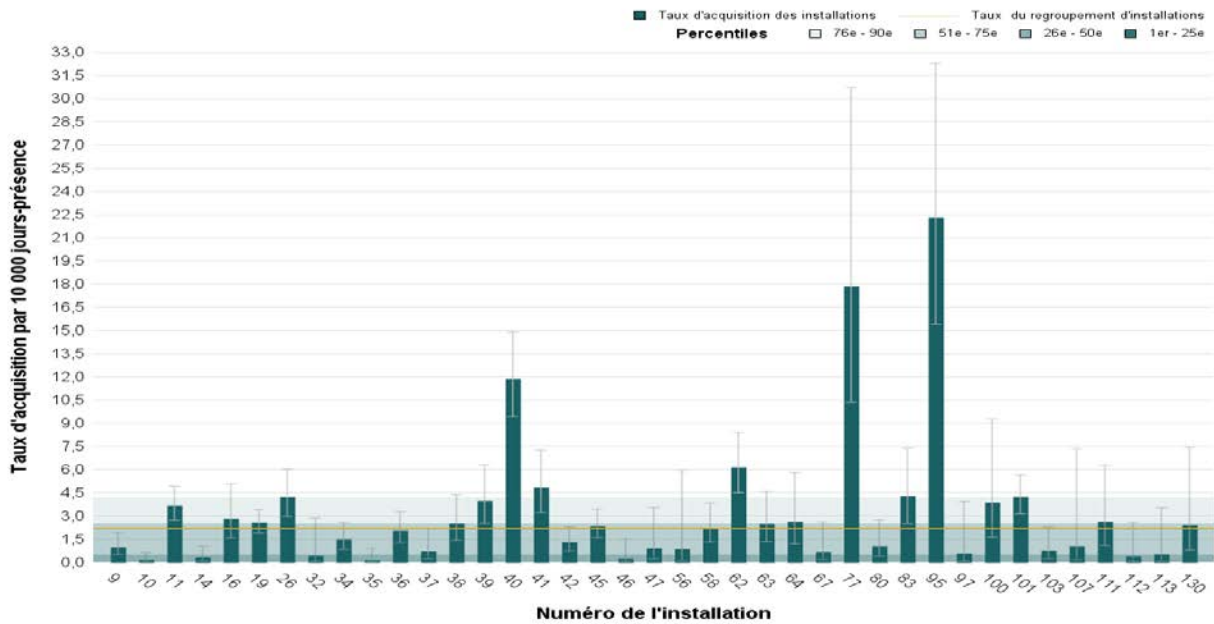
Note : Les installations suivantes n'ont déclaré aucune infection en 2024-2025 : 9, 10, 14, 16, 23, 26, 32, 34, 35, 36, 42, 44, 45, 46, 47, 49, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 61, 63, 65, 67, 70, 71, 72, 74, 75, 77, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 89, 91, 95, 96, 97, 99, 100, 103, 107, 109, 111, 112, 113 et 130.

**Figure 14** Taux d'incidence des infections nosocomiales à BGNPC (cat. 1a et 1b) et percentiles des taux d'incidence par installation selon le regroupement universitaire, 2024-2025



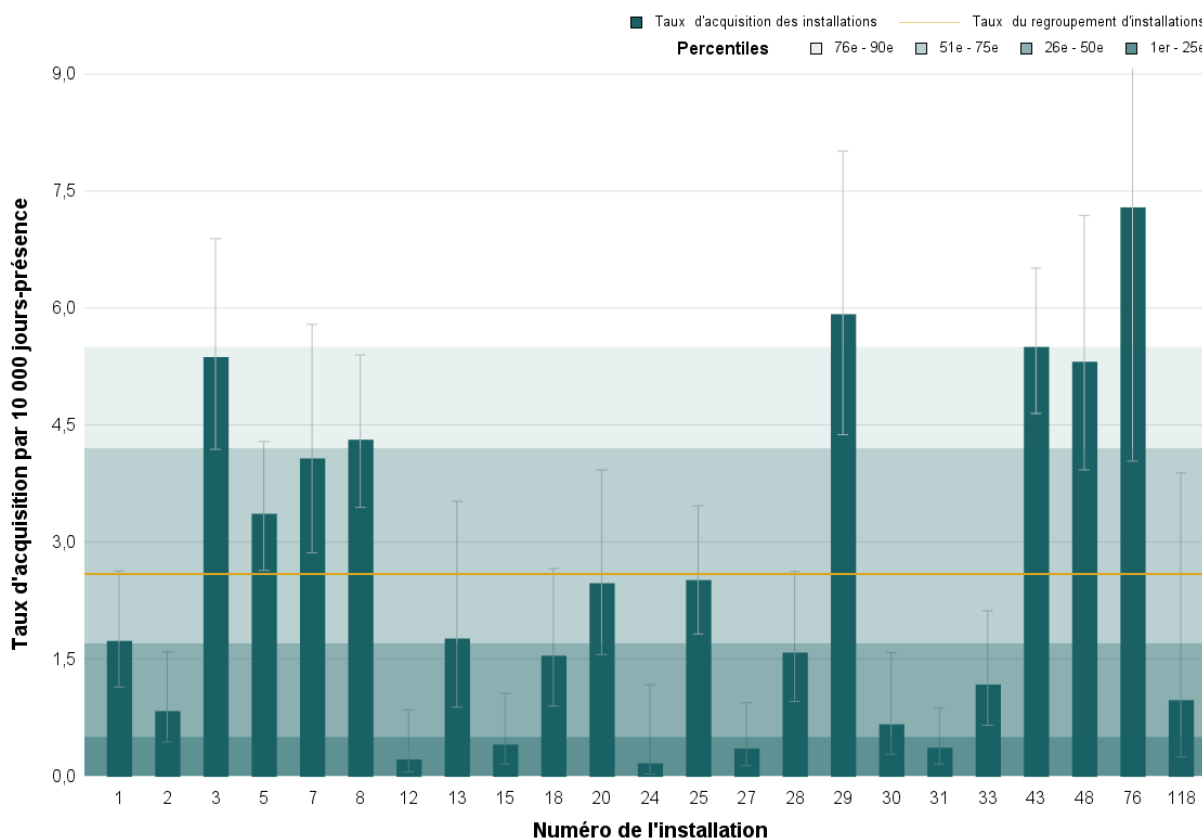
Note : Les installations suivantes n'ont déclaré aucune infection en 2024-2025 : 2, 6, 12, 13, 15, 18, 20, 24, 27, 28, 29, 31, 33, 48, 76 et 118.

**Figure 15** Taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à BGNPC (cat. 1a et 1b) et percentiles des taux d'acquisition par installation selon le regroupement non universitaire, 2024-2025



Note : Les installations suivantes n'ont déclaré aucune colonisation en 2024-2025 : 23, 44, 49, 51, 52, 53, 59, 61, 65, 70, 71, 72, 74, 75, 81, 82, 84, 85, 86, 88, 89, 91, 96, 99 et 109.

**Figure 16** Taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à BGNPC (cat. 1a et 1b) et percentiles des taux d'acquisition par installation selon le regroupement universitaire, 2024-2025

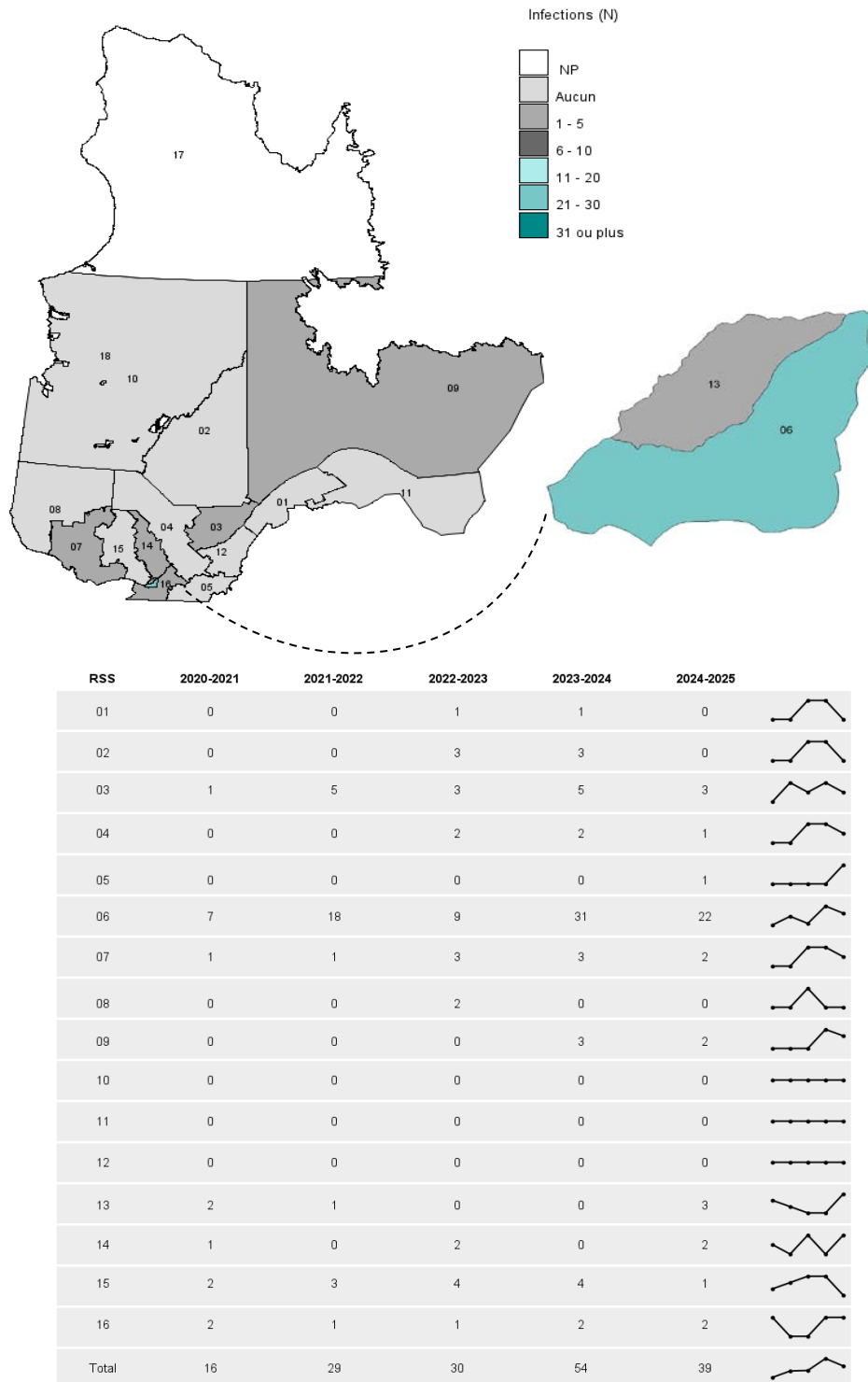


Note : L'installation 6 n'a déclaré aucune colonisation en 2024-2025.

Les [figure 17](#) et [figure 18](#) montrent la répartition géographique des cas d'infections et de colonisations nosocomiales à BGNPC (catégories 1a et 1b) selon la RSS pour l'année 2024-2025.

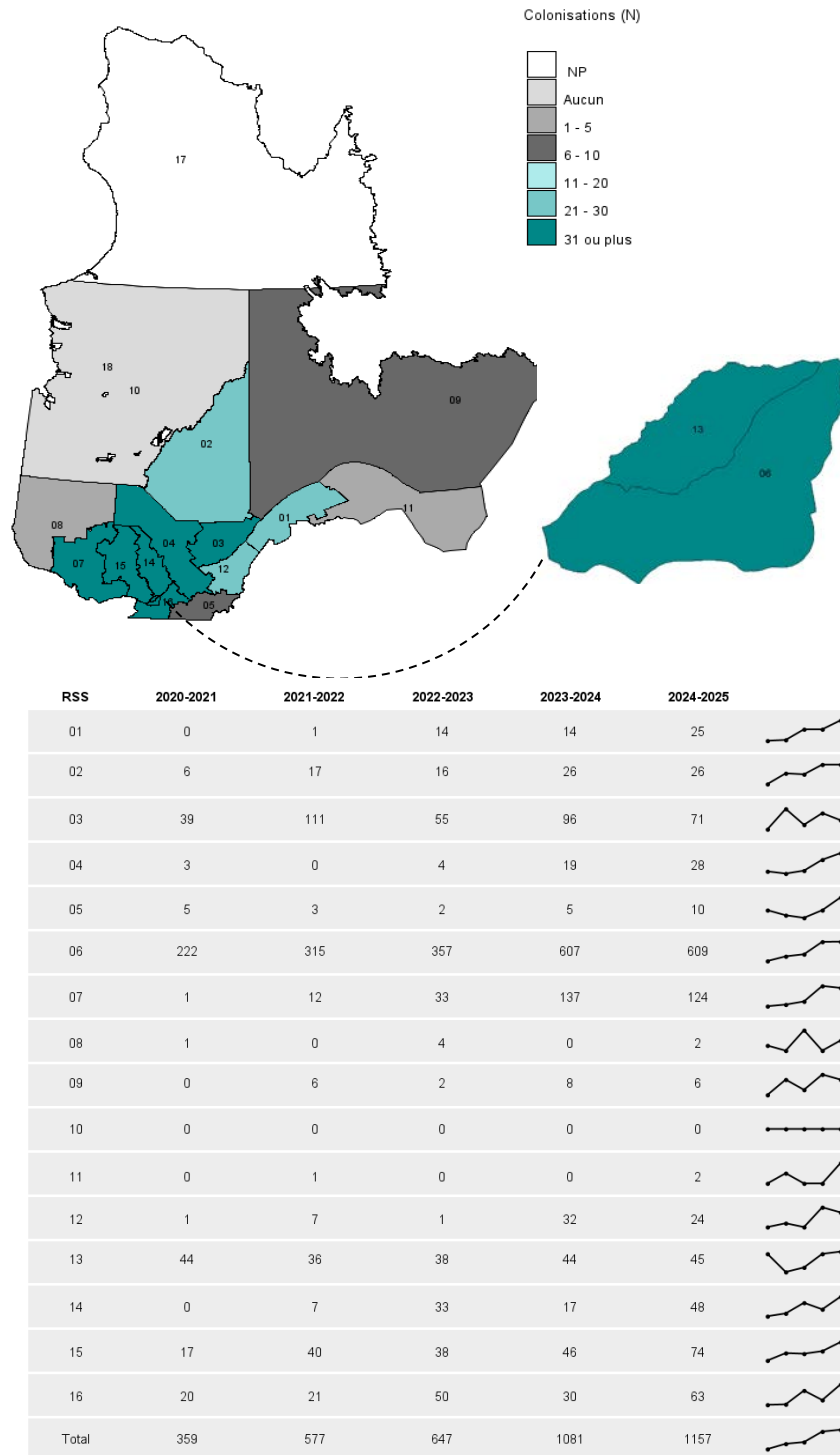
Le nombre de cas d'infection nosocomiale (catégories 1a et 1b) varie de zéro à 22 cas selon la RSS ([figure 17](#)) alors que le nombre de colonisation nosocomiale à BGNPC (catégories 1a et 1b) varie de zéro à 609 cas selon la RSS ([figure 18](#)).

**Figure 17** Répartition et évolution du nombre de cas d'infection nosocomiale à BGNPC (cat. 1a et 1b), par région sociosanitaire (N = 39), 2024-2025



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

**Figure 18** Répartition et évolution du nombre de cas de colonisation nosocomiale à BGNPC (cat. 1a et 1b), par région sociosanitaire (N = 1 157), 2024-2025



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 BGNPC (catégories 1a et 1b) par installation a varié de zéro à 0,87 cas par 10 000 jours-présence ([tableau 9](#)), alors que le taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à BGNPC (catégories 1a et 1b) a varié de zéro à 22,31 cas par 10 000 jours-présence ([tableau 10](#)).

Un total de 26 installations (29,5 %) n'a déclaré aucune infection ni colonisation nosocomiale à BGNPC (catégories 1a et 1b) pour l'année 2024-2025.

Un sommaire détaillé de ces données par installation est présenté aux [tableau 9](#) et [tableau 10](#). Toutes les installations qui doivent participer à la surveillance y sont, 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 le taux d'incidence est égal à zéro, l'intervalle de confiance n'est pas calculé.

**Tableau 9 Évolution du nombre de cas (N) et des taux d'incidence des infections nosocomiales à BGNPC (cat. 1a et 1b), par installation et par région sociosanitaire, 2022-2023 à 2024-2025**

Numéro	Nom de l'installation	N, Taux d'incidence /10 000 jours-présence [IC à 95 %]					
		2022 - 2023		2023 - 2024		2024 - 2025	
		N	Taux	N	Taux	N	Taux
<b>Région 01 - Bas-Saint-Laurent</b>		<b>1</b>	<b>0,10 [0,01 ; 0,71]</b>	<b>1</b>	<b>0,10 [0,02 ; 0,65]</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
16	Hôpital Régional de Rimouski	1	0,23 [0,03 ; 1,66]	1	0,21 [0,03 ; 1,49]	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
<b>Région 02 - Saguenay-Lac-Saint-Jean</b>		<b>3</b>	<b>0,18 [0,06 ; 0,56]</b>	<b>3</b>	<b>0,18 [0,06 ; 0,55]</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
20	Hôpital de Chicoutimi	3	0,43 [0,14 ; 1,35]	3	0,40 [0,13 ; 1,24]	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
<b>Région 03 - Capitale-Nationale</b>		<b>3</b>	<b>0,05 [0,01 ; 0,17]</b>	<b>5</b>	<b>0,09 [0,04 ; 0,22]</b>	<b>3</b>	<b>0,05 [0,02 ; 0,17]</b>
2	Hôpital de l'Enfant-Jésus	0	0	1	0,10 [0,02 ; 0,66]	0	0
7	Hôtel-Dieu de Québec	1	0,13 [0,02 ; 0,90]	3	0,40 [0,13 ; 1,25]	3	0,39 [0,12 ; 1,22]
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	2	0,21 [0,05 ; 0,85]	1	0,11 [0,02 ; 0,73]	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 9 Évolution du nombre de cas (N) et des taux d'incidence des infections nosocomiales à BGNPC (cat. 1a et 1b), par installation et par région sociosanitaire, 2022-2023 à 2024-2025 (suite)**

Numéro	Nom de l'installation	N, Taux d'incidence /10 000 jours-présence [IC à 95 %]					
		2022 - 2023		2023 - 2024		2024 - 2025	
		N	Taux	N	Taux	N	Taux
<b>Région 04 - Mauricie et Centre-du-Québec</b>		<b>2</b>	<b>0,07 [0,02 ; 0,28]</b>	<b>2</b>	<b>0,07 [0,02 ; 0,27]</b>	<b>1</b>	<b>0,03 [0,00 ; 0,29]</b>
23	Hôtel-Dieu d'Arthabaska	2	0,43 [0,11 ; 1,73]	0	0	0	0
31	Pavillon Sainte-Marie	0	0	1	0,07 [0,01 ; 0,51]	0	0
41	Hôpital du Centre-de-la-Mauricie	0	0	1	0,20 [0,03 ; 1,40]	1	0,21 [0,03 ; 1,48]
44	Hôpital Sainte-Croix	0	0	0	0	0	0
85	Centre Multi. SSS du Haut-Saint-Maurice	0	0	0	0	0	0
<b>Région 05 - Estrie</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0,04 [0,01 ; 0,25]</b>
15	CHUS - Hôpital Fleurimont	0	0	0	0	0	0
30	CHUS - Hôtel-Dieu de Sherbrooke	0	0	0	0	1	0,13 [0,02 ; 0,95]
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
<b>Région 06 - Montréal</b>		<b>9</b>	<b>0,06 [0,03 ; 0,11]</b>	<b>31</b>	<b>0,19 [0,13 ; 0,27]</b>	<b>22</b>	<b>0,13 [0,08 ; 0,20]</b>
3	Hôpital Glen - Royal Victoria	0	0	2	0,18 [0,05 ; 0,70]	2	0,17 [0,04 ; 0,70]
5	Hôpital Général Juif	0	0	0	0	2	0,10 [0,02 ; 0,42]
6	Hôpital Glen - Enfants	0	0	0	0	0	0
8	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	2	0,12 [0,03 ; 0,50]	3	0,18 [0,06 ; 0,55]	7	0,40 [0,19 ; 0,83]
12	CHU Sainte-Justine	0	0	0	0	0	0
13	Institut de Cardiologie de Montréal	0	0	1	0,23 [0,03 ; 1,59]	0	0
25	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	0	0	2	0,14 [0,03 ; 0,56]	1	0,07 [0,01 ; 0,47]
26	Hôpital de Verdun	0	0	3	0,43 [0,14 ; 1,33]	0	0
29	Hôpital Général de Montréal	1	0,14 [0,02 ; 1,05]	0	0	0	0
34	Hôpital Santa Cabrini	0	0	0	0	0	0
36	Hôpital Général du Lakeshore	0	0	0	0	0	0
38	Hôpital Jean-Talon	0	0	0	0	2	0,41 [0,10 ; 1,66]
43	Centre Hospitalier de l'Université de Montréal	5	0,22 [0,09 ; 0,53]	18	0,74 [0,47 ; 1,17]	6	0,24 [0,11 ; 0,54]
48	Centre Hospitalier de St. Mary	0	0	0	0	0	0
62	Hôpital Notre-Dame	1	0,17 [0,02 ; 1,24]	0	0	2	0,32 [0,08 ; 1,25]
76	Hôpital de Lachine	0	0	0	0	0	0
80	Hôpital Fleury	0	0	0	0	0	0
83	Hôpital de Lasalle	0	0	1	0,35 [0,05 ; 2,46]	0	0
118	Hôpital Neurologique de Montréal	0	0	1	0,45 [0,06 ; 3,21]	0	0

**Tableau 9 Évolution du nombre de cas (N) et des taux d'incidence des infections nosocomiales à BGNPC (cat. 1a et 1b), par installation et par région sociosanitaire, 2022-2023 à 2024-2025 (suite)**

Numéro	Nom de l'installation	N, Taux d'incidence /10 000 jours-présence [IC à 95 %]					
		2022 - 2023		2023 - 2024		2024 - 2025	
		N	Taux	N	Taux	N	Taux
	<b>Région 07 - Outaouais</b>	<b>3</b>	<b>0,21 [0,07 ; 0,65]</b>	<b>3</b>	<b>0,19 [0,06 ; 0,59]</b>	<b>2</b>	<b>0,13 [0,03 ; 0,52]</b>
39	Hôpital de Gatineau	0	0	1	0,17 [0,02 ; 1,18]	1	0,22 [0,03 ; 1,56]
40	Hôpital de Hull	1	0,20 [0,03 ; 1,35]	2	0,36 [0,09 ; 1,42]	1	0,16 [0,02 ; 1,17]
51	Hôpital de Maniwaki	0	0	0	0	0	0
95	Hôpital et CHSLD du Pontiac	2	1,54 [0,39 ; 6,13]	0	0	0	0
111	Hôpital et CHSLD de Papineau	0	0	0	0	0	0
	<b>Région 08 - Abitibi-Témiscamingue</b>	<b>2</b>	<b>0,28 [0,07 ; 1,11]</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
47	Hôpital de Rouyn-Noranda	0	0	0	0	0	0
52	Hôpital d'Amos	0	0	0	0	0	0
65	Hôpital de Val-d'Or	2	1,00 [0,25 ; 3,99]	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
	<b>Région 09 - Côte-Nord</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0,56 [0,18 ; 1,74]</b>	<b>2</b>	<b>0,44 [0,11 ; 1,74]</b>
64	CLSC et Hôpital Le Royer	0	0	3	1,10 [0,35 ; 3,41]	2	0,87 [0,22 ; 3,47]
72	Hôpital et CLSC de Sept-Îles	0	0	0	0	0	0
	<b>Région 10 - Nord-du-Québec</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
96	Centre de Santé de Chibougamau	0	0	0	0	0	0
	<b>Région 11 - Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
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
	<b>Région 12 - Chaudière-Appalaches</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
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 9 Évolution du nombre de cas (N) et des taux d'incidence des infections nosocomiales à BGNPC (cat. 1a et 1b), par installation et par région sociosanitaire, 2022-2023 à 2024-2025 (suite)**

Numéro	Nom de l'installation	N, Taux d'incidence /10 000 jours-présence [IC à 95 %]					
		2022 - 2023		2023 - 2024		2024 - 2025	
		N	Taux	N	Taux	N	Taux
	<b>Région 13 - Laval</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0,17 [0,05 ; 0,53]</b>
19	Hôpital de la Cité-de-la-Santé	0	0	0	0	3	0,17 [0,05 ; 0,53]
	<b>Région 14 - Lanaudière</b>	<b>2</b>	<b>0,10 [0,03 ; 0,38]</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0,09 [0,02 ; 0,38]</b>
11	Hôpital Pierre-Le Gardeur	1	0,08 [0,01 ; 0,60]	0	0	2	0,16 [0,04 ; 0,66]
14	Hôpital de Lanaudière et CHSLD Parphilia-Ferland	1	0,12 [0,02 ; 0,80]	0	0	0	0
	<b>Région 15 - Laurentides</b>	<b>4</b>	<b>0,15 [0,06 ; 0,39]</b>	<b>4</b>	<b>0,14 [0,05 ; 0,38]</b>	<b>1</b>	<b>0,04 [0,01 ; 0,23]</b>
45	Hôpital de Saint-Eustache	1	0,10 [0,01 ; 0,70]	2	0,19 [0,05 ; 0,75]	0	0
56	Centre Multi. SSS d'Argenteuil	0	0	0	0	0	0
81	Hôpital de Mont-Laurier	0	0	0	0	0	0
101	Hôpital de Saint-Jérôme	2	0,18 [0,05 ; 0,72]	2	0,17 [0,04 ; 0,70]	1	0,09 [0,01 ; 0,69]
103	Centre Multi. SSS de Sainte-Agathe	1	0,29 [0,04 ; 2,08]	0	0	0	0
	<b>Région 16 - Montérégie</b>	<b>1</b>	<b>0,02 [0,00 ; 0,10]</b>	<b>2</b>	<b>0,03 [0,01 ; 0,13]</b>	<b>2</b>	<b>0,03 [0,01 ; 0,13]</b>
1	Hôpital Charles-Le Moyne	1	0,08 [0,01 ; 0,57]	2	0,15 [0,04 ; 0,62]	1	0,08 [0,01 ; 0,55]
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	1	0,23 [0,03 ; 1,65]
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
	<b>Ensemble du Québec</b>	<b>30</b>	<b>0,06 [0,04 ; 0,09]</b>	<b>54</b>	<b>0,11 [0,08 ; 0,14]</b>	<b>39</b>	<b>0,08 [0,06 ; 0,11]</b>

**Tableau 10 Évolution du nombre de cas (N), des taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à BGNPC (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
	<b>Région 01 - Bas-Saint-Laurent</b>	<b>14</b>	<b>1,40 [0,83 ; 2,37]</b>	<b>0,81</b>	<b>14</b>	<b>1,34 [0,79 ; 2,26]</b>	<b>1,16</b>	<b>25</b>	<b>2,61 [1,76 ; 3,86]</b>	<b>1,13</b>
16	Hôpital Régional de Rimouski	12	2,79 [1,59 ; 4,91]	1,05	12	2,52 [1,43 ; 4,44]	1,31	11	2,81 [1,56 ; 5,07]	1,17
32	Centre Hospitalier Régional du Grand-Portage	1	0,38 [0,05 ; 2,70]	0,72	1	0,40 [0,06 ; 2,85]	0,95	1	0,40 [0,06 ; 2,84]	1,03
61	Hôpital Notre-Dame-de-Fatima	0	0	0,47	0	0	1,06	0	0	1,17
71	Hôpital de Matane	0	0	0,59	0	0	1,16	0	0	1,17
77	Hôpital d'Amqui	1	1,36 [0,19 ; 9,71]	0,74	1	1,32 [0,19 ; 9,38]	1,48	13	17,84 [10,36;30,72]	1,52
84	Hôpital de Notre-Dame-du-Lac	0	0	0,54	0	0	0,87	0	0	0,88
	<b>Région 02 - Saguenay-Lac-Saint-Jean</b>	<b>16</b>	<b>0,96 [0,59 ; 1,57]</b>	<b>0,89</b>	<b>26</b>	<b>1,54 [1,05 ; 2,26]</b>	<b>1,07</b>	<b>26</b>	<b>1,51 [1,03 ; 2,22]</b>	<b>1,01</b>
20	Hôpital de Chicoutimi	10	1,44 [0,77 ; 2,68]	0,82	25	3,34 [2,26 ; 4,94]	1,20	18	2,47 [1,56 ; 3,92]	1,04
67	Hôpital et Centre de Réadaptation de Jonquière	1	0,33 [0,05 ; 2,30]	1,25	0	0	1,26	2	0,65 [0,16 ; 2,61]	1,26
74	Hôpital de Dolbeau-Mistassini	3	2,55 [0,82 ; 7,91]	1,21	0	0	1,13	0	0	0,98
88	Hôpital et CHSLD de Roberval	0	0	0,72	0	0	0,65	0	0	0,72
100	Hôpital de la Baie	0	0	1,35	1	0,89 [0,13 ; 6,30]	1,54	5	3,86 [1,61 ; 9,27]	1,99
112	Hôpital d'Alma	2	0,76 [0,19 ; 3,03]	0,82	0	0	0,75	1	0,37 [0,05 ; 2,59]	0,81
	<b>Région 03 - Capitale-Nationale</b>	<b>55</b>	<b>0,98 [0,75 ; 1,28]</b>	<b>0,76</b>	<b>96</b>	<b>1,74 [1,43 ; 2,12]</b>	<b>0,81</b>	<b>71</b>	<b>1,25 [0,99 ; 1,58]</b>	<b>0,83</b>
2	Hôpital de l'Enfant-Jésus	8	0,76 [0,38 ; 1,52]	1,10	19	1,82 [1,16 ; 2,86]	1,32	9	0,83 [0,43 ; 1,59]	1,01
7	Hôtel-Dieu de Québec	21	2,70 [1,76 ; 4,14]	1,82	26	3,49 [2,38 ; 5,12]	1,71	31	4,07 [2,86 ; 5,79]	1,50
24	Hôpital du Saint-Sacrement	1	0,17 [0,02 ; 1,18]	1,12	3	0,51 [0,17 ; 1,57]	0,93	1	0,16 [0,02 ; 1,17]	0,99
27	CHUL	1	0,09 [0,01 ; 0,62]	0,27	6	0,54 [0,24 ; 1,21]	0,27	4	0,35 [0,13 ; 0,94]	0,17
28	Hôpital Saint-François d'Assise	9	0,97 [0,50 ; 1,87]	0,61	10	1,08 [0,58 ; 2,00]	0,64	15	1,58 [0,95 ; 2,62]	0,64
33	Institut Universitaire de Cardiologie et de Pneumologie de Québec	14	1,48 [0,88 ; 2,50]	0,52	32	3,40 [2,40 ; 4,81]	0,73	11	1,17 [0,65 ; 2,12]	1,25
59	Centre Multi. SSS de Baie-Saint-Paul	1	1,00 [0,14 ; 7,08]	1,94	0	0	1,69	0	0	1,70
86	Hôpital et CLSC de la Malbaie	0	0	1,53	0	0	1,62	0	0	1,59

Tableau 10 Évolution du nombre de cas (N), des taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à BGNPC (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
	<b>Région 04 - Mauricie et Centre-du-Québec</b>	<b>4</b>	<b>0,14 [0,05 ; 0,37]</b>	<b>0,10</b>	<b>19</b>	<b>0,64 [0,41 ; 1,00]</b>	<b>0,21</b>	<b>28</b>	<b>0,97 [0,67 ; 1,40]</b>	<b>0,27</b>
23	Hôtel-Dieu d'Arthabaska	2	0,43 [0,11 ; 1,73]	0,08	0	0	0,06	0	0	0,08
31	Pavillon Sainte-Marie	1	0,07 [0,01 ; 0,56]	0,12	4	0,28 [0,10 ; 0,76]	0,26	5	0,36 [0,15 ; 0,87]	0,30
41	Hôpital du Centre-de-la-Mauricie	0	0	0,02	14	2,78 [1,65 ; 4,69]	0,30	23	4,82 [3,20 ; 7,25]	0,73
44	Hôpital Sainte-Croix	1	0,19 [0,03 ; 1,32]	0,16	1	0,19 [0,03 ; 1,31]	0,20	0	0	0,09
85	Centre Multi. SSS du Haut-Saint-Maurice	0	0	0,00	0	0	0,01	0	0	0,02
	<b>Région 05 - Estrie</b>	<b>2</b>	<b>0,09 [0,02 ; 0,33]</b>	<b>0,48</b>	<b>5</b>	<b>0,18 [0,07 ; 0,44]</b>	<b>0,42</b>	<b>10</b>	<b>0,37 [0,20 ; 0,69]</b>	<b>0,46</b>
15	CHUS - Hôpital Fleurimont	1	0,10 [0,01 ; 0,68]	0,64	0	0	0,48	4	0,40 [0,15 ; 1,06]	0,56
30	CHUS - Hôtel-Dieu de Sherbrooke	1	0,13 [0,02 ; 0,87]	0,49	2	0,26 [0,07 ; 1,02]	0,36	5	0,66 [0,28 ; 1,58]	0,64
46	Hôpital de Granby	--	--	.	0	0	0,38	1	0,22 [0,03 ; 1,50]	0,18
49	Centre Multi. SSS de Memphrémagog	0	0	0,16	0	0	0,19	0	0	0,12
75	CSSS du Granit	0	0	0,02	0	0	0,08	0	0	0,06
99	Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins	0	0	0,05	3	1,07 [0,34 ; 3,33]	0,47	0	0	0,22
	<b>Région 06 - Montréal</b>	<b>357</b>	<b>2,26 [2,04 ; 2,51]</b>	<b>1,12</b>	<b>607</b>	<b>3,75 [3,46 ; 4,06]</b>	<b>1,14</b>	<b>609</b>	<b>3,66 [3,38 ; 3,96]</b>	<b>1,17</b>
3	Hôpital Glen - Royal Victoria	45	3,88 [2,90 ; 5,20]	1,10	58	5,13 [3,97 ; 6,63]	1,00	62	5,37 [4,19 ; 6,89]	0,90
5	Hôpital Général Juif	44	2,39 [1,78 ; 3,21]	1,21	63	3,61 [2,82 ; 4,62]	1,15	65	3,36 [2,63 ; 4,29]	1,17
6	Hôpital Glen - Enfants	2	0,47 [0,12 ; 1,88]	0,16	1	0,26 [0,04 ; 1,89]	0,18	0	0	0,09
8	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	38	2,35 [1,71 ; 3,23]	1,10	63	3,76 [2,94 ; 4,81]	1,02	76	4,31 [3,44 ; 5,40]	1,12
12	CHU Sainte-Justine	0	0	0,10	0	0	0,10	2	0,21 [0,05 ; 0,85]	0,14
13	Institut de Cardiologie de Montréal	5	1,15 [0,48 ; 2,76]	1,00	11	2,49 [1,38 ; 4,50]	0,96	8	1,76 [0,88 ; 3,52]	0,78
25	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	24	1,80 [1,21 ; 2,69]	2,15	74	5,20 [4,14 ; 6,53]	1,84	37	2,51 [1,82 ; 3,46]	1,85
26	Hôpital de Verdun	41	6,54 [4,82 ; 8,88]	1,41	27	3,87 [2,65 ; 5,64]	2,70	30	4,21 [2,94 ; 6,02]	2,82
29	Hôpital Général de Montréal	22	3,17 [2,09 ; 4,81]	1,45	33	4,58 [3,26 ; 6,44]	1,10	42	5,92 [4,37 ; 8,01]	1,10
34	Hôpital Santa Cabrini	13	1,59 [0,92 ; 2,74]	1,38	4	0,46 [0,17 ; 1,22]	1,22	12	1,47 [0,83 ; 2,59]	1,23
36	Hôpital Général du Lakeshore	0	0	0,78	10	1,26 [0,68 ; 2,34]	0,95	17	2,03 [1,26 ; 3,27]	1,11
38	Hôpital Jean-Talon	0	0	1,23	2	0,42 [0,10 ; 1,70]	1,33	12	2,48 [1,41 ; 4,37]	1,25
43	Centre Hospitalier de l'Université de Montréal	51	2,23 [1,69 ; 2,94]	1,16	156	6,41 [5,48 ; 7,50]	1,35	135	5,50 [4,65 ; 6,51]	1,48
48	Centre Hospitalier de St. Mary	23	2,79 [1,85 ; 4,20]	1,09	52	6,23 [4,75 ; 8,18]	1,20	42	5,31 [3,92 ; 7,19]	1,13
62	Hôpital Notre-Dame	44	7,60 [5,66 ; 10,21]	1,54	38	6,04 [4,39 ; 8,30]	2,65	39	6,14 [4,49 ; 8,41]	2,48
76	Hôpital de Lachine	0	0	2,36	2	1,61 [0,40 ; 6,46]	2,61	11	7,29 [4,04 ; 13,17]	2,72
80	Hôpital Fleury	0	0	1,56	0	0	1,40	4	1,03 [0,39 ; 2,73]	1,16
83	Hôpital de Lasalle	1	0,36 [0,05 ; 2,52]	0,43	2	0,70 [0,18 ; 2,78]	0,31	13	4,28 [2,49 ; 7,37]	0,46
118	Hôpital Neurologique de Montréal	4	1,65 [0,62 ; 4,39]	1,28	11	4,96 [2,75 ; 8,96]	1,20	2	0,97 [0,24 ; 3,88]	1,49

Tableau 10 Évolution du nombre de cas (N), des taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à BGNPC (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
	<b>Région 07 - Outaouais</b>	<b>33</b>	<b>2,31 [1,64 ; 3,25]</b>	<b>0,23</b>	<b>137</b>	<b>8,68 [7,34 ; 10,26]</b>	<b>0,59</b>	<b>124</b>	<b>8,08 [6,78 ; 9,64]</b>	<b>1,06</b>
39	Hôpital de Gatineau	3	0,59 [0,19 ; 1,84]	0,09	42	7,06 [5,22 ; 9,55]	0,49	18	3,96 [2,50 ; 6,29]	0,69
40	Hôpital de Hull	25	4,88 [3,30 ; 7,22]	0,41	82	14,61[11,77;18,14]	0,76	73	11,85[9,42 ; 14,90]	1,45
51	Hôpital de Maniwaki	0	0	0,05	0	0	0,45	0	0	0,93
95	Hôpital et CHSLD du Pontiac	5	3,84 [1,60 ; 9,22]	1,10	12	9,92 [5,63 ; 17,47]	1,21	28	22,31[15,40;32,31]	1,86
111	Hôpital et CHSLD de Papineau	0	0	0,10	1	0,64 [0,09 ; 4,52]	0,17	5	2,61 [1,09 ; 6,26]	0,99
	<b>Région 08 - Abitibi-Témiscamingue</b>	<b>4</b>	<b>0,55 [0,20 ; 1,48]</b>	<b>0,12</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,10</b>	<b>2</b>	<b>0,26 [0,07 ; 1,02]</b>	<b>0,26</b>
47	Hôpital de Rouyn-Noranda	0	0	0,13	0	0	0,17	2	0,89 [0,22 ; 3,54]	0,64
52	Hôpital d'Amos	0	0	0,10	0	0	0,07	0	0	0,06
65	Hôpital de Val-d'Or	4	2,00 [0,75 ; 5,32]	0,15	0	0	0,07	0	0	0,11
70	Centre Multi. SSS de la Sarre	0	0	0,05	0	0	0,06	0	0	0,04
82	Centre Multi. SSS de Ville-Marie	0	0	0,20	0	0	0,18	0	0	0,38
	<b>Région 09 - Côte-Nord</b>	<b>2</b>	<b>0,37 [0,09 ; 1,49]</b>	<b>0,75</b>	<b>8</b>	<b>1,50 [0,75 ; 2,99]</b>	<b>0,95</b>	<b>6</b>	<b>1,31 [0,59 ; 2,92]</b>	<b>0,75</b>
64	CLSC et Hôpital Le Royer	2	0,72 [0,18 ; 2,89]	1,13	6	2,20 [0,99 ; 4,90]	1,22	6	2,61 [1,17 ; 5,80]	1,06
72	Hôpital et CLSC de Sept-Îles	0	0	0,38	2	0,76 [0,19 ; 3,05]	0,65	0	0	0,43
	<b>Région 10 - Nord-du-Québec</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,04</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,12</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,18</b>
96	Centre de Santé de Chibougamau	0	0	0,04	0	0	0,12	0	0	0,18
	<b>Région 11 - Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,15</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,23</b>	<b>2</b>	<b>0,36 [0,09 ; 1,42]</b>	<b>0,20</b>
53	Hôpital de Chandler	0	0	0,06	0	0	0,11	0	0	0,09
91	Hôpital de Gaspé	0	0	0,14	0	0	0,16	0	0	0,12
97	Hôpital et GMFU de Maria	0	0	0,22	0	0	0,34	1	0,56 [0,08 ; 3,91]	0,27
107	Hôpital de l'Archipel	0	0	0,18	0	0	0,28	1	1,03 [0,14 ; 7,35]	0,33
109	Hôpital et CLSC de Sainte-Anne-des-Monts	0	0	0,11	0	0	0,17	0	0	0,12
	<b>Région 12 - Chaudière-Appalaches</b>	<b>1</b>	<b>0,06 [0,01 ; 0,47]</b>	<b>0,48</b>	<b>32</b>	<b>2,08 [1,47 ; 2,94]</b>	<b>0,53</b>	<b>24</b>	<b>1,48 [0,99 ; 2,21]</b>	<b>0,66</b>
18	Hôtel-Dieu de Lévis	0	0	0,44	25	3,36 [2,27 ; 4,97]	0,43	13	1,54 [0,89 ; 2,66]	0,57
63	Hôpital de Saint-Georges	1	0,24 [0,03 ; 1,72]	0,87	7	1,66 [0,79 ; 3,47]	1,06	10	2,46 [1,32 ; 4,58]	1,18
89	Hôpital de Montmagny	0	0	0,14	0	0	0,12	0	0	0,28
113	Hôpital de Thetford	0	0	0,20	0	0	0,13	1	0,50 [0,07 ; 3,53]	0,29

Tableau 10 Évolution du nombre de cas (N), des taux d'acquisition des colonisations nosocomiales à BGNPC (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
	<b>Région 13 - Laval</b>	<b>38</b>	<b>2,13 [1,55 ; 2,93]</b>	<b>0,89</b>	<b>44</b>	<b>2,42 [1,80 ; 3,25]</b>	<b>0,90</b>	<b>45</b>	<b>2,55 [1,90 ; 3,41]</b>	<b>0,77</b>
19	Hôpital de la Cité-de-la-Santé	38	2,13 [1,55 ; 2,93]	0,89	44	2,42 [1,80 ; 3,25]	0,90	45	2,55 [1,90 ; 3,41]	0,77
	<b>Région 14 - Lanaudière</b>	<b>33</b>	<b>1,59 [1,13 ; 2,24]</b>	<b>0,32</b>	<b>17</b>	<b>0,81 [0,50 ; 1,30]</b>	<b>0,56</b>	<b>48</b>	<b>2,23 [1,68 ; 2,96]</b>	<b>0,77</b>
11	Hôpital Pierre-Le Gardeur	31	2,56 [1,80 ; 3,64]	0,47	17	1,45 [0,90 ; 2,33]	0,82	45	3,66 [2,73 ; 4,90]	1,18
14	Hôpital de Lanaudière et CHSLD P.-Ferland	2	0,23 [0,06 ; 0,93]	0,10	0	0	0,20	3	0,32 [0,10 ; 1,00]	0,27
	<b>Région 15 - Laurentides</b>	<b>38</b>	<b>1,41 [1,03 ; 1,94]</b>	<b>0,84</b>	<b>46</b>	<b>1,64 [1,23 ; 2,19]</b>	<b>0,63</b>	<b>74</b>	<b>2,63 [2,09 ; 3,30]</b>	<b>0,72</b>
45	Hôpital de Saint-Eustache	12	1,19 [0,67 ; 2,10]	0,45	10	0,94 [0,51 ; 1,74]	0,28	25	2,32 [1,57 ; 3,43]	0,53
56	Centre Multi. SSS d'Argenteuil	0	0	0,30	1	0,80 [0,11 ; 5,67]	0,58	1	0,83 [0,12 ; 5,95]	0,38
81	Hôpital de Mont-Laurier	2	1,67 [0,42 ; 6,68]	0,37	2	1,61 [0,40 ; 6,41]	0,55	0	0	0,43
101	Hôpital de Saint-Jérôme	22	1,98 [1,30 ; 3,01]	31	31	2,68 [1,88 ; 3,81]	1,01	45	4,22 [3,15 ; 5,65]	1,04
103	Centre Multi. SSS de Sainte-Agathe	2	0,58 [0,14 ; 2,34]	0,27	2	0,59 [0,15 ; 2,35]	0,35	3	0,74 [0,24 ; 2,30]	0,43
	<b>Région 16 - Montérégie</b>	<b>50</b>	<b>0,82 [0,62 ; 1,08]</b>	<b>0,40</b>	<b>30</b>	<b>0,46 [0,32 ; 0,66]</b>	<b>0,39</b>	<b>63</b>	<b>1,02 [0,80 ; 1,31]</b>	<b>0,50</b>
1	Hôpital Charles-Le Moyne	15	1,21 [0,73 ; 2,00]	0,53	9	0,69 [0,36 ; 1,33]	0,31	22	1,73 [1,14 ; 2,63]	0,55
9	Hôpital du Haut-Richelieu	6	0,74 [0,33 ; 1,65]	0,30	2	0,23 [0,06 ; 0,91]	0,38	8	0,96 [0,48 ; 1,92]	0,54
10	Hôpital Pierre-Boucher	1	0,07 [0,01 ; 0,50]	0,06	0	0	0,15	2	0,16 [0,04 ; 0,62]	0,42
35	Hôpital Honoré-Mercier	0	0	0,25	0	0	0,19	1	0,13 [0,02 ; 0,88]	0,32
37	Hôtel-Dieu de Sorel	0	0	0,10	1	0,24 [0,03 ; 1,72]	0,20	3	0,69 [0,22 ; 2,16]	0,09
42	Hôpital Anna-Laberge	19	2,62 [1,67 ; 4,11]	0,51	8	0,97 [0,49 ; 1,94]	0,64	11	1,28 [0,71 ; 2,31]	0,36
58	Hôpital du Suroît	7	1,26 [0,60 ; 2,64]	1,03	3	0,51 [0,16 ; 1,58]	1,10	13	2,23 [1,29 ; 3,84]	0,93
130	Hôpital Barrie Mémorial	2	1,79 [0,45 ; 7,16]	2,44	7	5,76 [2,75 ; 12,08]	3,23	3	2,40 [0,77 ; 7,45]	3,28
	<b>Ensemble du Québec</b>	<b>647</b>	<b>1,38 [1,28 ; 1,49]</b>	<b>0,71</b>	<b>1081</b>	<b>2,24 [2,11 ; 2,38]</b>	<b>0,76</b>	<b>1157</b>	<b>2,39 [2,26 ; 2,53]</b>	<b>0,81</b>

## 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-BGNPC

La surveillance SPIN-BGNPC comporte également des limites :

- Étant donné que le nombre de cas de BGNPC par installation est parfois petit, il est déconseillé de comparer les installations entre elles.
- Une infection chez un nouveau porteur est considérée comme une nouvelle colonisation. Dans certains cas, même si l'infection est attribuée à l'installation déclarante, la colonisation peut avoir été acquise dans une autre installation. Elle sera tout de même comptabilisée dans le taux d'acquisition de l'installation où l'infection a lieu et où est découvert l'état de porteur.

- De même, une colonisation trouvée à partir du quatrième jour d'hospitalisation sera attribuée à l'installation où elle est découverte, mais pourrait avoir été acquise dans une autre installation.
- L'origine présumée de l'acquisition de la souche est déclarée dans SI-SPIN à la suite d'une investigation effectuée par les équipes de PCI. Cependant, cette donnée n'est pas considérée dans l'analyse des taux d'acquisition. Elle fournit cependant un indice de la surestimation des taux d'acquisition des colonisations à BGNPC.

## 5 ANALYSE ET DISCUSSION

Les données de surveillance pour les BGNPC en 2024-2025 proviennent des 88 installations de soins de courte durée de la province et démontrent pour la première fois depuis les cinq dernières années une stabilisation par rapport à l'année précédente du taux d'acquisition des nouvelles colonisations à BGNPC au niveau provincial avec un taux d'acquisition nosocomiale (catégories 1a et 1b) qui s'est établi à 2,36 cas par 10 000 jours-présence, ce qui est statistiquement similaire au taux de l'année antérieure. Cela dit, il y a eu diminution significative des acquisitions nosocomiales en centre universitaire en contrepartie d'une hausse significative de ces mêmes acquisitions dans les milieux non-universitaires. Par ailleurs, sur une période de cinq années de surveillance, le nombre de nouveaux cas porteurs de BGNPC a plus que triplé ce qui fait en sorte que les BGNPC demeurent une préoccupation constante pour le réseau et requièrent le maintien de la surveillance et des mesures de prévention en place dans nos milieux de soins.

Pour ce qui est du taux d'incidence des nouvelles infections à BGNPC, celui-ci s'est établi à 0,08 cas par 10 000 jours-présence en 2024-2025 et il demeure similaire au taux de l'année 2023-2024. Parmi celles-ci, l'infection urinaire représentait 55,1 % de l'ensemble des infections, suivie des infections de la peau et des tissus mous (15,7 %). Soulignons également 19 cas rapportés de bactériémies (cinq primaires et 14 secondaires) pour l'ensemble de l'année de surveillance.

En termes de prévalence, le gène KPC demeure celui le plus fréquemment retrouvé dans les colonisations et les infections une fois encore pour l'année 2024-2025. Les gènes NDM et OXA-48 suivent dans l'ordre d'importance. Il existe toutefois une hétérogénéité entre les différentes régions du Québec quant à la proportion que chacune des enzymes carbapénémases représente. Parmi les éléments contributifs, la survenue d'éclosions impliquant une enzyme carbapénémase donnée peut moduler l'incidence de chacune de ces enzymes, tout comme l'utilisation de différentes géloses pour les dépistages dont la sensibilité peut varier, notamment pour la détection de l'OXA-48.

Au niveau canadien, et selon les données publiées par le Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN), le taux d'incidence des infections à EPC au Canada pour tous les types d'acquisitions confondus (sources d'acquisition nosocomiale, communautaire et inconnue) est passé de 0,08 cas par 10 000 jours-présence en 2019 à 0,16 cas par 10 000 jours-

présence en 2023. Une tendance à la hausse des infections à EPC est également observée d'année en année depuis 2020 avec une incidence plus élevée dans les régions du Centre (Québec et Ontario) et de l'Ouest (Manitoba, Saskatchewan, Alberta, Colombie-Britannique) comparées aux régions de l'Est (provinces maritimes) du Canada. Pour l'ensemble des cas colonisés et infectés en 2023 au Canada, les proportions de KPC, de NDM et d'OXA-48 étaient respectivement de 34,9 %, 34,7 % et 20,7 %. Cette proportion a baissé pour le KPC et augmenté pour le NDM et l'OXA-48 par rapport à 2022 (CNISP, 2025).

Un autre article scientifique récemment publié et faisant état de la situation des EPC au Canada souligne l'augmentation exponentielle des infections et des colonisations à EPC entre 2010 et 2023 allant d'un taux initial de 0,03 à 0,14 cas par 10 000 jours-présence et de 0,02 à 0,78 cas par 10 000 jours-présence respectivement. Pour les auteurs, bien que l'incidence des EPC au Canada demeure faible, leur essor s'accroît à un rythme exponentiel et s'associe à de la transmission nosocomiale dans nos milieux de soins (Mitchell *et al.*, 2025).

Les comparaisons avec les instances internationales demeurent limitées et dépendent des programmes de surveillance en place dans les autres juridictions. Aux États-Unis par exemple, la surveillance des infections à *Enterobacterales* résistantes aux carbapénèmes (ERC) inclut les *Enterobacterales* productrices de carbapénémases ainsi que les *Enterobacterales* résistantes aux carbapénèmes par d'autres mécanismes rendant la comparaison plus difficile. Cela étant dit, les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) rapportaient une incidence de 6,4 cas par 100 000 personnes pour l'année 2022, ce qui représentait une hausse de 4,9 % depuis l'année précédente. Le principal foyer d'infection à ERC était l'urine. À noter que 20,4 % des cas d'ERC ne rapportaient aucune exposition aux soins de santé dans l'année précédant le prélèvement de l'échantillon positif, sans qu'aucun dispositif médical n'ait été mis en place dans les deux jours précédant le prélèvement de l'échantillon (CDC, 2024).

La comparaison avec les données colligées en Europe permet également de dégager quelques constats intéressants. En Grande-Bretagne, les données de surveillance montrent un changement dans les pratiques de dépistage au fil des années ainsi que la survenue d'éclosions et la déclaration des cas aux autorités, lesquels ont pu influencer l'incidence des EPC sur leur territoire. Leur rapport mis à jour en juin 2025 souligne également une saisonnalité dans l'incidence des EPC, notamment au 3<sup>e</sup> trimestre (juillet à septembre) au cours des trois dernières années. Par ailleurs, comparativement aux données québécoises, les enzymes carbapénémases prédominantes pour les nouveaux cas incidents pour l'année 2024 étaient : NDM (35,9 %), OXA-48 (34,4 %) et KPC (19,6 %) avec une variation entre les différentes régions géographiques. *Escherichia coli* et *Klebsiella pneumoniae* étaient les principaux porteurs de NDM et d'OXA-48 (UKHSA, 2024).

Quant à la France, une publication de 2021 souligne la diminution des cas rapportés pour 2020, année pandémique de la COVID-19, mais une augmentation notamment de *metallo-β-lactamase* (ex. : NDM) est soulignée, car elles représentaient 32,1 % des souches analysées au Centre national de référence de la résistance aux antibiotiques pour l'année de surveillance en vigueur. Ces enzymes demeurent résistantes à plusieurs nouveaux antibiotiques efficaces contre le KPC, mais pas contre les souches productrices de NDM par exemple. Leurs données soulignent également une hausse inquiétante de la résistance aux carbapénèmes au sein de l'espèce *E. coli*, laissant craindre selon les auteurs une dissémination communautaire (Jousset *et al.*, 2021). À ce chapitre, au Québec, la proportion de *E. coli* parmi les microorganismes isolés parmi tous les cas d'EPC a varié de 12,5 % à 25,1 % dans les dernières années (2019-2020 = 21,5 %, 2020-2021 = 15 %, 2021-2022 = 12,5 %, 2022-2023 = 16,2 %, 2023-2024 = 25,1 %, 2024-2025 = 20 %).

Cette comparaison avec les données canadiennes et internationales permet d'insister sur l'importance de maintenir la surveillance des EPC au Québec afin de suivre l'évolution épidémiologique des différentes enzymes présentes, mais aussi les lieux d'acquisition et les espèces en cause.

## 6 RÉFÉRENCES

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024). *Emerging Infections Program, Healthcare-Associated Infections – Community Interface Surveillance Report, Multi-site Gram-negative Surveillance Initiative (MuGSI), Carbapenem-Resistant Enterobacterales Surveillance, 2022*.

<https://www.cdc.gov/healthcare-associated-infections/media/pdfs/2022-CRE-Report-508.pdf>

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].

Jousset, A. B., Emeraud, C., Bonnin, R. A., Naas, T., & Dortet, L. (2021). Caractéristiques et évolution des souches d'entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) isolées en France, 2012-2020. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 18, 351-358.

Mitchell, R., Mataseje, L., Cayen, J., McGill, E., Cannon, K., Davis, I., Duncombe, T., Ellis, C., Ellison, J., Happe, J., Hota, S. S., Katz, K. C., Kibsey, P., Lee, S., Leis, J. A., Li, X., McGeer, A., Minion, J., Musto, S., ... Longtin, Y. (2025). The evolving epidemiology of carbapenemase-producing enterobacterales in Canadian acute care facilities, 2010–2023. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 14(1), 88.

<https://doi.org/10.1186/s13756-025-01602-w>

The Canadian Nosocomial Infection Surveillance Program (CNISP). (2025). *Healthcare-associated infections and antimicrobial resistant organisms*. Public Health Agency of Canada.

<https://health-infobase.canada.ca/cnisp/hai-aro-rates.html>

UK Health Security Agency (UKHSA). (2024). *Carbapenemase-producing Gram-negative organisms in England since October 2020: Quarterly update, Q4 2024*.

<https://www.gov.uk/government/publications/carbapenemase-producing-gram-negative-bacteria-laboratory-surveillance/carbapenemase-producing-gram-negative-organisms-in-england-since-october-2020-quarterly-update-q4-2024>

## 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 vigie 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-BGNPC

### MEMBRES RÉGULIERS

Patrice Savard, président intérimaire  
Centre hospitalier de l'Université de  
Montréal

Ruth Bruno

Valérie Labbé

Natasha Parisien

Jasmin Villeneuve

Direction des risques biologiques  
Institut national de santé publique du  
Québec

Michèle Dugas

Direction de la vigie et des maladies  
infectieuses  
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Natasha Desmarteau

Centre intégré universitaire de santé et de  
services sociaux de la Capitale-Nationale

Florence Doualla-Bell

Laboratoire de santé publique du Québec  
Institut national de santé publique du  
Québec

Christian Lavallée

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

Yves Longtin

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

Danielle Moisan

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

Marie-Pierre Plante

Centre intégré universitaire de santé et de  
services sociaux de l'Estrie – Centre  
hospitalier universitaire de Sherbrooke



Centre d'expertise et  
de référence en santé publique

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