

Surveillance provinciale des nouveaux porteurs de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline au Québec : protocole de surveillance



SURVEILLANCE ET VIGIE

MISE À JOUR AVRIL 2026

COMITÉ DE SURVEILLANCE PROVINCIALE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

PLAN DE MESURE ET D'ANALYSE DES DONNÉES

AUTRICES ET AUTEURS

Comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN)

Annick Boulais, conseillère en soins infirmiers
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

Danielle Moisan, microbiologiste-infectiologue, présidente du Comité SPIN
Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-St-Laurent

SOUS LA COORDINATION DE

Anne Kimpton, cheffe d'unité scientifique
Natasha Parisien, coordonnatrice professionnelle
Direction des risques biologiques
Institut national de Santé publique du Québec

COLLABORATION

Ruth Bruno, conseillère scientifique
Fanny Desjardins, conseillère en soins infirmiers
Valérie Labbé, conseillère en soins infirmiers
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

Comité de programme SPIN-SARM

Karl Forest Bérard, conseiller scientifique
Secrétariat général
Institut national de santé publique du Québec

Les autrices et auteurs ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

AUTRICES ET AUTEURS PREMIÈRE VERSION (2017)

Danielle Moisan, Claude Tremblay, Noémie Savard, Charles Frenette, Lise-Andrée Galarneau, Isabelle Rocher, Christophe Garenc, Josée Massicotte.

MISE EN PAGE

Linda Cléroux, agente administrative
Direction des risques biologiques

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

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

Dépôt légal – 2^e trimestre 2026
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-555-03546-1 (PDF)
DOI : <https://doi.org/10.64490/ASGO5421>

© Gouvernement du Québec (2026)

COMITÉ DE SURVEILLANCE PROVINCIALE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES (SPIN)

MEMBRES ACTIFS

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

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

Annick Boulais
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 universitaire 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

Michèle Dugas
Zeke McMurray
Représentants de la Direction de la vigie et des
maladies infectieuses
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MEMBRES D'OFFICE

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

Patricia Hudson
Isabelle Laperrière
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

INVITÉS PERMANENTS

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

COMITÉ DE PROGRAMME SPIN-SARM

MEMBRES ACTIFS

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

Annick Boulais
Ruth Bruno
Natasha Parisien
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

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

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

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

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

MISES À JOUR ET NOUVEAUTÉS

Ce présent protocole est valide pour les données de surveillance de l'année 2026-2027 uniquement.

Les mises à jour de ce document sont présentées **en turquoise**.

Chapitre	Section	Sujets – changements -nouveauités
4	4.1	Ajout du <i>Staphylococcus argenteus</i> résistant à la méthicilline dans la définition d'un cas de SARM.
5	5.2.1	<ul style="list-style-type: none">• Précisions ajoutées pour la catégorie 1c.• Précisions ajoutées pour la catégorie 2.
	5.3.2	Modification pour conserver seulement les tests de dépistage non différenciés.

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) 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 qui a été adaptée pour une adéquation plus fine aux besoins de la clientèle cible.

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'Institut s'appuie sur un groupe d'experts, le Comité de Surveillance provinciale des infections nosocomiales (Comité SPIN), qui a rédigé ce protocole.

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

- Suivre l'incidence des infections nosocomiales choisies selon leur fréquence, leur sévérité ou leur importance épidémiologique afin d'identifier précocement les variations de ces infections à l'échelle locale, régionale et nationale;
- Déterminer les principales causes, les facteurs de risques et les principaux agents pathogènes des infections nosocomiales surveillées;
- Offrir une méthodologie commune 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 protocole porte sur les modalités de déclaration du programme de surveillance provinciale des **nouveaux porteurs de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline**.

Ce document s'adresse aux professionnelles et professionnels des équipes de prévention et de contrôle des infections du réseau de la santé et des services sociaux.

TABLE DES MATIÈRES

1	CONTEXTE	1
2	OBJECTIFS	2
3	INSTALLATIONS PARTICIPANTES	3
4	DÉFINITIONS	4
4.1	SARM inclus dans la surveillance.....	4
4.2	Autres définitions	5
5	DÉCLARATION DES DONNÉES	6
5.1	Modes de déclaration.....	6
5.2	Déclaration périodique agrégée des nouveaux porteurs de SARM.....	6
5.2.1	Catégorie d'attribution.....	6
5.3	Saisie périodique des dénominateurs	14
5.3.1	Saisie périodique des admissions et jours-présence par installation	14
5.3.2	Saisie périodique des tests de dépistage.....	15
6	ORGANISATION DE LA SURVEILLANCE	16
7	TRANSMISSION DES DONNÉES ET ÉCHÉANCIER	17
8	ANALYSE DES DONNÉES	18
9	DIFFUSION DES RÉSULTATS	19
10	SOUTIEN	20
11	RÉFÉRENCES	21

1 CONTEXTE

Depuis 2003, une surveillance des bactériémies à *Staphylococcus aureus* est effectuée au niveau provincial. Par cette surveillance, il est possible de connaître la proportion de SARM dans les bactériémies dans les différentes installations, mais ceci ne reflète qu'une partie du SARM retrouvé dans ces installations. Un sondage effectué au Québec en 2018 (document non publié, INSPQ) démontre que plusieurs mesures sont prises par les équipes de prévention et contrôle des infections (PCI) pour tenter de réduire au minimum la transmission de ce microorganisme.

La surveillance provinciale des nouveaux porteurs de SARM a été instaurée en avril 2019, et même si optionnelle, permet de fournir des données sur une majorité des installations et ainsi permettre une comparaison entre installations semblables. Le comité de programme SPIN-SARM, sous la gouverne du Comité SPIN de l'INSPQ, a le mandat d'élaborer, de maintenir, d'analyser et d'émettre les recommandations pour cette surveillance.

2 OBJECTIFS

Objectifs généraux de SPIN

- Consolider le réseau de surveillance provinciale des infections nosocomiales en offrant une variété de surveillances pertinentes pour chaque installation;
- Fournir aux installations un outil méthodologique commun pour surveiller leur taux et leur apporter des éléments de comparaison avec d'autres installations ayant des caractéristiques comparables.

Objectifs spécifiques du programme SPIN-SARM

- Établir le taux d'acquisition des nouveaux porteurs de SARM d'origine nosocomiale;
- Suivre l'évolution temporelle et la diffusion géographique du taux d'acquisition des nouveaux porteurs de SARM d'origine nosocomiale afin d'identifier précocement une augmentation à l'échelle locale, régionale et nationale;
- Identifier les installations ayant une augmentation du taux d'acquisition;
- Suivre la moyenne des tests de dépistage pour le SARM;
- Déterminer le lieu présumé d'acquisition des nouveaux porteurs de SARM d'origine non nosocomiale (volet optionnel de la surveillance).

3 INSTALLATIONS PARTICIPANTES

Certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), universitaires ou non peuvent participer à la surveillance telle que spécifiée dans la colonne « inclusions » du tableau ci-joint et de saisir les données dans le portail du système d'information de la surveillance provinciale des infections nosocomiales (SI-SPIN).

La surveillance vise l'entité « installation » qui répond aux critères et non pas son « établissement » puisque ce dernier peut regrouper un ensemble d'installations visées ou non par la surveillance.

L'installation participante est celle qui correspond aux inclusions du programme de surveillance. Une liste des installations participantes aux différents programmes de surveillance est disponible sur le [portail SI-SPIN](#). Quant à l'installation déclarante, celle-ci correspond à l'installation participante qui déclare le cas.

Programme de surveillance	Inclusions	Précisions
Nouveaux porteurs de <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline	<ul style="list-style-type: none">• Installation d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ET• Avoir environ 1 000 admissions et plus de mission CHSGS par année (selon les dénominateurs, voir section 5.3.1).	L'unité de surveillance est l'installation.

4 DÉFINITIONS

4.1 SARM inclus dans la surveillance

Statut de portage	Inclusions*	Exclusions
<p>Nouveau porteur :</p> <ul style="list-style-type: none"> Usager n'ayant jamais été diagnostiqué colonisé ou infecté à SARM* dans l'installation déclarante ou dans tout autre milieu de soins^A OU Usager ayant déjà été porteur, mais dont l'alerte au dossier a été retirée (défichage) 	<p>Colonisation ou infection chez un nouveau porteur :</p> <ul style="list-style-type: none"> À l'unité de soins de mission CHSGS (cat. 1a et 1b) Aux soins ambulatoires (cat. 1c) À l'unité de longue durée dans l'installation déclarante (cat. 1d) D'une installation non déclarante (cat. 2) À la communauté (cat. 3) 	<p>Voir section 5.2.1 pour la déclaration</p>
<p>Porteur connu :</p> <ul style="list-style-type: none"> Usager ayant déjà été diagnostiqué colonisé ou infecté à SARM* dans l'installation déclarante ou dans tout autre milieu de soins ET L'alerte au dossier n'a pas été retirée par l'équipe de PCI (défichage) 		<ul style="list-style-type: none"> Colonisation chez un porteur connu Infection chez un porteur connu
<p>*Précision</p> <ul style="list-style-type: none"> La distinction d'une souche à profil épidémiologique communautaire d'une souche à profil épidémiologique hospitalier n'est pas requise. <i>S. argenteus</i> : <ul style="list-style-type: none"> Le <i>S. argenteus</i> fait partie du complexe <i>S. aureus</i>. Les dernières versions du Maldi-tof permettent maintenant d'identifier le <i>S. argenteus</i>. Le <i>S. argenteus</i> doit être considéré comme un <i>S. aureus</i>. Donc, les termes <i>S. aureus</i> ou SARM inclut le <i>S. argenteus</i> dans ce document. 		

^A Réfère aux milieux de soins tant au Québec que hors Québec.

4.2 Autres définitions

	Définitions
Souches de SARM	<p>Inclusions</p> <p>Souche de <i>S. aureus</i> ou de <i>S. argenteus</i> est résistante à la méthicilline si :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La concentration minimale inhibitrice (CMI) pour l'oxacilline est ≥ 32 mg/L OU • La CMI pour l'oxacilline est de 4, 8 ou 16 mg/L et confirmée par technique d'amplification génique que la souche possède le gène <i>mecA</i> OU • La CMI pour l'oxacilline est de 4, 8 ou 16 mg/L et confirmée par méthode d'agglutination au latex que la souche fabrique un produit du gène <i>mecA</i> soit la protéine PBP2a ou PBP 2' OU • Une zone d'inhibition de < 20 mm sur gélose Mueller-Hinton en présence d'un disque de céfoxitine de 30 μg OU • La présence de croissance est observée sur une gélose de dépistage chromogénique ou une gélose Mueller-Hinton additionnée de 4 % de NaCl et de 6 mg/L d'oxacilline et une autre des 4 conditions précédentes
	<p>Exclusions</p> <p>Souche de <i>S. aureus</i> ou de <i>S. argenteus</i> ne répondant pas à aucun critère d'inclusion</p>
Types de prélèvement	<p>Dépistage</p> <ul style="list-style-type: none"> • Test effectué dans le cadre des protocoles d'admission et en cours d'hospitalisation visant à détecter la présence ou l'absence de SARM • Recherche une colonisation à SARM
	<p>Spécimen clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Échantillon envoyé au laboratoire de microbiologie pour une culture bactérienne à des fins de diagnostic et effectuée en dehors d'un contexte de dépistage. Ne vise pas à vérifier la présence ou l'absence de SARM, mais tous les microorganismes présents dans l'échantillon • Démontre une colonisation ou une infection à SARM
Colonisation	<p>Présence de SARM dans un site sans signe ou symptôme ou ne correspondant pas aux critères de définition d'infection (voir documents suivants : Définitions pour la surveillance des infections nosocomiales dans les milieux de soins (disponible sur le portail SI-SPIN) ou National Healthcare Safety Network (NHSN), le protocole de surveillance provinciale des bactériémies nosocomiales au Québec pour les critères spécifiques aux bactériémies ainsi que le protocole de surveillance provinciale des bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> au Québec).</p>
Infection	<p>Présence de SARM dans un site avec signe ou symptôme correspondant aux critères de définition d'infection, qu'il y ait ou non un traitement antibiotique prescrit (à moins qu'une définition ne l'exige, ex : critère d'infection de pneumonie). (Voir documents suivants : Définitions pour la surveillance des infections nosocomiales dans les milieux de soins (disponible sur le portail SI-SPIN) ou National Healthcare Safety Network (NHSN), le protocole de surveillance provinciale des bactériémies nosocomiales au Québec pour les critères spécifiques aux bactériémies ainsi que le protocole de surveillance provinciale des bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> au Québec).</p>

5 DÉCLARATION DES DONNÉES

5.1 Modes de déclaration

Il s'agit d'un programme basé sur une surveillance active et prospective des nouveaux porteurs colonisés et infectés à SARM.

Dans SI-SPIN, pour chaque installation :

- Déclaration périodique¹ agrégée des nouveaux porteurs de SARM;
- Déclaration périodique des dénominateurs :
 - Saisie périodique des admissions et jours-présence par installation;
 - Saisie périodique des tests de dépistage.

Types de cas	Modes de déclaration
Colonisation chez un nouveau porteur	Déclaration périodique agrégée des nouveaux porteurs de SARM
Infection chez un nouveau porteur	
Colonisation chez un porteur connu	Aucune déclaration
Infection chez un porteur connu	

5.2 Déclaration périodique agrégée des nouveaux porteurs de SARM

Cette section se rapporte à tous les nouveaux porteurs de SARM qui correspondent à la définition, telle que détaillée au point 4. En plus de la catégorie 1a, les autres catégories (1b à 4) doivent aussi être saisies de façon non différenciée pour les installations qui désirent participer à la surveillance. Les autres catégories demeurent aussi accessibles de façon différenciée. Le nombre total de nouveaux porteurs colonisés et infectés est ventilé par test de dépistage et spécimen cliniques ainsi que par catégorie d'attribution.

5.2.1 Catégorie d'attribution

La **priorisation de catégorisation des cas doit se faire selon la probabilité la plus importante**, c'est-à-dire plus probable en soins aigus qu'en longue durée ou en communautaire ou bien lors d'une hospitalisation qu'en soins ambulatoires (par exemple, catégorie 1a > catégorie 1b > hospitalisation catégorie 2 > catégorie 1c > catégorie 1d > autre catégorie 2 > catégorie 3). À des fins de surveillance, l'attribution ne prend pas en considération la situation épidémiologique.

¹ Depuis le 1er avril 2025, le terme période réfère au mois de l'année financière.

Pour être considérée nosocomiale, l'infection ne doit pas être présente ou en incubation au moment de l'admission.

Le **jour 1** correspond toujours à la journée de l'admission à l'unité de soins du CHSGS, peu importe l'heure d'admission.

Pour aider à la catégorisation des cas, des outils sont offerts sur le [portail SI-SPIN](#) :

- Délais requis et axes de temps pour considérer l'attribution nosocomiale;
- Formulaire de déclaration des nouveaux porteurs de SARM.

	Catégories d'attribution	
Reliée à l'installation déclarante	1a	Hospitalisation actuelle dans l'installation déclarante
	1b	Hospitalisation antérieure dans l'installation déclarante
	1c	Soins ambulatoires dans l'installation déclarante
	1d	Unité de soins de longue durée dans l'installation déclarante
Non reliée à l'installation déclarante	2	Autre installation non déclarante
	3	Communautaire
	4	Inconnue

Voici le descriptif pour chaque catégorie :

Catégorie 1a : Reliée à l'hospitalisation actuelle dans l'installation déclarante*	
Hospitalisation à l'unité de soins de mission CHSGS dans l'installation déclarante	
ET	
Colonisation à SARM chez un nouveau porteur à partir du jour 4 de l'admission	Infection à SARM chez un nouveau porteur à partir du jour 3 de l'admission
	OU
	Infection à SARM chez un nouveau porteur au jour 1 ou 2 de l'admission si l'infection est reliée à : <ul style="list-style-type: none"> • Une chirurgie effectuée au jour 1 ou 2 <li style="text-align: center;">OU • Une procédure effectuée au jour 1 ou 2
*Précisions	
Inclusions	Exclusions
Cas admis sur une unité de soins de mission CHSGS (incluant gériatrie active, unité d'hospitalisation brève, néonatalogie, pouponnière et bébé en cohabitation)	Ces cas sont exclus de la catégorie 1a et déclarés dans une autre catégorie d'attribution : <ul style="list-style-type: none"> • Unité de soins de longue durée du CHSGS (cat. 1d) • Unité de psychiatrie du CHSGS (cat. 3) • Hospitalisation à domicile (cat. 3) • Hôtellerie (cat. 3)
<ul style="list-style-type: none"> • Infection nosocomiale : comme pour toute définition d'infection nosocomiale, il ne doit y avoir aucune évidence que l'infection est présente ou en incubation au moment de l'admission. Exemple : Un usager se présente à l'urgence avec une plaie infectée. Une culture de plaie est réalisée au jour 4 suivant son admission et sort positive. Ce cas ne doit pas être déclaré dans la catégorie 1a, car l'infection était présente à l'admission. • Calcul des jours : Un usager est enregistré à l'urgence le 1^{er} avril pour 2 jours puis est admis en CHSGS le 3 avril. Le jour 1 correspond donc au 3 avril. 	

Catégorie 1b : Reliée à l'hospitalisation antérieure dans l'installation déclarante		
Hospitalisation dans les 12 derniers mois à l'unité de soins de mission CHSGS dans l'installation déclarante (peu importe la durée de l'hospitalisation)		
ET		
Aucune hospitalisation de plus de 24 heures dans un autre CHSGS*		
ET		
<p>Colonisation à SARM chez un nouveau porteur trouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • À l'urgence : 3 jours et moins après son enregistrement OU • À l'hospitalisation en CHSGS : au jour 1, 2 ou 3 de l'admission OU • En externe 	OU	<p>Infection à SARM chez un nouveau porteur trouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • À l'urgence : 2 jours et moins après son enregistrement OU • À l'hospitalisation en CHSGS : au jour 1 ou 2 de l'admission OU • En externe
*Précisions		
Inclusions	Exclusions	
<p>Cas ayant eu une hospitalisation sur une unité de soins de mission CHSGS (incluant gériatrie active, unité d'hospitalisation brève, néonatalogie, pouponnière et bébé en cohabitation)</p>	<p>Ces cas sont exclus de la catégorie 1a et déclarés dans une autre catégorie d'attribution:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unité de soins de longue durée du CHSGS (cat. 1d) • Unité de psychiatrie du CHSGS (cat. 3) • Hospitalisation à domicile (cat. 3) • Hôtellerie (cat. 3) 	
<p>Lorsque plus d'une installation participante est impliquée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonisation : Si l'utilisateur a été hospitalisé dans une autre installation qui participe à cette surveillance depuis le congé, le cas doit être déclaré par cette installation. Dans le cas d'un transfert qui aurait séjourné dans plusieurs installations, l'attribution doit se faire dans la dernière installation où l'utilisateur a été hospitalisé plus de 24 heures. Exemple : Un usager est hospitalisé à l'installation A pour 7 jours et obtient son congé. Quelques jours plus tard, le même usager est hospitalisé à l'installation B pour 2 jours. Le même usager consulte ensuite l'urgence de l'installation C et un dépistage de SARM sort positif le même jour. Le cas sera déclaré dans la catégorie 1b par l'installation B. • Infection : Si l'attribution de l'infection est à une autre installation, c'est l'autre installation qui doit déclarer le cas, si elle participe à cette surveillance. Exemple : Un cas a été opéré à l'installation A il y a 20 jours et il consulte l'installation B pour une infection de site opératoire à SARM. C'est l'installation A qui déclare le cas. <p>Communiquer avec l'équipe de PCI de l'installation participante afin que cette dernière déclare le cas. Il est important de ne pas déclarer en double les cas. Si l'installation n'est pas participante, voir la catégorie 2 plus bas.</p> <p>Enfants d'un an ou moins nés de mère porteuse SARM : un enfant d'un an et moins trouvé nouveau porteur de SARM qui a été admis seulement lors de sa naissance dans la dernière année ne doit pas être déclaré de catégorie 1b si la mère est porteuse de SARM. Il faudrait alors le déclarer de catégorie 3.</p>		

Catégorie 1c : Reliée aux soins ambulatoires dans l'installation déclarante		
Soins ambulatoires* reçus dans l'installation déclarante dans les 12 derniers mois		
ET		
Aucune hospitalisation en CHSGS dans les 12 derniers mois		
ET		
<p>Colonisation* à SARM chez un nouveau porteur trouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • À l'urgence OU • À l'hospitalisation en CHSGS: au jour 1, 2 ou 3 de l'admission OU • En externe 	OU	<p>Infection à SARM chez un nouveau porteur trouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • À l'urgence OU • À l'hospitalisation en CHSGS : au jour 1 ou 2 de l'admission OU • En externe
*Précisions		
Inclusions si soins reçus	Exclusions	
<ul style="list-style-type: none"> • Urgence (couché sur civière, peu importe la durée)² • Oncologie • Hémodialyse • Chirurgie d'un jour • Médecine d'un jour • Endoscopie • Antibiothérapie intraveineuse à domicile • Radiologie interventionnelle 	<p>Ces cas sont déclarés comme origine communautaire (cat. 3) si aucune hospitalisation dans les 12 derniers mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un usager ayant effectué une visite dans les services ambulatoires cités dans les inclusions, mais n'ayant pas reçu de soins ou à l'urgence sans être couché sur civière • Un usager ayant reçu des soins dans des soins ambulatoires non cités dans les inclusions telles que CLSC, clinique privée, soins à domicile, physiothérapie, imagerie médicale, centre de prélèvement, hospitalisation à domicile, etc. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Colonisation : La probabilité de retrouver un SARM dans un spécimen à la suite d'un contact est très faible si le contact a eu lieu récemment. Advenant une nouvelle colonisation dans les 3 premiers jours suivant les soins ambulatoires (jour même, lendemain et surlendemain), ce cas ne peut pas être déclaré dans cette catégorie. <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un usager a séjourné dans deux différentes urgences (a reçu des soins et était couché sur civière). Il est hospitalisé dans votre installation et dépistage de SARM est positif au jour 1. Le cas doit être déclaré par la dernière urgence consultée. • Un usager est enregistré à l'urgence le 1^{er} avril. Il est admis le 4 avril et un dépistage de SARM est fait et sort positif. L'usager étant enregistré à l'urgence 3 jours avant le prélèvement, il doit être déclaré 1c. • Un usager est hospitalisé en janvier pour un mois. Il est hémodialysé trois fois par semaine en externe depuis des années. Il consulte à l'urgence en septembre et à son enregistrement, il est dépisté SARM positif. Vous ne pouvez pas l'attribuer dans la catégorie 1c malgré qu'il ait eu des soins en hémodialyse trois fois par semaine. Comme il a été hospitalisé dans la dernière année, vous devez le catégoriser 1b. 		

² À des fins de surveillance, une limite a été établie au fait d'être couché sur civière.

Catégorie 1d : Reliée à l'unité de soins de longue durée dans l'installation déclarante*		
Transfert de l'unité de soins de longue durée	OU	Séjour à l'unité de soins de longue durée dans les 12 derniers mois
ET		
Colonisation à SARM chez un nouveau porteur trouvée : <ul style="list-style-type: none"> • À l'urgence : 3 jours et moins après son enregistrement OU • À l'hospitalisation en CHSGS : au jour 1, 2 ou 3 de l'admission OU • À l'unité de soins de longue durée : à partir du jour 4 de l'arrivée à l'unité de soins de longue durée OU • En externe 	OU	Infection à SARM chez un nouveau porteur trouvée : <ul style="list-style-type: none"> • À l'urgence : 2 jours et moins après son enregistrement OU • À l'hospitalisation en CHSGS : au jour 1 ou 2 de l'admission OU • À l'unité de soins de longue durée : à partir du jour 3 de l'arrivée à l'unité de soins de longue durée OU • En externe
*Précision		
Unité de soins de longue durée dans l'installation déclarante : C'est l'unité de soins de longue durée qui est dans la même installation (bâtisse) parmi les autres unités de soins de mission CHSGS.		

Catégorie 2 : Reliée à une installation non déclarante*		
Aucune hospitalisation en CHSGS déclarant dans les 12 derniers mois		
ET		
Transfert d'une installation non déclarante	OU	Séjour dans une installation non déclarante dans les 12 derniers mois
ET		
Colonisation à SARM chez un nouveau porteur trouvée : <ul style="list-style-type: none"> • À l'urgence : 3 jours et moins après son enregistrement OU • À l'hospitalisation en CHSGS : au jour 1, 2 ou 3 de l'admission OU • En externe 	OU	Infection à SARM chez un nouveau porteur trouvée : <ul style="list-style-type: none"> • À l'urgence : 2 jours et moins après son enregistrement OU • À l'hospitalisation en CHSGS : au jour 1 ou 2 de l'admission OU • En externe
*Précisions		
Inclusions	Exclusions	
<ul style="list-style-type: none"> • CHSLD (tout type) • Résidence privée pour personnes en perte d'autonomie (tout type) • Centre de réadaptation • CHSGS NON déclarant (avec soins) : <ul style="list-style-type: none"> - CHSGS du Québec ne répondant pas aux inclusions de la section 3 - Centre hospitalier hors Québec - Clinique médicale privée au Québec ou ailleurs 	<ul style="list-style-type: none"> • URFI d'un CHSGS (à déclarer dans la catégorie 1a ou 1b) • Centre hospitalier de soins psychiatriques (à déclarer dans la catégorie 3) • Résidence privée pour personnes autonomes (à déclarer dans la catégorie 3) 	

Catégorie 3 : Origine communautaire		
Non reliée aux autres catégories d'attribution précédentes		
ET		
<p>Colonisation à SARM chez un nouveau porteur trouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • À l'urgence : 3 jours et moins après son enregistrement OU • À l'hospitalisation en CHSGS : au jour 1, 2 ou 3 de l'admission OU • En externe 	OU	<p>Infection à SARM chez un nouveau porteur trouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • À l'urgence : 2 jours et moins après son enregistrement OU • À l'hospitalisation en CHSGS: au jour 1 ou 2 de l'admission OU • En externe
*Précision		
<p>Inclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tout cas ne correspondant pas aux autres catégories, dont : <ul style="list-style-type: none"> - Unité de psychiatrie d'un CHSGS - Hospitalisation à domicile - Hôtellerie 		

Catégorie 4 : Origine inconnue*
Ne répond à aucune autre catégorie d'attribution
*Précision
<p>Cette catégorie devrait être utilisée exceptionnellement. Contacter le soutien SI-SPIN (voir section 10) pour vous aider dans la catégorisation.</p>

5.3 Saisie périodique des dénominateurs

Il est nécessaire de disposer de dénominateurs pour les calculs des différents taux. Le recueil d'information sur les dénominateurs est aussi important que le recueil des numérateurs.

5.3.1 Saisie périodique des admissions et jours-présence par installation

Pour chaque période, chaque installation doit recueillir les admissions et les jours-présence. Voir le formulaire de collecte des dénominateurs disponible sur le [portail SI-SPIN](#). Les exclusions sont applicables au dénominateur seulement, car ces unités ne sont pas calculées dans les taux d'incidence (catégorie 1a).

Les inclusions et les exclusions du tableau ci-dessous réfèrent aux centres d'activités du [Manuel de gestion financière](#) du MSSS.

Dénominateurs	Inclusions	Exclusions
Nombre d'admissions	<p>Usagers admis dans des lits appartenant à la mission CHSGS du Répertoire des établissements du MSSS (M02) par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> Lits de soins infirmiers pédiatriques de courte durée (4030) Lits de soins infirmiers de courte durée aux adultes (6050) incluant les lits d'une unité d'hospitalisation brève (UHB) et de gériatrie active Lits de soins infirmiers et d'assistance en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) (6080) Lits de soins spécialisés aux nouveau-nés (néonatalogie) (6200) tout niveau de soins* Lits de centre de soins à la mère et au nouveau-né (6360) incluant la pouponnière et les bébés en cohabitation 	<p>Usagers admis dans des lits appartenant à la mission CHSGS du Répertoire des établissements du MSSS (M02) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Lits de psychiatrie (6010, 6020, 6030) Lits d'hôtellerie hospitalière (6180) Lits d'hospitalisation à domicile (6210) <p>Usagers admis dans des lits appartenant à la mission CHSLD ou CHPSY de l'installation déclarante</p>
Nombre de jours-présence		
*Précision		
<p>Saisie SI-SPIN : Pour le formulaire « Saisie périodique des admissions et jours-présence par installation », les jours-présence en néonatalogie excluent les soins intensifs néonataux. Toutefois, ils comprennent les unités de soins de type intermédiaire.</p>		

5.3.2 Saisie périodique des tests de dépistage

Pour chaque période, chaque installation doit recueillir les tests de dépistage suivants, selon le [répertoire québécois et système de mesure des procédures de biologie médicale](#) (MSSS, 2025) :

- SARM culture spécifique (40266);
- SARM TAAN (45100).

Voir le formulaire de collecte des tests de dépistage disponible sur le portail SI-SPIN.

Si votre laboratoire ne fait pas ces tests sur place ou envoie une partie significative de ces tests dans un autre laboratoire, demandez au laboratoire de vous fournir le nombre de tests pour les usagers « inscrits » et « admis » qui auraient été envoyés dans un autre laboratoire (service acheté).

Dénominateurs	Précisions
Nombre de tests de dépistage non différenciés	Inscrivez le nombre total de tests de dépistage (incluant les dépistages à l'admission et en cours d'hospitalisation) seulement pour la mission CHSGS selon les critères d'inclusion de la section 5.3.1 . Toutefois, s'il s'avère difficile de retirer ceux effectués dans les exclusions de la section 5.3.1 , vous pouvez mettre le total de la mission CHSGS ou le total des missions CHSGS et CHSLD.

6 ORGANISATION DE LA SURVEILLANCE

Il est nécessaire de rechercher activement les cas de SARM au sein de l'installation. Plusieurs méthodes sont possiblement nécessaires pour bien identifier le cas et sa catégorie d'attribution.

Définition et catégorisation de cas

- Révision des dossiers;
- Évaluation de l'utilisateur;
- Lien avec le laboratoire de microbiologie;
- Lien avec les équipes de PCI des autres installations.

Lien avec les autres installations

Il est possible que vous deviez contacter une autre installation parmi les installations participantes afin que celle-ci déclare un cas, si elle participe à la surveillance (voir [sections 5.2.1](#), catégorie d'attribution dans les précisions pour la catégorie 1b).

Il est important de ne pas déclarer en double un cas dans deux installations participantes. Ces cas devront être rapportés à l'installation d'origine et déclarés par l'installation d'origine.

Outils de collecte de données (disponibles sur le [portail SI-SPIN](#))

- Formulaire de déclaration des nouveaux porteurs de SARM;
- Formulaire de collecte des admissions et jours-présence;
- Formulaire de collecte des tests de dépistage.

7 TRANSMISSION DES DONNÉES ET ÉCHÉANCIER

Plusieurs données sont requises dans le programme de surveillance. Des délais de transmission de données sont à respecter pour les installations voulant participer **mais aucune relance ne sera faite aux retardataires.**

	Nouveaux porteurs	Dénominateurs	Dépistages
Saisie dans le portail SI-SPIN	Onglet déclaration périodique : <ul style="list-style-type: none"> Déclaration périodique des nouveaux porteurs de SARM 	Onglet déclaration périodique : <ul style="list-style-type: none"> Saisie périodique des admissions et jours-présence par installation 	Onglet déclaration périodique : <ul style="list-style-type: none"> Saisie périodique des tests de dépistage
Fiches d'aide à la saisie dans SI-SPIN	Disponibles dans le guide d'utilisateur sur le portail SI-SPIN		
Échéancier de saisie	Saisie en tout temps	Saisie en tout temps	Saisie en tout temps

8 ANALYSE DES DONNÉES

Les activités de surveillance seront revues par le comité SPIN-SARM qui aura la responsabilité de planifier la surveillance.

Outre les données décrites ci-dessous, d'autres analyses sont disponibles sur le portail de l'Infocentre.

L'historique complet des mises à jour et nouveautés pour l'analyse et l'interprétation des données se retrouve dans la fiche des indicateurs disponible à l'Infocentre.

Méthodologie épidémiologique

- Les taux d'acquisition estimés sont présentés avec des intervalles de confiance à 95 % (IC 95 %) calculés en approximation normale du logarithme népérien (ln) du taux en question;
- Pour la comparaison des taux d'incidence et des taux d'acquisition, un test Z de la différence du logarithme népérien des deux taux est utilisé.

Données

- Une analyse descriptive est réalisée sur l'ensemble des cas déclarés et leurs catégories d'attribution;
- Le taux d'acquisition des nouveaux porteurs de SARM est exprimé sous forme de densité d'incidence par 10 000 jours-présence :

$$\text{Taux d'acquisition des nouveaux porteurs de SARM} = \frac{\text{Nombre de nouveaux porteurs de SARM (catégories 1a) au cours d'une période donnée}}{\text{Nombre de jours – présence au cours de la même période}} \times 10\,000$$

- La moyenne des tests de dépistage pour le SARM est calculée en rapportant le nombre total de tests de dépistage au nombre d'admissions :

$$\text{Moyenne des tests de dépistage pour le SARM} = \frac{\text{Nombre total de tests de dépistage au cours d'une période donnée}}{\text{Nombre d'admission au cours de la même période}}$$

9 DIFFUSION DES RÉSULTATS

La diffusion des résultats est réalisée sous différents formats et il est fortement suggéré que les données de surveillance soient discutées dans les tables régionales et dans les comités stratégiques de prévention et contrôle des infections selon l'organisation régionale, pour les installations participantes.

Le portail SI-SPIN permet en outre au MSSS, à l'INSPQ, à chaque établissement et à chaque installation d'extraire et de valider les données brutes.

Le portail de l'Infocentre de santé publique permet au MSSS, à l'INSPQ, à chaque région et à chaque installation de produire en tout temps des analyses automatisées présentées sous forme de tableaux et figures. Il leur permet ainsi d'obtenir des résultats et des comparatifs à l'adresse <https://www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca/>.

Les analyses permettant la production des résultats de surveillance de l'Infocentre sont décrites dans une fiche : [Taux d'incidence de certaines infections nosocomiales \(SI-SPIN\)](#) disponible à l'Infocentre.

Formats	Lieu de dépôt	Délais de dépôt
Résultats périodiques	Portail SI-SPIN Portail de l'Infocentre	Périodiquement

10 SOUTIEN

Cette participation est optionnelle. Le protocole de surveillance demeure l'outil pour vous guider dans la déclaration de vos cas. Advenant des questions, nous vous invitons à en discuter au sein de votre propre équipe.

11 RÉFÉRENCES

Comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN). (2026a). *Définitions pour la surveillance provinciale des infections nosocomiales dans les milieux de soins aigus*. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

Comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN). (2026b). *Surveillance provinciale des bactériémies à *Staphylococcus aureus* au Québec : Protocole de surveillance*. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). <https://www.inspq.qc.ca/publications/3553>

Comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN). (2026c). *Surveillance provinciale des infections à entérocoques résistants à la vancomycine au Québec : Protocole de surveillance*. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). <https://www.inspq.qc.ca/publications/3557>

Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2025). *Répertoire québécois et système de mesure des procédures de biologie médicale : Les annexes*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-922-02W_Annexes.pdf

National Healthcare Safety Network (NHSN). (2026a). *Chapter 12: Multidrug-Resistant Organism & Clostridioides difficile Infection (MDRO/CDI) Module*. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/12pscmdro_cdadcurrent.pdf

National Healthcare Safety Network (NHSN). (2026b). *Chapter 17: CDC/NHSN Surveillance Definitions for Specific Types of Infections*. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/pscmanual_current.pdf

Provincial IPC Surveillance Committee. (2024). *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) protocol*. Alberta Health Services. <https://albertahealthservices.ca/assets/healthinfo/ipc/hi-ipc-sr-mrsa-surveillance-protocol.pdf>

Centre d'expertise et
de référence en santé publique

www.inspq.qc.ca