

Diarrhées à *Clostridioides difficile* au Québec, 2024-2025

SURVEILLANCE ET VIGIE

MARS 2026

COMITÉ DE SURVEILLANCE PROVINCIALE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

RAPPORT DE SURVEILLANCE

AUTEURS ET AUTRICES

Comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales

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

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

Danielle Moisan, microbiologiste-infectiologue et présidente du comité SPIN
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

Fanny Beaulieu, infirmière clinicienne spécialisée en prévention et contrôle des infections
Centre hospitalier universitaire de Québec - Université Laval

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

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

Vivian Loo, microbiologiste-infectiologue
Centre universitaire de santé McGill

SOUS LA COORDINATION DE

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

COLLABORATION

Karl Forest Bérard, conseiller scientifique
Secrétariat général

RÉVISION

Abakar Idriss-Hassan, conseiller scientifique
Direction des risques biologiques

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

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

FINANCEMENT

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

MISE EN PAGE

Linda Cléroux, agente administrative
Direction des risques biologiques

REMERCIEMENTS

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

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

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

Dépôt légal – 2^e trimestre 2026
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-555-03684-0 (PDF)
DOI : <https://doi.org/10.64490/NLHG8174>

© Gouvernement du Québec (2026)

AVANT-PROPOS

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

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

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

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

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

Le présent rapport de surveillance porte sur les données du programme de surveillance provinciale des **diarrhées à *Clostridioides difficile*** dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés participants pour l'année 2024-2025. Il s'agit de l'un des rapports annuels parmi tous les [programmes de surveillance](#).

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

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	III
LISTE DES FIGURES	IV
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	V
GLOSSAIRE	VI
FAITS SAILLANTS	1
1 INTRODUCTION	2
2 MÉTHODOLOGIE	3
2.1 Source des données	3
2.2 Identification des cas	3
2.3 Mesures	4
2.4 Analyse statistique	4
2.5 Révision par les pairs	5
3 RÉSULTATS	6
3.1 Description sommaire	6
3.2 Description des cas	9
3.3 Données de laboratoire – surveillance des souches de CD	10
3.4 Évolution des taux	11
3.5 Données par installation et par région sociosanitaire	13
4 LIMITES	25
4.1 Limites générales	25
4.2 Limites spécifiques au programme SPIN-CD	26
5 ANALYSE ET DISCUSSION	27
6 RÉFÉRENCES	29
ANNEXE 1 LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ SPIN	30
ANNEXE 2 LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ DE PROGRAMME SPIN-CD	31

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Sommaire de la participation, des cas, des dénominateurs et des taux pour la surveillance des cas de DACD, 2020-2021 à 2024-2025.....	6
Tableau 2	Taux d'incidence et rapports de taux univariés des cas nosocomiaux de DACD (cat. 1a et 1b) selon le nombre de lits, la proportion de clientèle admise de 65 ans et plus et la mission des installations, 2024-2025	8
Tableau 3	Répartition des cas de DACD selon la catégorie d'attribution, 2024-2025.....	9
Tableau 4	Évolution du nombre de décès, de la létalité et des autres complications parmi les cas nosocomiaux de DACD (cat. 1a et 1b), 2020-2021 à 2024-2025	10
Tableau 5	Évolution des taux d'incidence des cas nosocomiaux de DACD (cat. 1a et 1b) selon le regroupement d'installations, pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 85), 2020-2021 à 2024-2025	11
Tableau 6	Évolution du nombre de cas (N) et des taux d'incidence des cas nosocomiaux de DACD (cat. 1a et 1b) par installation et par région sociosanitaire, 2022-2023 à 2024-2025	19

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Taux d'incidence des cas nosocomiaux de DACD (cat. 1a et 1b) selon le regroupement d'installations, 2024-2025.....	7
Figure 2	Évolution des taux d'incidence des cas nosocomiaux de DACD (cat. 1a et 1b) pour les installations participant depuis 2004-2005 (N = 77) selon la période administrative, 2004-2005 à 2024-2025.....	12
Figure 3	Taux d'incidence des cas nosocomiaux de DACD (cat. 1a et 1b) et taux d'incidence du regroupement d'installations, par installation selon le regroupement non universitaire de moins de 110 lits, 2024-2025.....	13
Figure 4	Taux d'incidence des cas nosocomiaux de DACD (cat. 1a et 1b) et taux d'incidence du regroupement d'installations, par installation selon le regroupement non universitaire de 110 lits et plus ayant une proportion inférieure à 45 % de clientèle admise de 65 ans et plus, 2024-2025.....	14
Figure 5	Taux d'incidence des cas nosocomiaux de DACD (cat. 1a et 1b) et taux d'incidence du regroupement d'installations, par installation selon le regroupement non universitaire de 110 lits et plus ayant une proportion supérieure ou égale à 45 % de clientèle admise de 65 ans et plus, 2024-2025.....	15
Figure 6	Taux d'incidence des cas nosocomiaux de DACD (cat. 1a et 1b) et taux d'incidence du regroupement d'installations, par installation selon le regroupement universitaire de moins de 350 lits, 2024-2025.....	16
Figure 7	Taux d'incidence des cas nosocomiaux de DACD (cat. 1a et 1b) et taux d'incidence du regroupement d'installations, par installation selon le regroupement universitaire de 350 lits et plus, 2024-2025.....	17
Figure 8	Taux d'incidence des cas nosocomiaux de DACD (cat. 1a et 1b) et taux d'incidence du regroupement d'installations, par installation selon le regroupement pédiatrique, 2024-2025.....	18

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

CD	<i>Clostridioides difficile</i>
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée public
CINQ	Comité sur les infections nosocomiales du Québec
CLSC	Centre local de services communautaires
DACD	Diarrhées à <i>Clostridioides difficile</i>
IC	Intervalle de confiance
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IRR	Rapport des taux d'incidence (<i>incidence rate ratio</i>)
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
p65	Proportion de clientèle admise de 65 ans et plus
PCI	Prévention et contrôle des infections
RSS	Région sociosanitaire
SI-SPIN	Système d'information de la surveillance provinciale des infections nosocomiales
SPIN	Surveillance provinciale des infections nosocomiales
PCSIN	Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales
TAAN	Test d'amplification des acides nucléiques
USI	Unité de soins intensifs

GLOSSAIRE

Agent pathogène	Microorganisme susceptible de provoquer une infection (ex. : virus, bactérie, etc.).
Catégorie d'attribution	Classification de l'origine de la colonisation ou de l'infection utilisée lors de la surveillance. Le lien épidémiologique n'est pas pris en considération pour l'attribution de la catégorie.
Colonisation	Présence d'un micro-organisme dans un dépistage ou un spécimen clinique en absence de critères d'infection.
Colectomie	Opération chirurgicale qui correspond à l'ablation d'une partie ou de la totalité du côlon.
Dénominateur	Portion inférieure d'une fraction utilisée dans les calculs de taux (ex. : jours-présence, admissions).
Établissement	L'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).
Iléostomie en boucle	Ouverture créée par voie chirurgicale au niveau de l'abdomen, de façon permanente ou temporaire, permettant l'évacuation des selles. Elle comporte deux ouvertures : une distale et une proximale. Aussi, durant cette intervention, un lavage du colon est effectué pour éliminer le <i>C. difficile</i> et ses toxines.
Infection	Présence d'un microorganisme causant des signes et symptômes correspondants aux critères d'infection.
Installation	Lieu physique où sont dispensés les soins de santé et les services sociaux à la population du Québec, dans le cadre d'une ou de plusieurs missions (ex. : hôpital dans un CISSS).
Jours-présence	Nombre correspondant aux jours d'hospitalisation durant une période donnée.
Mission non universitaire	Établissement n'ayant pas la désignation du MSSS d'établissement universitaire.
Mission universitaire	Établissement qui, en plus d'exercer les activités propres à la mission d'un tel centre, dispense des services de pointe, participe à la formation de professionnels, est doté d'une structure de recherche reconnue et évalue des technologies ou modes d'intervention reliés à son secteur de pointe.
Nosocomiale	Acquise au cours d'un épisode de soins administrés par un établissement du réseau de la santé (aussi nommée associée aux soins de santé).

Numérateur	Portion supérieure d'une fraction utilisée dans les calculs de taux.
Période de surveillance	Périodes administratives de l'exercice financier des établissements d'environ 28 jours. Le calendrier de surveillance se découpe en treize périodes financières débutant le 1 ^{er} avril et se terminant le 31 mars de l'année suivante.
Proportion	Rapport dans lequel les deux entités (numérateur et dénominateur) proviennent du même ensemble et dans lequel le numérateur est inclus au dénominateur.
Rapport	Expression de la relation entre deux quantités qui peuvent indifféremment appartenir ou non au même ensemble. Le rapport peut se présenter sous la forme d'une proportion, d'un taux, d'un ratio, d'un indice ou d'une cote.
Région sociosanitaire (RSS)	Unité géographique définie. Dans le contexte du système de santé et de services sociaux, le territoire québécois est divisé en 18 régions sociosanitaires.
Regroupement	Création de variables personnalisées qui combinent les valeurs de variables existantes dans de nouveaux groupes. Par exemple, les installations de soins peuvent être regroupées selon la mission (universitaire ou non universitaire) et la clientèle (adulte, pédiatrique, néonatale).
Soins ambulatoires	Prestation de soins reçus sans hospitalisation.
Taux	Rapport qui mesure la vitesse ou la force de survenue d'un évènement. 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 évènements qui sont survenus : la différence entre les deux réside dans le dénominateur. Le dénominateur est le cumul de temps d'observations de chaque personne ou entité analysée qui est à risque de présenter le phénomène étudié. Dans ce cas, le dénominateur est exprimé en unités de temps (jour, mois, année, etc.).
Taux d'incidence	Mesure de la vitesse, de la force ou de l'intensité de propagation d'une maladie dans une population donnée (aussi nommée densité d'incidence). C'est le rapport de l'incidence (nombre de nouveaux cas survenus depuis le début de l'étude jusqu'à sa fin) sur le cumul de temps écoulé entre le début et la fin de l'observation de chaque personne participant à l'étude et susceptible (à risque) de contracter la maladie étudiée (personne-temps). Il s'exprime comme : nombre de nouveaux cas pendant une période Δt / somme des personnes-temps pendant cette période Δt (Δt signifie période ou intervalle de temps allant d'une date A à une date B).

FAITS SAILLANTS

- En 2024-2025, la surveillance provinciale des diarrhées à *Clostridioides difficile* (DACD) a terminé sa 21^e année de surveillance. Au total, 87 installations ont participé au programme cette année;
- Le nombre de cas de DACD nosocomiale de catégories 1a et 1b et le taux d'incidence provincial sont stables pour une sixième année consécutive. Deux installations ont connu une diminution statistiquement significative de leur taux d'incidence comparativement à l'année précédente, alors que deux ont connu une augmentation statistiquement significative;
- La proportion de décès survenant dans les 30 jours du diagnostic de DACD est le plus faible jamais enregistré par le programme de surveillance (7,0 %);
- Le taux d'incidence de DACD au Québec est comparable à celui du reste du pays et inférieur au taux de certains pays d'Europe.

1 INTRODUCTION

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a été mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour réaliser la surveillance provinciale des infections 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 **diarrhées à *Clostridioides difficile*** (SPIN-CD) a terminé sa 21^e année de surveillance. Ce programme à participation obligatoire a débuté en août 2004.

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

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 Source des données

Les estimations présentées dans ce rapport sont tirées d'une extraction des données colligées par les équipes de prévention et contrôle des infections (PCI) des CHSGS au Système d'information de la surveillance provinciale des infections nosocomiales (SI-SPIN), en date du 2 juillet 2025. Toutes les installations ayant environ 1 000 admissions ou plus par année ont l'obligation de participer à cette surveillance. Les données doivent être colligées pour les 13 périodes financières de l'année débutant le 1^{er} avril. Cependant, parmi les installations participantes, seules celles qui ont complété un minimum de 11 périodes (tant au numérateur qu'au dénominateur) sur ces 13 périodes sont incluses dans le rapport.

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

2.2 Identification des cas

Les usagers hospitalisés répondant à la définition de cas de diarrhées associées au *Clostridioides difficile* (DACD) au cours de la période d'observation sont considérés comme des cas incidents peu importe l'attribution de l'infection. L'attribution de l'infection peut être reliée ou non à l'installation déclarante :

Reliée à l'installation déclarante :

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

Non reliée à l'installation déclarante :

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

2.3 Mesures

Les mesures (variables) épidémiologiques collectées incluent :

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

2.4 Analyse statistique

L'indicateur principal retenu est le taux d'incidence des cas de DACD par 10 000 jours-présence. Il est calculé en rapportant le nombre de cas nosocomiaux des catégories 1a et 1b sur le nombre de jours-présence dans l'installation déclarante au cours de la même période. Les installations sont regroupées selon la région sociosanitaire (RSS), le pourcentage de personnes de 65 ans et plus, le nombre de lits et la mission (universitaire ou non universitaire). Le taux d'incidence moyen par regroupement est présenté à des fins de comparaison.

L'analyse des données est divisée en cinq sections :

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

Le seuil de signification statistique est fixé à 5 %. L'estimation des taux (avec des intervalles de confiance [IC à 95 %]) est basée sur l'approximation de la loi normale. Les taux moyens agrégés sont comparés en utilisant le test Z et les proportions en utilisant le test du Khi-2 ou le test exact de Fisher. La 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. Pour les tests de comparaison de taux entre l'année courante et l'année précédente, les augmentations ou les diminutions statistiquement significatives sont signalées dans les tableaux par un astérisque (*).

La manipulation et l'analyse des données sont réalisées à partir du logiciel statistique SAS (Version 9.4, Institute Inc., Cary NC). L'approche méthodologique utilisée dans le traitement, l'analyse des données et l'interprétation des résultats est basée sur le document *Plan national de surveillance de l'état de santé de la population et ses déterminants* disponible à partir de l'onglet PNS sur le portail Infocentre de santé publique (INSPQ, 2015 [document inédit]).

2.5 Révision par les pairs

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

3 RÉSULTATS

3.1 Description sommaire

Entre le 1^{er} avril 2024 et le 31 mars 2025, 87 installations sur les 88 visées ont participé à la surveillance des DACD, pour un cumul de 4 649 992 jours-présence. Ces installations ont rapporté 1 545 cas nosocomiaux de DACD, soit attribués à l'hospitalisation actuelle ou antérieure (catégories 1a et 1b) dans une installation déclarante. Le taux d'incidence des cas nosocomiaux de DACD est de 3,32 par 10 000 jours-présence ([tableau 1](#)).

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

	2020 - 2021	2021 - 2022	2022 - 2023	2023 - 2024	2024 - 2025
Installations participantes (N)	87	87	86	88	87
Admissions (N)	568 865	598 141	595 460	625 783	632 835
Jours-présence (N)	4 211 468	4 340 633	4 438 253	4 653 877	4 649 992
Cas nosocomiaux de DACD (cat. 1a et 1b) (N)	1 486	1 425	1 456	1 567	1 545
Taux d'incidences des cas nosocomiaux de DACD (cat. 1a et 1b) ^A	3,53	3,28	3,28	3,37	3,32

^A Taux par 10 000 jours-présence.

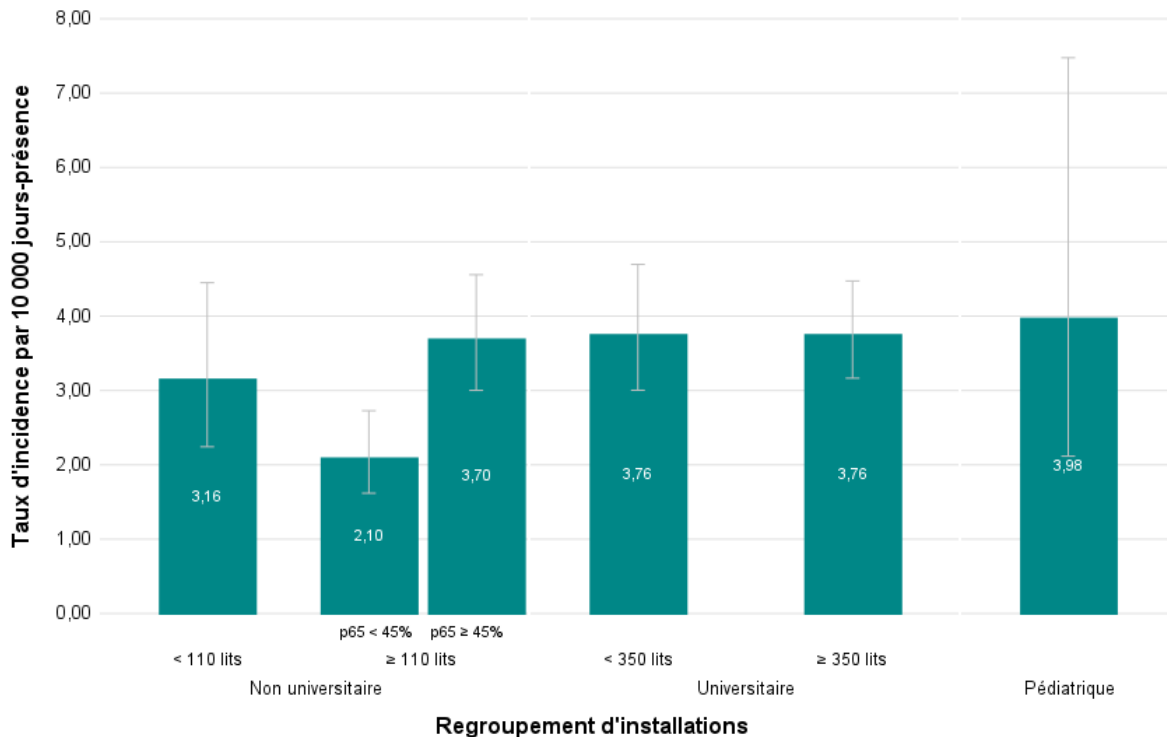
En termes de taux d'incidence, aucune différence statistiquement significative n'est observée entre les différents regroupements d'installations et le regroupement de référence (non universitaire < 110 lits).

En résumé, pour 2024-2025 :

- Installations non universitaires ≥ 110 lits et $p65 < 45\%$ (rapport de taux univarié 0,67; IC à 95 % (0,43 ; 1,02)).
- Installations non universitaires ≥ 110 lits et $p65 \geq 45\%$ (rapport de taux univarié 1,17; IC à 95 % (0,78 ; 1,75)).
- Installations universitaires < 350 lits (rapport de taux univarié 1,19 IC à 95 % (0,79 ; 1,79)).
- Installations universitaires ≥ 350 lits (rapport de taux univarié 1,19 IC à 95 % (0,81 ; 1,75)).
- Installations pédiatriques (rapport de taux univarié 1,26 IC à 95 % (0,61 ; 2,58)).

Il est à noter que les deux regroupements universitaires présentent des taux significativement plus élevés que le regroupement des installations non universitaires ≥ 110 lits et proportion inférieure à 45 % de clientèle admise de 65 ans et plus (p65) du point de vue statistique ($p < 0,001$; [figure 1](#)).

Figure 1 Taux d'incidence des cas nosocomiaux de DACD (cat. 1a et 1b) selon le regroupement d'installations, 2024-2025



Au [tableau 2](#), les analyses univariées selon les caractéristiques des installations montrent que :

- Les installations de 110 à 349 lits (rapport de taux univarié de 1,11) et celles ayant 350 lits et plus (rapport de taux univarié de 1,14) ont un taux d'incidence annuel comparable aux installations de référence de moins de 110 lits.
- Les installations de p65 ≥ 45 % ont un taux d'incidence comparable aux installations de p65 < 45 % (rapport de taux univarié de 1,18).
- Les installations universitaires ont un taux d'incidence significativement plus élevé que celui des installations non universitaires (rapport de taux univarié de 1,29). Par ailleurs, les installations pédiatriques ont un taux d'incidence comparable à ces dernières (rapport de taux univarié de 1,37).

Tableau 2 Taux d'incidence et rapports de taux univariés des cas nosocomiaux de DACD (cat. 1a et 1b) selon le nombre de lits, la proportion de clientèle admise de 65 ans et plus et la mission des installations, 2024-2025

Regroupement d'installations	N	Taux d'incidence [IC à 95%]	Rapport de taux univarié [IC à 95 %]
Selon le nombre de lits			
< 110 lits	33	3,00 [2,08 ; 4,32]	(réf)
110-349 lits	41	3,32 [2,87 ; 3,84]	1,11 [0,75 ; 1,64]
≥ 350 lits	13	3,42 [2,87 ; 4,07]	1,14 [0,76 ; 1,71]
Selon la proportion de clientèle admise de 65 ans et plus			
p65 < 45%	31	3,07 [2,64 ; 3,56]	(réf)
p65 ≥ 45%	54	3,61 [3,09 ; 4,21]	1,18 [0,95 ; 1,46]
Selon la mission			
Non universitaire	63	2,90 [2,49 ; 3,39]	(réf)
Universitaire	22	3,76 [3,26 ; 4,34]	1,29 [1,05 ; 1,60] *
Pédiatrique	2	3,98 [2,05 ; 7,71]	1,37 [0,69 ; 2,70]

3.2 Description des cas

Au total, 2 495 cas de DACD sont déclarés, dont 1 545 cas (61,9 %) sont reliés à une hospitalisation actuelle ou antérieure (catégories 1a et 1b) dans l'installation déclarante et 197 cas (7,9 %) sont reliés aux soins ambulatoires (catégorie 1c) de l'installation déclarante (tableau 3). Près des deux tiers des cas d'origine communautaire (64,3 %, N = 454) n'ont pas été hospitalisés dans les 52 dernières semaines avant la survenue de la DACD.

Tableau 3 Répartition des cas de DACD selon la catégorie d'attribution, 2024-2025

Catégorie	Catégorie d'attribution	N	%
1a	Cas relié à l'hospitalisation actuelle dans l'installation déclarante	893	35,8
1b	Cas relié à l'hospitalisation antérieure dans l'installation déclarante	652	26,1
1c	Cas hospitalisé relié aux soins ambulatoires de l'installation déclarante	197	7,9
1d	Cas hospitalisé relié à l'unité de soins de longue durée de l'installation déclarante	1	0,0
2	Cas hospitalisé relié à un séjour dans une installation non déclarante	46	1,8
3	Cas hospitalisé d'origine communautaire	706	28,3
3a	Cas hospitalisé d'origine communautaire avec une hospitalisation récente (> 4 à ≤ 12 semaines) ^A	107	15,2
3b	Cas hospitalisé d'origine communautaire avec une hospitalisation précédente (> 12 à ≤ 52 semaines) ^A	145	20,5
3c	Cas hospitalisé d'origine communautaire sans hospitalisation antérieure ou hospitalisation > 52 semaines ^A	454	64,3
4	Cas hospitalisé d'origine inconnue	0	0,0
Total		2 495	100,0

^A Le pourcentage des catégories 3a, 3b et 3c sont calculés par rapport à la catégorie 3.

Les données pour les complications sont disponibles pour 1 481 (95,9 %) des 1 545 cas nosocomiaux de DACD (catégories 1a et 1b). La létalité associée ou non à l'infection à 10 jours est de 3,7 % (N = 55) alors que celle à 30 jours est de 7,0 % (N = 104). Outre les décès, huit colectomies (0,5 % des cas), trois iléostomies en boucle (0,2 %), 77 réadmissions (5,2 %) et 61 transferts aux soins intensifs (4,1 %) sont déclarés (tableau 4).

Tableau 4 Évolution du nombre de décès, de la létalité et des autres complications parmi les cas nosocomiaux de DACD (cat. 1a et 1b), 2020-2021 à 2024-2025

	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025
Nombre et proportion de DACD avec suivi à 30 jours (N, %) ^A	1 417 (95,4)	1 335 (93,7)	1 400 (96,2)	1 477 (94,3)	1 481 (95,9)
Nombre d'installations ayant déclaré des complications (N)	75	81	78	84	85
Décès					
Décès à 10 jours (N, %)	97 (6,8)	61 (4,6)	78 (5,6)	66 (4,5)	55 (3,7)
Décès à 30 jours (N, %) ^B	178 (12,6)	131 (9,8)	157 (11,2)	121 (8,2)	104 (7,0)
Autres complications^C					
Colectomies (N, %)	10 (0,7)	6 (0,4)	6 (0,4)	3 (0,2)	8 (0,5)
Iléostomies (N, %)	3 (0,2)	3 (0,2)	2 (0,1)	1 (0,1)	3 (0,2)
Réadmissions (N, %)	64 (4,5)	63 (4,7)	81 (5,8)	80 (5,4)	77 (5,2)
Transferts aux soins intensifs (N, %)	45 (3,2)	49 (3,7)	36 (2,6)	27 (1,8)	61 (4,1)

^A La proportion des cas nosocomiaux de DACD (cat. 1a et 1b) avec suivi à 30 jours est mesurée par rapport au nombre total de DACD nosocomiales.

^B Les décès à 30 jours incluent les décès à 10 jours.

^C Les proportions pour chaque type de complication sont mesurées par rapport au nombre de cas nosocomiaux DACD (catégories 1a et 1b) avec suivi à 30 jours.

3.3 Données de laboratoire – surveillance des souches de CD

La surveillance des souches de CD a été effectuée par le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) en 2024-2025. Toutefois, ces résultats de surveillance seront publiés dans une version ultérieure de ce rapport.

3.4 Évolution des taux

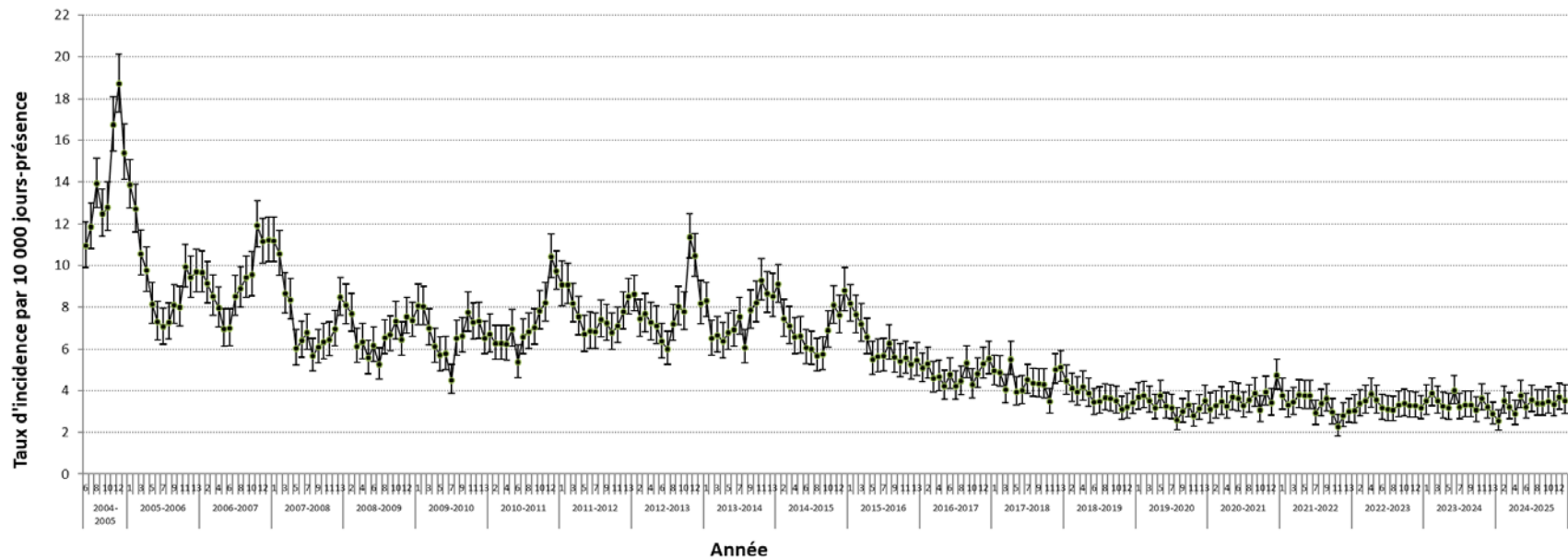
Les données présentées à cette section concernent l'ensemble des installations ayant participé à la surveillance à au moins 11 périodes de chaque année durant la période ciblée. Dans le cadre de cette approche longitudinale, le [tableau 5](#), qui présente l'évolution des taux d'incidence des infections, prend en compte seulement les installations (N = 85) participant à la surveillance de façon consécutive depuis les cinq dernières années. Les installations sont regroupées selon le regroupement d'installations et le taux d'incidence moyen par regroupement est présenté à des fins de comparaison. À la [figure 2](#), la même démarche est adoptée pour présenter l'évolution des taux d'incidence des cas nosocomiaux de DACD (catégories 1a et 1b) pour les installations (N = 77) participant à la surveillance depuis 2004-2005 (au moins huit périodes en 2004-2005 et à au moins 11 périodes par la suite).

Parmi ces 85 installations, le taux d'incidence total des cas nosocomiaux de DACD (catégories 1a et 1b) en 2024-2025 est de 3,33 cas par 10 000 jours-présence. Ce taux est comparable à celui de l'année précédente (2023-2024) et ce, peu importe le regroupement de l'installation ([tableau 5](#)). En 2024-2025, tous les regroupements d'installations présentent des taux d'incidence statistiquement similaires à 2023-2024 ([tableau 5](#)).

Tableau 5 Évolution des taux d'incidence des cas nosocomiaux de DACD (cat. 1a et 1b) selon le regroupement d'installations, pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 85), 2020-2021 à 2024-2025

Regroupement d'installations	N	Taux d'incidence par 10 000 jours-présence [IC à 95 %]				
		2020 - 2021	2021 - 2022	2022 - 2023	2023 - 2024	2024 - 2025
Non universitaire < 110 lits	30	2,65 [2,17 ; 3,24]	3,02 [2,51 ; 3,63]	2,41 [1,97 ; 2,95]	2,97 [2,47 ; 3,57]	3,15 [2,64 ; 3,76]
Non universitaire ≥ 110 lits et p65 < 45 %	14	2,66 [2,35 ; 3,01]	2,26 [1,98 ; 2,58]	2,46 [2,17 ; 2,78]	2,52 [2,24 ; 2,83]	2,10 [1,84 ; 2,40]
Non universitaire ≥ 110 lits et p65 ≥ 45 %	17	3,66 [3,26 ; 4,11]	3,17 [2,81 ; 3,58]	3,22 [2,86 ; 3,63]	3,28 [2,92 ; 3,68]	3,75 [3,37 ; 4,17]
Universitaire < 350 lits	12	3,99 [3,56 ; 4,47]	3,92 [3,50 ; 4,39]	4,06 [3,64 ; 4,53]	3,79 [3,39 ; 4,24]	3,76 [3,36 ; 4,21]
Universitaire ≥ 350 lits	10	4,11 [3,77 ; 4,48]	3,89 [3,56 ; 4,25]	3,75 [3,43 ; 4,10]	3,97 [3,65 ; 4,32]	3,76 [3,45 ; 4,10]
Pédiatrique	2	4,45 [3,20 ; 6,20]	2,66 [1,77 ; 4,00]	3,56 [2,56 ; 4,96]	3,76 [2,70 ; 5,23]	3,98 [2,90 ; 5,47]
Total	85	3,55 [3,37 ; 3,74]	3,28 [3,11 ; 3,46]	3,28 [3,12 ; 3,45]	3,37 [3,21 ; 3,54]	3,33 [3,17 ; 3,50]

Figure 2 Évolution des taux d'incidence des cas nosocomiaux de DACD (cat. 1a et 1b) pour les installations participant depuis 2004-2005 (N = 77) selon la période administrative, 2004-2005 à 2024-2025



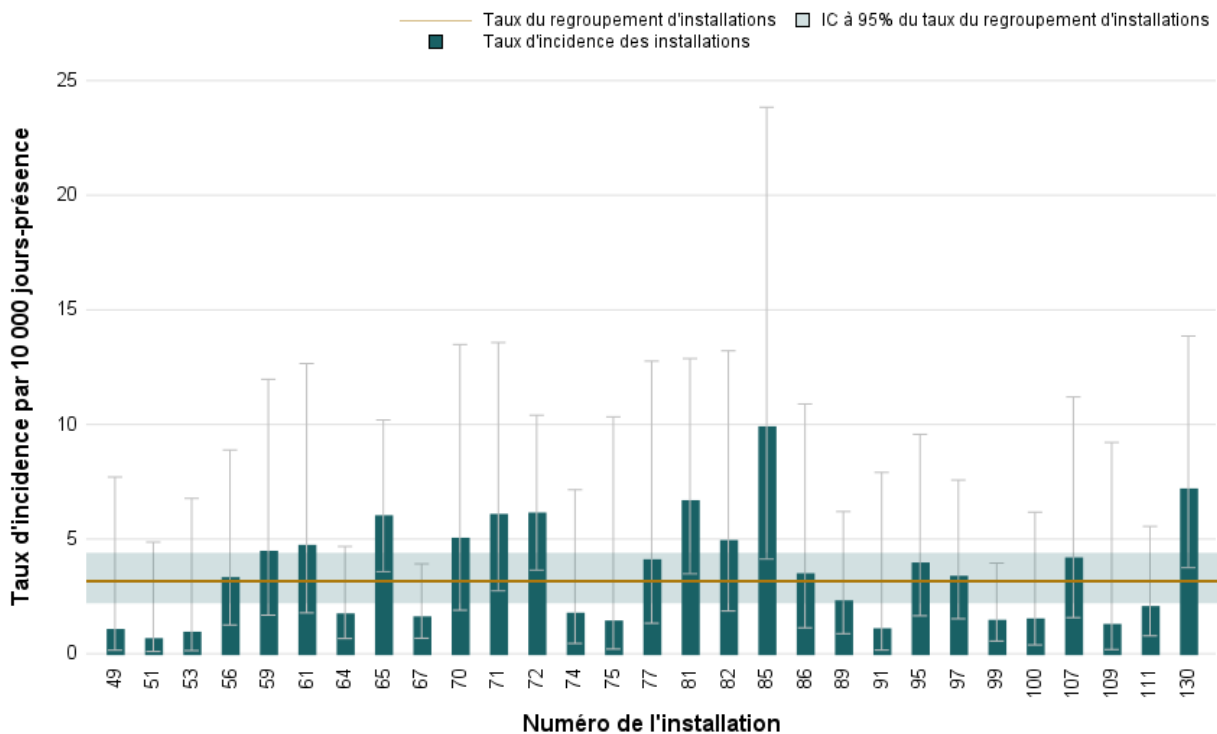
3.5 Données par installation et par région sociosanitaire

Les taux d'incidence des cas nosocomiaux de DACD (catégories 1a et 1b) par installation et le taux d'incidence du regroupement d'installations sont représentés dans les [figure 3](#), [figure 4](#), [figure 5](#), [figure 6](#), [figure 7](#) et [figure 8](#). Les taux d'incidence qui sont significativement plus élevés que le taux du regroupement sont représentés en couleur rouge.

Deux installations non universitaires ont un taux significativement plus élevé que le taux de leur regroupement d'installations ([figure 3](#), [figure 4](#) et [figure 5](#)). Pour les installations universitaires, deux installations ont un taux significativement plus élevé que le taux de leur regroupement d'installations du point de vue statistique ([figure 6](#) et [figure 7](#)).

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

Figure 3 Taux d'incidence des cas nosocomiaux de DACD (cat. 1a et 1b) et taux d'incidence du regroupement d'installations, par installation selon le regroupement non universitaire de moins de 110 lits, 2024-2025



Note : Les installations suivantes n'ont déclaré aucun cas en 2024-2025 : 52 et 84.

Figure 4 Taux d'incidence des cas nosocomiaux de DACD (cat. 1a et 1b) et taux d'incidence du regroupement d'installations, par installation selon le regroupement non universitaire de 110 lits et plus ayant une proportion inférieure à 45 % de clientèle admise de 65 ans et plus, 2024-2025

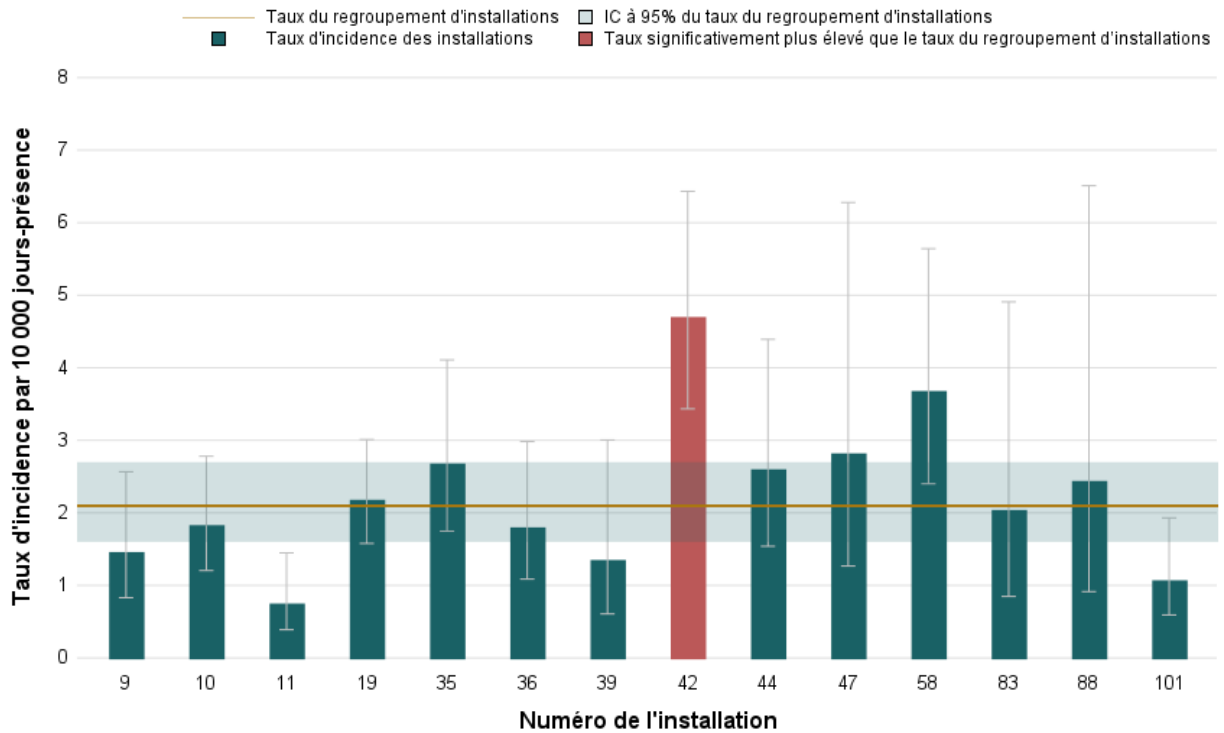


Figure 5 Taux d'incidence des cas nosocomiaux de DACD (cat. 1a et 1b) et taux d'incidence du regroupement d'installations, par installation selon le regroupement non universitaire de 110 lits et plus ayant une proportion supérieure ou égale à 45 % de clientèle admise de 65 ans et plus, 2024-2025

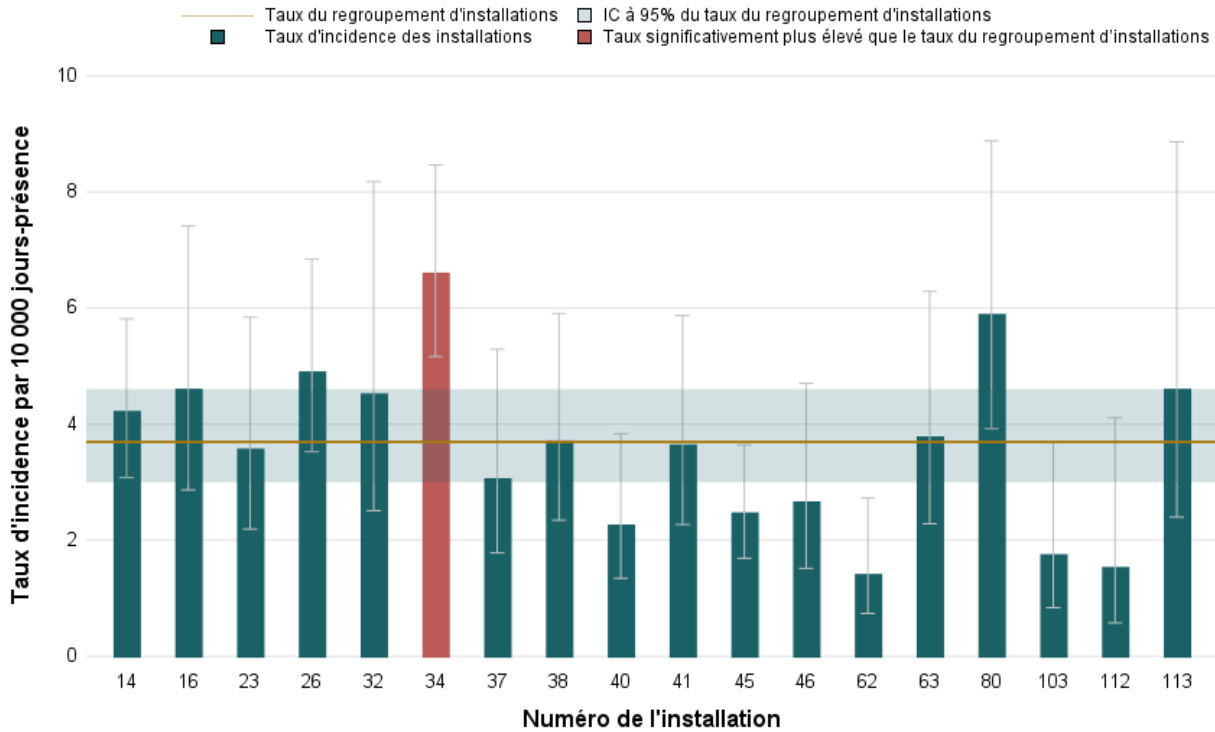


Figure 6 Taux d'incidence des cas nosocomiaux de DACD (cat. 1a et 1b) et taux d'incidence du regroupement d'installations, par installation selon le regroupement universitaire de moins de 350 lits, 2024-2025

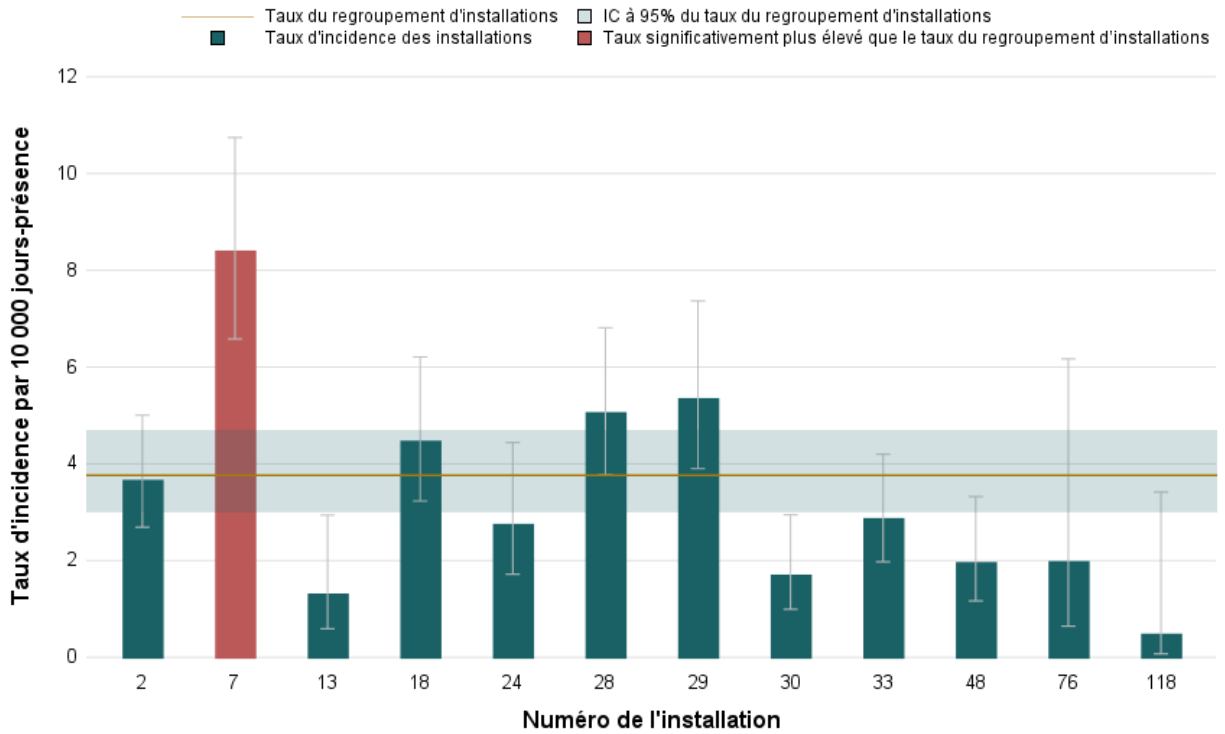


Figure 7 Taux d'incidence des cas nosocomiaux de DACD (cat. 1a et 1b) et taux d'incidence du regroupement d'installations, par installation selon le regroupement universitaire de 350 lits et plus, 2024-2025

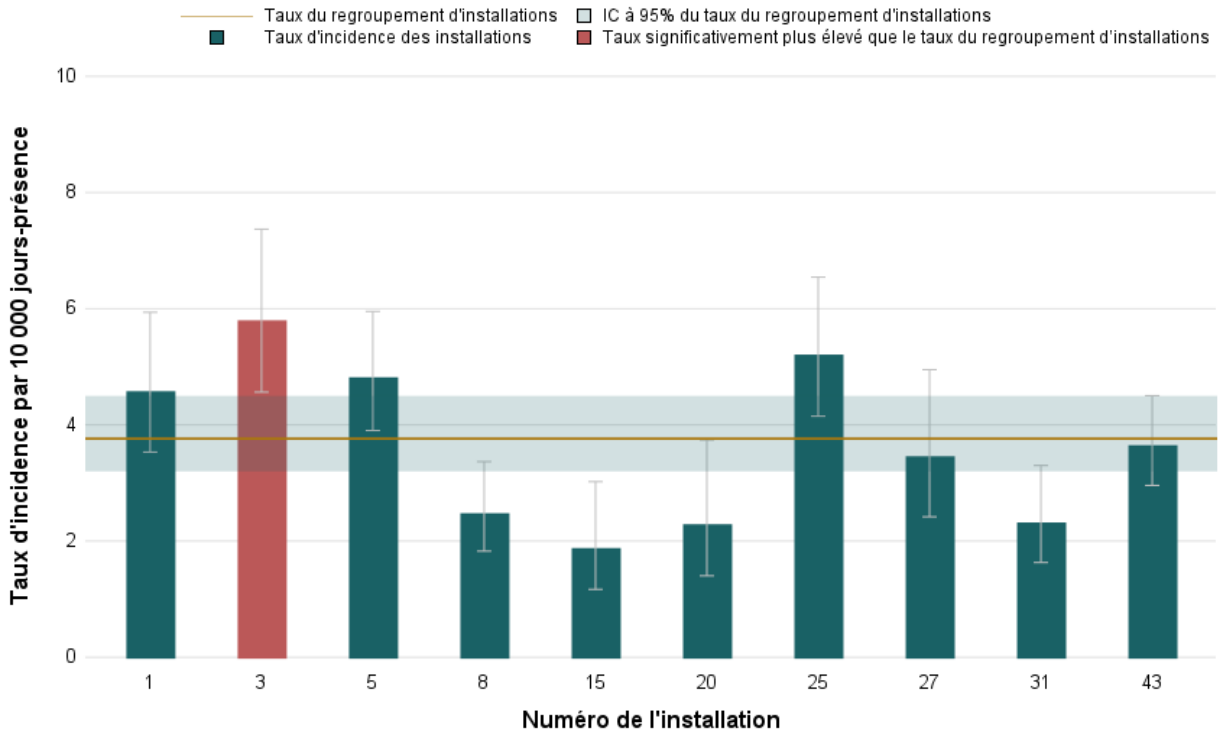
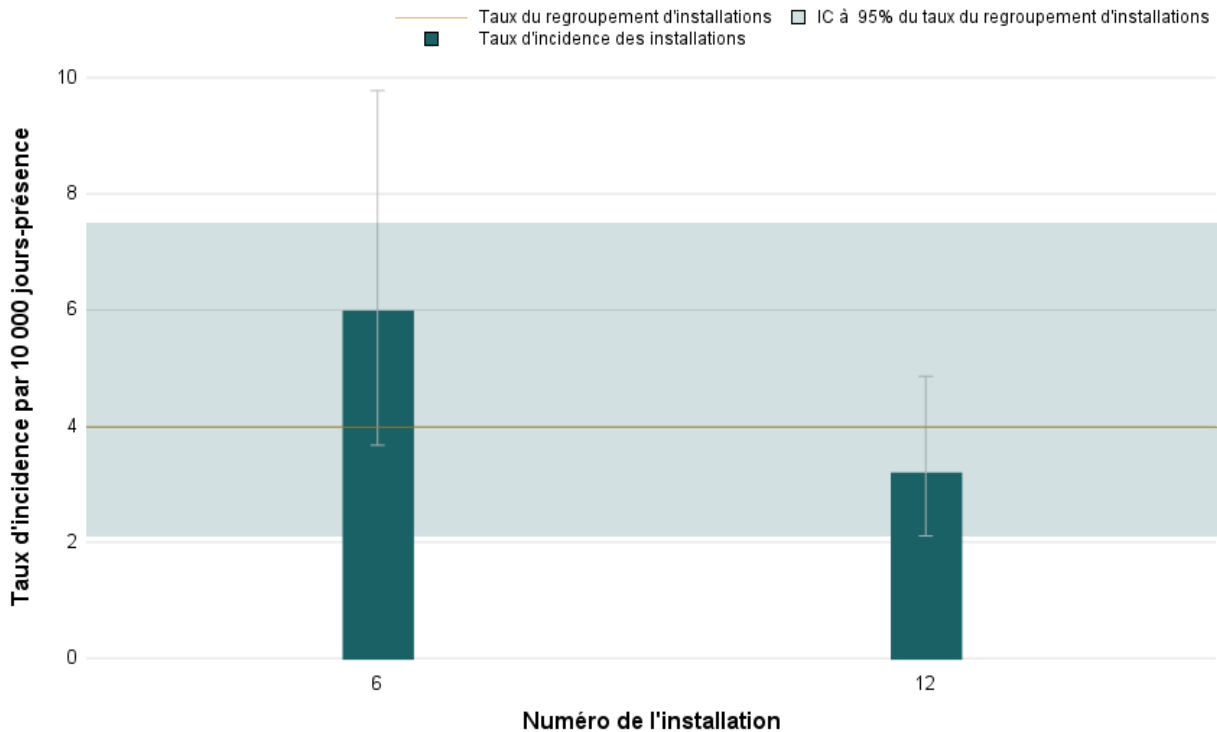


Figure 8 Taux d'incidence des cas nosocomiaux de DACD (cat. 1a et 1b) et taux d'incidence du regroupement d'installations, par installation selon le regroupement pédiatrique, 2024-2025



En 2024-2025, le taux d'incidence des cas nosocomiaux de DACD (catégories 1a et 1b) par installation a varié de 0 à 9,92 cas par 10 000 jours-présence ([tableau 6](#)). En résumé, deux installations (2,3 %) ont connu une diminution statistiquement significative de leur taux d'incidence des cas de DACD nosocomiales (catégories 1a et 1b) par rapport à l'année de surveillance 2023-2024, tandis que deux autres installations (2,3 %) ont connu une augmentation statistiquement significative de leur taux d'incidence. Le taux d'incidence des cas nosocomiaux de DACD (catégories 1a et 1b) au niveau provincial en 2024-2025 est comparable à celui de 2023-2024.

Un sommaire détaillé de ces données par installation est présenté au [tableau 6](#). Toutes les installations qui doivent participer à la surveillance y sont présentées, mais celles n'ayant pas complété un minimum de 11 périodes afin d'être incluses dans les analyses sont représentées par le symbole suivant « -- ». De plus, lorsque le taux d'incidence est égal à zéro, l'intervalle de confiance n'est pas calculé. Les taux d'incidence identifiés par un astérisque « * » ont une différence significative ($p < 0,05$) entre les taux d'incidence de 2023-2024 et 2024-2025.

Tableau 6 Évolution du nombre de cas (N) et des taux d'incidence des cas nosocomiaux de DACD (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	
	Région 01 - Bas-Saint-Laurent	26	2,68 [1,82 ; 3,94]	31	3,07 [2,16 ; 4,36]	41	4,41 [3,25 ; 5,99]
16	Hôpital Régional de Rimouski	12	2,94 [1,67 ; 5,18]	17	3,75 [2,33 ; 6,03]	17	4,61 [2,87 ; 7,41]
32	Centre Hospitalier Régional du Grand-Portage	8	3,19 [1,59 ; 6,38]	8	3,31 [1,65 ; 6,62]	11	4,53 [2,51 ; 8,18]
61	Hôpital Notre-Dame-de-Fatima	1	1,34 [0,19 ; 9,55]	2	2,46 [0,61 ; 9,86]	4	4,75 [1,78 ; 12,66]
71	Hôpital de Matane	0	0	2	2,05 [0,51 ; 8,22]	6	6,10 [2,74 ; 13,57]
77	Hôpital d'Amqui	4	5,46 [2,05 ; 14,54]	1	1,41 [0,20 ; 10,06]	3	4,12 [1,33 ; 12,76]
84	Hôpital de Notre-Dame-du-Lac	1	1,39 [0,20 ; 9,83]	1	1,49 [0,21 ; 10,59]	0	0
	Région 02 - Saguenay-Lac-Saint-Jean	34	2,12 [1,51 ; 2,97]	41	2,52 [1,86 ; 3,42]	33	1,98 [1,41 ; 2,78]
20	Hôpital de Chicoutimi	10	1,51 [0,81 ; 2,81]	21	2,92 [1,90 ; 4,48]	16	2,29 [1,40 ; 3,74]
67	Hôpital et Centre de Réadaptation de Jonquière	6	1,96 [0,88 ; 4,37]	5	1,74 [0,72 ; 4,18]	5	1,63 [0,68 ; 3,92]
74	Hôpital de Dolbeau-Mistassini	6	5,27 [2,37 ; 11,72]	2	1,81 [0,45 ; 7,22]	2	1,79 [0,45 ; 7,15]
88	Hôpital et CHSLD de Roberval	4	2,54 [0,95 ; 6,78]	9	5,43 [2,83 ; 10,43]	4	2,44 [0,91 ; 6,51]
100	Hôpital de la Baie	0	0	0	0	2	1,54 [0,38 ; 6,17]
112	Hôpital d'Alma	8	3,23 [1,61 ; 6,47]	4	1,71 [0,64 ; 4,56]	4	1,54 [0,58 ; 4,11]
	Région 03 - Capitale-Nationale	216	4,12 [3,61 ; 4,71]	199	3,85 [3,35 ; 4,42]	229	4,31 [3,79 ; 4,91]
2	Hôpital de l'Enfant-Jésus	43	4,07 [3,02 ; 5,49]	47	4,51 [3,39 ; 6,00]	40	3,67 [2,69 ; 5,01]
7	Hôtel-Dieu de Québec	59	7,59 [5,88 ; 9,80]	45	6,04 [4,51 ; 8,09]	64	8,41 [6,58 ; 10,75]
24	Hôpital du Saint-Sacrement	16	2,69 [1,65 ; 4,39]	21	3,55 [2,32 ; 5,44]	17	2,76 [1,72 ; 4,44]
27	CHUL	25	2,96 [2,00 ; 4,38]	30	3,62 [2,53 ; 5,18]	30	3,46 [2,42 ; 4,95]
28	Hôpital Saint-François d'Assise	50	5,99 [4,54 ; 7,90]	31	3,67 [2,58 ; 5,22]	44	5,07 [3,77 ; 6,81]
33	Institut Universitaire de Cardiologie et de Pneumologie de Québec	14	1,48 [0,88 ; 2,50]	17	1,81 [1,13 ; 2,91]	27	2,88 [1,98 ; 4,20]
59	Centre Multi. SSS de Baie-Saint-Paul	2	2,00 [0,50 ; 7,98]	1	1,16 [0,16 ; 8,24]	4	4,49 [1,68 ; 11,97]
86	Hôpital et CLSC de la Malbaie	7	8,21 [3,92 ; 17,22]	7	7,83 [3,73 ; 16,43]	3	3,51 [1,13 ; 10,89]

Tableau 6 Évolution du nombre de cas (N) et des taux d'incidence des cas nosocomiaux de DACD (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	
	Région 04 - Mauricie et Centre-du-Québec	91	3,24 [2,64 ; 3,98]	93	3,21 [2,62 ; 3,93]	83	2,93 [2,36 ; 3,63]
23	Hôtel-Dieu d'Arthabaska	18	3,91 [2,46 ; 6,21]	17	3,71 [2,30 ; 5,97]	16	3,58 [2,19 ; 5,84]
31	Pavillon Sainte-Marie	37	2,85 [2,06 ; 3,93]	39	2,87 [2,10 ; 3,93]	31	2,32 [1,63 ; 3,30]
41	Hôpital du Centre-de-la-Mauricie	12	2,61 [1,48 ; 4,60]	14	2,85 [1,69 ; 4,81]	17	3,65 [2,27 ; 5,87]
44	Hôpital Sainte-Croix	17	3,22 [2,00 ; 5,18]	22	4,16 [2,74 ; 6,31]	14	2,60 [1,54 ; 4,39]
85	Centre Multi. SSS du Haut-Saint-Maurice	7	10,80[5,15 ;22,66]	1	1,62 [0,23 ;11,53]	5	9,92 [4,13 ;23,84]
	Région 05 - Estrie	65	2,92 [2,29 ; 3,72]	77	2,99 [2,39 ; 3,74]	48	1,89 [1,43 ; 2,51]*
15	CHUS - Hôpital Fleurimont	38	4,13 [3,01 ; 5,68]	28	3,08 [2,13 ; 4,46]	17	1,88 [1,17 ; 3,02]
30	CHUS - Hôtel-Dieu de Sherbrooke	18	2,27 [1,43 ; 3,60]	23	2,95 [1,96 ; 4,44]	13	1,71 [0,99 ; 2,95]
46	Hôpital de Granby	--	--	13	2,88 [1,67 ; 4,96]	12	2,67 [1,52 ; 4,70]
49	Centre Multi. SSS de Memphrémagog	0	0	2	2,28 [0,57 ; 9,11]	1	1,08 [0,15 ; 7,71]
75	CSSS du Granit	4	3,69 [1,38 ; 9,84]	1	1,23 [0,17 ; 8,69]	1	1,45 [0,20 ;10,33]
99	Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins	5	1,85 [0,77 ; 4,44]	10	3,77 [2,03 ; 7,01]	4	1,48 [0,55 ; 3,95]

Tableau 6 Évolution du nombre de cas (N) et des taux d'incidence des cas nosocomiaux de DACD (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	
	Région 06 - Montréal	572	3,84 [3,54 ; 4,17]	613	3,96 [3,66 ; 4,29]	623	3,93 [3,63 ; 4,25]
3	Hôpital Glen - Royal Victoria	75	6,47 [5,16 ; 8,11]	73	6,45 [5,13 ; 8,11]	67	5,80 [4,56 ; 7,37]
5	Hôpital Général Juif	69	4,09 [3,23 ; 5,18]	70	3,92 [3,10 ; 4,96]	86	4,82 [3,90 ; 5,95]
6	Hôpital Glen - Enfants	11	4,02 [2,23 ; 7,26]	14	5,31 [3,15 ; 8,96]	16	5,99 [3,67 ; 9,78]
8	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	41	2,70 [1,99 ; 3,67]	51	3,25 [2,47 ; 4,28]	41	2,48 [1,83 ; 3,37]
12	CHU Sainte-Justine	24	3,38 [2,26 ; 5,05]	21	3,14 [2,05 ; 4,82]	22	3,20 [2,11 ; 4,86]
13	Institut de Cardiologie de Montréal	8	1,84 [0,92 ; 3,68]	11	2,49 [1,38 ; 4,50]	6	1,32 [0,59 ; 2,94]
25	Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal	59	4,63 [3,59 ; 5,98]	81	5,93 [4,77 ; 7,37]	74	5,21 [4,15 ; 6,54]
26	Hôpital de Verdun	37	5,90 [4,27 ; 8,14]	36	5,16 [3,72 ; 7,15]	35	4,91 [3,52 ; 6,84]
29	Hôpital Général de Montréal	39	5,62 [4,11 ; 7,69]	46	6,39 [4,79 ; 8,53]	38	5,36 [3,90 ; 7,37]
34	Hôpital Santa Cabrini	20	2,45 [1,58 ; 3,80]	28	3,20 [2,21 ; 4,63]	63	6,61 [5,16 ; 8,46]*
36	Hôpital Général du Lakeshore	39	5,34 [3,90 ; 7,31]	21	2,64 [1,72 ; 4,05]	15	1,80 [1,09 ; 2,98]
38	Hôpital Jean-Talon	13	2,76 [1,60 ; 4,75]	12	2,54 [1,44 ; 4,47]	18	3,72 [2,34 ; 5,90]
43	Centre Hospitalier de l'Université de Montréal	67	3,03 [2,38 ; 3,85]	73	3,09 [2,46 ; 3,89]	87	3,65 [2,96 ; 4,50]
48	Centre Hospitalier de St. Mary	17	2,27 [1,41 ; 3,65]	23	3,01 [2,00 ; 4,53]	14	1,97 [1,17 ; 3,32]
62	Hôpital Notre-Dame	14	2,42 [1,43 ; 4,08]	17	2,70 [1,68 ; 4,35]	9	1,42 [0,74 ; 2,73]
76	Hôpital de Lachine	2	2,02 [0,50 ; 8,10]	7	5,65 [2,69 ; 11,85]	3	1,99 [0,64 ; 6,17]
80	Hôpital Fleury	13	3,38 [1,96 ; 5,82]	15	4,01 [2,42 ; 6,65]	23	5,90 [3,92 ; 8,88]
83	Hôpital de Lasalle	15	6,77 [4,08 ; 11,23]	10	4,37 [2,35 ; 8,12]	5	2,04 [0,85 ; 4,91]
118	Hôpital Neurologique de Montréal	9	3,70 [1,92 ; 7,12]	4	1,81 [0,68 ; 4,81]	1	0,49 [0,07 ; 3,42]

Tableau 6 Évolution du nombre de cas (N) et des taux d'incidence des cas nosocomiaux de DACD (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	
	Région 07 - Outaouais	21	1,53 [1,00 ; 2,34]	17	1,08 [0,67 ; 1,74]	30	1,97 [1,38 ; 2,82]*
39	Hôpital de Gatineau	6	1,32 [0,59 ; 2,94]	1	0,17 [0,02 ; 1,21]	6	1,35 [0,61 ; 3,00]
40	Hôpital de Hull	9	1,76 [0,92 ; 3,38]	9	1,60 [0,83 ; 3,08]	14	2,27 [1,34 ; 3,83]
51	Hôpital de Maniwaki	1	0,74 [0,10 ; 5,22]	2	1,38 [0,34 ; 5,53]	1	0,68 [0,09 ; 4,87]
95	Hôpital et CHSLD du Pontiac	2	1,54 [0,39 ; 6,13]	3	2,48 [0,80 ; 7,69]	5	3,98 [1,65 ; 9,57]
111	Hôpital et CHSLD de Papineau	3	2,08 [0,67 ; 6,45]	2	1,28 [0,32 ; 5,10]	4	2,08 [0,78 ; 5,55]
	Région 08 - Abitibi-Témiscamingue	17	2,42 [1,50 ; 3,90]	15	2,08 [1,25 ; 3,45]	28	3,67 [2,53 ; 5,32]
47	Hôpital de Rouyn-Noranda	7	3,48 [1,66 ; 7,31]	1	0,49 [0,07 ; 3,42]	6	2,82 [1,27 ; 6,28]
52	Hôpital d'Amos	1	0,60 [0,09 ; 4,20]	4	2,47 [0,93 ; 6,58]	0	0
65	Hôpital de Val-d'Or	5	2,67 [1,11 ; 6,41]	3	1,43 [0,46 ; 4,44]	14	6,04 [3,58 ; 10,20]*
70	Centre Multi. SSS de la Sarre	3	4,24 [1,37 ; 13,16]	2	2,88 [0,72 ; 11,51]	4	5,06 [1,90 ; 13,49]
82	Centre Multi. SSS de Ville-Marie	1	1,34 [0,19 ; 9,55]	5	6,78 [2,82 ; 16,29]	4	4,96 [1,86 ; 13,21]
	Région 09 - Côte-Nord	9	1,70 [0,89 ; 3,26]	9	1,69 [0,88 ; 3,25]	18	3,96 [2,50 ; 6,28]*
64	CLSC et Hôpital Le Royer	4	1,48 [0,56 ; 3,94]	2	0,74 [0,18 ; 2,98]	4	1,76 [0,66 ; 4,68]
72	Hôpital et CLSC de Sept-Îles	5	1,92 [0,80 ; 4,61]	7	2,67 [1,27 ; 5,60]	14	6,16 [3,65 ; 10,40]
	Région 10 - Nord-du-Québec	1	1,87 [0,26 ; 13,32]	2	4,22 [1,06 ; 16,86]	--	--
96	Centre de Santé de Chibougamau	1	1,87 [0,26 ; 13,32]	2	4,22 [1,06 ; 16,86]	--	--
	Région 11 - Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	6	1,67 [0,75 ; 3,71]	18	3,29 [2,07 ; 5,22]	13	2,40 [1,40 ; 4,13]
53	Hôpital de Chandler	5	4,45 [1,85 ; 10,69]	1	0,79 [0,11 ; 5,65]	1	0,96 [0,14 ; 6,78]
91	Hôpital de Gaspé	0	0	3	3,19 [1,03 ; 9,88]	1	1,11 [0,16 ; 7,91]
97	Hôpital et GMFU de Maria	--	--	7	3,94 [1,88 ; 8,27]	6	3,40 [1,53 ; 7,58]
107	Hôpital de l'Archipel	0	0	5	6,87 [2,86 ; 16,51]	4	4,20 [1,58 ; 11,20]
109	Hôpital et CLSC de Sainte-Anne-des-Monts	1	1,51 [0,21 ; 10,74]	2	2,61 [0,65 ; 10,45]	1	1,30 [0,18 ; 9,22]

Tableau 6 Évolution du nombre de cas (N) et des taux d'incidence des cas nosocomiaux de DACD (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	
	Région 12 - Chaudière-Appalaches	86	5,51 [4,46 ; 6,81]	64	4,13 [3,23 ; 5,28]	64	4,09 [3,20 ; 5,22]
18	Hôtel-Dieu de Lévis	50	6,37 [4,83 ; 8,40]	28	3,60 [2,49 ; 5,21]	36	4,48 [3,23 ; 6,21]
63	Hôpital de Saint-Georges	16	4,00 [2,45 ; 6,53]	16	3,94 [2,41 ; 6,43]	15	3,79 [2,28 ; 6,29]
89	Hôpital de Montmagny	10	5,86 [3,15 ; 10,89]	15	8,90 [5,36 ; 14,77]	4	2,33 [0,88 ; 6,20]*
113	Hôpital de Thetford	10	4,90 [2,64 ; 9,10]	5	2,55 [1,06 ; 6,12]	9	4,61 [2,40 ; 8,86]
	Région 13 - Laval	24	1,41 [0,95 ; 2,10]	41	2,36 [1,74 ; 3,21]	37	2,18 [1,58 ; 3,01]
19	Hôpital de la Cité-de-la-Santé	24	1,41 [0,95 ; 2,10]	41	2,36 [1,74 ; 3,21]	37	2,18 [1,58 ; 3,01]
	Région 14 - Lanaudière	44	2,30 [1,71 ; 3,09]	49	2,41 [1,82 ; 3,19]	47	2,25 [1,69 ; 2,99]
11	Hôpital Pierre-Le Gardeur	7	0,65 [0,31 ; 1,36]	12	1,06 [0,60 ; 1,86]	9	0,75 [0,39 ; 1,45]
14	Hôpital de Lanaudière et CHSLD Parphilia-Ferland	37	4,46 [3,23 ; 6,16]	37	4,11 [2,98 ; 5,67]	38	4,23 [3,08 ; 5,81]
	Région 15 - Laurentides	49	1,88 [1,42 ; 2,49]	78	2,86 [2,29 ; 3,57]	57	2,09 [1,61 ; 2,71]
45	Hôpital de Saint-Eustache	19	1,95 [1,24 ; 3,06]	33	3,19 [2,27 ; 4,48]	26	2,48 [1,69 ; 3,64]
56	Centre Multi. SSS d'Argenteuil	2	1,61 [0,40 ; 6,45]	8	6,39 [3,19 ; 12,78]	4	3,34 [1,26 ; 8,89]
81	Hôpital de Mont-Laurier	7	6,07 [2,89 ; 12,74]	10	8,27 [4,45 ; 15,37]	9	6,70 [3,49 ; 12,88]
101	Hôpital de Saint-Jérôme	15	1,40 [0,84 ; 2,33]	24	2,15 [1,44 ; 3,21]	11	1,07 [0,59 ; 1,93]
103	Centre Multi. SSS de Sainte-Agathe	6	1,82 [0,82 ; 4,04]	3	0,91 [0,29 ; 2,82]	7	1,76 [0,84 ; 3,70]

Tableau 6 Évolution du nombre de cas (N) et des taux d'incidence des cas nosocomiaux de DACD (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	
	Région 16 - Montérégie	195	3,34 [2,90 ; 3,84]	220	3,49 [3,06 ; 3,98]	194	3,23 [2,81 ; 3,72]
1	Hôpital Charles-Le Moyne	58	4,77 [3,69 ; 6,17]	62	4,89 [3,81 ; 6,27]	57	4,58 [3,53 ; 5,94]
9	Hôpital du Haut-Richelieu	33	4,10 [2,92 ; 5,77]	35	4,02 [2,89 ; 5,60]	12	1,46 [0,83 ; 2,57]*
10	Hôpital Pierre-Boucher	27	1,99 [1,36 ; 2,90]	39	2,87 [2,10 ; 3,93]	22	1,83 [1,20 ; 2,78]
35	Hôpital Honoré-Mercier	27	3,52 [2,41 ; 5,13]	20	2,21 [1,43 ; 3,42]	21	2,68 [1,75 ; 4,11]
37	Hôtel-Dieu de Sorel	17	4,25 [2,64 ; 6,84]	16	3,94 [2,41 ; 6,43]	13	3,07 [1,78 ; 5,29]
42	Hôpital Anna-Laberge	19	2,74 [1,75 ; 4,30]	31	3,90 [2,74 ; 5,55]	39	4,70 [3,43 ; 6,43]
58	Hôpital du Suroît	12	2,42 [1,37 ; 4,26]	11	1,92 [1,06 ; 3,47]	21	3,68 [2,40 ; 5,64]
130	Hôpital Barrie Mémorial	2	1,79 [0,45 ; 7,16]	6	4,94 [2,22 ; 10,99]	9	7,21 [3,75 ; 13,86]
	L'ensemble du Québec	1456	3,28 [3,12 ; 3,45]	1567	3,37 [3,21 ; 3,54]	1545	3,32 [3,16 ; 3,49]

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-CD

- Les données relatives aux cas de DACD communautaires (catégorie 3) incluent uniquement des cas hospitalisés et ne constituent pas un reflet réel du fardeau de la DACD communautaire au Québec.
- Le type de test de laboratoire utilisé pour diagnostiquer la DACD n'est pas considéré dans l'analyse. Certaines approches diagnostiques telles que le test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) en une seule étape peuvent être associées à un taux d'incidence plus élevé.
- Les caractéristiques des installations comme le nombre de lits, la proportion de clientèle admise de 65 ans et plus ou le regroupement de ces dernières peuvent varier au cours du temps. La mise à jour de ces dernières est appliquée de façon rétrospective dans les analyses.

5 ANALYSE ET DISCUSSION

La surveillance SPIN-CD a complété sa 21^e année de surveillance. Globalement, l'évolution de la situation épidémiologique de la DACD au Québec est favorable. La grande tendance qui se détache est que l'ensemble des indicateurs (par exemple, le taux d'incidence, le nombre de cas, le nombre de décès et de colectomies) se sont grandement améliorés depuis le pic épidémique de 2004-2005. Le taux d'incidence provincial de DACD nosocomial en 2024-2025 est de 3,32 cas par 10 000 jours-présence. En guise de comparaison, les taux étaient de 3,37 cas par 10 000 jours-présence l'an dernier, de 7,2 cas par 10 000 jours-présence en 2013-2014 et de 12,6 cas par 10 000 jours-présence au moment du pic épidémique de 2004-2005. Les taux provinciaux oscillent entre 3,0 et 4,0 cas par 10 000 jours-présence depuis 2018-2019. Il serait intéressant de comparer les taux actuels à ceux qui prévalaient au Québec avant l'arrivée de la souche NAP1 au début des années 2000. Une telle analyse longitudinale comparant les taux actuels aux taux des 21 dernières années pourrait être utile afin de revoir le programme de surveillance et la méthodologie.

Au niveau des regroupements d'installations, les taux les plus élevés de la province se retrouvent dans le regroupement des installations pédiatriques (3,98 cas par 10 000 jours-présence). Toutefois, soulignons que ce regroupement ne comprend que deux installations et que la précision sur ce taux d'incidence est faible (intervalle de confiance très large). Le taux le plus faible se retrouve parmi les installations non-universitaires de ≥ 110 lits avec une proportion de personnes âgées de ≥ 65 ans de < 45 % (2,10 cas par 10 000 jours-présence). Globalement, aucune différence statistiquement significative n'est observée entre les six regroupements d'installations.

Au niveau des installations, deux installations (Hôpital de Montmagny et Hôpital du Haut-Richelieu) ont connu une amélioration significative de leurs taux d'incidence par rapport à l'année antérieure, alors que deux ont connu une hausse significative (Hôpital Santa Cabrini et Hôpital de Val-d'Or). Vingt-six installations ont rapporté un taux inférieur à 2,0 cas par 10 000 jours-présence, alors que huit installations de la province ont rapporté un taux supérieur à 6,0 cas par 10 000 jours-présence. Notons toutefois que la plupart (6 / 8) des installations rapportant un taux supérieur à 6,0 cas par 10 000 jours-présence sont de petite taille (moins de 100 lits) et ont un intervalle de confiance de leur taux annuel très large.

Parallèlement au faible nombre de cas, le nombre de complications, y compris le nombre de décès survenant dans les 30 jours suivant le diagnostic de DACD est en baisse depuis 2018-2019. Au total, 104 décès sont survenus dans les 30 jours suivant le diagnostic de DACD cette année, comparativement à 534 décès en 2013-2014; ceci représente une baisse de 80 % par rapport à 2013-2014. La proportion de décès (7,0 %) et le nombre de décès annuel sont les plus bas jamais enregistrés par SPIN-CD. Seules huit colectomies et trois iléostomies en boucle ont été réalisées pour une DACD, comparativement à 46 colectomies en 2013-2014 (baisse de 83 %).

Considérations financières : Le nombre de cas de DACD rapporté cette année représente une baisse de plus de 2 300 cas par rapport à l'année de surveillance 2013-2014. Puisque chaque cas de DACD coûte environ 12 000 \$ (Levy *et al.*, 2015), cette baisse représente 27,6 millions \$ en coûts évités annuellement.

Considérations méthodologiques : La méthodologie de la surveillance est bien établie après 20 années. Depuis le début de la surveillance, la comparaison interhospitalière des taux d'incidence repose sur la stratification par regroupement d'installation. Les regroupements d'installation actuels ont été créés en 2018-2019. Toutefois, deux des trois variables qui sont utilisées actuellement (la proportion de clientèle admise de ≥ 65 ans et le nombre de lits) ne sont plus prédictives du taux d'incidence de l'installation. Ceci suggère qu'un travail de recalibration de ces variables serait nécessaire.

Tests diagnostiques : Le type de test utilisé pour diagnostiquer une DACD, qui varie entre les installations, n'est pas pris en considération dans l'analyse des taux d'incidence de SPIN-CD, ce qui pourrait introduire un certain biais lors de la comparaison interhospitalière puisque la sensibilité des tests varie. De plus, certaines installations ont modifié leur approche de laboratoire lors de la pandémie de COVID-19 pour privilégier le TAAN. La surutilisation des tests diagnostiques est aussi associée à des taux d'incidence plus élevés puisqu'ils captent des faux positifs. La récolte d'information concernant le type de tests utilisés par les installations participantes et de données permettant de quantifier le taux d'utilisation de ces tests (par exemple, le nombre de tests par 10 000 jours-présence et la proportion de tests positifs) pourrait permettre de saisir le rôle potentiel de la gouvernance des tests diagnostiques pour diminuer le taux d'incidence de DACD.

Comparaisons internationales : Des différences méthodologiques rendent difficile la comparaison des taux d'incidence québécois à ceux d'autres juridictions. Néanmoins, les taux d'incidence au Québec semblent se comparer favorablement à ceux d'autres juridictions nord-américaines. Le taux d'incidence de DACD au Canada se situait à 3,56 cas par 10 000 jours-présence en 2023 selon PCSIN (PC SIN, 2025). Les taux d'incidence canadiens et québécois sont maintenant inférieurs à celui de la Suède (10,2 cas par 10 000 jours-présence en 2016) (Rizzardi *et al.*, 2018), et comparables à ceux de la Finlande, du Danemark (van Dorp *et al.*, 2016), de la France (3,8 cas par 10 000 jours-présence) et de l'Allemagne (3,6 cas par 10 000 jours-présence). L'incidence de DACD a augmenté de 43 % en Espagne entre 2016 et 2022 (Garcia-Carretero *et al.*, 2025), alors qu'elle *diminuait* de 45 % au Québec pendant la même période. Le taux québécois demeure toutefois plus élevé que ceux de la Norvège (1,9 cas par 10 000 jours-présence) ou des Pays-Bas (1,9 cas par 10 000 jours-présence) (van Dorp *et al.*, 2016). Des phénomènes locaux et une méthodologie différente pourraient expliquer les différences entre l'Amérique et l'Europe, ce qui limite les conclusions qui doivent être tirées de ces comparaisons. Nonobstant ces variations méthodologiques, ces comparaisons suggèrent que le taux provincial est comparable à la moyenne canadienne, mais supérieure à celle de certains pays européens.

6 RÉFÉRENCES

Garcia-Carretero, R., Vazquez-Gomez, O., Rodriguez-Maya, B., Rodriguez-Gonzalez, M., Barquero-Perez, O., Gil-Prieto, R., & Gil-de-Miguel, A. (2025). Epidemiology, recurrence, and mortality in patients with *Clostridioides difficile*: a nationwide surveillance study (2016–2022). *Pathogens and Global Health*, 1–8. <https://doi.org/10.1080/20477724.2025.2580606>

Institut National de Santé Publique du Québec. (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, version 3.2. [document inédit].

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

Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN) (2025, 2 juin). Organismes résistants aux antimicrobiens et infections associées aux soins de santé. <https://sante-infobase.canada.ca/pcsin/taux-ilss-ram.html>

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

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

ANNEXE 1 LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ SPIN

MEMBRES RÉGULIERS

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

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

MEMBRES 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-CD

MEMBRES RÉGULIERS

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

Fanny Beaulieu
Centre hospitalier universitaire de Québec - Université Laval

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

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

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

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

Vivian Loo
Centre hospitalier universitaire de Santé McGill

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

Centre d'expertise et
de référence en santé publique

www.inspq.qc.ca