

Bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline 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
Annick Boulais, conseillère en soins infirmiers
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

Xavier Marchand-Sénécal, microbiologiste-infectiologue et président du comité de programme SPIN-SARM
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

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

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

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

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

SOUS LA COORDINATION DE

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

COLLABORATION

Karl Forest Bérard, conseiller scientifique
Secrétariat général

RÉVISION

Mireille Barakat, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques

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

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

FINANCEMENT

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

MISE EN PAGE

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 : 978-2-550-99010-9 (PDF)
DOI : <https://doi.org/10.64490/XHCB1103>

© 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 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 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 **bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline** 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	V
LISTE DES FIGURES	VI
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	VII
GLOSSAIRE	VIII
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	8
3.3 Données de laboratoire	13
3.4 Données par installation et par région sociosanitaire	17
4 LIMITES	35
4.1 Limites générales	35
4.2 Limites spécifiques au programme SPIN-BAC-SA	35
5 ANALYSE ET DISCUSSION	36
6 RÉFÉRENCES	39
ANNEXE 1 LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ SPIN	40
ANNEXE 2 LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ DE PROGRAMME SPIN-BAC-SA	41

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Sommaire de la participation, des cas, des dénominateurs et des taux de la surveillance des bactériémies à SARM, 2020-2021 à 2024-2025.....	6
Tableau 2	Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales à SARM et à SASM (cat. 1a et 1b) selon le regroupement d'installations, 2024-2025	7
Tableau 3	Répartition des bactériémies à SARM, à SASM et à <i>S. aureus</i> selon la catégorie d'attribution, 2024-2025.....	8
Tableau 4	Nombre de bactériémies nosocomiales à SARM (cat. 1a, 1b et 1c) selon le type d'infection et le regroupement d'installations, 2024-2025	11
Tableau 5	Évolution du nombre de décès et létalité à 30 jours parmi les bactériémies nosocomiales à SARM et à SASM (cat. 1a, 1b et 1c), 2020-2021 à 2024-2025.....	12
Tableau 6	Évolution des taux d'incidence des bactériémies nosocomiales à SARM (cat. 1a et 1b) selon la mission, pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 80), 2020-2021 à 2024-2025	15
Tableau 7	Évolution du nombre de cas (N) et des taux d'incidence des bactériémies nosocomiales à SARM (cat. 1a et 1b), par installation et par région sociosanitaire, 2022-2023 à 2024-2025	23
Tableau 8	Évolution du nombre de bactériémies nosocomiales à SARM et proportion de résistance à la méthicilline des bactériémies nosocomiales à <i>S. aureus</i> (cat. 1a, 1b et 1c), par installation et par région sociosanitaire, 2022-2023 à 2024-2025	29

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales à SARM et à SASM (cat. 1a, 1b) selon le regroupement d'installations, 2024-2025.....	7
Figure 2	Répartition des bactériémies nosocomiales à SARM (cat. 1a, 1b et 1c) selon le type d'infection (N = 66), 2024-2025.....	9
Figure 3	Répartition des bactériémies nosocomiales à SASM (cat. 1a, 1b et 1c) selon le type d'infection (N = 598), 2024-2025.....	10
Figure 4	Évolution de la proportion de résistance à la méthicilline pour les bactériémies nosocomiales (cat. 1a, 1b et 1c), pour les bactériémies communautaires (cat. 3) et pour toutes les bactériémies (toutes catégories) pour les installations ayant participé ^A depuis 2006-2007 (N = 58), 2006-2007 à 2024-2025.....	13
Figure 5	Évolution des taux d'incidence des bactériémies nosocomiales à SARM (cat. 1a et 1b) selon la mission, pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 80), 2020-2021 à 2024-2025.....	14
Figure 6	Évolution des taux d'incidence des bactériémies nosocomiales à SARM et SASM (cat. 1a et 1b) pour les installations participant depuis 2006-2007 (N = 58), 2006-2007 à 2024-2025.....	16
Figure 7	Évolution de la proportion des bactériémies à SARM selon la catégorie d'attribution (1a, 1b et 3), pour les installations participant depuis 2006-2007 (N = 58), 2006-2007 à 2024-2025.....	16
Figure 8	Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales à SARM (cat. 1a et 1b) par installation et percentiles des taux d'incidence par installation selon le regroupement non universitaire de moins de 110 lits, 2024-2025.....	17
Figure 9	Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales à SARM (cat. 1a et 1b) par installation et percentiles des taux d'incidence par installation selon le regroupement non universitaire de 110 lits et plus, 2024-2025.....	18
Figure 10	Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales à SARM (cat. 1a et 1b) et percentiles des taux d'incidence par installation selon le regroupement universitaire, 2024-2025.....	19
Figure 11	Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales à SARM (cat. 1a et 1b) et percentiles des taux d'incidence par installation selon le regroupement pédiatrique, 2024-2025.....	20
Figure 12	Proportion de résistance à la méthicilline des bactériémies nosocomiales à <i>S. aureus</i> (cat. 1a, 1b et 1c) par région sociosanitaire, 2024-2025.....	21

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

BAC	Bactériémie primaire avec cathéter vasculaire ou avec un accès vasculaire en hémodialyse
BAC-SA	Bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i>
BACC	Bactériémie primaire sur cathéter central aux soins intensifs
BACTOT	Bactériémies panhospitalières
CDC	Centers for disease control and prevention
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
DAVC	Dispositif d'accès vasculaire central
HD	Hémodialyse
IC	Intervalle de confiance
IRR	Rapport des taux d'incidence (<i>incidence rate ratio</i>)
ISO	Infection d'un site opératoire
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Non-BAC	Bactériémie primaire sans cathéter central, non investiguée ou reliée à une procédure
PCI	Prévention et contrôle des infections
RSS	Région sociosanitaire
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
SASM	<i>Staphylococcus aureus</i> sensible à la méthicilline
SI-SPIN	Système d'information de la surveillance provinciale des infections nosocomiales
SPIN	Surveillance provinciale des infections nosocomiales
USI	Unité de soins intensifs

GLOSSAIRE

Agent pathogène	Microorganisme susceptible de provoquer une infection (ex. virus, bactérie, etc.).
Ambulatoire	Prestation de soins reçus sans hospitalisation.
Bactériémie	Présence de bactérie dans le sang.
Bactériémie primaire	Bactériémie dont le foyer d'origine n'est pas attribuable à un foyer d'infection actif à un autre site (urinaire, etc.).
Bactériémie secondaire	Dissémination hématogène d'un processus infectieux provenant d'un autre site (ex. : infection urinaire avec bactériémie secondaire).
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.
Cathéter vasculaire central	Dispositif se rendant dans les troncs veineux profonds de gros calibres et servant aux prises de sang, au monitoring en hémodynamie ainsi qu'aux infusions. Le cathéter veineux central équivaut à un dispositif d'accès vasculaire central (DAVC).
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).
Infection	Présence d'un microorganisme causant des signes et symptômes correspondants aux critères d'infection.
Installation	Une installation est le lieu physique où sont dispensés les soins de santé et les services sociaux à la population du Québec, dans le cadre d'une ou de plusieurs missions. (ex. : hôpital dans un CISSS).
Jours-présence	Nombre correspondant aux jours d'hospitalisation durant une période donnée.
Mission non universitaire	Établissement n'ayant pas la désignation du MSSS d'établissement universitaire.
Mission universitaire	Désignation du MSSS d'un centre exploité par un établissement qui, en plus d'exercer les activités propres à la mission d'un tel centre, dispense des services de pointe, participe à la formation de professionnels, est doté d'une structure de recherche reconnue et évalue des technologies ou modes d'intervention reliés à son secteur de pointe.
Nosocomiale	Acquise au cours d'un épisode de soins administrés par un établissement du réseau de la santé (aussi nommée associée aux soins de santé).

Numérateur	Portion supérieure d'une fraction utilisée dans les calculs de taux.
Période de surveillance	Le calendrier de surveillance utilise les périodes administratives de l'exercice financier des établissements débutant le 1 ^{er} avril et se terminant le 31 mars de l'année suivante. Le calendrier se découpe en treize périodes financières, d'environ 28 jours chacun.
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	Représente une unité géographique définie. Dans le contexte du système de santé et de services sociaux, le territoire québécois est divisé en 18 régions sociosanitaires.
Regroupement	Création de variables personnalisées qui combinent les valeurs de variables existantes dans de nouveaux groupes. Par exemple, les installations peuvent être regroupées selon la mission (universitaire ou non universitaire) et la clientèle (adulte, pédiatrique, néonatale).
Soins ambulatoires	Prestation de soins reçus sans hospitalisation.
Taux	Rapport qui mesure la vitesse ou la force de survenue d'un 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 de la proportion inclut des personnes ou des entités, tandis que, pour le taux, il s'agit du cumul de temps d'observations de chaque personne ou entité analysée qui est à risque de présenter le phénomène étudié. Dans ce cas, le dénominateur est exprimé en unités de temps (jours, mois, années, 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, dans les 88 installations participantes, le taux d'incidence des bactériémies nosocomiales à SARM est de 0,12 cas par 10 000 jours-présence. Ce taux est comparable à celui de 2023-2024, lequel était significativement plus élevé que les taux observés au cours des trois années précédentes (entre 0,06 et 0,08 cas par 10 000 jours-présence). En ce qui concerne le taux des bactériémies nosocomiales à SASM en 2024-2025, il est de 1,09 cas par 10 000 jours-présence et n'a pas diminué de façon significative depuis le début du programme.
- Le taux d'incidence des bactériémies nosocomiales à SARM connaît tout de même une baisse importante depuis le début du programme de surveillance : dans les 58 installations ayant fourni leurs données chaque année, il est passé de 0,53 à 0,10 bactériémie par 10 000 jours-présence entre 2006-2007 et 2024-2025, ce qui correspond à une diminution de 81 %.
- Au fil des années, dans ces mêmes 58 installations, la proportion de bactériémies d'acquisition communautaire à SARM est devenue de plus en plus importante. Elle est passée de 21,9 % à 70,2 % entre 2006-2007 et 2024-2025.
- Les bactériémies primaires représentent 60,6 % des 66 bactériémies nosocomiales à SARM. Les infections de la peau ou des tissus mous représentent le tiers des 26 bactériémies secondaires. Les infections de site opératoire et infections pulmonaires sont ensuite les deux autres foyers les plus fréquents des bactériémies secondaires.
- Soixante-deux installations (70 % des installations ayant participé en 2024-2025, représentant 52,2 % du total des jours-présence) n'ont déclaré aucune bactériémie nosocomiale à SARM.

1 INTRODUCTION

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

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

Le programme de surveillance provinciale des **bactériémies à *S. aureus* (SPIN-BAC-SA)** a terminé sa 19^e année de surveillance. Ce programme a débuté en 2006 et est à participation obligatoire depuis 2007.

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 ayant une bactériémie à *Staphylococcus aureus* sensible ou résistant à la méthicilline (SASM ou SARM) sont déclarés par les installations participantes. 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**) pour certains types d'infection seulement : bactériémies associées à un cathéter vasculaire central, à un accès vasculaire en hémodialyse (HD), à une procédure et à une infection de site opératoire (ISO); si elle ne fait pas partie de ces types d'infection, elle sera catégorisée comme une infection attribuée en communauté (catégorie 3);
- À l'unité de soins de longue durée (**catégorie 1d**).

Non reliée à l'installation déclarante :

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

2.3 Mesures

Les mesures (variables) épidémiologiques collectées pour chaque cas nosocomial incluent :

- **Les caractéristiques sociodémographiques des cas** : sexe, âge, etc.;
- **Les caractéristiques de l'installation** : identification de l'installation, région sociosanitaire, type d'unités de soins, mission, etc.;
- **Les données de laboratoire** : date d'analyse, sensibilité à la méthicilline, etc.;
- **Les caractéristiques cliniques** : date du diagnostic, décès toute cause, etc.;
- **Les dénominateurs** : admissions, jours-présence.

2.4 Analyse statistique

L'indicateur principal retenu est le taux d'incidence des bactériémies à SARM par 10 000 jours-présence. Il est calculé en rapportant le nombre de bactériémies nosocomiales des catégories 1a et 1b sur le nombre de jours-présence dans l'installation déclarante au cours de la même période. Les installations sont regroupées selon la région sociosanitaire (RSS), 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'indicateur secondaire de ce programme est le taux d'incidence des bactériémies à SASM par 10 000 jours-présence.

L'analyse des données est divisée en cinq sections :

- **Description sommaire** : L'évolution des installations participantes au cours des cinq dernières années (nombre total d'installations, nombre d'admissions, nombre de jours-présence, nombre de cas, etc.);
- **Description des cas** : La description des caractéristiques des cas et des épisodes de bactériémies dans les installations participantes (fréquences, proportions, moyennes, médianes), les complications (décès) 30 jours suivant le diagnostic;
- **Données de laboratoire** : L'analyse microbiologique (fréquence et proportion des microorganismes isolés, sensibilité à la méthicilline);
- **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 bactériémies.

Le seuil de signification statistique est fixé à 5 %. L'estimation des taux (avec des intervalles de confiance [IC à 95 %]) est basée sur l'approximation de la loi normale. Les taux moyens agrégés sont comparés en utilisant le test Z et les proportions en utilisant le test du Khi-2 ou le test exact de Fisher. Les percentiles sont calculés sur les données de l'année courante. Pour les tests de comparaison de taux entre l'année courante et l'année précédente, les augmentations ou les diminutions statistiquement significatives sont signalées dans les tableaux par un astérisque (*). La tendance temporelle des taux d'incidence des cinq dernières années est produite à l'aide du modèle de régression de Poisson. La présence de la sur ou sous dispersion est prise en compte dans le modèle. Le rapport des taux d'incidence (IRR) et la variation moyenne en pourcentage [avec IC à 95 %] sont présentés.

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, 88 installations sur les 88 visées ont participé à la surveillance des bactériémies à SARM, pour un cumul de 4 680 027 jours-présence ([tableau 1](#)). Ces installations ont rapporté 54 bactériémies nosocomiales à SARM, soit attribuées à l'hospitalisation actuelle ou antérieure (catégories 1a et 1b) dans une installation déclarante. Le taux d'incidence des bactériémies nosocomiales à SARM (catégories 1a et 1b) est de 0,12 cas par 10 000 jours-présence.

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

	2020 - 2021	2021 - 2022	2022 - 2023	2023 - 2024	2024 - 2025
Installations participantes (N)	87	82	86	87	88
Admissions (N)	563 847	553 990	596 079	610 744	634 267
Jours-présence (N)	4 218 510	4 054 981	4 475 593	4 577 173	4 680 027
Bactériémies à SARM					
Nosocomiales (cat. 1a et 1b) (N)	32	26	29	61	54
Total (cat. 1a, 1b, 1c, 1d, 2, 3 et 4) (N)	195	139	198	245	302
Taux d'incidence des bactériémies à SARM (cat. 1a et 1b) ^A	0,08	0,06	0,06	0,13	0,12
Bactériémies à <i>S. aureus</i> (Total)					
Nosocomiales (cat. 1a et 1b) (N)	402	417	395	592	511
Total (cat. 1a, 1b, 1c, 1d, 2, 3 et 4) (N)	2 060	2 043	2 329	2 629	2 644
Taux d'incidence des bactériémies à <i>S. aureus</i> (cat. 1a et 1b) ^A	0,95	1,03	0,88	1,29	1,09

^A Taux d'incidence par 10 000 jours-présence.

Le taux d'incidence des bactériémies nosocomiales à SARM (catégories 1a et 1b) varie selon le regroupement d'installations. Les installations universitaires ont un taux de 0,14 cas par 10 000 jours-présence alors que les installations non universitaires ont un taux inférieur allant de 0,02 cas par 10 000 jours-présence dans les installations de moins de 110 lits à 0,11 cas par 10 000 jours-présence dans les installations de 110 lits et plus ([figure 1](#) et [tableau 2](#)).

Figure 1 Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales à SARM et à SASM (cat. 1a, 1b) selon le regroupement d'installations, 2024-2025

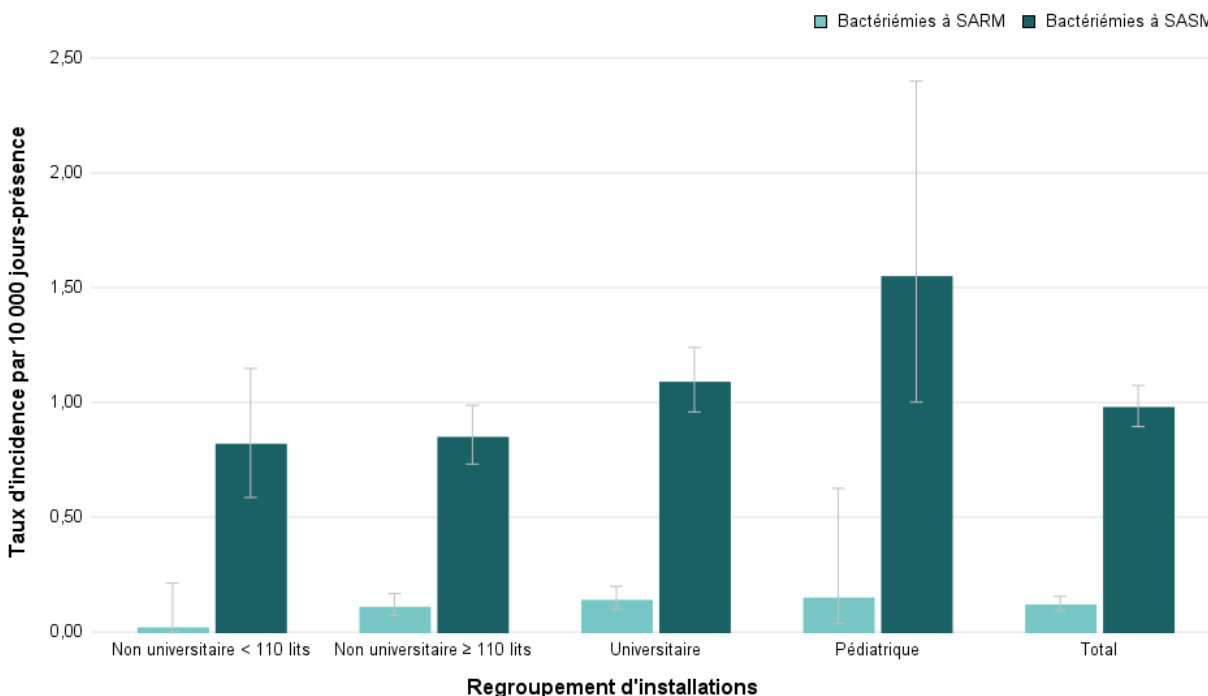


Tableau 2 Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales à SARM et à SASM (cat. 1a et 1b) selon le regroupement d'installations, 2024-2025

Regroupement d'installations	N	Bactériémies nosocomiales (cat. 1a, 1b) (N)		Jours-présence N	Taux d'incidence /10 000 jours-présence [IC à 95 %]	
		SARM	SASM		SARM	SASM
Non universitaire < 110 lits	32	1	34	414 258	0,02 [0,00 ; 0,21]	0,82 [0,59 ; 1,15]
Non universitaire ≥ 110 lits	32	22	169	1 995 980	0,11 [0,07 ; 0,17]	0,85 [0,73 ; 0,99]
Universitaire	22	29	234	2 140 380	0,14 [0,10 ; 0,20]	1,09 [0,96 ; 1,24]
Pédiatrique	2	2	20	129 409	0,15 [0,04 ; 0,63]	1,55 [1,00 ; 2,40]
Total	88	54	457	4 680 027	0,12 [0,09 ; 0,16]	0,98 [0,89 ; 1,07]

3.2 Description des cas

Au total, 302 bactériémies à SARM sont déclarées au cours de l'année 2024-2025, dont 90 (29,8 %) sont reliées à une installation de soins (catégories 1a, 1b, 1c, 1d et 2). Parmi les 2 342 cas de bactériémies à SASM, 668 (28,5 %) sont reliées à une installation de soins (cat. 1a, 1b, 1c, 1d et 2) ([tableau 3](#)).

Tableau 3 Répartition des bactériémies à SARM, à SASM et à *S. aureus* selon la catégorie d'attribution, 2024-2025

Catégorie	Catégorie d'attribution	Bactériémies					
		SARM		SASM		Total (SARM+SASM)	
		N	%	N	%	N	%
1a	Cas relié à l'hospitalisation actuelle dans l'installation déclarante	48	15,9	400	17,1	448	16,9
1b	Cas relié à l'hospitalisation antérieure dans l'installation déclarante	6	2,0	57	2,4	63	2,4
1c	Cas relié aux soins ambulatoires de l'installation déclarante	12	4,0	141	6,0	153	5,8
1d	Cas relié à l'unité de soins de longue durée de l'installation déclarante	3	1,0	1	0,0	4	0,2
2	Cas relié à un séjour dans une installation non déclarante	21	7,0	69	2,9	90	3,4
	Total des cas reliés à une installation de soins	90	29,9	668	28,4	758	28,7
3	Cas d'origine communautaire	212	70,2	1 663	71,0	1 875	70,9
4	Cas d'origine inconnue	0	0,0	11	0,5	11	0,4
	Total des autres cas	212	70,2	1 674	71,5	1 886	71,3
Total		302	100,0	2 342	100,0	2 644	100,0

Les bactériémies primaires nosocomiales à SARM (catégories 1a et 1b) associées à un cathéter vasculaire (BAC) représentent le type d'infection le plus fréquemment déclaré (33,3 %) chez les cas hospitalisés (figure 2). En ambulatoire, pour les quatre types d'infections qui sont surveillées (bactériémies associées à un cathéter vasculaire central, à un accès vasculaire en hémodialyse (HD), à une procédure (primaire ou secondaire à une infection à un autre site) et à une infection de site opératoire (ISO)), les cas sont rapportés pour trois types d'infections, mais pas pour les ISO. Les BAC et les bactériémies reliées à des procédures (Non-BAC et urinaire) représentent chacun 3,0 % du total des cas et les bactériémies primaires associées à un accès vasculaire en hémodialyse représentent 12,1 % des cas.

Figure 2 Répartition des bactériémies nosocomiales à SARM (cat. 1a, 1b et 1c) selon le type d'infection (N = 66), 2024-2025

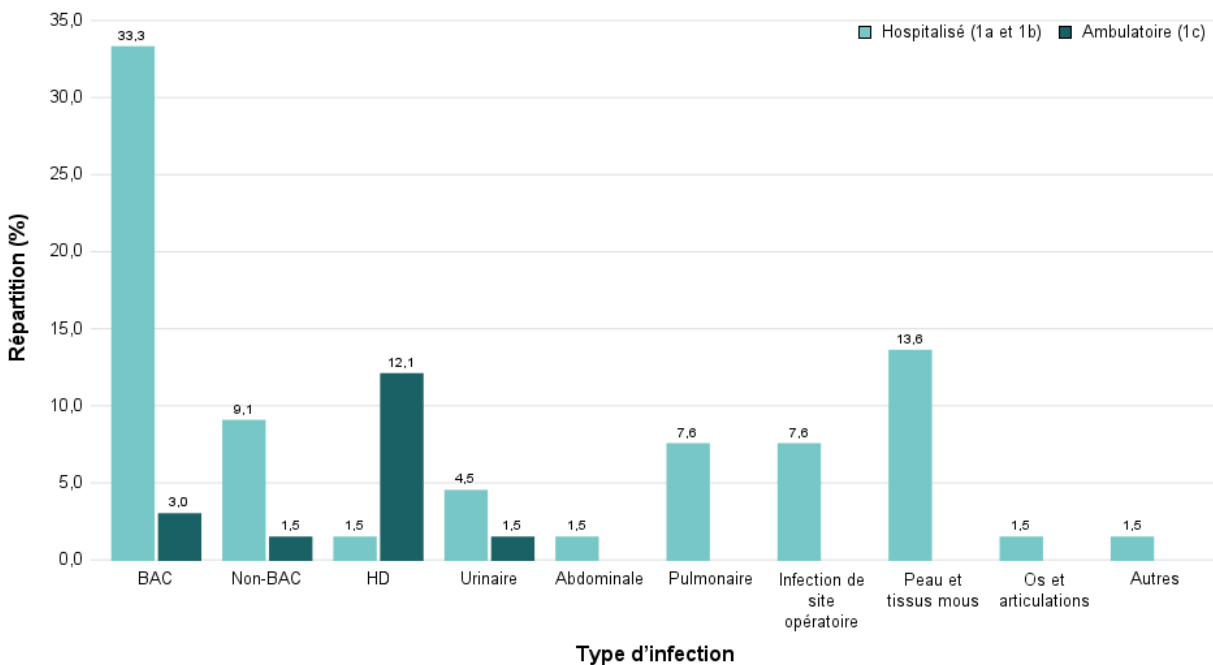
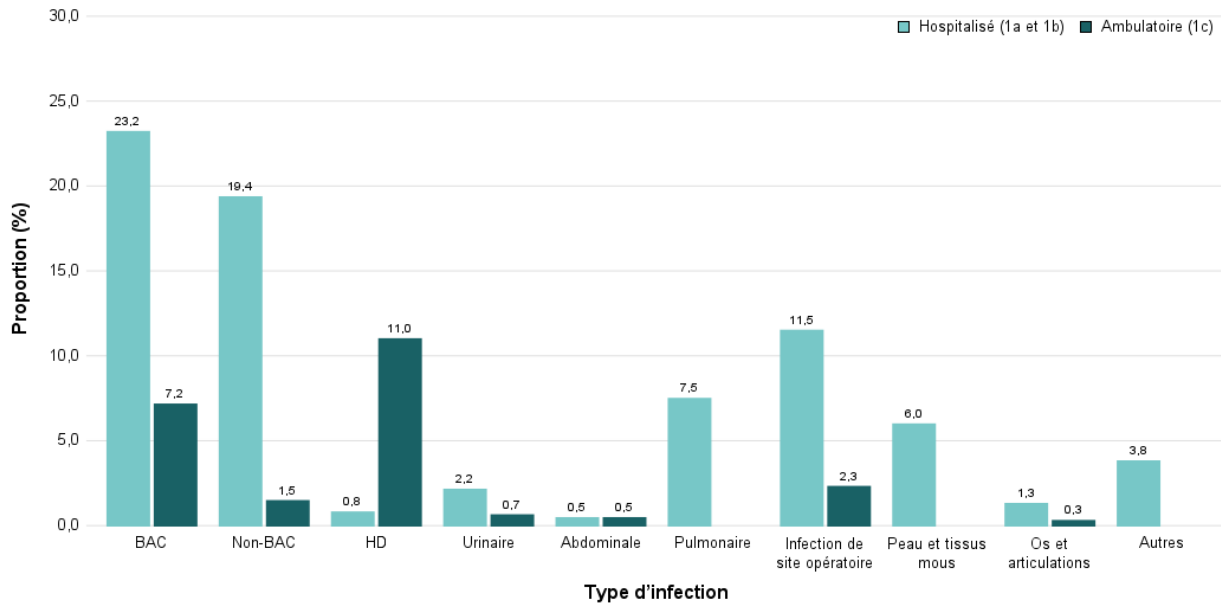


Figure 3 Répartition des bactériémies nosocomiales à SASM (cat. 1a, 1b et 1c) selon le type d'infection (N = 598), 2024-2025



Le nombre de bactériémies primaires à SARM dans les installations non universitaires (N = 15) est légèrement inférieur à celui des installations universitaires (N = 23). Soixante-treize pour cent (73,1 %, N = 19) des bactériémies secondaires (N = 26) sont reliées à une infection du site opératoire (N = 5), à une infection pulmonaire (N = 5) ou à une infection de la peau ou des tissus mous (N = 9) ([tableau 4](#)).

Tableau 4 Nombre de bactériémies nosocomiales à SARM (cat. 1a, 1b et 1c) selon le type d'infection et le regroupement d'installations, 2024-2025

Évolution de la bactériémie	Type d'infection	Nombre de cas selon le regroupement d'installations (N)				Total
		Non universitaire < 110 lits	Non universitaire ≥ 110 lits	Universitaire	Pédiatrique	
Bactériémies primaires	BAC	1	7	14	2	24
	Non-BAC	0	3	4	0	7
	HD	0	4	5	0	9
Bactériémies secondaires	Urinaire	0	2	2	0	4
	Abdominale	0	1	0	0	1
	Pulmonaire	0	1	4	0	5
	ISO	0	3	2	0	5
	Peau et tissus mous	0	4	5	0	9
	Os et articulations	0	0	1	0	1
	Autres	0	1	0	0	1
Total		1	26	37	2	66

Dans les 30 jours suivant une bactériémie nosocomiale à SARM, dix décès de toutes causes (associés ou non aux bactériémies) sont survenus, avec une létalité de 15,2 % ([tableau 5](#)). Cette proportion n'est pas significativement différente de celle observée suivant les cas de bactériémies à SASM (21,7 %, $p = 0,27$).

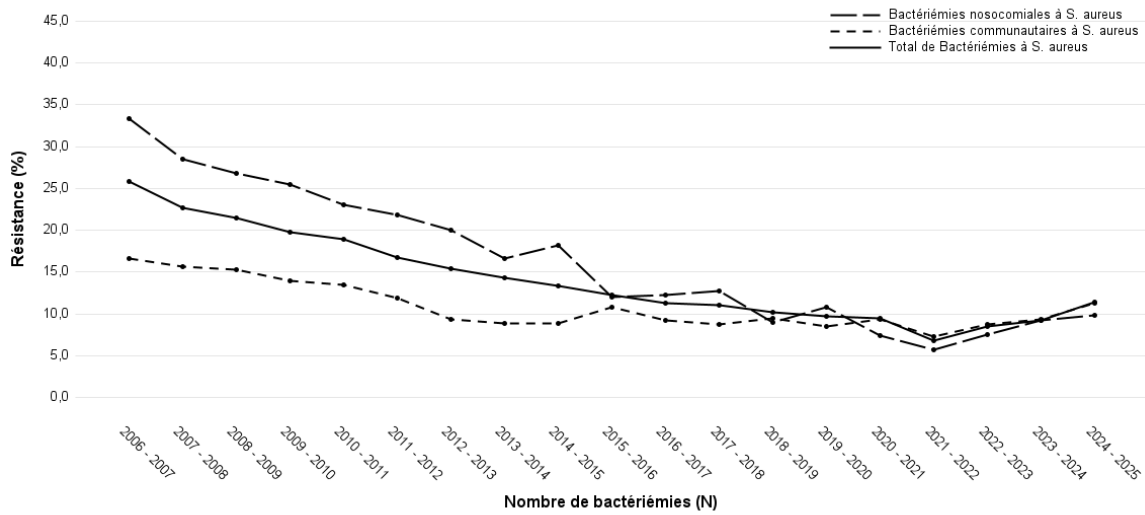
Tableau 5 Évolution du nombre de décès et létalité à 30 jours parmi les bactériémies nosocomiales à SARM et à SASM (cat. 1a, 1b et 1c), 2020-2021 à 2024-2025

		2020 - 2021	2021 - 2022	2022 - 2023	2023 - 2024	2024 - 2025
SARM	Bactériémies nosocomiales (N)	40	33	42	66	66
	Décès (N)	10	10	8	18	10
	Létalité (%)	25,0	30,3	19,0	27,3	15,2
	Bactériémies nosocomiales (N)	498	542	513	655	598
SASM	Décès (N)	101	107	126	149	130
	Létalité (%)	20,3	19,7	24,6	22,7	21,7

3.3 Données de laboratoire

La proportion de résistance à la méthicilline parmi les bactériémies nosocomiales à *S. aureus* (catégories 1a et 1b) demeure en dessous de 10,0 % ces cinq dernières années (figure 4).

Figure 4 Évolution de la proportion de résistance à la méthicilline pour les bactériémies nosocomiales (cat. 1a, 1b et 1c), pour les bactériémies communautaires (cat. 3) et pour toutes les bactériémies (toutes catégories) pour les installations ayant participé^A depuis 2006-2007 (N = 58), 2006-2007 à 2024-2025



^A Les installations doivent avoir participé à la surveillance à au moins 11 périodes d'une année entre 2007-2008 et 2024-2025 sauf pour l'année 2006-2007 (participation volontaire).

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, la [figure 5](#) et le [tableau 6](#) qui présentent l'évolution des taux d'incidence des bactériémies, prennent en compte seulement les installations (N = 80) participant à la surveillance de façon consécutive depuis les cinq dernières années. Les installations sont regroupées selon leur mission et le taux d'incidence moyen par regroupement est présenté à des fins de comparaison.

Parmi ces 80 installations, le taux d'incidence des bactériémies nosocomiales à SARM de 2024-2025 est de 0,11 cas par 10 000 jours-présence et est comparable à celui de l'année précédente 2023-2024 et ce, dans les installations de mission pédiatrique, universitaire ou non universitaire de plus de 110 lits ([figure 5](#), [tableau 6](#)).

Figure 5 Évolution des taux d'incidence des bactériémies nosocomiales à SARM (cat. 1a et 1b) selon la mission, pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 80), 2020-2021 à 2024-2025

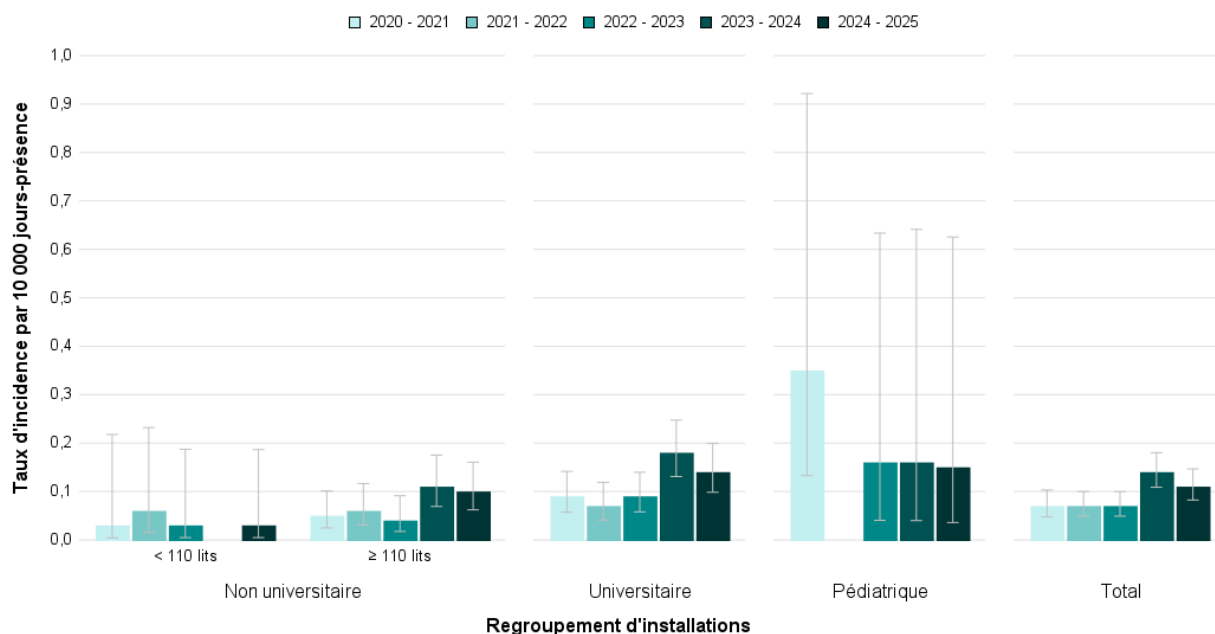


Tableau 6 Évolution des taux d'incidence des bactériémies nosocomiales à SARM (cat. 1a et 1b) selon la mission, pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 80), 2020-2021 à 2024-2025

Regroupement d'installations	N	Taux d'incidence /10 000 jours-présence [IC à 95 %]				
		2020 - 2021	2021 - 2022	2022 - 2023	2023 - 2024	2024 - 2025
Non universitaire < 110 lits	28	0,03 [0,00 ; 0,22]	0,06 [0,02 ; 0,23]	0,03 [0,00 ; 0,19]	0	0,03 [0,00 ; 0,19]
Non universitaire ≥ 110 lits	28	0,05 [0,02 ; 0,10]	0,06 [0,03 ; 0,12]	0,04 [0,02 ; 0,09]	0,11 [0,07 ; 0,18]	0,10 [0,06 ; 0,16]
Universitaire	22	0,09 [0,06 ; 0,14]	0,07 [0,04 ; 0,12]	0,09 [0,06 ; 0,14]	0,18 [0,13 ; 0,25]	0,14 [0,10 ; 0,20]
Pédiatrique	2	0,35 [0,13 ; 0,92]	0	0,16 [0,04 ; 0,63]	0,16 [0,04 ; 0,64]	0,15 [0,04 ; 0,63]
Total	80	0,07 [0,05 ; 0,10]	0,07 [0,05 ; 0,10]	0,07 [0,05 ; 0,10]	0,14 [0,11 ; 0,18]	0,11 [0,08 ; 0,15]

À la [figure 6](#), la même démarche est adoptée pour présenter l'évolution des taux d'incidence des bactériémies nosocomiales à SARM en comparaison aux taux d'incidence des bactériémies à SASM pour les installations participant à la surveillance pour la période allant de 2006-2007 à 2024-2025 (N = 58).

Les taux d'incidence des bactériémies nosocomiales à SARM (catégories 1a et 1b) ont évolué à la baisse depuis ces 18 dernières années ([figure 6](#)). Ils sont passés de 0,53 cas par 10 000 jours-présence lors de la première année de surveillance (2006-2007) pour atteindre 0,10 cas par 10 000 jours-présence en 2024-2025, baissant en moyenne de 12,0 % par année ($p < 0,0001$). Les taux d'incidence des bactériémies nosocomiales à SASM de catégories 1a et 1b ont varié de 0,98 cas par 10 000 jours-présence en 2006-2007 à 0,90 cas par 10 000 jours-présence en 2024-2025. Le test statistique de tendance pour cette période ne montre aucune tendance significative dans les changements annuels ($p = 0,072$).

Figure 6 Évolution des taux d'incidence des bactériémies nosocomiales à SARM et SASM (cat. 1a et 1b) pour les installations participant depuis 2006-2007 (N = 58), 2006-2007 à 2024-2025

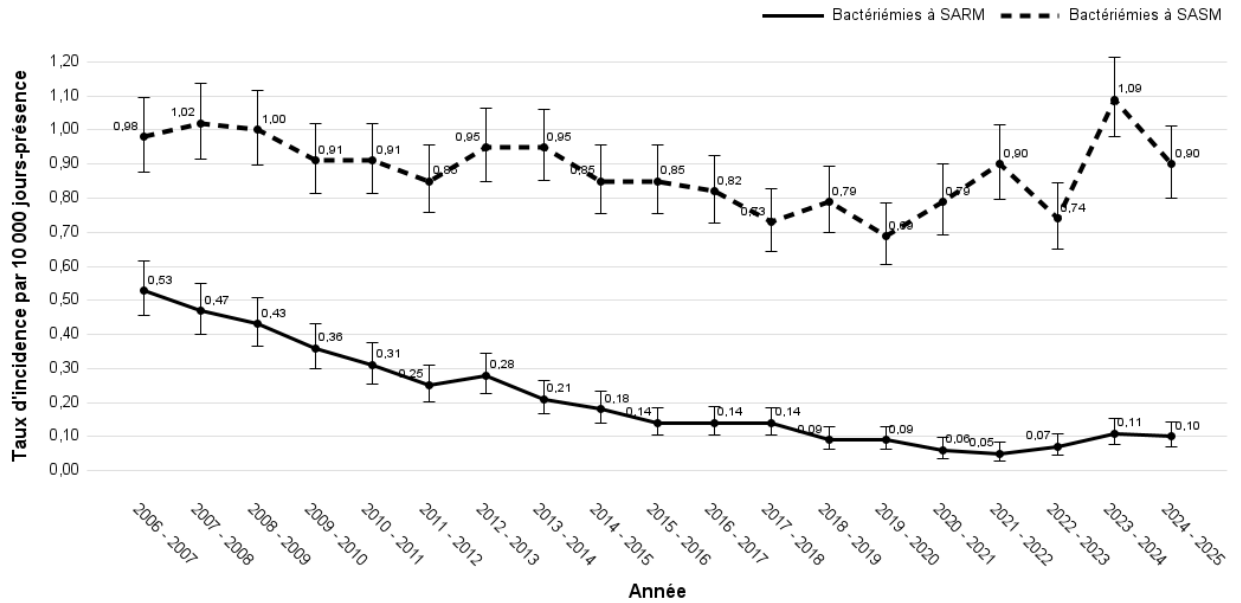
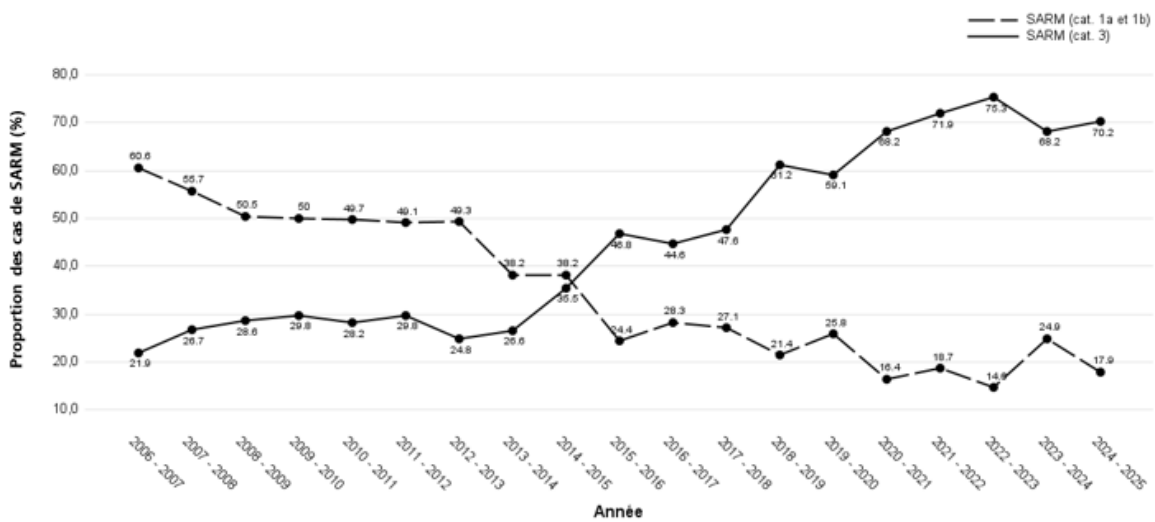


Figure 7 Évolution de la proportion des bactériémies à SARM selon la catégorie d'attribution (1a, 1b et 3), pour les installations participant depuis 2006-2007 (N = 58), 2006-2007 à 2024-2025

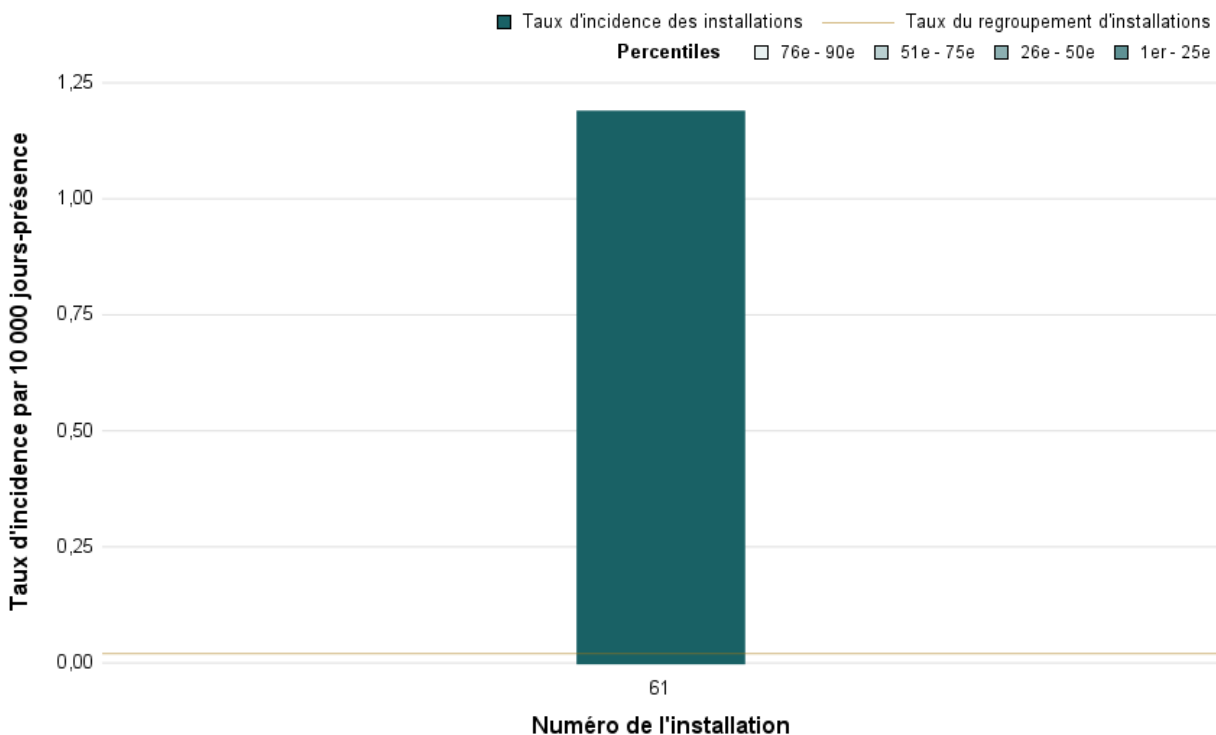


3.4 Données par installation et par région sociosanitaire

Les taux d'incidence des bactériémies nosocomiales à SARM par installation et les percentiles des taux d'incidence de regroupement d'installations sont représentés aux [figure 8](#), [figure 9](#), [figure 10](#) et [figure 11](#). Seules les installations ayant déclaré au moins un cas d'infection sont affichées sur les figures. Cinq installations non universitaires de 110 lits et plus présentent un taux supérieur au 90^e percentile du taux du regroupement d'installations ([figure 9](#)), alors que c'est le cas pour cinq installations universitaires ([figure 10](#)).

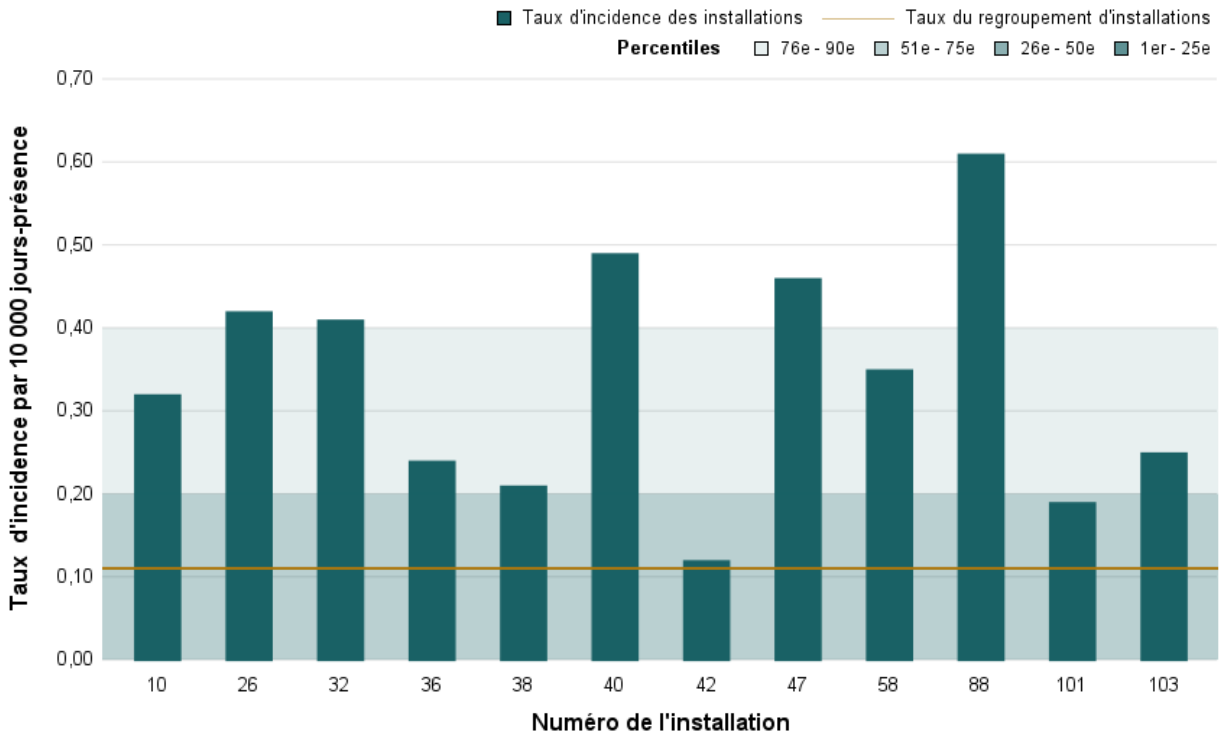
Pour associer le nom de l'installation correspondant au numéro affiché dans les figures suivantes, référer au dernier tableau à la fin de cette section.

Figure 8 Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales à SARM (cat. 1a et 1b) par installation et percentiles des taux d'incidence par installation selon le regroupement non universitaire de moins de 110 lits, 2024-2025



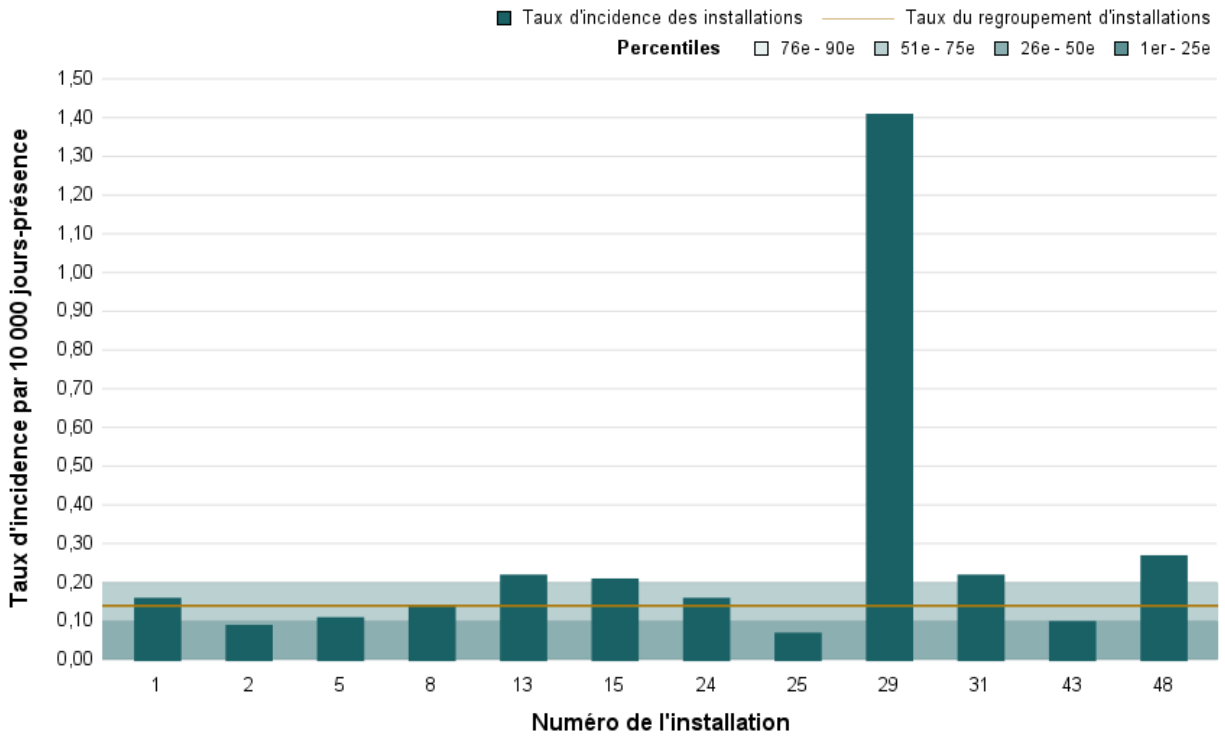
Note : Les installations n'ont déclaré aucune bactériémie nosocomiale à SARM en 2024-2025 : 49, 51, 52, 53, 56, 59, 64, 65, 67, 70, 71, 72, 74, 75, 77, 81, 82, 84, 85, 86, 89, 91, 95, 96, 97, 99, 100, 107, 109, 111 et 130.

Figure 9 Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales à SARM (cat. 1a et 1b) par installation et percentiles des taux d'incidence par installation selon le regroupement non universitaire de 110 lits et plus, 2024-2025



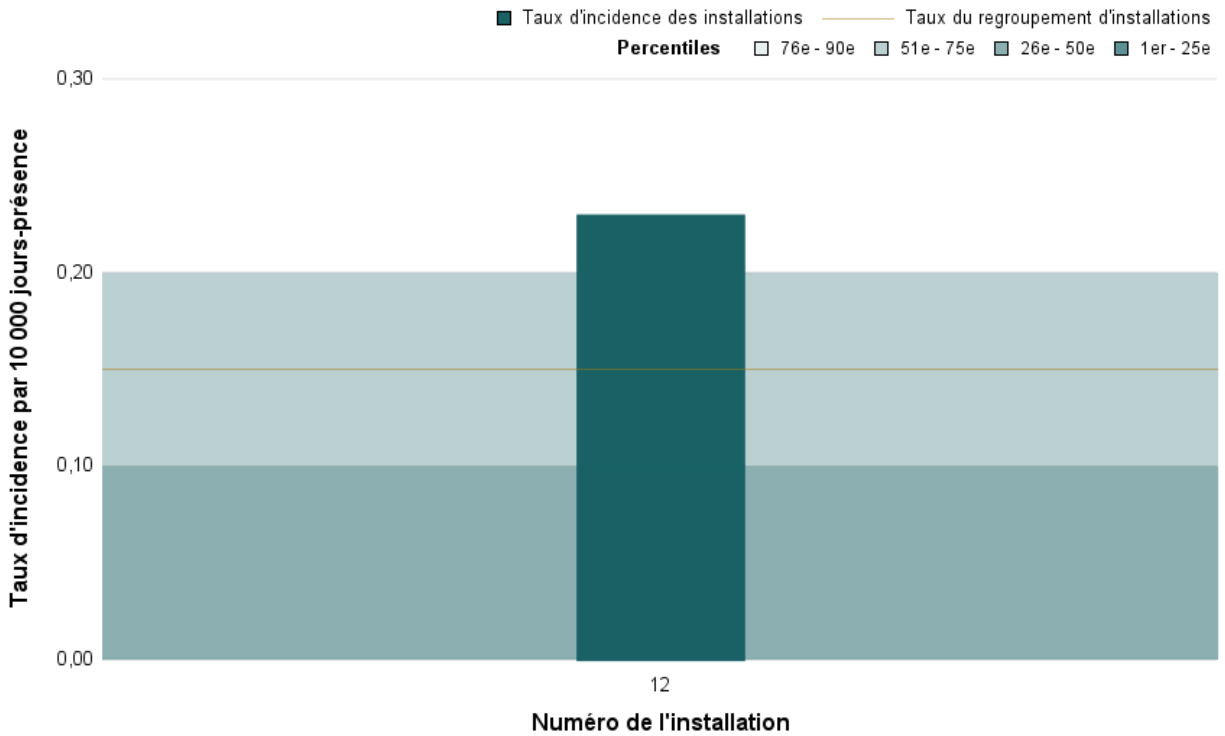
Note : Les installations n'ont déclaré aucune bactériémie nosocomiale à SARM en 2024-2025 : 9, 11, 14, 16, 19, 23, 34, 35, 37, 39, 41, 44, 45, 46, 62, 63, 80, 83, 112 et 113.

Figure 10 Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales à SARM (cat. 1a et 1b) et percentiles des taux d'incidence par installation selon le regroupement universitaire, 2024-2025



Note : Les installations n'ont déclaré aucune bactériémie nosocomiale à SARM en 2024-2025 : 3, 7, 18, 20, 27, 28, 30, 33, 76 et 118.

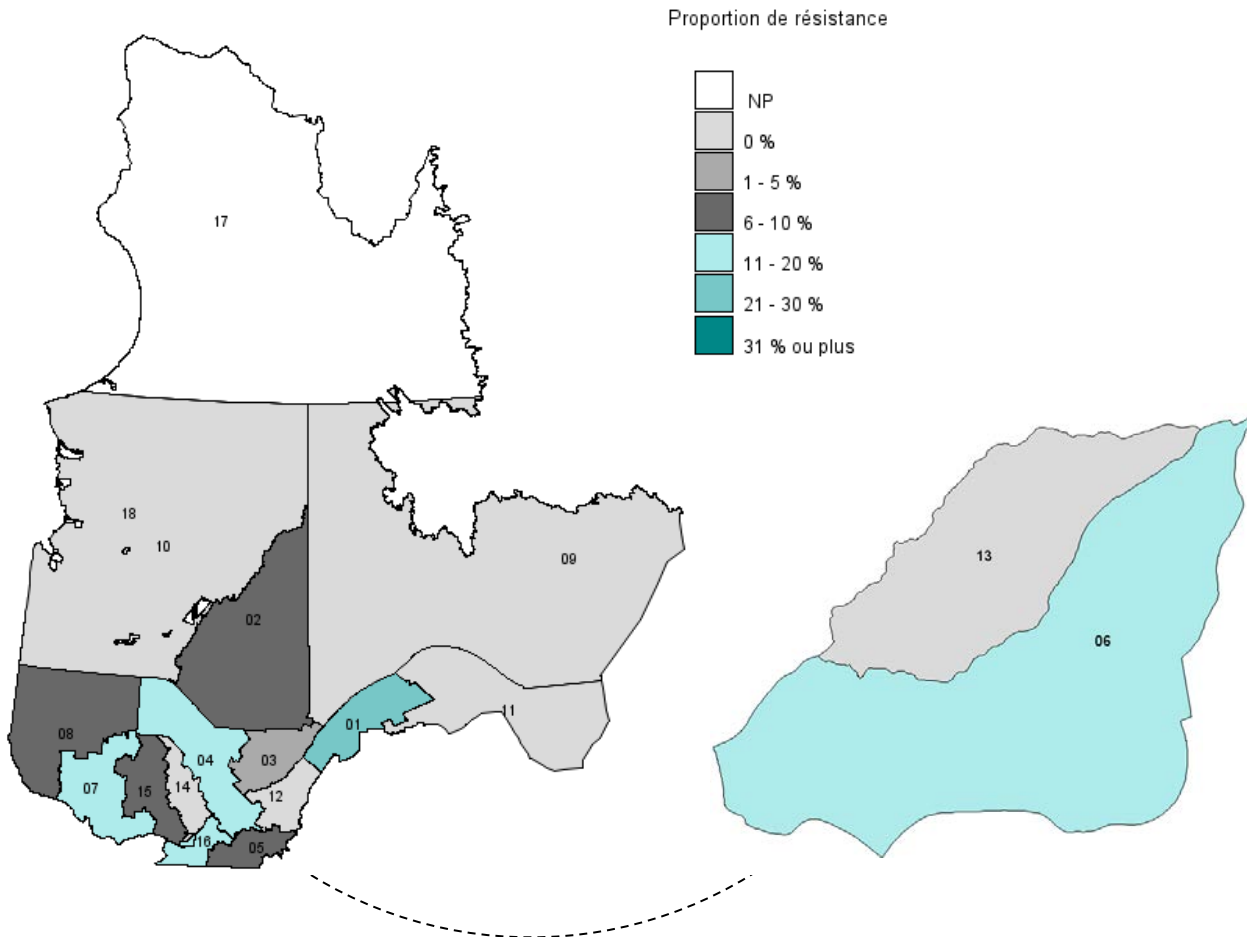
Figure 11 Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales à SARM (cat. 1a et 1b) et percentiles des taux d'incidence par installation selon le regroupement pédiatrique, 2024-2025



Note : L'installation 6 n'a déclaré aucune bactériémie nosocomiale à SARM en 2024-2025

La [figure 12](#) montre la proportion de résistance à la méthicilline parmi les bactériémies nosocomiales à *S. aureus* (catégories 1a et 1b) selon la RSS. Une seule région affiche une proportion supérieure à 20,0 %.

Figure 12 Proportion de résistance à la méthicilline des bactériémies nosocomiales à *S. aureus* (cat. 1a, 1b et 1c) par région sociosanitaire, 2024-2025



Note : Légende NP fait référence aux régions non participantes à la surveillance.

En 2024-2025, le taux d'incidence des bactériémies nosocomiales à SARM (catégories 1a et 1b) par installation a varié de 0 à 0,62 cas par 10 000 jours-présence.

Un total de 13 installations (14,8 %) ont vu leur taux d'incidence baisser à zéro en 2024-2025 par rapport à 2023-2024. Aussi, 12 installations (13,6 %) avaient un taux d'incidence égal à zéro en 2023-2024 et ont vu leur taux d'incidence augmenter en 2024-2025. Trois RSS ont une proportion de résistance à la méthicilline pour les bactériémies nosocomiales à *S. aureus* (catégories 1a, 1b et 1c) supérieure à 15 %, soit les RSS 1, 4 et 16.

Un sommaire détaillé de ces données par installation est présenté aux [tableau 7](#) et [tableau 8](#). Toutes les installations qui doivent participer à la surveillance y sont présentées, mais celles n'ayant pas complété un minimum de 11 périodes afin d'être incluses dans les analyses sont représentées par le symbole suivant « -- ». De plus, lorsque la proportion ou le taux d'incidence est égal à zéro, l'intervalle de confiance n'est pas calculé.

Tableau 7 Évolution du nombre de cas (N) et des taux d'incidence des bactériémies nosocomiales à SARM (cat. 1a et 1b), par installation et par région sociosanitaire, 2022-2023 à 2024-2025

Numéro	Nom de l'installation	Taux d'incidence / 10 000 jours-présence [IC à 95 %]					
		2022 - 2023		2023 - 2024		2024 - 2025	
		N	Taux	N	Taux	N	Taux
	Région 01 - Bas-Saint-Laurent	0	0	0	0	2	0,21 [0,05 ; 0,85]
16	Hôpital Régional de Rimouski	0	0	0	0	0	0
32	Centre Hospitalier Régional du Grand-Portage	0	0	0	0	1	0,41 [0,06 ; 2,93]
61	Hôpital Notre-Dame-de-Fatima	0	0	0	0	1	1,19 [0,17 ; 8,42]
71	Hôpital de Matane	0	0	0	0	0	0
77	Hôpital d'Amqui	0	0	0	0	0	0
84	Hôpital de Notre-Dame-du-Lac	0	0	0	0	0	0
	Région 02 - Saguenay-Lac-Saint-Jean	0	0	2	0,12 [0,03 ; 0,49]	1	0,06 [0,01 ; 0,42]
20	Hôpital de Chicoutimi	0	0	1	0,14 [0,02 ; 0,95]	0	0
67	Hôpital et Centre de Réadaptation de Jonquière	0	0	0	0	0	0
74	Hôpital de Dolbeau-Mistassini	0	0	0	0	0	0
88	Hôpital et CHSLD de Roberval	0	0	1	0,60 [0,08 ; 4,30]	1	0,61 [0,09 ; 4,34]
100	Hôpital de la Baie	0	0	0	0	0	0
112	Hôpital d'Alma	0	0	0	0	0	0

Tableau 7 Évolution du nombre de cas (N) et des taux d'incidence des bactériémies nosocomiales à SARM (cat. 1a et 1b), par installation et par région sociosanitaire, 2022-2023 à 2024-2025 (suite)

Numéro	Nom de l'installation	Taux d'incidence /10 000 jours-présence [IC à 95 %]					
		2022 - 2023		2023 - 2024		2024 - 2025	
		N	Taux	N	Taux	N	Taux
	Région 03 - Capitale-Nationale	2	0,04 [0,01 ; 0,14]	6	0,11 [0,05 ; 0,25]	2	0,04 [0,01 ; 0,14]
2	Hôpital de l'Enfant-Jésus	1	0,09 [0,01 ; 0,71]	3	0,29 [0,09 ; 0,89]	1	0,09 [0,01 ; 0,67]
7	Hôtel-Dieu de Québec	0	0	3	0,40 [0,13 ; 1,25]	0	0
24	Hôpital du Saint-Sacrement	0	0	0	0	1	0,16 [0,02 ; 1,17]
27	CHUL	0	0	0	0	0	0
28	Hôpital Saint-François d'Assise	0	0	0	0	0	0
33	Institut Universitaire de Cardiologie et de Pneumologie de Québec	1	0,11 [0,02 ; 0,72]	0	0	0	0
59	Centre Multi. SSS de Baie-Saint-Paul	0	0	0	0	0	0
86	Hôpital et CLSC de la Malbaie	0	0	0	0	0	0
	Région 04 - Mauricie et Centre-du-Québec	2	0,07 [0,02 ; 0,28]	0	0	3	0,10 [0,03 ; 0,33]
23	Hôtel-Dieu d'Arthabaska	0	0	0	0	0	0
31	Pavillon Sainte-Marie	0	0	0	0	3	0,22 [0,07 ; 0,69]
41	Hôpital du Centre-de-la-Mauricie	1	0,22 [0,03 ; 1,53]	0	0	0	0
44	Hôpital Sainte-Croix	1	0,19 [0,03 ; 1,32]	0	0	0	0
85	Centre Multi. SSS du Haut-Saint-Maurice	0	0	0	0	0	0
	Région 05 - Estrie	3	0,13 [0,04 ; 0,41]	5	0,19 [0,08 ; 0,45]	2	0,08 [0,02 ; 0,30]
15	CHUS - Hôpital Fleurimont	2	0,20 [0,05 ; 0,82]	3	0,31 [0,10 ; 0,95]	2	0,21 [0,05 ; 0,82]
30	CHUS - Hôtel-Dieu de Sherbrooke	1	0,13 [0,02 ; 0,87]	1	0,13 [0,02 ; 0,90]	0	0
46	Hôpital de Granby	--	--	1	0,22 [0,03 ; 1,56]	0	0
49	Centre Multi. SSS de Memphrémagog	0	0	0	0	0	0
75	CSSS du Granit	0	0	0	0	0	0
99	Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins	0	0	0	0	0	0

Tableau 7 Évolution du nombre de cas (N) et des taux d'incidence des bactériémies nosocomiales à SARM (cat. 1a et 1b), par installation et par région sociosanitaire, 2022-2023 à 2024-2025 (suite)

Numéro	Nom de l'installation	Taux d'incidence /10 000 jours-présence [IC à 95 %]					
		2022 - 2023		2023 - 2024		2024 - 2025	
		N	Taux	N	Taux	N	Taux
	Région 06 - Montréal	14	0,09 [0,05 ; 0,15]	29	0,19 [0,13 ; 0,27]	28	0,18 [0,12 ; 0,26]
3	Hôpital Glen - Royal Victoria	0	0	3	0,27 [0,09 ; 0,82]	0	0
5	Hôpital Général Juif	2	0,11 [0,03 ; 0,45]	4	0,24 [0,09 ; 0,63]	2	0,11 [0,03 ; 0,42]
6	Hôpital Glen - Enfants	1	0,24 [0,04 ; 1,64]	2	0,53 [0,13 ; 2,10]	0	0
8	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	0	0	2	0,12 [0,03 ; 0,49]	2	0,14 [0,04 ; 0,54]
12	CHU Sainte-Justine	1	0,12 [0,02 ; 0,85]	0	0	2	0,23 [0,06 ; 0,91]
13	Institut de Cardiologie de Montréal	0	0	1	0,23 [0,03 ; 1,59]	1	0,22 [0,03 ; 1,56]
25	Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal	0	0	2	0,15 [0,04 ; 0,58]	1	0,07 [0,01 ; 0,50]
26	Hôpital de Verdun	0	0	0	0	3	0,42 [0,14 ; 1,31]
29	Hôpital Général de Montréal	3	0,43 [0,14 ; 1,34]	4	0,56 [0,21 ; 1,48]	10	1,41 [0,76 ; 2,62]
34	Hôpital Santa Cabrini	1	0,14 [0,02 ; 0,93]	1	0,11 [0,01 ; 0,84]	0	0
36	Hôpital Général du Lakeshore	0	0	0	0	2	0,24 [0,06 ; 0,96]
38	Hôpital Jean-Talon	0	0	0	0	1	0,21 [0,03 ; 1,44]
43	Centre Hospitalier de l'Université de Montréal	5	0,25 [0,11 ; 0,59]	9	0,46 [0,24 ; 0,88]	2	0,10 [0,03 ; 0,38]
48	Centre Hospitalier de St. Mary	1	0,13 [0,02 ; 0,93]	0	0	2	0,27 [0,07 ; 1,10]
62	Hôpital Notre-Dame	0	0	1	0,16 [0,02 ; 1,12]	0	0
76	Hôpital de Lachine	0	0	0	0	0	0
80	Hôpital Fleury	0	0	0	0	0	0
83	Hôpital de Lasalle	0	0	0	0	0	0
118	Hôpital Neurologique de Montréal	0	0	0	0	0	0

Tableau 7 Évolution du nombre de cas (N) et des taux d'incidence des bactériémies nosocomiales à SARM (cat. 1a et 1b), par installation et par région sociosanitaire, 2022-2023 à 2024-2025 (suite)

Numéro	Nom de l'installation	Taux d'incidence /10 000 jours-présence [IC à 95 %]					
		2022 - 2023		2023 - 2024		2024 - 2025	
		N	Taux	N	Taux	N	Taux
	Région 07 - Outaouais	1	0,07 [0,01 ; 0,52]	2	0,13 [0,03 ; 0,50]	3	0,20 [0,07 ; 0,60]
39	Hôpital de Gatineau	0	0	2	0,34 [0,09 ; 1,34]	0	0
40	Hôpital de Hull	1	0,20 [0,03 ; 1,35]	0	0	3	0,49 [0,16 ; 1,51]
51	Hôpital de Maniwaki	0	0	0	0	0	0
95	Hôpital et CHSLD du Pontiac	0	0	0	0	0	0
111	Hôpital et CHSLD de Papineau	0	0	0	0	0	0
	Région 08 - Abitibi-Témiscamingue	2	0,29 [0,07 ; 1,15]	1	0,14 [0,02 ; 1,00]	1	0,13 [0,02 ; 0,94]
47	Hôpital de Rouyn-Noranda	1	0,50 [0,07 ; 3,52]	1	0,49 [0,07 ; 3,42]	1	0,46 [0,07 ; 3,21]
52	Hôpital d'Amos	0	0	0	0	0	0
65	Hôpital de Val-d'Or	1	0,53 [0,07 ; 3,82]	0	0	0	0
70	Centre Multi. SSS de la Sarre	0	0	0	0	0	0
82	Centre Multi. SSS de Ville-Marie	0	0	0	0	0	0
	Région 09 - Côte-Nord	0	0	0	0	0	0
64	CLSC et Hôpital Le Royer	0	0	0	0	0	0
72	Hôpital et CLSC de Sept-Îles	0	0	0	0	0	0
	Région 10 - Nord-du-Québec	0	0	0	0	0	0
96	Centre de Santé de Chibougamau	0	0	0	0	0	0

Tableau 7 Évolution du nombre de cas (N) et des taux d'incidence des bactériémies nosocomiales à SARM (cat. 1a et 1b), par installation et par région sociosanitaire, 2022-2023 à 2024-2025 (suite)

Numéro	Nom de l'installation	Taux d'incidence /10 000 jours-présence [IC à 95 %]					
		2022 - 2023		2023 - 2024		2024 - 2025	
		N	Taux	N	Taux	N	Taux
	Région 11 - Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	0	0	1	0,19 [0,03 ; 1,31]	0	0
53	Hôpital de Chandler	0	0	0	0	0	0
91	Hôpital de Gaspé	0	0	0	0	0	0
97	Hôpital et GMFU de Maria	0	0	1	0,61 [0,09 ; 4,30]	0	0
107	Hôpital de l'Archipel	0	0	0	0	0	0
109	Hôpital et CLSC de Sainte-Anne-des-Monts	0	0	0	0	0	0
	Région 12 - Chaudière-Appalaches	1	0,07 [0,01 ; 0,45]	0	0	0	0
18	Hôtel-Dieu de Lévis	1	0,14 [0,02 ; 0,93]	0	0	0	0
63	Hôpital de Saint-Georges	0	0	0	0	0	0
89	Hôpital de Montmagny	0	0	0	0	0	0
113	Hôpital de Thetford	0	0	0	0	0	0
	Région 13 - Laval	2	0,12 [0,03 ; 0,47]	1	0,06 [0,01 ; 0,39]	0	0
19	Hôpital de la Cité-de-la-Santé	2	0,12 [0,03 ; 0,47]	1	0,06 [0,01 ; 0,39]	0	0
	Région 14 - Lanaudière	1	0,05 [0,01 ; 0,41]	0	0	0	0
11	Hôpital Pierre-Le Gardeur	0	0	0	0	0	0
14	Hôpital de Lanaudière et CHSLD Parphilia-Ferland	1	0,15 [0,02 ; 1,01]	--	--	0	0

Tableau 7 Évolution du nombre de cas (N) et des taux d'incidence des bactériémies nosocomiales à SARM (cat. 1a et 1b), par installation et par région sociosanitaire, 2022-2023 à 2024-2025 (suite)

Numéro	Nom de l'installation	Taux d'incidence /10 000 jours-présence [IC à 95 %]					
		2022 - 2023		2023 - 2024		2024 - 2025	
		N	Taux	N	Taux	N	Taux
	Région 15 - Laurentides	0	0	8	0,29 [0,14 ; 0,58]	3	0,11 [0,04 ; 0,34]
45	Hôpital de Saint-Eustache	0	0	1	0,10 [0,02 ; 0,65]	0	0
56	Centre Multi. SSS d'Argenteuil	--	--	0	0	0	0
81	Hôpital de Mont-Laurier	0	0	0	0	0	0
101	Hôpital de Saint-Jérôme	0	0	7	0,62 [0,30 ; 1,30]	2	0,19 [0,05 ; 0,77]
103	Centre Multi. SSS de Sainte-Agathe	0	0	0	0	1	0,25 [0,03 ; 1,80]
	Région 16 - Montérégie	1	0,02 [0,00 ; 0,11]	6	0,10 [0,05 ; 0,22]	9	0,15 [0,08 ; 0,29]
1	Hôpital Charles-Le Moyne	1	0,08 [0,01 ; 0,60]	2	0,16 [0,04 ; 0,63]	2	0,16 [0,04 ; 0,64]
9	Hôpital du Haut-Richelieu	0	0	0	0	0	0
10	Hôpital Pierre-Boucher	0	0	0	0	4	0,32 [0,12 ; 0,86]
35	Hôpital Honoré-Mercier	0	0	2	0,22 [0,06 ; 0,87]	0	0
37	Hôtel-Dieu de Sorel	0	0	0	0	0	0
42	Hôpital Anna-Laberge	0	0	1	0,13 [0,02 ; 0,87]	1	0,12 [0,02 ; 0,86]
58	Hôpital du Suroît	0	0	1	0,19 [0,03 ; 1,37]	2	0,35 [0,09 ; 1,40]
130	Hôpital Barrie Mémorial	0	0	0	0	0	0
	Ensemble du Québec	29	0,06 [0,04 ; 0,09]	61	0,13 [0,10 ; 0,17]	54	0,12 [0,09 ; 0,16]

Tableau 8 Évolution du nombre de bactériémies nosocomiales à SARM et proportion de résistance à la méthicilline des bactériémies nosocomiales à *S. aureus* (cat. 1a, 1b et 1c), par installation et par région sociosanitaire, 2022-2023 à 2024-2025

Numéro	Nom de l'installation	Nombre de bactériémies et proportion de résistance N (%)		
		2022 - 2023	2023 - 2024	2024 - 2025
Région 01 - Bas-Saint-Laurent		0/4 (0,0 %)	0/16 (0,0 %)	2/7 (28,6 %)
16	Hôpital Régional de Rimouski	0/3 (0,0 %)	0/9 (0,0 %)	0/2 (0,0 %)
32	Centre Hospitalier Régional du Grand-Portage	0/1 (0,0 %)	0/5 (0,0 %)	1/2 (50,0 %)
61	Hôpital Notre-Dame-de-Fatima	0/0 (0,0 %)	0/0 (0,0 %)	1/2 (50,0 %)
71	Hôpital de Matane	0/0 (0,0 %)	0/2 (0,0 %)	0/0 (0,0 %)
77	Hôpital d'Amqui	0/0 (0,0 %)	0/0 (0,0 %)	0/1 (0,0 %)
84	Hôpital de Notre-Dame-du-Lac	0/0 (0,0 %)	0/0 (0,0 %)	0/0 (0,0 %)
Région 02 - Saguenay-Lac-Saint-Jean		1/17 (5,9 %)	2/25 (8,0 %)	2/22 (9,1 %)
20	Hôpital de Chicoutimi	0/8 (0,0 %)	1/18 (5,6 %)	1/10 (10,0 %)
67	Hôpital et Centre de Réadaptation de Jonquière	0/2 (0,0 %)	0/1 (0,0 %)	0/2 (0,0 %)
74	Hôpital de Dolbeau-Mistassini	1/2 (50,0 %)	0/1 (0,0 %)	0/3 (0,0 %)
88	Hôpital et CHSLD de Roberval	0/3 (0,0 %)	1/1 (100,0 %)	1/2 (50,0 %)
100	Hôpital de la Baie	0/1 (0,0 %)	0/0 (0,0 %)	0/1 (0,0 %)
112	Hôpital d'Alma	0/1 (0,0 %)	0/4 (0,0 %)	0/4 (0,0 %)

Tableau 8 Évolution du nombre de bactériémies nosocomiales à SARM et proportion de résistance à la méthicilline des bactériémies nosocomiales à *S. aureus* (cat. 1a, 1b et 1c), par installation et par région sociosanitaire, 2022-2023 à 2024-2025 (suite)

Numéro	Nom de l'installation	Nombre de bactériémies et proportion de résistance N (%)		
		2022 - 2023	2023 - 2024	2024 - 2025
Région 03 - Capitale-Nationale		2/62 (3,2 %)	6/88 (6,8 %)	2/65 (3,1 %)
2	Hôpital de l'Enfant-Jésus	1/17 (5,9 %)	3/21 (14,3 %)	1/19 (5,3 %)
7	Hôtel-Dieu de Québec	0/20 (0,0 %)	3/32 (9,4 %)	0/14 (0,0 %)
24	Hôpital du Saint-Sacrement	0/2 (0,0 %)	0/2 (0,0 %)	1/2 (50,0 %)
27	CHUL	0/10 (0,0 %)	0/13 (0,0 %)	0/7 (0,0 %)
28	Hôpital Saint-François d'Assise	0/6 (0,0 %)	0/10 (0,0 %)	0/12 (0,0 %)
33	Institut Universitaire de Cardiologie et de Pneumologie de Québec	1/6 (16,7 %)	0/7 (0,0 %)	0/9 (0,0 %)
59	Centre Multi, SSS de Baie-Saint-Paul	0/1 (0,0 %)	0/1 (0,0 %)	0/2 (0,0 %)
86	Hôpital et CLSC de la Malbaie	0/0 (0,0 %)	0/2 (0,0 %)	0/0 (0,0 %)
Région 04 - Mauricie et Centre-du-Québec		3/28 (10,7 %)	0/28 (0,0 %)	5/31 (16,1 %)
23	Hôtel-Dieu d'Arthabaska	0/5 (0,0 %)	0/3 (0,0 %)	0/1 (0,0 %)
31	Pavillon Sainte-Marie	1/14 (7,1 %)	0/17 (0,0 %)	3/18 (16,7 %)
41	Hôpital du Centre-de-la-Mauricie	1/4 (25,0 %)	0/ (0,0 %)	0/5 (0,0 %)
44	Hôpital Sainte-Croix	1/5 (20,0 %)	0/2 (0,0 %)	2/7 (28,6 %)
85	Centre Multi, SSS du Haut-Saint-Maurice	0/0 (0,0 %)	0/0 (0,0 %)	0/0 (0,0 %)
Région 05 - Estrie		7/21 (33,3 %)	5/43 (11,6 %)	4/43 (9,3 %)
15	CHUS - Hôpital Fleurimont	6/16 (37,5 %)	3/26 (11,5 %)	4/25 (16,0 %)
30	CHUS - Hôtel-Dieu de Sherbrooke	1/4 (25,0 %)	1/6 (16,7 %)	0/4 (0,0 %)
46	Hôpital de Granby	--	1/10 (10,0 %)	0/10 (0,0 %)
49	Centre Multi, SSS de Memphrémagog	0/0 (0,0 %)	0/0 (0,0 %)	0/1 (0,0 %)
75	CSSS du Granit	0/0 (0,0 %)	0/0 (0,0 %)	0/0 (0,0 %)
99	Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins	0/1 (0,0 %)	0/1 (0,0 %)	0/3 (0,0 %)

Tableau 8 Évolution du nombre de bactériémies nosocomiales à SARM et proportion de résistance à la méthicilline des bactériémies nosocomiales à *S. aureus* (cat. 1a, 1b et 1c), par installation et par région sociosanitaire, 2022-2023 à 2024-2025 (suite)

Numéro	Nom de l'installation	Nombre de bactériémies et proportion de résistance N (%)		
		2022 - 2023	2023 - 2024	2024 - 2025
	Région 06 - Montréal	17/210 (8,1 %)	33/282 (11,7 %)	30/250 (12,0 %)
3	Hôpital Glen - Royal Victoria	0/16 (0,0 %)	4/26 (15,4 %)	0/15 (0,0 %)
5	Hôpital Général Juif	2/19 (10,5 %)	4/26 (15,4 %)	2/22 (9,1 %)
6	Hôpital Glen - Enfants	1/13 (7,7 %)	2/10 (20,0 %)	0/16 (0,0 %)
8	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	1/20 (5,0 %)	3/41 (7,3 %)	3/29 (10,3 %)
12	CHU Sainte-Justine	1/14 (7,1 %)	0/11 (0,0 %)	2/8 (25,0 %)
13	Institut de Cardiologie de Montréal	0/4 (0,0 %)	1/11 (9,1 %)	1/7 (14,3 %)
25	Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal	0/24 (0,0 %)	2/28 (7,1 %)	1/34 (2,9 %)
26	Hôpital de Verdun	0/10 (0,0 %)	0/16 (0,0 %)	3/12 (25,0 %)
29	Hôpital Général de Montréal	3/16 (18,8 %)	5/27 (18,5 %)	11/24 (45,8 %)
34	Hôpital Santa Cabrini	1/6 (16,7 %)	1/9 (11,1 %)	0/6 (0,0 %)
36	Hôpital Général du Lakeshore	0/0 (0,0 %)	0/4 (0,0 %)	2/12 (16,7 %)
38	Hôpital Jean-Talon	0/5 (0,0 %)	0/5 (0,0 %)	1/5 (20,0 %)
43	Centre Hospitalier de l'Université de Montréal	6/40 (15 %)	10/35 (28,6 %)	2/30 (6,7 %)
48	Centre Hospitalier de St, Mary	1/6 (16,7 %)	0/12 (0,0 %)	2/9 (22,2 %)
62	Hôpital Notre-Dame	0/3 (0,0 %)	1/12 (8,3 %)	0/7 (0,0 %)
76	Hôpital de Lachine	1/3 (33,3 %)	0/2 (0,0 %)	0/3 (0,0 %)
80	Hôpital Fleury	0/6 (0,0 %)	0/2 (0,0 %)	0/3 (0,0 %)
83	Hôpital de Lasalle	0/0 (0,0 %)	0/2 (0,0 %)	0/4 (0,0 %)
118	Hôpital Neurologique de Montréal	0/5 (0,0 %)	0/3 (0,0 %)	0/4 (0,0 %)

Tableau 8 Évolution du nombre de bactériémies nosocomiales à SARM et proportion de résistance à la méthicilline des bactériémies nosocomiales à *S. aureus* (cat. 1a, 1b et 1c), par installation et par région sociosanitaire, 2022-2023 à 2024-2025 (suite)

Numéro	Nom de l'installation	Nombre de bactériémies et proportion de résistance N (%)		
		2022 - 2023	2023 - 2024	2024 - 2025
Région 07 - Outaouais		1/12 (8,3 %)	2/36 (5,6 %)	4/29 (13,8 %)
39	Hôpital de Gatineau	0/1 (0,0 %)	2/10 (20,0 %)	0/4 (0,0 %)
40	Hôpital de Hull	1/9 (11,1 %)	0/17 (0,0 %)	4/18 (22,2 %)
51	Hôpital de Maniwaki	0/1 (0,0 %)	0/4 (0,0 %)	0/1 (0,0 %)
95	Hôpital et CHSLD du Pontiac	0/0 (0,0 %)	0/2 (0,0 %)	0/1 (0,0 %)
111	Hôpital et CHSLD de Papineau	0/1 (0,0 %)	0/3 (0,0 %)	0/5 (0,0 %)
Région 08 - Abitibi-Témiscamingue		2/11 (18,2 %)	1/7 (14,3 %)	1/10 (10,0 %)
47	Hôpital de Rouyn-Noranda	1/5 (20,0 %)	1/4 (25,0 %)	1/5 (20,0 %)
52	Hôpital d'Amos	0/1 (0,0 %)	0/1 (0,0 %)	0/1 (0,0 %)
65	Hôpital de Val-d'Or	1/5 (20,0 %)	0/2 (0,0 %)	0/4 (0,0 %)
70	Centre Multi, SSS de la Sarre	0/0 (0,0 %)	0/0 (0,0 %)	0/0 (0,0 %)
82	Centre Multi, SSS de Ville-Marie	0/0 (0,0 %)	0/0 (0,0 %)	0/0 (0,0 %)
Région 09 - Côte-Nord		0/4 (0,0 %)	0/2 (0,0 %)	0/3 (0,0 %)
64	CLSC et Hôpital Le Royer	0/3 (0,0 %)	0/2 (0,0 %)	0/1 (0,0 %)
72	Hôpital et CLSC de Sept-Îles	0/1 (0,0 %)	0/0 (0,0 %)	0/2 (0,0 %)
Région 10 - Nord-du-Québec		1/1 (100,0 %)	0/0 (0,0 %)	0/0 (0,0 %)
96	Centre de Santé de Chibougamau	1/1 (100,0 %)	0/0 (0,0 %)	0/0 (0,0 %)

Tableau 8 Évolution du nombre de bactériémies nosocomiales à SARM et proportion de résistance à la méthicilline des bactériémies nosocomiales à *S. aureus* (cat. 1a, 1b et 1c) par installation et par région sociosanitaire, 2022-2023 à 2024-2025 (suite)

Numéro	Nom de l'installation	Nombre de bactériémies et proportion de résistance N (%)		
		2022 - 2023	2023 - 2024	2024 - 2025
Région 11 - Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine		0/3 (0,0 %)	1/9 (11,1 %)	0/11 (0,0 %)
53	Hôpital de Chandler	0/0 (0,0 %)	0/1 (0,0 %)	0/1 (0,0 %)
91	Hôpital de Gaspé	0/0 (0,0 %)	0/1 (0,0 %)	0/1 (0,0 %)
97	Hôpital et GMFU de Maria	0/2 (0,0 %)	1/7 (14,3 %)	0/4 (0,0 %)
107	Hôpital de l'Archipel	0/1 (0,0 %)	0/0 (0,0 %)	0/3 (0,0 %)
109	Hôpital et CLSC de Sainte-Anne-des-Monts	0/0 (0,0 %)	0/0 (0,0 %)	0/2 (0,0 %)
Région 12 - Chaudière-Appalaches		1/29 (3,5 %)	0/18 (0,0 %)	0/22 (0,0 %)
18	Hôtel-Dieu de Lévis	1/19 (5,3 %)	0/14 (0,0 %)	0/17 (0,0 %)
63	Hôpital de Saint-Georges	0/4 (0,0 %)	0/2 (0,0 %)	0/3 (0,0 %)
89	Hôpital de Montmagny	0/1 (0,0 %)	0/0 (0,0 %)	0/0 (0,0 %)
113	Hôpital de Thetford	0/5 (0,0 %)	0/2 (0,0 %)	0/2 (0,0 %)
Région 13 - Laval		2/17 (11,8 %)	2/28 (7,1 %)	0/15 (0,0 %)
19	Hôpital de la Cité-de-la-Santé	2/17 (11,8 %)	2/28 (7,1 %)	0/15 (0,0 %)
Région 14 - Lanaudière		1/24 (4,2 %)	0/14 (0,0 %)	0/35 (0,0 %)
11	Hôpital Pierre-Le Gardeur	0/5 (0,0 %)	0/14 (0,0 %)	0/11 (0,0 %)
14	Hôpital de Lanaudière et CHSLD Parphilia-Ferland	1/19 (5,3 %)	--	0/24 (0,0 %)

Tableau 8 Évolution du nombre de bactériémies nosocomiales à SARM et proportion de résistance à la méthicilline des bactériémies nosocomiales à *S. aureus* (cat. 1a, 1b et 1c) par installation et par région sociosanitaire, 2022-2023 à 2024-2025 (suite)

Numéro	Nom de l'installation	Nombre de bactériémies et proportion de résistance N (%)		
		2022 - 2023	2023 - 2024	2024 - 2025
Région 15 - Laurentides		0/43 (0,0 %)	8/37 (21,6 %)	3/41 (7,3 %)
45	Hôpital de Saint-Eustache	0/9 (0,0 %)	1/10 (10,0 %)	0/18 (0,0 %)
56	Centre Multi, SSS d'Argenteuil	--	0/1 (0,0 %)	0/0 (0,0 %)
81	Hôpital de Mont-Laurier	0/4 (0,0 %)	0/1 (0,0 %)	0/1 (0,0 %)
101	Hôpital de Saint-Jérôme	0/25 (0,0 %)	7/24 (29,2 %)	2/18 (11,1 %)
103	Centre Multi, SSS de Sainte-Agathe	0/5 (0,0 %)	0/1 (0,0 %)	1/4 (25,0 %)
Région 16 - Montérégie		4/69 (5,8 %)	6/88 (6,8 %)	13/80 (16,3%)
1	Hôpital Charles-Le Moyne	2/23 (8,7 %)	2/27 (7,4 %)	5/31 (16,1 %)
9	Hôpital du Haut-Richelieu	0/9 (0,0 %)	0/10 (0,0 %)	1/13 (7,7 %)
10	Hôpital Pierre-Boucher	0/15 (0,0 %)	0/14 (0,0 %)	4/19 (21,1 %)
35	Hôpital Honoré-Mercier	2/8 (25,0 %)	2/8 (25,0 %)	0/5 (0,0 %)
37	Hôtel-Dieu de Sorel	0/3 (0,0 %)	0/9 (0,0 %)	0/3 (0,0 %)
42	Hôpital Anna-Laberge	0/6 (0,0 %)	1/11 (9,1 %)	1/3 (33,3 %)
58	Hôpital du Suroît	0/5 (0,0 %)	1/8 (12,5 %)	2/6 (33,3 %)
130	Hôpital Barrie Mémemorial	0/0 (0,0 %)	0/1 (0,0%)	0/0 (0,0 %)
Ensemble du Québec		42/555 (7,6 %)	66/721 (9,2 %)	66/664 (9,9 %)

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-BAC-SA

- Les caractéristiques des installations comme le nombre de lits peuvent varier au cours du temps. La mise à jour de ces dernières est appliquée de façon rétrospective dans les analyses;
- Les bactériémies en ambulatoire (catégorie 1c) ne représentent pas la population complète en ambulatoire puisque seulement certains types d'infections sont suivis.

5 ANALYSE ET DISCUSSION

Les données de surveillance 2024-2025 montrent une stabilisation du taux de bactériémies nosocomiales à SARM, lequel s'élève à 0,12 cas par 10 000 jours-présence, après une augmentation significative en 2023-2024. À titre comparatif, les taux observés au cours des trois années précédentes se situaient entre 0,06 et 0,08 cas par 10 000 jours-présence.

Malgré cette remontée récente, le taux d'incidence a connu une diminution marquée depuis le début du programme de surveillance. Parmi les 58 installations ayant fourni leurs données chaque année, le taux est passé de 0,53 à 0,10 bactériémie par 10 000 jours-présence entre 2006-2007 et 2024-2025 ([figure 6](#)), ce qui correspond à une diminution de 81 %. Diverses interventions ont pu contribuer à cette amélioration à travers le temps, notamment le dépistage du SARM, l'implantation de la surveillance, les campagnes d'hygiène des mains, les précautions additionnelles et la mise en œuvre d'ensembles de pratiques exemplaires.

La remontée du taux de bactériémies nosocomiales à SARM depuis deux ans pourrait être attribuable à différents facteurs. Elle coïncide d'ailleurs avec une hausse du taux de toutes les bactériémies nosocomiales au Québec (SPIN, 2025a, à venir). Une des hypothèses avancées concerne la hausse de la colonisation communautaire à SARM, laquelle ferait en sorte qu'un usager qui développe une bactériémie nosocomiale est désormais plus susceptible d'être infecté par une souche résistante que par le SASM. Plusieurs éléments appuient cette hypothèse :

- Les plus récentes données de la surveillance des nouveaux porteurs de SARM (SPIN, 2023) indiquent que l'acquisition du portage de SARM est désormais majoritairement communautaire. Ceci suggère qu'il y a un réservoir croissant de SARM dans la communauté;
- La surveillance des souches de bactériémie à SARM menée en laboratoire en 2023-2024 révèle que les souches épidémiques de type SARM-AC représentent désormais 61,2 % des isolats, majoritairement du profil moléculaire CMRSA-10, supplantant les souches de types SARM-AH (23,0 %). Ce phénomène est observé autant pour les bactériémies d'origine communautaire que nosocomiale (SPIN, 2025b, à venir);
- À travers les années, la proportion de bactériémies d'acquisition communautaire (catégorie 3) est devenue de plus en plus importante. Elle est passée de 21,9 % à 70,2 % des bactériémies à SARM entre 2006-2007 et 2024-2025, franchissant le cap des 50 % vers 2018-2019;
- Comme nous le montre [la figure 3](#), la proportion de résistance à la méthicilline chez les bactériémies à *S. aureus* était beaucoup plus élevée chez les bactériémies nosocomiales (33,3 %) que les communautaires (16,6 %) au début du programme de surveillance, lorsque l'acquisition de la souche de SARM était surtout nosocomiale. Cette proportion de résistance est maintenant comparable entre les bactériémies nosocomiales et communautaires. Ce constat suggère que la transmission nosocomiale de souche de SARM n'est pas le moteur principal de la hausse du taux de bactériémies nosocomiales à SARM;

- La proportion de résistance à la méthicilline chez les bactériémies à *S. aureus* semble en augmentation depuis le nadir observé en 2021-2022, tant pour les bactériémies nosocomiales que communautaires, passant de 6,8 % à 11,4 % de SARM, toutes catégories d'acquisition confondues.

Il est donc plausible qu'un nombre significatif d'usagers ayant développé une bactériémie nosocomiale à SARM étaient déjà porteurs au moment de l'admission, ayant acquis la souche dans la communauté. L'augmentation du taux de bactériémies nosocomiales à SARM depuis deux ans pourrait être secondaire à la hausse de la proportion de résistance à la méthicilline chez les bactériémies à *S. aureus* en général.

La poursuite de la surveillance dans les prochaines années sera cruciale pour permettre de confirmer ou infirmer ces hypothèses. Il sera pertinent de documenter le statut de portage de SARM à l'admission ou avant le développement d'une bactériémie nosocomiale. Pour mieux interpréter ces données de statut de portage, il faudra interroger les diverses installations sur leurs pratiques de dépistage de SARM. De plus, une mise à jour des ensembles de pratiques exemplaires est à venir. Il sera important de surveiller comment les nouvelles mesures horizontales¹ recommandées pourront prévenir les diverses infections à la source des bactériémies à *Staphylococcus aureus* (associées aux cathéters vasculaires, ISO, pneumonies acquises sous ventilation mécanique, etc.). En effet, les bactériémies primaires représentent 60,6 % des 66 bactériémies nosocomiales à SARM en 2024-2025. Les infections de la peau ou des tissus mous représentent le tiers des 26 bactériémies secondaires. Les infections de site opératoire et les infections pulmonaires sont les deux autres origines les plus fréquentes des bactériémies secondaires.

Finalement, une proportion importante des installations n'a déclaré aucune bactériémie à SARM en 2024-2025, soit 62 installations (70 % des participants, représentant 52 % du total des jours-présence). Sept des 16 régions ayant participé ont un taux de SARM de 5 % et moins parmi les bactériémies nosocomiales à *S. aureus*. Aussi, la distribution géographique du SARM ne se concentre pas seulement sur les régions métropolitaines. Ces données présentées pourraient influencer le régime d'antibiothérapie empirique en cas d'une infection acquise dans ces installations ou ces régions concernées.

¹ Les mesures de prévention horizontales ciblent tous les microorganismes (ex. : hygiène des mains).

Comparaisons nationales et internationales

Le dernier rapport du Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN) note qu'entre 2019 et 2023, les taux globaux de bactériémies à SARM sont restés stables (1,00 à 1,16 infections par 10 000 jours-patients). En ce qui concerne plus particulièrement les bactériémies à SARM d'acquisition nosocomiale, celles-ci sont demeurées stables à 0,42 à 0,47 infection par 10 000 jours-présence (PCSIN, 2025). Puisque dans certaines provinces les installations sentinelles participant à cette surveillance sont surtout des installations universitaires, une comparaison avec le taux d'incidence des installations universitaires québécoises est peut-être plus représentative. Avec un taux d'incidence de 0,14 bactériémie à SARM nosocomiale par 10 000 jours-présence dans les installations universitaires québécoises, le Québec se compare favorablement par rapport au reste du Canada, notamment vis-à-vis des provinces de l'Ouest où les taux sont les plus élevés.

Au Royaume-Uni, le taux de bactériémies nosocomiales à SARM est de 0,10 cas par 10 000 jours-présence en 2023-2024 et la proportion des bactériémies à SARM qui sont acquises à l'hôpital est de 38,0 % (UKHSA, 2025). Ceci avoisine la situation au Québec en 2024-2025. En Australie, il y a également eu une augmentation des bactériémies à SARM d'origine communautaire. La proportion de ces cas est passée de 61,1 % à 78,4 % entre 2013 et 2021 (Coombs *et al.*, 2022). La proportion de résistance à la méthicilline pour les bactériémies à *S. aureus* de toutes origines confondues est de 16,1 % en 2023 en Australie (Coombs *et al.*, 2024) alors qu'elle est de 6,3 % en Angleterre en 2023-2024 (UKHSA, 2025) et 11,4 % au Québec en 2024-2025. Ces proportions sont toutes plus petites que par le passé (pic de 40 % en Angleterre en 2007-2008 et 23,8 % en Australie en 2007 (Coombs et Nimmo, 2013).

6 RÉFÉRENCES

Comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN). (2025a). *Bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline au Québec: rapport de surveillance 2023-2024*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/infections-nosocomiales/spin/sarm>

Comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN). (2025b). *Bactériémies nosocomiales panhospitalières au Québec: rapport de surveillance 2024-2025*. Institut national de santé publique du Québec.

Coombs, G., Daley, D. A., Shoby, P., Sudeep, S. M. et Mowlaboccus, S. (2024). Australian Group on Antimicrobial Resistance (AGAR) Australian Staphylococcus aureus Surveillance Outcome Program (ASSOP) Bloodstream Infection Annual Report 2023. *Communicable Diseases Intelligence*, 48. <https://doi.org/10.33321/cdi.2024.48.57>

Coombs, G. W., Daley, D. A., Shoby, P., Mowlaboccus, S. et Resistance, A. G. on A. (2022). Australian Group on Antimicrobial Resistance (AGAR) Australian Staphylococcus aureus Surveillance Outcome Program (ASSOP): Bloodstream Annual Report 2021. *Communicable Diseases Intelligence*, 46. <https://doi.org/10.33321/cdi.2022.46.76>

Coombs, G. W. et Nimmo, G. R. (2013). Australian Staphylococcus aureus Sepsis Outcome Programme annual report, 2013. *Annual report*. <https://doi.org/10.33321/cdi.2014.38.51>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). 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]. 2015.

Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales. (2025, 7 août). *Infections nosocomiales et résistance aux antimicrobiens dans les hôpitaux canadiens*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/releve-maladies-transmissibles-canada-rmtc/numero-mensuel/2025-51/numero-6-7-juin-juillet-2025/infections-nosocomiales-resistance-antimicrobiens-hopitaux-canadiens.html>

UK Health Security Agency. (2025). *Annual epidemiological commentary: Gram-negative, MRSA, MSSA bacteraemia and C. difficile infections, up to and including financial year 2023 to 2024*. GOV.UK. <https://www.gov.uk/government/statistics/mrsa-mssa-and-e-coli-bacteraemia-and-c-difficile-infection-annual-epidemiological-commentary/annual-epidemiological-commentary-gram-negative-mrsa-mssa-bacteraemia-and-c-difficile-infections-up-to-and-including-financial-year-2023-to-2024>

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

INVITÉS PERMANENTS

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

ANNEXE 2 LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ DE PROGRAMME SPIN-BAC-SA

MEMBRES RÉGULIERS

Xavier Marchand-Sénécal, président
Centre intégré universitaire de santé et des
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

Centre d'expertise et
de référence en santé publique

www.inspq.qc.ca