



Résistance aux antimicrobiens des agents pathogènes nosocomiaux courants en Ontario : Rapport annuel de l'enquête auprès des laboratoires et des hôpitaux 2024



Rapport annuel
Février 2026

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario (SPO) est un organisme du gouvernement de l'Ontario voué à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne ainsi qu'à la réduction des iniquités en matière de santé. SPO met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique des travailleurs de la santé de première ligne et des chercheurs.

Santé publique Ontario offre au gouvernement, aux bureaux locaux de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé un soutien scientifique et technique spécialisé dans les domaines suivants :

- maladies infectieuses et transmissibles;
- prévention et contrôle des infections;
- santé environnementale et santé au travail;
- préparation aux situations d'urgence;
- promotion de la santé, prévention des maladies chroniques et des blessures;
- services de laboratoires de santé publique.

Le travail de Santé publique Ontario comporte également des volets de surveillance, d'épidémiologie, de recherche, de perfectionnement professionnel et de services axés sur le savoir. Pour en savoir plus, consultez www.santepubliqueontario.ca.

Centre for Proficiency Testing de l'Institute for Quality Management in Healthcare

L'Institute for Quality Management in Healthcare (IQMH), une société affiliée à Agrément Canada, est l'un des plus grands fournisseurs canadiens de contrôle des compétences des laboratoires médicaux.

Son Centre for Proficiency Testing offre des services internationalement reconnus de contrôle des compétences de laboratoire conformes à la norme ISO/IEC 17 043 *Évaluation de la conformité – Exigences générales* et est agréé à titre de fournisseur de services de contrôle des compétences par l'American Association for Laboratory Accreditation (A2LA).

L'IQMH est un organisme à but non lucratif, sans capital-actions, incorporé aux termes de la *Loi sur les personnes morales de l'Ontario* et est une société affiliée contrôlée par Agrément Canada.

Modèle proposé pour citer le document

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario); Institute for Quality Management in Healthcare. Résistance aux antimicrobiens des agents pathogènes nosocomiaux courants en Ontario : Rapport annuel de l'enquête auprès des laboratoires et des hôpitaux 2024. Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2026.

ISBN : 978-1-4868-9593-9

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2026

Avis de non-responsabilité

Ce document a été élaboré par Santé publique Ontario (SPO). SPO fournit des conseils scientifiques et techniques au gouvernement, aux organisations de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé de l'Ontario. Le travail de SPO est guidé par les meilleures données probantes disponibles au moment de la publication. La mise en application et l'utilisation du présent document relèvent de la responsabilité de l'utilisateur. SPO décline toute responsabilité pouvant résulter d'une telle application ou utilisation. Le présent document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales seulement, sous réserve d'une mention appropriée de SPO. Aucun changement ni aucune modification ne peuvent être apportés à ce document sans la permission écrite expresse de SPO.

Ce document contient également des contenus élaborés par l'Institute for Quality Management in Healthcare (IQMH). Le travail de l'IQMH s'appuie sur les meilleures données probantes disponibles au moment de la publication. La responsabilité de l'application et de l'usage de ce document incombe à l'usager et l'IQMH n'assume aucune responsabilité quant à toute application ou tout usage du document. Le présent document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales seulement, sous réserve d'une mention appropriée de l'IQMH en plus de SPO.

Auteurs

Cui (Monica) Hui, M.B., MSP
Épidémiologiste, Contrôle des maladies transmissibles
Santé publique Ontario

Caitlin Johnson, MSP
Épidémiologiste, Contrôle des maladies transmissibles
Santé publique Ontario

Matthew Wong-Fung, B. Sc, TLM
Technologue-conseil
Institute for Quality Management in Healthcare

Samir N. Patel, Ph. D., FCCM
Vice-président et directeur général de la microbiologie et des services de laboratoire
Laboratoire de Santé publique Ontario

Remerciements

Les auteurs remercient sincèrement les laboratoires et les hôpitaux de l'Ontario pour leur participation à cette enquête annuelle.

Les auteurs souhaitent également remercier les services de contrôle des maladies transmissibles et des communications de SPO, le laboratoire de Santé publique Ontario, ainsi que le comité scientifique de microbiologie de l'IQMH (2024) composé de la D^{re} Christie Vermeiren – présidente, la D^{re} Larissa Matukas – vice-présidente, la D^{re} Vanessa Allen, le D^r Antoine Corbeil, la D^{re} Nadia Sant, la D^{re} Cheryl Main et Lucia Di Pietro ainsi que les services informatiques et l'équipe des communications (Maritess Koerner, responsable des communications) du Centre for Proficiency Testing à l'IQMH pour leurs conseils et leur collaboration tout au long de cette enquête.

Enfin, nous remercions aussi le D^r Donald Low, qui a mis au point le concept de ce système de rapports en 1995, ainsi que la D^{re} Allison McGeer et Christine Fleming qui ont supervisé la collecte et la compilation des données de 1995 à 2014.

Table des matières

Sommaire	5
Contexte	6
Méthodes d'enquête	7
Résultats	8
Réponse aux enquêtes	8
<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (SARM)	9
Dépistage dans les hôpitaux	9
Pratiques de contrôle des infections	10
Données de laboratoire	10
Entérocoques résistants à la vancomycine (ERV)	12
Dépistage dans les hôpitaux	12
Pratiques de contrôle des infections	13
Données de laboratoire	13
Bacilles Gram négatif	15
Dépistage à l'hôpital des bêta-lactamases à spectre étendu (BLSE)	15
Pratiques de contrôle des infections à BLSE	16
Données de laboratoire	16
Organismes producteurs de carbapénémase (OPC)	21
Dépistage dans les hôpitaux	21
Pratiques de contrôle des infections	22
Données de laboratoire	22
Infections à <i>Clostridioides difficile</i> (ICD)	25
Pratiques de contrôle des infections	25
Données de laboratoire	25
<i>Candida auris</i>	27
Pratiques de contrôle des infections	27
Données de laboratoire	28
Discussion	28
Conclusion	30
Références	31
Annexe A : Nombre de nouveaux patients et taux par région sanitaire de l'Ontario, 2024	33
Annexe B : Mises en garde et hypothèses concernant les données	34

Sommaire

La résistance aux antimicrobiens (RAM) demeure un problème important en Ontario, car elle a une incidence sur la sécurité des patients et l'efficacité des traitements contre les pathogènes nosocomiaux courants. Ce rapport offre un résumé des données de 2024 provenant d'enquêtes menées auprès des laboratoires et portant sur le contrôle des infections réalisées par Santé publique Ontario (SPO) et l'Institute for Quality Management in Healthcare (IQMH). Ces enquêtes offrent une vue d'ensemble de la prévalence des organismes résistants aux antimicrobiens (ORA) et des pratiques de contrôle des infections mises en œuvre dans les hôpitaux de l'Ontario.

***Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM)**

En 2024, l'incidence du SARM est demeurée stable par rapport aux 5 années précédentes. Les laboratoires hospitaliers ont recensé 16 411 nouveaux cas (14,1 pour 1 000 patients), dont 823 (5,0 %) étaient des cas de bactériémie à SARM. La région du Nord-Est a présenté les taux d'incidence les plus élevés, suivie par les régions de Toronto et de l'Est. Des procédures de dépistage et des précautions supplémentaires ont été constamment mises en œuvre dans l'ensemble des hôpitaux.

Entérocoques résistants à la vancomycine (ERV)

En 2024, l'incidence des ERV dans les échantillons non destinés au dépistage est demeurée stable, à 1 213 cas (1,0 pour 1 000 patients), dont 195 cas de bactériémie. Toutefois, le nombre de cas d'ERV identifiés à partir de tout site de prélèvement a augmenté considérablement, alors que la proportion d'hôpitaux disposant de programmes de dépistage des ERV a diminué pour s'établir à 58 %. Les régions du Nord-Est et de l'Est ont déclaré les plus hauts taux de cas provenant des échantillons non destinés au dépistage.

Bacilles Gram négatif

La résistance de *Klebsiella* spp. a continué d'augmenter, pour atteindre en 2024 ses taux les plus élevés, soit 10,9 % pour les céphalosporines de troisième génération et 9,8 % pour la ciprofloxacine, alors que la résistance d'*Escherichia coli* (*E. coli*) a fluctué au cours des dernières années. Plus du tiers des hôpitaux ont indiqué avoir adopté un programme de détection des **bêta-lactamases à spectre étendu (BLSE)**.

Organismes producteurs de carbapénémase (OPC)

Le nombre de cas d'OPC identifié à partir de tout site de prélèvement est demeuré similaire à celui de l'année dernière, 1 046 cas ayant été signalés (9 pour 10 000 patients). Toutefois, le nombre de cas d'OPC détectés à partir d'échantillons non destinés au dépistage a continué de croître de façon considérable. Les taux les plus élevés ont été observés dans les régions sanitaires de l'Ouest, de Toronto et du Centre de l'Ontario. La proportion de sociétés hospitalières ayant un programme de dépistage des entérobactériacées productrices de carbapénémase (EPC) a grimpé à 83,7 % en 2024.

Infections à *Clostridioides difficile* (ICD)

Le taux de positivité pour les échantillons d'ICD était de 12,3 % en 2024, les taux les plus élevés ayant été enregistrés dans les régions de Nord-Est, du Centre et de l'Ouest.

Candida auris (C. auris)

L'incidence de *Candida auris* demeure très faible, seulement 3 cas ayant été déclarés en 2024. Le dépistage s'est amélioré, alors que 42 % des sociétés hospitalières disposaient de programmes de dépistage de *C. auris*, par rapport à 24 % en 2023, et que 13 % d'entre elles prévoient mettre en œuvre de tels programmes. Parmi les laboratoires hospitaliers et communautaires, 58 % pouvaient détecter *C. auris* à partir d'échantillons cliniques courants, et 43 % disposaient de procédures de surveillance des échantillons, un pourcentage en hausse comparativement à 2023 (33 %).

Contexte

La résistance aux antimicrobiens (RAM) représente une menace sérieuse pour la sécurité des patients et la santé publique mondiale, car les antimicrobiens actuels sont de moins en moins efficaces pour combattre des organismes de plus en plus résistants. Les infections associées aux soins de santé (IAS ou nosocomiales) contribuent à la prolongation de la durée d'hospitalisation, de même qu'à l'augmentation de la mortalité et de l'utilisation des ressources du système de santé. Au Canada, les projections indiquent que 40 % des infections seront résistantes aux médicaments d'ici 2050¹. À ce moment-là, la RAM devrait entraîner 13 700 décès et coûter 7,6 milliards de dollars chaque année au système de santé¹. Selon des données récentes, la pandémie de SARS-COV-19 pourrait avoir favorisé l'émergence et la transmission de la RAM^{2,3}. Les patients colonisés par des organismes résistants aux antimicrobiens (ORA) constituent un réservoir important d'agents pathogènes associés aux soins de santé. Les programmes de dépistage et de surveillance nous permettent de mieux comprendre le fardeau que représentent les ORA ainsi que l'importance des programmes de contrôle des infections dans les établissements de soins de santé.

Depuis près de 20 ans, l'Institute for Quality Management in Healthcare (IQMH), anciennement le Quality Management Program-Laboratory Services (QMP-LS), mène chaque année une enquête sur la résistance aux antimicrobiens des agents pathogènes nosocomiaux courants auprès de tous les laboratoires de bactériologie agréés de l'Ontario, et en résume les données dans un rapport annuel. En 2016, Santé publique Ontario (SPO) et l'IQMH ont conclu un partenariat visant à mener à des fins de surveillance une enquête annuelle sur les ORA auprès de tous les laboratoires et hôpitaux. Dans le cadre de ce partenariat, l'IQMH poursuivait les enquêtes auprès des laboratoires pendant que SPO gérait celles sur les programmes de contrôle des infections dans les hôpitaux. Certaines questions ont été modifiées au fil des ans pour tenir compte de l'évolution des tendances dans le domaine des ORA en Ontario.

Un questionnaire visant à recueillir des informations sur l'année 2024 a été distribué à tous les laboratoires de microbiologie agréés et hôpitaux publics de l'Ontario. Les participants ont été interrogés sur les programmes de dépistage et de contrôle des infections, ainsi que sur la prévalence des ORA : *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), entérocoques résistants à la vancomycine (ERV), bêta-lactamases à spectre étendu (BLSE), organismes producteurs de carbapénémase (OPC), infections à *Clostridioides difficile* (*C. difficile*, ICD) et *Candida auris* (*C. auris*). L'enquête comprenait également des questions sur l'uniformité des pratiques de prévention et de contrôle des infections (PCI) entre les hôpitaux au sein d'une même société hospitalière. Le présent rapport a pour but de résumer les résultats de l'enquête annuelle sur la résistance aux antimicrobiens des agents pathogènes nosocomiaux courants en 2024.

Méthodes d'enquête

Les résultats de deux enquêtes ont été regroupés lors de la rédaction de ce rapport, soit l'enquête auprès des laboratoires et l'enquête sur le contrôle des infections. Le questionnaire destiné aux laboratoires a été distribué par l'IQMH aux 50 laboratoires hospitaliers de l'Ontario, à 10 laboratoires communautaires privés et à 11 laboratoires de référence de SPO de la province. Tous les laboratoires consultés étaient des laboratoires de bactériologie agréés et pouvaient accéder au questionnaire via la plateforme de questionnaires existante de l'IQMH (QView). Le questionnaire d'enquête sur le contrôle des infections était joint à celui de l'enquête destinée aux laboratoires hospitaliers qui pouvaient le transmettre au personnel sur place chargé du contrôle des infections. L'enquête sur les laboratoires visait à recueillir les données pour l'année 2024. Les enquêtes comprenaient des questions sur le nombre de nouveaux patients positifs à SARM, aux ERV, aux BLSE, aux OPC, à *C. difficile* ou à *C. auris*. L'enquête comprenait également des questions pour évaluer l'uniformité des pratiques de PCI entre les différents hôpitaux d'une même société hospitalière.

SPO a distribué le questionnaire d'enquête sur le contrôle des infections à tous les hôpitaux de l'Ontario en utilisant la plateforme d'enquête de SPO, soit Acuity4 Survey de Voxco. Cette enquête conviait les professionnels du contrôle des infections à répondre à des questions sur leurs programmes de dépistage du SARM, des ERV, des BLSE, des OPC, de *C. difficile* et de *C. auris*, ainsi que sur les pratiques en matière de contrôle des infections qui ont été appliquées en 2024.

Les questionnaires étaient disponibles durant la période s'étendant du 24 février 2025 au 15 juillet 2025.

Les données des deux enquêtes ont été extraites et rattachées à des identifiants uniques. Les doublons et les données incomplètes ont été supprimés. Les données de la Banque de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), accessible via SavoirSanté Ontario, ont servi de dénominateurs pour le calcul des taux de SARM, d'ERV et d'OPC⁴. Les estimations démographiques pour 2024 de Statistique Canada, également disponibles sur SavoirSanté Ontario, ont servi de dénominateurs pour calculer les taux d'ICD⁵. Les limites des régions sanitaires de l'Ontario ont été établies selon l'emplacement des laboratoires. Les données ont été analysées à l'aide de SAS 9.4 et de Microsoft Excel. Le logiciel ArcGIS Pro v3.3.2 a été utilisé pour générer les cartes définissant les régions sanitaires de l'Ontario.

Résultats

Les principales conclusions des enquêtes ont été combinées et présentées en trois sections pour la majorité des organismes : dépistage, pratiques de contrôle des infections et données de laboratoire. Les réponses combinées des enquêtes sont disponibles sur demande.

Réponse aux enquêtes

Au total, 86/131 (65,6 %) sociétés hospitalières ont répondu aux questions de l'enquête sur le contrôle des infections en 2024. Ce taux de réponse était inférieur à celui des enquêtes annuelles de 2023 et 2022, mais supérieur aux taux observés durant les années de la pandémie.

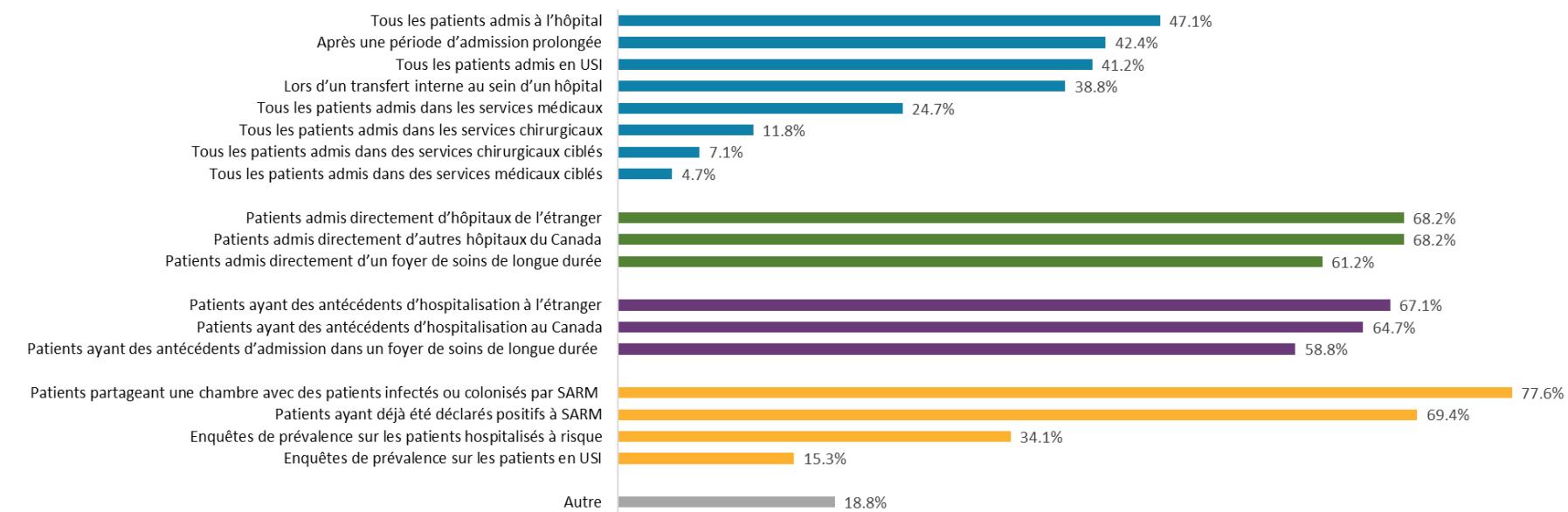
Parmi les laboratoires de bactériologie actuellement agréés, 63/71 (88,7 %) ont répondu à l'enquête de 2024. Cela incluait 45/50 (90,0 %) laboratoires hospitaliers, 8/10 (80,0 %) laboratoires communautaires privés et 10/11 laboratoires de SPO. Le taux de réponse à l'enquête auprès des laboratoires en 2024 était comparable à celui de 2023 (89,0 %). Par le passé, le taux de réponse à ces enquêtes se situait entre 95 % et 100 %, à l'exception de celles qui ont été menées au cours des années de pandémie. Puisque la participation des hôpitaux et des laboratoires diffère d'une année de déclaration à l'autre, les données doivent être interprétées avec prudence.

Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM)

Dépistage dans les hôpitaux

En 2024, 85/86 (98,8 %) sociétés hospitalières ont indiqué disposer d'un programme de dépistage du SARM, une proportion comparable à celle de 2023 (100 %). Les hôpitaux étaient plus susceptibles de procéder au dépistage des patients qui partageaient une chambre avec des patients positifs à SARM, des patients ayant déjà été déclarés positifs à SARM, des patients admis en provenance d'autres hôpitaux canadiens ou de l'étranger, et des patients ayant des antécédents d'hospitalisation à l'étranger ([figure 1](#)).

Figure 1 : Critères utilisés par les hôpitaux pour le dépistage du SARM chez les patients, 2024



Pratiques de contrôle des infections

Tous les hôpitaux (86/86; 100,0 %) ont déclaré que des précautions supplémentaires étaient prises pour soigner tous les patients positifs (infectés ou colonisés) à SARM. La plupart des hôpitaux (62/86; 72,1 %) ont indiqué que les précautions supplémentaires pour le SARM ne sont levées qu'après l'obtention de trois échantillons négatifs à une semaine d'intervalle, en l'absence d'antibiothérapie. Neuf autres hôpitaux ont précisé qu'afin que les précautions supplémentaires soient levées, des échantillons négatifs doivent être obtenus sur une période établie, comme un an, six mois ou 90 jours après le dernier échantillon positif. Onze hôpitaux (12,8 %) ont répondu que les patients positifs à SARM faisaient l'objet de précautions supplémentaires pendant toute la durée de leur hospitalisation.

La majorité des hôpitaux (62/86; 72,1 %) ont indiqué que leur établissement ne décolonisait pas les patients porteurs du SARM; seuls six (7,0 %) hôpitaux ont répondu que des protocoles de décolonisation étaient appliqués à tous les patients positifs à SARM. Quatorze (16,3 %) hôpitaux ont indiqué qu'ils procédaient occasionnellement à la décolonisation du SARM, décision prise au cas par cas. Parmi ceux-ci, quatre (4,7 %) procédaient à la décolonisation dans le cadre de la procédure préopératoire en vue d'une intervention chirurgicale, trois (3,5 %) le faisaient pour faciliter le placement des patients (p. ex., soins de longue durée), cinq (5,8 %) décolonisaient les patients à la demande du médecin ou du service de PCI, et un (1,2 %) envisageait la décolonisation lors d'une épidémie.

Données de laboratoire

En 2024, les laboratoires hospitaliers ont recensé 16 411 nouveaux patients positifs à SARM à partir de tout site de prélèvement (c'est-à-dire infections et colonisations), soit un taux global de 14,1 pour 1 000 patients.

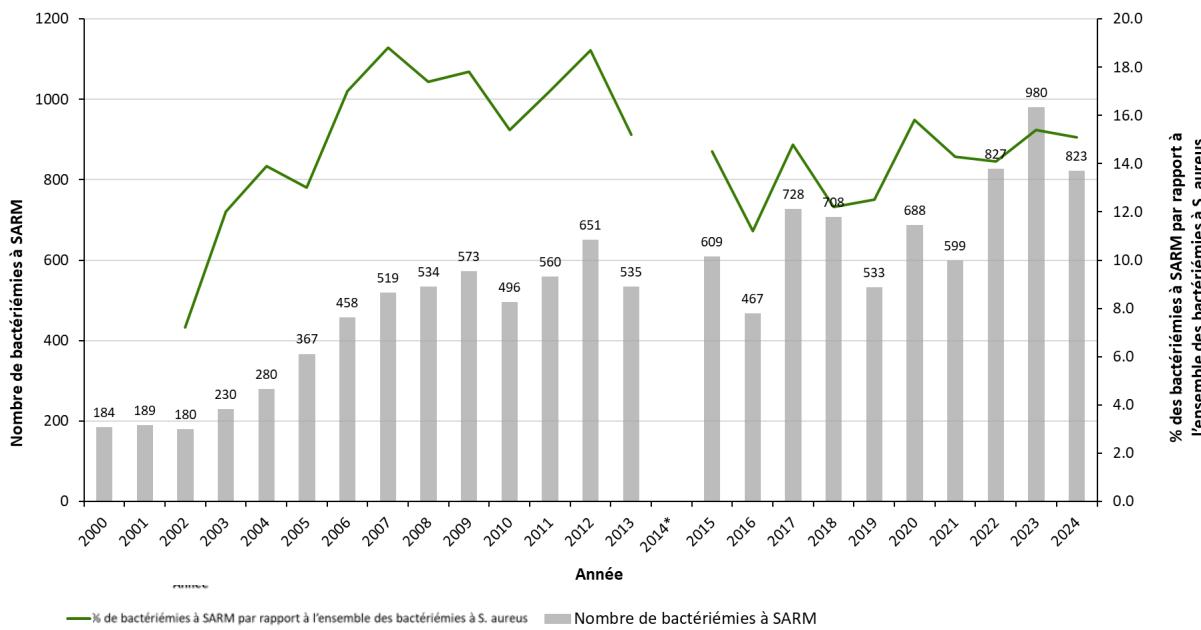
- 823 (5,0 %) échantillons de patients positifs ont été prélevés par hémoculture en 2024.
- En 2024, les échantillons de 6 157 (37,5 %) patients positifs à SARM avaient été prélevés à partir de sites non destinés au dépistage, à l'exclusion de l'hémoculture.

Le nombre total de nouveaux patients positifs à SARM identifié à partir de tout site de prélèvement a augmenté de 8,5 %, passant de 15 119 en 2023 à 16 411 en 2024. La proportion de patients déclarés positifs à SARM par hémoculture en 2024 (823/16 411; 5,0 %) était inférieure à celle de 2023 (980/15 119; 6,5 %). Dans l'ensemble, le nombre de cas et les taux de 2024 demeurent dans la fourchette observée au cours des cinq années précédentes.

En 2024, 4 635 cas de bactériémie à *Staphylococcus aureus* sensible à la méthicilline (SASM) ont été signalés. La proportion de bactériémies à SARM par rapport à l'ensemble des bactériémies à *S. aureus* s'établissait en 2024 à 15,1 % (823/5 458), une proportion similaire à celle de 2023 (15,4 %) ([figure 2](#)).

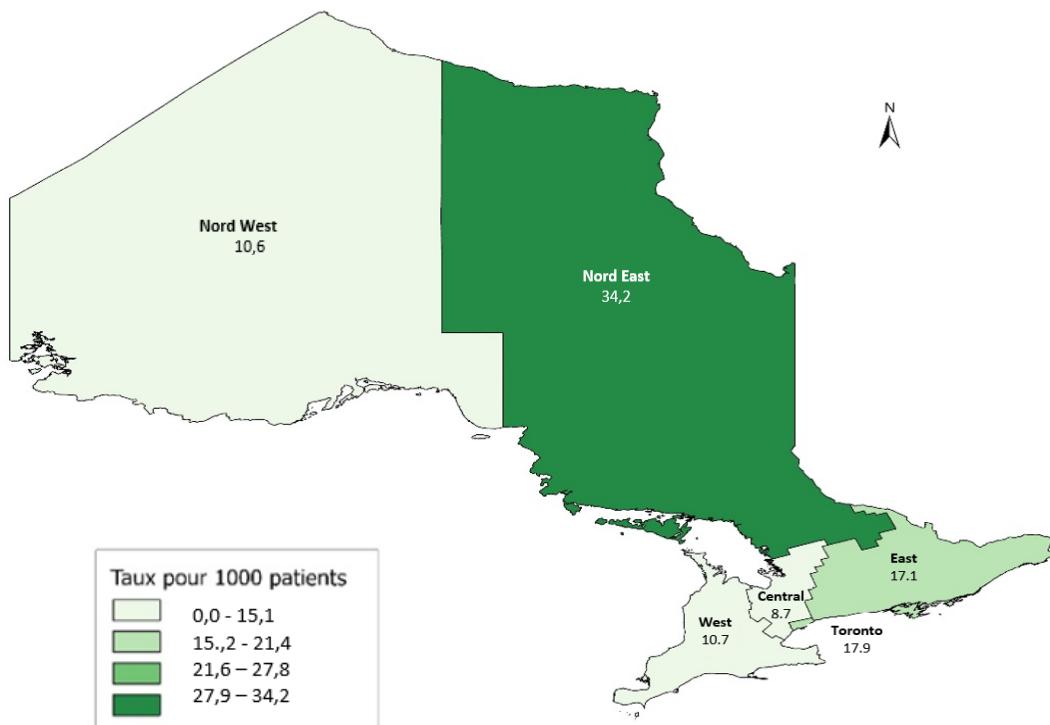
La région du Nord-Est affichait le taux le plus élevé de nouveaux patients positifs à SARM identifié à partir de tout site de prélèvement en 2024, suivie par les régions de Toronto et de l'Est ([figure 3, annexe A](#)).

Figure 2 : Nombre de bactériémies à SARM et pourcentage par rapport à l'ensemble des bactériémies à *S. aureus* déclarés par les laboratoires hospitaliers en Ontario, 2000 à 2024



*L'enquête n'a pas été menée en 2014.

Figure 3 : Taux de patients positifs à SARM identifié à partir de tout site de prélèvement (colonisations et infections) pour 1 000 patients, déclarés par les laboratoires hospitaliers en Ontario, par région sanitaire de l'Ontario, 2024

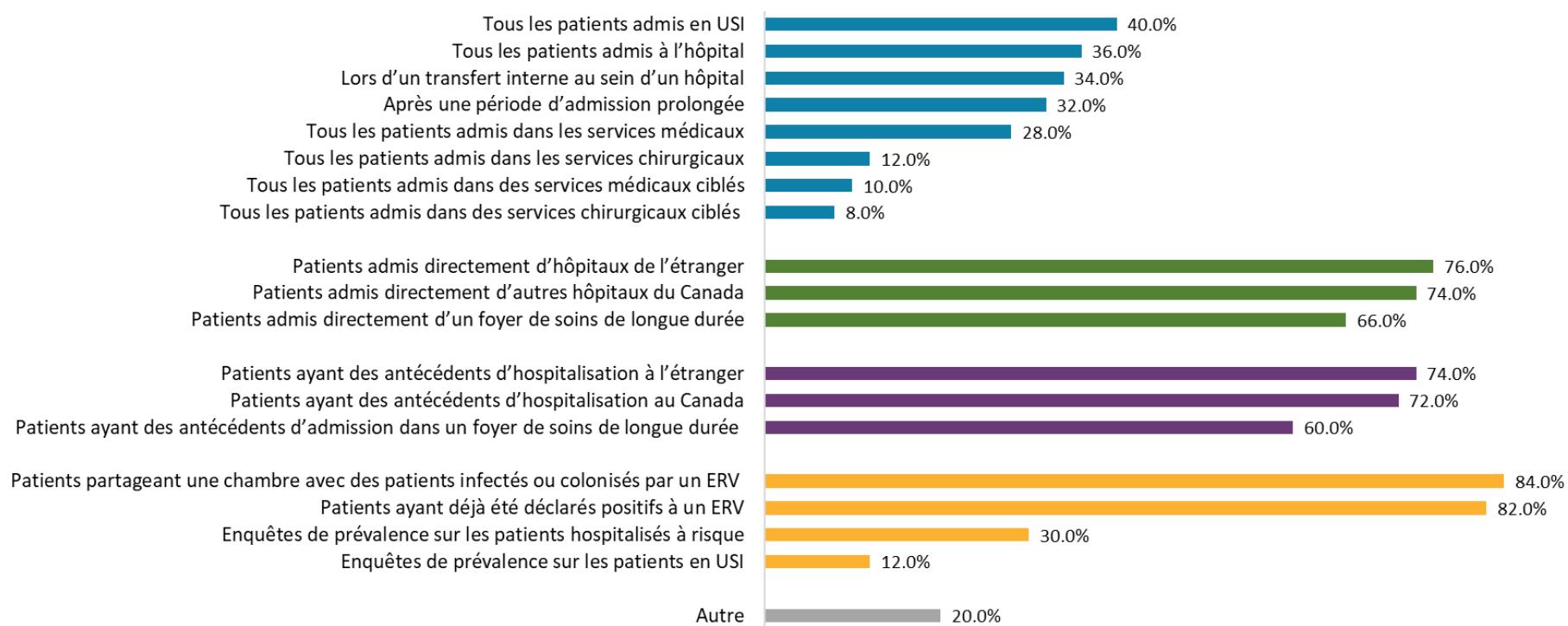


Entérocoques résistants à la vancomycine (ERV)

Dépistage dans les hôpitaux

En 2024, 58,1 % (50/86) des sociétés hospitalières ayant participé à l'enquête ont déclaré disposer d'un programme de dépistage des ERV, par rapport à 68,9 % en 2022 et à 63,2 % en 2023. Les hôpitaux étaient plus susceptibles de procéder au dépistage des patients qui partageaient une chambre avec des patients infectés ou colonisés par un ERV, des patients ayant déjà été déclarés positifs à un ERV, des patients admis directement d'hôpitaux de l'étranger ou du Canada, et des patients ayant des antécédents d'hospitalisation au Canada ou dans un autre pays ([figure 4](#)).

Figure 4 : Critères utilisés par les hôpitaux pour le dépistage des ERV chez les patients, 2024



Pratiques de contrôle des infections

Au total, 51/86 (59,3 %) hôpitaux ont répondu qu'ils appliquaient des précautions supplémentaires pour tous les patients colonisés et infectés par un ERV, trois hôpitaux (3,5 %) ont indiqué avoir mis en place des précautions supplémentaires seulement pour les patients infectés par un ERV, alors que deux hôpitaux (2,3 %) ont mentionné que de telles précautions étaient utilisées uniquement dans les unités à haut risque. Enfin, 30 (34,9 %) hôpitaux ont répondu qu'ils n'avaient pas appliqué de précautions supplémentaires pour les patients positifs à un ERV en 2024.

En ce qui a trait aux hôpitaux ayant déclaré prendre des précautions supplémentaires pour les ERV, 45/56 (80,4 %) établissements ont précisé qu'ils cessaient d'utiliser de telles précautions après l'obtention de trois échantillons négatifs pour les ERV, dont au moins un réalisé trois mois après le dernier échantillon positif, en l'absence d'antibiothérapie. Des hôpitaux ont également indiqué que les précautions étaient levées seulement si les trois échantillons négatifs étaient prélevés à une semaine d'intervalle, ou si un échantillon prélevé sur les selles était négatif. Dix (17,9 %) hôpitaux ont déclaré que les patients positifs à un ERV faisaient l'objet de précautions supplémentaires pendant toute la durée de leur hospitalisation.

Données de laboratoire

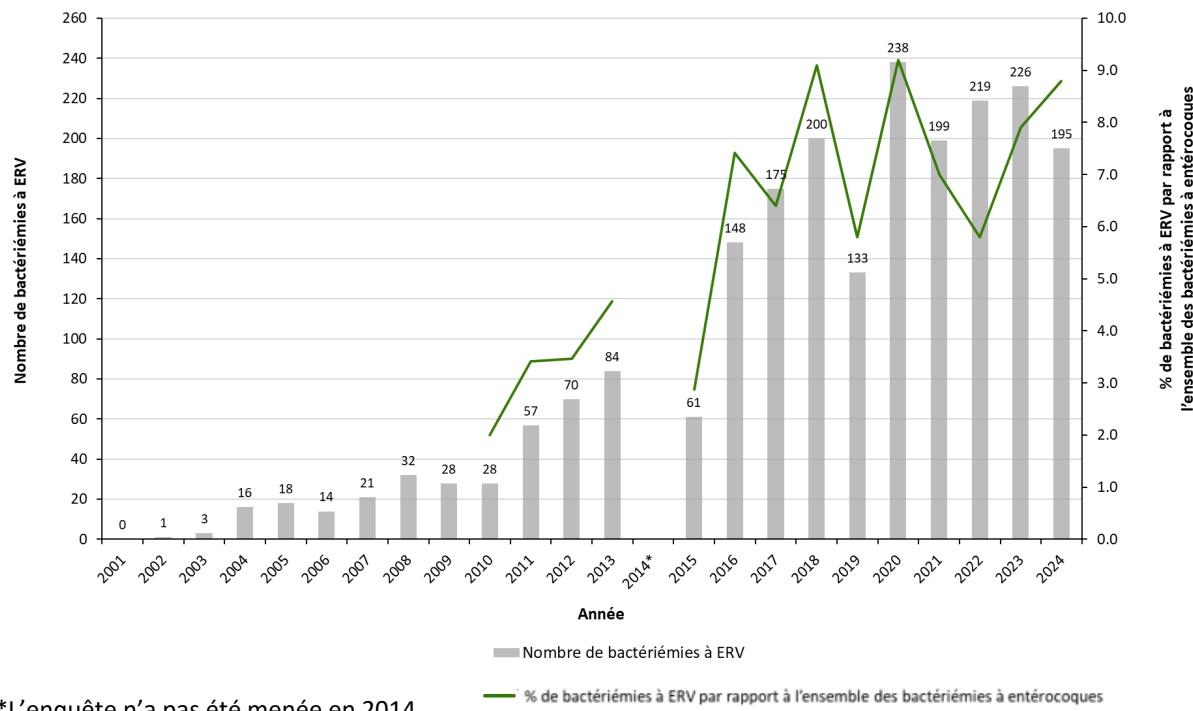
En 2024, les laboratoires hospitaliers ont déclaré 7 311 nouveaux patients positifs à un ERV identifié à partir de tout site de prélèvement (c'est-à-dire colonisations et infections), soit une augmentation importante par rapport aux 4 425 cas signalés en 2023.

- En 2024, 195/7 311 (2,7 %) patients positifs à un ERV ont fait l'objet d'un dépistage par hémodulture :
 - *E. faecium* : 174/195 (89,2 %)
 - *E. faecalis* : 5/195 (2,6 %)
 - Autres entérocoques : 16/195 (8,2 %)
- Toujours en 2024, 1 018/7 311 patients (13,9 %) positifs à un ERV ont fait l'objet d'un dépistage à l'aide d'un échantillon prélevé à partir de tout site de prélèvement non destiné au dépistage, à l'exclusion de l'hémoculture :
 - *E. faecium* : 901/1 018 (88,5 %)
 - *E. faecalis* : 27/1 018 (2,7 %)
 - Autres entérocoques : 90/1 018 (8,8 %)

En 2024, 2 020 cas de bactériémie à entérocoques sensibles à la vancomycine ont été signalés. La proportion de bactériémies à ERV par rapport à l'ensemble des bactériémies à entérocoques était de 8,8 % (195/2 215) ([figure 5](#)).

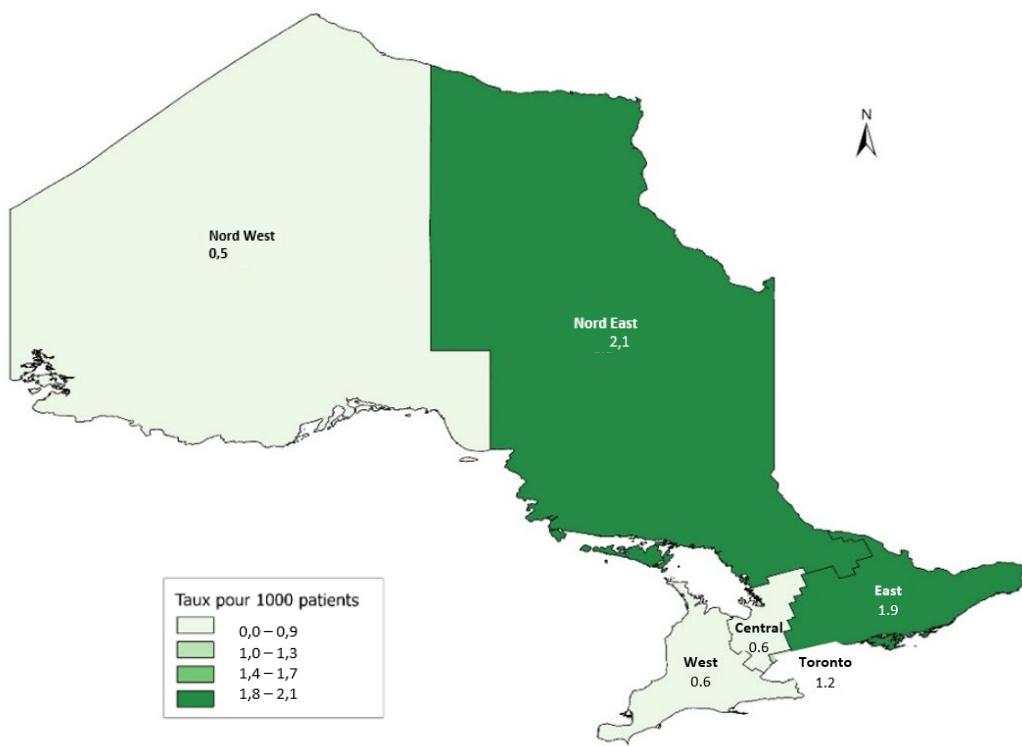
Les laboratoires hospitaliers des régions du Nord-Est et de l'Est de l'Ontario ont signalé en 2024 les taux les plus élevés de nouveaux patients positifs à un ERV identifié à partir de tout site de prélèvement non destiné au dépistage (y compris l'hémoculture) ([figure 6](#), [annexe A](#)).

Figure 5 : Nombre de bactériémies à ERV et pourcentage par rapport à l'ensemble des bactériémies à entérocoques déclarés par les laboratoires hospitaliers en Ontario, 2001 à 2024



*L'enquête n'a pas été menée en 2014.

Figure 6 : Taux de patients positifs à un ERV identifié à partir de tout site de prélèvement non destiné au dépistage (y compris l'hémoculture) pour 1 000 patients déclarés par les laboratoires hospitaliers en Ontario, par région sanitaire de l'Ontario, 2024



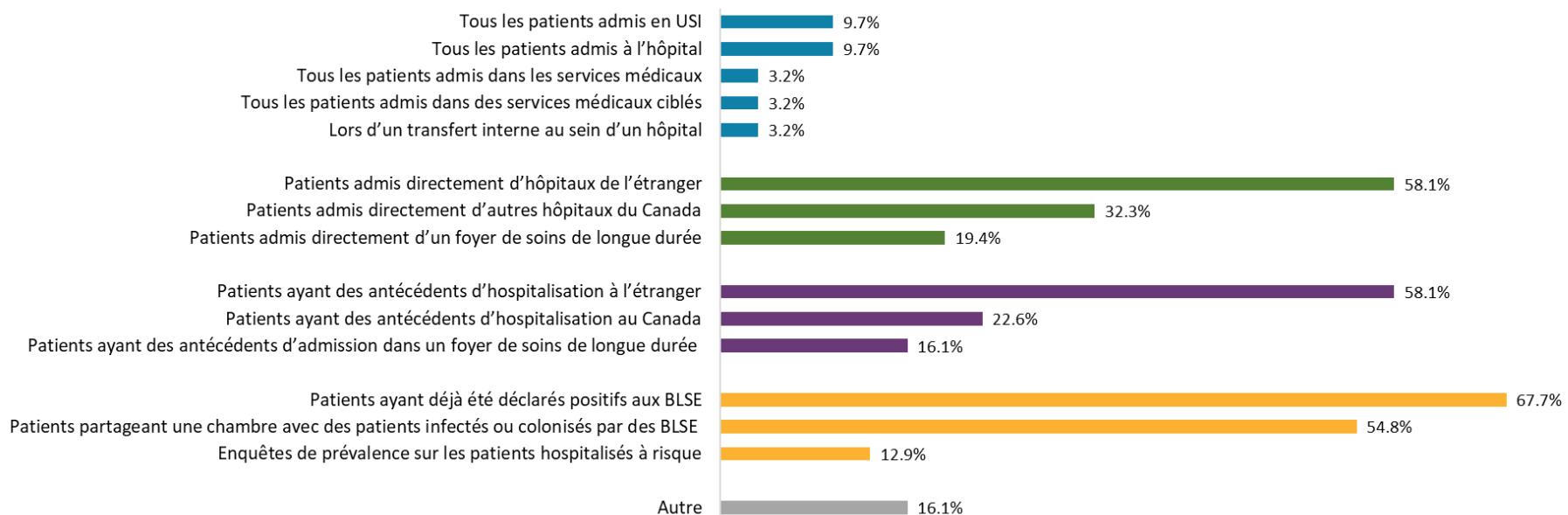
Bacilles Gram négatif

Dépistage à l'hôpital des bêta-lactamases à spectre étendu (BLSE)

Des 86 sociétés hospitalières ayant participé à l'enquête, 31 (36,0 %) ont déclaré en 2024 disposer d'un programme de dépistage des bêta-lactamases à spectre étendu (BLSE), une proportion comparable à celle de 2023 (36,7 %).

Les hôpitaux disposant d'un programme de dépistage des BLSE étaient plus susceptibles de procéder au dépistage des patients ayant déjà été déclarés positifs aux BLSE, des patients admis directement d'un hôpital de l'étranger, des patients ayant des antécédents d'hospitalisation dans un autre pays, et des patients partageant une chambre avec des patients infectés ou colonisés par des BLSE ([figure 7](#)).

Figure 7 : Critères utilisés par les hôpitaux pour le dépistage des BLSE chez les patients, 2024



Pratiques de contrôle des infections à BLSE

Au total, 41/86 (47,7 %) hôpitaux ont déclaré appliquer des précautions supplémentaires pour tous les patients colonisés ou infectés par des BLSE, tandis que quatre (4,7 %) hôpitaux ont mentionné que ce type de précautions étaient utilisées uniquement pour les patients atteints d'une infection à BLSE. Douze (14,0 %) hôpitaux ont fourni des réponses en texte libre : sept (8,1 %) ont expliqué que des précautions supplémentaires étaient mises en place seulement dans certaines unités (p. ex., UNSI et USI), et cinq (5,8 %) ont indiqué avoir mis en place de telles précautions seulement lorsque les BLSE n'étaient pas contenues, comme dans le cas des expectorations ou des plaies ouvertes qui risquent de contaminer l'environnement. Enfin, 29 (33,7 %) hôpitaux ont déclaré n'appliquer aucune précaution supplémentaire pour les patients positifs aux BLSE.

Parmi les 57 hôpitaux ayant indiqué appliquer des précautions supplémentaires chez les patients positifs aux BLSE, 21 (36,8 %) ont déclaré que ces précautions étaient levées après l'obtention de trois échantillons négatifs pour les BLSE effectués à une semaine d'intervalle, en l'absence d'antibiothérapie. Trente-trois (40,4 %) hôpitaux ont précisé que les patients dont les résultats aux tests de dépistage des BLSE sont positifs font l'objet de précautions supplémentaires pendant toute la durée de leur hospitalisation.

Données de laboratoire

En 2024, les laboratoires ont recensé 464 519 isolats d'*E. coli*, 96 587 isolats de *Klebsiella* spp., 48 919 isolats de *Pseudomonas aeruginosa* et 3 540 isolats d'*Acinetobacter* spp. identifiés à partir de tout site de prélèvement.

Le taux de résistance aux céphalosporines de troisième génération d'*E. coli* identifié à partir de tout site de prélèvement a diminué, passant d'un sommet de 12,8 % en 2023 à 10,4 % en 2024, revenant ainsi aux niveaux observés lors des années précédentes ([figure 8](#)). Le taux de résistance aux céphalosporines de troisième génération de *Klebsiella* spp. identifié à partir de tout site de prélèvement a augmenté ces dernières années, pour atteindre 10,9 % en 2024.

La résistance à la ciprofloxacine des isolats d'*E. coli* a fluctué au cours des dernières années. En 2024, leur taux de résistance s'établissait à 17,9 % ([figure 9](#)). Le taux de résistance à la ciprofloxacine des isolats de *P. aeruginosa* était de 12,3 %, similaire à celui de 2023 (12,0 %). Le taux de résistance à la ciprofloxacine de *Klebsiella* spp. a pour sa part suivi une tendance à la hausse pour atteindre son taux le plus élevé (9,8 %) en 2024. Enfin, le taux de résistance à la ciprofloxacine des isolats d'*Acinetobacter* spp. a diminué, passant de 8,1 % en 2019 à 3,4 % en 2024.

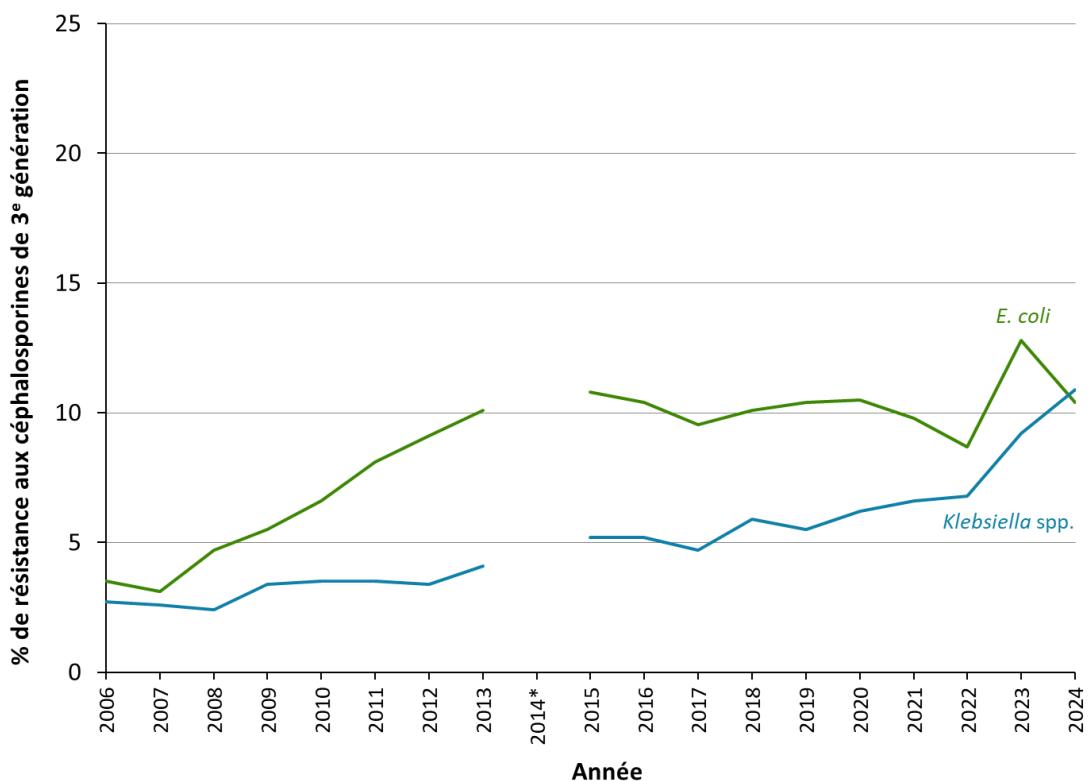
Parmi les échantillons de *P. aeruginosa* identifiés à partir de tout site de prélèvement, le taux de résistance aux céphalosporines de troisième génération était de 7,0 % en 2024, un pourcentage similaire à ceux des dernières années, alors que son taux de résistance au méropénem (7,5 %) est demeuré inchangé par rapport à 2023 ([figure 10](#)). Le taux de résistance aux céphalosporines de troisième génération d'*Acinetobacter* spp., qui a fluctué ces dernières années, était de 7,1 % en 2024, alors que son taux de résistance au méropénem a diminué, passant de 6,0 % en 2020 à 1,5 % en 2024.

Le pourcentage de résistance aux céphalosporines de troisième génération de *P. aeruginosa* prélevé par hémoculture a diminué, s'établissant à 7,2 % en 2024, comparativement à 8,9 % en 2023, et son taux de résistance à la ciprofloxacine (7,7 % en 2024) est demeuré à un niveau similaire au cours des dernières années. Son taux de résistance au méropénem a légèrement diminué, passant de 8,8 % en 2023 à 7,9 % en 2024 ([figure 11a](#)). Quant aux isolats d'*Acinetobacter* prélevés par hémoculture, leur pourcentage de résistance à la ciprofloxacine s'établissait à 6,5 % en 2024, par rapport à 10,7 % en 2023.

Le taux de résistance aux céphalosporines de troisième génération d'*E. coli* prélevé par hémoculture a augmenté en 2024 (21,5 %) par rapport à celui de 2023 (18,8 %), et son taux de résistance à la ciprofloxacine est demeuré stable, à 25,7 %, comparativement à celui de 2023 (25,8 %) ([figure 11a](#)). Le taux de résistance aux céphalosporines et à la ciprofloxacine de *Klebsiella* spp. prélevé par hémoculture a connu une tendance à la hausse en 2024, atteignant 14,3 % et 9,6 % respectivement, des pourcentages qui se situent dans la fourchette observée ces dernières années.

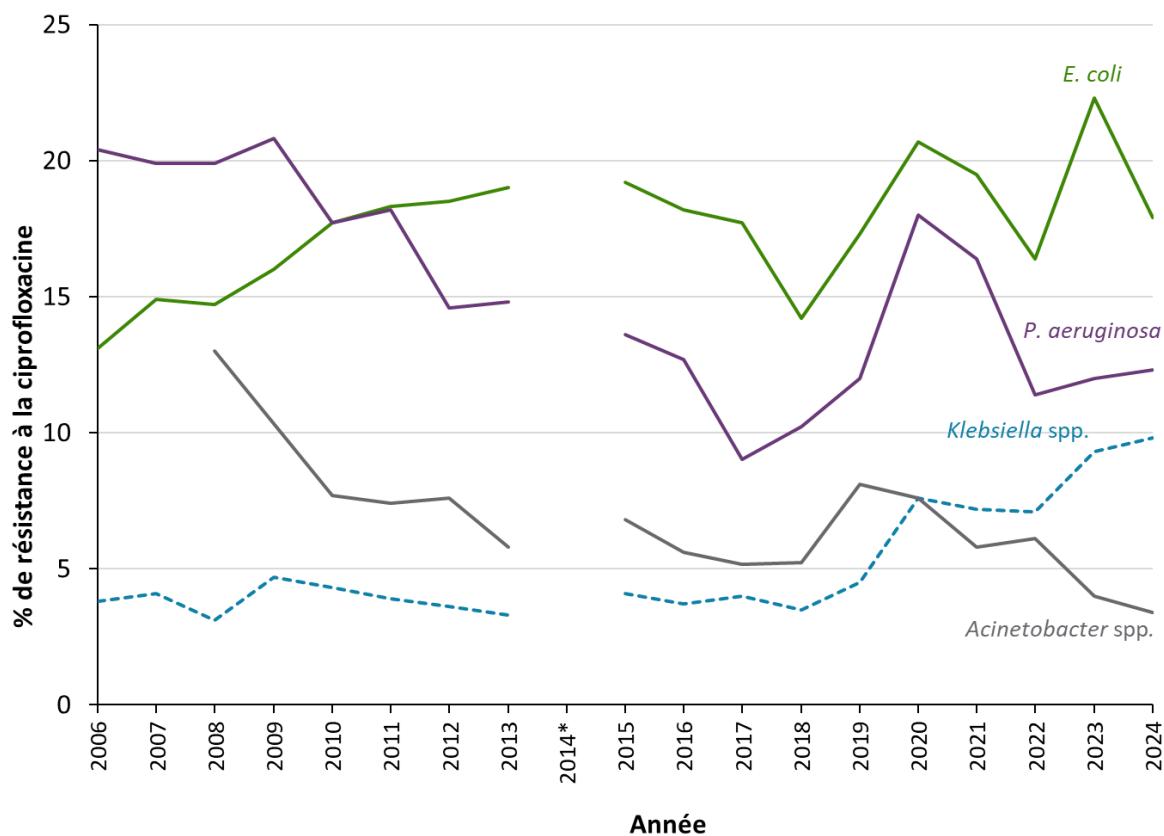
En 2024, les taux de résistance aux céphalosporines de troisième génération et à la ciprofloxacine d'*E. coli* prélevé par culture urinaire sont demeurés similaires aux taux de 2023, à 12,0 % et 21,3 % respectivement ([figure 11b](#)). Enfin, le taux de résistance aux céphalosporines des isolats de *Klebsiella* spp. prélevés par culture urinaire a augmenté, passant de 7,8 % en 2023 à 9,8 % en 2024, tandis que son taux de résistance à la ciprofloxacine a légèrement augmenté, progressant de 8,9 % en 2023 à 9,6 % en 2024.

Figure 8 : Pourcentage de résistance aux céphalosporines de troisième génération de l'ensemble des isolats d'*E. coli* et de *Klebsiella* spp., 2006 à 2024



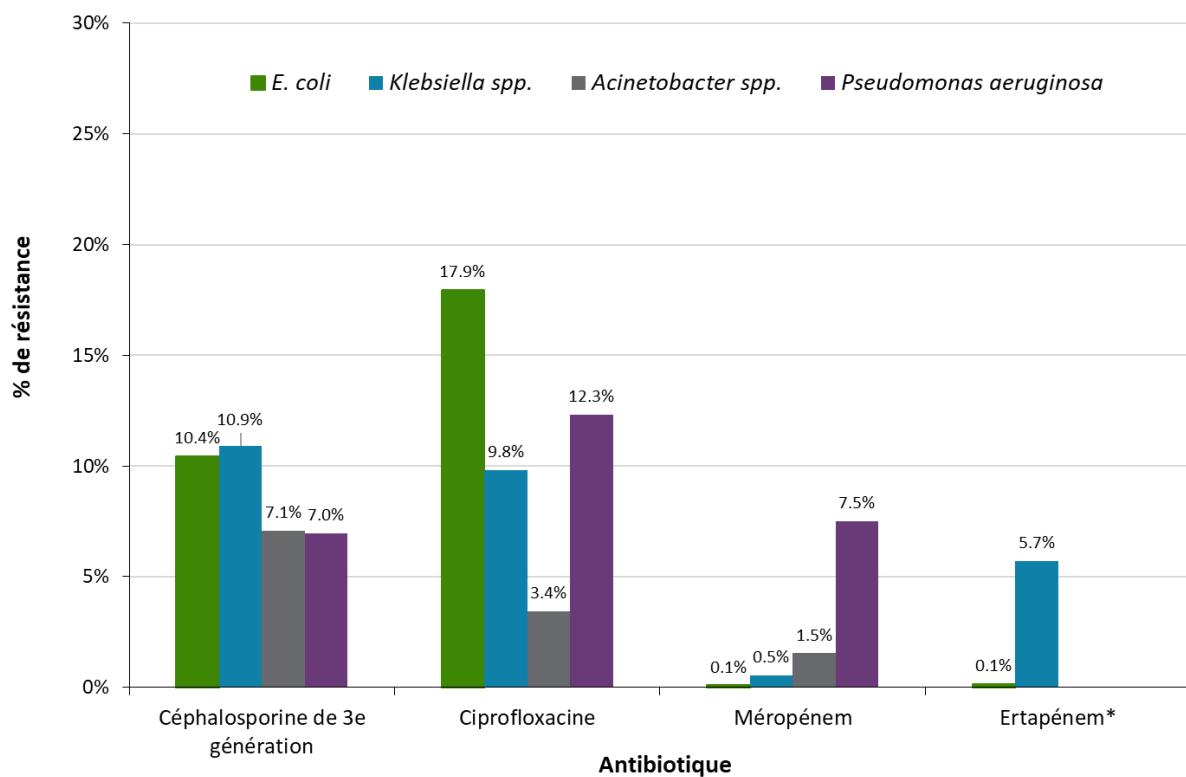
*L'enquête n'a pas été menée en 2014.

Figure 9 : Pourcentage de résistance à la ciprofloxacine de l'ensemble des isolats d'*E. coli*, de *Klebsiella spp.*, de *P. aeruginosa* et d'*Acinetobacter spp.*, 2006 à 2024



* L'enquête n'a pas été menée en 2014.

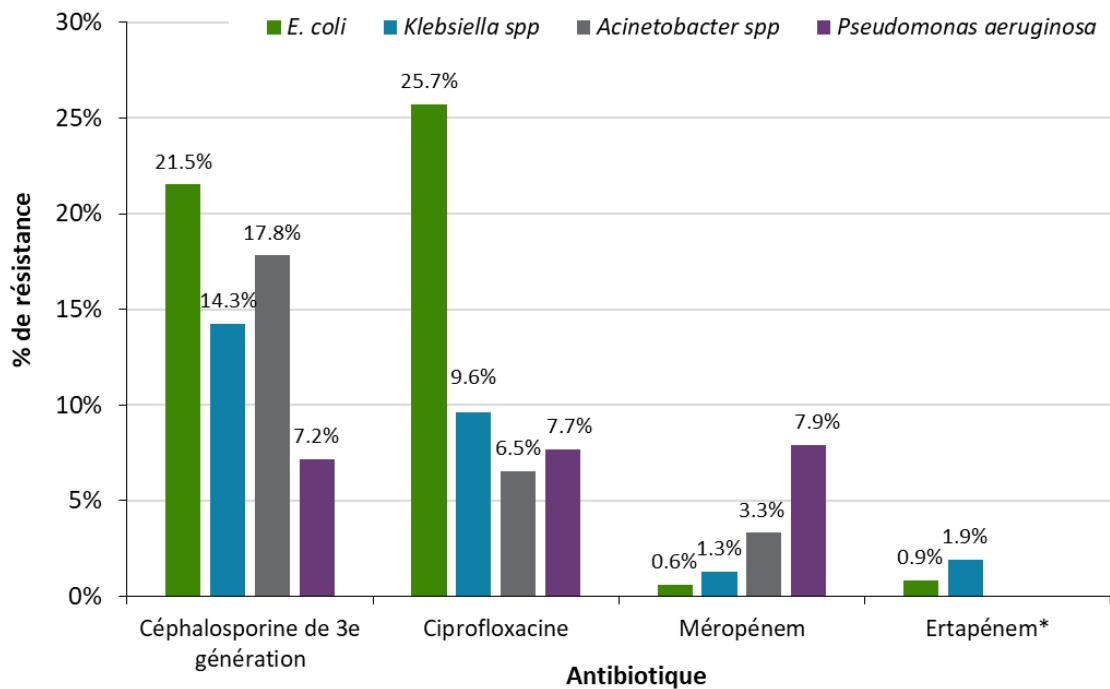
Figure 10 : Pourcentage de résistance aux céphalosporines de troisième génération, à la ciprofloxacine et aux carbapénèmes de l'ensemble des isolats d'*E. coli*, de *Klebsiella* spp., d'*Acinetobacter* spp. et de *P. aeruginosa*, 2024



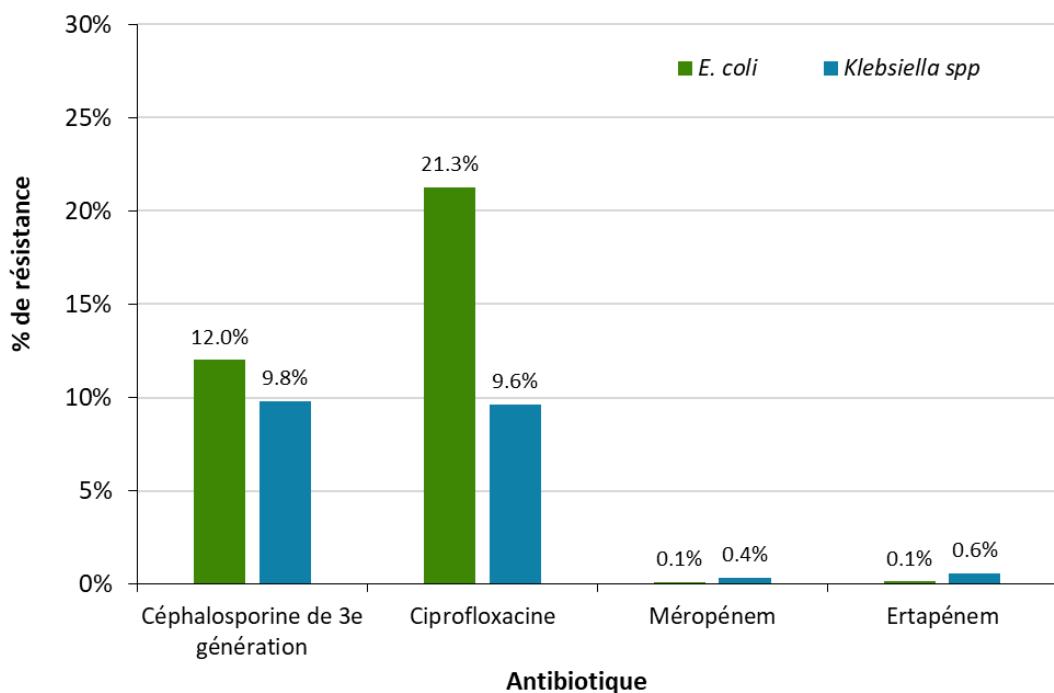
*Remarque : La résistance à l'ertapénem est présentée seulement pour *E. coli* et *Klebsiella* spp.

Figure 11 : Pourcentage de résistance aux céphalosporines de troisième génération, à la ciprofloxacine et aux carbapénèmes d'*E. coli*, de *Klebsiella* spp., d'*Acinetobacter* spp. et de *P. aeruginosa* prélevés par hémoculture et culture urinaire, 2024*

A. Isolats sanguins



B. Isolats urinaires



*Remarque : La résistance à l'ertapénem est présentée seulement pour *E. coli* et *Klebsiella* spp.

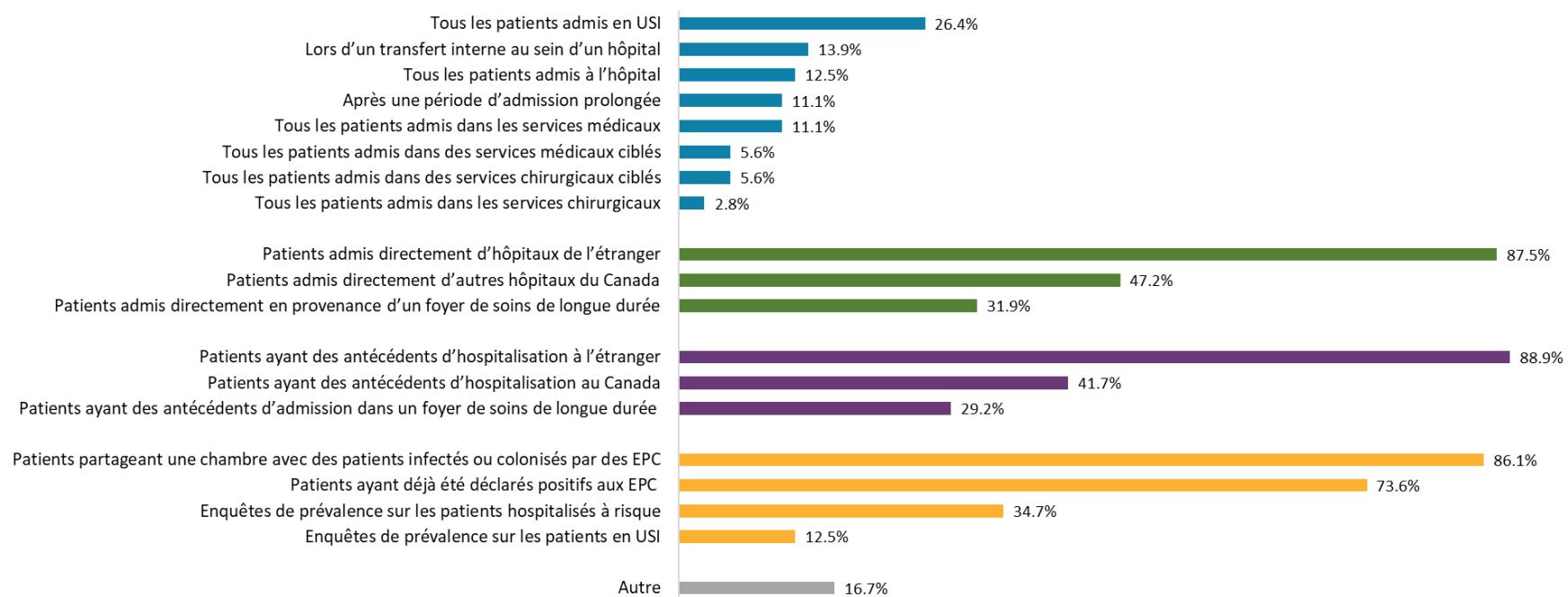
Organismes producteurs de carbapénémase (OPC)

Dépistage dans les hôpitaux

Des 86 sociétés hospitalières ayant participé à l'enquête, 72 (83,7 %) ont déclaré disposer d'un programme de dépistage des entérobactéries productrices de carbapénémase (EPC) en 2024, un pourcentage supérieur à celui de 2023 (70,4 %). La plupart des hôpitaux (64/72; 88,9 %) ayant un tel programme ont indiqué qu'ils géraient de la même façon toutes les colonisations et infections par des OPC, que ceux-ci appartiennent ou non à la famille des *Enterobacteriaceae* (EPC). Huit/72 (11,1 %) hôpitaux ont répondu qu'ils appliquaient des précautions supplémentaires seulement pour les cas mettant en cause des EPC.

Les hôpitaux étaient plus susceptibles de procéder au dépistage des patients ayant des antécédents d'hospitalisation dans un autre pays, des patients admis directement d'hôpitaux de l'étranger, des patients qui partageaient une chambre avec des patients positifs aux EPC, et des patients ayant déjà été déclarés positifs aux EPC ([figure 12](#)).

Figure 12 : Critères utilisés par les hôpitaux pour le dépistage des EPC chez les patients, 2024



Pratiques de contrôle des infections

Au total, 83/86 (97,6 %) hôpitaux ont mentionné mettre en place des précautions supplémentaires pour tous les patients colonisés ou infectés par des EPC. Un (1,2 %) hôpital a précisé que de telles précautions étaient mises en place seulement pour les infections à EPC, un autre (1,2 %) a déclaré qu'il n'admettait pas les patients ayant une infection ou colonisation active par des EPC, et un dernier n'a pas répondu aux questions sur les précautions supplémentaires associées aux EPC.

La plupart des hôpitaux (64/86; 75,3 %) qui appliquaient des précautions supplémentaires pour les patients positifs aux EPC ont déclaré que ces derniers faisaient l'objet de précautions supplémentaires pendant toute la durée de leur hospitalisation. Seize (18,8 %) hôpitaux ont mentionné que les précautions supplémentaires pouvaient être levées après trois échantillons négatifs, en l'absence d'antibiothérapie.

Au total, 72/86 (83,7 %) hôpitaux ont indiqué qu'une attention particulière était accordée au nettoyage des lavabos et des drains utilisés par les patients positifs aux EPC. Cinquante-neuf (68,6 %) hôpitaux ont mentionné les nettoyer deux fois par jour, et 52 (60,5 %) ont déclaré que les chambres étaient nettoyées à deux reprises à la suite du congé ou du transfert d'un patient positif aux EPC ou après la levée des précautions.

Données de laboratoire

Un total de 1 183 nouveaux patients positifs aux OPC identifiés à partir de tout site de prélèvement (colonisations et infections) ont été recensés en 2024. Parmi ceux-ci, 1 137 (96,1 %) ont été associés à des entérobactéries.

- 475/1 183 (40,2 %) échantillons positifs ont été prélevés à partir de sites non destinés au dépistage.
- 53/1 183 (4,5 %) échantillons positifs ont été prélevés par hémoculture.
- 1 046/1 183 (88,4 %) échantillons positifs ont été signalés par des laboratoires hospitaliers ([figure 13](#)).

Parmi les laboratoires hospitaliers, ceux des régions de l'Ouest, de Toronto et du Centre affichaient en 2024 les taux (pour 10 000 patients) les plus élevés de nouveaux patients positifs aux OPC ([figure 14](#), [annexe A](#)). Le taux global a diminué, passant de 10,2 pour 10 000 patients en 2023 à 9,0 pour 10 000 patients en 2024 ([figure 13](#)).

La carbapénémase la plus fréquemment signalée en 2024 était la métallo-bêta-lactamase de New Delhi (NDM; 558, 47,2 %), suivie de l'oxacillinase (OXA; 294, 24,9 %), de la carbapénémase de *Klebsiella pneumoniae* (KPC; 269, 22,7 %), de la métallo-bêta-lactamase codée par l'intégron de Vérone (VIM; 24, 2,0 %) et de l'imipénémase (IMP; 11, 0,9 %) ([figure 15](#)).

Figure 13: Nombre de patients positifs aux OPC identifiés à partir de tout site de prélèvement (colonisations et infections) et taux pour 10 000 patients signalés par les laboratoires hospitaliers en Ontario, 2017 à 2024

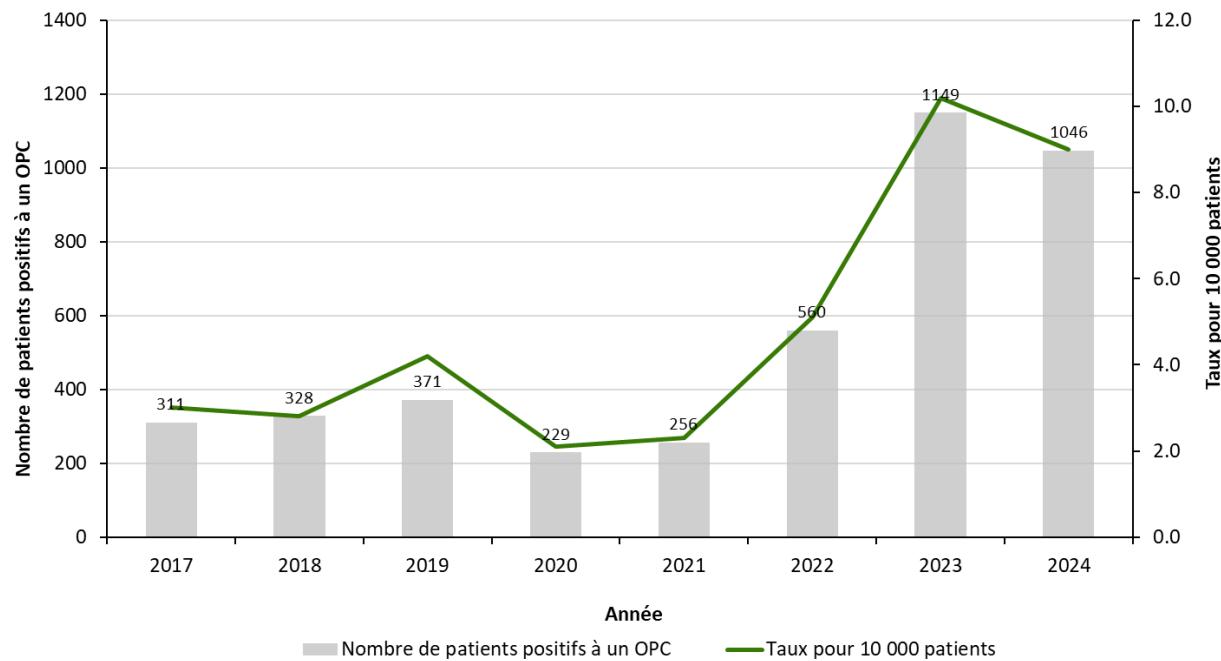


Figure 14 : Taux de patients positifs aux OPC identifiés à partir de tout site de prélèvement (colonisations et infections) pour 10 000 patients déclarés par les laboratoires hospitaliers en Ontario, par région sanitaire de l'Ontario, 2024

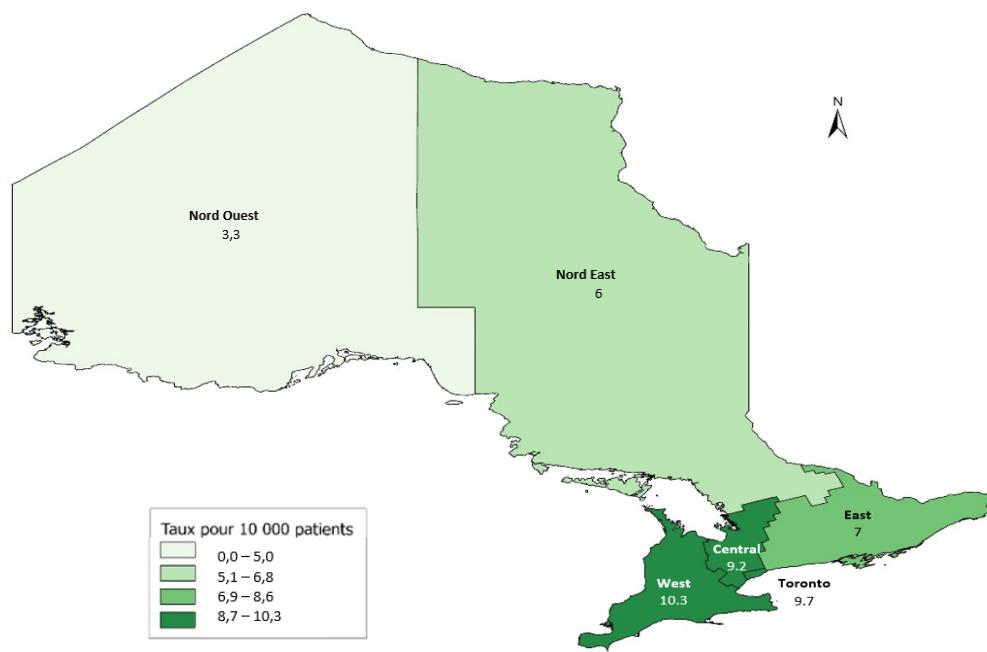
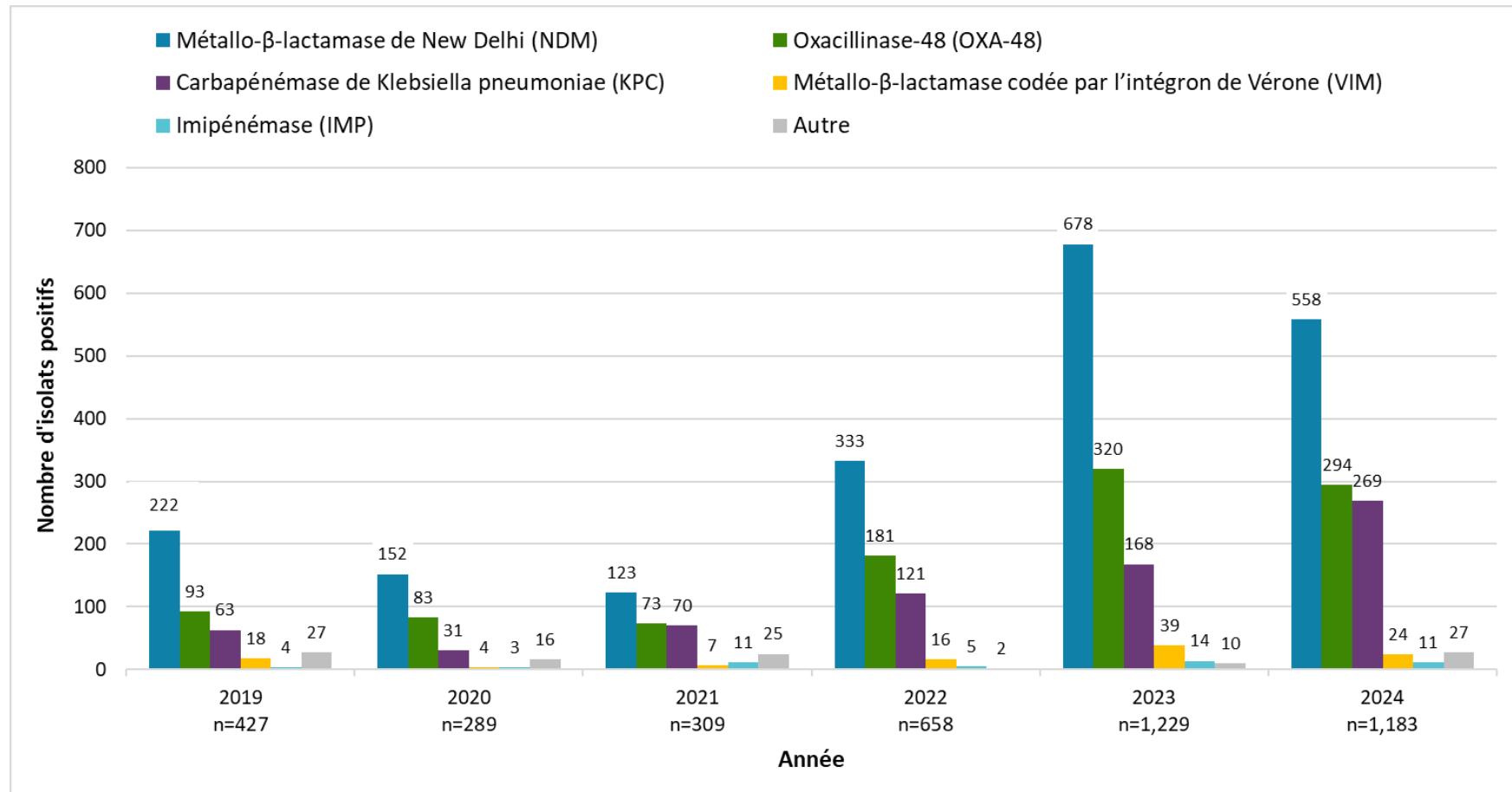


Figure 15 : Nombre et proportion d'OPC identifiés à partir de tout site de prélèvement (colonisations et infections) par type de carbapénémase et par année, 2019 à 2024



Infections à *Clostridioides difficile* (ICD)

Pratiques de contrôle des infections

La plupart des hôpitaux (52/86; 61,2 %) ont déclaré que des précautions supplémentaires étaient mises en place pour les patients présentant des ICD symptomatiques. Trente-deux (37,6 %) hôpitaux ont répondu que de telles précautions étaient utilisées pour tous les patients colonisés et les patients infectés symptomatiques.

Au total, 66/86 (77,6 %) hôpitaux ont indiqué que les précautions supplémentaires pour les ICD sont levées lorsque les patients retrouvent des habitudes de selles normales pendant au moins 48 heures, tandis qu'un (1,2 %) hôpital a précisé que les patients atteints d'une ICD faisaient l'objet de précautions supplémentaires pendant toute la durée de leur hospitalisation. Dix-huit (21,2 %) hôpitaux ont fait état d'autres pratiques, comme lever les précautions supplémentaires au moins 72 heures après qu'un patient ait retrouvé des habitudes de selles normales, ou au moins 48 heures après la fin du traitement.

Un total de 76/86 (88,4 %) hôpitaux ont indiqué procéder à un double nettoyage quotidien des chambres des patients atteints d'une ICD en utilisant un sporicide. Soixante-six hôpitaux (76,7 %) ont aussi mentionné qu'un double nettoyage était effectué avec un sporicide après le congé des patients ou la levée des précautions. Près de la moitié des hôpitaux ont également déclaré procéder à un nettoyage supplémentaire du matériel destiné aux patients (45, 52,3 %) et des surfaces souvent touchées (40, 46,5 %) en utilisant un sporicide.

Données de laboratoire

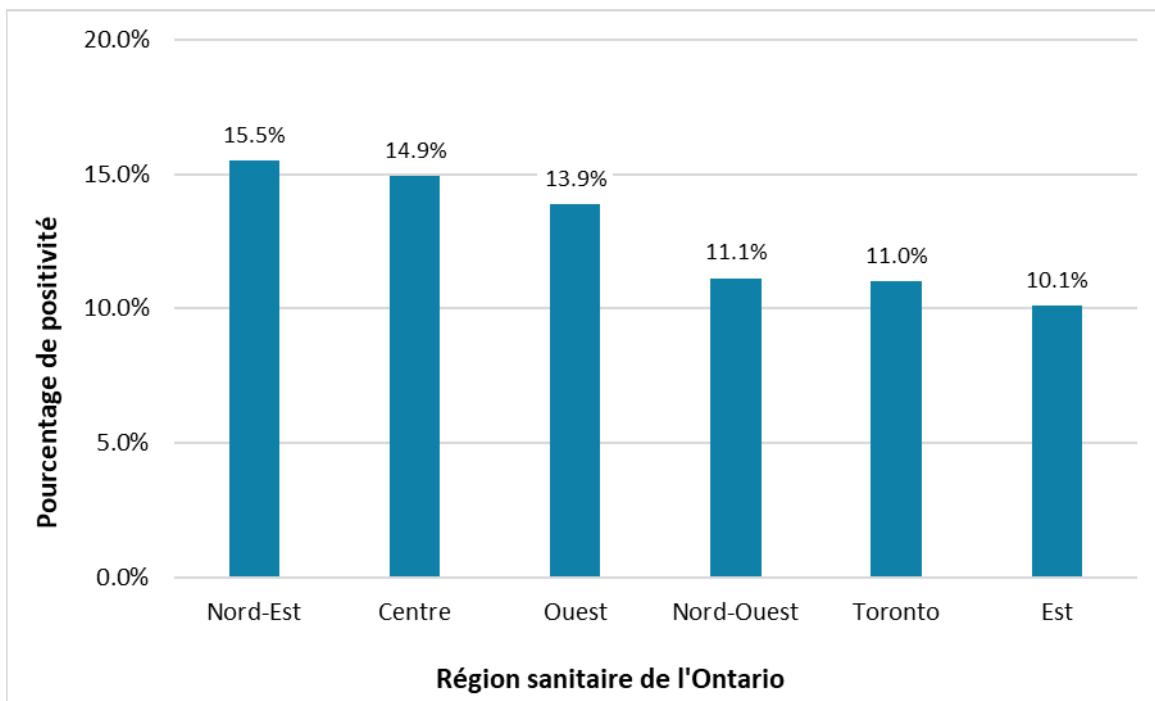
Au total, 85 235 échantillons ont été analysés pour détecter la toxine de *C. difficile* par les laboratoires de l'Ontario en 2024.

- 10 520 (12,3 %) échantillons auprès de 8 848 personnes étaient positifs pour la toxine de *C. difficile* (taux global de 5,5 pour 10,000 personnes).
- Le pourcentage de positivité de *C. difficile* était plus élevé en 2024 (12,3 %) qu'en 2023 (10,1 %), mais similaire à celui de 2022 (12,1 %).

Les laboratoires des régions du Nord-Est, du Centre et de l'Ouest ont signalé la plus grande proportion d'échantillons positifs pour la toxine de *C. difficile* en 2024 ([figure 16](#), [annexe A](#)).

Le ministère de la Santé de l'Ontario recommande de ne pas dépasser un délai d'exécution de 24 heures entre le prélèvement et la communication des résultats d'analyse. Étant donné la compréhension limitée de l'intervalle entre la collecte des échantillons et leur réception au laboratoire, l'enquête demande aux laboratoires d'indiquer leur délai moyen entre la réception des échantillons et la communication des résultats de tests. En 2024, 48/51 (94,1 %) laboratoires ont déclaré un délai moyen de moins de 24 heures entre la réception de l'échantillon au laboratoire et la production du rapport. Deux laboratoires (3,9 %) ont déclaré un délai moyen compris entre 25 et 48 heures, et un (2,0 %) a fait état d'un délai moyen compris entre 49 et 72 heures.

Figure 16 : Pourcentage de positivité des échantillons de *C. difficile* selon l'emplacement du laboratoire, par région sanitaire de l'Ontario, 2024



Candida auris

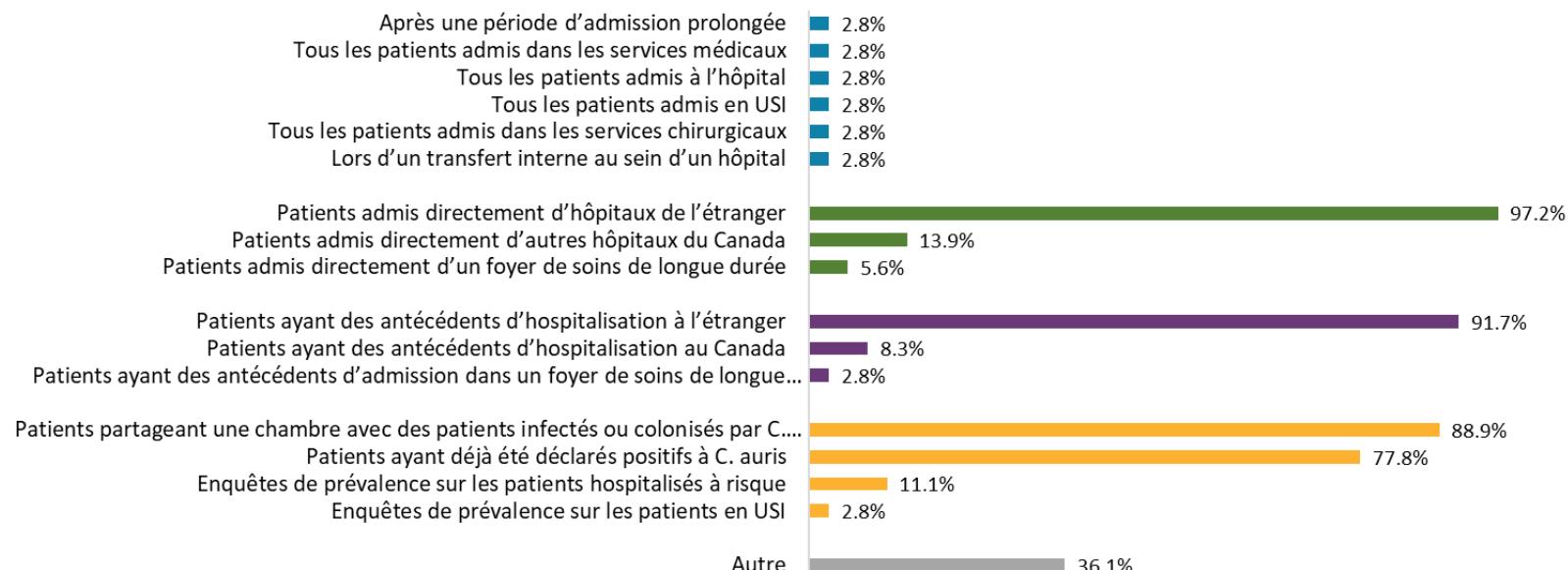
Pratiques de contrôle des infections

Des 86 sociétés hospitalières qui ont participé à l'enquête, 49 (57,0 %) ont déclaré ne pas avoir de programme de dépistage de *Candida auris* au moment de l'enquête. Trente-six (41,9 %) hôpitaux ont indiqué disposer d'un tel programme de dépistage, une hausse par rapport à 2023 (24,5 %) alors que 18 (13,3 %) ont précisé qu'ils prévoyaient en instaurer un. Un hôpital n'a pas répondu à la question.

Les raisons invoquées par les hôpitaux pour expliquer l'absence de programme de dépistage de *Candida auris* étaient : le fait de n'avoir jamais eu un cas par le passé (18/49; 36,7 %), les trop nombreuses priorités concurrentes et/ou l'insuffisance des ressources nécessaires pour mettre en œuvre le dépistage (15/49; 30,6 %), le niveau de risque dans leur zone géographique ne justifiait pas la création d'un tel programme (14/49; 28,6 %) et le fait de ne pas encore avoir accès à des analyses de laboratoire pour détecter *Candida auris* (10/49; 20,4 %).

Les hôpitaux étaient plus susceptibles de procéder au dépistage des patients admis directement d'hôpitaux de l'étranger, des patients ayant des antécédents d'hospitalisation dans un autre pays, des patients qui partageaient une chambre avec des patients positifs à *Candida auris* et des patients ayant déjà obtenu un résultat positif à un dépistage pour *Candida auris* ([figure 17](#)).

Figure 17 : Critères utilisés par les hôpitaux pour le dépistage de *Candida auris* chez les patients, 2024



Données de laboratoire

Au moment de l'enquête, 31/53 (58 %) laboratoires hospitaliers et communautaires ont déclaré avoir mis en place des procédures de détection de *Candida auris* à partir d'échantillons cliniques courants. Neuf hôpitaux (17 %) ont indiqué ne pas disposer de telles procédures, et 13 (25 %) n'ont pas répondu à la question. Trente-trois (43 %) laboratoires hospitaliers et communautaires ont mentionné qu'ils disposaient de procédures pour détecter *Candida auris* à partir d'échantillons de surveillance. Seize hôpitaux (30 %) ont dit ne pas avoir ce type de procédures, alors que 14 hôpitaux (26 %) n'ont pas répondu à la question.

En 2024, trois nouveaux patients positifs à *Candida auris* identifié à partir de tout site de prélèvement (colonisations et infections) ont été signalés. Un cas positif a été détecté dans le cadre d'un programme de dépistage hospitalier, un autre à partir d'échantillons cliniques et un dernier n'avait aucune source mentionnée. Deux cas ont été signalés par un ou deux hôpitaux de la région de Toronto, et un provenait de la région de l'Est ([annexe A](#)).

Discussion

Les infections associées aux soins de santé (IAS ou nosocomiales) contribuent à l'augmentation de la morbidité, de la mortalité et du fardeau qui pèse sur le système de santé. Ce rapport résume les résultats de l'enquête annuelle sur la résistance aux antimicrobiens des agents pathogènes nosocomiaux courants pour l'année 2024. Les données doivent être interprétées avec prudence en raison des variations annuelles du taux de réponse à l'enquête auprès des laboratoires et de la variabilité des hôpitaux qui participent à l'enquête.

En 2024, les nombres de cas et les taux du SARM, ainsi que le nombre et la proportion de bactériémies à SARM, sont demeurés dans la fourchette observée au cours des 5 années précédentes en Ontario. Selon les données relatives aux IAS déclarées par les hôpitaux en Ontario, les taux de bactériémies à SARM nosocomiales sont demeurés à des niveaux similaires au cours des dernières années⁶. Ces dernières années (2019 à 2023), le Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN) a également observé une baisse des taux d'infection du sang à SARM dans les hôpitaux de soins aigus du Canada⁷. En 2024, les taux de SARM en Ontario variaient sensiblement d'une région à l'autre, s'échelonnant de 8,7 à 34,2 pour 1 000 congés d'hôpital, les taux les plus élevés étant toujours observés dans la région du Nord-Est.

Le nombre total de cas d'ERV identifié à partir de tout site de prélèvement déclaré par les laboratoires hospitaliers a considérablement augmenté en 2024, tandis que la proportion d'hôpitaux disposant d'un programme de dépistage des ERV a continué de diminuer. Le taux d'incidence des ERV détectés dans des échantillons non destinés au dépistage est demeuré similaire à celui de 2023, ce qui donne à penser que l'augmentation globale des cas d'ERV peut être attribuable aux patients identifiés par dépistage. Aucun changement important n'a été observé en 2024 concernant les bactériémies à ERV. Les données des hôpitaux sur les bactériémies à ERV nosocomiales en Ontario montraient une légère augmentation en 2024⁶. Le PCSIN a observé une augmentation des taux d'infection du sang à ERV dans les hôpitaux de soins aigus entre 2020 et 2022, tandis que les taux de 2023 étaient similaires à ceux de 2022⁷. En 2024, les taux d'ERV déclarés dans le cadre de l'enquête étaient les plus élevés dans les régions du Nord-est et de l'Est de l'Ontario en 2024.

Le pourcentage de résistance varie en fonction de l'antibiotique et de l'organisme Gram négatif. En particulier, les taux de résistance de *Klebsiella* spp. aux céphalosporines de troisième génération et à la ciprofloxacine en 2024 ont presque doublé depuis 2019. Cette augmentation a été observée pour *Klebsiella* spp. prélevé par hémoculture et culture urinaire. La résistance d'*E. coli* aux céphalosporines de troisième génération et à la ciprofloxacine a fluctué ces dernières années.

Le nombre total de patients positifs aux OPC signalés en 2024 était légèrement inférieur à celui de 2023. Toutefois, la proportion de nouveaux patients positifs aux OPC identifiés dans des échantillons non destinés au dépistage en 2024 (40,2 %) était supérieure à celle de 2023 (26,0 %). En mai 2018, les entérobactéries productrices de carbapénémase (EPC) ont été désignées comme une maladie importante sur le plan de la santé publique en Ontario. En 2024, le nombre de cas mettant en cause des EPC consignés par les bureaux de santé publique dans le Système intégré d'information sur la santé publique (SIISP) a continué d'augmenter pour atteindre un sommet de 1 120 cas, un chiffre proche du nombre de cas (1 137) déclarés par les laboratoires dans le cadre de l'enquête⁸. La différence peut être attribuable au fait que les données de l'enquête auprès des laboratoires sont déclarées sous forme de chiffres impossibles à valider, que les laboratoires peuvent déclarer deux fois le même cas d'OPC, et que les cas ne sont peut-être pas tous enregistrés dans le système SIISP. Une hausse importante de l'incidence des cas d'EPC a également été observée par le PCSIN entre 2020 et 2023⁷. Les taux les plus élevés de cas d'EPC déclarés aux fins de l'enquête provenaient des régions sanitaires de l'Ouest, de Toronto et du Centre, ce qui s'expliquerait en partie par la grande quantité de voyages à destination du sous-continent indien et l'arrivée de migrants en provenance de cette région du monde⁸⁻¹⁰.

En 2024, le pourcentage de positivité des tests pour l'ICD était plus élevé que celui de 2023, mais similaire à celui de 2022. Les taux d'ICD nosocomiales signalés par les hôpitaux sont demeurés relativement stables ces dernières années⁶. Le PCSIN a aussi observé des taux stables de 2019 à 2023⁷.

Les colonisations et infections à *Candida auris* ont connu une croissance exponentielle aux États-Unis et en Europe¹¹⁻¹⁴. En raison de la proximité du Canada avec les États-Unis, on peut s'attendre à ce que les infections à *Candida auris* augmentent dans tout le pays¹⁵. En 2024, 3 isolats positifs ont été signalés par des laboratoires participant à l'enquête. Les laboratoires de l'Ontario sont encouragés à soumettre tous les isolats de *Candida auris* au laboratoire de Santé publique Ontario (SPO) pour confirmation et réalisation d'un antibiogramme. Entre 2017 et 2024, 20 patients positifs à *Candida auris* ont été identifiés d'après les données de laboratoire de Santé publique Ontario¹⁶. En date du 1^{er} janvier 2025, l'infection à *Candida auris* (excluant la colonisation) a été désignée comme une maladie importante sur le plan de la santé publique en Ontario. Moins de cinq cas d'infection à *Candida auris* ont été déclarés dans le SIISP en 2025 (extraits par Santé publique Ontario, données non publiées, 2025). Il est difficile de bien se représenter l'incidence réelle de *Candida auris* en Ontario, car seulement la moitié des laboratoires (hospitaliers et communautaires) ayant répondu à l'enquête ont fait état de processus d'identification établis, et moins de la moitié des sociétés hospitalières participantes ont indiqué qu'elles disposaient de programmes de dépistage en 2024. Bien que ces résultats ne soient pas directement comparables en raison des différences dans la portée de l'enquête et l'unité de déclaration, 80 % des hôpitaux participant au PCSIN ont déclaré disposer de programmes de dépistage en 2024, ce qui indique que ce réseau est bien préparé¹⁷.

Les pratiques de contrôle des infections varient considérablement d'un hôpital à l'autre en Ontario. Les documents sur les pratiques exemplaires du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses pour la prévention et le contrôle des infections (CCPMI-PCI) fournissent des orientations sur les approches recommandées en matière de contrôle des infections. Les approches uniformes de contrôle des infections sont plus courantes pour les infections à SARM et les ICD (par exemple, tous les hôpitaux ont déclaré disposer d'un programme de dépistage du SARM et prendre des précautions supplémentaires pour les patients atteints d'une ICD symptomatique), alors que le dépistage et le contrôle des infections à ERV, aux BLSE, aux OPC et à *C. auris* ne sont toujours pas uniformes dans les hôpitaux de l'Ontario. Des politiques divergentes concernant le contrôle des infections à ERV et l'évolution de l'épidémiologie des ERV sont manifestes dans les résultats de la présente enquête, et ont également été soulignées dans l'étude de Johnstone et coll. (2020), qui faisait état d'une forte corrélation entre l'augmentation des taux d'infections du sang à ERV et l'abandon des programmes de dépistage et des précautions supplémentaires pour les ERV¹⁸.

Conclusion

Les données épidémiologiques obtenues auprès des laboratoires de l'Ontario et les programmes de prévention et de contrôle des infections en milieu hospitalier permettent de bien cerner l'impact des ORA et de formuler des recommandations visant à prévenir leur propagation dans notre province. Une surveillance continue et améliorée des ORA est nécessaire pour comprendre le paysage actuel de la résistance aux antimicrobiens. L'identification des variations régionales de l'incidence des organismes peut servir d'appui aux prises de décisions provinciales et locales concernant l'application judicieuse des politiques de contrôle des infections.

Références

1. Conseil des académies canadiennes (CAC). Quand les antibiotiques échouent : Comité d’experts sur les incidences socioéconomiques potentielles de la résistance aux antimicrobiens au Canada [En ligne]. Ottawa, ON: CCA; 2023 [cité le 21 nov. 2025]. Disponible à : <https://www.rapports-cac.ca/reports/les-incidences-socioeconomiques-potentielles-de-la-resistance-aux-antimicrobiens-au-canada/>
2. Langford BJ, Soucy JR, Leung V, So M, Kwan ATH, Portnoff JS, et al. Antibiotic resistance associated with the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Clin Microbiol Infect.* 2023;29(3):302-9. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2022.12.006>
3. Choi KB, Du T, Silva A, Golding GR, Pelude L, Mitchell R, et al. Trends in *Clostridioides difficile* infection rates in Canadian hospitals during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2023;44(7):1180-3. Disponible à : <https://doi.org/10.1017/ice.2022.210>
4. Institut canadien d’information sur la santé (ICIS). Métadonnées de la Base de données sur les congés des patients (BDCP) [fichiers de données]. Ottawa ON: gouvernement du Canada [producteur], Toronto, ON: Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, savoirSANTÉ ONTARIO [distributeur]; 2025 [extrait le 25 août 2025].
5. Statistique Canada. Tableau 17-10-0157-01 : Estimations de la population, 1^{er} juillet, selon la région sociosanitaire et le groupe de régions homologues, limites de 2023 [En ligne]. Ottawa, ON: gouvernement du Canada; 19 févr. 2025 [extrait le 21 févr. 2025]. Disponible à : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1710015701&request_locale=fr
6. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Query sur les infections associées aux soins de santé (IAS) : Tendances [En ligne]. Toronto, ON: Imprimeur du Roi pour l’Ontario; c2025 [mis à jour le 27 oct. 2025; cité le 21 nov. 2025]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/fr/data-and-analysis/health-care-associated-infections/hai-query>
7. Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales. Infections nosocomiales et résistance aux antimicrobiens dans les hôpitaux canadiens de soins de courte durée, 2019–2023. *Can Commun Dis Rep* 2025;51(6/7):249–69. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2025-51/issue-6-7-june-july-2025/ccdrv51i67a04f-fra.pdf>
8. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Tendances des maladies infectieuses en Ontario : Carbapenemase-producing *Enterobacteriaceae* (CPE) [à venir]. Toronto, ON: Imprimeur du Roi pour l’Ontario; c2025 [cité le 17 déc. 2025]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/fr/data-and-analysis/infectious-disease/reportable-disease-trends-annually#/66>

9. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Rapport de surveillance : Entérobactéries productrices de carbapénémases en Ontario : résumé annuel 2022. Toronto, ON: Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/C/2023/carbapenemase-producing-enterobacteriaceae-ontario-2022.pdf>
10. Kohler PP, Melano RG, Patel SN, Shafinaz S, Faheem A, Coleman BL; Toronto Invasive Bacterial Diseases Network (TIBDN). Emergence of Carbapenemase-producing *Enterobacteriaceae*, South-Central Ontario, Canada. *Emerg Infect Dis*. 2018;24(9):1674-82. Disponible à : <https://dx.doi.org/10.3201%2Ffeid2409.180164>
11. Lyman M, Forsberg K, Sexton DJ, Chow NA, Lockhart SR, Jackson BR, Chiller T. Worsening Spread of *Candida auris* in the United States, 2019 to 2021. *Ann Intern Med*. 2023;176(4):489-95. Disponible à : <https://doi.org/10.7326/M22-3469>
12. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Tracking *Candida auris* [En ligne]. Atlanta, GA: CDC; 2024 [cité le 23 nov. 2025]. Disponible à : <https://www.cdc.gov/candida-auris/tracking-c-auris/index.html>
13. Kohlenberg A, Monnet DL, Plachouras D; *Candida auris* Survey Collaborative Group. Increasing number of cases and outbreaks caused by *Candida auris* in the EU/EEA, 2020 to 2021. *Euro Surveill*. 2022;27(46):2200846. Disponible à : <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2022.27.46.2200846>
14. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Survey on the epidemiological situation, laboratory capacity and preparedness for *Candidozyma (Candida) auris*, 2024. September 2025. Stockholm: ECDC; 2025. Disponible à : <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/survey-epidemiological-situation-laboratory-capacity-and-preparedness-candidozyma>
15. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Pleins feux sur : le *Candida auris* [En ligne]. Toronto, ON: Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/C/2023/candida-auris.pdf>
16. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Candida auris* en Ontario. Toronto, ON: Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2025. Disponible à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/C/25/candida-auris-ontario.pdf?rev=0eab679c75cf491f964997ec931ecc18&sc_lang=fr&hash=8F8A5A9D087DE5AA9E035C52C92877D9
17. Tan C, Bharat A, McGill E, et al. Preparedness for *Candida auris* in Canadian Nosocomial Infection Surveillance Program (CNISP) hospitals, 2024. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2025 Oct 30 [Diffusion en ligne avant l'impression]:1-7. Disponible à : <https://doi.org/10.1017/ice.2025.10228>
18. Johnstone J, Shing E, Saedi A, Adomako K, Li Y, Brown KA, et al. Discontinuing contact precautions for VRE is associated with rising VRE bloodstream infection rates in Ontario hospitals, 2009–2019: a quasi-experimental study. *Clin Infect Dis*. 2020;71(7):1756-9. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa009>

Annexe A : Nombre de nouveaux patients et taux par région sanitaire de l'Ontario, 2024

Région sanitaire de l'Ontario	SARM Nombre de nouveaux patients	SARM Taux pour 1 000 patients	ERV Nombre de nouveaux patients*	ERV Taux pour 1 000 patients*	OPC Nombre de nouveaux patients*	OPC Taux pour 10 000 patients	C. auris Nombre de nouveaux patients	C. auris Taux pour 10 000 patients
Centre	2 439	8,7	154	0,6	258	9,2	0	0,0
Est	3 571	17,1	406	1,9	145	7	1	0,0
Nord-Est	1 829	34,2	114	2,1	32	6,0	0	0,0
Nord-Ouest	292	10,6	14	0,5	9	3,3	0	0,0
Toronto	4 650	17,9	321	1,2	253	9,7	2	0,1
Ouest	3 630	10,7	204	0,6	349	10,3	0	0,0
Total	16 411	14,1	1 213	1	1 046	9	3	0,0

Remarques : Tous les nombres et taux comprennent les patients signalés par les laboratoires hospitaliers.

*Les nombres et taux d'ERV représentent seulement les échantillons non destinés au dépistage.

Annexe B : Mises en garde et hypothèses concernant les données

Mises en garde concernant les données

Cueillette des données

L'enquête a été administrée en deux volets. Des instructions ont été données aux laboratoires hospitaliers pour qu'ils répondent à l'enquête sur les laboratoires et remettent au personnel de contrôle des infections de l'hôpital ou de la société hospitalière l'enquête portant sur les pratiques de contrôle des infections. L'enquête sur le contrôle des infections dans les hôpitaux a également été distribuée séparément à toutes les sociétés hospitalières de l'Ontario. Chaque société était invitée à répondre aux questions de l'enquête une seule fois pour le compte de tous les établissements de la société qui appliquaient les mêmes politiques de contrôle des infections. Les données de ce rapport ont été attribuées aux différentes régions sanitaires de l'Ontario en fonction des codes postaux des laboratoires, ce qui peut avoir une incidence sur les comparaisons avec les rapports précédents. De plus, les taux par région sanitaire de l'Ontario ont été calculés en excluant les congés de patients des hôpitaux desservis par des laboratoires qui n'ont pas répondu à l'enquête. Le taux de participation à l'enquête a été le plus élevé parmi les laboratoires hospitaliers qui étaient en mesure de faciliter la saisie des données dans la plateforme d'enquête QView de l'IQMH pour la partie de l'enquête relative au contrôle des infections.

Différentes approches relatives à l'administration de l'enquête ont été mises en œuvre au cours des années précédentes. En 2016, nous avons commencé à envoyer un avis avant l'enquête et des courriels de rappel pendant la période d'enquête. La collecte de données sur le contrôle des infections au moyen de la plateforme IQMH auprès des laboratoires hospitaliers a pour sa part été mise en place en 2018. Bien que des efforts aient été faits pour s'assurer que les listes de contacts aux fins de la distribution étaient à jour, le personnel responsable du contrôle des infections peut avoir changé. De plus, l'enquête a été menée pendant la pandémie et certains membres du personnel hospitalier chargé du contrôle des infections n'ont peut-être pas participé à l'enquête en raison de tâches inhérentes à la situation de crise. Nous continuons à explorer les possibilités de renforcement des réseaux entre SPO et les hôpitaux, ainsi qu'à simplifier les futurs formulaires d'enquête pour inciter le personnel responsable du contrôle des infections à fournir des données importantes sur la prévalence des ORA.

Données de laboratoire

Puisque les données sur les BLSE et les ICD devaient être fournies en fonction des types d'échantillons, il se peut que des échantillons aient été soumis en double pour un même patient.

Pour le SARM, les ERV et les OPC, nous avons supposé que les nouveaux patients déclarés par un laboratoire n'avaient pas été signalés par un autre laboratoire; il est néanmoins probable qu'un certain nombre de patients aient été identifiés et signalés par plusieurs laboratoires en raison de visites ou d'admissions à l'hôpital distinctes au cours de la même année. Cela entraînerait une surestimation de la prévalence des ORA. Par ailleurs, tous les laboratoires n'ont pas répondu entièrement à toutes les questions de l'enquête, ce qui a pu entraîner une sous-estimation des ORA.

Pour l'enquête auprès des laboratoires comme pour celle auprès des hôpitaux, plusieurs hypothèses ont été formulées au cours du processus de nettoyage des données. La liste détaillée de ces hypothèses est présentée ci-dessous. Par ailleurs, ces enquêtes doivent pouvoir compter sur des réponses complètes et précises pour fournir des informations utiles sur les ORA pouvant bénéficier aux laboratoires de bactériologie ainsi qu'au personnel hospitalier chargé du contrôle des infections. Dans la plupart des cas, aucune tentative n'a été faite pour vérifier les données soumises, et des inexactitudes peuvent donc subsister. Enfin, les résultats de ce rapport ne sont pas nécessairement comparables à ceux d'autres systèmes de surveillance en raison des méthodes différentes employées pour recueillir les données et du niveau de déclaration adopté par chacun des systèmes de surveillance (c'est-à-dire au niveau provincial ou national).

Hypothèses

Données de laboratoire

1. Les chiffres fournis dans l'enquête ont été présumés exacts.
2. Le nombre total d'isolats a été utilisé lorsque l'addition des sous-totaux ne correspondait pas au nombre total d'isolats.
3. L'interprétation des questions peut varier d'un laboratoire à l'autre, en particulier lorsque différents membres du personnel répondent à l'enquête d'une année à l'autre.
4. La stratification régionale des données a été réalisée en fonction de l'emplacement du laboratoire d'où provenaient les données.

Données des hôpitaux

1. Les pratiques de contrôle des infections présentées par une société hospitalière étaient présumées s'appliquer à tous les établissements relevant de cette société.
2. Les pratiques normales de dépistage et de gestion perturbées en raison de la pandémie ont été supposées rétablies lorsque les personnes interrogées indiquaient une date de fin ou la mention « inconnu » aux questions demandant si les pratiques avaient été rétablies après la pandémie.

Institute for Quality Management in Healthcare
393, avenue University, bureau 1500
Toronto (Ontario) M5G 1E6
416 323-9540
iqmh.org

Santé publique Ontario
661, avenue University, bureau 1701
Toronto (Ontario) M5G 1M1
647 260-7100
communications@oahpp.ca
publichealthontario.ca

Ontario 