

INSPQ

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Bactériémies associées aux accès vasculaires en hémodialyse au Québec 2024-2025

SURVEILLANCE ET VIGIE

MARS 2026

COMITÉ DE SURVEILLANCE PROVINCIALE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

RAPPORT DE SURVEILLANCE

AUTEURS ET AUTRICES

Comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales

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

Annie Ruest, microbiologiste-infectiologue et présidente du comité de programme SPIN-HD
Centre hospitalier universitaire de Québec - Université Laval

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

Geneviève Caron, infirmière clinicienne assistante-infirmière-chef en prévention et contrôle des infections
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre

Simon Desmeules, néphrologue
Pascale Trépanier, microbiologiste-infectiologue
Centre hospitalier universitaire de Québec - Université Laval

Jean-Philippe Lafrance, néphrologue
Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

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

Juliana Ayres Hutter, 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 : 978-2-555-03641-3 (PDF)
DOI : <https://doi.org/10.64490/PRQL6786>

© Gouvernement du Québec (2026)

AVANT-PROPOS

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

La collection *Surveillance et vigie* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques 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 **bactériémies¹ associées aux accès vasculaires en hémodialyse** 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.

¹ Pour alléger le texte, seul le terme bactériémie sera utilisé, mais celui-ci inclut les fongémies.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---------------------------------------------------------------------------|------------|
| LISTE DES TABLEAUX | III |
| LISTE DES FIGURES | IV |
| LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES | V |
| GLOSSAIRE | VI |
| FAITS SAILLANTS | 1 |
| 1 INTRODUCTION | 2 |
| 2 MÉTHODOLOGIE | 3 |
| 2.1 Source des données | 3 |
| 2.2 Identification des cas | 3 |
| 2.3 Mesures | 4 |
| 2.4 Analyse statistique | 4 |
| 2.5 Révision par les pairs | 5 |
| 3 RÉSULTATS | 6 |
| 3.1 Description sommaire | 6 |
| 3.2 Description des cas | 8 |
| 3.3 Données de laboratoire | 11 |
| 3.4 Évolution des taux | 13 |
| 3.5 Données par installation | 17 |
| 4 LIMITES | 27 |
| 4.1 Limites générales | 27 |
| 4.2 Limites spécifiques au programme SPIN-HD | 27 |
| 5 ANALYSE ET DISCUSSION | 28 |
| 6 RÉFÉRENCES | 30 |
| ANNEXE 1 LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ SPIN | 32 |
| ANNEXE 2 LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ DE PROGRAMME DE SPIN-HD | 33 |

LISTE DES TABLEAUX

| | | |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tableau 1 | Sommaire de la participation, des cas, des dénominateurs et des taux de la surveillance des bactériémies associées aux accès vasculaires en hémodialyse, 2020-2021 à 2024-2025 | 6 |
| Tableau 2 | Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a, 1b et 1c) selon le type d'accès vasculaire, 2024-2025 | 7 |
| Tableau 3 | Létalité à 10 et à 30 jours des cas nosocomiaux (cat. 1a, 1b et 1c), proportion de transferts aux soins intensifs et proportion d'admissions et de réadmissions survenues lors des épisodes de bactériémies, selon la catégorie d'attribution de la bactériémie, 2024-2025 | 9 |
| Tableau 4 | Évolution des taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a, 1b et 1c) selon le type d'accès vasculaire, pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 54), 2020-2021 à 2024-2025 | 14 |
| Tableau 5 | Évolution des taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a, 1b et 1c) sur cathéter selon le type d'accès vasculaire, pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 54), 2020-2021 à 2024-2025 | 14 |
| Tableau 6 | Évolution de la répartition des patients-période selon le type d'accès vasculaire, pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 54), 2020-2021 à 2024-2025 | 16 |
| Tableau 7 | Évolution de la proportion de fistules, par installation, 2022-2023 à 2024-2025 | 21 |
| Tableau 8 | Évolution du nombre de cas (N), du nombre de patients-période (PP) et du taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a, 1b et 1c) par installation, 2022-2023 à 2024-2025 | 24 |

LISTE DES FIGURES

| | | |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figure 1 | Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a, 1b et 1c) selon le type d'accès vasculaire, 2024-2025 | 7 |
| Figure 2 | Répartition des bactériémies nosocomiales (cat. 1a, 1b et 1c) selon le type d'accès vasculaire (N = 179), 2024-2025 | 8 |
| Figure 3 | Proportion de la létalité à 10 et à 30 jours, de transferts aux soins intensifs et d'admissions et de réadmissions des cas nosocomiaux (cat. 1a, 1b et 1c), 2024-2025 | 10 |
| Figure 4 | Répartition des catégories de microorganismes isolés pour tous cas nosocomiaux (cat. 1a, 1b et 1c) (N = 195), 2024-2025 | 11 |
| Figure 5 | Répartition des catégories de microorganismes isolés pour les cas nosocomiaux (cat. 1a, 1b et 1c) décédés à 30 jours (N = 19), 2024-2025 | 12 |
| Figure 6 | Évolution des taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a, 1b et 1c) selon le type d'accès vasculaire, pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 54), 2020-2021 à 2024-2025 | 13 |
| Figure 7 | Évolution de la proportion de patients-période dialysés par fistule, pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 54), 2020-2021 à 2024-2025 | 15 |
| Figure 8 | Patients-période suivis par installation, 2024-2025 | 17 |
| Figure 9 | Distribution des patients-période suivis selon le type d'accès vasculaire, par installation, 2024-2025 | 18 |
| Figure 10 | Taux d'incidence par 100 patients-période des bactériémies nosocomiales (cat. 1a, 1b et 1c) par installation (2024-2025) et percentiles des taux d'incidence (2020-2021 à 2023-2024), 2024-2025 | 19 |
| Figure 11 | Taux d'incidence par 1 000 jours-cathéter des bactériémies nosocomiales (cat. 1a, 1b et 1c), par installation (2024-2025) et percentiles des taux d'incidence (2020-2021 à 2023-2024), 2024-2025 | 20 |

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

| | |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| BAC | Bactériémie primaire avec cathéter vasculaire ou avec un accès vasculaire en hémodialyse |
| CHSGS | Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés |
| CHSLD | Centre d'hébergement et de soins de longue durée |
| CINQ | Comité sur les infections nosocomiales du Québec |
| CISSS | Centre intégré de santé et de services sociaux |
| CIUSSS | Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux |
| CLSC | Centre local de services communautaires |
| DAVC | Dispositif d'accès vasculaire central |
| EPC | Entérobactérie productrice de carbapénémases |
| ERV | Entérocoque résistant à la vancomycine |
| FAV | Fistule artérioveineuse |
| HD | Hémodialyse |
| IC | Intervalle de confiance |
| INSPQ | Institut national de santé publique du Québec |
| IRR | Rapport des taux d'incidence (<i>incidence rate ratio</i>) |
| MDR | <i>Multidrug-resistant</i> |
| MSSS | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| PCI | Prévention et contrôle des infections |
| PP | Patients-période |
| RSS | Région sociosanitaire |
| SARM | <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline |
| SCN | <i>Staphylococcus</i> à coagulase négative |
| SI-SPIN | Système d'information de la surveillance provinciale des infections nosocomiales |
| sp. | <i>Species</i> |
| SPIN | Surveillance provinciale des infections nosocomiales |
| spp. | <i>Several species</i> |
| USI | Unité de soins intensifs |
| XDR | <i>Extensively drug-resistant</i> |

GLOSSAIRE

| | |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Agent pathogène | Microorganisme susceptible de provoquer une infection (ex. : virus, bactérie, etc.). |
| 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 (ex. : 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 non tunnelisé | Accès veineux temporaire par insertion percutanée dans une veine centrale (ex. : sous-clavière, jugulaire interne, fémorale). |
| Cathéter tunnelisé | Accès vasculaire permanent implanté, c'est-à-dire muni d'une gaine antimicrobienne et d'une gaine feutrée à laquelle adhère le tissu sous-cutané, ce qui assure la fixation du cathéter lors du processus de cicatrisation, dans une veine centrale (ex. : sous-clavière, jugulaire interne, fémorale). |
| 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). |
| Entérobactérie | Bactérie faisant partie de l'ordre des <i>Enterobacterales</i> , anciennement membre de la famille des <i>Enterobacteriaceae</i> . |
| Établissement | Entité juridique dotée de capacités et de responsabilités légales qui est titulaire d'un permis délivré par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Un établissement peut comprendre plusieurs installations (ex. : CISSS ou CIUSSS ou établissement non fusionné). |
| Fistule artérioveineuse native | Fistule permanente créée chirurgicalement (avec ou sans trou de bouton) en reliant une artère à une veine sans ajout de corps étranger. Lors du traitement d'hémodialyse, deux aiguilles de dialyse sont insérées dans la fistule artérioveineuse pour permettre l'échange sanguin. |
| Fistule artérioveineuse synthétique | Fistule permanente créée chirurgicalement en reliant une artère à une veine avec ajout d'une prothèse synthétique. Lors du traitement d'hémodialyse, deux aiguilles de dialyse sont insérées dans la fistule artérioveineuse pour permettre l'échange sanguin. |

| | |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fongémie | Présence de champignons dans le sang. |
| Infection | Présence d'un microorganisme causant des signes et symptômes correspondants aux critères d'infection. |
| Installation | Lieu physique où sont dispensés les soins de santé et les services sociaux à la population du Québec, dans le cadre d'une ou de plusieurs missions. (ex. : hôpital dans un CISSS). |
| Jours-cathéter | Nombre d'usagers avec un cathéter en place au cours d'un nombre de jours donné. |
| Jours-présence | Nombre correspondant aux jours d'hospitalisation durant une période donnée. |
| MDR | Réfère à <i>multidrug-resistant</i> . Il s'agit d'une entérobactérie résistante à trois ou quatre des six groupes d'antimicrobiens utilisés pour la définition. |
| Mission non universitaire | Établissement n'ayant pas la désignation du MSSS d'établissement universitaire. |
| Mission universitaire | Établissement qui, en plus d'exercer les activités propres à la mission d'un tel centre, dispense des services de pointe, participe à la formation de professionnels, est doté d'une structure de recherche reconnue et évalue des technologies ou modes d'intervention reliés à son secteur de pointe. |
| Nosocomiale | Acquise au cours d'un épisode de soins administrés par un établissement du réseau de la santé (aussi nommée associée aux soins de santé). |
| Numérateur | Portion supérieure d'une fraction utilisée dans les calculs de taux. |
| Patients-période | Nombre d'usagers durant une période donnée. |
| Période de surveillance | Période administrative de l'exercice financier des établissements d'environ 28 jours. Le calendrier de surveillance se découpe en treize périodes financières, débutant le 1 ^{er} avril et se terminant le 31 mars de l'année suivante. |
| Proportion | Rapport dans lequel les deux entités (numérateur et dénominateur) proviennent du même ensemble et dans lequel le numérateur est inclus au dénominateur. |
| Rapport | Expression de la relation entre deux quantités qui peuvent indifféremment appartenir ou non au même ensemble. Le rapport peut se présenter sous la forme d'une proportion, d'un taux, d'un ratio, d'un indice ou d'une cote. |
| Région sociosanitaire | 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. |
| sp. | Réfère à <i>species</i> et indique que le genre d'un organisme a été identifié, sans identification de l'espèce (ex. : <i>Staphylococcus</i> sp. indique qu'une espèce de <i>Staphylococcus</i> a été détectée, mais dont nous n'avons pas l'identification de l'espèce). |
| spp. | Réfère à <i>several species</i> et indique l'ensemble de plusieurs espèces, mais sans les nommer individuellement (ex. : <i>Staphylococcus</i> spp. signifie que plusieurs espèces de <i>Staphylococcus</i> sont présentes). |
| Taux | Rapport qui mesure la vitesse ou la force de survenue d'un événement. Il ne constitue pas une mesure de fréquence, mais plutôt une mesure instantanée de densité. Le numérateur d'un taux, comme celui d'une proportion, dénombre les événements qui sont survenus : la différence entre les deux réside dans le dénominateur. Le dénominateur de la proportion inclut des personnes ou des entités, tandis que, pour le taux, il s'agit du cumul de temps d'observations de chaque personne ou entité analysée qui est à risque de présenter le phénomène étudié. Dans ce cas, le dénominateur est exprimé en unités de temps (jour, mois, année, etc.). |
| 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). |
| Trou de bouton | Technique minimisant le traumatisme lors de l'insertion des aiguilles dans une fistule artérioveineuse (FAV) native par la création d'un trajet permettant l'accès à la FAV au même endroit à chaque traitement de dialyse. |
| XDR | Réfère à <i>extensively drug-resistant</i> . Il s'agit d'une entérobactérie, d'un <i>Acinetobacter</i> ou d'un <i>Pseudomonas aeruginosa</i> ultrarésistant, c'est-à-dire qu'il est résistant à cinq ou six des groupes d'antimicrobiens utilisés pour la définition. |

FAITS SAILLANTS

- En 2024-2025, le taux d'incidence des bactériémies associées aux accès vasculaires en hémodialyse est de 0,28 cas par 100 patients-période, ce qui est comparable aux taux annuels depuis 2021-2022. Comme en 2023-2024, le taux d'incidence sur fistule artérioveineuse sans trou de bouton est statistiquement plus faible que les taux de chacun des autres types d'accès vasculaires pris séparément ($p < 0,001$). De manière similaire, comme l'année précédente, le taux d'incidence sur cathéter non tunnelisé est statistiquement plus élevé que les taux de chacun des autres types d'accès vasculaires ($p < 0,001$). La grande majorité (96,1 %, $N = 172$) des bactériémies sont survenues chez des usagers dialysés au moyen d'un cathéter, bien que ces usagers ne représentent que 73,1 % des patients-période suivis, ce qui était également observé par les années passées.
- Dans les 30 jours suivant la bactériémie, 15 décès de toutes causes (associés ou non aux bactériémies) sont survenus, pour une létalité de 8,4 %, celle-ci était de 14,6 % en 2023-2024. Plus des deux tiers des cas (78,3 %) rapportés en ambulatoire ont nécessité une admission. Une proportion appréciable des usagers (9,6 %), toutes catégories confondues, a nécessité un transfert aux soins intensifs. Ces deux variables sont comparables à l'année de surveillance précédente.
- Le *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) est le microorganisme le plus fréquemment isolé (40,0 %), suivi des entérobactéries (15,9 %) et des staphylocoques à coagulase négative (SCN) (15,4 %). La proportion de SCN était plus importante en 2023-2024 (23,1 %). En 2024-2025, la proportion de *S. aureus* résistant à la méthicilline (SARM) parmi les bactériémies à *S. aureus* est de 11,5 % (9 / 78) pour l'ensemble des unités d'hémodialyse. Ceci représente un changement appréciable versus les deux dernières années (2,9 % en 2023-2024 et 6,2 % en 2022-2023).
- Chez les cas décédés, le *S. aureus* est le microorganisme le plus fréquemment isolé (26,3 %, $N = 5$), suivi des entérobactéries (15,8 %, $N = 3$) et des *Enterococcus* sp. (10,5 %, $N = 2$). En 2023-2024, ces proportions étaient supérieures pour *S. aureus* (52,2 %, $N = 12$) et les entérobactéries (21,7 %, $N = 5$).
- Le type d'accès vasculaire le plus fréquemment utilisé est le cathéter tunnelisé (72,6 %), suivi des fistules artérioveineuses sans recours à la technique du trou de bouton (24,0 %). La proportion d'usagers dialysés par fistule représente 26,9 % de l'ensemble des usagers dialysés.

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 nosocomiales associées aux accès vasculaires en hémodialyse (SPIN-HD)** a terminé sa 18^e année de surveillance. Ce programme a débuté en avril 2007 et est à participation obligatoire depuis avril 2011.

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 unités d'hémodialyse, peu importe leur taille, 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](#).

Il est à noter que certaines caractéristiques des installations ont été mises à jour pour l'année de surveillance débutant au 1^{er} avril 2024 :

- Nombre de chaises en hémodialyse selon des données fournies par le MSSS.

2.2 Identification des cas

Les usagers traités en hémodialyse chronique (\geq trois mois) ayant une bactériémie primaire associée à son accès vasculaire sont déclarés par les installations participantes. Les types d'accès vasculaires considérés sont les suivants :

- **Fistules artérioveineuses natives sans trou de bouton;**
- **Fistules artérioveineuses natives avec trou de bouton;**
- **Fistules synthétiques;**
- **Cathéters tunnelisés;**
- **Cathéters non tunnelisés.**

L'attribution de l'infection est reliée à l'installation déclarante :

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

2.3 Mesures

Les mesures (variables) épidémiologiques collectées incluent :

- **Les caractéristiques sociodémographiques des cas** : âge, etc.;
- **Les caractéristiques de l'installation** : identification de l'installation, région sociosanitaire, mission, etc.;
- **Les données de laboratoire** : date d'analyse, type de microorganisme, etc.;
- **Les caractéristiques cliniques** : date du diagnostic, type d'accès vasculaire, raison de non-fistule, décès toute cause, etc.;
- **Les dénominateurs** : patients-période, jours-cathéter.

2.4 Analyse statistique

L'indicateur principal retenu est le taux d'incidence des bactériémies associées aux accès vasculaires en hémodialyse (HD) par 100 patients-période. Il est calculé en rapportant le nombre de bactériémies nosocomiales des catégories 1a, 1b, et 1c sur le nombre de patients-période dans l'unité d'hémodialyse déclarante au cours de la même période. Le taux d'incidence des bactériémies associées aux cathéters tunnelisés ou non tunnelisés par 1 000 jours-cathéter est aussi calculé, de même que la proportion d'usagers sur fistule (nombre de patients-période sur fistule artérioveineuse ou synthétique se rapportant sur le nombre de patients-période au cours de la même période).

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'unités d'hémodialyse, nombre de cas, nombre de patients-période, etc.);
- **Description des cas** : La description des caractéristiques des cas et des épisodes de bactériémies dans les unités participantes (fréquences, proportions, moyennes, médianes). La fréquence des types de cathéters utilisés ainsi que les complications (décès, transferts aux unités de soins intensifs (USI), réadmission, hospitalisation) 30 jours suivant le diagnostic;
- **Données de laboratoire** : L'analyse microbiologique (fréquence et proportion des microorganismes isolés);
- **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 unités déclarantes au cours du temps;
- **Données par installation** : 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. Le rapport de taux d'incidence (IRR) et la variation moyenne en pourcentage [avec IC à 95 %] sont présentés. Les percentiles sont calculés sur les données des quatre dernières années. Pour les tests de comparaison de taux entre l'année de référence (2024-2025) et l'année précédente, les augmentations ou les diminutions statistiquement significatives sont signalées dans les tableaux par un astérisque (*).

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

2.5 Révision par les pairs

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

3 RÉSULTATS

3.1 Description sommaire

Entre le 1^{er} avril 2024 et le 31 mars 2025, 59 unités d'hémodialyse sur les 59 visées ont participé à la surveillance des bactériémies associées aux accès vasculaires en hémodialyse, pour un cumul de 63 306 patients-période ([Tableau 1](#)). Ces unités ont rapporté 179 bactériémies nosocomiales (catégories 1a, 1b et 1c), survenues chez 163 usagers. Le taux d'incidence des bactériémies associées aux accès vasculaires en hémodialyse est de 0,28 par 100 patients-période.

Tableau 1 Sommaire de la participation, des cas, des dénominateurs et des taux de la surveillance des bactériémies associées aux accès vasculaires en hémodialyse, 2020-2021 à 2024-2025

| | 2020 - 2021 | 2021 - 2022 | 2022 - 2023 | 2023 - 2024 | 2024 - 2025 |
|--------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Unités participantes (N) | 56 | 54 | 58 | 59 | 59 |
| Usagers suivis (moyenne par période) (N) | 4 755 | 4 686 | 4 957 | 4 854 | 4 870 |
| Patients-période (N) | 61 814 | 60 916 | 64 436 | 63 096 | 63 306 |
| Sessions de dialyse (N) | 742 407 | 732 176 | 774 155 | 758 961 | 762 330 |
| Jours-cathéter (N) | 1 145 459 | 1 178 052 | 1 277 610 | 1 282 512 | 1 299 391 |
| Bactériémies (cat. 1a, 1b et 1c) (N) | 123 | 166 | 179 | 169 | 179 |
| Taux d'incidence des bactériémies (cat. 1a, 1b et 1c) ^A | 0,20 | 0,27 | 0,28 | 0,27 | 0,28 |
| Usagers infectés (N) | 112 | 147 | 166 | 159 | 163 |

^A Taux d'incidence par 100 patients-période.

Le taux d'incidence par 100 patients-période est de 0,02 pour les usagers ayant une fistule artérioveineuse sans trou de bouton, de 0,42 pour ceux ayant une fistule artérioveineuse avec trou de bouton, de 0,09 pour ceux ayant une fistule synthétique, de 0,37 pour ceux ayant un cathéter tunnelisé et de 0,97 pour ceux ayant un cathéter non tunnelisé ([Figure 1](#) et [Tableau 2](#)). Le taux d'incidence sur fistule artérioveineuse sans trou de bouton est statistiquement plus faible que les taux de chacun des autres types d'accès vasculaires pris séparément ($p < 0,001$). Le taux d'incidence sur cathéter non tunnelisé est statistiquement plus élevé que les taux de chacun des autres types d'accès vasculaires ($p < 0,001$). Le type d'accès vasculaire le plus fréquemment utilisé est le cathéter tunnelisé (72,6 %), suivi des fistules artérioveineuses sans recours à la technique du trou de bouton (24,0 %). La proportion d'usagers dialysés par fistule représente 26,9 % de l'ensemble des usagers dialysés ([Tableau 2](#)).

Figure 1 Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a, 1b et 1c) selon le type d'accès vasculaire, 2024-2025

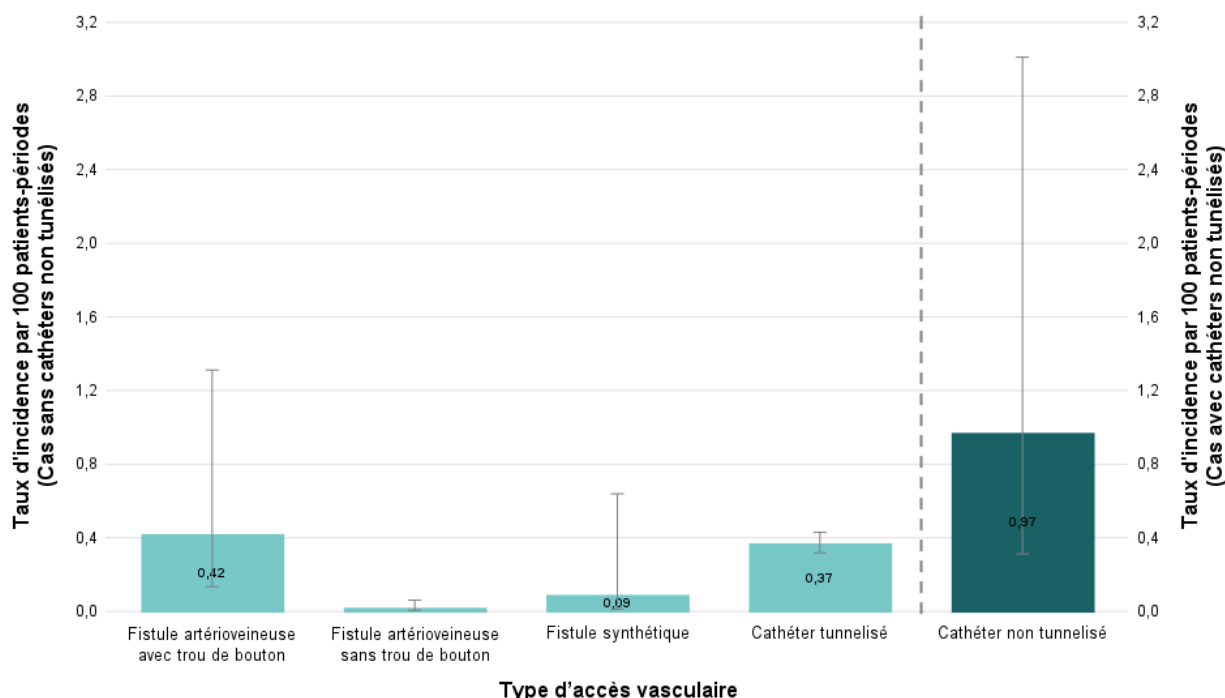


Tableau 2 Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a, 1b et 1c) selon le type d'accès vasculaire, 2024-2025

| Type d'accès vasculaire | Bactériémies (cat. 1a, 1b, 1c) (N) | Taux d'incidence (/100 pp) | Patients-période (pp) N (%) | Jours-cathéter | Taux d'incidence (/1 000 jours-cathéter) |
|---------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------|------------------------------------------|
| Fistule artérioveineuse avec trou de bouton | 3 | 0,42 [0,13 ; 1,31] | 710 (1,1) | -- | -- |
| Fistule artérioveineuse sans trou de bouton | 3 | 0,02 [0,01 ; 0,06] | 15 221 (24,0) | -- | -- |
| Fistule synthétique | 1 | 0,09 [0,01 ; 0,64] | 1 111 (1,8) | -- | -- |
| Cathéter tunnelisé | 169 | 0,37 [0,32 ; 0,43] | 45 955 (72,6) | 1 290 748 | 0,13 [0,11 ; 0,15] |
| Cathéter non tunnelisé | 3 | 0,97 [0,31 ; 3,01] | 309 (0,5) | 8 643 | 0,35 [0,11 ; 1,08] |
| Total | 179 | 0,28 [0,24 ; 0,33] | 63306 (100) | 1 299 391 | 0,13 [0,11 ; 0,15] |

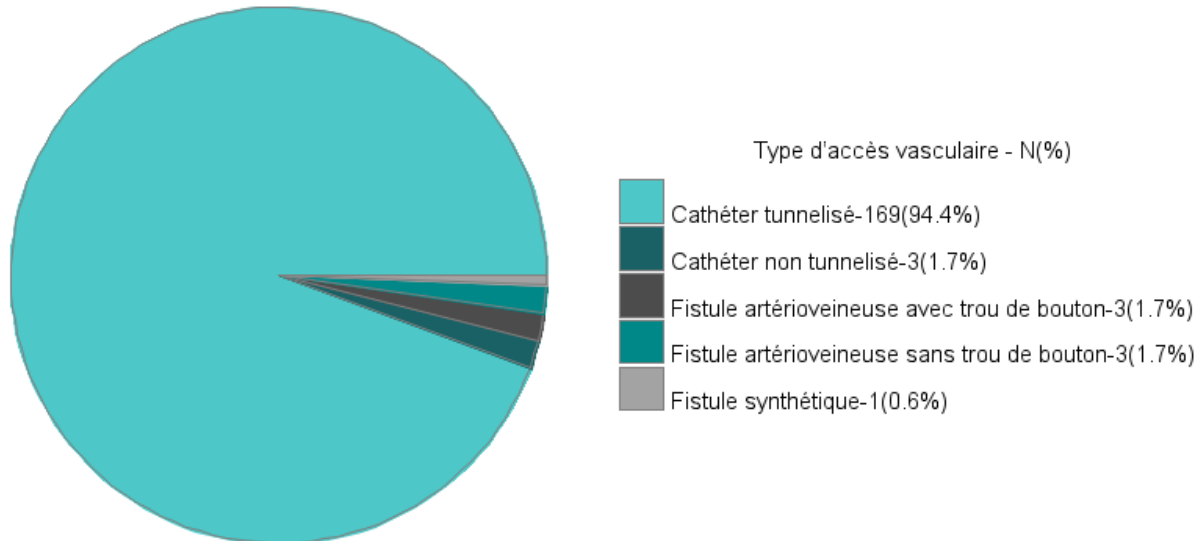
3.2 Description des cas

La grande majorité (96,1 %, N = 172) des bactériémies sont survenues chez des usagers dialysés au moyen d'un cathéter, bien que ces usagers ne représentent que 73,1 % des patients-période suivis ([Tableau 2](#) et [Figure 2](#)). La technique sans trou de bouton est employée pour 50,0 % des cas (3 / 6) survenus chez des usagers dialysés au moyen d'une fistule artérioveineuse.

L'âge des usagers bactériémiques varie de 19 mois à 95 ans et l'âge médian est de 64 ans. Sur le total des 179 cas rapportés, le tiers des bactériémies (33,5 %, N = 60) sont survenus chez des femmes.

En plus des données présentées, pour chaque cas dialysé avec un cathéter, la raison d'une hémodialyse sans fistule est collectée. La raison de dialyse par cathéter est inconnue pour 47,7 % des 172 bactériémies sur cathéter. Pour les autres bactériémies (52,3 %, N = 90), les explications les plus fréquentes au recours à un cathéter sont un refus de l'usager (25,6 %), un échec antérieur de fistule (21,1 %), un réseau vasculaire inadéquat (21,1 %), en attente d'une chirurgie (10,0 %) et une fistule déjà présente, mais immature (10,0 %).

Figure 2 Répartition des bactériémies nosocomiales (cat. 1a, 1b et 1c) selon le type d'accès vasculaire (N = 179), 2024-2025



Dans les 30 jours suivant la bactériémie, 15 décès de toutes causes (associés ou non aux bactériémies) sont survenus, pour une létalité de 8,4 % ([Tableau 3](#) et [Figure 3](#)).

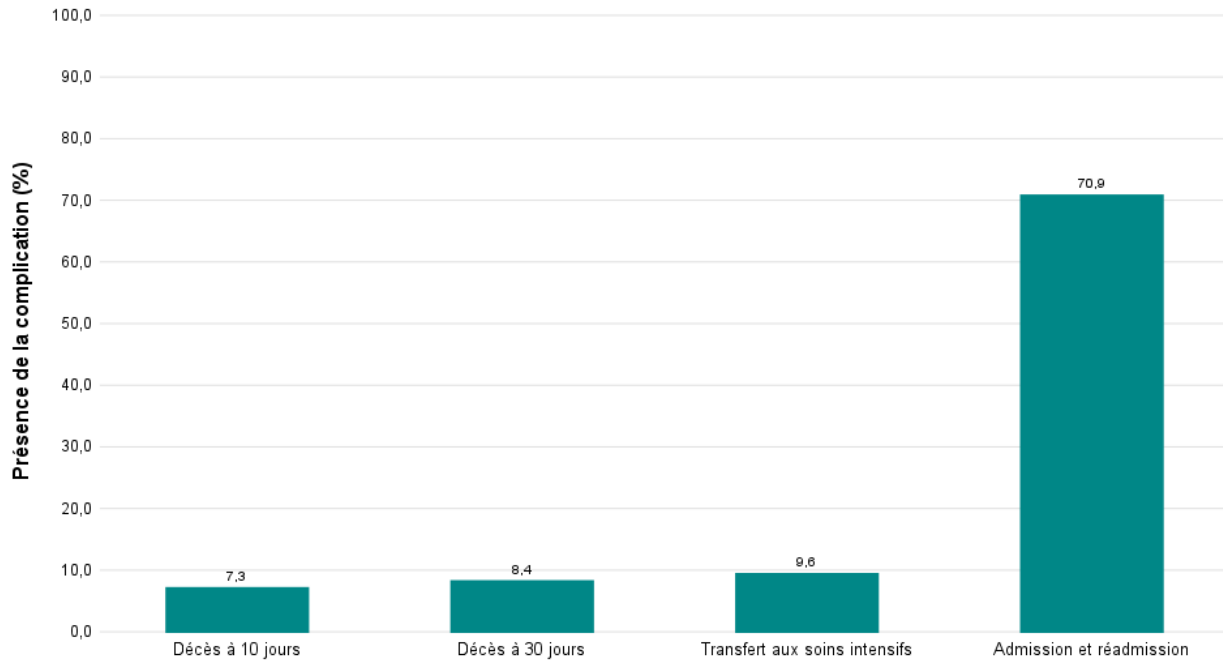
Plus des deux tiers des cas (78,3 %, N = 126) rapportés en ambulatoire ont nécessité une admission ([Tableau 3](#)). Une proportion appréciable des usagers (9,6 %, N = 17), toutes catégories confondues, a nécessité un transfert aux soins intensifs.

Tableau 3 Létalité à 10 et à 30 jours des cas nosocomiaux (cat. 1a, 1b et 1c), proportion de transferts aux soins intensifs et proportion d’admissions et de réadmissions survenues lors des épisodes de bactériémies, selon la catégorie d’attribution de la bactériémie, 2024-2025

| Lieu d’acquisition | Bactériémies (N) | Complication | Présence de la complication N (%) |
|------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| Relié à l’hospitalisation (cat. 1a et 1b) | 18 | Décès à 10 jours | 7 (38,9) |
| | | Décès à 30 jours ^A | 8 (44,4) |
| | | Transfert aux soins intensifs | 1 (5,6) |
| | | Réadmission | 1 (5,6) |
| En ambulatoire (cat. 1c) | 161 | Décès à 10 jours | 6 (3,7) |
| | | Décès à 30 jours ^A | 7 (4,4) |
| | | Transfert aux soins intensifs | 16 (10,0) |
| | | Admission | 126 (78,3) |
| Total (cat. 1a, 1b et 1c) | 179 | Décès à 10 jours | 13 (7,3) |
| | | Décès à 30 jours ^A | 15 (8,4) |
| | | Transfert aux soins intensifs | 17 (9,6) |
| | | Admission et réadmission | 127 (71,0) |

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

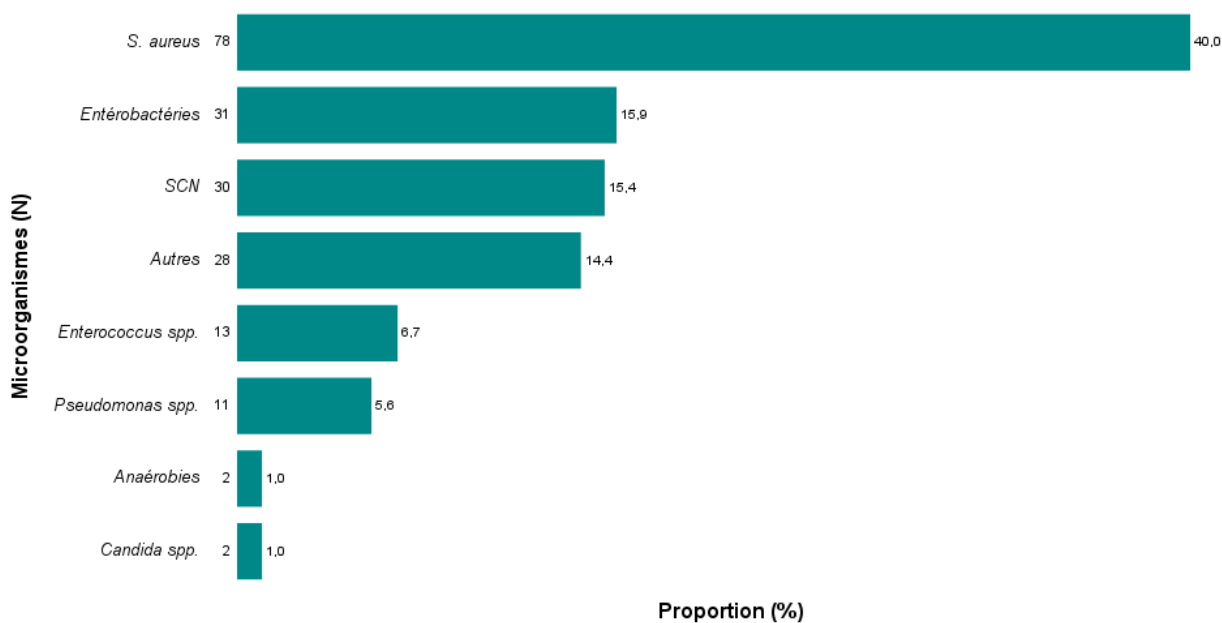
Figure 3 Proportion de la létalité à 10 et à 30 jours, de transferts aux soins intensifs et d'admissions et de réadmissions des cas nosocomiaux (cat. 1a, 1b et 1c), 2024-2025



3.3 Données de laboratoire

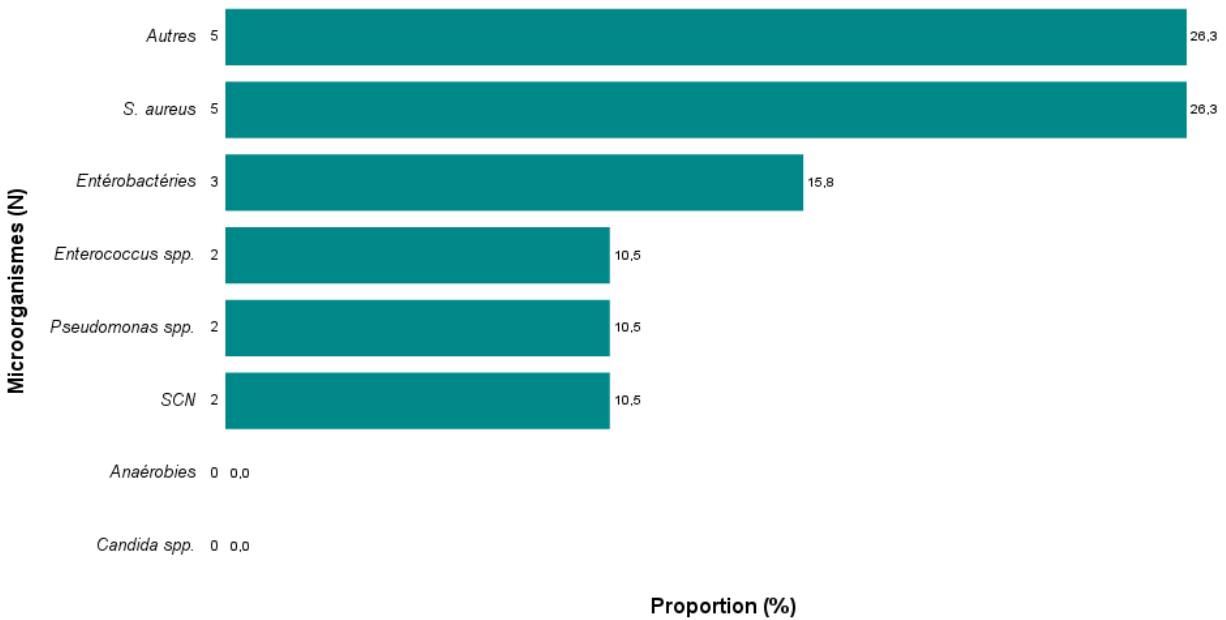
La [Figure 4](#) montre que le *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) est le microorganisme le plus fréquemment isolé (40,0 %, N = 78), suivi des entérobactéries (15,9 %, N = 31) et des *Staphylococcus* à coagulase négative (SCN) (15,4 %, N = 30). En 2024-2025, la proportion de *S. aureus* résistant à la méthicilline (SARM) parmi les bactériémies à *S. aureus* est de 11,5 % (9 / 78) pour l'ensemble des unités d'hémodialyse. Aucun entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) (0 / 13) ou entérobactérie productrice de carbapénémases (EPC) (0 / 11 des *Klebsiella* spp. testés, et 0 / 5 des *E. coli* testés) n'ont été rapportés.

Figure 4 Répartition des catégories de microorganismes isolés pour tous cas nosocomiaux (cat. 1a, 1b et 1c) (N = 195), 2024-2025



Chez les cas décédés, le microorganisme *S. aureus* est celui le plus fréquemment isolé (26,3 %, N = 5), suivi des entérobactéries (15,8 %, N = 3) et des *Enterococcus* spp. (10,5 %, N = 2) (Figure 5). La catégorie de microorganismes *Autres* comprend le *Bacillus* sp. (10,5%, N = 2), le *Streptococcus* du groupe B (5,3%, N = 1), le *Stenotrophomonas maltophilia* (5,3%, N = 1) et le *Bifidobacterium* sp. (5,3%, N = 1). En 2023-2024, ces proportions étaient supérieures pour *S. aureus* (52,2 %, N = 12) et les entérobactéries (21,7 %, N = 5).

Figure 5 Répartition des catégories de microorganismes isolés pour les cas nosocomiaux (cat. 1a, 1b et 1c) décédés à 30 jours (N = 19), 2024-2025



3.4 Évolution des taux

Les données présentées à cette section concernent l'ensemble des installations ayant participé à la surveillance à au moins 11 périodes de chaque année durant la période ciblée. Dans le cadre de cette approche longitudinale, les figures et les tableaux qui présentent l'évolution des taux d'incidence des bactériémies, prennent en compte seulement les installations (N = 54) participant à la surveillance de façon consécutive depuis les cinq dernières années.

Parmi ces 54 installations, le taux d'incidence des bactériémies en 2024-2025 est de 0,29 cas par 100 patients-période ([Figure 6](#), [Tableau 4](#) et [Tableau 5](#)). Comparé à l'année précédente 2023-2024, ce taux demeure stable.

En ce qui concerne les cathéters non tunnelisés, le test statistique de tendance montre une baisse statistiquement significative du taux d'incidence au cours de cette période (IRR = 0,73 [IC 95 % : 0,60 ; 0,89]; $p < 0,002$). Ce qui signifie que le taux d'incidence baisse en moyenne de 27,0 % chaque année ([Tableau 4](#)).

Figure 6 Évolution des taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a, 1b et 1c) selon le type d'accès vasculaire, pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 54), 2020-2021 à 2024-2025

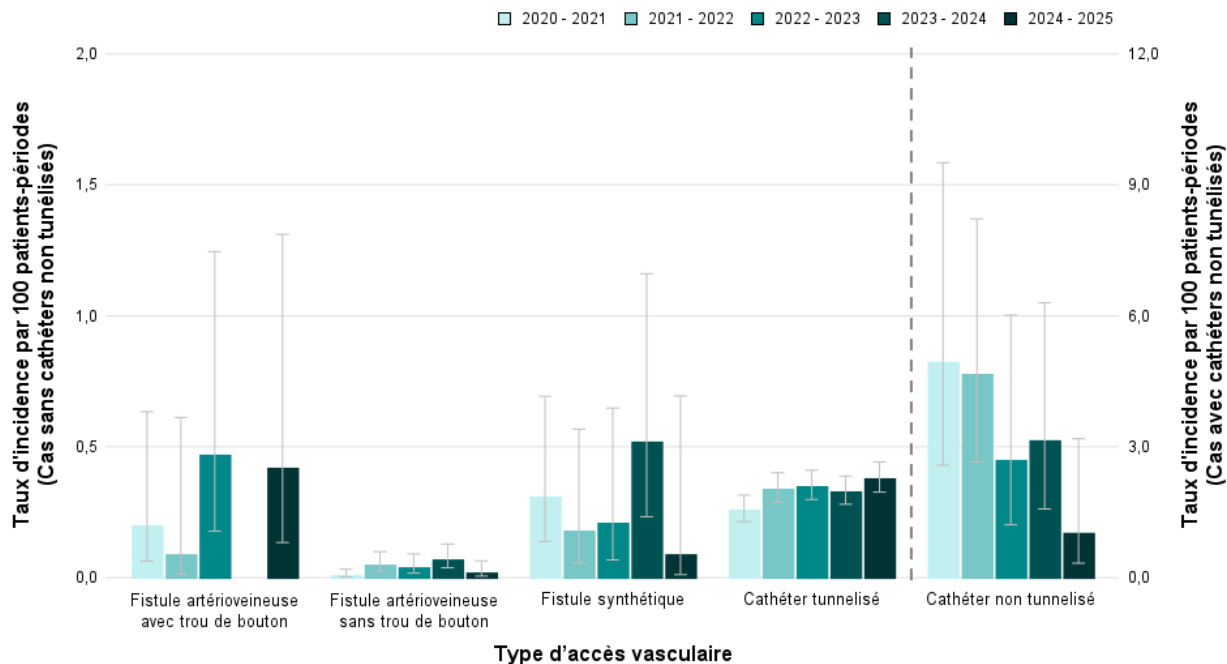


Tableau 4 Évolution des taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a, 1b et 1c) selon le type d'accès vasculaire, pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 54), 2020-2021 à 2024-2025

| Type d'accès vasculaire | Taux d'incidence par 100 patients-période [IC à 95 %] | | | | |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| | 2020 - 2021 | 2021 - 2022 | 2022 - 2023 | 2023 - 2024 | 2024 - 2025 |
| Fistule artérioveineuse ou synthétique | 0,05 [0,03 ; 0,09] | 0,06 [0,03 ; 0,11] | 0,08 [0,05 ; 0,13] | 0,10 [0,06 ; 0,16] | 0,04 [0,02 ; 0,09] |
| Fistule artérioveineuse | 0,02 [0,01 ; 0,06] | 0,05 [0,03 ; 0,10] | 0,07 [0,04 ; 0,12] | 0,06 [0,03 ; 0,12] | 0,04 [0,02 ; 0,09] |
| Avec trou de bouton | 0,20 [0,06 ; 0,63] | 0,09 [0,01 ; 0,61] | 0,47 [0,18 ; 1,25] | 0 | 0,42 [0,13 ; 1,31] |
| Sans trou de bouton | 0,01 [0,00 ; 0,03] | 0,05 [0,03 ; 0,10] | 0,04 [0,02 ; 0,09] | 0,07 [0,04 ; 0,13] | 0,02 [0,01 ; 0,06] |
| Fistule synthétique | 0,31 [0,14 ; 0,69] | 0,18 [0,06 ; 0,57] | 0,21 [0,07 ; 0,65] | 0,52 [0,23 ; 1,16] | 0,09 [0,01 ; 0,69] |
| Cathéter tunnelisé ou non tunnelisé | 0,28 [0,23 ; 0,34] | 0,37 [0,32 ; 0,43] | 0,36 [0,31 ; 0,42] | 0,34 [0,29 ; 0,40] | 0,38 [0,33 ; 0,44] |
| Cathéter tunnelisé | 0,26 [0,21 ; 0,32] | 0,34 [0,29 ; 0,40] | 0,35 [0,30 ; 0,41] | 0,33 [0,28 ; 0,39] | 0,38 [0,33 ; 0,44] |
| Cathéter non tunnelisé | 4,95 [2,58 ; 9,51] | 4,67 [2,65 ; 8,22] | 2,70 [1,21 ; 6,01] | 3,15 [1,58 ; 6,30] | 1,03 [0,33 ; 3,18] |
| Total | 0,20 [0,17 ; 0,24] | 0,27 [0,23 ; 0,31] | 0,28 [0,24 ; 0,32] | 0,28 [0,24 ; 0,33] | 0,29 [0,25 ; 0,34] |

Tableau 5 Évolution des taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a, 1b et 1c) sur cathéter selon le type d'accès vasculaire, pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 54), 2020-2021 à 2024-2025

| Type d'accès vasculaire | Taux d'incidence par 1 000 jours-cathéter [IC à 95 %] | | | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| | 2020 - 2021 | 2021 - 2022 | 2022 - 2023 | 2023 - 2024 | 2024 - 2025 |
| Cathéter tunnelisé ou non tunnelisé | 0,10 [0,08 ; 0,12] | 0,13 [0,11 ; 0,15] | 0,13 [0,11 ; 0,15] | 0,12 [0,10 ; 0,14] | 0,14 [0,12 ; 0,16] |
| Cathéter tunnelisé | 0,09 [0,07 ; 0,11] | 0,12 [0,10 ; 0,14] | 0,13 [0,11 ; 0,15] | 0,12 [0,10 ; 0,14] | 0,14 [0,12 ; 0,16] |
| Cathéter non tunnelisé | 1,78 [0,93 ; 3,42] | 1,72 [0,98 ; 3,03] | 0,96 [0,43 ; 2,14] | 1,11 [0,56 ; 2,22] | 0,37 [0,12 ; 1,14] |

La proportion des usagers dialysés par fistule continue de diminuer, passant de 33,7 % à 26,8 % (Figure 7). Conséquemment, la proportion d'usagers dialysés au moyen d'un cathéter, qu'il soit tunnelisé ou non, a augmenté par rapport aux quatre années précédentes (2020-2021 à 2022-2023; $p < 0,001$; Tableau 6).

Figure 7 Évolution de la proportion de patients-période dialysés par fistule, pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 54), 2020-2021 à 2024-2025

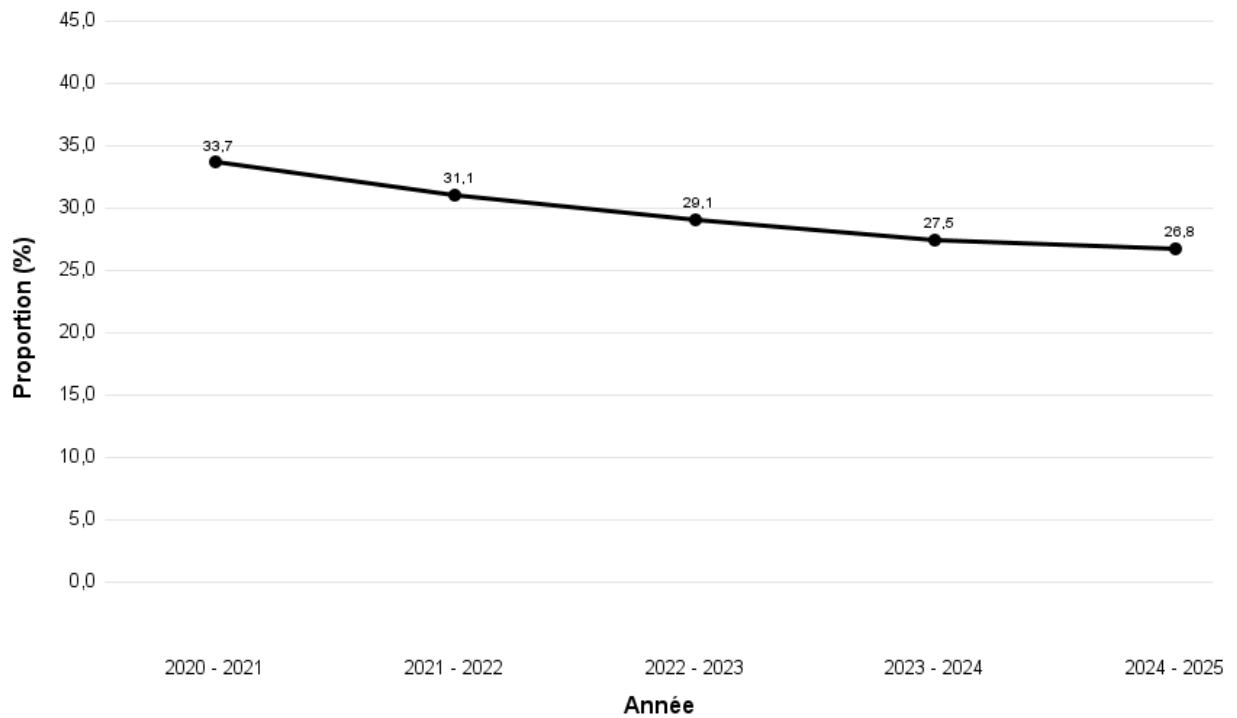


Tableau 6 Évolution de la répartition des patients-période selon le type d'accès vasculaire, pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 54), 2020-2021 à 2024-2025

| Type d'accès vasculaire | Nombre total de patients-période N (%) | | | | |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| | 2020 - 2021 | 2021 - 2022 | 2022 - 2023 | 2023 - 2024 | 2024 - 2025 |
| Fistule artérioveineuse ou synthétique | 20 084 (33,7) | 18 915 (31,1) | 18 083 (29,1) | 16 636 (27,5) | 16 280 (26,8) |
| Fistule artérioveineuse | 18 158 (30,4) | 17 273 (28,4) | 16 648 (26,8) | 15 486 (25,6) | 15 214 (25,0) |
| Avec trou de bouton | 1 471 (2,5) | 1 136 (1,9) | 856 (1,4) | 969 (1,6) | 710 (1,2) |
| Sans trou de bouton | 16 687 (28,0) | 16 137 (26,5) | 15 792 (25,4) | 14 517 (24,0) | 14 504 (23,8) |
| Fistule synthétique | 1 926 (3,2) | 1 642 (2,7) | 1 435 (2,3) | 1 150 (1,9) | 1 066 (1,8) |
| Cathéter tunnelisé ou non tunnelisé | 39 571 (66,3) | 42 001 (69,0) | 44 008 (70,9) | 43 953 (72,5) | 44 548 (73,2) |
| Cathéter tunnelisé | 39 389 (66,0) | 41 744 (68,5) | 43 786 (70,5) | 43 699 (72,1) | 44 256 (72,8) |
| Cathéter non tunnelisé | 182 (0,3) | 257 (0,4) | 222 (0,4) | 254 (0,4) | 292 (0,5) |
| Total | 59 655 (100,0) | 60 916 (100,0) | 62 091 (100,0) | 60 589 (100,0) | 60 828 (100,0) |

3.5 Données par installation

La [Figure 8](#) présente la répartition des patients-période suivis en 2024-2025, et la [Figure 9](#) la proportion des types d'accès vasculaire, par installation. 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 Patients-période suivis par installation, 2024-2025

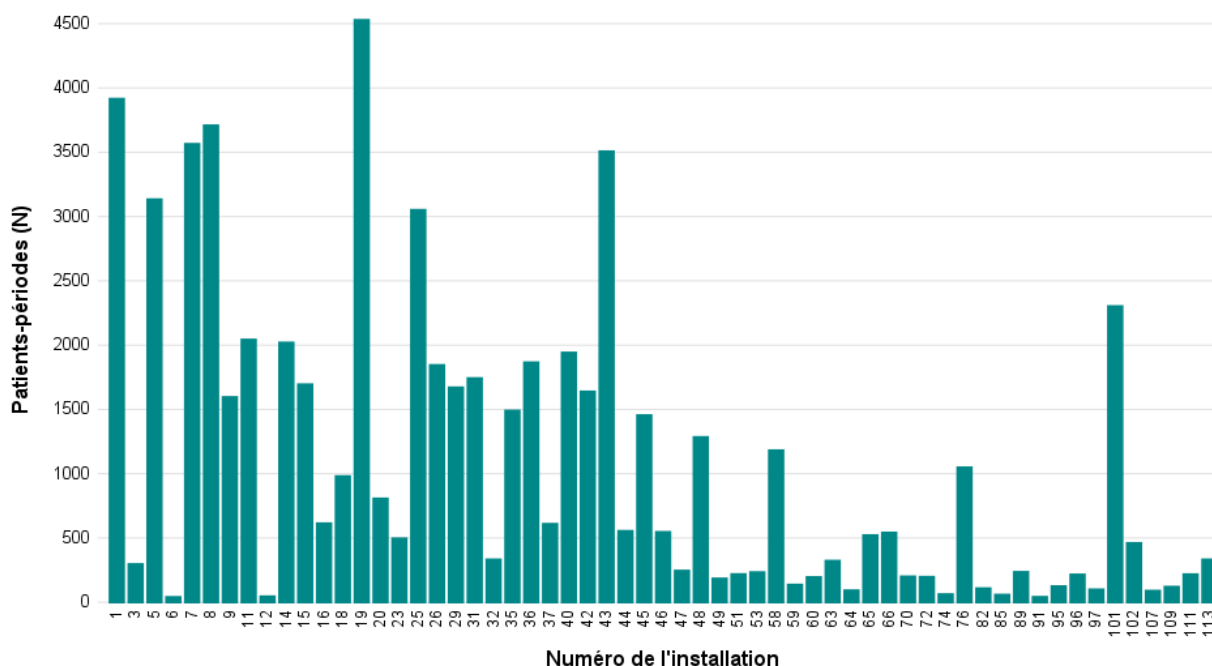
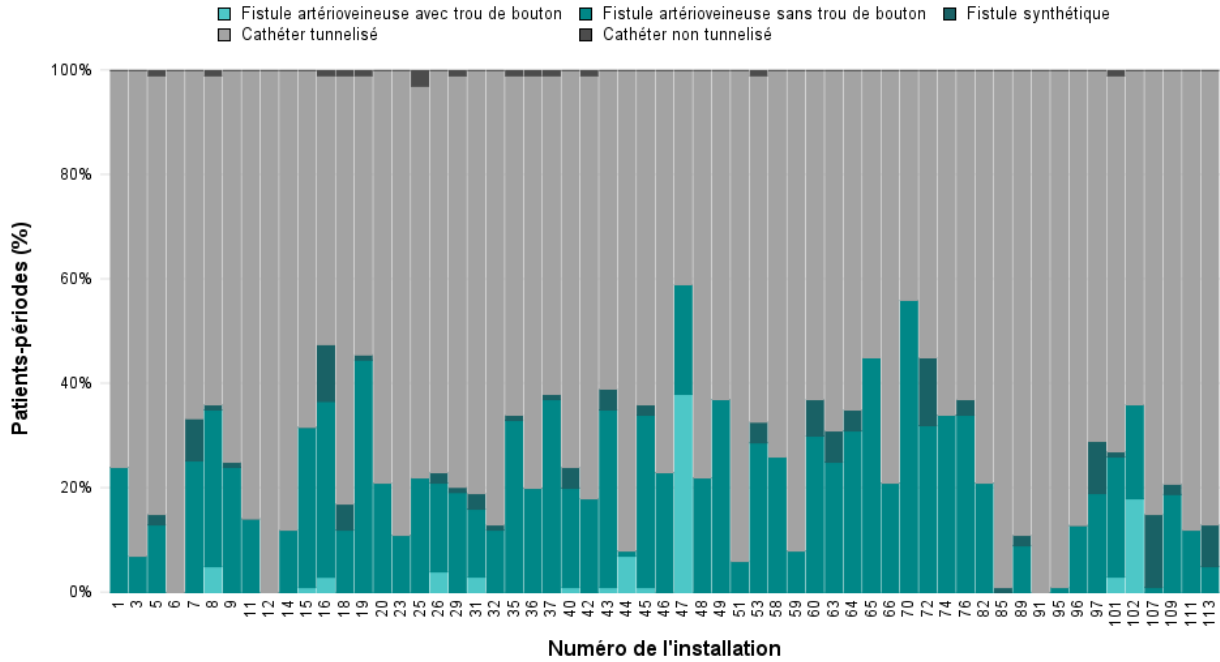


Figure 9 Distribution des patients-période suivis selon le type d'accès vasculaire, par installation, 2024-2025



Vingt-cinq installations (42,4 %) ont un taux d'incidence de zéro bactériémie par 100 patients-période (Figure 10 et Figure 11). De plus, deux installations (3,4 %) présentent un taux d'incidence par 100 patients-période supérieurs au 90^e percentile des taux des années 2020-2021 à 2023-2024 (Figure 10), alors que trois installations (5,1 %) présentent un taux d'incidence par 1 000 jours-cathéter supérieur au 90^e percentile des taux des années 2020-2021 à 2023-2024 (Figure 11). Étant donné le petit nombre de cas dans certaines unités de petite taille, les données doivent être interprétées avec prudence. Référez à la section [4.2 Limites spécifiques au programme BAC-HD](#).

Figure 10 Taux d'incidence par 100 patients-période des bactériémies nosocomiales (cat. 1a, 1b et 1c) par installation (2024-2025) et percentiles des taux d'incidence (2020-2021 à 2023-2024), 2024-2025

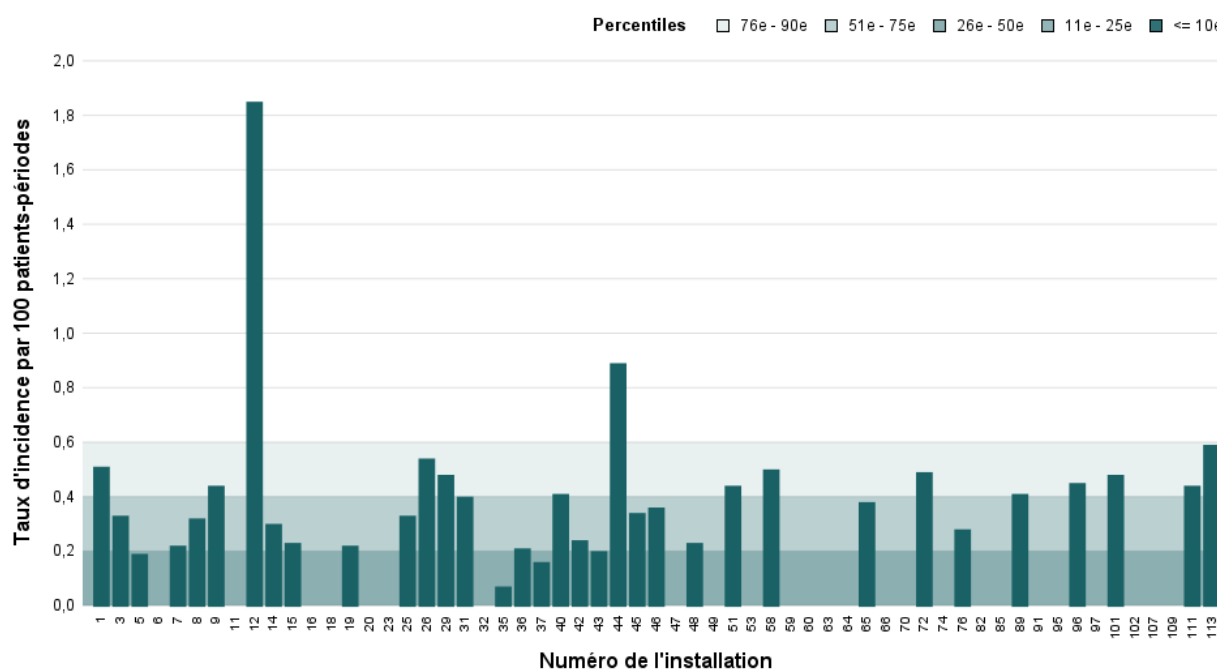
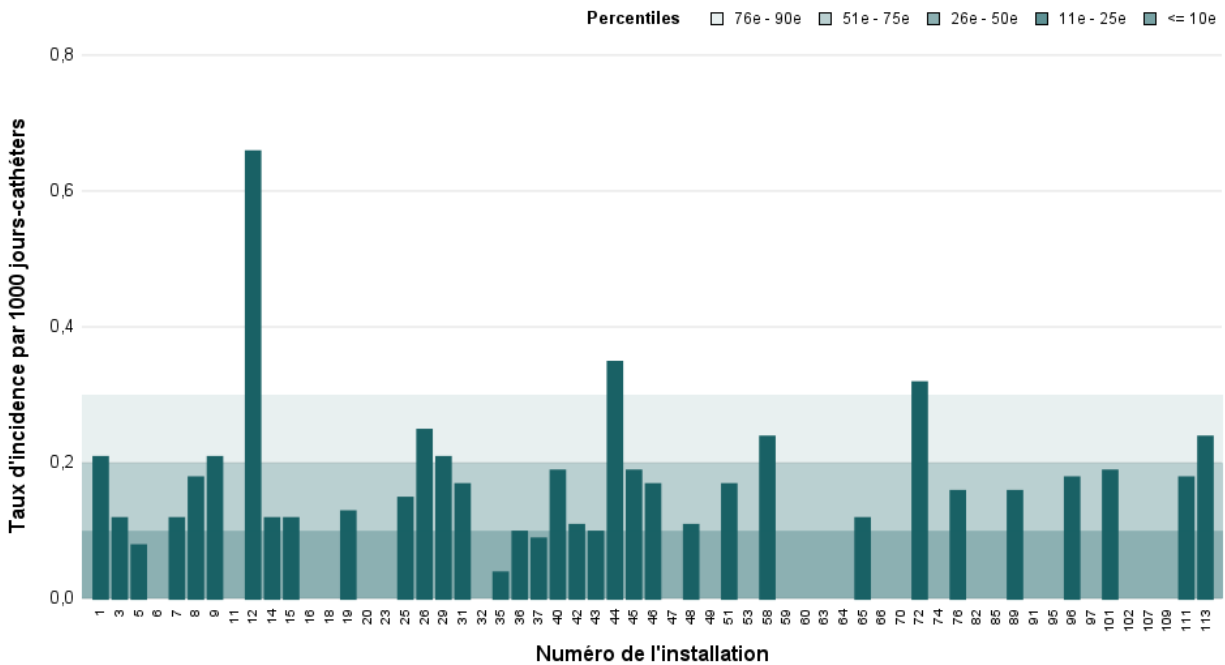


Figure 11 Taux d'incidence par 1 000 jours-cathéter des bactériémies nosocomiales (cat. 1a, 1b et 1c), par installation (2024-2025) et percentiles des taux d'incidence (2020-2021 à 2023-2024), 2024-2025



En 2024-2025, la proportion d'usagers avec fistules par installation a varié de 0 à 58,76 % ([Tableau 7](#)). Par ailleurs, le taux d'incidence des bactériémies nosocomiales associées aux accès vasculaires en hémodialyse (catégories 1a, 1b et 1c) a varié de 0 à 1,85 cas par 100 patients-période en 2024-2025 ([Tableau 8](#)).

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 de la proportion de fistules, par installation, 2022-2023 à 2024-2025

| Numéro | Nom de l'installation | Proportion d'utilisateurs avec fistule [IC à 95%] | | |
|--------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | 2022 - 2023 | 2023 - 2024 | 2024 - 2025 |
| 1 | Hôpital Charles-Le Moyne | 30,48 [28,85 ; 32,20] | 27,32 [25,73 ; 29,00] | 23,55 [22,08 ; 25,12] |
| 3 | Hôpital Glen - Royal Victoria | 8,16 [5,63 ; 11,82] | 6,72 [4,54 ; 9,95] | 6,89 [4,49 ; 10,56] |
| 5 | Hôpital Général Juif | 12,43 [11,29 ; 13,68] | 12,44 [11,27 ; 13,74] | 15,18 [13,88 ; 16,61] |
| 6 | Hôpital Glen - Enfants | 0 | 0 | 0 |
| 7 | Hôtel-Dieu de Québec | 33,31 [31,48 ; 35,25] | 32,91 [31,10 ; 34,83] | 33,53 [31,68 ; 35,48] |
| 8 | Hôpital Maisonneuve-Rosemont | 39,18 [37,51 ; 40,92] | 30,47 [28,93 ; 32,09] | 35,97 [34,09 ; 37,95] |
| 9 | Hôpital du Haut-Richelieu | 23,83 [21,57 ; 26,33] | 27,23 [24,76 ; 29,95] | 24,94 [22,61 ; 27,51] |
| 11 | Hôpital Pierre-Le Gardeur | 20,69 [18,72 ; 22,87] | 19,07 [17,20 ; 21,14] | 14,43 [12,88 ; 16,17] |
| 12 | CHU Sainte-Justine | 5,15 [2,46 ; 10,80] | 0 | 0 |
| 14 | Hôpital de Lanaudière et CHSLD Parphilia-Ferland | 9,06 [7,82 ; 10,49] | 8,64 [7,41 ; 10,08] | 12,03 [10,61 ; 13,64] |
| 15 | CHUS - Hôpital Fleurimont | 23,40 [20,70 ; 26,45] | 28,13 [25,21 ; 31,39] | 31,24 [28,70 ; 34,01] |
| 16 | Hôpital Régional de Rimouski | 41,14 [36,81 ; 45,98] | 42,08 [37,48 ; 47,24] | 47,43 [42,32 ; 53,16] |
| 18 | Hôtel-Dieu de Lévis | 21,39 [18,68 ; 24,50] | 18,63 [15,98 ; 21,72] | 16,99 [14,61 ; 19,76] |
| 19 | Hôpital de la Cité-de-la-Santé | 49,57 [47,36 ; 51,88] | 47,77 [45,73 ; 49,90] | 45,18 [43,27 ; 47,18] |
| 20 | Hôpital de Chicoutimi | 20,29 [17,46 ; 23,58] | 21,34 [18,45 ; 24,69] | 20,86 [17,95 ; 24,24] |
| 23 | Hôtel-Dieu d'Arthabaska | 10,41 [7,67 ; 14,14] | 12,58 [9,75 ; 16,24] | 11,49 [8,88 ; 14,86] |
| 25 | Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal | 20,69 [19,14 ; 22,37] | 22,92 [21,30 ; 24,66] | 21,99 [20,39 ; 23,72] |
| 26 | Hôpital de Verdun | 23,03 [20,76 ; 25,55] | 20,94 [18,91 ; 23,18] | 22,29 [20,24 ; 24,55] |
| 29 | Hôpital Général de Montréal | 26,22 [23,98 ; 28,67] | 20,37 [18,39 ; 22,57] | 20,91 [18,83 ; 23,22] |
| 31 | Pavillon Sainte-Marie | 15,25 [13,58 ; 17,13] | 12,78 [11,26 ; 14,51] | 18,62 [16,70 ; 20,75] |
| 32 | Centre Hospitalier Régional du Grand-Portage | 31,03 [24,96 ; 38,58] | 18,77 [14,69 ; 23,98] | 12,61 [9,35 ; 17,00] |

Tableau 7 Évolution de la proportion de fistules, par installation, 2022-2023 à 2024-2025 (suite)

| Numéro | Nom de l'installation | Proportion d'usagers avec fistule [IC à 95%] | | |
|--------|------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | 2022 - 2023 | 2023 - 2024 | 2024 - 2025 |
| 35 | Hôpital Honoré-Mercier | 30,76 [28,13 ; 33,63] | 31,45 [28,84 ; 34,29] | 34,29 [31,45 ; 37,39] |
| 36 | Hôpital Général du Lakeshore | 29,31 [26,93 ; 31,90] | 24,76 [22,60 ; 27,12] | 20,22 [18,28 ; 22,36] |
| 37 | Hôtel-Dieu de Sorel | 54,53 [49,42 ; 60,17] | 46,20 [41,24 ; 51,76] | 37,70 [33,16 ; 42,87] |
| 40 | Hôpital de Hull | 12,98 [11,51 ; 14,64] | 16,71 [15,00 ; 18,61] | 23,79 [21,72 ; 26,06] |
| 42 | Hôpital Anna-Laberge | 28,91 [26,57 ; 31,46] | 25,38 [23,09 ; 27,90] | 18,09 [16,15 ; 20,27] |
| 43 | Centre Hospitalier de l'Université de Montréal | 44,32 [42,32 ; 46,42] | 44,59 [42,34 ; 46,96] | 38,55 [36,55 ; 40,66] |
| 44 | Hôpital Sainte-Croix | 14,31 [11,55 ; 17,72] | 14,01 [11,27 ; 17,42] | 8,35 [6,27 ; 11,11] |
| 45 | Hôpital de Saint-Eustache | 33,24 [30,43 ; 36,31] | 34,64 [31,77 ; 37,77] | 35,75 [32,81 ; 38,95] |
| 46 | Hôpital de Granby | 23,00 [19,74 ; 26,80] | 22,32 [19,02 ; 26,19] | 22,88 [19,23 ; 27,23] |
| 47 | Hôpital de Rouyn-Noranda | 56,67 [47,90 ; 67,04] | 58,33 [49,81 ; 68,31] | 58,66 [49,96 ; 68,88] |
| 48 | Centre Hospitalier de St. Mary | 27,41 [24,58 ; 30,56] | 22,70 [20,13 ; 25,60] | 21,96 [19,55 ; 24,67] |
| 49 | Centre Multi. SSS de Memphrémagog | 43,59 [35,90 ; 52,93] | 46,70 [38,61 ; 56,49] | 37,31 [29,62 ; 47,00] |
| 51 | Hôpital de Maniwaki | 5,63 [3,27 ; 9,69] | 9,68 [6,49 ; 14,44] | 6,17 [3,66 ; 10,42] |
| 53 | Hôpital de Chandler | 53,94 [43,82 ; 66,40] | 48,84 [39,44 ; 60,48] | 32,64 [26,18 ; 40,69] |
| 58 | Hôpital du Suroît | 35,72 [32,49 ; 39,27] | 32,95 [29,65 ; 36,61] | 26,13 [23,38 ; 29,20] |
| 59 | Centre Multi. SSS de Baie-Saint-Paul | 16,97 [11,72 ; 24,58] | 17,81 [12,13 ; 26,16] | 8,28 [4,70 ; 14,58] |
| 60 | Centre Multi. SSS de Saint-Raymond | 59,70 [49,92 ; 71,40] | 50,25 [41,35 ; 61,07] | 37,25 [29,75 ; 46,64] |
| 63 | Hôpital de Saint-Georges | 29,90 [24,40 ; 36,64] | 26,36 [21,36 ; 32,52] | 31,12 [25,66 ; 37,75] |
| 64 | CLSC et Hôpital Le Royer | 12,00 [6,81 ; 21,13] | 17,35 [10,79 ; 27,91] | 34,65 [24,88 ; 48,26] |
| 65 | Hôpital de Val-d'Or | 55,64 [49,74 ; 62,24] | 51,99 [46,44 ; 58,21] | 45,09 [39,72 ; 51,19] |

Tableau 7 Évolution de la proportion de fistules, par installation, 2022-2023 à 2024-2025 (suite)

| Numéro | Nom de l'installation | Proportion d'usagers avec fistule [IC à 95%] | | |
|---------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| | | 2022 - 2023 | 2023 - 2024 | 2024 - 2025 |
| 66 | Hôpital de Chisasibi | 32,53 [27,87 ; 37,96] | 27,51 [23,27 ; 32,52] | 21,27 [17,74 ; 25,50] |
| 70 | Centre Multi. SSS de la Sarre | 60,00 [50,49 ; 71,30] | 57,92 [48,32 ; 69,43] | 55,50 [46,27 ; 66,58] |
| 72 | Hôpital et CLSC de Sept-Îles | 31,55 [24,74 ; 40,23] | 33,16 [26,00 ; 42,29] | 45,15 [36,85 ; 55,32] |
| 74 | Hôpital de Dolbeau-Mistassini | 37,68 [25,65 ; 55,34] | 32,05 [21,66 ; 47,43] | 33,80 [22,65 ; 50,43] |
| 76 | Hôpital de Lachine | 38,40 [34,85 ; 42,32] | 40,18 [36,58 ; 44,13] | 36,99 [33,50 ; 40,84] |
| 82 | Centre Multi. SSS de Ville-Marie | -- | 2,53 [0,63 ; 10,13] | 20,51 [13,75 ; 30,60] |
| 85 | Centre Multi. SSS du Haut-Saint-Maurice | 0 | 0 | 1,49 [0,21 ; 10,61] |
| 89 | Hôpital de Montmagny | 19,40 [14,78 ; 25,46] | 15,59 [11,48 ; 21,17] | 11,07 [7,59 ; 16,14] |
| 91 | Hôpital de Gaspé | 4,23 [1,37 ; 13,10] | 1,54 [0,22 ; 10,91] | 0 |
| 95 | Hôpital et CHSLD du Pontiac | 3,64 [1,64 ; 8,10] | 0 | 0,75 [0,11 ; 5,35] |
| 96 | Centre de Santé de Chibougamau | 15,56 [10,74 ; 22,53] | 15,79 [11,04 ; 22,58] | 12,50 [8,63 ; 18,10] |
| 97 | Hôpital et GMFU de Maria | 58,54 [44,12 ; 77,68] | 36,73 [26,49 ; 50,92] | 28,70 [20,18 ; 40,81] |
| 101 | Hôpital de Saint-Jérôme | 29,24 [27,04 ; 31,62] | 29,02 [26,87 ; 31,34] | 26,87 [24,84 ; 29,07] |
| 102 | Centre Multi. SSS de Rivière-Rouge | 39,15 [34,30 ; 44,68] | 38,08 [33,03 ; 43,90] | 35,82 [30,79 ; 41,67] |
| 107 | Hôpital de l'Archipel | 0 | 18,18 [10,77 ; 30,70] | 15,31 [9,23 ; 25,39] |
| 109 | Hôpital et CLSC de Sainte-Anne-des-Monts | 30,33 [21,98 ; 41,86] | 13,51 [8,14 ; 22,41] | 20,16 [13,73 ; 29,61] |
| 111 | Hôpital et CHSLD de Papineau | 8,12 [5,18 ; 12,73] | 14,56 [10,59 ; 20,01] | 11,50 [7,83 ; 16,89] |
| 113 | Hôpital de Thetford | 23,27 [18,79 ; 28,82] | 17,34 [13,46 ; 22,33] | 12,61 [9,35 ; 17,00] |
| Ensemble du Québec | | 29,32 [28,90 ; 29,74] | 27,62 [27,21 ; 28,03] | 26,92 [26,52 ; 27,33] |

Tableau 8 Évolution du nombre de cas (N), du nombre de patients-période (PP) et du taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a, 1b et 1c) par installation, 2022-2023 à 2024-2025

| Numéro | Nom de l'installation | Cas (N), patients-période (PP), taux d'incidence par 100 patients-période [IC à 95%] | | | | | | | | |
|--------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------|-------------|------|---------------------|-------------|------|---------------------|
| | | 2022 - 2023 | | | 2023 - 2024 | | | 2024 - 2025 | | |
| | | N | PP | Taux | N | PP | Taux | N | PP | Taux |
| 1 | Hôpital Charles-Le Moyne | 12 | 4176 | 0,29 [0,17 ; 0,51] | 10 | 3931 | 0,25 [0,13 ; 0,47] | 20 | 3924 | 0,51 [0,33 ; 0,79] |
| 3 | Hôpital Glen - Royal Victoria | 1 | 343 | 0,29 [0,04 ; 2,08] | 3 | 372 | 0,81 [0,26 ; 2,50] | 1 | 305 | 0,33 [0,05 ; 2,31] |
| 5 | Hôpital Général Juif | 5 | 3370 | 0,15 [0,06 ; 0,36] | 5 | 3142 | 0,16 [0,07 ; 0,38] | 6 | 3142 | 0,19 [0,09 ; 0,42] |
| 6 | Hôpital Glen - Enfants | 0 | 60 | 0 | 0 | 47 | 0 | 0 | 49 | 0 |
| 7 | Hôtel-Dieu de Québec | 8 | 3600 | 0,22 [0,11 ; 0,44] | 15 | 3637 | 0,41 [0,25 ; 0,68] | 8 | 3573 | 0,22 [0,11 ; 0,45] |
| 8 | Hôpital Maisonneuve-Rosemont | 22 | 5184 | 0,42 [0,28 ; 0,64] | 13 | 4677 | 0,28 [0,16 ; 0,48] | 12 | 3717 | 0,32 [0,18 ; 0,57] |
| 9 | Hôpital du Haut-Richelieu | 5 | 1620 | 0,31 [0,13 ; 0,74] | 5 | 1561 | 0,32 [0,13 ; 0,77] | 7 | 1604 | 0,44 [0,21 ; 0,92] |
| 11 | Hôpital Pierre-Le Gardeur | 3 | 1856 | 0,16 [0,05 ; 0,50] | 1 | 1898 | 0,05 [0,01 ; 0,39] | 0 | 2051 | 0 |
| 12 | CHU Sainte-Justine | 3 | 136 | 2,21 [0,71 ; 6,84] | 1 | 70 | 1,43 [0,20 ; 10,13] | 1 | 54 | 1,85 [0,26 ; 13,16] |
| 14 | Hôpital de Lanaudière et CHSLD Parphilia-Ferland | 5 | 1964 | 0,25 [0,10 ; 0,61] | 10 | 1875 | 0,53 [0,28 ; 0,99] | 6 | 2028 | 0,30 [0,14 ; 0,66] |
| 15 | CHUS - Hôpital Fleurimont | 2 | 1094 | 0,18 [0,04 ; 0,74] | 3 | 1134 | 0,26 [0,08 ; 0,82] | 4 | 1703 | 0,23 [0,08 ; 0,63] |
| 16 | Hôpital Régional de Rimouski | 1 | 756 | 0,13 [0,02 ; 0,96] | 1 | 682 | 0,15 [0,02 ; 1,02] | 0 | 622 | 0 |
| 18 | Hôtel-Dieu de Lévis | 3 | 977 | 0,31 [0,10 ; 0,95] | 3 | 875 | 0,34 [0,11 ; 1,06] | 0 | 989 | 0 |
| 19 | Hôpital de la Cité-de-la-Santé | 6 | 3730 | 0,16 [0,07 ; 0,36] | 9 | 4220 | 0,21 [0,11 ; 0,41] | 10 | 4537 | 0,22 [0,12 ; 0,41] |
| 20 | Hôpital de Chicoutimi | 0 | 838 | 0 | 1 | 848 | 0,12 [0,02 ; 0,82] | 0 | 815 | 0 |
| 23 | Hôtel-Dieu d'Arthabaska | 5 | 394 | 1,27 [0,53 ; 3,05] | 0 | 469 | 0 | 0 | 505 | 0 |
| 25 | Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal | 11 | 3050 | 0,36 [0,20 ; 0,65] | 7 | 3128 | 0,22 [0,10 ; 0,47] | 10 | 3060 | 0,33 [0,18 ; 0,61] |
| 26 | Hôpital de Verdun | 11 | 1546 | 0,71 [0,39 ; 1,28] | 17 | 1772 | 0,96 [0,60 ; 1,54] | 10 | 1853 | 0,54 [0,29 ; 1,00] |
| 29 | Hôpital Général de Montréal | 7 | 1831 | 0,38 [0,18 ; 0,80] | 9 | 1797 | 0,50 [0,26 ; 0,96] | 8 | 1679 | 0,48 [0,24 ; 0,95] |
| 31 | Pavillon Sainte-Marie | 7 | 1862 | 0,38 [0,18 ; 0,79] | 5 | 1863 | 0,27 [0,11 ; 0,65] | 7 | 1751 | 0,40 [0,19 ; 0,84] |
| 32 | Centre Hospitalier Régional du Grand-Portage | 0 | 261 | 0 | 1 | 341 | 0,29 [0,04 ; 2,10] | 0 | 341 | 0 |

Tableau 8 Évolution du nombre de cas (N), du nombre de patients-période (PP) et du taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a, 1b et 1c) par installation, 2022-2023 à 2024-2025 (suite)

| Numéro | Nom de l'installation | Cas (N), patients-période (PP), taux d'incidence par 100 patients-période [IC à 95%] | | | | | | | | |
|--------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------|-------------|------|--------------------|-------------|------|--------------------|
| | | 2022 - 2023 | | | 2023 - 2024 | | | 2024 - 2025 | | |
| | | N | PP | Taux | N | PP | Taux | N | PP | Taux |
| 35 | Hôpital Honoré-Mercier | 5 | 1567 | 0,32 [0,13 ; 0,77] | 2 | 1631 | 0,12 [0,03 ; 0,49] | 1 | 1499 | 0,07 [0,01 ; 0,45] |
| 36 | Hôpital Général du Lakeshore | 0 | 1829 | 0 | 2 | 1866 | 0,11 [0,03 ; 0,42] | 4 | 1874 | 0,21 [0,08 ; 0,57] |
| 37 | Hôtel-Dieu de Sorel | 0 | 728 | 0 | 3 | 645 | 0,47 [0,15 ; 1,44] | 1 | 618 | 0,16 [0,02 ; 1,16] |
| 40 | Hôpital de Hull | 6 | 2042 | 0,29 [0,13 ; 0,65] | 8 | 1981 | 0,40 [0,20 ; 0,81] | 8 | 1950 | 0,41 [0,20 ; 0,82] |
| 42 | Hôpital Anna-Laberge | 1 | 1861 | 0,05 [0,01 ; 0,41] | 3 | 1694 | 0,18 [0,06 ; 0,55] | 4 | 1647 | 0,24 [0,09 ; 0,65] |
| 43 | Centre Hospitalier de l'Université de Montréal | 14 | 4057 | 0,35 [0,21 ; 0,59] | 7 | 3216 | 0,22 [0,11 ; 0,46] | 7 | 3515 | 0,20 [0,10 ; 0,42] |
| 44 | Hôpital Sainte-Croix | 2 | 587 | 0,34 [0,08 ; 1,36] | 1 | 578 | 0,17 [0,02 ; 1,25] | 5 | 563 | 0,89 [0,37 ; 2,13] |
| 45 | Hôpital de Saint-Eustache | 4 | 1477 | 0,27 [0,10 ; 0,72] | 4 | 1484 | 0,27 [0,10 ; 0,72] | 5 | 1463 | 0,34 [0,14 ; 0,82] |
| 46 | Hôpital de Granby | 1 | 713 | 0,14 [0,02 ; 1,00] | 2 | 672 | 0,30 [0,08 ; 1,19] | 2 | 555 | 0,36 [0,09 ; 1,44] |
| 47 | Hôpital de Rouyn-Noranda | 0 | 240 | 0 | 1 | 264 | 0,38 [0,05 ; 2,68] | 0 | 254 | 0 |
| 48 | Centre Hospitalier de St. Mary | 2 | 1182 | 0,17 [0,04 ; 0,68] | 3 | 1172 | 0,26 [0,09 ; 0,79] | 3 | 1293 | 0,23 [0,07 ; 0,72] |
| 49 | Centre Multi. SSS de Memphrémagog | 0 | 234 | 0 | 0 | 227 | 0 | 0 | 193 | 0 |
| 51 | Hôpital de Maniwaki | 0 | 231 | 0 | 1 | 248 | 0,40 [0,06 ; 2,88] | 1 | 227 | 0,44 [0,06 ; 3,13] |
| 53 | Hôpital de Chandler | 0 | 165 | 0 | 0 | 172 | 0 | 0 | 242 | 0 |
| 58 | Hôpital du Suroît | 2 | 1201 | 0,17 [0,04 ; 0,66] | 2 | 1050 | 0,19 [0,05 ; 0,76] | 6 | 1190 | 0,50 [0,22 ; 1,12] |
| 59 | Centre Multi. SSS de Baie-Saint-Paul | 0 | 165 | 0 | 1 | 146 | 0,68 [0,09 ; 4,90] | 0 | 145 | 0 |
| 60 | Centre Multi. SSS de Saint-Raymond | 0 | 201 | 0 | 0 | 201 | 0 | 0 | 204 | 0 |
| 63 | Hôpital de Saint-Georges | 1 | 311 | 0,32 [0,04 ; 2,29] | 0 | 330 | 0 | 0 | 331 | 0 |
| 64 | CLSC et Hôpital Le Royer | 1 | 100 | 1,00 [0,14 ; 7,10] | 1 | 98 | 1,02 [0,14 ; 7,25] | 0 | 101 | 0 |
| 65 | Hôpital de Val-d'Or | 2 | 550 | 0,36 [0,09 ; 1,46] | 0 | 579 | 0 | 2 | 530 | 0,38 [0,10 ; 1,50] |

Tableau 8 Évolution du nombre de cas (N), du nombre de patients-période (PP) et du taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a, 1b et 1c) par installation, 2022-2023 à 2024-2025 (suite)

| Numéro | Nom de l'installation | Cas (N), patients-période (PP), taux d'incidence par 100 patients-période [IC à 95%] | | | | | | | | |
|---------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------|-------------|---------------|---------------------------|-------------|---------------|---------------------------|
| | | 2022 - 2023 | | | 2023 - 2024 | | | 2024 - 2025 | | |
| | | N | PP | Taux | N | PP | Taux | N | PP | Taux |
| 66 | Hôpital de Chisasibi | 0 | 495 | 0 | 0 | 498 | 0 | 0 | 550 | 0 |
| 70 | Centre Multi. SSS de la Sarre | 0 | 215 | 0 | 0 | 202 | 0 | 0 | 209 | 0 |
| 72 | Hôpital et CLSC de Sept-Îles | 1 | 206 | 0,49 [0,07 ; 3,42] | 0 | 196 | 0 | 1 | 206 | 0,49 [0,07 ; 3,42] |
| 74 | Hôpital de Dolbeau-Mistassini | 3 | 69 | 4,35 [1,40 ; 13,48] | 0 | 78 | 0 | 0 | 71 | 0 |
| 76 | Hôpital de Lachine | 1 | 1060 | 0,09 [0,01 ; 0,70] | 1 | 1085 | 0,09 [0,01 ; 0,67] | 3 | 1057 | 0,28 [0,09 ; 0,88] |
| 82 | Centre Multi. SSS de Ville-Marie | -- | -- | -- | 0 | 79 | 0 | 0 | 117 | 0 |
| 85 | Centre Multi. SSS du Haut-Saint-Maurice | 0 | 56 | 0 | 0 | 63 | 0 | 0 | 67 | 0 |
| 89 | Hôpital de Montmagny | 2 | 268 | 0,75 [0,19 ; 2,98] | 0 | 263 | 0 | 1 | 244 | 0,41 [0,06 ; 2,91] |
| 91 | Hôpital de Gaspé | 0 | 71 | 0 | 0 | 65 | 0 | 0 | 50 | 0 |
| 95 | Hôpital et CHSLD du Pontiac | 0 | 165 | 0 | 1 | 149 | 0,67 [0,09 ; 4,77] | 0 | 133 | 0 |
| 96 | Centre de Santé de Chibougamau | 0 | 180 | 0 | 0 | 190 | 0 | 1 | 224 | 0,45 [0,06 ; 3,15] |
| 97 | Hôpital et GMFU de Maria | 0 | 82 | 0 | 0 | 98 | 0 | 0 | 108 | 0 |
| 101 | Hôpital de Saint-Jérôme | 10 | 2151 | 0,46 [0,25 ; 0,86] | 5 | 2243 | 0,22 [0,09 ; 0,53] | 11 | 2311 | 0,48 [0,27 ; 0,86] |
| 102 | Centre Multi. SSS de Rivière-Rouge | 0 | 562 | 0 | 0 | 499 | 0 | 0 | 469 | 0 |
| 107 | Hôpital de l'Archipel | 0 | 50 | 0 | 0 | 77 | 0 | 0 | 98 | 0 |
| 109 | Hôpital et CLSC de Sainte-Anne-des-Monts | 0 | 122 | 0 | 0 | 111 | 0 | 0 | 129 | 0 |
| 111 | Hôpital et CHSLD de Papineau | 2 | 234 | 0,85 [0,21 ; 3,42] | 1 | 261 | 0,38 [0,05 ; 2,74] | 1 | 226 | 0,44 [0,06 ; 3,16] |
| 113 | Hôpital de Thetford | 2 | 361 | 0,55 [0,14 ; 2,22] | 1 | 346 | 0,29 [0,04 ; 2,05] | 2 | 341 | 0,59 [0,15 ; 2,34] |
| Ensemble du Québec | | 179 | 64 436 | 0,28 [0,24 ; 0,32] | 169 | 63 096 | 0,27 [0,23 ; 0,31] | 179 | 63 306 | 0,28 [0,24 ; 0,32] |

4 LIMITES

4.1 Limites générales

Le programme de surveillance comporte certaines limites à prendre en considération lors de l'interprétation des données :

- Les données du programme de surveillance sont tributaires du respect des définitions par les équipes déclarant les cas;
- 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-HD

Étant donné que le nombre de cas par unité de soins en hémodialyse est parfois petit et que des unités de petites tailles participent à la surveillance, il est déconseillé de comparer les résultats des unités entre elles; il faut plutôt considérer la distribution provinciale des taux d'incidence.

Les usagers ayant une fréquence de traitement d'hémodialyse inférieure à trois fois par semaine (ex. : deux fois par semaine) peuvent ne pas être inclus dans le dénominateur si le traitement ne se produit pas le lundi ou le mardi (jours où les dénominateurs sont recueillis). À l'inverse, un usager qui aurait des traitements d'hémodialyse plus fréquemment pourrait être inclus deux fois dans les dénominateurs. Les bactériémies survenant chez ces usagers sont incluses dans le numérateur.

5 ANALYSE ET DISCUSSION

Les données de surveillance 2024-2025 démontrent une stabilité du taux d'incidence des bactériémies associées aux accès vasculaires en hémodialyse depuis 2021-2022. Ce taux de 0,28 cas par 100 patients-période, tous accès confondus, se compare aux taux observés dans le cadre de la surveillance National Healthcare Safety Network (NHSN) aux États-Unis, qui était de 0,27 cas par 100 patients-mois en 2023 (NHSN, 2025).

Pour ce même programme de surveillance, et toujours en 2023, le taux rapporté pour les bactériémies associées à un cathéter, qu'il soit tunnelisé ou non, était de 0,6 cas par 100 patients-mois (NHSN, 2025). Ceci demeure comparable aux résultats québécois en 2024-2025, avec des taux observés de 0,37 et 0,97 cas par 100 patients-période, pour les cathéters tunnelisés et non tunnelisés, respectivement. Il est à noter que dans SPIN-HD, une baisse significative du taux relié aux cathéters non tunnelisés a été observée entre 2021-2022 et 2024-2025. Les raisons liées à cette baisse demeurent inconnues : pourrait-il y avoir une utilisation plus répandue de pansements imprégnés de chlorhexidine ou d'onguent au site du DAVC ? En portant attention aux taux par 1 000 jours-cathéter ailleurs dans le monde, des taux oscillants entre 0,35 et 0,88 cas, tous types de cathéters confondus (comparativement à 0,13 et 0,35 cas par 1 000 jours-cathéter, pour les cathéters tunnelisés et non tunnelisés, respectivement, au Québec en 2024-2025) ont été rapportés dans des études provenant d'Europe, de Turquie et d'Israël (Almenara-Tejederas *et al.*, 2022; Arslan *et al.*, 2025; Mandolfo *et al.*, 2024; Schamroth Pravda *et al.*, 2024). Plus près du Québec, à Winnipeg au Manitoba, Lawrence *et al.* (2025) rapportaient des taux de 0,56 et 0,53 cas par 1 000 jours-cathéter pour les cathéters tunnelisés durant deux périodes consécutives d'observation totalisant près de trois ans de surveillance. Une étude chinoise a rapporté un taux de 0,02 cas pour les cathéters tunnelisés par l'application d'un protocole rigoureux de soins et l'accès accéléré à la création d'une fistule artério-veineuse (Mai *et al.*, 2025). En effet, dans cette étude, le temps de portage moyen du cathéter était de 107 jours (Mai *et al.*, 2025), ce qui ne représente pas la réalité québécoise. Au Québec, c'est plutôt une minorité d'usagers qui sont dialysés au moyen d'une fistule artérioveineuse et il n'y a pas de données quant au délai de création de celle-ci en relais à un cathéter. Il est important de rappeler que la proportion des usagers dialysés au moyen d'une fistule a continué de chuter au Québec (26,91 % en 2024-2025) avec toutefois un possible infléchissement de la courbe.

Mis à part le type de voie d'accès, d'autres variables ressortent dans les études publiées récemment comme facteurs de risque pour développer une bactériémie, notamment l'âge, le diabète, l'hypoalbuminémie (Arslan *et al.*, 2025; Guo *et al.*, 2024; Muthukuda *et al.*, 2024). Les caractéristiques à risque accru au niveau des cathéters seraient la durée de portage du cathéter, le nombre de cathéters antérieurs, la voie fémorale, la localisation jugulaire gauche (plus à risque que jugulaire droite) et le fait d'avoir déjà fait une bactériémie associée à une voie d'accès (Arslan *et al.*, 2025; Guo *et al.*, 2024; Muthukuda *et al.*, 2024; Pasilan *et al.*, 2024; Schamroth Pravda *et al.*, 2024).

En ce qui a trait aux complications, la mortalité à 30 jours était de 8,4 % en 2024-2025 en comparaison à 14,6 %, 16% et 7,8 %, respectivement en 2023-2024, 2022-2023 et 2021-2022. Les taux de mortalité rapportés dans les études publiées entre 2024 et 2025 se situent entre six et 13 % (Almenara-Tejederas *et al.*, 2022; Arslan *et al.*, 2025; Pandit *et al.*, 2025; Pasilan *et al.*, 2024; Schamroth Pravda *et al.*, 2024). Les données de ces études sont toutefois difficilement comparables entre elles ainsi qu'avec les données québécoises. En effet, pour certaines études il s'agit de mortalité attribuable, alors que pour d'autres il s'agit de mortalité brute. De plus, le calcul du taux de mortalité s'effectue à un moment variable par rapport à la bactériémie. Il convient également de rappeler qu'en 2024-2025, 78,3 % des usagers avec bactériémie associée à un accès vasculaire en dialyse ont dû être hospitalisés, ce qui représente un fardeau important.

Pour ce qui est des agents pathogènes impliqués, une certaine variabilité est présente à travers le monde. Parmi les études observationnelles récentes provenant de Turquie, du Canada (Winnipeg), de Suisse et du Sri Lanka, *S. aureus* est le microorganisme pathogène prédominant (Arslan *et al.*, 2025; Lawrence *et al.*, 2025; MacPhail *et al.*, 2024; Muthukuda *et al.*, 2024). Parmi celles-ci, la proportion de SARM oscille généralement entre 12 et 27 %. Dans d'autres régions du globe, tels qu'en Israël (Schamroth Pravda *et al.*, 2024), en Inde (Pandit *et al.*, 2025) et aux Philippines (Pasilan *et al.*, 2024), les entérobactéries et le *Pseudomonas* sont les pathogènes le plus fréquemment rencontrés. À noter que les dernières données américaines de surveillance nationale publiées datent du rapport NHSN (2019), *S. aureus* était alors l'agent pathogène le plus fréquent 33 %, suivi des SCN à 21,3 %.

En résumé, les données de surveillance 2024-2025 sont relativement stables par rapport aux dernières années, et ce pour la plupart des variables analysées.

6 RÉFÉRENCES

- Almenara-Tejederas, M., Rodríguez-Pérez, M. A., Moyano-Franco, M. J., De Cueto-López, M., Rodríguez-Baño, J., & Salgueira-Lazo, M. (2022). Tunneled catheter-related bacteremia in hemodialysis patients: Incidence, risk factors and outcomes. A 14-year observational study. *Journal of Nephrology*, 36(1), 203-212. <https://doi.org/10.1007/s40620-022-01408-8>
- Arslan, M., Kahraman, E., & Menekşe, E. (2025). Tunneled Catheter-Related Bloodstream Infections in Chronic Hemodialysis Patients: Frequency, Risk Factors, and Outcomes—A 10-Year Analysis. *APMIS*, 133(3), e70016. <https://doi.org/10.1111/apm.70016>
- Guo, H., Zhang, L., He, H., & Wang, L. (2024). Risk factors for catheter-associated bloodstream infection in hemodialysis patients: A meta-analysis. *PLOS ONE*, 19(3), e0299715. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299715>
- Lawrence, C. K., Boyce, M. L., Weisensel, S., Sathianathan, C., Verrelli, M., & Zelenitsky, S. A. (2025). Impact of practice changes on catheter-related exit-site and bloodstream infection rates in a Canadian hemodialysis center: A retrospective study. *The Journal of Vascular Access*, 26(6), 1952-1958. <https://doi.org/10.1177/11297298241309535>
- MacPhail, A., Chraïti, M.-N., Zanella, M.-C., Hassoun-Kheir, N., Catho, G., Nguyen, A., Harbarth, S., & Buetti, N. (2024). Microbiology of catheter-associated bloodstream infection: Differences according to catheter type. *International Journal of Infectious Diseases*, 148, 107247. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2024.107247>
- Mai, Y., Cui, L., Wang, G., Tan, Q., Xian, S., & Pai, P. (2025). Meticulous catheter care and aseptic approach reduce catheter-related bloodstream infections significantly in hemodialysis patients: A 5-year single center study. *The Journal of Vascular Access*, 26(3), 918-925. <https://doi.org/10.1177/11297298241251507>
- Mandolfo, S., Possenti, S., Lucca, B., Bracchi, M., Bove, S., Bertelli, C., Costantino, E., & Alberici, F. (2024). Tunneled hemodialysis central venous catheters prevalence and bloodstream infection rates in Northern Italy: A survey of the "East Lombardy Nephrological Network". *The Journal of Vascular Access*, 25(6), 2001-2006. <https://doi.org/10.1177/11297298231202081>
- Muthukuda, C., Suriyakumara, V., Samarathunga, T., Liyanage, L., & Marasinghe, A. (2024). Non-tunneled haemodialysis catheter-related blood stream infections and associated factors among first time haemodialysis patients: A prospective study from a tertiary care hospital in Sri Lanka. *BMC Nephrology*, 25(1), 280. <https://doi.org/10.1186/s12882-024-03726-4>
- National Healthcare Safety Network (NHSN). (2019). 2014-2019 Surveillance summary of bloodstream infections in outpatient hemodialysis facilities. Centers for Disease Control and Prevention. www.cdc.gov/dialysis/pdfs/BSI-NHSN-2014to2019-508.pdf
- National Healthcare Safety Network (NHSN). (2025, décembre). Healthcare-Associated Infections in Dialysis. Centers for Disease Control and Prevention. <https://arpsp.cdc.gov/profile/dialysis/all-123?hidden=>

Pandit, N., Rao, N., Ansari, M., Chandra, A., & Saran, S. (2025). Adverse Outcomes After Tunneled Dialysis Catheter–Related Bloodstream Infections—Too Dark at the End of This Tunnel? *Seminars in Dialysis*, 38(2), 124-131. <https://doi.org/10.1111/sdi.13232>

Pasilan, R. M., Tomacruz-Amante, I. D., & Dimacali, C. T. (2024). The epidemiology and microbiology of central venous catheter related bloodstream infections among hemodialysis patients in the Philippines: A retrospective cohort study. *BMC Nephrology*, 25(1), 331. <https://doi.org/10.1186/s12882-024-03776-8>

Schamroth Pravda, M., Maor, Y., Brodsky, K., Katkov, A., Cernes, R., Schamroth Pravda, N., Tocut, M., Zohar, I., Soroksky, A., & Feldman, L. (2024). Blood stream Infections in chronic hemodialysis patients—Characteristics and outcomes. *BMC Nephrology*, 25(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s12882-023-03442-5>

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 DE SPIN-HD

MEMBRES RÉGULIERS

Annie Ruest, présidente
Centre hospitalier universitaire de Québec -
Université Laval

Ruth Bruno
Valérie Labbé
Natasha Parisien
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du
Québec

Geneviève Caron
Centre intégré de santé et de services
sociaux de la Montérégie-Centre

Simon Desmeules
Centre hospitalier universitaire de Québec -
Université Laval

Jean-Philippe Lafrance
Centre intégré universitaire de santé et des
services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-
Montréal

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