

Bactériémies nosocomiales panhospitalières au Québec 2024-2025

SURVEILLANCE ET VIGIE

MARS 2026

COMITÉ DE SURVEILLANCE PROVINCIALE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES
RAPPORT DE SURVEILLANCE

AUTEURS ET AUTRICES

Comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales

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

Marc-André Smith, microbiologiste-infectiologue et président du comité de programme SPIN-BACTOT
Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal

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

Olivier Bouffard-Chabot, conseiller en prévention et contrôle des infections
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

Maxime-Antoine Tremblay, microbiologiste-infectiologue
Centre hospitalier universitaire de Québec – Université Laval

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

Judith Degla, 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 : 978-2-555-03640-6 (PDF)
DOI : <https://doi.org/10.64490/TBJG5537>

© 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 **bactériémies nosocomiales panhospitalières** dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés participants pour l'année 2024-2025 et inclut les résultats des bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs. Il s'agit de l'un des rapports annuels parmi tous les [programmes de surveillance](#).

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

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	III
LISTE DES FIGURES	V
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	VII
GLOSSAIRE	IX
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	11
3.3 Données de laboratoire	18
3.4 Évolution des taux	25
3.5 Données par installation	28
3.6 Données par unités de soins intensifs	33
4 LIMITES	37
4.1 Limites générales	37
4.2 Limites spécifiques au programme SPIN-BACTOT	37
5 ANALYSE ET DISCUSSION	38
6 RÉFÉRENCES	40
ANNEXE 1 LISTE DES MEMBRES DE COMITÉ SPIN	41
ANNEXE 2 LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ DE PROGRAMME SPIN-BACTOT	42

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Sommaire de la participation, des cas, des dénominateurs et des taux de la surveillance des bactériémies panhospitalières, 2020-2021 à 2024-2025.....	6
Tableau 2	Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) selon le type d'infection, la mission, la catégorie d'unité de soins et le type d'unité de soins intensifs, 2024-2025.....	10
Tableau 3	Nombre de cas nosocomiaux (cat. 1a, 1b et 1c) selon le type d'infection, la mission de l'installation, la catégorie d'unité de soins et le type d'unité de soins intensifs (N=3 672), 2024-2025	14
Tableau 4	Distribution des procédures invasives rapportées chez les cas nosocomiaux (cat. 1a, 1b et 1c), 2024-2025.....	15
Tableau 5	Létalité à 10 jours et à 30 jours des cas nosocomiaux (cat. 1a, 1b et 1c) selon le type d'infection, 2024-2025.....	17
Tableau 6	Répartition des catégories de microorganismes isolés (cat. 1a, 1b et 1c), selon le type d'infection et chez les cas décédés à 30 jours, 2024-2025.....	21
Tableau 7	Proportion de résistance aux antibiotiques pour certains microorganismes isolés chez les cas nosocomiaux (cat. 1a, 1b et 1c), 2024-2025.....	23
Tableau 8	Évolution des taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) selon la mission, pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 84), 2020-2021 à 2024-2025.....	26
Tableau 9	Évolution des taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b), selon la mission, et le type d'unité de soins intensifs, pour les unités participant depuis 2020-2021 (N = 66), 2020-2021 à 2024-2025	27
Tableau 10	Évolution des taux d'utilisation des cathéters centraux, selon la mission et le type d'unité de soins intensifs, pour les unités participant depuis 2020-2021 (N = 66), 2020-2021 à 2024-2025.....	28
Tableau 11	Nombre de cas (N), taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) primaires associées à un cathéter (BAC), secondaires à une infection urinaire et secondaires à une infection de site opératoire (ISO) par installation et percentiles des taux d'incidence (2020-2021 à 2023-2024) selon le regroupement universitaire, 2024-2025	30
Tableau 12	Nombre de cas (N), taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) primaires associées à un cathéter (BAC), secondaires à une infection urinaire et secondaires à une infection de site opératoire (ISO) par installation et percentiles des taux d'incidence (2020-2021 à 2023-2024) selon le regroupement non universitaire, 2024-2025	31

Tableau 13	Nombre de cas (N) et taux d'incidence des bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux unités de soins intensifs universitaires adultes (cat. 1a et 1b), taux d'utilisation des cathéters et percentiles des taux d'incidence (2020-2021 à 2023-2024), selon le type d'USIA, par installation, 2024-2025.....	34
Tableau 14	Nombre de cas (N) et taux d'incidence des bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux unités de soins intensifs non universitaires adultes A (cat. 1a et 1b), taux d'utilisation des cathéters et percentiles des taux d'incidence (2020-2021 à 2023-2024), par installation, 2024-2025	35
Tableau 15	Nombre de cas (N) et taux d'incidence des bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux unités de soins intensifs pédiatriques (cat. 1a et 1b), taux d'utilisation des cathéters et percentiles des taux d'incidence (2020-2021 à 2023-2024), par installation, 2024-2025	36
Tableau 16	Nombre de cas (N) et taux d'incidence des bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux unités de soins intensifs néonatales (cat. 1a et 1b), taux d'utilisation des cathéters et percentiles des taux d'incidence (2020-2021 à 2023-2024), par installation, 2024-2025	36

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) selon le type d'infection et la mission, pour les installations participantes (N = 87), 2024-2025	7
Figure 2	Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) selon le type d'infection et la mission, pour les unités de soins intensifs adultes (N = 57), 2024-2025	8
Figure 3	Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) selon le type d'infection, pour les unités de soins intensifs pédiatriques et néonatales (N = 12), 2024-2025	8
Figure 4	Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) selon le type d'infection et la mission, pour les unités de soins hors USI (N = 87), 2024-2025	9
Figure 5	Répartition des cas nosocomiaux (cat. 1a, 1b et 1c) selon la catégorie d'unité de soins (N = 3 672), 2024-2025	11
Figure 6	Répartition des cas nosocomiaux (cat. 1a, 1b et 1c) selon le type d'infection, pour les installations universitaires (N = 2 351), 2024-2025.....	12
Figure 7	Répartition des cas nosocomiaux (cat. 1a, 1b et 1c) selon le type d'infection, pour les installations non universitaires (N = 1 321), 2024-2025.....	12
Figure 8	Répartition des types de cathéters utilisés dans les cas de bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b), selon la mission et le type d'unité de soins intensifs, 2024-2025	13
Figure 9	Répartition des types de chirurgie pour les cas nosocomiaux (cat. 1a, 1b et 1c) (N = 346), 2024-2025.....	16
Figure 10	Létalité à 30 jours des cas nosocomiaux (cat. 1a, 1b et 1c) selon le type d'infection, 2024-2025.....	17
Figure 11	Répartition des catégories de microorganismes isolés pour les cas nosocomiaux (cat. 1a et 1b) (N = 3 420), 2024-2025	19
Figure 12	Répartition des catégories de microorganismes isolés, pour les cas nosocomiaux ambulatoires (cat. 1c) (N = 771), 2024-2025	19
Figure 13	Répartition des catégories de microorganismes isolés pour les cas nosocomiaux (cat. 1a, 1b et 1c) décédés à 30 jours (N = 879), 2024-2025	20
Figure 14	Répartition des catégories de microorganismes isolés selon le type d'infection chez les cas nosocomiaux (cat. 1a, 1b et 1c), 2024-2025	20

Figure 15	Évolution des proportions de résistance aux antibiotiques pour certaines bactéries à Gram positif, chez les cas nosocomiaux (cat. 1a, 1b et 1c) 2020-2021 à 2024-2025.....	24
Figure 16	Évolution des proportions de multirésistance aux antibiotiques pour certaines bactéries à Gram négatif, chez les cas nosocomiaux (cat. 1a, 1b et 1c) 2020-2021 à 2024-2025.....	24
Figure 17	Évolution des taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) selon le type d'infection, pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 84), 2020-2021 à 2024-2025.....	25
Figure 18	Évolution des taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b), selon la mission et le type d'unité de soins intensifs, pour les unités participant depuis 2020-2021 (N = 66), 2020-2021 à 2024-2025	27
Figure 19	Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) et percentiles des taux d'incidence (2020-2021 à 2023-2024) par installation selon le regroupement universitaire, 2024-2025	28
Figure 20	Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) et percentiles des taux d'incidence (2020-2021 à 2023-2024) par installation selon le regroupement non universitaire, 2024-2025	29

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

BAC	Bactériémie primaire avec cathéter vasculaire ou avec un accès vasculaire en hémodialyse
BAC-SA	Bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i>
BACC	Bactériémie primaire sur cathéter central aux soins intensifs
BAC-HD	Bactériémie primaire associée aux accès vasculaires en hémodialyse
BACTOT	Bactériémies panhospitalières
BBM	Bris de la barrière muqueuse digestive
BGNPC	Bacille à Gram négatif producteur de carbapénémases
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
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
ERV	Entérocoque résistant à la vancomycine
HD	Hémodialyse
IC	Intervalle de confiance
IRR	Rapport des taux d'incidence (<i>incidence rate ratio</i>)
ISO	Infection d'un site opératoire
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
KPC	Klebsiella pneumoniae carbapenemase
MDR	<i>Multidrug-resistant</i>
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux

NDM-1	New Delhi metallo-B-lactamase
Non-BAC	Bactériémie primaire sans cathéter central, non investiguée ou reliée à une procédure
ORL	Oto-rhino-laryngologiste
OXA-48	Oxacillinase-48
PCI	Prévention et contrôle des infections
RSS	Région sociosanitaire
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
SCN	Staphylococcus 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 bactéries dans le sang.
Bactériémie primaire	Bactériémie dont le foyer d'origine n'est pas attribuable à un foyer d'infection actif à un autre site (urinaire, etc.).
Bactériémie secondaire	Dissémination hématogène d'un processus infectieux provenant d'un autre site (ex. : infection urinaire avec bactériémie secondaire).
Bris de la barrière muqueuse digestive	Altération des muqueuses et de la paroi intestinale, en raison d'une condition clinique particulière, qui permet le passage de bactéries des intestins vers le sang.
Catégorie d'attribution	Classification de l'origine de la colonisation ou de l'infection utilisée lors de la surveillance. Le lien épidémiologique n'est pas pris en considération pour l'attribution de la catégorie.
Cathéter vasculaire central	Dispositif se rendant dans les troncs veineux profonds de gros calibres et servant aux prises de sang, au monitoring en hémodynamie ainsi qu'aux infusions. Le cathéter veineux central équivaut à un dispositif d'accès vasculaire central (DAVC).
Contaminant	Microorganisme, faisant partie d'une flore normale, introduit durant la culture du spécimen et n'étant pas reconnu comme un agent pathogène pour l'utilisateur.
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	L'entité juridique dotée de capacités et de responsabilités légales qui est titulaire d'un permis délivré par la ministre de la Santé et des Services sociaux. Un établissement peut comprendre plusieurs installations. (ex. : CISSS ou CIUSSS ou établissement non fusionné).
Fongémie	Présence de champignons dans le sang.
Gène de résistance	Gène codant pour un mécanisme de résistance pouvant entraîner une réduction de l'efficacité des traitements antibiotiques. Par exemple, pour le BGNPC, la bactérie possède un gène lui permettant de produire une carbapénémase, c'est-à-dire une enzyme qui décompose l'antibiotique de la classe des carbapénèmes (Exemples : KPC, NDM, IMP, GES, OXA-48, IMI-NMC, VIM, SME, etc.).
Infection	Présence d'un microorganisme causant des signes et symptômes correspondants aux critères d'infection.

Installation	Une installation est le lieu physique où sont dispensés les soins de santé et les services sociaux à la population du Québec, dans le cadre d'une ou de plusieurs missions. (ex. : hôpital dans un CISSS).
Jours-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	MDR réfère à « multidrug-resistant ». 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	Désignation du MSSS d'un centre exploité par un établissement qui, en plus d'exercer les activités propres à la mission d'un tel centre, dispense des services de pointe, participe à la formation de professionnels, est doté d'une structure de recherche reconnue et évalue des technologies ou modes d'intervention reliés à son secteur de pointe.
Nosocomiale	Acquise au cours d'un épisode de soins administrés par un établissement du réseau de la santé (aussi nommée associée aux soins de santé).
Numérateur	Portion supérieure d'une fraction utilisée dans les calculs de taux.
Période de surveillance	Le calendrier de surveillance utilise les périodes administratives de l'exercice financier des établissements débutant le 1 ^{er} avril et se terminant le 31 mars de l'année suivante. Le calendrier se découpe en treize périodes financières, d'environ 28 jours chacun.
Proportion	Rapport dans lequel les deux entités (numérateur et dénominateur) proviennent du même ensemble et dans lequel le numérateur est inclus au dénominateur.
Rapport	Expression de la relation entre deux quantités qui peuvent indifféremment appartenir ou non au même ensemble. Le rapport peut se présenter sous la forme d'une proportion, d'un taux, d'un ratio, d'un indice ou d'une cote.
Région sociosanitaire	Représente une unité géographique définie. Dans le contexte du système de santé et de services sociaux, le territoire québécois est divisé en 18 régions sociosanitaires.
Regroupement	Création de variables personnalisées qui combinent les valeurs de variables existantes dans de nouveaux groupes. Par exemple, les installations peuvent être regroupées selon la mission (universitaire ou non universitaire) et la clientèle (adulte, pédiatrique, néonatale).
Soins ambulatoires	Prestation de soins reçus sans hospitalisation.

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 évènement. Il ne constitue pas une mesure de fréquence, mais plutôt une mesure instantanée de densité. Le numérateur d'un taux, comme celui d'une proportion, dénombre les évènements qui sont survenus : la différence entre les deux réside dans le dénominateur. Le dénominateur de la proportion inclut des personnes ou des entités, tandis que, pour le taux, il s'agit du cumul de temps d'observations de chaque personne ou entité analysée qui est à risque de présenter le phénomène étudié. Dans ce cas, le dénominateur est exprimé en unités de temps (jours, mois, années, etc.).
Taux d'incidence	Mesure de la vitesse, de la force ou de l'intensité de propagation d'une maladie dans une population donnée (aussi nommée densité d'incidence). C'est le rapport de l'incidence (nombre de nouveaux cas survenus depuis le début de l'étude jusqu'à sa fin) sur le cumul de temps écoulé entre le début et la fin de l'observation de chaque personne participant à l'étude et susceptible (à risque) de contracter la maladie étudiée (personne-temps). Il s'exprime comme : nombre de nouveaux cas pendant une période Δt / somme des personnes-temps pendant cette période Δt (Δt signifie période ou intervalle de temps allant d'une date A à une date B).
XDR	XDR réfère à « extensively drug-resistant ». 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, l'incidence des bactériémies panhospitalières s'est établie à 6,45 cas par 10 000 jours-présence, un taux similaire à ceux observés depuis 2020-2021 (à l'exception de 2022-2023), mais significativement supérieur aux années pré-pandémiques.
- Quarante-sept pour cent (1741 / 3672) des épisodes de bactériémies détectées par la surveillance provinciale des bactériémies panhospitalières au Québec sont dus à des infections pour lesquelles des ensembles de pratiques exemplaires existent : 880 épisodes associés aux cathéters vasculaires, 183 épisodes reliés aux accès veineux en hémodialyse, 346 épisodes reliés à des infections de site opératoire, 282 épisodes reliés à des infections urinaires associées aux sondes urinaires et 50 épisodes reliés à des pneumonies associées à la ventilation mécanique.
- L'incidence des bactériémies primaires associées aux cathéters centraux aux soins intensifs est la plus élevée enregistrée à 1,62 cas par 1 000 jours-cathéters. Il n'y a cependant pas de hausse statistiquement significative depuis 2020-2021.
- L'incidence des bactériémies est significativement plus élevée dans les installations universitaires que non-universitaires, et dans les unités de soins intensifs que dans les autres types d'unités.
- La proportion de résistance à l'oxacilline chez les *Staphylococcus aureus* semble suivre une tendance à la hausse depuis les trois dernières années de surveillance. Elle est passée de 5,8 % en 2021-2022 à 9,9 % en 2024-2025. Celle de la résistance à la vancomycine chez les *Enterococcus faecium* et *faecalis* est stable par rapport aux années précédentes.
- Parmi les entérobactéries responsables de bactériémies nosocomiales, la multirésistance aux antibiotiques se situait à 4,2 % et l'extrême résistance à moins de 1,0 %.

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 son Comité de Surveillance provinciale des infections nosocomiales (Comité SPIN) ainsi que sur ses six comités de programme de surveillance.

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

Le programme de surveillance provinciale des **bactériémies nosocomiales panhospitalières (SPIN-BACTOT)** a terminé sa 18^e année de surveillance. Ce programme a débuté en avril 2007 et est à participation obligatoire depuis septembre 2013. De plus, à partir de cette année, ce rapport intègre les résultats du programme de surveillance provinciale des **bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs** qui a terminé sa 21^e année de surveillance. Ce programme a débuté en avril 2003 et est à participation obligatoire depuis 2007.

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

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 Source des données

Les estimations présentées dans ce rapport sont tirées d'une extraction des données colligées par les équipes de prévention et contrôle des infections (PCI) des CHSGS au Système d'information de la surveillance provinciale des infections nosocomiales (SI-SPIN), en date du 2 juillet 2025. Toutes les installations ayant environ 1 000 admissions ou plus par année ont l'obligation de participer à la surveillance des bactériémies panhospitalières. De plus, tout CHSGS ayant au moins 10 lits aux unités de soins intensifs (USI) a l'obligation de participer à la surveillance des bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs. La participation des CHSGS ayant des USI entre six et neuf lits est optionnelle, de même que la participation pour les unités coronariennes. Étant donné les petits dénominateurs des unités coronariennes dans les années antérieures, celles-ci ont été regroupées avec les autres unités adultes pour l'année 2024-2025. 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.

Les installations participant à la surveillance des bactériémies nosocomiales associées aux accès vasculaires en hémodialyse (SPIN-HD) sont incluses dans ce rapport. Toutefois, les résultats de la surveillance de SPIN-HD sont également présentés dans un rapport individuel.

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, se 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 lits dans les unités de soins intensifs selon des données fournies par le MSSS.

2.2 Identification des cas

Les usagers ayant une bactériémie associée à une acquisition nosocomiale sont déclarés par les installations participantes. À noter que les bactériémies incluent les fongémies.

La bactériémie peut être d'origine primaire (sans foyer identifié) :

- Aucun cathéter central présent ou retiré la veille;
- Avec cathéter vasculaire (présent ou retiré la veille);
- Avec cathéter vasculaire central aux soins intensifs;

- Avec un accès vasculaire en hémodialyse;
- Bris de la barrière muqueuse digestive (BBM) avec ou sans cathéter central;
- Infection non investiguée;
- Reliée à une procédure.

La bactériémie peut être d'origine secondaire (avec foyer identifié) avec une infection documentée à un autre site correspondant aux critères de définition d'une infection, associée ou non à une procédure.

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**) (certains types d'infection seulement sont déclarés, soit les bactériémies associées à un cathéter vasculaire central, à un accès vasculaire en hémodialyse (HD), à une procédure (primaire ou secondaire à une infection à un autre site) et à une infection de site opératoire (ISO). Si elle ne fait pas partie de ces types d'infection, elle ne sera pas déclarée.

2.3 Mesures

Les mesures (variables) épidémiologiques collectées incluent :

- **Les caractéristiques sociodémographiques des cas** : sexe, âge, etc.;
- **Les caractéristiques de l'installation** : identification de l'installation, région sociosanitaire, type d'unités de soins, mission, etc.;
- **Les données de laboratoire** : date d'analyse, type de microorganisme, etc.;
- **Les caractéristiques cliniques** : date du diagnostic, type d'infection, décès toute cause, autres complications, etc.;
- **Les facteurs de risque** : selon le type d'infection;
- **Les dénominateurs** : admissions, jours-présence, jours-cathéter, etc.

2.4 Analyse statistique

L'indicateur principal retenu est le taux d'incidence des bactériémies panhospitalières par 10 000 jours-présence. Il est calculé en rapportant le nombre de bactériémies nosocomiales des catégories 1a et 1b sur le nombre de jours-présence dans l'installation déclarante au cours de la même période. Les installations sont regroupées selon la région sociosanitaire (RSS) et la mission (universitaire ou non universitaire). Un autre indicateur retenu est le taux des bactériémies sur cathéter central aux soins intensifs par 1 000 jours-cathéter. Il est calculé en rapportant le nombre de bactériémies nosocomiales des catégories 1a et 1b sur le nombre de

jours-cathéter dans l'unité de soins déclarante au cours de la même période. Les regroupements des unités de soins intensifs utilisés sont les suivants : universitaire adulte, non universitaire adulte, pédiatrique et néonatal. Le taux d'incidence moyen par regroupement est présenté à des fins de comparaison.

L'analyse des données est divisée en six sections :

- **Description sommaire** : L'évolution des installations participantes au cours des cinq dernières années (nombre total d'installations, nombre d'admissions, nombre de jours-présence, nombre de cas, etc.);
- **Description des cas** : La description des caractéristiques des cas et des épisodes de bactériémies dans les installations participantes (fréquences, proportions, moyennes, médianes), les complications (décès) 30 jours suivant le diagnostic;
- **Données de laboratoire** : L'analyse microbiologique (fréquence et proportion des microorganismes isolés, sensibilités aux antibiotiques);
- **Évolution des taux** : L'analyse des tendances (évolution temporelle) est réalisée sur l'ensemble des installations ayant participé à la surveillance pour un minimum de 11 périodes de chaque année, de façon consécutive, depuis les cinq dernières années. Cela minimise ainsi le biais dû aux changements des installations déclarantes au cours du temps;
- **Données par installation** : Nombre et taux d'incidence des bactériémies panhospitalières;
- **Données par unités de soins intensifs (USI)** : Nombre et taux d'incidence des bactériémies sur cathéters centraux.

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

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

2.5 Révision par les pairs

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

3 RÉSULTATS

3.1 Description sommaire

Entre le 1^{er} avril 2024 et le 31 mars 2025, 87 installations sur les 88 visées ont participé à la surveillance des bactériémies panhospitalières, pour un cumul de 4 676 205 jours-présence ([tableau 1](#)). Ces installations ont rapporté 3 672 bactériémies nosocomiales (catégories 1a, 1b et 1c) survenues chez 3 388 usagers. Le taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (catégories 1a et 1b) est de 6,41 cas par 10 000 jours-présence.

Durant la même période, 70 unités de soins intensifs sur les 70 visées ont participé à la surveillance des bactériémies primaires sur cathéters centraux aux soins intensifs (BACC-USI), pour un cumul de 143 272 jours-cathéter ([tableau 1](#)). Ces unités ont rapporté 236 bactériémies, survenues chez 219 usagers. Les taux présentés pour les BACC-USI excluent les cas de bactériémies sur cathéters centraux avec bris de barrière muqueuse (BBM), mais sont inclus dans les données des bactériémies panhospitalières.

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

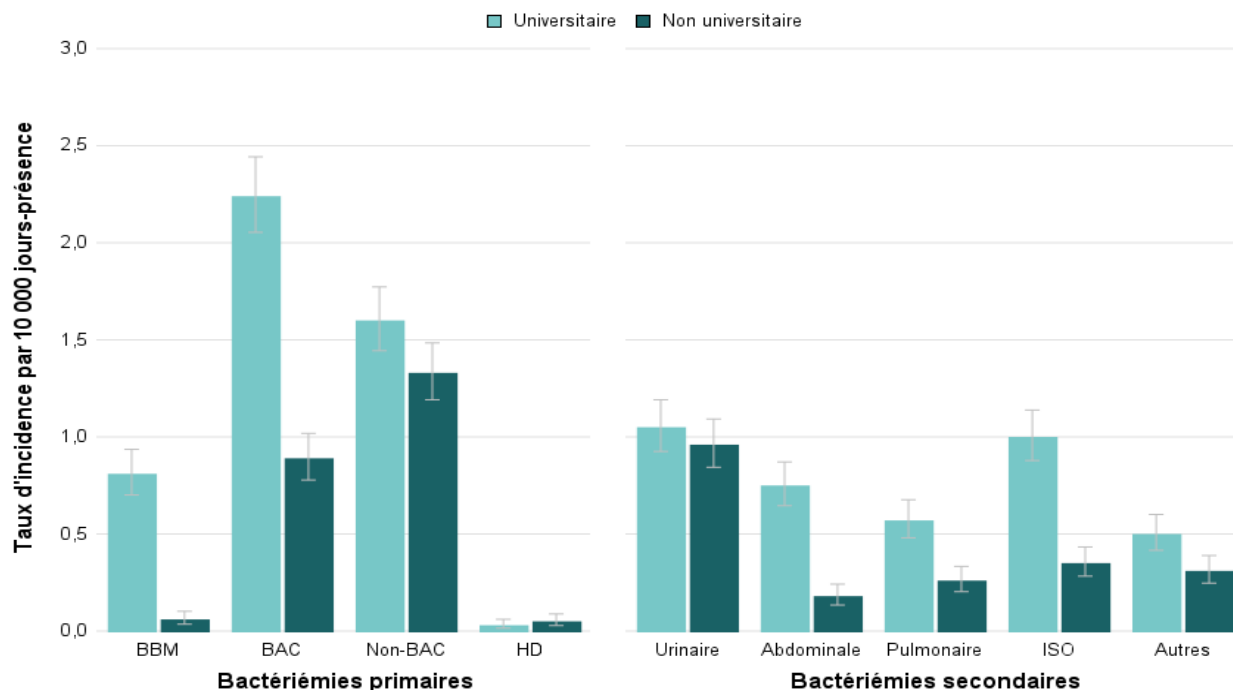
	2020 - 2021	2021 - 2022	2022 - 2023	2023 - 2024	2024 - 2025
Installations participantes (N)	87	87	86	88	87
Unités de soins intensifs participantes (N)	67	66	67	67	70
Admissions (N)	561 489	587 372	599 820	622 716	631 298
Jours-présence totaux (N)	4 199 235	4 301 197	4 503 413	4 658 007	4 676 205
Jours-présence aux USI (N)	303 939	301 586	314 321	309 631	315 660
Jours-cathéter aux USI (N)	139 793	138 110	141 667	140 095	143 272
Bactériémies panhospitalières					
Bactériémies panhospitalières (cat. 1a, 1b et 1c) (N)	3 029	3 286	3 044	3 719	3 672
Bactériémies panhospitalières (cat. 1a et 1b) (N)	2 504	2 697	2 439	3 113	2 999
Taux d'incidence des bactériémies panhospitalières (cat. 1a et 1b) ^A	5,96	6,27	5,42	6,68	6,41
Usagers infectés (cat. 1a, 1b et 1c) (N)	2 803	3 023	2 845	3 470	3 388
Bactériémies sur cathéters centraux aux USI					
Bactériémies sur cathéters centraux aux USI (cat. 1a et 1b) (N)	204	213	185	216	236
Taux d'incidence des bactériémies sur cathéters centraux aux USI (cat. 1a et 1b) ^B	1,46	1,54	1,31	1,54	1,65
Usagers infectés (N)	200	209	176	205	219

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

^B Taux d'incidence par 1 000 jours-cathéter.

Les bactériémies primaires associées à un cathéter (BAC) sont les plus fréquentes parmi les bactériémies nosocomiales. Parmi les bactériémies secondaires, les bactériémies secondaires à une infection urinaire ou à une infection de site opératoire (ISO) sont les plus fréquentes ([figure 1](#)).

Figure 1 Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) selon le type d'infection et la mission, pour les installations participantes (N = 87), 2024-2025



Les BAC sont aussi les plus fréquentes dans les unités de soins intensifs (USI) ([figure 2](#) et [figure 3](#)). Parmi les BAC dans les unités de soins intensifs, le taux d'incidence des bactériémies est de 1,65 cas par 1 000 jours-cathéter. Il est de 1,54 cas par 1 000 jours-cathéter dans les unités universitaires adultes, de 1,18 dans les unités non universitaires adultes, de 2,80 dans les unités pédiatriques et de 2,45 dans les unités néonatales ([figure 2](#), [figure 3](#) et [tableau 2](#)). Le taux d'incidence des bactériémies est significativement plus élevé dans les unités néonatales que dans les unités universitaires adultes ($p = 0,0014$).

Figure 2 Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) selon le type d'infection et la mission, pour les unités de soins intensifs adultes (N = 57), 2024-2025

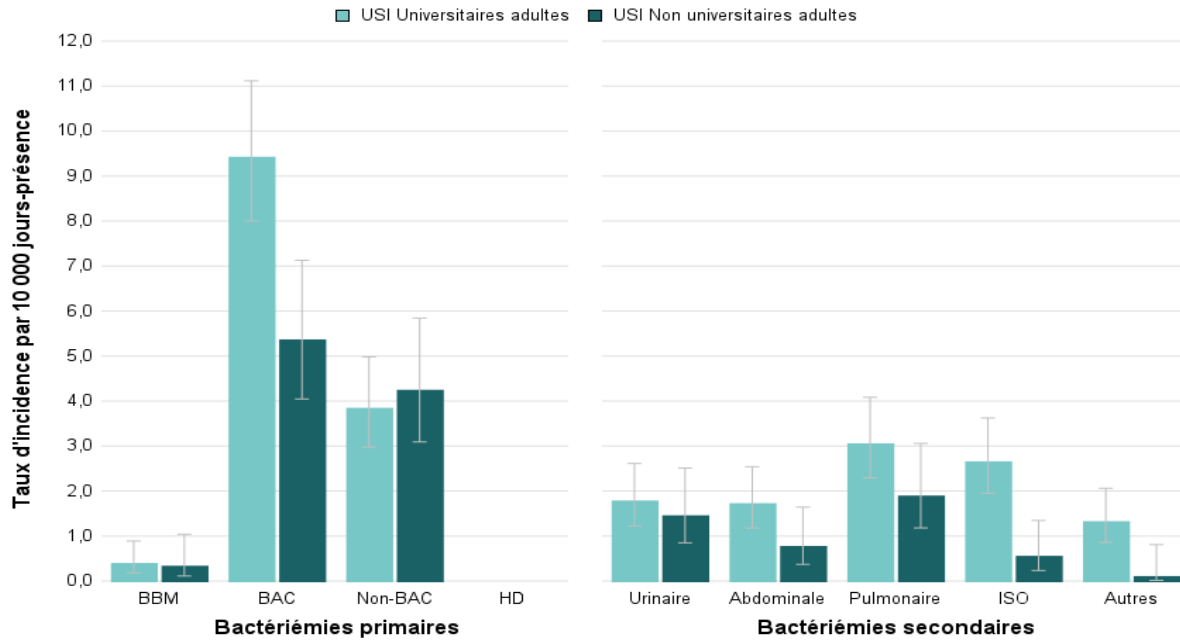
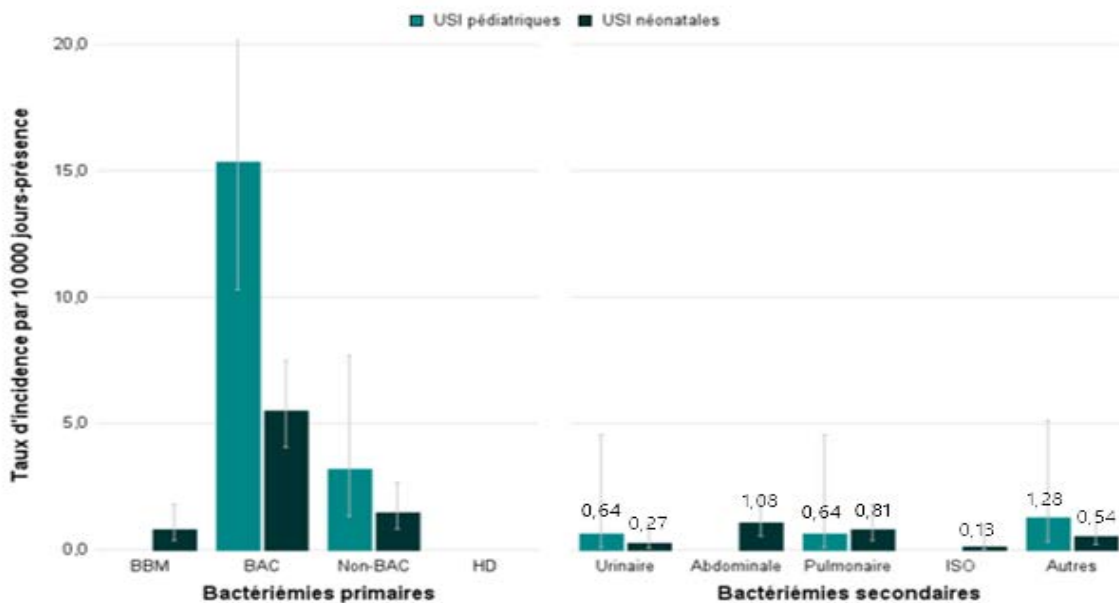
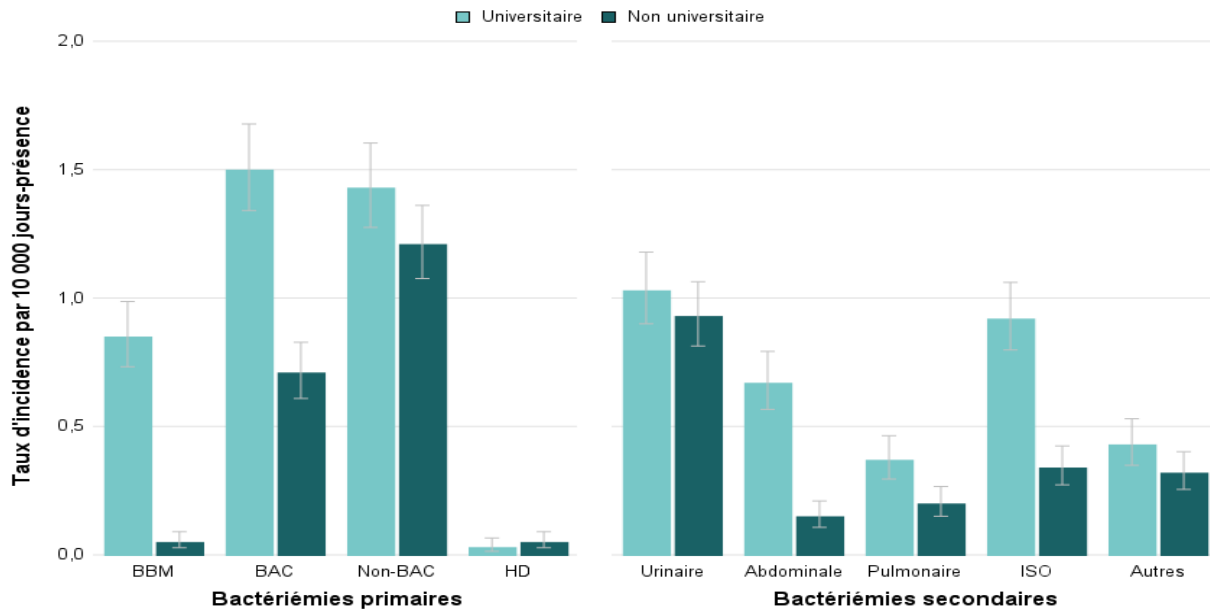


Figure 3 Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) selon le type d'infection, pour les unités de soins intensifs pédiatriques et néonatales (N = 12), 2024-2025



Hors des unités de soins intensifs, les bactériémies primaires non associées à un cathéter (non-BAC) et les BAC sont les plus fréquentes (figure 4). Le nombre de BAC (N = 471) hors des soins intensifs augmente de 26,4 % (N = 169) lorsque l'on tient également compte des BAC survenant chez un usager avec un bris de la barrière muqueuse (BBM) (tableau 3). Ces derniers comptent pour 90,9 % du total des usagers ayant un BBM (N = 186) (figure 4 et tableau 2).

Figure 4 Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) selon le type d'infection et la mission, pour les unités de soins hors USI (N = 87), 2024-2025



Les taux d'incidence demeurent beaucoup plus élevés dans les unités de soins intensifs (USI; 18,46 cas par 10 000 jours-présence) que dans les autres unités de soins. Ils sont également plus élevés dans les installations universitaires (8,54 cas par 10 000 jours-présence) que dans les installations non universitaires (4,38 cas par 10 000 jours-présence) (tableau 2).

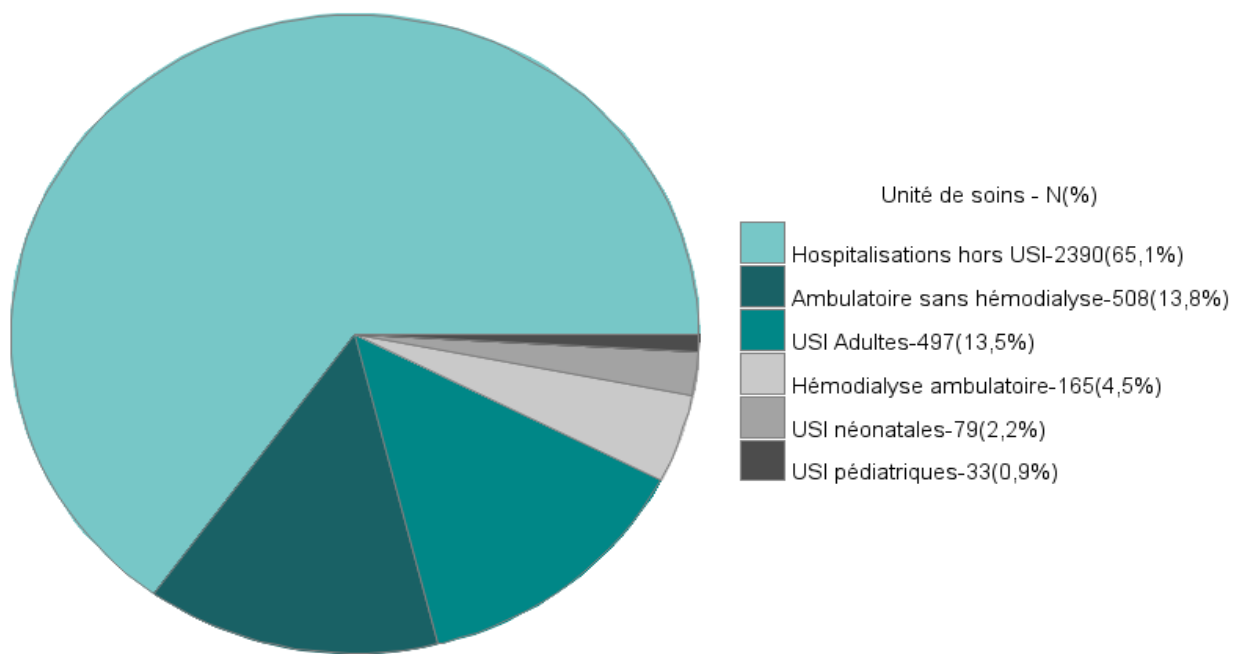
Tableau 2 Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) selon le type d'infection, la mission, la catégorie d'unité de soins et le type d'unité de soins intensifs, 2024-2025

	Taux d'incidence /10 000 jours-présence [IC à 95 %]									
	Bactériémies primaires				Bactériémies secondaires					
	BBM	BAC	Non-BAC	HD	Urinaire	Abdominale	Pulmonaire	ISO	Autres	Total
Total hospitalisés	0,43 [0,37 ; 0,49]	1,55 [1,44 ; 1,67]	1,46 [1,35 ; 1,57]	0,04 [0,03 ; 0,06]	1,00 [0,91 ; 1,09]	0,46 [0,40 ; 0,53]	0,41 [0,36 ; 0,47]	0,67 [0,60 ; 0,75]	0,40 [0,35 ; 0,46]	6,41 [6,18 ; 6,64]
Universitaires	0,81 [0,70 ; 0,94]	2,24 [2,05 ; 2,44]	1,60 [1,44 ; 1,77]	0,03 [0,01 ; 0,06]	1,05 [0,93 ; 1,19]	0,75 [0,65 ; 0,87]	0,57 [0,48 ; 0,68]	1,00 [0,88 ; 1,14]	0,50 [0,42 ; 0,60]	8,54 [8,17 ; 8,93]
Non universitaires	0,06 [0,04 ; 0,10]	0,89 [0,78 ; 1,02]	1,33 [1,19 ; 1,48]	0,05 [0,03 ; 0,09]	0,96 [0,84 ; 1,09]	0,18 [0,13 ; 0,24]	0,26 [0,20 ; 0,33]	0,35 [0,28 ; 0,43]	0,31 [0,25 ; 0,39]	4,38 [4,12 ; 4,65]
USI	0,45 [0,27 ; 0,75]	7,73 [6,84 ; 8,74]	3,40 [2,83 ; 4,09]	0	1,30 [0,96 ; 1,75]	1,24 [0,91 ; 1,69]	2,12 [1,68 ; 2,68]	1,39 [1,04 ; 1,86]	0,82 [0,56 ; 1,19]	18,46 [17,05;19,99]
Universitaires adultes	0,40 [0,18 ; 0,89]	9,43 [8,00 ; 11,12]	3,85 [2,98 ; 4,98]	0	1,79 [1,23 ; 2,61]	1,73 [1,18 ; 2,54]	3,06 [2,29 ; 4,08]	2,66 [1,95 ; 3,63]	1,33 [0,86 ; 2,06]	24,25 [21,89;26,87]
Non universitaires adultes	0,34 [0,11 ; 1,04]	5,37 [4,05 ; 7,13]	4,25 [3,09 ; 5,84]	0	1,46 [0,85 ; 2,51]	0,78 [0,37 ; 1,64]	1,90 [1,18 ; 3,06]	0,56 [0,23 ; 1,35]	0,11 [0,01 ; 0,81]	14,78 [12,46;17,53]
Pédiatriques	0	15,36 [10,29;22,92]	3,20 [1,33 ; 7,69]	0	0,64 [0,09 ; 4,55]	0	0,64 [0,09 ; 4,55]	0	1,28 [0,32 ; 5,12]	21,13 [15,02;29,72]
Néonatales	0,81 [0,37 ; 1,80]	5,51 [4,06 ; 7,48]	1,48 [0,82 ; 2,67]	0	0,27 [0,07 ; 1,07]	1,08 [0,54 ; 2,15]	0,81 [0,37 ; 1,80]	0,13 [0,02 ; 0,99]	0,54 [0,20 ; 1,43]	10,62 [8,52 ; 13,24]
Hors USI	0,43 [0,37 ; 0,50]	1,08 [0,99 ; 1,18]	1,31 [1,21 ; 1,42]	0,04 [0,02 ; 0,06]	0,98 [0,89 ; 1,08]	0,40 [0,35 ; 0,46]	0,28 [0,23 ; 0,33]	0,61 [0,54 ; 0,69]	0,37 [0,32 ; 0,43]	5,50 [5,28 ; 5,72]
Universitaires	0,85 [0,73 ; 0,99]	1,50 [1,34 ; 1,68]	1,43 [1,28 ; 1,60]	0,03 [0,01 ; 0,07]	1,03 [0,90 ; 1,18]	0,67 [0,57 ; 0,79]	0,37 [0,30 ; 0,46]	0,92 [0,80 ; 1,06]	0,43 [0,35 ; 0,53]	7,23 [6,87 ; 7,61]
Non universitaires	0,05 [0,03 ; 0,09]	0,71 [0,61 ; 0,83]	1,21 [1,08 ; 1,36]	0,05 [0,03 ; 0,09]	0,93 [0,81 ; 1,06]	0,15 [0,11 ; 0,21]	0,20 [0,15 ; 0,27]	0,34 [0,27 ; 0,42]	0,32 [0,25 ; 0,40]	3,96 [3,71 ; 4,23]

3.2 Description des cas

En 2024-2025, sur le total des 3 672 cas de bactériémies rapportés, 39,2 %, (N = 1 250) sont survenus chez des femmes. Bien que les taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (catégories 1a et 1b) soient plus élevés en USI (18,46 cas par 10 000 jours-présence), la plupart des cas de bactériémies, soit 65,1 % (N = 2 390) sont survenues hors USI. De plus, l'âge des usagers atteints d'une bactériémie panhospitalière varie de 2 mois à 102 ans, avec un âge médian de 69 ans.

Figure 5 Répartition des cas nosocomiaux (cat. 1a, 1b et 1c) selon la catégorie d'unité de soins (N = 3 672), 2024-2025



Les BAC tous types d'unités confondus sont les plus fréquentes parmi les cas (24,0 %, N = 880). Dans les installations universitaires, cette proportion représente 26,0 % (N = 612) du total. Dans les installations non universitaires, les bactériémies secondaires à une infection urinaire (21,0 %, N = 277) et les bactériémies primaires non associées à un cathéter (29,1 %, N = 385) sont les plus fréquentes ([tableau 3](#)).

En ambulatoire, quatre types d'infection seulement sont surveillés (bactériémies associées à un cathéter vasculaire central, à un accès vasculaire en hémodialyse (HD), à une procédure (primaire ou secondaire à une infection à un autre site) et à une infection de site opératoire (ISO)). Sans égard à la mission de l'installation, parmi les cas en ambulatoire (N = 673), plus de la moitié des cas sont des bactériémies reliées à une procédure (51,1 %, N = 344) et près du quart des cas sont des bactériémies associées à un accès vasculaire en HD (24,5 %, N = 165). Les bactériémies associées à un cathéter central et à une ISO représentent 22,9 % et 5,2 % des cas ([tableau 3](#), [figure 6](#) et [figure 7](#)).

Figure 6 Répartition des cas nosocomiaux (cat. 1a, 1b et 1c) selon le type d'infection, pour les installations universitaires (N = 2 351), 2024-2025

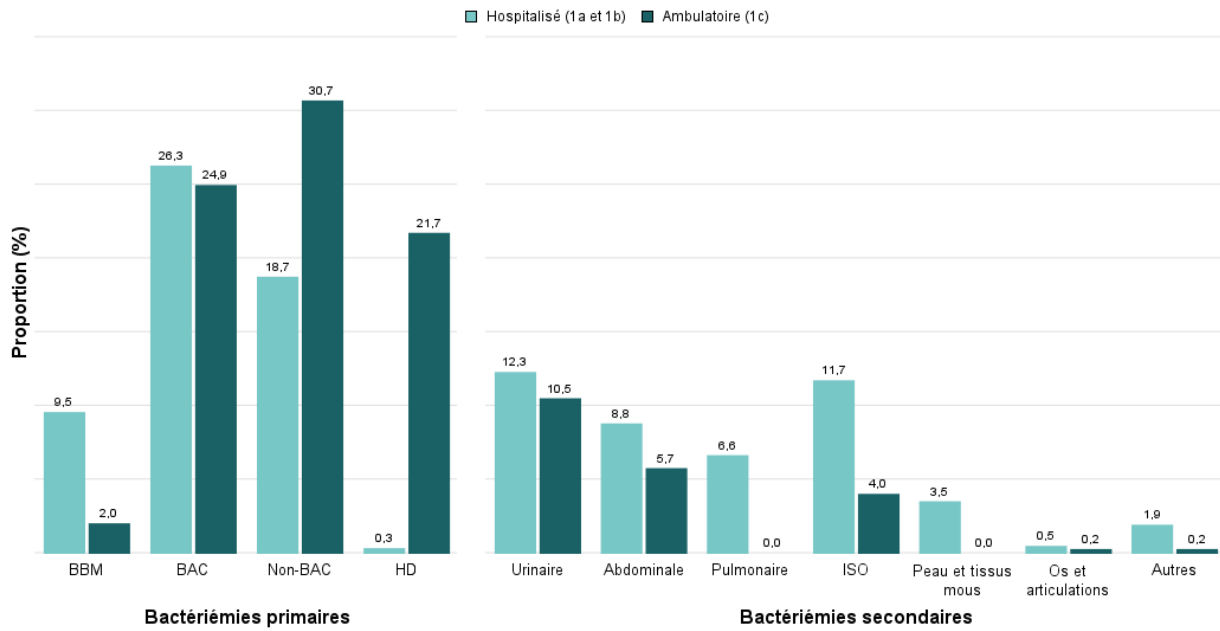
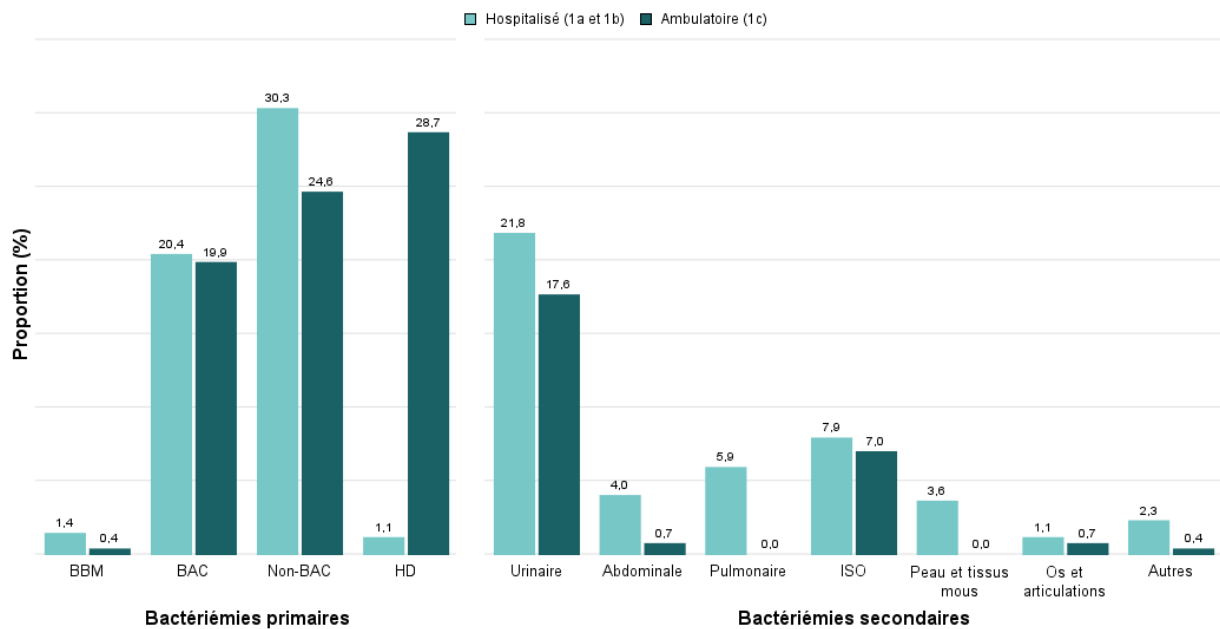
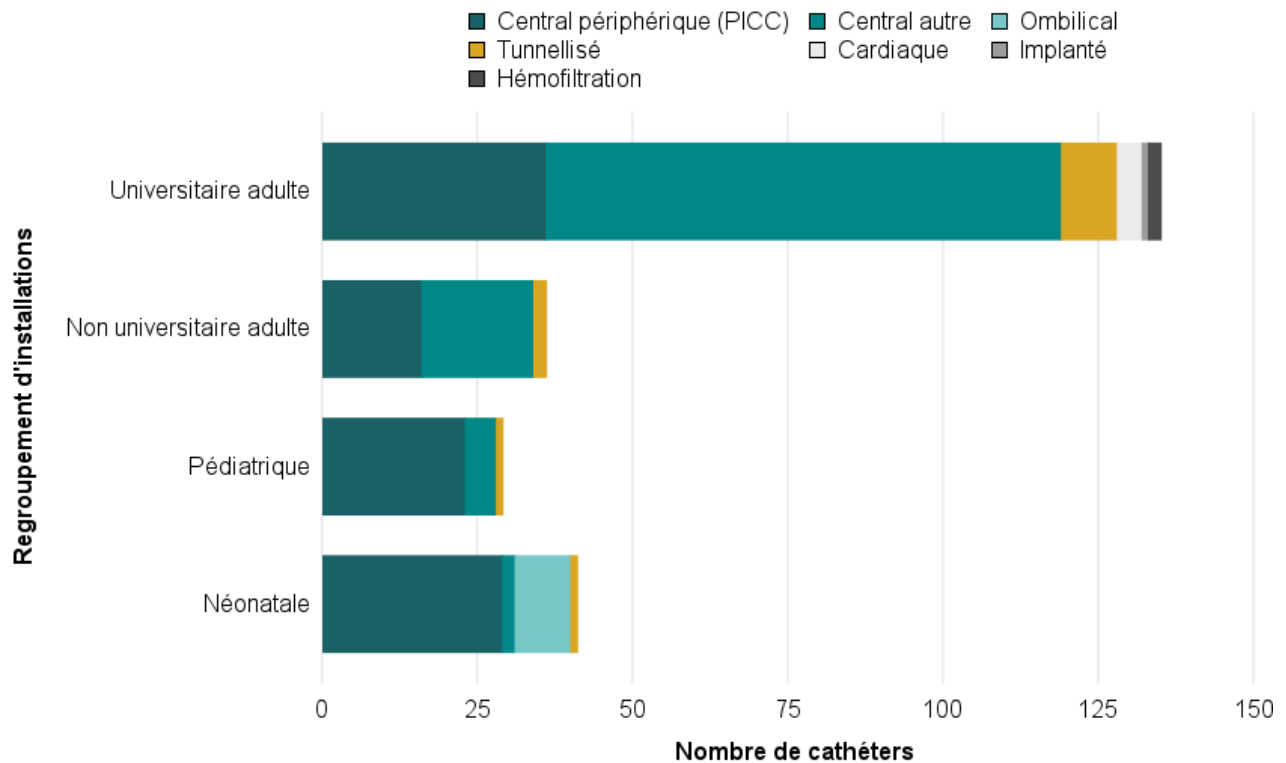


Figure 7 Répartition des cas nosocomiaux (cat. 1a, 1b et 1c) selon le type d'infection, pour les installations non universitaires (N = 1 321), 2024-2025



Dans les USI adultes, les cathéters centraux les plus fréquemment impliqués sont les cathéters centraux « autres », soit des cathéters centraux non tunnelisés, suivis des cathéters centraux périphériques (figure 8). En néonatalogie, il s'agit d'abord des cathéters centraux périphériques, puis des cathéters ombilicaux.

Figure 8 Répartition des types de cathéters utilisés dans les cas de bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b), selon la mission et le type d'unité de soins intensifs, 2024-2025



De plus, dans les unités hors USI, les types de dispositifs d'accès vasculaires centraux impliqués plus fréquemment dans les cas de BAC, sont des cathéters centraux périphériques (PICC) (N = 456), suivi des cathéters centraux « autres » (cathéters non tunnelisés, N = 169), des cathéters centraux tunnelisés (N = 190) et des cathéters centraux implantés (Port-a-Cath, N = 50).

Les bactériémies associées à un cathéter périphérique représentent 13,4 % (N = 97) de toutes les BAC chez les 726 usagers de catégories 1a et 1b, soit 4,7 % (N = 12) en USI et 18,1 % (N = 85) hors USI.

Les 683 bactériémies primaires non-BAC rapportées chez les usagers hospitalisés se répartissent comme suit : 19,9 % (N = 136) suivent une procédure, 33,2 % (N = 227) ont été non investiguées et 46,9 % (N = 320) représentent des bactériémies sans procédure.

La présence d'un dispositif urinaire est rapportée pour 50,5 % (N = 282) des bactériémies secondaires à une infection urinaire. La présence de ventilation mécanique a été rapportée pour 26,2 % (N = 50) des bactériémies secondaires à une infection pulmonaire, dont 94 % (N = 47) en USI et 6 % (N = 3) hors USI.

Cinq cent une (501) procédures survenues dans les sept jours avant la bactériémie sont rapportées, tous types de bactériémies confondus ([tableau 4](#)), dont la majorité était des bactériémies primaires (65,5 %, N = 326).

Tableau 3 Nombre de cas nosocomiaux (cat. 1a, 1b et 1c) selon le type d'infection, la mission de l'installation, la catégorie d'unité de soins et le type d'unité de soins intensifs (N = 3 672), 2024-2025

Regroupement d'installations	Nombre de cas (N)									Total
	Bactériémies primaires				Bactériémies secondaires					
	BBM	BAC	Non-BAC	HD	Urinaire	Abdominale	Pulmonaire	ISO	Autres	
Total	210	880	873	183	558	238	191	346	193	3 672
Universitaires	194	612	488	93	281	194	129	244	116	2351
Non universitaires	16	268	385	90	277	44	62	102	77	1321
Total hospitalisés	201	726	683	18	468	213	191	311	188	2 999
Universitaires	186	512	365	6	239	171	129	228	114	1950
Non universitaires	15	214	318	12	229	42	62	83	74	1049
USI	15	255	112	0	43	41	70	46	27	609
Universitaires adultes	6	142	58	0	27	26	46	40	20	365
Non universitaires adultes	3	48	38	0	13	7	17	5	1	132
Pédiatriques	0	24	5	0	1	0	1	0	2	33
Néonatales	6	41	11	0	2	8	6	1	4	79
Hors USI	186	471	571	18	425	172	121	265	161	2 390
Universitaires	174	307	292	6	210	137	76	187	88	1477
Non universitaires	12	164	279	12	215	35	45	78	73	913
Ambulatoire	9	154	190	165	90	25	0	35	5	673
Universitaires	8	100	123	87	42	23	0	16	2	401
Non universitaires	1	54	67	78	48	2	0	19	3	272

Les procédures urologiques et hépatobiliaires sont les plus fréquemment rapportées, représentant 76,5 % de toutes les procédures rapportées ([tableau 4](#)).

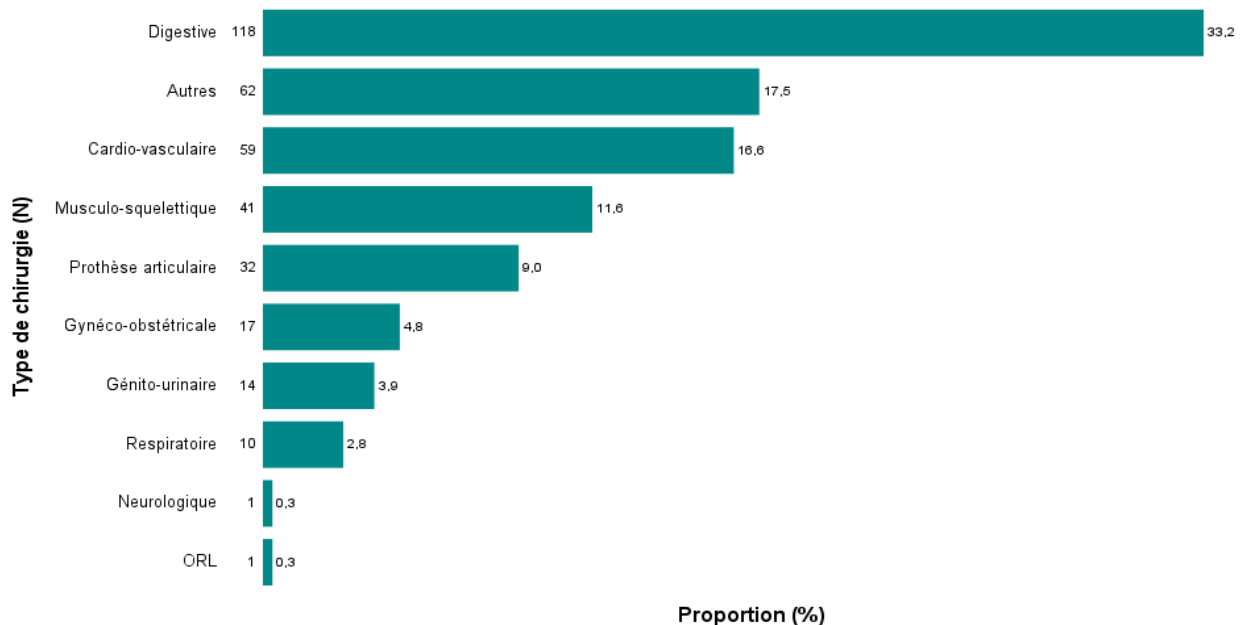
Tableau 4 Distribution des procédures invasives rapportées chez les cas nosocomiaux (cat. 1a, 1b et 1c), 2024-2025

Type de procédures invasives	Procédure	
	N	%
Urologique	275	54,9
Biopsie de prostate	47	9,4
Cytoscopie / Uréthroscopie	168	33,5
Résection transurétrale de la prostate	24	4,8
Résection transurétrale de tumeur vésicale	9	1,8
Hépatobiliaire	108	21,6
Cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique	84	16,8
Abdominale	47	9,4
Colonoscopie	15	3,0
Cardiovasculaire	45	9,0
Installation de cathéter	29	5,8
Angiographie avec ou sans tuteur	14	2,8
Musculosquelettique	4	0,8
Cutanée	4	0,8
Gynécologique	3	0,6
Neurologique	2	0,4
Respiratoire	6	1,2
Autres	7	1,4
Total	501	100,0

Du nombre de cas d'ISO (N = 346), l'infection impliquant l'organe-espace est la plus fréquente (71,7 %, N = 248) de toutes les ISO rapportées. Viennent ensuite les infections incisionnelles profondes (20,2 %, N = 70) et superficielles (8,1 %, N = 28).

Les chirurgies les plus fréquemment rapportées en lien avec les ISO sont de type digestif (33,2 %, N = 118), et cardiovasculaire (16,6 %, N = 59). Ces proportions ne sont pas si différentes si on retire les infections superficielles (digestives (35,9 %, N = 117) et cardiovasculaires (16,6 %, N = 54)) ([figure 9](#)). Des chirurgies cardiovasculaires, 81,4 % (N = 48) sont d'origine cardiaque. Les chirurgies spinales comptent pour près de la moitié (46,3 %, N = 19) des chirurgies musculo-squelettiques.

Figure 9 Répartition des types de chirurgie pour les cas nosocomiaux (cat. 1a, 1b et 1c) (N = 346), 2024-2025^A



^A Le type de chirurgie « Autres » pourrait inclure des chirurgies se retrouvant dans les différentes catégories présentées dans la figure car elles ont été classées dans « Autres non incluses dans la liste de surveillance à 90 jours ».

Dans les 30 jours suivant la bactériémie, 749 décès de toutes causes (associés ou non aux bactériémies) sont survenus, pour une létalité de 20,4 % ([tableau 5](#)). La létalité est plus élevée (35,1 %) parmi les usagers dont la bactériémie est secondaire à une infection pulmonaire ([tableau 5](#) et [figure 10](#)).

Pour les bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs, la létalité à 30 jours pour les cas nosocomiaux (catégories 1a et 1b) pour les USI de la mission universitaire adulte est à 25,9 %, alors qu'elle est de 38,9 % pour les USI de la mission non universitaire. Dans les USI pédiatriques, elle s'élève à 8,3 % et dans les USI néonatales à 4,9 %.

Figure 10 Létalité à 30 jours des cas nosocomiaux (cat. 1a, 1b et 1c) selon le type d'infection, 2024-2025

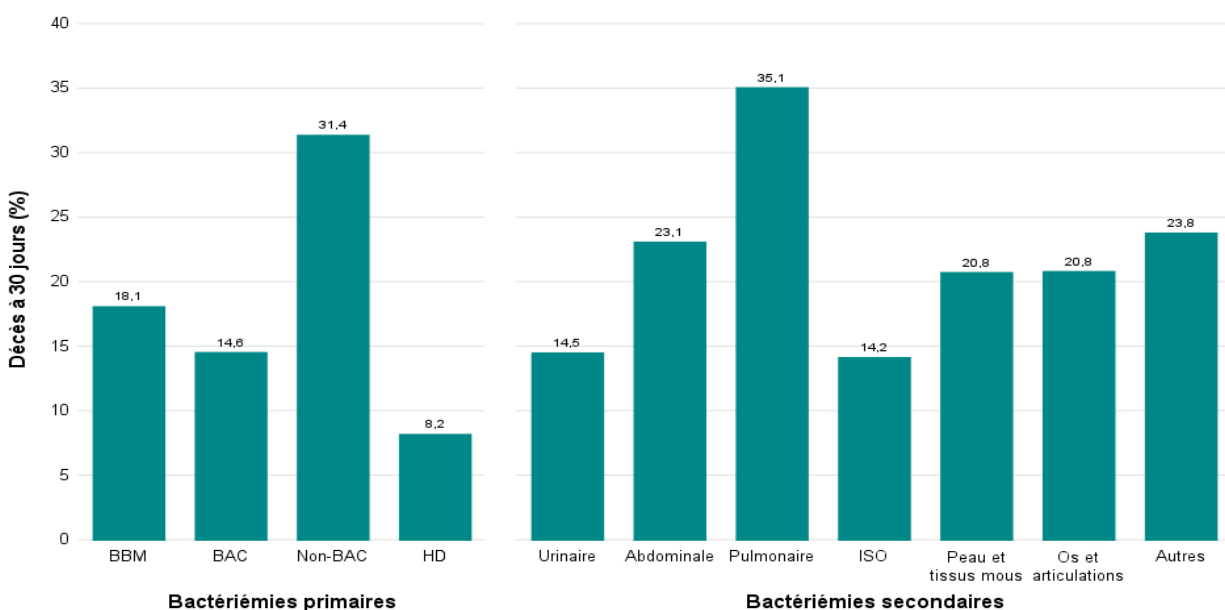


Tableau 5 Létalité à 10 jours et à 30 jours des cas nosocomiaux (cat. 1a, 1b et 1c) selon le type d'infection, 2024-2025

	Bactériémies N	Létalité à 10 jours		Létalité à 30 jours ^A	
		N	%	N	%
Bactériémies primaires					
BBM	210	22	10,5	38	18,1
BAC	880	69	7,8	128	14,6
Non-BAC	873	224	25,7	274	31,4
HD	183	13	7,1	15	8,2
Bactériémies secondaires					
Urinaire	558	50	9,0	81	14,5
Abdominale	238	27	11,3	55	23,1
Pulmonaire	191	51	26,7	67	35,1
ISO	346	29	8,4	49	14,2
Peau et tissus mous	106	9	8,5	22	20,8
Os et articulations	24	2	8,3	5	20,8
Autres	63	5	7,9	15	23,8
Total	3 672	501	13,6	749	20,4

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

3.3 Données de laboratoire

Du total des microorganismes isolés (N = 4 191) chez l'ensemble des bactériémies panhospitalières, les entérobactéries (37,7 %) (*Escherichia coli* (16,9 %), *Klebsiella* sp. (11,7 %), autres entérobactéries (9,2 %)) et le *Staphylococcus aureus* (16,0 %) sont les plus fréquents ([figure 11](#), [figure 12](#), [figure 14](#) et [tableau 6](#)).

Chez les usagers rapportés avec une BAC, le SCN et *Staphylococcus aureus* sont les plus fréquemment isolés. Chez les autres bactériémies primaires comme les BBM et les non-BAC ainsi que pour les bactériémies secondaires à une infection urinaire, le microorganisme le plus fréquent est l'*Escherichia coli*. Le *Staphylococcus aureus* est fréquemment rapporté chez les cas avec bactériémies associées à un accès vasculaire en HD et avec une ISO ([figure 14](#) et [tableau 6](#)).

L'incidence des espèces de *Candida* a augmenté de 21,3 % comparée à l'année précédente (0,47 cas par 10 000 jours-présence en 2023-2024 par rapport à 0,57 en 2024-2025, p = 0,029). Le *C. albicans* est le plus fréquent et est impliqué dans 48,6 % des cas (136 / 280). Les trois autres espèces les plus rapportées sont le *C. glabrata* (26,1 %), *C. parapsilosis* (12,1 %) et le *C. tropicalis* (5,4 %). Aucun *C. auris* n'est rapporté ([figure 11](#)).

Pour les bactériémies sur cathéters centraux aux USI, les microorganismes les plus fréquemment isolés dans l'ensemble des bactériémies sont d'abord les SCN (27,8 %) suivis des *Candida* spp. (17,4 %) et des *Enterococcus* spp. (17,4 %). Ces microorganismes sont surreprésentés parmi les cas décédés et représentent 83,4 % des microorganismes isolés.

Figure 11 Répartition des catégories de microorganismes isolés pour les cas nosocomiaux (cat. 1a et 1b) (N = 3 420), 2024-2025

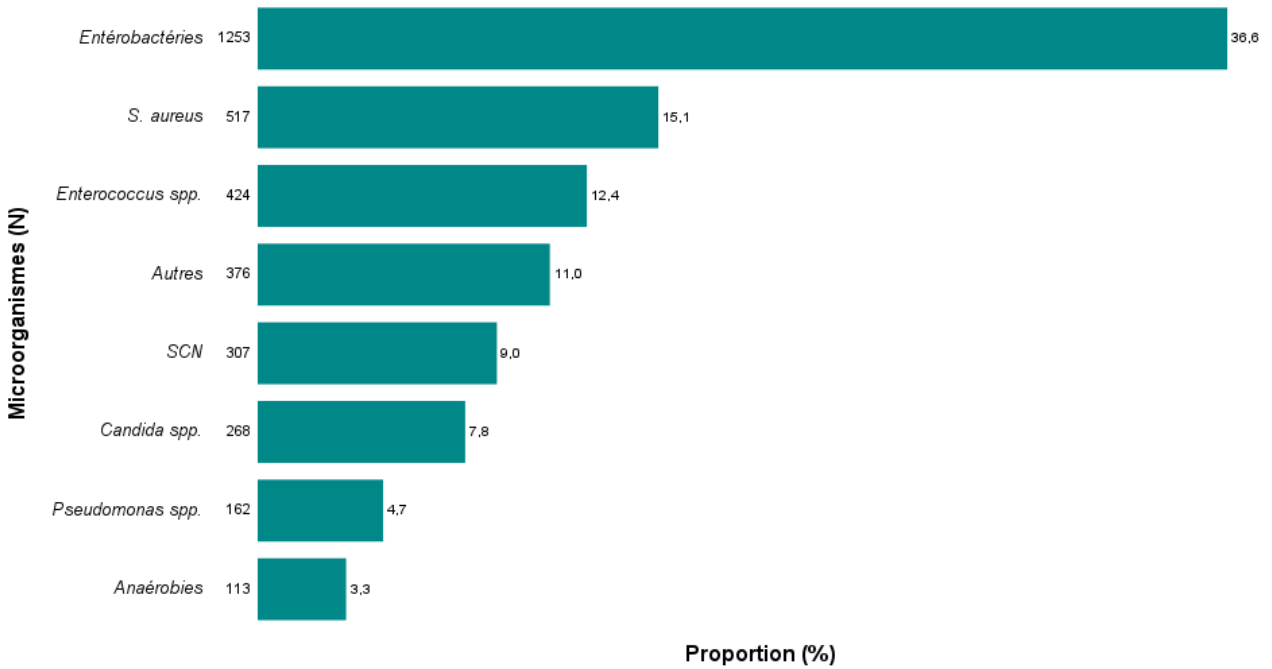


Figure 12 Répartition des catégories de microorganismes isolés, pour les cas nosocomiaux ambulatoires (cat. 1c) (N = 771), 2024-2025

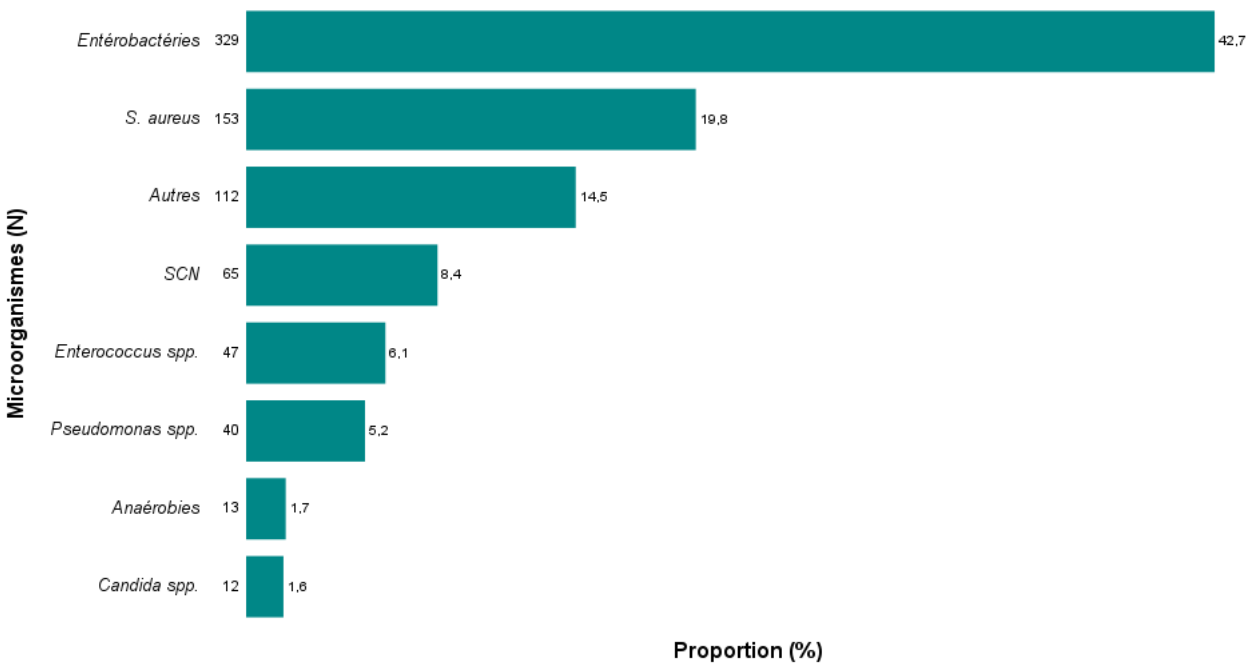


Figure 13 Répartition des catégories de microorganismes isolés pour les cas nosocomiaux (cat. 1a, 1b et 1c) décédés à 30 jours (N = 879), 2024-2025

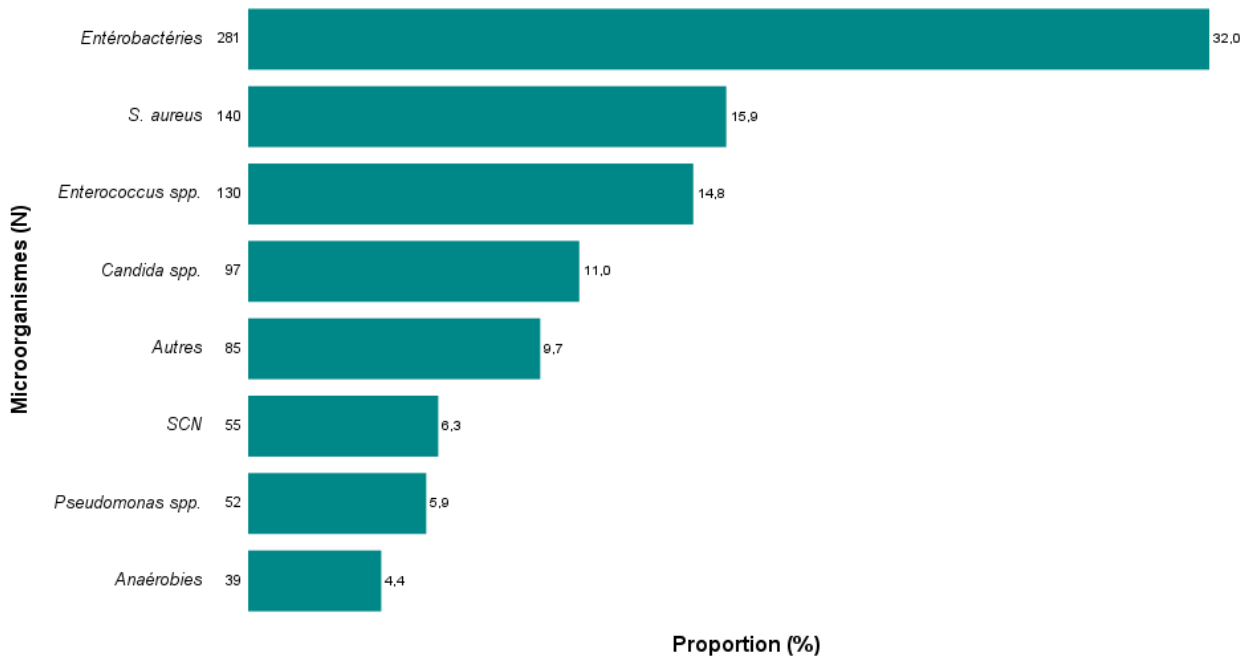


Figure 14 Répartition des catégories de microorganismes isolés selon le type d'infection chez les cas nosocomiaux (cat. 1a, 1b et 1c), 2024-2025

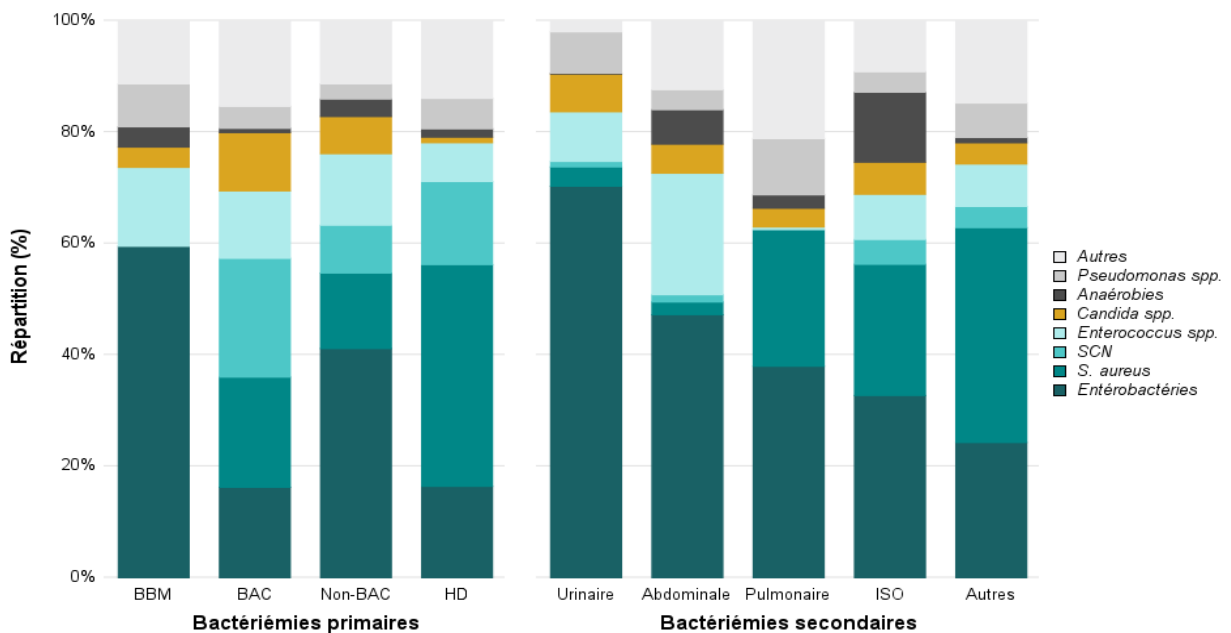


Tableau 6 Répartition des catégories de microorganismes isolés (cat. 1a, 1b et 1c), selon le type d'infection et chez les cas décédés à 30 jours, 2024-2025

Microorganismes	Proportion (%)										Décédés à 30 jours
	Bactériémies primaires				Bactériémies secondaires						
	BBM	BAC	Non-BAC	HD	Urinaire	Abdominale	Pulmonaire	ISO	Autres	Total	
Nombre	247	1041	989	201	606	307	208	382	210	4 191	879
Entérobactéries	59,5	16,2	41,2	16,4	70,3	47,2	38,0	32,7	24,3	37,7	17,8
<i>E. coli</i>	29,1	4,3	19,7	2,5	40,3	19,9	9,6	12,6	8,6	16,9	17,8
<i>Klebsiella spp.</i>	14,2	5,4	12,8	5,5	18,2	17,9	17,8	9,9	10,0	11,7	17,8
Autres entérobactéries	16,2	6,5	8,6	8,5	11,9	9,4	10,6	10,2	5,7	9,2	17,7
S. aureus	0,0	19,8	13,5	39,8	3,5	2,3	24,5	23,6	38,6	16,0	20,9
SCN	0,0	21,3	8,6	14,9	1,0	1,3	0,0	4,5	3,8	8,9	14,8
Enterococcus spp.	14,2	12,1	12,8	7,0	8,9	21,8	0,5	8,1	7,6	11,2	27,6
Candida spp.	3,6	10,5	6,7	1,0	6,8	5,2	3,4	5,8	3,8	6,7	34,6
Anaérobies	3,6	0,8	3,1	1,5	0,2	6,2	2,4	12,6	1,0	3,0	31,0
Pseudomonas spp.	7,7	3,9	2,7	5,5	7,4	3,6	10,1	3,7	6,2	4,8	25,7
Autres	11,3	15,4	11,3	13,9	2,0	12,4	21,2	9,2	14,8	11,6	17,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	21,0

La proportion de *S. aureus* résistant à l'oxacilline (SARM) parmi les bactériémies à *S. aureus* est de 9,9 % (66 / 666) pour l'ensemble des unités de soins ([tableau 7](#) et [figure 15](#)), et est comparable du point de vue statistique à l'année 2023-2024. La proportion d'entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) est de 1,6 % (7 / 442) et est également comparable du point de vue statistique à l'année 2023-2024.

Trente-quatre entérobactéries résistantes à l'imipénem ou au méropénem sont rapportées (2,2 %, N = 1 568) (soit 3,1 % (15 / 489) des *Klebsiella* sp. testés et 0,6 % (4 / 703) des *E. coli* testés), dont 12 sont productrices de carbapénémases (huit de gène KPC, deux de gène NDM et deux de gène OXA-48).

Parmi les entérobactéries les plus communes, notons que 10,3 % (61 / 591) des *E. coli*, 7,1 % (12 / 170) des *Enterobacter* spp. et 10,8 % (40 / 371) des *Klebsiella* spp. sont multirésistantes (MDR), soit résistantes à trois ou quatre classes d'antibiotiques, et que seulement 1,7 % (19 / 1 132) des isolats parmi ces mêmes bactéries étaient ultrarésistantes (XDR), soit résistantes à cinq ou six classes d'antibiotiques. Chez les *Pseudomonas* spp., aucun isolat n'est résistant à cinq classes (XDR). Chez les *Acinetobacter* spp., un isolat est résistant à cinq classes (XDR).

Pour l'ensemble des USI, la proportion de SARM parmi les bactériémies sur cathéters centraux à *S. aureus* est de 27,3 % (6 / 22). Aucun cas n'est associé à un ERV. Les bactériémies associées à une entérobactérie productrice de carbapénémases (EPC) représentent 8,3 % (1 / 12) des *Klebsiella* spp. testés et 0 % (0 / 11) des *Escherichia coli* testés.

Tableau 7 Proportion de résistance aux antibiotiques pour certains microorganismes isolés chez les cas nosocomiaux (cat. 1a, 1b et 1c), 2024-2025

Microorganismes	Antibiotiques	Résistants		
		Isolés N	N	%
<i>Staphylococcus aureus</i>	Oxacilline	666	66	9,9
<i>Enterococcus faecium</i>	Ampicilline	232	187	80,6
	Vancomycine	232	6	2,6
<i>Enterococcus faecalis</i>	Ampicilline	210	5	2,4
	Vancomycine	210	1	0,5
<i>Klebsiella spp.</i>	Amikacine, gentamicine ou tobramycine	489	31	6,3
	Céfépime, céfotaxime, ceftazidime ou ceftriaxone	489	72	14,7
	Ciprofloxacine, lévofloxacine ou moxifloxacine	489	43	8,8
	Imipénem ou méropénem	489	15	3,1
	Pipéracilline-tazobactam	489	57	11,7
	Triméthoprim-sulfaméthoxazole	489	69	14,1
<i>Escherichia coli</i>	Amikacine, gentamicine ou tobramycine	703	80	11,4
	Céfépime, céfotaxime, ceftazidime ou ceftriaxone	703	118	16,8
	Ciprofloxacine, lévofloxacine ou moxifloxacine	703	181	25,7
	Imipénem ou méropénem	703	4	0,6
	Pipéracilline-tazobactam	703	55	7,8
	Triméthoprim-sulfaméthoxazole	703	196	27,9
<i>Enterobacter spp.</i>	Amikacine, gentamicine ou tobramycine	173	8	4,6
	Céfépime, céfotaxime, ceftazidime ou ceftriaxone	173	60	34,7
	Ciprofloxacine, lévofloxacine ou moxifloxacine	173	9	5,2
	Imipénem ou méropénem	173	3	1,7
	Pipéracilline-tazobactam	173	40	23,1
	Triméthoprim-sulfaméthoxazole	173	22	12,7
<i>Pseudomonas spp.</i>	Amikacine, gentamicine ou tobramycine	202	1	0,5
	Céfépime ou ceftazidime	202	15	7,4
	Ciprofloxacine ou lévofloxacine	202	7	3,5
	Imipénem ou méropénem	202	19	9,4
	Pipéracilline-tazobactam	202	15	7,4
<i>Acinetobacter spp.</i>	Amikacine, gentamicine ou tobramycine	31	2	6,5
	Céfépime ou ceftazidime	31	1	3,2
	Ciprofloxacine ou lévofloxacine	31	1	3,2
	Imipénem ou méropénem	31	2	6,5
	Pipéracilline-tazobactam ou ampicilline-sulbactam	31	4	12,9

Figure 15 Évolution des proportions de résistance aux antibiotiques pour certaines bactéries à Gram positif, chez les cas nosocomiaux (cat. 1a, 1b et 1c) 2020-2021 à 2024-2025

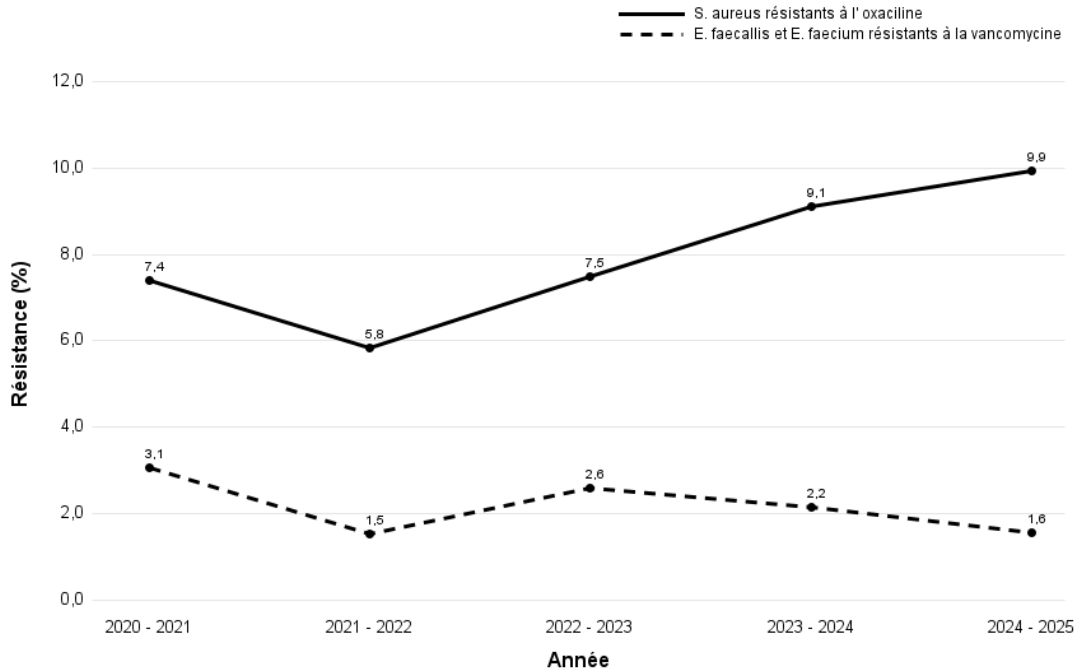
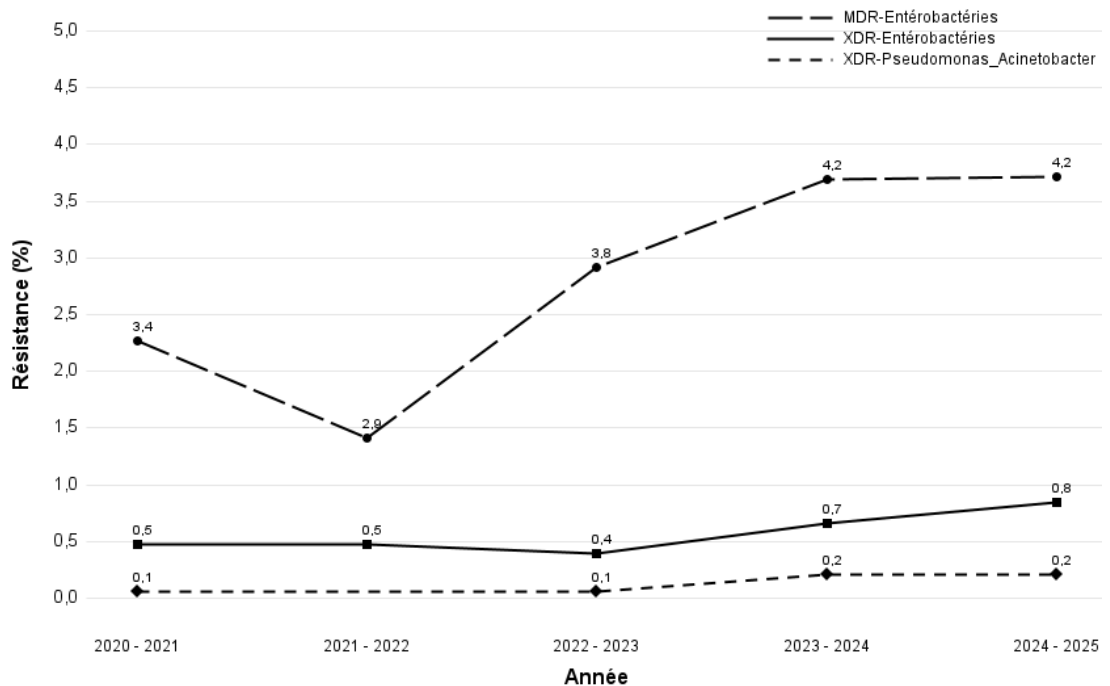


Figure 16 Évolution des proportions de multirésistance aux antibiotiques pour certaines bactéries à Gram négatif, chez les cas nosocomiaux (cat. 1a, 1b et 1c) 2020-2021 à 2024-2025



3.4 Évolution des taux

Les données présentées à cette section concernent l'ensemble des installations ou des unités de soins intensifs ayant participé à la surveillance à au moins 11 périodes de chaque année durant la période ciblée (sauf en 2020-2021 et 2021-2022 avec neuf périodes). Dans le cadre de cette approche longitudinale, la [figure 17](#) et le [tableau 8](#) qui présentent l'évolution des taux d'incidence des bactériémies panhospitalières, prennent en compte seulement les installations (N = 84) participant à la surveillance de façon consécutive depuis les cinq dernières années. Les installations sont regroupées selon leur mission et le taux d'incidence moyen par regroupement est présenté à des fins de comparaison ([tableau 8](#)).

Parmi les 84 installations, le taux d'incidence des bactériémies panhospitalières en 2024-2025 est de 6,45 cas par 10 000 jours-présence, et est comparable à celui observé en 2023-2024 ([figure 17](#) et [tableau 8](#)). Cette stabilité s'observe à la fois dans les installations universitaires et non universitaires. Malgré la stabilité globale du taux, on note une variation du taux selon le type d'infection ([figure 17](#)). Les BAC ont diminué de façon significative par rapport à 2023-2024.

Figure 17 Évolution des taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) selon le type d'infection, pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 84), 2020-2021 à 2024-2025

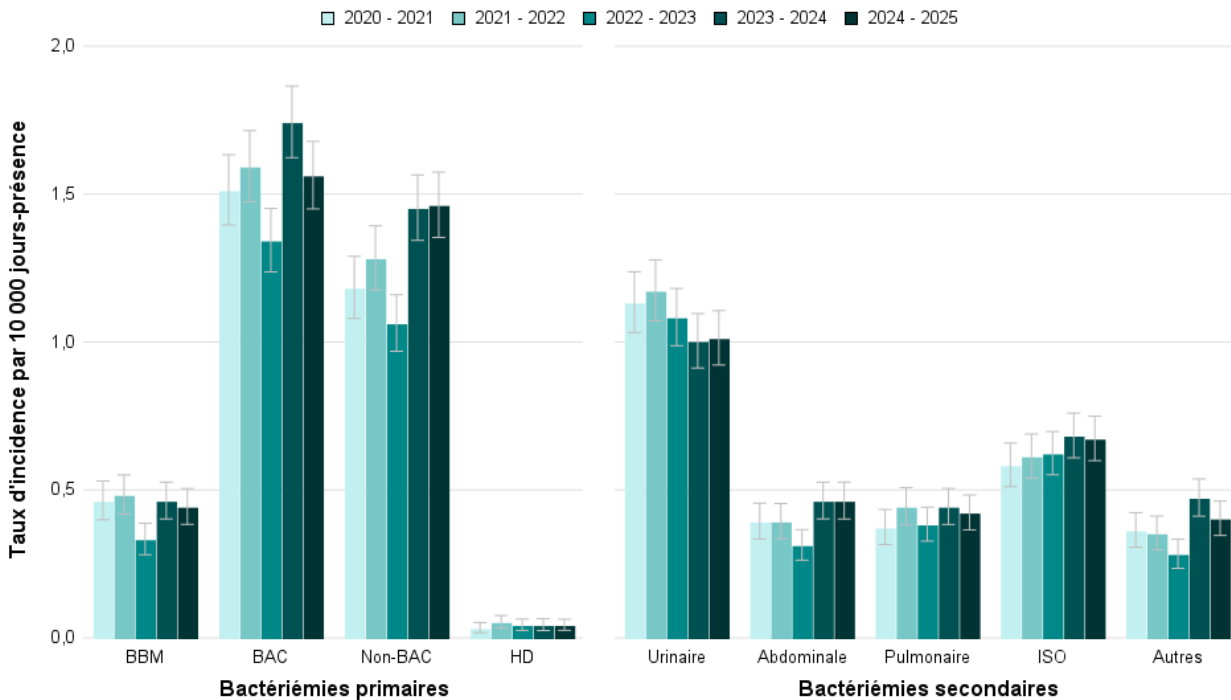


Tableau 8 Évolution des taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) selon la mission, pour les installations participant depuis 2020-2021 (N = 84), 2020-2021 à 2024-2025

Mission de l'installation	N	Taux d'incidence /10 000 jours-présence [IC à 95 %]				
		2020 - 2021	2021 - 2022	2022 - 2023	2023 - 2024	2024 - 2025
Universitaire	24	8,54 [8,15 ; 8,95]	8,22 [7,85 ; 8,61]	7,32 [6,97 ; 7,68]	9,04 [8,65 ; 9,44]	8,54 [8,17 ; 8,93]
Non universitaire	60	3,45 [3,20 ; 3,71]	4,39 [4,11 ; 4,69]	3,56 [3,32 ; 3,82]	4,55 [4,28 ; 4,83]	4,39 [4,13 ; 4,67]
Total	84	6,02 [5,79 ; 6,26]	6,36 [6,12 ; 6,61]	5,44 [5,23 ; 5,66]	6,74 [6,51 ; 6,98]	6,45 [6,22 ; 6,69]

La [figure 18](#) qui présente l'évolution des taux d'incidence des bactériémies sur cathéters centraux aux USI, prend en compte seulement les USI (N = 66) participant à la surveillance de façon consécutive depuis les cinq dernières années. Les unités sont regroupées selon leur mission et le taux d'incidence moyen par regroupement est présenté à des fins de comparaison ([tableau 9](#)).

Parmi les 66 unités, le taux d'incidence des bactériémies est de 1,62 cas par 1 000 jours-cathéter en 2024-2025 ([figure 18](#) et [tableau 9](#)). Comparé à l'année précédente (2023-2024), ce taux demeure stable. On note des variations du taux allant de 1,21 à 2,80 cas par 1 000 jours-cathéter selon le type d'unité de soins ([figure 18](#)). Par rapport à l'année 2023-2024, les taux d'incidence des bactériémies sont demeurés stables pour tous les types d'unités de soins intensifs.

Figure 18 Évolution des taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b), selon la mission et le type d'unité de soins intensifs, pour les unités participant depuis 2020-2021 (N = 66), 2020-2021 à 2024-2025

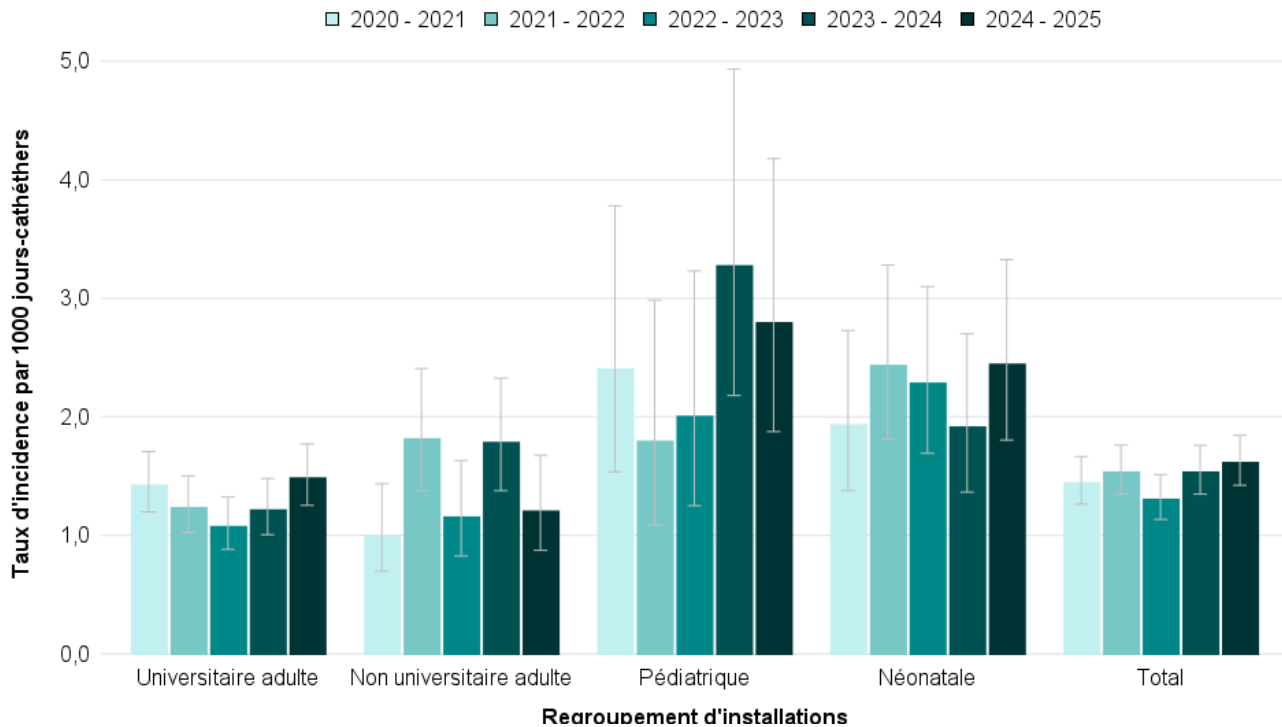


Tableau 9 Évolution des taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b), selon la mission, et le type d'unité de soins intensifs, pour les unités participant depuis 2020-2021 (N = 66), 2020-2021 à 2024-2025

Type d'USI	N	Taux d'incidence par 1 000 jours-cathéters [IC à 95 %]				
		2020 - 2021	2021 - 2022	2022 - 2023	2023 - 2024	2024 - 2025
Universitaire adulte	27	1,43 [1,20 ; 1,71]	1,24 [1,02 ; 1,50]	1,08 [0,88 ; 1,32]	1,22 [1,01 ; 1,48]	1,49 [1,25 ; 1,77]
Non universitaire adulte	28	1,00 [0,70 ; 1,44]	1,82 [1,38 ; 2,41]	1,16 [0,82 ; 1,63]	1,79 [1,38 ; 2,33]	1,21 [0,87 ; 1,68]
Pédiatrique	4	2,41 [1,54 ; 3,78]	1,80 [1,09 ; 2,98]	2,01 [1,25 ; 3,23]	3,28 [2,18 ; 4,93]	2,80 [1,88 ; 4,18]
Néonatale	7	1,94 [1,38 ; 2,73]	2,44 [1,81 ; 3,28]	2,29 [1,69 ; 3,10]	1,92 [1,37 ; 2,70]	2,45 [1,80 ; 3,33]
Total	66	1,45 [1,26 ; 1,66]	1,54 [1,35 ; 1,76]	1,31 [1,13 ; 1,51]	1,54 [1,35 ; 1,76]	1,62 [1,42 ; 1,84]

Tableau 10 Évolution des taux d'utilisation des cathéters centraux, selon la mission et le type d'unité de soins intensifs, pour les unités participant depuis 2020-2021 (N = 66), 2020-2021 à 2024-2025

Type d'USI	N	Taux d'utilisation des cathéters				
		2020 - 2021	2021 - 2022	2022 - 2023	2023 - 2024	2024 - 2025
Universitaire adulte	27	0,62	0,62	0,61	0,60	0,60
Non universitaire adulte	28	0,38	0,38	0,37	0,38	0,38
Pédiatrique	4	0,68	0,55	0,51	0,55	0,55
Néonatale	7	0,22	0,23	0,24	0,24	0,23
Total	66	0,46	0,46	0,45	0,45	0,46

3.5 Données par installation

Deux installations universitaires présentent un taux supérieur au 90^e percentile des taux des années 2020-2021 à 2023-2024 ([figure 19](#)), alors que c'est le cas pour sept installations non universitaires ([figure 20](#)).

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 19 Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) et percentiles des taux d'incidence (2020-2021 à 2023-2024) par installation selon le regroupement universitaire, 2024-2025

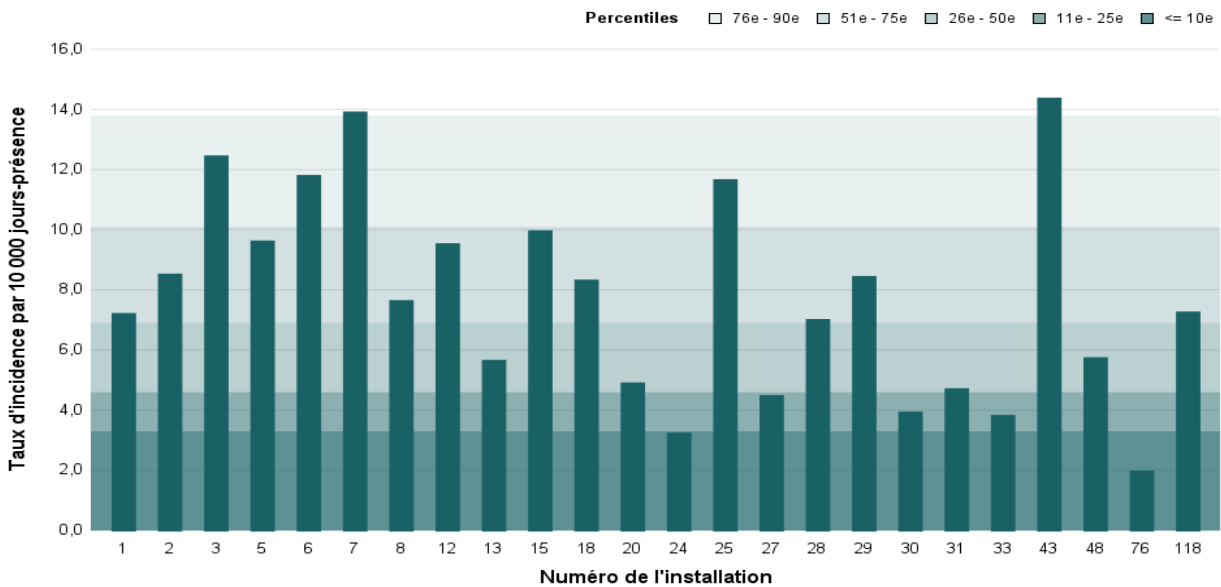
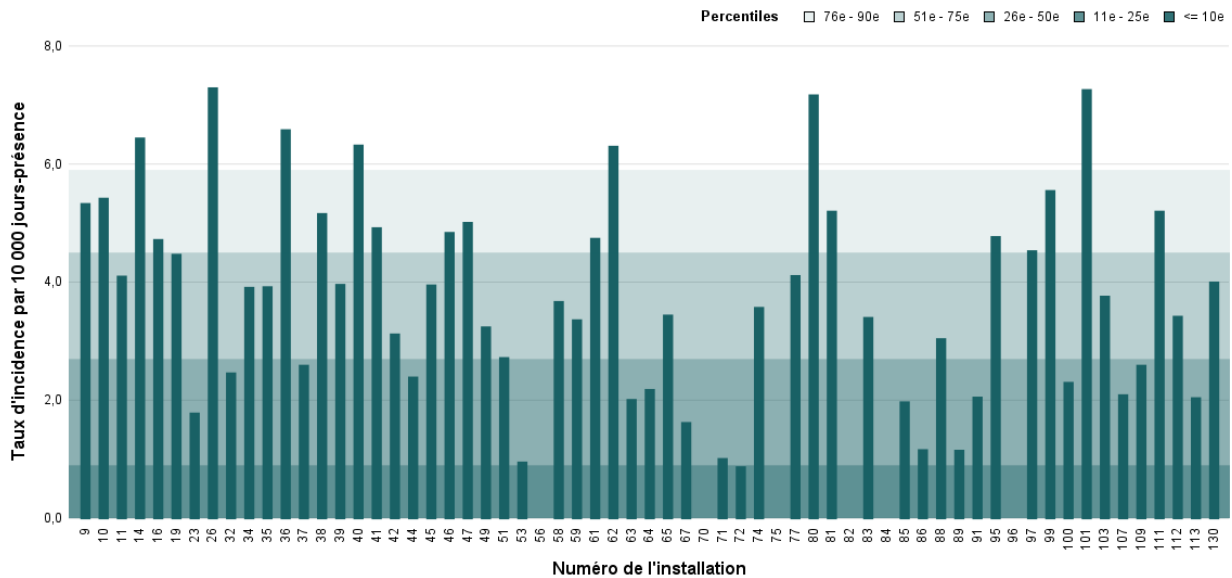


Figure 20 Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) et percentiles des taux d'incidence (2020-2021 à 2023-2024) par installation selon le regroupement non universitaire, 2024-2025



En 2024-2025, le taux d'incidence des BAC nosocomiales (catégories 1a et 1b) par installation a varié de 0 à 5,46 cas par 10 000 jours-présence, pour celles secondaires à une infection urinaire de 0 à 2,74 cas par 10 000 jours-présence et pour celles secondaires à une ISO de 0 à 2,13 cas par 10 000 jours-présence.

Un sommaire détaillé de ces données de surveillance par installation est présenté au [tableau 11](#) et au [tableau 12](#). Les [tableau 11](#) et [tableau 12](#) présentent les taux d'incidence de BAC, de bactériémies secondaires à une infection urinaire et de bactériémies secondaires à une ISO en 2024-2025, par installation. 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 11 Nombre de cas (N), taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) primaires associées à un cathéter (BAC), secondaires à une infection urinaire et secondaires à une infection de site opératoire (ISO) par installation et percentiles des taux d'incidence (2020-2021 à 2023-2024) selon le regroupement universitaire, 2024-2025

Numéro	Nom de l'installation	Taux d'incidence /10 000 jours-présence [IC à 95]					
		BAC		Urinaire		ISO	
		N	Taux	N	Taux	N	Taux
1	Hôpital Charles-Le Moyne	22	1,77 [1,17 ; 2,69]	3	0,24 [0,08 ; 0,75]	6	0,48 [0,21 ; 1,07]
2	Hôpital de l'Enfant-Jésus	12	1,10 [0,62 ; 1,94]	12	1,10 [0,62 ; 1,94]	8	0,73 [0,36 ; 1,47]
3	Hôpital Glen - Royal Victoria	28	2,42 [1,67 ; 3,51]	12	1,04 [0,59 ; 1,83]	15	1,30 [0,78 ; 2,16]
5	Hôpital Général Juif	49	2,61 [1,97 ; 3,45]	35	1,86 [1,33 ; 2,59]	19	1,01 [0,64 ; 1,58]
6	Hôpital Glen - Enfants	22	5,31 [3,50 ; 8,06]	1	0,24 [0,03 ; 1,72]	1	0,24 [0,03 ; 1,72]
7	Hôtel-Dieu de Québec	13	1,71 [0,99 ; 2,94]	12	1,58 [0,90 ; 2,78]	10	1,31 [0,70 ; 2,44]
8	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	39	2,64 [1,93 ; 3,62]	16	1,09 [0,67 ; 1,78]	5	0,34 [0,14 ; 0,81]
12	CHU Sainte-Justine	48	5,46 [4,12 ; 7,24]	3	0,34 [0,11 ; 1,06]	0	0
13	Institut de Cardiologie de Montréal	4	1,03 [0,39 ; 2,75]	2	0,52 [0,13 ; 2,05]	7	1,80 [0,86 ; 3,78]
15	CHUS - Hôpital Fleurimont	29	2,98 [2,07 ; 4,29]	9	0,93 [0,49 ; 1,78]	16	1,65 [1,01 ; 2,69]
18	Hôtel-Dieu de Lévis	16	1,99 [1,22 ; 3,25]	9	1,12 [0,58 ; 2,15]	13	1,62 [0,94 ; 2,79]
20	Hôpital de Chicoutimi	8	1,12 [0,56 ; 2,25]	6	0,84 [0,38 ; 1,88]	6	0,84 [0,38 ; 1,88]
24	Hôpital du Saint-Sacrement	1	0,16 [0,02 ; 1,17]	3	0,49 [0,16 ; 1,51]	1	0,16 [0,02 ; 1,17]
25	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	41	2,89 [2,13 ; 3,92]	29	2,04 [1,42 ; 2,94]	19	1,34 [0,86 ; 2,10]
27	CHUL	14	1,34 [0,79 ; 2,26]	3	0,29 [0,09 ; 0,89]	4	0,38 [0,14 ; 1,02]
28	Hôpital Saint-François d'Assise	12	1,38 [0,78 ; 2,43]	12	1,38 [0,78 ; 2,43]	13	1,50 [0,87 ; 2,58]
29	Hôpital Général de Montréal	22	3,10 [2,04 ; 4,71]	9	1,27 [0,66 ; 2,44]	7	0,99 [0,47 ; 2,07]
30	CHUS - Hôtel-Dieu de Sherbrooke	5	0,66 [0,28 ; 1,58]	8	1,05 [0,52 ; 2,10]	5	0,66 [0,28 ; 1,58]
31	Pavillon Sainte-Marie	16	1,18 [0,72 ; 1,93]	10	0,74 [0,40 ; 1,37]	9	0,66 [0,34 ; 1,27]
33	Institut Universitaire de Cardiologie et de Pneumologie de Québec	11	1,17 [0,65 ; 2,12]	3	0,32 [0,10 ; 0,99]	10	1,07 [0,58 ; 1,98]
43	Centre Hospitalier de l'Université de Montréal	87	3,85 [3,12 ; 4,75]	34	1,51 [1,08 ; 2,11]	48	2,13 [1,61 ; 2,82]
48	Centre Hospitalier de St. Mary	8	1,10 [0,55 ; 2,20]	6	0,82 [0,37 ; 1,83]	6	0,82 [0,37 ; 1,83]
76	Hôpital de Lachine	0	0	0	0	0	0
118	Hôpital Neurologique de Montréal	5	2,43 [1,01 ; 5,83]	2	0,97 [0,24 ; 3,88]	0	0
L'ensemble du Québec		512	2,24 [2,05 ; 2,44]	239	1,05 [0,93 ; 1,19]	228	1,00 [0,88 ; 1,14]
Percentiles des taux	10 ^e		0,26		0,22		0,13
	25 ^e		1,08		0,59		0,26
	50 ^e		1,71		1,13		0,72
	75 ^e		2,92		1,55		1,27
	90 ^e		4,14		2,02		2,04

Tableau 12 Nombre de cas (N), taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) primaires associées à un cathéter (BAC), secondaires à une infection urinaire et secondaires à une infection de site opératoire (ISO) par installation et percentiles des taux d'incidence (2020-2021 à 2023-2024) selon le regroupement non universitaire, 2024-2025

Numéro	Nom de l'installation	Taux d'incidence /10 000 jours-présence [IC à 95 %]					
		BAC		Urinaire		ISO	
		N	Taux	N	Taux	N	Taux
9	Hôpital du Haut-Richelieu	10	1,21 [0,65 ; 2,25]	8	0,97 [0,48 ; 1,94]	5	0,61 [0,26 ; 1,46]
10	Hôpital Pierre-Boucher	21	1,70 [1,11 ; 2,61]	11	0,89 [0,49 ; 1,61]	0	0
11	Hôpital Pierre-Le Gardeur	7	0,59 [0,28 ; 1,23]	11	0,92 [0,51 ; 1,66]	5	0,42 [0,18 ; 1,01]
14	Hôpital de Lanaudière et CHSLD Parphilia-Ferland	10	1,11 [0,60 ; 2,07]	9	1,00 [0,52 ; 1,92]	11	1,22 [0,67 ; 2,21]
16	Hôpital Régional de Rimouski	3	0,79 [0,26 ; 2,44]	6	1,58 [0,71 ; 3,51]	1	0,26 [0,04 ; 1,88]
19	Hôpital de la Cité-de-la-Santé	18	1,05 [0,66 ; 1,66]	14	0,81 [0,48 ; 1,37]	5	0,29 [0,12 ; 0,70]
23	Hôtel-Dieu d'Arthabaska	1	0,22 [0,03 ; 1,61]	2	0,45 [0,11 ; 1,78]	4	0,89 [0,33 ; 2,38]
26	Hôpital de Verdun	9	1,26 [0,65 ; 2,43]	15	2,11 [1,27 ; 3,50]	2	0,28 [0,07 ; 1,12]
32	Centre Hospitalier Régional du Grand-Portage	2	0,82 [0,20 ; 3,30]	0	0	2	0,82 [0,20 ; 3,30]
34	Hôpital Santa Cabrini	7	0,86 [0,41 ; 1,80]	11	1,35 [0,75 ; 2,44]	4	0,49 [0,18 ; 1,31]
35	Hôpital Honoré-Mercier	5	0,63 [0,26 ; 1,52]	8	1,01 [0,50 ; 2,02]	4	0,51 [0,19 ; 1,35]
36	Hôpital Général du Lakeshore	13	1,56 [0,91 ; 2,68]	22	2,63 [1,73 ; 4,00]	2	0,24 [0,06 ; 0,96]
37	Hôtel-Dieu de Sorel	2	0,47 [0,12 ; 1,90]	3	0,71 [0,23 ; 2,20]	1	0,24 [0,03 ; 1,65]
38	Hôpital Jean-Talon	4	0,83 [0,31 ; 2,20]	5	1,03 [0,43 ; 2,48]	2	0,41 [0,10 ; 1,66]
39	Hôpital de Gatineau	8	1,76 [0,88 ; 3,53]	2	0,44 [0,11 ; 1,77]	0	0
40	Hôpital de Hull	4	0,65 [0,24 ; 1,73]	7	1,14 [0,54 ; 2,38]	4	0,65 [0,24 ; 1,73]
41	Hôpital du Centre-de-la-Mauricie	3	0,64 [0,21 ; 2,00]	7	1,50 [0,71 ; 3,15]	2	0,43 [0,11 ; 1,71]
42	Hôpital Anna-Laberge	8	0,96 [0,48 ; 1,93]	5	0,60 [0,25 ; 1,45]	2	0,24 [0,06 ; 0,97]
44	Hôpital Sainte-Croix	1	0,18 [0,02 ; 1,34]	4	0,74 [0,28 ; 1,97]	4	0,74 [0,28 ; 1,97]
45	Hôpital de Saint-Eustache	10	0,94 [0,50 ; 1,75]	8	0,76 [0,38 ; 1,51]	1	0,09 [0,01 ; 0,70]
46	Hôpital de Granby	7	1,54 [0,73 ; 3,24]	3	0,66 [0,21 ; 2,05]	1	0,22 [0,03 ; 1,57]
47	Hôpital de Rouyn-Noranda	2	0,91 [0,23 ; 3,65]	3	1,37 [0,44 ; 4,24]	1	0,46 [0,07 ; 3,21]
49	Centre Multi, SSS de Memphrémagog	0	0	1	1,08 [0,15 ; 7,71]	0	0
51	Hôpital de Maniwaki	1	0,68 [0,09 ; 4,87]	1	0,68 [0,09 ; 4,87]	1	0,68 [0,09 ; 4,87]
52	Hôpital d'Amos	--	--	--	--	--	--
53	Hôpital de Chandler	0	0	0	0	0	0
56	Centre Multi, SSS d'Argenteuil	0	0	0	0	0	0
58	Hôpital du Suroît	4	0,70 [0,26 ; 1,87]	5	0,88 [0,37 ; 2,10]	4	0,70 [0,26 ; 1,87]
59	Centre Multi, SSS de Baie-Saint-Paul	1	1,12 [0,16 ; 8,00]	1	1,12 [0,16 ; 8,00]	0	0
61	Hôpital Notre-Dame-de-Fatima	2	2,38 [0,60 ; 9,49]	0	0	0	0
62	Hôpital Notre-Dame	4	0,63 [0,24 ; 1,68]	12	1,89 [1,07 ; 3,33]	3	0,47 [0,15 ; 1,47]
63	Hôpital de Saint-Georges	1	0,25 [0,03 ; 1,81]	0	0	0	0
64	CLSC et Hôpital Le Royer	0	0	1	0,44 [0,06 ; 3,11]	0	0
65	Hôpital de Val-d'Or	1	0,43 [0,06 ; 3,07]	2	0,86 [0,21 ; 3,45]	1	0,43 [0,06 ; 3,07]

Tableau 12 Nombre de cas (N) et taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) primaires associées à un cathéter (BAC), secondaires à une infection urinaire et secondaire à une infection de site opératoire (ISO) par installation et percentiles des taux d'incidence (2020-2021 à 2023-2024) selon le regroupement non universitaire, 2024-2025 (suite)

Numéro	Nom de l'installation	Taux d'incidence /10 000 jours-présence [IC à 95 %]					
		BAC		Urinaire		ISO	
		N	Taux	N	Taux	N	Taux
67	Hôpital et Centre de Réadaptation de Jonquière	2	0,65 [0,16 ; 2,61]	1	0,33 [0,05 ; 2,29]	0	0
70	Centre Multi, SSS de la Sarre	0	0	0	0	0	0
71	Hôpital de Matane	0	0	1	1,02 [0,14 ; 7,19]	0	0
72	Hôpital et CLSC de Sept-Îles	0	0	1	0,44 [0,06 ; 3,13]	0	0
74	Hôpital de Dolbeau-Mistassini	0	0	1	0,89 [0,12 ; 6,38]	0	0
75	CSSS du Granit	0	0	0	0	0	0
77	Hôpital d'Amqui	0	0	2	2,74 [0,68 ; 10,98]	0	0
80	Hôpital Fleury	3	0,77 [0,25 ; 2,39]	8	2,05 [1,02 ; 4,10]	0	0
81	Hôpital de Mont-Laurier	1	0,74 [0,10 ; 5,31]	3	2,23 [0,72 ; 6,93]	0	0
82	Centre Multi, SSS de Ville-Marie	0	0	0	0	0	0
83	Hôpital de Lasalle	1	0,38 [0,05 ; 2,68]	2	0,76 [0,19 ; 3,02]	0	0
84	Hôpital de Notre-Dame-du-Lac	0	0	0	0	0	0
85	Centre Multi, SSS du Haut-Saint-Maurice	0	0	0	0	0	0
86	Hôpital et CLSC de la Malbaie	1	1,17 [0,16 ; 8,32]	0	0	0	0
88	Hôpital et CHSLD de Roberval	1	0,61 [0,09 ; 4,34]	0	0	1	0,61 [0,09 ; 4,34]
89	Hôpital de Montmagny	0	0	1	0,58 [0,08 ; 4,14]	0	0
91	Hôpital de Gaspé	1	1,03 [0,15 ; 7,31]	1	1,03 [0,15 ; 7,31]	0	0
95	Hôpital et CHSLD du Pontiac	1	0,80 [0,11 ; 5,64]	2	1,59 [0,40 ; 6,38]	0	0
96	Centre de Santé de Chibougamau	0	0	0	0	0	0
97	Hôpital et GMFU de Maria	2	1,13 [0,28 ; 4,55]	1	0,57 [0,08 ; 4,01]	0	0
99	Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins	5	1,85 [0,77 ; 4,45]	0	0	0	0
100	Hôpital de la Baie	0	0	0	0	0	0
101	Hôpital de Saint-Jérôme	16	1,53 [0,94 ; 2,50]	12	1,15 [0,65 ; 2,02]	8	0,76 [0,38 ; 1,53]
103	Centre Multi, SSS de Sainte-Agathe	2	0,50 [0,12 ; 2,02]	1	0,25 [0,03 ; 1,80]	2	0,50 [0,12 ; 2,02]
107	Hôpital de l'Archipel	0	0	0	0	0	0
109	Hôpital et CLSC de Sainte-Anne-des-Monts	0	0	0	0	0	0
111	Hôpital et CHSLD de Papineau	4	2,08 [0,78 ; 5,55]	0	0	0	0
112	Hôpital d'Alma	2	0,76 [0,19 ; 3,05]	3	1,14 [0,37 ; 3,55]	0	0
113	Hôpital de Thetford	1	0,51 [0,07 ; 3,66]	1	0,51 [0,07 ; 3,66]	0	0
130	Hôpital Barrie Mémorial	2	1,60 [0,40 ; 6,41]	1	0,80 [0,11 ; 5,70]	0	0
L'ensemble du Québec		214	0,89 [0,78 ; 1,02]	229	0,96 [0,84 ; 1,09]	83	0,35 [0,28 ; 0,43]
Percentiles des taux	10 ^e	0	0	0	0	0	0
	25 ^e	0	0	0	0	0	0
	50 ^e	0,30	0	0,70	0	0	0
	75 ^e	0,87	0	1,18	0	0,40	0
	90 ^e	1,39	0	1,66	0	0,83	0

3.6 Données par unités de soins intensifs

En 2024-2025, onze unités universitaires adultes, deux unités non universitaires adultes, une unité pédiatrique et deux unités néonatales dépassent le 90e percentile des taux de 2020-2021 à 2023-2024 de leur type d'unité.

Les taux d'incidence des bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux USI ont varié de zéro à 12,82 cas par 1 000 jours-cathéter. Le taux d'utilisation des cathéters centraux a varié de 0,06 à 1,00.

Un sommaire détaillé de ces données par installation est présenté aux [tableau 13](#), [tableau 14](#), [tableau 15](#) et [tableau 16](#). 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. Étant donné que le nombre de cas par unité est parfois petit et que des unités très petites 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.

Tableau 13 Nombre de cas (N) et taux d'incidence des bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux unités de soins intensifs universitaires adultes (cat. 1a et 1b), taux d'utilisation des cathéters et percentiles des taux d'incidence (2020-2021 à 2023-2024), selon le type d'USI^A, par installation, 2024-2025

No	Nom de l'installation	Universitaire adulte			
		Type d'USI	N	Taux d'incidence (/1000 JC) [IC à 95 %]	Taux d'utilisation
1	Hôpital Charles-Le Moyne	X	5	2,52 [1,05 ; 6,04]	0,43
2	Hôpital de l'Enfant-Jésus	B	1	1,29 [0,18 ; 9,16]	0,34
2	Hôpital de l'Enfant-Jésus	X	3	0,77 [0,25 ; 2,39]	0,62
3	Hôpital Glen - Royal Victoria	X	7	0,76 [0,36 ; 1,60]	0,85
5	Hôpital Général Juif	R	1	0,68 [0,10 ; 4,86]	0,34
5	Hôpital Général Juif	X	12	1,90 [1,08 ; 3,34]	0,85
7	Hôtel-Dieu de Québec	X	2	0,58 [0,14 ; 2,33]	0,76
8	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	X	8	3,30 [1,65 ; 6,60]	0,52
13	Institut de Cardiologie de Montréal	C	0	0	1,00
15	CHUS - Hôpital Fleurimont	C	4	2,47 [0,93 ; 6,59]	0,39
15	CHUS - Hôpital Fleurimont	M	3	2,51 [0,81 ; 7,78]	0,22
15	CHUS - Hôpital Fleurimont	R	0	0	0,14
18	Hôtel-Dieu de Lévis	X	5	2,65 [1,10 ; 6,37]	0,45
20	Hôpital de Chicoutimi	X	2	0,73 [0,18 ; 2,93]	0,92
25	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	R	0	0	0,14
25	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	X	16	1,59 [0,97 ; 2,60]	0,66
27	CHUL	X	0	0	0,12
28	Hôpital Saint-François d'Assise	X	4	2,38 [0,89 ; 6,35]	0,38
29	Hôpital Général de Montréal	X	9	1,84 [0,96 ; 3,54]	0,75
30	CHUS - Hôtel-Dieu de Sherbrooke	X	0	0	0,15
31	Pavillon Sainte-Marie	X	7	2,28 [1,09 ; 4,78]	0,64
33	Institut Universitaire de Cardiologie et de Pneumologie de Québec	C	2	0,37 [0,09 ; 1,47]	0,95
33	Institut Universitaire de Cardiologie et de Pneumologie de Québec	X	3	2,32 [0,75 ; 7,19]	0,57
43	Centre Hospitalier de l'Université de Montréal	B	7	4,48 [2,14 ; 9,40]	0,64
43	Centre Hospitalier de l'Université de Montréal	R	1	1,14 [0,16 ; 8,10]	0,18
43	Centre Hospitalier de l'Université de Montréal	X	26	1,99 [1,35 ; 2,93]	0,93
48	Centre Hospitalier de St. Mary	X	3	3,79 [1,22 ; 11,74]	0,39
118	Hôpital Neurologique de Montréal	X	4	3,94 [1,48 ; 10,50]	0,32
L'ensemble du Québec			135	1,54 [1,30 ; 1,82]	0,60
Percentiles des taux	10 ^e			0	0,22
	25 ^e			0,45	0,37
	50 ^e			1,07	0,60
	75 ^e			1,61	0,78
	90 ^e			2,1	0,87

^A Les abréviations suivantes sont utilisées pour le type d'unité de soins intensifs adultes par installation : B = grands brûlés, C = chirurgical, M = médical, R = coronarien et X = mixte.

Tableau 14 Nombre de cas (N) et taux d'incidence des bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux unités de soins intensifs non universitaires adultes^A (cat. 1a et 1b), taux d'utilisation des cathéters et percentiles des taux d'incidence (2020-2021 à 2023-2024), par installation, 2024-2025

No	Nom de l'installation	Non universitaire adulte		
		N	Taux d'incidence (/1000 JC) [IC à 95 %]	Taux d'utilisation
9	Hôpital du Haut-Richelieu	1	1,00 [0,14 ; 7,14]	0,21
10	Hôpital Pierre-Boucher	3	1,68 [0,54 ; 5,19]	0,38
11	Hôpital Pierre-Le Gardeur	3	1,08 [0,35 ; 3,33]	0,52
14	Hôpital de Lanaudière et CHSLD Parphilia-Ferland	1	1,13 [0,16 ; 8,04]	0,18
16	Hôpital Régional de Rimouski	0	0	0,30
19	Hôpital de la Cité-de-la-Santé	3	1,01 [0,33 ; 3,13]	0,58
23	Hôtel-Dieu d'Arthabaska	0	0	0,07
26	Hôpital de Verdun	2	1,55 [0,39 ; 6,19]	0,39
32	Centre Hospitalier Régional du Grand-Portage	0	0	0,27
34	Hôpital Santa Cabrini	4	2,18 [0,82 ; 5,81]	0,70
35	Hôpital Honoré-Mercier	1	1,61 [0,23 ; 11,36]	0,20
36	Hôpital Général du Lakeshore	3	0,70 [0,23 ; 2,18]	0,84
37	Hôtel-Dieu de Sorel	0	0	0,16
38	Hôpital Jean-Talon	2	4,29 [1,07 ; 17,16]	0,26
40	Hôpital de Hull	0	0	0,72
42	Hôpital Anna-Laberge	1	0,97 [0,14 ; 6,90]	0,48
44	Hôpital Sainte-Croix	0	0	0,14
45	Hôpital de Saint-Eustache	2	3,99 [1,00 ; 15,96]	0,19
46	Hôpital de Granby	0	0	0,08
47	Hôpital de Rouyn-Noranda	1	3,69 [0,52 ; 26,20]	0,17
58	Hôpital du Suroît	0	0	0,56
62	Hôpital Notre-Dame	1	1,08 [0,15 ; 7,60]	0,50
63	Hôpital de Saint-Georges	0	0	0,11
64	CLSC et Hôpital Le Royer	0	0	0,14
67	Hôpital et Centre de Réadaptation de Jonquière	0	0	0,06
72	Hôpital et CLSC de Sept-Îles	0	0	0,08
80	Hôpital Fleury	1	2,38 [0,33 ; 16,91]	0,18
83	Hôpital de Lasalle	0	0	0,27
89	Hôpital de Montmagny	0	0	0,06
101	Hôpital de Saint-Jérôme	6	2,75 [1,24 ; 6,12]	0,42
113	Hôpital de Thetford	1	7,14 [1,00 ; 50,73]	0,10
L'ensemble du Québec		36	1,18 [0,85 ; 1,64]	0,37
Percentiles des taux	10 ^e	0	0	0,09
	25 ^e	0	0	0,15
	50 ^e	0	0	0,26
	75 ^e	0	2,10	0,46
	90 ^e	0	4,07	0,64

^A Ces installations ont un type d'USI mixte.

Tableau 15 Nombre de cas (N) et taux d'incidence des bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux unités de soins intensifs pédiatriques (cat. 1a et 1b), taux d'utilisation des cathéters et percentiles des taux d'incidence (2020-2021 à 2023-2024), par installation, 2024-2025

No	Nom de l'installation	Pédiatrique		
		N	Taux d'incidence (/1000 JC) [IC à 95 %]	Taux d'utilisation
6	Hôpital Glen - Enfants	5	1,81 [0,75 ; 4,34]	0,58
12	CHU Sainte-Justine	17	3,85 [2,39 ; 6,20]	0,67
15	CHUS - Hôpital Fleurimont	0	0	0,21
27	CHUL	2	1,79 [0,45 ; 7,15]	0,38
L'ensemble du Québec		24	2,80 [1,88 ; 4,18]	0,55
Percentiles des taux	10 ^e		0	0,18
	25 ^e		0,77	0,30
	50 ^e		1,88	0,49
	75 ^e		2,48	0,62
	90 ^e		2,77	0,74

Tableau 16 Nombre de cas (N) et taux d'incidence des bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux unités de soins intensifs néonatales (cat. 1a et 1b), taux d'utilisation des cathéters et percentiles des taux d'incidence (2020-2021 à 2023-2024), par installation, 2024-2025

No installation	Nom	Néonatale		
		N	Taux d'incidence (/1000 JC) [IC à 95 %]	Taux d'utilisation
5	Hôpital Général Juif	1	0,67 [0,10 ; 4,70]	0,18
6	Hôpital Glen - Enfants	11	2,43 [1,34 ; 4,39]	0,31
8	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	1	1,12 [0,16 ; 7,95]	0,17
12	CHU Sainte-Justine	16	2,71 [1,66 ; 4,42]	0,31
15	CHUS - Hôpital Fleurimont	5	4,81 [2,00 ; 11,56]	0,16
20	Hôpital de Chicoutimi	1	12,82 [1,81 ; 91,02]	0,17
27	CHUL	6	2,13 [0,96 ; 4,75]	0,16
L'ensemble du Québec		41	2,45 [1,80 ; 3,33]	0,23
Percentiles des taux	10 ^e	0	0	0,12
	25 ^e	0	0,26	0,15
	50 ^e	0	1,99	0,19
	75 ^e	0	2,74	0,27
	90 ^e	0	3,43	0,31

4 LIMITES

4.1 Limites générales

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

- Certains cas pourraient ne pas être déclarés s'ils surviennent dans une installation ne participant pas à la surveillance.
- Les données du programme de surveillance sont tributaires du respect des définitions par les équipes déclarant les cas.
- Les installations de petite taille sont sujettes à de très grandes variations de leurs taux d'incidence; par exemple, une variation d'un cas sur un petit dénominateur aura une plus grande influence sur le taux d'incidence que pour une installation avec un plus grand dénominateur.
- Considérant que le dénominateur est celui des jours-présence lors d'une hospitalisation, uniquement les cas de catégories 1a et 1b (cas hospitalisés ou ayant été hospitalisés) sont utilisés pour le calcul des taux.
- Le calcul du taux d'incidence utilise comme dénominateur les jours-présence. Il inclut donc tous les usagers hospitalisés et non seulement les usagers à risque. Conséquemment, les taux d'incidence des cas nosocomiaux de catégories 1a et 1b (cas hospitalisés ou ayant été hospitalisés) pourraient être sous-représentés (la population à risque peut varier selon le type d'infection ou le programme de surveillance).
- Pour la létalité, il n'y a pas d'évaluation indiquant que le décès soit relié à l'infection, donc les décès rapportés peuvent être associés ou non à l'infection.
- En tout temps, un cas peut être ajouté ou retiré de la base de données par les équipes des installations participantes, à la suite d'un processus de validation par exemple, et ce, pour n'importe quelle année de surveillance. En conséquence, les résultats d'une installation donnée pour une même période peuvent différer selon le moment de l'extraction de la base de données du système.

4.2 Limites spécifiques au programme SPIN-BACTOT

- Étant donné que le nombre de cas de bactériémies par installation est parfois petit, il est déconseillé de comparer les installations entre elles; il faut plutôt considérer la distribution provinciale des taux d'incidence.
- Les bactériémies en ambulatoire (catégorie 1c) ne représentent pas la population complète en ambulatoire puisque seulement certains types d'infections sont suivis.

5 ANALYSE ET DISCUSSION

Le taux d'incidence moyen de 6,45 bactériémies par 10 000 jours-présence en 2024-2025 est significativement plus élevé que ceux observés dans les années prépandémiques et en 2022-2023 (5,44 cas par 10 000 jours-présence). Toutefois, il est comparable à ceux de 2020-2021, 2021-2022 et 2023-2024 (tous supérieurs à 6,0 cas par 10 000 jours-présence).

Cette hausse d'incidence touche tant les installations universitaires que non-universitaires. Elle affecte particulièrement les BAC et les primaires non-BAC tout comme ce qui fut observé pendant les deux premières années de la pandémie de COVID-19.

Cette tendance haussière de l'incidence est un phénomène récent. Deux études sur le programme BACTOT entre 2007 et 2017 n'avaient pas montré de hausse des taux moyens sur cette période (Fakih *et al.*, 2018, 2019).

Une augmentation des bactériémies nosocomiales, en particulier des BAC, a aussi été observée dans d'autres juridictions fortement touchées par la pandémie comme les États-Unis (Weiner-Lastinger *et al.*, 2022) et la Belgique (Vercruyce *et al.*, 2023) en 2020 et 2021, mais pas en Australie qui fut relativement épargnée par la COVID-19 (South Australian Healthcare-associated Infection (HAI) Surveillance Program, 2022).

Certaines conditions propres au contexte pandémique expliquaient possiblement les variations d'incidence en 2020-2021 et 2021-2022 (par exemple : morbidité des usagers, usage de dispositifs invasifs, épuisement et manque d'effectifs chez le personnel soignant, contexte peu favorable à la formation sur les pratiques exemplaires, etc.). Ceci était particulièrement plausible face aux observations que la Belgique avait notées, soit une diminution de l'incidence des bactériémies hospitalières en 2022, tout comme le programme BACTOT en 2022-2023.

Toutefois, les plus hauts taux d'incidence enregistrés depuis les débuts de la surveillance BACTOT qui furent observés en 2023-2024 et à en 2024-2025 suggèrent que les conditions susceptibles d'influencer ces taux, énumérées ci-haut, sont peut-être toujours présentes dans le réseau hospitalier québécois.

Aucune donnée plus récente des juridictions susmentionnées n'était disponible au moment de la publication de ce rapport pour évaluer si cette tendance est observée.

Parmi les autres constats de SPIN-BACTOT, notons que l'incidence des bactériémies nosocomiales demeure trois fois supérieure dans les USI qu'en dehors des USI et deux fois supérieure dans les installations universitaires (comparativement aux non-universitaires). Cette observation, probablement liée à la complexité et aux comorbidités inhérentes des usagers desservis, est constante depuis le début du programme.

Les infections urinaires (558 bactériémies) sont le foyer le plus fréquemment rapporté parmi les bactériémies secondaires. Plus de la moitié (50,5 %) sont associées à une instrumentation, principalement des cathéters urinaires. Les bactériémies secondaires à des infections pulmonaires (191 épisodes) sont reliées à une ventilation mécanique dans 26,2 % des cas. On dénombre également 346 bactériémies reliées à une infection de site opératoire et 183 bactériémies reliées à des accès vasculaires en hémodialyse.

Ainsi, en incluant les 880 épisodes de BAC sans les BAC-BBM, 47 % (1 741 sur 3 672) des bactériémies capturées par le programme BACTOT sont reliées à des infections visées par des ensembles de pratiques exemplaires déjà disponibles (CINQ, 2025). Il est estimé que jusqu'à 35 à 55 % de ces infections sont potentiellement évitables (Schreiber *et al.*, 2018). L'ampleur des réductions futures possibles par l'adhésion aux ensembles ne peut pas être estimée en l'absence de données sur leur niveau d'implantation actuelle dans les installations ni de l'impact que la pandémie a pu avoir sur celui-ci.

Une hausse de l'incidence de candidémie était notée depuis 2017-2018 et est toujours observée (0,57 cas par 10 000 jours-présence en 2024-2025 contre 0,28 cas par 10 000 jours-présence en moyenne de 2014 à 2017). Cette incidence semble être stabilisée depuis 2018-2019, bien que le taux de 2024-2025 soit significativement plus élevé que celui de 2023-2024 (0,47 cas par 10 000 jours-présence). La distribution des espèces n'est pas différente des années précédentes. Le *C. albicans* est le plus fréquent. Il est impliqué dans 48,6 % des cas (136 / 280). Les trois autres espèces les plus rapportées sont le *C. glabrata* (26,0 %), le *C. parapsilosis* (12,0 %) et le *C. tropicalis* (5,0 %). Aucun *C. auris* n'est rapporté.

La presque totalité des *Enterococcus* sp. résistants à la vancomycine sont des *E. faecium*. La proportion de résistance à la vancomycine (1,6 %) est stable par rapport aux années précédentes. Elle atteint 2,6 % pour les *E. faecium*.

La résistance à l'oxacilline chez les *S. aureus* (9,9 %) semble en hausse par rapport aux années précédentes (5,8 % en 2021-2022). Une tendance similaire a été observée dans un réseau de vigie pancanadien sur des isolats issus de tout spécimen clinique (non limité aux bactériémies) entre 2016 et 2023 (Zhanel *et al.*, 2025). En revanche, le Programme Canadien de Surveillance des Infections Nosocomiales (PCSIN) n'a pas noté d'augmentation de l'incidence de bactériémies nosocomiales à SARM parmi les installations participantes entre 2019 et 2023 (CNISP, 2025). Un suivi longitudinal permettra d'évaluer si cette observation se maintient dans le temps.

Parmi les entérobactéries, la multirésistance (résistance à trois ou quatre classes d'antibiotiques) se situe à 4,2 % tandis que l'extrême résistance (résistance à cinq ou six classes) demeure inférieure à 1 %, comme l'an dernier. Douze entérobactéries productrices de carbapénémases ont été impliquées (contre dix en 2023-2024 et quatre en 2022-2023). Les gènes KPC (huit), NDM (deux) et OXA-48 (deux) furent détectés.

6 RÉFÉRENCES

Canadian Nosocomial Infection Surveillance Program. (2025, 7 août). *Healthcare-associated infections and antimicrobial resistance in Canadian hospitals 51(6/7)*. Public Health Agency of Canada.

<https://www.canada.ca/en/public-health/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2025-51/issue-6-7-june-july-2025/healthcare-associated-infections-antimicrobial-resistance-canadian-hospitals.html>

Comité des infections nosocomiales du Québec. (2025). Préambule aux Ensembles de pratiques exemplaires. *Institut national de santé publique du Québec*.

<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3717-preambule-ensembles-pratiques-exemplaires.pdf>

Fakih, I., Fortin, É., Smith, M.-A., Carignan, A., Tremblay, C., Villeneuve, J., Moisan, D., Frenette, C., Quach, C., Schmidt, A. M. et Spin-Bactot, F. (2019). Healthcare-associated bloodstream infection trends under a provincial surveillance program. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 40(3), 307-313.

<https://doi.org/10.1017/ice.2018.357>

Fakih, I., Fortin, É., Smith, M.-A., Carignan, A., Tremblay, C., Villeneuve, J., Moisan, D., Frenette, C., Quach, C. et Spin-Bactot, F. (2018). A ten-year review of healthcare-associated bloodstream infections from forty hospitals in Québec, Canada. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 39(10), 1202-1209.

<https://doi.org/10.1017/ice.2018.185>

Schreiber, P. W., Sax, H., Wolfensberger, A., Clack, L., Kuster, S. P. et Swissnoso. (2018). The preventable proportion of healthcare-associated infections 2005-2016: Systematic review and meta-analysis. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 39(11), 1277-1295. <https://doi.org/10.1017/ice.2018.183>

South Australian Healthcare-associated Infection (HAI) Surveillance Program. (2022). Healthcare-associated Bloodstream Infection (HA-BSI) Surveillance Annual Report. *South Australia Health*.

https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/0d1836a6-b494-4431-a2ac-5d49d61f5691/BSI+surveillance+annual+report_2020.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-0d1836a6-b494-4431-a2ac-5d49d61f5691-okDYGLM

Vercruyce, M., Vaes, L., Shodu, N. et Mertens, K. (2023). *Surveillance of bloodstream infections in Belgian hospitals: Report 2023*. Sciensano.

https://www.sciensano.be/sites/default/files/sciensano_national_bloodstream_infection_report_2023_1.pdf

Weiner-Lastinger, L. M., Pattabiraman, V., Konnor, R. Y., Patel, P. R., Wong, E., Xu, S. Y., Smith, B., Edwards, J. R. et Dudeck, M. A. (2022). The impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on healthcare-associated infections in 2020: A summary of data reported to the National Healthcare Safety Network. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 43(1), 12-25. <https://doi.org/10.1017/ice.2021.362>

Zhanell, G. G., Baxter, M. R., Golden, A. R., Lagacé-Wiens, P., Walkty, A., Fuller, J., Davidson, R. J., Blondeau, J., Poutanen, S., Lavallée, C., McCracken, M., Golding, G., Schweizer, F., Bay, D., Karlowsky, J. A. et Adam, H. J. (2025). Gram-positive pathogens from Canadian hospitals: 17 years of results from the CANWARD study (2007-23). *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 80(Supplement_2), ii5-ii14.

<https://doi.org/10.1093/jac/dkaf263>

ANNEXE 1 LISTE DES MEMBRES DE COMITÉ SPIN

MEMBRES RÉGULIERS

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

MEMBRES RÉGULIER

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

Patrice Savard
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Marc-André Smith
Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal

MEMBRES LIAISON

Annick Des Cormiers
Michèle Dugas
Représentantes de la Direction de la vigie et des maladies infectieuses
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Zeke McMurray
Représentant de la Direction générale des secteurs interdisciplinaires
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MEMBRES D'OFFICE

Judith Fafard
Patricia Hudson
Isabelle Laperrière
Institut national de santé publique du Québec

INVITÉS PERMANENTS

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

ANNEXE 2 LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ DE PROGRAMME SPIN-BACTOT

MEMBRES RÉGULIERS

Marc-André Smith, président
Centre intégré universitaire de santé et des
services sociaux du Nord-de-l'Île-de-
Montréal

Olivier Bouffard-Chabot
Institut universitaire de cardiologie et de
pneumologie de Québec –
Université Laval

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

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

Maxime-Antoine Tremblay
Centre hospitalier universitaire de Québec –
Université Laval

Centre d'expertise et
de référence en santé publique

www.inspq.qc.ca