

INSPQ

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Surveillance provinciale des bactériémies nosocomiales au Québec : protocole de surveillance



SURVEILLANCE ET VIGIE

MISE À JOUR AVRIL 2026

**COMITÉ DE SURVEILLANCE PROVINCIALE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES
PLAN DE MESURE ET D'ANALYSE DES DONNÉES**

AUTRICES ET AUTEURS

Comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN)

Annick Boulais, conseillère en soins infirmiers
Valérie Labbé, conseillère en soins infirmiers
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

Danielle Moisan, microbiologiste-infectiologue, présidente du Comité SPIN
Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-St-Laurent

SOUS LA COORDINATION DE

Anne Kimpton, cheffe d'unité scientifique
Natasha Parisien, coordonnatrice professionnelle
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

COLLABORATION

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

Comité de programme SPIN-BACTOT

Comité de programme SPIN-HD

Karl Forest Bérard, conseiller scientifique
Secrétariat général
Institut national de santé publique du Québec

Les autrices et auteurs ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

AUTRICES ET AUTEURS – PREMIÈRE VERSION (2003)

Charles Frenette, Caroline Quach, Marie Gourdeau, Claude Tremblay, Thérèse Bigras, Rodica Gilca, Danielle Moisan, Lucy Montes, Dorothy Moore, Isabelle Rocher

MISE EN PAGE

Judith Degla, agente administrative
Direction des risques biologiques

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 : 978-2-555-03540-9 (PDF)
DOI : <https://doi.org/10.64490/UVNJ7996>

© Gouvernement du Québec (2026)

COMITÉ DE SURVEILLANCE PROVINCIALE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES (SPIN)

MEMBRES ACTIFS

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

Annick Boulais
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 universitaire de santé et services sociaux de la Montérégie-Centre

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

Caroline Labrecque
Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

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

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

Patrice Savard
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

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

MEMBRES LIAISON

Michèle Dugas
Zeke McMurray
Représentants de la Direction de la vigilance et des maladies infectieuses
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MEMBRES D'OFFICE

Judith Fafard
Laboratoire de santé publique du Québec
Institut national de santé publique du Québec

Patricia Hudson
Isabelle Laperrière
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

INVITÉS PERMANENTS

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

COMITÉ DE PROGRAMME SPIN-BACTOT

MEMBRES ACTIFS

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

COMITÉ DE PROGRAMME SPIN-HD

MEMBRES ACTIFS

Annie Ruest, présidente
Simon Desmeules
Pascale Trépanier
Centre hospitalier universitaire de Québec
Université Laval

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

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

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

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

MISES À JOUR ET NOUVEAUTÉS

Ce présent protocole est valide pour les données de surveillance de l'année 2026-2027 uniquement.

Les mises à jour de ce document sont présentées **en turquoise**.

Chapitre	Section	Sujets – changements – nouveautés
3		Précisions ajoutées sur les bactériémies reliées aux accès vasculaire en hémodialyse.
4	4.1	<ul style="list-style-type: none"> • Précisions ajoutées sur la définition des hémocultures positives à un agent considéré comme un contaminant. • Précisions ajoutées sur le traitement antibiotique en cas de décès pour la définition de bactériémie avec agent considéré comme contaminant.
	4.4.2	Modifications dans la liste des cathéters inclus et exclus.
	4.4.6	<ul style="list-style-type: none"> • Précisions ajoutées pour les procédures incluses dans la surveillance. • Précisions ajoutées qu'une seule procédure doit être saisie.
	4.5	<ul style="list-style-type: none"> • Précisions ajoutées sur la définition de bactériémie secondaire pour le germe habituellement retrouvé dans le site. • Précisions ajoutées qu'une seule chirurgie doit être saisie.
5	5.3.2	Précisions ajoutées concernant la saisie des cathéters centraux aux soins intensifs et des accès vasculaires en hémodialyse.

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 qui a été adaptée pour une adéquation plus fine aux besoins de la clientèle cible.

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'Institut s'appuie sur un groupe d'experts, le Comité de Surveillance provinciale des infections nosocomiales (Comité SPIN), qui a rédigé ce protocole.

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 risques et les principaux agents pathogènes des infections nosocomiales surveillées;
- Offrir une méthodologie commune 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 protocole porte sur les modalités de déclaration du programme de surveillance provinciale des **bactériémies nosocomiales panhospitalières, des bactériémies sur cathéter central aux soins intensifs et des bactériémies sur accès vasculaire en hémodialyse.**

Ce document s'adresse aux professionnels des équipes de prévention et de contrôle des infections du réseau de la santé et des services sociaux.

TABLE DES MATIÈRES

1	CONTEXTE	1
2	OBJECTIFS	3
3	INSTALLATIONS PARTICIPANTES	4
4	DÉFINITIONS	5
4.1	Bactériémie ou fongémie	5
4.2	Bactériémie nosocomiale	7
4.3	Bactériémie non nosocomiale	9
4.4	Bactériémie primaire	9
4.4.1	Bactériémie primaire : aucun cathéter central présent ou retiré la veille.....	9
4.4.2	Bactériémie primaire : avec cathéter vasculaire (présent ou retiré la veille)	10
4.4.3	Bactériémie primaire : avec un accès vasculaire en hémodialyse	13
4.4.4	Bactériémie primaire : bris de la barrière muqueuse digestive (BBM) avec ou sans cathéter central.....	15
4.4.5	Bactériémie primaire : infection non investiguée.....	17
4.4.6	Bactériémie primaire : reliée à une procédure.....	18
4.5	Bactériémie secondaire	19
4.5.1	Bactériémie secondaire associée à une procédure.....	21
5	DÉCLARATION DES DONNÉES	22
5.1	Modes de déclaration.....	22
5.2	Déclaration périodique cas par cas des bactériémies nosocomiales	22
5.2.1	Type d'infection.....	22
5.2.2	Microorganisme et antibiogramme.....	25
5.2.3	Co-variables et facteurs de risque.....	27
5.2.4	Catégorie d'attribution	28
5.2.5	Dates : diagnostic, début d'infection et admission.....	32
5.2.6	Chirurgie, dispositif médical et procédure invasive.....	33
5.2.7	Service médical.....	34
5.2.8	Évolution	34

5.3	Saisie périodique des dénominateurs	35
5.3.1	Saisie périodique des admissions et jours-présence par installation	35
5.3.2	Saisie périodique des procédures invasives	36
6	ORGANISATION DE LA SURVEILLANCE	37
7	TRANSMISSION DES DONNÉES ET ÉCHÉANCIER	38
8	ANALYSE DES DONNÉES	39
9	DIFFUSION DES RÉSULTATS.....	41
10	SOUTIEN	42
11	RÉFÉRENCES.....	43

1 CONTEXTE

Les bactériémies nosocomiales représentent le spectre le plus sévère et le plus morbide des infections nosocomiales. Pour cette raison, elles sont souvent ciblées comme une priorité dans les systèmes de surveillance nationaux des infections nosocomiales (Allemagne, Belgique, États-Unis) et il en fut de même pour les premières études provinciales québécoises de surveillance des infections nosocomiales. La première étude réalisée sur une période de trois mois en 1998 avait dénombré 503 bactériémies primaires et secondaires survenant chez 0,7 % des usagers hospitalisés. Le taux moyen d'incidence était alors de 0,67 bactériémie/1 000 jours-présence, taux qui quadruplait dans les unités de soins intensifs. Une deuxième étude de surveillance a eu lieu entre 2000 et 2001. Durant cette période, 740 bactériémies ont été recensées, pour un taux moyen d'incidence panhospitalier de 0,57 bactériémie/1 000 jours-présence. Encore une fois, le taux était nettement supérieur dans les soins intensifs. Ces études ont permis de démontrer le besoin d'avoir un programme de surveillance pour les bactériémies.

La surveillance des bactériémies sur cathéters centraux dans les unités de soins intensifs (SPIN-BACC) s'incorpore à la surveillance des bactériémies nosocomiales. Ce volet de surveillance a débuté en octobre 2003 et se poursuit depuis sur une base continue. Depuis avril 2007, cette surveillance est obligatoire pour les unités de soins intensifs de 10 lits ou plus.

En 2007 débute le programme de surveillance provinciale des bactériémies panhospitalières (SPIN-BACTOT). La participation à ce programme est obligatoire depuis le 22 septembre 2013.

En hémodialyse, les bactériémies associées aux accès vasculaires sont une cause de morbidité et de mortalité significative. Les taux d'infection diffèrent selon les types d'accès utilisés, étant les plus bas lorsque l'hémodialyse est effectuée par fistule et les plus élevés lors d'utilisation d'un cathéter central non tunnelisé. La surveillance des bactériémies en hémodialyse (SPIN-HD) a débuté en 2007 et est devenue obligatoire en 2011.

Les comités de programme SPIN-BACTOT et SPIN-HD, sous la gouverne du Comité SPIN de l'INSPQ, ont le mandat d'élaborer, de maintenir, d'analyser et d'émettre les recommandations pour chaque surveillance.

La surveillance des bactériémies est jugée prioritaire, car :

- Les bactériémies nosocomiales constituent un lourd fardeau en termes de morbidité et de mortalité dans les centres hospitaliers;
- Les bactériémies panhospitalières sont parmi les infections les plus faciles à surveiller, car elles se basent principalement sur les rapports du laboratoire de microbiologie;
- Elle permet de rejoindre toutes les installations, y compris les plus petites qui ne participent pas à la surveillance des bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs;

- Elle permet aux responsables des installations de connaître les sources et les causes les plus fréquentes des infections nosocomiales les plus sévères de leur installation afin d'établir leurs priorités;
- Elle permet aux nouvelles ressources affectées à la prévention des infections dans le réseau de se familiariser avec les processus de surveillance et les définitions des infections nosocomiales;
- Elle assure une certaine quantification longitudinale des infections potentiellement évitables par l'application de pratiques exemplaires;
- Elle permet un suivi des principaux agents pathogènes des infections nosocomiales et de leur profil de résistance aux antimicrobiens;
- Elle joue un rôle de vigie pour surveiller d'éventuels problèmes d'infections nosocomiales en émergence à travers les bactériémies.

2 OBJECTIFS

Objectifs généraux de SPIN

- Consolider le réseau de surveillance provinciale des infections nosocomiales en offrant une variété de surveillances pertinentes pour chaque installation;
- Fournir aux installations un outil méthodologique commun pour surveiller leur taux et leur apporter des éléments de comparaison avec d'autres installations ayant des caractéristiques comparables.

Objectifs spécifiques des programmes SPIN-BACTOT, SPIN-BACC-USI et SPIN-HD

- Documenter les taux d'incidence des bactériémies nosocomiales, les foyers d'origine, les unités géographiques et l'évolution dans le temps selon différents critères;
- Documenter la présence de facteurs de risque potentiellement évitables ou modulables par l'application des ensembles de pratiques exemplaires pour réduire les infections nosocomiales;
- Identifier les agents étiologiques associés à ces bactériémies;
- Documenter la morbidité et la mortalité à **un mois** suivant une bactériémie nosocomiale;
- Documenter la proportion des bactériémies nosocomiales due à des microorganismes multirésistants;
- Identifier les centres hospitaliers ayant une augmentation du taux d'incidence;
- Suivre l'évolution temporelle et la diffusion géographique des taux d'incidence des bactériémies d'origine nosocomiale afin d'identifier précocement une augmentation à l'échelle locale, régionale et nationale;
- Documenter les taux d'incidence de bactériémies associées à la dialyse par type d'accès vasculaire, les agents pathogènes associés, ainsi que la résistance bactérienne associée;
- Documenter l'évolution des types d'accès vasculaire utilisés en hémodialyse.

3 INSTALLATIONS PARTICIPANTES

Certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), universitaires ou non, doivent participer à la surveillance telle que spécifiée dans la colonne « inclusions » du tableau ci-joint et de saisir les données dans le portail du système d'information de la surveillance provinciale des infections nosocomiales (SI-SPIN).

La surveillance vise l'entité « installation » qui répond aux critères et non pas son « établissement » puisque ce dernier peut regrouper un ensemble d'installations visées ou non par la surveillance.

L'installation participante est celle qui correspond aux inclusions du programme de surveillance. Une liste des installations participantes aux différents programmes de surveillance est disponible sur le [portail SI-SPIN](#). Quant à l'installation déclarante, celle-ci correspond à l'installation participante qui déclare le cas.

Type de surveillance	Inclusions	Précisions
Bactériémies panhospitalières (BACTOT)	<ul style="list-style-type: none"> Installation d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ET Avoir environ 1 000 admissions et plus de mission CHSGS par année (selon les dénominateurs, voir section 5.3.1). 	<ul style="list-style-type: none"> L'unité de surveillance est l'installation; Les équipes PCI qui participent à BACC-USI et qui ont plusieurs USI doivent fournir des données séparées pour chacune d'entre elles; Pour des USI de 9 lits et moins, les bactériémies sur cathéters centraux doivent être déclarées dans le programme BACTOT.
Bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs (BACC-USI)	<ul style="list-style-type: none"> Unité de soins intensifs (USI) de 10 lits ou plus : volet obligatoire. Unité de soins intensifs de 6 à 9 lits : volet optionnel. Unité de soins coronariens : volet optionnel. 	
Bactériémies associées aux accès vasculaires en hémodialyse (BAC-HD)	<ul style="list-style-type: none"> Toutes les unités d'hémodialyse incluant les unités satellites et centre externes hors installation (à déclarer par l'installation participante reliée au centre externe) : volet obligatoire, peu importe le nombre de chaises. 	

4 DÉFINITIONS

4.1 Bactériémie ou fongémie

À NOTER : Pour alléger le texte, seul le terme bactériémie sera utilisé dans le protocole, mais inclus également les fongémies.

Un cas de bactériémie doit correspondre à **au moins une des trois séries de critères** suivants afin d'être retenu comme un cas pour ce programme de surveillance :

Définition bactériémie ou fongémie	
DOIT RENCONTRER UNE DES TROIS SÉRIES DE CRITÈRES SUIVANTS	
❶	<p>Hémoculture* positive à un agent pathogène reconnu* (peu importe le nombre de bouteilles positives)</p> <p style="text-align: center;">ET</p> <p>Absence d'infection à un autre site (bactériémie primaire).</p>
OU	
❷	<p>Hémoculture* positive à un agent pathogène reconnu* (peu importe le nombre de bouteilles positives)</p> <p style="text-align: center;">ET</p> <p>Infection à un autre site avec culture positive au même germe ou germe habituellement retrouvé dans ce site d'infection (bactériémie secondaire).</p>
OU	
❸	<p>Hémoculture positive à un agent considéré comme un contaminant* (≥ 2 bouteilles OU 1 bouteille pédiatrique)</p> <p style="text-align: center;">ET</p> <p>Qui n'excède pas une journée calendrier* si les hémocultures sont effectuées en plusieurs prélèvements</p> <p style="text-align: center;">ET</p> <p>Traitement antibiotique dirigé contre l'agent pour au moins 5 jours*</p> <p style="text-align: center;">ET</p> <p>Présence de symptômes (un seulement) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfant de 1 an et plus et adulte : Fièvre (> 38°C), frissons ou hypotension • Enfant de moins d'un an: Fièvre (> 38°C), frissons, hypotension, hypothermie (< 37°C), apnée ou bradycardie. • Prématuré en incubateur : considérer l'instabilité thermique (plutôt que la fièvre ou l'hypothermie) ou toute instabilité clinique

*Précisions

- **Hémoculture** : Une hémoculture désigne un ou des prélèvements de bouteilles d'hémoculture. En pédiatrie, une seule bouteille peut être prélevée pour des raisons de volume. Les bouteilles d'hémocultures peuvent avoir été prélevées en une ponction unique ou par une ponction multiples, tel que décrit par l'[INESSS](#) (2024).
- **Agent pathogène reconnu** : Qui n'est pas un contaminant.
- **Contaminant** :
 - Consulter le site de recherche [NHSN Terminology Browser](#) pour savoir si le microorganisme est un agent pathogène considéré comme un contaminant. Un outil pour naviguer sur le site est disponible dans SI-SPIN, onglet documentation, section BACTOT et sous-section Outils.
 - Les bactéries retrouvées dans ≥ 2 bouteilles doivent être de la même espèce (pour un *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus* réfère au genre et *epidermidis* réfère à l'espèce). Si l'identification complète n'est pas effectuée sur les deux bouteilles, considérer qu'ils sont identiques s'ils sont du même genre. La notion d'antibiogramme identique n'est pas retenue.
 - **Saisie SI-SPIN** : Pour ≥ 2 bouteilles, saisir deux fois l'hémoculture. Pour 1 bouteille pédiatrique, saisir deux fois l'hémoculture même si une seule bouteille.
 - **Traitement antibiotique dirigé contre l'agent pour au moins 5 jours : Si l'utilisateur décède avant le 5^e jour de son traitement antibiotique, considérer que le cas répond aux critères de la définition.**
- **Symptômes** : La présence de symptômes (fièvre, frissons, hypotension ou hypothermie, apnée ou bradycardie chez l'enfant de < 12 mois) n'est plus retenue pour définir une bactériémie pour un agent pathogène reconnu.

Exemples :

- **Deux bouteilles à un germe contaminant** : Un cas est admis depuis un mois et développe des signes d'infection. Dans une hémoculture, une bouteille est positive à un *Staphylococcus epidermidis* et une autre bouteille est positive à un *Staphylococcus* coagulase négative (SCN). Comme ils ont le même genre (*Staphylococcus*), mais l'identification à l'espèce n'a pas été effectuée sur le SCN, vous devez considérer que c'est le même genre. Cette bactériémie est à déclarer. Pour la saisie dans SI-SPIN, vous devez entrer deux fois *Staphylococcus epidermidis*.
- **Deux bouteilles à un germe contaminant** : Une hémoculture avec une bouteille positive à *Aerococcus urinae* et une seconde hémoculture avec une bouteille positive à *Aerococcus* species. Ce sont deux hémocultures avec le même genre (*Aerococcus*), mais l'identification à l'espèce n'a pas été réalisée sur la deuxième hémoculture. Vous devez considérer que ces hémocultures sont identiques et cette bactériémie est à déclarer. Pour la saisie dans SI-SPIN, vous devez entrer deux fois l'*Aerococcus urinae*.
- **Jour calendrier** : Une hémoculture a été prélevée le 15 mars à 20h00 et revient positive sur une bouteille à un SCN. Le lendemain à 21h00, une autre hémoculture est positive au même SCN sur une bouteille. Vous pouvez déclarer cette bactériémie puisque vous avez deux hémocultures au même germe à un agent pathogène considéré comme un contaminant et dont les prélèvements n'excèdent pas plus d'une journée calendrier entre eux.

4.2 Bactériémie nosocomiale

	Inclusions	Exclusions
Cas admis en CHSGS (1a)	<ul style="list-style-type: none"> Bactériémie à partir du jour 3 de l'admission (le jour 1 est le jour de l'admission); Bactériémie au jour 1 ou 2 de l'admission avec : <ul style="list-style-type: none"> Bactériémie primaire ou secondaire : reliée à une procédure effectuée au jour 1 ou 2 de l'admission; Bactériémie secondaire à une infection de site opératoire avec chirurgie effectuée au jour 1 ou 2 de l'admission. 	<ul style="list-style-type: none"> Deuxième épisode de bactériémie si reliée à la même infection non résolue*; Bactériémie secondaire à un site d'infection déjà présent à l'admission*; Bactériémie chez un usager admis en hospitalisation à domicile, soins de longue durée, psychiatrie ou pouponnière de l'installation; Bactériémie au jour 1 ou 2 reliée à une autre installation : <ul style="list-style-type: none"> Installation déclarante : aviser l'équipe de PCI; Installation non déclarante : exclusion.
Cas avec hospitalisation antérieure (1b)	<ul style="list-style-type: none"> Bactériémie le jour même ou le lendemain du congé; Bactériémie au jour 1 ou 2 de l'admission ou trouvé à l'urgence ou en externe avec : <ul style="list-style-type: none"> Bactériémie primaire ou secondaire : reliée à une procédure effectuée lors d'une hospitalisation antérieure; Bactériémie secondaire à une infection de site opératoire avec chirurgie effectuée lors hospitalisation antérieure. 	<ul style="list-style-type: none"> Bactériémie chez un usager admis en hospitalisation à domicile, soins de longue durée, psychiatrie ou pouponnière de l'installation; Bactériémie au jour 1 ou 2 reliée à une autre installation ou trouvée à l'urgence ou en externe : <ul style="list-style-type: none"> Installation déclarante : aviser l'équipe de PCI; Installation non déclarante : exclusion.
Cas ambulatoire (1c)	<ul style="list-style-type: none"> Bactériémie primaire : avec un accès vasculaire en hémodialyse; Bactériémie primaire ou secondaire : reliée à une procédure effectuée en ambulatoire; Bactériémie secondaire à une infection de site opératoire avec chirurgie effectuée en ambulatoire (chirurgie d'un jour). 	<ul style="list-style-type: none"> Bactériémie acquise en ambulatoire qui ne correspond pas aux trois* inclusions en ambulatoire; Bactériémie à la suite d'une hémodialyse aiguë ou d'une dialyse à domicile; Bactériémie secondaire à une dialyse péritonéale.

***Précisions**

À partir du 1^{er} avril 2025, les bactériémies primaires avec cathéter vasculaire central en ambulatoire ne sont plus suivies pour le programme BACTOT. Si la bactériémie fait partie d'un autre programme de surveillance (ERV, BGNPC ou souche de SARM), la déclarer selon le protocole correspondant.

Une infection survenant à un site ayant déjà fait l'objet d'une déclaration doit être déclarée à nouveau s'il s'agit d'un nouvel épisode non relié à la première infection.

Exemples :

- Un usager hospitalisé a une bactériémie à *S. aureus* secondaire à une pneumonie. Il est traité avec des antibiotiques. La pneumonie est guérie : l'usager n'a plus de symptôme infectieux et un rayon X pulmonaire est normal. Un mois plus tard, l'usager est toujours hospitalisé et présente une seconde bactériémie à *S. aureus* secondaire à une autre pneumonie. Considérant que l'usager ne présentait plus de signe d'infection de bactériémie et de pneumonie, cette seconde bactériémie est considérée comme un nouvel épisode et doit être déclarée à nouveau.
- Un cas est admis pour diminution de l'état général avec rétention urinaire. Au jour 2 de l'admission, une culture d'urine revient positive. Au jour 3, des hémocultures sont réalisées et sortent positives au même germe que la culture d'urine. Cette bactériémie n'est pas à déclarer puisque l'infection est présente ou en incubation à l'admission.
- Une femme de 64 ans est hospitalisée pour une pyélonéphrite à *E. coli* avec fièvre et frissons. Un traitement antibiotique IV est débuté. Malgré le traitement, la fièvre persiste. Cinq jours après l'admission, des hémocultures sont prélevées et positives à *E. coli*. L'échographie qui était normale à l'admission, démontre maintenant un abcès rénal. Vous ne devez pas déclarer ce cas, car l'infection était présente à l'admission. L'abcès rénal et la bactériémie secondaire sont des complications de l'infection présente à l'admission et qui est d'origine communautaire.

4.3 Bactériémie non nosocomiale

Les bactériémies non nosocomiales ne sont pas à déclarer à l'exception de bactériémies à :

- *Staphylococcus aureus* (sensible et résistant) : voir le protocole de [surveillance provinciale des bactériémies à *Staphylococcus aureus* au Québec](#);
- Entérocoques résistants à la vancomycine : voir le protocole de [surveillance provinciale des infections à Entérocoques résistants à la vancomycine au Québec](#);
- Bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases : voir le protocole de [surveillance provinciale des infections à bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases au Québec](#).

4.4 Bactériémie primaire

Définition bactériémie primaire
Bactériémie
ET
Absence d'une infection à un autre site correspondant aux définitions

Voir les sous-sections suivantes [4.4.1](#) à [4.4.6](#) pour toutes les six options de bactériémies primaires.

4.4.1 Bactériémie primaire : aucun cathéter central présent ou retiré la veille

Définition bactériémie primaire : aucun cathéter central présent ou retiré la veille
Bactériémie primaire
ET
Aucun cathéter central présent ou retiré la veille

Une bactériémie primaire ayant été investiguée et pour laquelle aucun autre site d'infection n'a été trouvé selon les définitions est déclarée tout simplement « Bactériémie primaire : aucun cathéter central présent ou retiré la veille ».

4.4.2 Bactériémie primaire : avec cathéter vasculaire (présent ou retiré la veille)

En présence d'un cathéter central, une bactériémie sans autre site d'infection à la suite d'une investigation est attribuée au cathéter central même en absence de signe d'infection du cathéter.

Si un cathéter est retiré puis réinstallé, on doit considérer qu'il s'agit d'un nouveau cathéter si au moins un jour calendrier entier sans cathéter central s'est écoulé entre le retrait du précédent cathéter et l'installation du nouveau.

La présence de critères infectieux (thrombophlébite septique, culture semi-quantitative du cathéter, même germe que l'écoulement purule au site d'insertion) n'est pas requise, à l'exception des bactériémies sur cathéter périphérique où des signes d'infection au site du cathéter sont requis.

Définition bactériémie primaire : avec cathéter vasculaire (présent ou retiré la veille)	
Cathéter central	Cathéter périphérique
Bactériémie primaire sans évidence de signe d'infection au site	Bactériémie primaire avec évidence d'infection au site du cathéter périphérique et sans évidence d'autre site d'infection
ET	
Détectée au jour 3 ou plus après insertion d'un cathéter vasculaire (insertion = jour 1)	
ET	
Détectée lorsque le cathéter vasculaire est en place ou jusqu'au lendemain de son retrait	
Exemples :	
<ul style="list-style-type: none"> Un cas est hospitalisé et un cathéter veineux central d'insertion périphérique (PICC) est installé au jour 7 de l'admission. Le lendemain de l'insertion, il frissonne et fait de la fièvre. Une hémoculture est réalisée et est positive à <i>S. aureus</i>. Aucun autre site d'infection n'est trouvé. Ce cas ne peut pas être déclaré comme bactériémie primaire associée à un cathéter vasculaire, car la bactériémie survient au jour 2 de l'insertion (pour déclarer dans cette catégorie, elle doit survenir à partir du jour 3 de l'insertion). Toutefois, elle sera à déclarer bactériémie primaire sur la procédure d'insertion du cathéter central si elle est jugée cliniquement liée à son insertion. De plus, une procédure d'insertion d'un cathéter central doit être ajoutée à la fiche d'infection (sections 4.4.6 et 5.2.6). Un usager admis depuis 5 jours présente de la température et des hémocultures sont prélevées. Elles sont positives à <i>Staphylococcus coagulase négatif</i> (2 bouteilles). Vous investiguez et il n'y a aucun autre site infecté ni procédure dans les 7 derniers jours. Il y a un cathéter périphérique qui est en place depuis l'urgence. Les notes infirmières démontrent qu'il y avait rougeur et induration au site du cathéter et il a été retiré le jour même des hémocultures. Vous devez déclarer cette bactériémie comme primaire associée à un accès vasculaire, car le cas est admis (\geq jour 3) et le cathéter est en place depuis plus de 3 jours et que des signes d'infection sont présents vu que c'est un cathéter périphérique. 	

Types de cathéter	Définitions	Inclusions*	Exclusions	Précisions
Central	<ul style="list-style-type: none"> Sert aux prises de sang, au monitoring en hémodynamie, aux infusions Se rend dans les troncs veineux profonds de gros calibres : <ul style="list-style-type: none"> – Artère pulmonaire – Veine cave supérieure ou inférieure – Veine jugulaire interne – Veine brachiocéphalique – Veine sous-clavière – Veine fémorale – Veine iliaque externe ou commune – Artère ou veine ombilicale (néonat.) 	<ul style="list-style-type: none"> Cathéter ombilical artériel ou veineux Cathéter pour hémofiltration (Gambro, Sorenson) Cathéter veineux central : <ul style="list-style-type: none"> – Autre – D’insertion périphérique (PICC) – Implanté (Port-A-Cath) – Cardiaque (Swan-Ganz) – Tunnelisé (Broviac, Hickman, Permacath) 	<ul style="list-style-type: none"> Oxygénation par membrane extra-corporelle (ECMO) Cathéter artériel Ballon intra-aortique Cœur artificiel Dispositif d’assistance ventriculaire 	<ul style="list-style-type: none"> En présence d’un Port-A-Cath (PAC), il doit être utilisé la journée même ou la veille de la bactériémie (excluant l’utilisation du PAC pour le prélèvement d’hémoculture). Si un usager a plusieurs cathéters/accès, inscrire un seul cathéter dans la fiche d’infection selon l’ordre de priorité suivant : <ul style="list-style-type: none"> – Signe d’infection locale au site du cathéter/accès – Cathéter non tunnelisé – Cathéter tunnelisé
Périphérique	<ul style="list-style-type: none"> Est plus court L’extrémité demeure dans les vaisseaux périphériques 	<p>Un signe d’infection doit être présent au niveau du cathéter périphérique pour qu’il soit retenu comme la cause de la bactériémie (rougeur, chaleur, induration, etc.) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Canule artérielle Cathéter veineux de type Midline Cathéter veineux périphérique 	<p>Cathéter périphérique sans signe d’infection</p>	

4.4.2.1 Bactériémie primaire : avec cathéter vasculaire central aux soins intensifs

Se référer à la liste des cathéters centraux inclus dans la surveillance au point précédent, [section 4.4.2](#). Le cathéter périphérique est exclu de ce programme de surveillance, car ce n'est pas un cathéter central.

Définition bactériémie primaire : avec cathéter vasculaire central aux soins intensifs
Bactériémie primaire : avec cathéter central
ET
Détectée : À partir du jour 3 après insertion d'un cathéter central (insertion = jour 1)
ET
Si le cathéter central est en place ou jusqu'au lendemain de son retrait
ET
Être à l'USI :
Si admis directement à l'USI : à partir du jour 3 de l'admission
OU
Si transfert à l'USI : à partir du lendemain du transfert
OU
Si congé de l'USI : le jour même ou le lendemain du congé

4.4.3 Bactériémie primaire : avec un accès vasculaire en hémodialyse

En hémodialyse chronique, une bactériémie sans autre site d'infection est attribuée à l'accès vasculaire en hémodialyse même en absence de signe d'infection de l'accès vasculaire.

Définition bactériémie primaire : avec un accès vasculaire en hémodialyse*
Bactériémie primaire
ET
Être hémodialysé chronique (soit ≥ 3 mois en hémodialyse)*
*Précisions
<p>Exclusions accès vasculaire en hémodialyse : Pour les usagers avec exclusions citées dans le tableau ci-bas, il est toutefois possible de le déclarer dans le programme de bactériémies primaires associées à un cathéter intravasculaire, sauf si la bactériémie survient en ambulatoire où elle sera alors exclue. De plus, les usagers avec de la dialyse péritonéale sont exclus puisqu'ils n'ont pas d'accès vasculaire.</p> <p>Installation sans chaises d'hémodialyse : Les installations pour lesquelles il n'y a pas de chaises en hémodialyse en ambulatoire, mais qui effectue des sessions de dialyse chez des usagers hémodialysés chroniques hospitalisés (p. ex. : au soins intensifs, CHSGS sans unité d'hémodialyse, etc.), doivent tout de même déclarer une bactériémie associée à un accès vasculaire en hémodialyse attribuée à l'unité de soins où la bactériémie a eu lieu (si répond à la définition). Celle-ci sera alors déclarée par défaut dans le programme de surveillance BACTOT.</p> <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un usager diabétique est hémodialysé depuis deux ans et se présente à l'urgence avec fièvre. Aucun autre symptôme n'est présent et le site du cathéter de dialyse est intact. Aucun foyer d'infection n'est trouvé. Une hémoculture est positive à <i>S. aureus</i>. Ce cas est à déclarer comme bactériémie primaire associée à un accès vasculaire en hémodialyse (catégorie 1c). • Un usager est porteur d'un cathéter d'hémodialyse non tunnelisé pour de l'hémodialyse chronique depuis trois ans. Il est hospitalisé depuis dix jours en médecine. Il reçoit ses traitements d'hémodialyse à l'unité de dialyse trois fois par semaine durant son hospitalisation. Il fait une bactériémie sur cathéter d'hémodialyse. Ce cas est à déclarer comme bactériémie primaire associée à un accès vasculaire en hémodialyse acquise à l'unité de médecine (catégorie 1a). • Un usager est admis pour un nouveau diagnostic d'insuffisance rénale et doit être hémodialysé. Un cathéter non tunnelisé est installé dès le jour 1. Au jour 6 de son admission, l'usager a une bactériémie sans autre site infecté. Le cas ne peut pas être déclaré sur la procédure d'installation du cathéter central (car plus de 2 jours) ni sur l'accès vasculaire en hémodialyse (car le cas n'est pas hémodialysé chronique). Mais il doit être déclaré comme bactériémie primaire-avec cathéter central (catégorie 1a).

Types de cathéter	Définitions	Inclusions*	Exclusions*	Précisions
<p>Accès vasculaire en hémodialyse</p>	<p>Cathéter ou fistule servant d'accès vasculaire pour l'hémodialyse</p>	<p>Cathéter veineux central :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cathéter non tunnelisé; • Cathéter tunnelisé (Broviac, Hickman, Permacath) <p>Fistule artério-veineuse (FAV) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Naturelle avec ou sans trou de bouton • Synthétique 	<p>Usager en :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hémodialyse aiguë (< 3 mois en hémodialyse), peu importe l'accès vasculaire • Hémofiltration; • Hémodialyse à domicile 	<ul style="list-style-type: none"> • Le trou de bouton est une technique minimisant le traumatisme lors de l'insertion des aiguilles dans une fistule artérioveineuse (FAV) native par la création d'un trajet permettant l'accès à la FAV au même endroit à chaque traitement de dialyse. • Si un usager a plusieurs accès, inscrire un seul accès dans la fiche d'infection selon l'ordre de priorité suivant : <ol style="list-style-type: none"> 1. Signe d'infection locale au site du cathéter/accès; 2. Cathéter non tunnelisé; 3. Cathéter tunnelisé; 4. FAV synthétique; 5. FAV naturelle.

4.4.4 Bactériémie primaire : bris de la barrière muqueuse digestive (BBM) avec ou sans cathéter central

Définition bactériémie primaire : BBM avec ou sans cathéter central															
Bactériémie primaire															
ET															
Hémoculture avec ≥ 1 bouteille un agent pathogène reconnu faisant partie de la flore intestinale* SANS autre microorganisme isolé*															
OU															
Hémoculture avec ≥ 2 bouteilles OU ≥ 1 bouteille pédiatrique à <i>Streptococcus</i> du groupe <i>viridans</i> (incluant <i>bovis</i> , <i>sanguinis</i> , <i>anginosus</i> , <i>mitis</i> , <i>mutans</i> et <i>salivarius</i>) ou <i>Rothia</i> SANS autre microorganisme isolé*															
ET UN DES TROIS CRITÈRES SUIVANTS															
<p>❶ Usager greffé de la moelle osseuse ou de cellules souches allogéniques dans la dernière année et avec un critère suivant durant la même hospitalisation que la bactériémie :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Maladie du greffon (ou GVH « graft host disease ») de grade III ou IV</td> <td></td> <td style="text-align: center;">Diarrhée dans les 7 jours précédant la bactériémie</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ADULTES</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Diarrhée ≥ 1 L/jour OU • Iléus accompagné de douleur abdominale </td> <td style="text-align: center;">OU</td> <td style="text-align: center;">Diarrhée ≥ 1 L/jour</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">PÉDIATRIE</td> <td style="text-align: center;">Diarrhée ≥ 20 ml/kg/jour</td> <td></td> <td style="text-align: center;">Diarrhée ≥ 20 ml/kg/jour</td> </tr> </table>					Maladie du greffon (ou GVH « graft host disease ») de grade III ou IV		Diarrhée dans les 7 jours précédant la bactériémie	ADULTES	<ul style="list-style-type: none"> • Diarrhée ≥ 1 L/jour OU • Iléus accompagné de douleur abdominale 	OU	Diarrhée ≥ 1 L/jour	PÉDIATRIE	Diarrhée ≥ 20 ml/kg/jour		Diarrhée ≥ 20 ml/kg/jour
	Maladie du greffon (ou GVH « graft host disease ») de grade III ou IV		Diarrhée dans les 7 jours précédant la bactériémie												
ADULTES	<ul style="list-style-type: none"> • Diarrhée ≥ 1 L/jour OU • Iléus accompagné de douleur abdominale 	OU	Diarrhée ≥ 1 L/jour												
PÉDIATRIE	Diarrhée ≥ 20 ml/kg/jour		Diarrhée ≥ 20 ml/kg/jour												
OU															
<p>❷ Usager neutropénique défini comme * :</p> <p style="padding-left: 20px;">Taux de neutrophiles ou de leucocytes à < 0,5 X 10⁹/L ou < 500/mm³</p> <p style="padding-left: 20px;">ET</p> <p style="padding-left: 20px;">Ce taux est présent au moins 2 jours dans une fenêtre de 7 jours : 3 jours avant, le jour ou 3 jours après la bactériémie.</p>															
OU															
<p>❸ Usager en néonatalogie avec présence d'une condition abdominale critique dans les 7 jours précédents la bactériémie*.</p> <p style="padding-left: 20px;">Par exemple : Gastroschisis; Maladie de Hirschsprung; Omphalocèle; Perforation gastro-intestinale; Syndrome de l'intestin court; Volvulus; Autre condition intra-abdominale non infectieuse jugée critique (excluant entérocolite nécrosante).</p>															

*Précisions

Agent pathogène de la flore intestinale : Consulter le site de recherche [NHSN Terminology Browser](#) pour savoir si le microorganisme est un agent pathogène considéré comme un agent de la flore intestinale. Un outil pour naviguer sur le site est disponible dans SI-SPIN, onglet documentation, section BACTOT et sous-section Outils. De plus, pour la surveillance provinciale, le *Pseudomonas sp* s'ajoute à la liste du NHSN.

Sans autre microorganisme isolé : Si dans une hémoculture il y a présence d'un microorganisme qui n'est pas reconnu comme un agent de la flore intestinale, par exemple un *Staphylococcus aureus*, vous ne pouvez pas déclarer le cas comme BBM. Vous devez donc le déclarer dans une autre catégorie.

Usager en néonatalogie : Il n'existe pas de définition relative à cette clientèle au NHSN. Toutefois, lors de pathologie abdominale critique, le risque d'une translocation bactérienne d'origine digestive est augmenté (Blanchard *et al.*, 2013).

Saisie SI-SPIN : Si le cas a un cathéter central en place ou retiré la veille, sélectionner l'option « Bactériémie primaire : Bris de la barrière muqueuse avec cathéter central (présent ou retiré la veille) ».

Exemples :

- Un ex-prématuré né à 24 semaines est maintenant âgé de 6 semaines de vie. Il est encore à l'USIN avec un PICC line pour HAIV. Il a eu une chirurgie pour entérocolite nécrosante (NEC) prouvée il y a 5 jours. Une hémoculture a été prélevée hier matin et les deux bouteilles prélevées par voie centrale sont positives pour *E. coli*. Il n'a pas de signe d'infection de site opératoire. Vous ne pouvez pas déclarer cette bactériémie comme BBM-BACC puisque le NEC est une exclusion. Vous pourriez la déclarer comme bactériémie secondaire à une infection abdominale puisqu'il y a une infection à un autre site (NEC).
- Un homme de 68 ans, admis depuis sa greffe de moelle il y a 40 jours avec GVH intestinale et diarrhée importante, est transféré aux soins intensifs pour sepsis. Les hémocultures prélevées à l'USI sont : deux des quatre bouteilles prélevées par son « Port-a-cath » (PAC) sont positives pour *E. coli* et *S. epidermidis*. Aucun autre site d'infection n'est trouvé. Vous ne pouvez pas la déclarer comme BBM-BACC puisqu'il aurait fallu que tous les microorganismes soient des bactéries habituellement retrouvées dans la flore intestinale. Toutefois, cette bactériémie est nosocomiale, donc doit être déclarée comme bactériémie primaire.

4.4.5 Bactériémie primaire : infection non investiguée

Définition bactériémie primaire : infection non investiguée*
Bactériémie primaire
ET
Aucune investigation effectuée ou investigation incomplète pour trouver l'origine de l'infection
*Précisions
Il est possible de classer une bactériémie comme bactériémie primaire infection non investiguée si : Un décès survient avant de pouvoir faire toutes les investigations nécessaires pour établir un diagnostic; Les investigations sont refusées par l'usager (p. ex. fin de vie).
Exemple :
<ul style="list-style-type: none">• Un usager fait de la fièvre et un bilan initial est demandé (hémoculture, analyse et culture d'urine et radiographie pulmonaire). Finalement, cet usager décède durant la même journée. Dans les jours qui suivent, une hémoculture revient positive à un agent pathogène reconnu. Aucun diagnostic n'est possible à la suite de la réception des résultats négatifs des examens effectués. Puisque des examens additionnels n'ont pas été réalisés vu le décès, cette bactériémie peut donc être déclarée comme une bactériémie primaire reliée à une infection non investiguée.

4.4.6 Bactériémie primaire : reliée à une procédure

Définition bactériémie primaire : reliée à une procédure*	
Bactériémie primaire	
ET	
Détectée jusqu'au jour 7 de la procédure (la procédure est au jour 1)	
OU	
Détectée jusqu'au jour 2 de la procédure si la procédure est « Installation d'un cathéter central » (la procédure est au jour 1)	
*Précisions	
Procédure invasive	<ul style="list-style-type: none"> Intervention médicale invasive n'étant pas une chirurgie mais pouvant être associée à un risque d'infection. Les gestes d'examen physique (p. ex. toucher rectal) ou à faible risque de provoquer une infection (p. ex. insertion d'une sonde urinaire, retrait d'un drain) ne sont pas pertinents à la surveillance BACTOT. Une infection jugée reliée à une procédure peut se présenter comme une bactériémie primaire (en absence d'une infection répondant aux critères de définition) ou comme une infection secondaire. Saisie SI-SPIN : Seules les procédures jugées avoir un lien clinique avec la bactériémie après validation du cas doivent être inscrites aux fiches d'infection. Voir la liste des procédures invasives au tableau suivant. Toutes les procédures sont incluses sauf si elles sont dans la liste des exclusions. Les procédures « autres » doivent être précisées dans la fiche d'infection. Une seule procédure doit être inscrite dans la fiche d'infection, soit celle ayant le plus de risque d'avoir causée la bactériémie.
Chirurgie	<p>Intervention avec au moins une incision (y compris l'approche endoscopique) impliquant toutes les couches de la peau ou de la muqueuse.</p> <p>Si l'intervention a un code de chirurgie, ce n'est pas considéré comme une procédure, mais une chirurgie.</p> <p>Si une chirurgie avec code de chirurgie se réalise hors de la salle d'opération (ex. : radiologie interventionnelle), celle-ci doit être considérée comme une chirurgie.</p>
Dispositif médical	<ul style="list-style-type: none"> Appareil médical pouvant être impliqué dans une infection (p. ex. ventilation mécanique, accès vasculaire), ce n'est pas considéré comme une procédure.
Exemples :	
<ul style="list-style-type: none"> Un usager a une procédure en externe. Deux jours plus tard, il consulte à l'urgence pour de la fièvre et des frissons. Des hémocultures sont prélevées et sont positives à <i>E. coli</i>. Vous reliez cliniquement cette bactériémie à la procédure effectuée il y a deux jours. Vous devez déclarer cette bactériémie primaire reliée à une procédure lors de soins ambulatoires (catégorie 1c). Un usager a une installation de double J lors de son hospitalisation. Trois jours plus tard, il présente de la fièvre et de la dysurie. Une culture d'urine et des hémocultures sont prélevées et sont toutes positives à <i>E. coli</i>. Comme il y a un autre site infecté (urine), vous ne pouvez pas la classer comme bactériémie primaire, mais comme secondaire à une infection urinaire symptomatique avec procédure. Un usager est hospitalisé à l'installation A et pendant son hospitalisation est transféré à l'installation B pour subir une procédure invasive en ambulatoire. Il revient la même journée à l'installation A pour poursuivre son hospitalisation. Quatre jours plus tard, il débute des symptômes infectieux et a une bactériémie reliée à la procédure. L'installation B va donc déclarer cette bactériémie en ambulatoire, catégorie 1c, car elle est reliée à la procédure réalisée dans leur installation (infection reliée à l'installation déclarante). 	

Procédure invasive	Inclusions si lien clinique avec la bactériémie	Exclusions
Abdominale	<ul style="list-style-type: none"> Ponction d'ascite Colonoscopie Endoscopie digestive haute avec intervention (si tuteur (endoprothèse/stent) œsophagien ou ligature de varice œsophagienne) Insertion cathéter de dialyse péritonéale Abdominale autre^A 	<ul style="list-style-type: none"> Drainage/irrigation abdominale Biopsie Retrait d'une gastrostomie-jéjunostomie Retrait d'un cathéter de dialyse péritonéale Installation/retrait d'un tube naso-gastrique Toucher rectal Endoscopie digestive haute sans intervention
Autre	<ul style="list-style-type: none"> Autre : ce choix doit être utilisé exceptionnellement 	<ul style="list-style-type: none"> Transfusion Endoscopie ORL Paquetage nasal
Cardio-vasculaire	<ul style="list-style-type: none"> Ponction péricardique Angiographie-angioplastie avec ou sans tuteur Installation d'un cathéter central (incluant Port-a-Cath) Cardiovasculaire autre^A 	<ul style="list-style-type: none"> Installation d'un cathéter périphérique Transfusion Retrait d'un cathéter veineux central Cardiostimulateur endoveineux (chirurgie) Artériographie Cathéter ballon intra-aortique Filtre dans la veine cave inférieure Échographie cardiaque transoesophagienne
Cutanée	<ul style="list-style-type: none"> Cutanée autre^A 	<ul style="list-style-type: none"> Pansement à pression négative (VAC) Drain ou mèche chirurgicaux Irrigation cutanée/drainage d'abcès Changement de pansement/débridement
Gynéco-logique	<ul style="list-style-type: none"> Gynécologique autre^A 	<ul style="list-style-type: none"> Toucher vaginal ou du col utérin Décollement des membranes (stripping) Accouchement, épisiotomie ou réparations lacérations Interruption volontaire de grossesse Utilisation de forceps ou ventouse Dilatation-curetage
Hépatobiliaire	<ul style="list-style-type: none"> Cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (ERCP) avec ou sans endoprothèse biliaire (stent) Hépatobiliaire autre^A 	
Musculo-squelettique	<ul style="list-style-type: none"> Ponction articulaire (incluant les infiltrations) Musculo-squelettique autre^A 	<ul style="list-style-type: none"> Retrait voie d'accès vasculaire intra-osseuse
Neurologique	<ul style="list-style-type: none"> Ponction lombaire Neurologique autre^A 	<ul style="list-style-type: none"> Retrait d'un cathéter épidural
Respiratoire	<ul style="list-style-type: none"> Ponction pleurale Respiratoire autre^A 	<ul style="list-style-type: none"> Installation/retrait d'un tube endotrachéal Intubation ou extubation Retrait d'un drain thoracique
Urologique	<ul style="list-style-type: none"> Biopsie transrectale de la prostate Insertion d'un tube de néphrostomie percutanée Résection transurétrale de la prostate (RTUP) Résection transurétrale de la tumeur vésicale (RTUTV) Cystoscopie-urétroscopie avec ou sans pose de cathéter double J (choisir « sans » lors du retrait d'un double J) Urologique autre^A 	<ul style="list-style-type: none"> Irrigation vésicale, installation ou retrait de sonde urinaire Urographie Traitement BCG Circoncision Retrait d'un tube de néphrostomie percutanée

^A Procédure en lien avec ce système n'étant pas au menu SI-SPIN, mais doit être précisée dans la boîte à cet effet.

4.5 Bactériémie secondaire

Les bactériémies secondaires impliquent la dissémination hémotogène d'un processus infectieux à un autre site. Par exemple, une infection urinaire à *E. coli* qui se dissémine au niveau du sang et entraîne une bactériémie avec des hémocultures positives à *E. coli*. Il faut préciser le foyer d'origine ayant causé la bactériémie. Se référer aux documents suivants : Définitions pour la surveillance des infections nosocomiales dans les milieux de soins (disponible sur le [portail SI-SPIN](#)) ou [National Healthcare Safety Network](#) (NHSN).

L'infection ayant causé la bactériémie ne doit pas être présente ou en incubation au moment de l'admission.

Les infections répondant aux critères d'infection doivent être déclarées, et ce, même si elles ne sont pas traitées, à moins qu'une définition ne l'exige (ex. : critère d'infection de pneumonie).

Définition bactériémie secondaire
Bactériémie
ET
Infection documentée à un autre site* (culture positive au même germe ou germe habituellement retrouvé dans ce site*)
*Précisions
Infection documentée à un autre site : Vous devez consulter les documents cités ci-haut (SPIN et NHSN) pour s'assurer que votre cas répond à la définition et ainsi bien déclarer votre cas.
Exemple :
<ul style="list-style-type: none">Un usager a des hémocultures positives à <i>E. coli</i>. Un scan abdominal est réalisé et démontre un abcès hépatique. Vous n'avez aucun résultat de culture de l'abcès. Toutefois, ce germe est souvent retrouvé dans ce site donc vous classez le cas comme bactériémie secondaire à une infection intra-abdominale.

4.5.1 Bactériémie secondaire associée à une procédure

Définition bactériémie secondaire associée à une procédure*
Bactériémie secondaire
ET
Présence d'une infection qui est cliniquement reliée à la procédure
ET
Détectée jusqu'au jour 7 de la procédure (la procédure est au jour 1)
*Précisions
Procédure : Consulter la section 4.4.6 pour les détails sur les procédures.
Une seule procédure doit être inscrite dans la fiche d'infection, soit celle ayant le plus de risque d'avoir causée la bactériémie.
Exemple :
<ul style="list-style-type: none">Un usager se présente à l'urgence avec fièvre, frissons et pollakiurie. Deux hémocultures et une culture d'urine sont prélevées et sont positives pour <i>Enterobacter cloacae</i>. Il y a cinq jours, il a eu une installation de double J en ambulatoire. Ce cas est à déclarer comme bactériémie secondaire à une infection urinaire symptomatique associée à la procédure « Cystoscopie-urétroscopie AVEC pose de cathéter double J » (catégorie 1c).

5 DÉCLARATION DES DONNÉES

5.1 Modes de déclaration

Il s'agit d'un programme basé sur une surveillance active et prospective des bactériémies.

Dans SI-SPIN, pour chaque installation :

- Déclaration périodique¹ cas par cas des bactériémies nosocomiales;
- Déclaration périodique des dénominateurs :
 - Saisie périodique des admissions et jours-présence par installation;
 - Saisie périodique des procédures invasives : jours-cathéter à l'USI et patients-période en HD.
- Confirmation de saisie complétée pour les bactériémies : panhospitalières, associées aux accès vasculaires en hémodialyse et associées aux cathéters centraux aux soins intensifs.

5.2 Déclaration périodique cas par cas des bactériémies nosocomiales

5.2.1 Type d'infection

En premier, il faut préciser dans le regroupement d'infections le choix « Bactériémie ». Par la suite, il faut préciser le type d'infection à l'origine de la bactériémie et le foyer d'origine de l'infection lors de bactériémie secondaire. Se référer aux documents suivants : Définitions pour la surveillance des infections nosocomiales dans les milieux de soins (disponible sur le [portail SI-SPIN](#)) ou [National Healthcare Safety Network](#) (NHSN).

Les infections répondant aux critères d'infection doivent être déclarées, et ce, même si elles ne sont pas traitées, à moins qu'une définition ne l'exige (ex. : critère d'infection de pneumonie).

¹ Depuis le 1er avril 2025, le terme période réfère au mois de l'année financière.

Bactériémie primaire	
① Regroupement d'infections	② Type d'infection
Bactériémie	Bactériémie primaire
③ Sites spécifiques	Précisions
Aucun cathéter central présent ou retiré la veille	Si un cathéter central est présent ou retiré le jour précédant l'infection, reclasser la bactériémie comme bactériémie primaire avec cathéter vasculaire (même en absence de signe d'infection du cathéter central). Voir section 5.2.6 pour les variables à ajouter à la fiche.
Avec cathéter vasculaire (présent ou retiré la veille)	Voir section 5.2.6 pour les variables à ajouter à la fiche.
Avec un accès vasculaire en hémodialyse	
BBM avec cathéter central (présent ou retiré la veille)	
BBM sans cathéter central (présent ou retiré la veille)	Si un cathéter central est présent ou avait été retiré le jour précédant l'infection, reclasser la bactériémie comme bactériémie primaire BBM avec cathéter central (même en absence de signe d'infection du cathéter central). Voir section 5.2.6 pour les variables à ajouter à la fiche.
Infection non investiguée	Voir section 5.2.6 pour les variables à ajouter à la fiche.
Reliée à une procédure	

Bactériémie secondaire ^A	
❶ Regroupement d'infections	❷ Type d'infection
Bactériémie	Bactériémie secondaire
Regroupement d'infections d'origine	❸ Foyer d'origine de l'infection et sites spécifiques
Peau et des tissus mous	<ul style="list-style-type: none"> • Abcès du sein ou mastite • Brûlure infectée • Circoncision néonatale infectée • Infection de la peau • Omphalite • Pustulose néonatale • Infections des tissus mous : préciser si cellulite, cellulite nécrosante, gangrène infectieuse, lymphangite, lymphadénite • Ulcère de décubitus infecté
Site opératoire	<ul style="list-style-type: none"> • Infection incisionnelle superficielle primaire • Infection incisionnelle superficielle secondaire (site de la deuxième incision) • Infection incisionnelle profonde primaire • Infection incisionnelle profonde secondaire (site de la deuxième incision) • Site opératoire organe/espace infecté : choisir le site spécifique dans la liste
Voies respiratoires inférieures	<ul style="list-style-type: none"> • Bronchite, trachéobronchite, trachéite, sans évidence de pneumonie : préciser si bronchite, trachéobronchite ou trachéite • Infection des voies respiratoires inférieures autres que pneumonie : préciser si abcès pulmonaire, bronchiolite ou empyème pleural
Pneumonie	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumonie : préciser si empyème pleural ou abcès pulmonaire
Yeux, oreilles, nez, gorge ou bouche	<ul style="list-style-type: none"> • Cavité buccale infectée (bouche, langue, gencives) • Infection des voies respiratoires supérieures, pharyngite, laryngite, épiglottite • Conjonctivite • Infection oculaire autre que la conjonctivite • Otite ou mastoïdite • Sinusite
Système cardiovasculaire	<ul style="list-style-type: none"> • Infection artérielle ou veineuse : préciser si infection artérielle, infection veineuse ou phlébite purulente/thrombophlébite septique • Endocardite • Médiastinite • Myocardite ou péricardite
Système gastro-intestinal	<ul style="list-style-type: none"> • Entérocolite nécrosante • Infection du tractus gastro-intestinal : préciser si colite infectieuse/entérocolite, diverticulite, gastrite, œsophagite ou rectite • Infection intra-abdominale : préciser si abcès hépatique, abcès sous-phrénique, appendicite, cholangite, cholécystite, infection rate, pancréatite ou péritonite
Système nerveux central	<ul style="list-style-type: none"> • Abcès spinal sans méningite : préciser si abcès épidural • Infection intracrânienne : préciser si abcès cérébral ou encéphalite • Méningite ou ventriculite
Système reproducteur	<ul style="list-style-type: none"> • Dôme vaginal infecté • Endométrite • Épisiotomie infectée • Infection du système reproducteur : préciser si endométrite, épидидymite, infection du système génital masculin, infection du système génital féminin, infection utérine, orchite, prostatite, vaginite
Système urinaire	<ul style="list-style-type: none"> • Autre infection du système urinaire : préciser si abcès rénal • Bactériémie secondaire à une infection urinaire asymptomatique • Infection urinaire symptomatique : préciser si cystite, infection du tractus urinaire ou pyélonéphrite
Ostéo-articulaire	<ul style="list-style-type: none"> • Arthrite ou bursite : préciser si arthrite ou bursite • Discite • Ostéomyélite

^A Si une procédure est jugée cliniquement reliée, vous devez l'ajouter à la fiche d'infection.

5.2.2 Microorganisme et antibiogramme

Plusieurs données obligatoires sont à inscrire dans les fiches de bactériémies :

Variable SI-SPIN	Hémoculture : agent pathogène reconnu	Hémoculture : contaminant	Autre type d'analyse
Type de micro-organisme	<p>Inscrire tous les agents pathogènes reconnus.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si une seule hémoculture est réalisée et démontre un agent pathogène reconnu et un contaminant, ne pas inscrire le contaminant sauf s'il est présent dans ≥ 2 bouteilles. • Lors d'une hémoculture à <i>Enterococcus</i> résistant à la vancomycine, l'espèce doit être choisie soit <i>fæcium</i> ou <i>faecalis</i> (ne pas sélectionner ERV). • Si plusieurs germes pareils dans plusieurs hémocultures à des moments ou jours différents lors du même épisode infectieux, saisir seulement la première hémoculture. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscrire tous les contaminants qui sont présents dans ≥ 2 bouteilles (ou 1 bouteille pédiatrique) faits le même jour ou avec un maximum d'un jour d'écart. • Si les contaminants ne sont pas identifiés à l'espèce, vous devez vous référer à l'espèce de celui qui est identifié pour l'entrée (voir section 4.1.). • Si plusieurs germes pareils dans plusieurs hémocultures à des moments ou jours différents lors du même épisode infectieux, saisir seulement les deux premières hémocultures. 	<p>Bactériémie primaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aucune autre analyse ne doit être saisie sauf si associée à un cathéter vasculaire où une culture quantitative du cathéter peut être inscrite. <p>Bactériémie secondaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inscrire les microorganismes qui sont reliés à la bactériémie déclarée. • Secondaire à une infection urinaire symptomatique ou asymptomatique : le résultat de la culture d'urine au même germe est obligatoire. • Secondaire à une pneumonie : en présence d'un entérocoque, d'un SCN ou d'un Candida, le résultat de la culture dans le tissu pulmonaire ou le liquide pleural au même germe doit être inscrit (sauf si Candida chez les immunosupprimés).
Type d'analyse	<p>Entrer chaque prélèvement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hémoculture 1 bouteille (ou 1 bouteille pédiatrique) OU • Hémoculture 2 à 4 bouteilles. 	<p>Entrer deux fois le contaminant pour être accepté :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hémoculture 1 bouteille (ou 1 bouteille pédiatrique) OU • Hémoculture 2 à 4 bouteilles. 	<p>Inscrire les types d'analyses disponibles dans le menu déroulant qui sont reliés à la bactériémie.</p>
Date de prélèvement	<ul style="list-style-type: none"> • Inscrire la date de prélèvement. • Il ne doit pas avoir plus d'un jour de délai entre les deux hémocultures lors d'un contaminant. 		
Anti-biogramme	<ul style="list-style-type: none"> • Si plusieurs germes pareils dans plusieurs hémocultures à des moments ou jours différents lors du même épisode infectieux, saisir l'antibiogramme le plus résistant. Inscrire les tests de réaction aux antibiotiques : S = sensible, SDD/I = sensibilité dose dépendante (pour les antifongigrammes) ou intermédiaire, R = résistant. • Certains résultats de l'antibiogramme sont obligatoires selon le microorganisme. 		

L'inscription du résultat de sensibilité à certains antibiotiques est à saisir dans l'antibiogramme pour tous les microorganismes lorsque disponible. Toutefois, pour les microorganismes suivants, les résultats de l'antibiogramme sont obligatoires pour les antibiotiques mentionnés :

Microorganisme	Antibiogramme obligatoire*
Entérobactéries (sauf <i>Salmonella</i> et <i>Shigella</i>)	Ciprofloxacine, lévofloxacine OU moxifloxacine (un seul obligatoire) <ul style="list-style-type: none"> • Imipénème OU méropénème (un seul obligatoire) • Amikacine, gentamicine OU tobramycine (un seul obligatoire) • Cefepime, cefotaxime, ceftazidime OU ceftriaxone (un seul obligatoire) • Pipéracilline-tazobactam (obligatoire) • TMP-SMX (obligatoire)
<i>Pseudomonas</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ciprofloxacine OU lévofloxacine (un seul obligatoire) • Imipénème OU méropénème (un seul obligatoire) • Amikacine, gentamicine OU tobramycine (un seul obligatoire) • Cefepime OU ceftazidime (un seul obligatoire) • Pipéracilline-tazobactam (obligatoire)
<i>Acinetobacter</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ciprofloxacine OU lévofloxacine (un seul obligatoire) • Imipénème OU méropénème (un seul obligatoire) • Amikacine, gentamicine OU tobramycine (un seul obligatoire) • Cefepime OU ceftazidime (un seul obligatoire) • Pipéracilline-tazobactam OU ampicilline-sulbactam (un seul obligatoire)
<i>Staphylococcus aureus</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Oxacilline (obligatoire)
<i>Enterococcus faecium</i> ou <i>faecalis</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Vancomycine (obligatoire) • Ampicilline (obligatoire)

***Précisions**

Antibiogramme obligatoire : Lorsque l'antibiogramme est obligatoire pour un groupe d'antibiotique, il faut inscrire le résultat pour l'antibiotique avec le plus haut niveau de résistance. Si le groupe ou l'antibiotique en question n'est pas disponible sur le rapport, vérifier avec votre laboratoire si les agents sont testés, mais non rapportés. S'ils ne sont pas testés (non disponibles), valider avec un microbiologiste-infectiologue l'interprétation appropriée selon le profil disponible.

Exemples :

Un *E. coli* est « R » à Ceftriaxone, et « S » à Ceftazidime et à Céfepime : pour le groupe Cefepime/Cefotaxime/Ceftazidime/Ceftriaxone il faudrait rapporter la Ceftriaxone « R ».

Votre rapport de laboratoire indique un *E. coli* « S » à Ampicilline, Céfazoline, Gentamicine, Ciprofloxacine et TMP-SMX. Vous devez contacter votre laboratoire pour les groupes Cefepime/Cefotaxime/Ceftazidime/Ceftriaxone ET Imipénème/Méropénème, car ils ne sont pas inscrits sur votre rapport. Si toujours non disponibles, contacter un microbiologiste-infectiologue qui pourrait décider de rapporter « S » à ces groupes vu la sensibilité à Ampicilline et Céfazoline.

5.2.3 Co-variables et facteurs de risque

Si aucune co-variable n'est présente, cocher « Aucune co-variable ».

Certaines co-variables doivent être inscrites selon les différents types de bactériémie :

Bactériémie		Co-variables
Primaire : BBM avec ou sans cathéter central		Un seul obligatoire : <ul style="list-style-type: none"> • BBM - Diarrhée (≥ 1 litre) en 24 heures (ou ≥ 20 ml/kg en 24 heures chez la clientèle pédiatrique) chez un greffé de la moelle osseuse allogénique dans la dernière année • BBM – Maladie du greffon (GVH) grade III ou IV chez un greffé de la moelle osseuse allogénique dans la dernière année • BBM - NÉONAT – Condition abdominale critique en néonatalogie • BBM - Neutropénie ($< 500/\text{mm}^3$)
Primaire : <ul style="list-style-type: none"> • Avec cathéter vasculaire (présent ou retiré la veille) • Avec cathéter vasculaire central aux soins intensifs • BBM avec cathéter central • Avec un accès vasculaire en hémodialyse 		<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation non-conforme du cathéter (optionnel, par exemple auto-injection non autorisée, manipulation inadéquate du cathéter ou du pansement)
Primaire : avec un accès vasculaire en hémodialyse		Hémodialyse chronique (cocher un choix) : <ul style="list-style-type: none"> • Depuis ≥ 3 mois • Depuis < 3 mois
Secondaire à une pneumonie		Si infection pulmonaire à Candida, cocher : <ul style="list-style-type: none"> • Immunosuppression*
SARM		Statut de portage de l'usager (cocher un choix) : <ul style="list-style-type: none"> • SARM – Nouveau porteur • SARM – Porteur connu
*Précisions		
Définitions immunosuppression	<ul style="list-style-type: none"> • Neutropénie (neutrophiles $< 500 \times 10^6/\text{L}$) • VIH avec $\text{CD4} < 200$ • Splénectomie • Leucémie • Lymphome 	<ul style="list-style-type: none"> • Transplantation d'organe ou de moelle osseuse • Chimiothérapie cytotoxique • Hautes doses de stéroïdes : > 40 mg de Prednisone, > 160 mg hydrocortisone, > 32 mg méthylprednisone, > 6 mg dexaméthasone ou > 200 mg cortisone ET par jour ET pour plus de 2 semaines

5.2.4 Catégorie d'attribution

Cette variable réfère à la **catégorie d'attribution de la bactériémie**.

La **priorisation de catégorisation des cas doit se faire selon la probabilité la plus importante**, c'est-à-dire que le risque est plus important lors d'une hospitalisation qu'en soins ambulatoires.

Pour être considérée nosocomiale, l'infection ne doit pas être présente ou en incubation au moment de l'admission.

Le **jour 1** correspond toujours à la journée de l'admission à l'unité de soins **du CHSGS**, peu importe l'heure d'admission.

Pour aider à la catégorisation des cas, des outils sont offerts sur le [portail SI-SPIN](#) :

- Délais requis et axes de temps pour considérer l'attribution nosocomiale.

La surveillance vise uniquement les bactériémies nosocomiales reliées à l'installation déclarante, soit 1a, 1b et 1c :

Catégories d'attribution	
Reliée à l'installation déclarante	Infection reliée à l'installation déclarante
	1a Hospitalisation actuelle dans l'installation déclarante
	1b Hospitalisation antérieure dans l'installation déclarante
	1c Soins ambulatoires dans l'installation déclarante
Non reliée à l'installation déclarante	<p>Aucune déclaration dans SI-SPIN</p> <p>(Sauf si fait partie d'un autre programme de surveillance comme BGNPC, ERV, souche de SARM et les bactériémies à <i>S. aureus</i> acquises ailleurs, référer à ces protocoles).</p> <p>Si la bactériémie est reliée à une autre installation déclarante, vous devez les contacter afin qu'eux déclarent le cas.</p>

Voici le descriptif pour chaque catégorie :

Catégorie 1a : Reliée à l'hospitalisation actuelle dans l'installation déclarante
Hospitalisation à l'unité de soins de mission CHSGS dans l'installation déclarante
ET
Bactériémie trouvée à partir du jour 3 de l'admission
OU
Bactériémie trouvée au jour au jour 1 ou 2 de l'admission si reliée à une chirurgie effectuée au jour 1 ou 2 ou une procédure effectuée au jour 1 ou 2
*Précisions
Infection nosocomiale : Comme pour toute définition d'infection nosocomiale, il ne doit y avoir aucune évidence que l'infection est présente ou en incubation au moment de l'admission.
Exemple : Un usager se présente à l'urgence pour des symptômes urinaires. Une culture d'urine est réalisée au jour 4 de son admission et est positive. Au jour 5, des hémocultures sont prélevées et sont positives au même agent pathogène que la culture d'urine. Ce cas ne doit pas être déclaré dans la catégorie 1a, car l'infection était présente à l'admission.
Calcul des jours : Un usager est enregistré à l'urgence le 1 ^{er} avril pour 2 jours puis est admis en CHSGS le 3 avril. Le jour 1 correspond donc au 3 avril.
Saisie dans SI-SPIN : Vous devez obligatoirement inscrire la date d'admission dans l'installation, la date de diagnostic ainsi que la date d'arrivée à l'unité de soins où l'infection a été acquise dans la « Catégorie d'unité de soins » afin que le cas soit catégorisé 1a par SI-SPIN.

Catégorie 1b : Reliée à l'hospitalisation antérieure dans l'installation déclarante
Bactériémie le jour même ou le lendemain du congé de l'installation
OU
Bactériémie secondaire à une infection de site opératoire jusqu'à 30 ou 90 jours postopératoires (selon la chirurgie) et la chirurgie a été effectuée lors d'une hospitalisation antérieure
OU
Bactériémie jusqu'à sept jours post procédure et la procédure a été effectuée lors d'une hospitalisation antérieure (Bactériémie primaire ou secondaire reliée à une procédure)
*Précisions
<p>Lorsque plus d'une installation participante est impliquée</p> <p>Si l'attribution de l'infection est à une autre installation, c'est l'autre installation qui doit déclarer le cas.</p> <p>Exemple :</p> <p>Un cas a été opéré à l'installation A il y a 20 jours et il consulte l'installation B pour une bactériémie secondaire à une infection de site opératoire. C'est l'installation A qui déclare le cas.</p> <p>Communiquer avec l'équipe de PCI de l'installation participante afin que cette dernière déclare le cas. Il est important de ne pas déclarer en double les cas. Si l'installation n'est pas participante, le cas n'est pas à déclarer.</p> <p>Saisie dans SI-SPIN : Afin que le cas soit catégorisé 1b par SI-SPIN, vous devez obligatoirement inscrire dans la catégorie d'attribution les bonnes informations. Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si reliée à hospitalisation du jour même ou lendemain du congé : inscrire la date d'arrivée et de départ de l'hospitalisation antérieure ainsi que l'unité de soins dans la « Catégorie d'unité de soins »; • Si reliée à une infection de site opératoire : inscrire la date d'arrivée et de départ de l'hospitalisation où la chirurgie a eu lieu ainsi que l'unité de soins dans la « Catégorie d'unité de soins »; • Si reliée à la procédure lors d'une hospitalisation antérieure : inscrire la date d'arrivée et de départ de l'hospitalisation où la procédure a eu lieu ainsi que l'unité de soins dans la « Catégorie d'unité de soins ».

Catégorie 1c : Reliée aux soins ambulatoires dans l'installation déclarante
<ul style="list-style-type: none">● Bactériémie primaire avec un accès vasculaire en hémodialyse (Hémodialyse chronique en centre de jour ou dans l'installation) OU● Bactériémie secondaire à une infection de site opératoire jusqu'à 30 ou 90 jours postopératoires (selon la chirurgie) et la chirurgie a été effectuée en chirurgie d'un jour OU● Bactériémie jusqu'à 7 jours post procédure et la procédure a été effectuée en ambulatoire (Bactériémie primaire ou secondaire reliée à une procédure)
ET
Bactériémie trouvée : <ul style="list-style-type: none">● À l'urgence : 2 jours et moins après son enregistrement OU● À l'hospitalisation en CHSGS : au jour 1 ou 2 de l'admission OU● En externe
*Précisions
<ul style="list-style-type: none">● Saisie dans SI-SPIN : Afin que le cas soit catégorisé 1c par SI-SPIN, vous devez obligatoirement inscrire : dans la catégorie d'attribution, la catégorie d'unité de soins « Ambulatoire -... ».● Exemple : Si reliée à une infection de site opératoire en chirurgie d'un jour : inscrire la date d'arrivée comme étant la date de la chirurgie ainsi que l'unité de soins « Ambulatoire – Chirurgie d'un jour » dans la « Catégorie d'unité de soins ».

5.2.5 Dates : diagnostic, début d'infection et admission

Variables	Type de données	Précisions
Date de diagnostic	Obligatoire	Correspond à la date de prélèvement. Lors de bactériémie, la date de diagnostic doit être égale à la date de la première hémoculture.
Date de début d'infection	Obligatoire, si ISO	À inscrire seulement lors d'infection de site opératoire. Correspond à la date où le premier critère d'infection de site opératoire était présent et pas nécessairement la date de l'hémoculture ou autre culture positive. C'est cette date qui est utilisée pour valider le délai entre la chirurgie et l'infection de site opératoire (jusqu'à 30 ou 90 jours postopératoires selon la chirurgie).
Date d'admission	Obligatoire, si catégorie 1a	Ne rien inscrire si autres catégories.

5.2.6 Chirurgie, dispositif médical et procédure invasive

Certaines variables sont obligatoires à inscrire selon le type de bactériémie :

Bactériémie	Variables
Primaire : aucun cathéter central présent ou retiré la veille	N'inscrire aucune procédure invasive, ni dispositif médical, ni chirurgie.
Primaire : avec cathéter vasculaire (présent ou retiré la veille)	Sous « Dispositif médical », ajouter le cathéter vasculaire : <ul style="list-style-type: none"> • Si plusieurs cathéters, inscrire uniquement celui relié à la bactériémie ou le plus à risque selon ordre de priorité (section 4.4.2); • Doit être en place le jour ou la veille de la bactériémie; • Inscrire la date de mise en place du cathéter; • Doit être en place depuis plus de deux jours (sinon reclasser comme primaire reliée à la procédure d'insertion du cathéter central si jugé cliniquement reliée).
Primaire : avec un accès vasculaire en hémodialyse	Sous « Dispositif médical », ajouter le type d'accès vasculaire : <ul style="list-style-type: none"> • Si plus d'un accès, inscrire uniquement celui relié à la bactériémie ou le plus à risque selon ordre de priorité (section 4.4.2); • Un cathéter doit être en place le jour ou la veille de la bactériémie; • Inscrire la date de mise en place du cathéter ou du début d'utilisation de la FAV si disponible;
Primaire : BBM avec cathéter central (présent ou retiré la veille)	Sous « Dispositif médical », ajouter le cathéter vasculaire : <ul style="list-style-type: none"> • Si plusieurs cathéters, inscrire uniquement celui relié à la bactériémie ou le plus à risque selon ordre de priorité (section 4.4.2); • Doit être en place le jour ou la veille de la bactériémie; • Inscrire la date de mise en place du cathéter; • Doit être en place depuis plus de deux jours (sinon reclasser comme primaire reliée à la procédure d'insertion du cathéter central si jugé cliniquement reliée).
Primaire : BBM sans cathéter central (présent ou retiré la veille)	N'inscrire aucune procédure invasive, ni dispositif médical, ni chirurgie.
Primaire ou secondaire : reliée à une procédure	Sous « Procédure », ajouter une seule procédure dans la liste des procédures (voir liste section 4.4.6) : <ul style="list-style-type: none"> • Procédure reliée cliniquement à la bactériémie; • Doit être dans les sept derniers jours avant la bactériémie ou dans les deux derniers jours si la procédure est « Insertion d'un cathéter central »; • Date de procédure obligatoire.
Secondaire à une pneumonie	Sous « Dispositif médical », indiquer : <ul style="list-style-type: none"> • La présence ou non d'une ventilation mécanique le jour ou la veille de la bactériémie; • Date de début de la ventilation est optionnelle.
Secondaire à une infection urinaire symptomatique ou asymptomatique	Sous « Dispositif médical », indiquer : <ul style="list-style-type: none"> • La présence ou non d'une sonde urinaire ou autre dispositif médical urinaire présent le jour ou la veille de l'infection ou de la bactériémie; • Date de l'insertion de la sonde urinaire est optionnelle.
Secondaire à une infection de site opératoire	Sous « Chirurgie », indiquer : <ul style="list-style-type: none"> • Une seule chirurgie, soit celle reliée à la bactériémie (obligatoire); • Date de la chirurgie (obligatoire).

5.2.7 Service médical

Vous pouvez inscrire un service médical qui réfère au service ou département sous lequel l'usager est admis au moment du diagnostic de la bactériémie.

Dans le cas d'une bactériémie associée à un cathéter central aux soins intensifs, rapporter « Soins intensifs – XXX » jusqu'au lendemain du congé de l'USI.

5.2.8 Évolution

Pour chaque fiche d'infection, l'évolution vise à déterminer les complications les plus importantes pendant les 30 jours suivant le diagnostic. À partir du 1er avril 2025, seule la complication « Décès » est conservée sauf pour les bactériémies associées à un accès vasculaire en hémodialyse, où la complication « Hospitalisation » est aussi conservée.

Complications	Saisie	Précisions
Hospitalisation	Obligatoire	Pour les bactériémies associées à un accès vasculaire en hémodialyse seulement. Si l'infection est acquise en ambulatoire ou en externe et entraîne une hospitalisation, cocher « oui ».
Décès	Obligatoire	<ul style="list-style-type: none">• Toutes causes confondues.• Inscrire la date du décès.

5.3 Saisie périodique des dénominateurs

Il est nécessaire de disposer de dénominateurs pour les calculs des différents taux. Le recueil d'information sur les dénominateurs est aussi important que le recueil des numérateurs.

5.3.1 Saisie périodique des admissions et jours-présence par installation

Pour chaque période, chaque installation doit recueillir les admissions et les jours-présence et ceux participant à BACC-USI doivent détailler les jours-présence aux USI. Voir le formulaire de collecte des dénominateurs disponible sur le [portail SI-SPIN](#).

Les inclusions et les exclusions du tableau ci-dessous réfèrent aux centres d'activités du [Manuel de gestion financière](#) du MSSS.

Dénominateurs	Inclusions	Exclusions
<p>Nombre d'admissions</p> <p>Nombre de jours-présence</p>	<p>Usagers admis dans des lits appartenant à la mission CHSGS du Répertoire des établissements du MSSS (M02) par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> Lits de soins infirmiers pédiatriques de courte durée (4030) Lits de soins infirmiers de courte durée aux adultes (6050) incluant les lits d'une unité d'hospitalisation brève (UHB) et de gériatrie active Lits de soins infirmiers et d'assistance en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) (6080) Lits de soins spécialisés aux nouveau-nés (néonatalogie) (6200) tout niveau de soins* Lits de centre de soins à la mère et au nouveau-né (6360) excluant la pouponnière et les bébés en cohabitation 	<p>Usagers admis dans des lits appartenant à la mission CHSGS du Répertoire des établissements du MSSS (M02) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Lits de psychiatrie (6010, 6020, 6030) Lits d'hôtellerie hospitalière (6180) Lits d'hospitalisation à domicile (6210) Lits de pouponnière et les bébés en cohabitation du centre de soins à la mère et au nouveau-né (6360) <p>Usagers admis dans des lits appartenant à la mission CHSLD ou CHPSY de l'installation déclarante</p>
<p>Nombre de jours-présence aux USI</p>	<ul style="list-style-type: none"> Détailler le nombre par type d'USI Pour l'USI de néonatalogie (total obligatoire, par poids de naissance optionnel) 	<p>Soins intermédiaires</p>

*Précision

Saisie SI-SPIN : Pour le formulaire « Saisie périodique des admissions et jours-présence par installation », les jours-présence en néonatalogie excluent les soins intensifs néonataux **car ils se retrouvent dans un autre endroit du formulaire**. Toutefois, ils comprennent les unités de soins de type intermédiaire.

5.3.2 Saisie périodique des procédures invasives

Pour chaque période, chaque installation participant à BACC-USI doit recueillir les jours-cathéter aux USI et celle participant à BAC-HD doit recueillir les patients-période en hémodialyse. Les formulaires de collecte sont déposés directement sur le [portail SI-SPIN](#).

Dénominateurs	Définitions	Précisions
Nombre de jours-cathéter central aux soins intensifs	<p>Détailler le nombre par type d'USI :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soins intensifs – Adulte mixte • Soins intensifs – Coronarien • Soins intensifs – Grands brûlés • Soins intensifs – Pédiatrie • Soins intensifs – Néonatalogie 	<ul style="list-style-type: none"> • Le décompte des cathéters centraux est un portrait à un moment précis de la journée. • Pour connaître les inclusions et exclusions au dénominateur des jours-cathéter, référer aux cathéters inclus et exclus pour une bactériémie primaire : avec cathéter vasculaire (présent ou retiré la veille) à la section 4.4.2. • Pour le calcul du dénominateur des jours-cathéter, l'utilisation du cathéter n'est pas prise en considération. • Si un usager a plus d'un accès vasculaire, il doit être comptabilisé une seule fois.
Nombre d'usagers par type d'accès vasculaire en hémodialyse	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser le formulaire de collecte de données en inscrivant le nombre d'usagers pour le 1er lundi du mois et le mardi consécutif. • Détailler ce nombre par type d'accès : <ul style="list-style-type: none"> - Cathéter non tunnelisé; - Cathéter tunnelisé; - FAV naturelle avec trou de bouton; - FAV naturelle sans trou de bouton; - FAV synthétique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inclure les usagers qui sont dialysés dans une unité satellite (hors installation) reliée à l'installation déclarante. • Si un usager a plus d'un accès vasculaire, il doit être comptabilisé une seule fois soit celui ayant plus de risque : <ol style="list-style-type: none"> 1. Signe d'infection locale au site du cathéter/accès 2. Cathéter non tunnelisé 3. Cathéter tunnelisé 4. FAV synthétique 5. FAV naturelle

6 ORGANISATION DE LA SURVEILLANCE

Il est nécessaire de rechercher activement les bactériémies au sein de l'installation. Plusieurs méthodes sont possiblement nécessaires pour bien identifier le cas, sa catégorie d'attribution ainsi que les complications.

Définition et catégorisation de cas

- Révision des dossiers;
- Évaluation de l'utilisateur;
- Lien avec le laboratoire de microbiologie;
- Lien avec les équipes de PCI des autres installations.

Complications

- Révision des dossiers.

Lien avec les autres installations

Il est possible que vous deviez contacter une autre installation parmi les installations participantes afin que celle-ci déclare un cas (voir [section 5.2.4](#), catégorie d'attribution dans les précisions pour les catégories 1b et 2).

Il est important de ne pas déclarer en double un cas dans deux installations participantes. Ces cas devront être rapportés à l'installation d'origine et déclarés par l'installation d'origine.

Outils de collecte de données (disponibles sur le [portail SI-SPIN](#))

- Formulaire de collecte des admissions et des jours-présence;
- Formulaire de collecte des jours-cathéter USI (dénominateurs BACC-USI);
- Formulaire de collecte des jours-patient en HD (dénominateurs BAC-HD).

7 TRANSMISSION DES DONNÉES ET ÉCHÉANCIER

Plusieurs données sont obligatoires dans le programme de surveillance. Des délais de transmission de données sont à respecter. Des relances seront faites aux retardataires selon **la procédure Relance, validation et contrôle de qualité des données des programmes de surveillance provinciale des infections nosocomiales disponible sur le portail SI-SPIN**.

	Bactériémies : BACTOT, BAC-HD et BACC-USI	Dénominateurs
Saisie dans le portail SI-SPIN	Onglet infection : <ul style="list-style-type: none"> Inscription d'une infection 	Onglet déclaration périodique : <ul style="list-style-type: none"> Saisie périodique des admissions et jours-présence par installation. Saisie périodique des procédures invasives
Fiches d'aide à la saisie dans SI-SPIN	Disponibles dans le guide d'utilisateur sur le portail SI-SPIN	
Échéancier de saisie	Saisie en tout temps	Saisie en tout temps
Échéancier de validation	Complétée maximum deux mois ^A après la fin de la période à laquelle le cas est déclaré (un mois après le diagnostic plus un mois pour la saisie des complications et la transmission des données) ET Validée dans l'onglet déclaration périodique : <ul style="list-style-type: none"> Confirmation de saisie complétée par période 	Complétée et validée maximum un mois après la fin de la période à laquelle le cas est déclaré
Participation au rapport de surveillance	<ul style="list-style-type: none"> Un minimum de 10 périodes est requis Les 10 périodes validées des numérateurs doivent être les mêmes que celles des dénominateurs 	

^A Pour le suivi des complications des cas de la dernière période de l'année financière, des délais plus courts pourraient être demandés pour permettre de faire l'extraction finale pour la production des rapports. La date officielle de la fin de saisie des données pour l'année financière sera mentionnée dans le bulletin des nouveautés envoyé aux utilisateurs chaque 1^{er} avril.

8 ANALYSE DES DONNÉES

Les activités de surveillance seront revues par les comités SPIN (BACTOT et BAC-HD) qui auront la responsabilité de planifier la surveillance, revoir périodiquement les résultats, faire les ajustements nécessaires au système et proposer la production de rapports pour les installations participantes, le CINQ, le **Comité** SPIN, les directions régionales de santé publique, le ministère de la Santé et des Services sociaux **et Santé Québec**.

Outre les données décrites ci-dessous, d'autres analyses sont effectuées sur l'ensemble des données et incluses dans les résultats annuels de surveillance.

L'historique complet des mises à jour et nouveautés pour l'analyse et l'interprétation des données se retrouve dans la fiche des indicateurs disponible à l'Infocentre.

Méthodologie épidémiologique

- Les taux d'incidence sont présentés avec des intervalles de confiance à 95 % (IC 95 %) calculés en approximation normale du logarithme népérien (ln) du taux en question;
- Pour la comparaison des taux d'incidence, un test Z de la différence du logarithme népérien des deux taux est utilisé.

Données SPIN-BACTOT et BACC-USI

Le taux d'incidence des bactériémies nosocomiales panhospitalières est exprimé sous forme de densité d'incidence par 10 000 jours-présence :

$$\frac{\text{Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales panhospitalières} = \frac{\text{Nombre de bactériémies nosocomiales panhospitalières (catégories 1a et 1b)} \\ \text{au cours d'une période donnée}}{\text{Nombre de jours – présence au cours de la même période}} \times 10\,000$$

Le taux d'incidence des bactériémies sur cathéters centraux à l'USI est exprimé sous forme de densité d'incidence par 1 000 jours-cathéter :

$$\frac{\text{Taux d'incidence des bactériémies sur cathéters centraux à l'USI} = \frac{\text{Nombre de bactériémies sur cathéters centraux à l'USI (catégories 1a et 1b)} \\ \text{au cours d'une période donnée}}{\text{Nombre de jours – cathéter au cours de la même période}} \times 1\,000$$

Le taux d'utilisation des cathéters centraux à l'USI est calculé en rapportant le nombre total de jours-cathéter au nombre de jours-présence :

$$\text{Taux d'utilisation des cathéters centraux à l'USI} = \frac{\text{Nombre de jours – cathéter à l'USI au cours d'une période donnée}}{\text{Nombre de jours – présence à l'USI au cours de la même période}}$$

Données SPIN-HD

- Le taux d'incidence des bactériémies associées aux accès vasculaires en HD est exprimé sous forme de densité d'incidence par 100 patients-période :

$$\text{Taux d'incidence des bactériémies associées aux accès vasculaires en HD} = \frac{\text{Nombre de bactériémies associées aux accès vasculaires en HD (catégories 1a, 1b et 1c) au cours d'une période donnée}}{\text{Nombre de patients – période au cours de la même période}} \times 100$$

- Le taux d'incidence des bactériémies associées aux cathéters non tunnelisés et tunnelisés en HD est exprimé sous forme de densité d'incidence par 1 000 jours-cathéter :

$$\text{Taux d'incidence des bactériémies associées aux accès vasculaires en HD} = \frac{\text{Nombre de bactériémies associées aux cathéters non tunnelisés et tunnelisés en HD (catégories 1a, 1b et 1c) au cours d'une période donnée}}{\text{Nombre de jours – cathéter au cours de la même période}} \times 1\,000$$

- La proportion de patients sur fistule en HD est calculée en rapportant le nombre total de patients avec fistule artérioveineuse naturelle ou fistule synthétique sur le total des patients :

$$\text{Proportion de patients sur fistule en HD} = \frac{\text{Nombre de patients – période sur fistule artérioveineuse ou synthétique en HD au cours d'une période donnée}}{\text{Nombre de patients – période en HD au cours de la même période}}$$

9 DIFFUSION DES RÉSULTATS

La diffusion des résultats est réalisée sous différents formats et il est fortement suggéré que les données de surveillance soient discutées dans les tables régionales et dans les comités stratégiques de prévention et contrôle des infections selon l'organisation régionale.

Le portail SI-SPIN permet en outre au MSSS, à l'INSPQ, à chaque région et à chaque installation d'extraire et de valider les données brutes.

Le portail de l'Infocentre de santé publique permet au MSSS, à l'INSPQ, à chaque région et à chaque installation de produire en tout temps des analyses automatisées présentées sous forme de tableaux et figures. Il leur permet ainsi d'obtenir des résultats et des comparatifs à l'adresse <https://www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca/>.

Les analyses permettant la production des rapports de surveillance de l'INSPQ ainsi que les résultats de surveillance de l'Infocentre sont décrites dans une fiche : [Taux d'incidence de certaines infections nosocomiales \(SI-SPIN\)](#) disponible à l'Infocentre.

Formats	Lieu de dépôt	Délais de dépôt
Résultats périodiques	Portail SI-SPIN Portail de l'Infocentre	Périodiquement
Résultats annuels de surveillance	Portail SI-SPIN Site Web INSPQ	Annuellement, l'année suivante
Recommandations et pistes d'amélioration	Portail SI-SPIN	Annuellement, l'année suivante

10 SOUTIEN

Pour toutes questions en lien avec les programmes de surveillance, vous pouvez contacter :

Soutien SI-SPIN

- Téléphone : 514 -864-5196
- Courriel : Soutien.SI-SPIN@inspq.qc.ca

11 RÉFÉRENCES

Blanchard, A. C., Fortin, E., Rocher, I., Moore, D. L., Frenette, C., Tremblay, C., & Quach, C. (2013). Central Line–Associated Bloodstream Infection in Neonatal Intensive Care Units. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 34(11), 1167-1173. <https://doi.org/10.1086/673464>

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2024). *Utilisation judicieuse des hémocultures*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Biologie_medicale/INESSS_Hemocultures_GN.pdf

National Healthcare Safety Network (NHSN). (2026a). *Chapter 4: Bloodstream Infection Event (Central Line-Associated Bloodstream Infection and Non-central Line Associated Bloodstream Infection)*. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/4psc_clabscurrent.pdf

National Healthcare Safety Network (NHSN). (2026b). *Chapter 8: Dialysis Event Surveillance Protocol*. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). <https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/8pscdialysiseventcurrent.pdf>

National Healthcare Safety Network (NHSN). (2026c). *Chapter 17: CDC/NHSN Surveillance Definitions for Specific Types of Infections*. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/pscmanual_current.pdf

Centre d'expertise et
de référence en santé publique

www.inspq.qc.ca