

INSPQ

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs au Québec, 2023-2024

SURVEILLANCE ET VIGIE

SEPTEMBRE 2024

**COMITÉ DE SURVEILLANCE PROVINCIALE DES INFECTIONS
NOSOCOMIALES**

RAPPORT DE SURVEILLANCE

AUTEURS ET AUTRICES

Comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales

Ruth Bruno, conseillère scientifique

Valérie Labbé, conseillère en soins infirmiers

Direction des risques biologiques, Institut national de santé publique du Québec

Maxime-Antoine Tremblay, microbiologiste-infectiologue et président du comité de programme SPIN-BACC

Centre hospitalier universitaire de Québec – Université de Laval

Danielle Moisan, microbiologiste-infectiologue et présidente du comité SPIN

Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-St-Laurent

COLLABORATION

Karl Forest Bérard, conseiller scientifique

Secrétariat général, affaires publiques, communication et transfert des connaissances

SOUS LA COORDINATION DE

Dominique Grenier, cheffe d'unité scientifique

Natasha Parisien, cheffe d'équipe vigie et surveillance en milieux de soins

Direction des risques biologiques

RÉVISION

Abakar Idriss-Hassan, conseiller scientifique

Direction des risques biologiques

Le réviseur a été convié à apporter des commentaires sur la version préfinale de ce document et en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

Les auteur(-trice)s ainsi que les membres du comité scientifique et les réviseurs ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

FINANCEMENT

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

MISE EN PAGE

Marie-Amélie Bras, agente administrative

Direction des risques biologiques

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toutes les équipes de prévention et contrôle des infections qui participent à la surveillance des infections nosocomiales au Québec.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

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 – 4^e trimestre 2024

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-98987-5 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2024)

AVANT-PROPOS

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

La collection *Surveillance et vigie* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques visant la caractérisation de la santé de la population et de ses déterminants, ainsi que l'analyse des menaces et des risques à la santé et au bien-être.

L'INSPQ s'est vu confier par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec le mandat d'élaborer et de maintenir le programme de Surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN). Pour ce faire, l'INSPQ s'appuie sur un groupe d'experts, le Comité de Surveillance provinciale des infections nosocomiales (Comité SPIN), qui a rédigé le présent rapport.

Les objectifs généraux de la **surveillance provinciale des infections nosocomiales** sont de :

- suivre l'incidence des infections nosocomiales choisies selon leur fréquence, leur sévérité ou leur importance épidémiologique afin d'identifier précocement les variations de ces infections à l'échelle locale, régionale et nationale;
- déterminer les principales causes, les facteurs de risques et les principaux agents pathogènes des infections nosocomiales surveillées;
- offrir une méthodologie commune et des outils de surveillance et d'analyse normalisés afin de permettre une juste comparaison entre les établissements, et entre le Québec et les autres provinces et pays;
- évaluer les mesures actuelles ou nouvelles de prévention et de lutte contre les infections nosocomiales;
- planifier les priorités pour les surveillances provinciales des infections nosocomiales.

Le présent rapport de surveillance porte sur les données du programme de surveillance provinciale des **bactériémies¹ sur cathéters centraux aux soins intensifs** dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés participants pour l'année 2023-2024. Il s'agit de l'un des rapports annuels parmi tous les [programmes de surveillance](#).

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

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

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	III
LISTE DES FIGURES	IV
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	V
GLOSSAIRE	VI
FAITS SAILLANTS	1
1 INTRODUCTION	2
2 MÉTHODOLOGIE	3
2.1 Source des données	3
2.2 Identification des cas	3
2.3 Mesures	4
2.4 Analyse statistique	4
2.5 Révision par les pairs	5
3 RÉSULTATS	6
3.1 Description sommaire	6
3.2 Description des cas	8
3.3 Données de laboratoire	10
3.4 Évolution des taux	12
3.5 Données par unités (USI)	14
4 LIMITES	22
4.1 Limites générales	22
4.2 Limites spécifiques à SPIN-BACC	22
5 ANALYSE ET DISCUSSION	23
6 RÉFÉRENCES	24
ANNEXE 1 LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ SPIN	25
ANNEXE 2 LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ DE PROGRAMME SPIN-BACC	26

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Sommaire de la participation, des cas, des dénominateurs et des taux de la surveillance des bactériémies sur cathéters centraux, 2019-2020 à 2023-2024.....	6
Tableau 2	Nombre (N), taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) et taux d'utilisation des cathéters centraux, selon la mission de l'installation et le type de soins intensifs, 2023-2024.....	7
Tableau 3	Létalité à 10 et à 30 jours des cas nosocomiaux (cat. 1a et 1b), selon la mission de l'installation et le type d'USI, 2023-2024.....	9
Tableau 4	Évolution des taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b), selon la mission de l'installation et le type d'USI, pour les unités participant depuis 2019-2020 (N = 61), 2019-2020 à 2023-2024.....	13
Tableau 5	Évolution des taux d'utilisation des cathéters centraux, selon la mission de l'installation et le type d'USI, pour les unités participant depuis 2019-2020 (N = 61), 2019-2020 à 2023-2024.....	14
Tableau 6	Nombre (N) et taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) par USI, taux d'utilisation des cathéters et percentiles des taux d'incidence (2019-2020 à 2022-2023), selon le type d'USI ^A , pour les installations universitaires adultes, 2023-2024.....	19
Tableau 7	Nombre (N) et taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) par USI, taux d'utilisation des cathéters et percentiles des taux d'incidence (2019-2020 à 2022-2023), selon le type d'USI, pour les installations non universitaires ^A , 2023-2024.....	20
Tableau 8	Nombre (N) et taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) par USI, taux d'utilisation des cathéters et percentiles des taux d'incidence (2019-2020 à 2022-2023), selon le type d'USI ^A , pour les installations avec USI pédiatriques, 2023-2024.....	21
Tableau 9	Nombre (N) et taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) par USI, taux d'utilisation des cathéters et percentiles des taux d'incidence (2019-2020 à 2022-2023), selon le type d'USI ^A , pour les installations avec USI néonatales, 2023-2024.....	21

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) selon la mission de l'installation et le type d'USI, 2023-2024.....	7
Figure 2	Répartition des types de cathéters utilisés dans les cas de bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b), selon la mission de l'installation et le type d'USI, 2023-2024.....	8
Figure 3	Létalité à 30 jours des cas nosocomiaux (cat. 1a et 1b) selon la mission de l'installation et le type d'USI, 2023-2024.....	9
Figure 4a	Répartition des catégories de microorganismes isolés (N = 224), pour tous les cas nosocomiaux (cat. 1a et 1b), 2023-2024.....	10
Figure 4b	Répartition des catégories de microorganismes isolés (N = 47), pour les cas nosocomiaux (cat. 1a et 1b) décédés à 30 jours, 2023-2024.....	11
Figure 5	Évolution des taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b), selon la mission de l'installation et le type d'USI, pour les unités participant depuis 2019-2020 (N = 61), 2019-2020 à 2023-2024.....	12
Figure 6	Évolution des taux d'utilisation des cathéters centraux, selon la mission de l'installation et le type d'USI, pour les unités participant depuis 2019-2020 (N = 61), 2019-2020 à 2023-2024.....	13
Figure 7	Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) et percentiles des taux d'incidence (2019-2020 à 2022-2023), pour les USI ^A universitaires adultes, 2023-2024.....	15
Figure 8	Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) et percentiles des taux d'incidence (2019-2020 à 2022-2023), pour les USI ^A non universitaires adultes, 2023-2024.....	16
Figure 9	Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) et percentiles des taux d'incidence (2019-2020 à 2022-2023), pour les USI pédiatriques, 2023-2024.....	17
Figure 10	Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) et percentiles des taux d'incidence (2019-2020 à 2022-2023), pour les USI néonatales, 2023-2024.....	18

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

BACC	Bactériémie nosocomiale sur cathéters centraux
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CINQ	Comité sur les infections nosocomiales du Québec
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
DAVCD	Dispositif d'accès vasculaire central
EPC	Entérobactérie productrice de carbapénémases
ERV	Entérocoque résistant à la vancomycine
HD	Hémodialyse
IC	Intervalle de confiance
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MDR	Multidrug-resistant
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PCI	Prévention et contrôle des infections
RSS	Région sociosanitaire
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
SCN	<i>Staphylococcus</i> à coagulase négative
SI-SPIN	Système d'information de la surveillance provinciale des infections nosocomiales
sp.	Species
SPIN	Surveillance provinciale des infections nosocomiales
spp.	Several species
USI	Unité de soins intensifs
XDR	Extensively drug-resistant

GLOSSAIRE

Agent pathogène	Microorganisme susceptible de provoquer une infection (ex. : virus, bactéries, etc.).
Bactériémie	Présence de bactérie dans le sang.
Bactériémie primaire	Bactériémie dont le foyer d'origine n'est pas attribuable à un foyer d'infection actif à un autre site (ex. : urinaire, etc.).
Bris de la barrière muqueuse digestive	Altération des muqueuses et de la paroi intestinale, en raison d'une condition clinique particulière, qui permet le passage de bactéries des intestins vers le sang.
Catégorie d'attribution	Classification de l'origine de la colonisation ou de l'infection utilisée lors de la surveillance. Le lien épidémiologique n'est pas pris en considération pour l'attribution de la catégorie.
Cathéter vasculaire central	Dispositif se rendant dans les troncs veineux profonds de gros calibres et servant aux prises de sang, au monitoring en hémodynamie ainsi qu'aux infusions. Le cathéter veineux central équivaut à un dispositif d'accès vasculaire central (DAVC).
Colonisation	Présence d'un microorganisme dans un dépistage ou un spécimen clinique en absence de critères d'infection.
Dénominateur	Portion inférieure d'une fraction utilisée dans les calculs de taux. Exemple : jours-présence, admissions, nombre de tests de dépistage.
Entérobactérie	Bactérie faisant partie de l'ordre des <i>Enterobacterales</i> , anciennement membre de la famille des <i>Enterobacteriaceae</i> .
Établissement	Entité juridique dotée de capacités et de responsabilités légales qui est titulaire d'un permis délivré par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Un établissement peut comprendre plusieurs installations (ex. : CISSS ou CIUSSS ou établissement non fusionné).
Fongémie	Présence de champignons dans le sang.
Infection	Présence d'un microorganisme causant des signes et symptômes correspondants aux critères d'infection.
Installation	Lieu physique où sont dispensés les soins de santé et les services sociaux à la population du Québec, dans le cadre d'une ou de plusieurs missions (ex. : hôpital dans un CISSS).
Jours-cathéter	Nombre d'usagers avec un cathéter en place au cours d'un nombre de jours donné.

Jours-présence	Nombre correspondant aux jours d'hospitalisation durant une période donnée.
MDR	Réfère à « multidrug-resistant ». Il s'agit d'une entérobactérie résistante à trois ou quatre des six groupes d'antimicrobiens utilisés pour la définition.
Mission non universitaire	Établissement n'ayant pas la désignation du MSSS d'établissement universitaire.
Mission universitaire	Établissement qui, en plus d'exercer les activités propres à la mission d'un tel centre, dispense des services de pointe, participe à la formation de professionnels, est doté d'une structure de recherche reconnue et évalue des technologies ou modes d'intervention reliés à son secteur de pointe.
Nosocomiale	Acquise au cours d'un épisode de soins administrés par un établissement du réseau de la santé.
Numérateur	Portion supérieure d'une fraction utilisée dans les calculs de taux.
Période de surveillance	Période administrative de l'exercice financier des établissements d'environ 28 jours. Le calendrier de surveillance se découpe en treize périodes financières, débutant le 1 ^{er} avril et se terminant le 31 mars de l'année suivante.
Proportion	Rapport dans lequel les deux entités (numérateur et dénominateur) proviennent du même ensemble et dans lequel le numérateur est inclus au dénominateur.
Rapport	Expression de la relation entre deux quantités qui peuvent indifféremment appartenir ou non au même ensemble. Le rapport peut se présenter sous la forme d'une proportion, d'un taux, d'un ratio, d'un indice ou d'une cote.
Région sociosanitaire (RSS)	Représente une unité géographique définie. Dans le contexte du système de santé et de services sociaux, le territoire québécois est divisé en 18 régions sociosanitaires. (ex. : RSS01 correspond à la région du Bas-Saint-Laurent).
Regroupement	Création de variables personnalisées qui combinent les valeurs de variables existantes dans de nouveaux groupes. Par exemple, les unités de soins peuvent être regroupées selon la mission (universitaire ou non universitaire) et la clientèle (adulte, pédiatrique, néonatale).

Soins ambulatoires	Prestation de soins reçus sans hospitalisation.
sp.	Réfère à « species » et indique que le genre d'un organisme a été identifié, sans identification de l'espèce (ex. : <i>Staphylococcus</i> sp. indique qu'une espèce de <i>Staphylococcus</i> a été détectée, mais dont nous n'avons pas l'identification de l'espèce).
spp.	Réfère à « several species » et indique l'ensemble de plusieurs espèces, mais sans les nommer individuellement (ex. : <i>Staphylococcus</i> spp. signifie que plusieurs espèces de <i>Staphylococcus</i> sont présentes).
Taux	Rapport qui mesure la vitesse ou la force de survenue d'un événement. Il ne constitue pas une mesure de fréquence, mais plutôt une mesure instantanée de densité. Le numérateur d'un taux, comme celui d'une proportion, dénombre les événements qui sont survenus : la différence entre les deux réside dans le dénominateur. Le dénominateur de la proportion inclut des personnes ou des entités, tandis que, pour le taux, il s'agit du cumul de temps d'observations de chaque personne ou entité analysée qui est à risque de présenter le phénomène étudié. Dans ce cas, le dénominateur est exprimé en unités de temps (jour, mois, année, etc.).
Taux d'incidence	Aussi nommé densité d'incidence, il est une mesure de la vitesse, de la force ou de l'intensité de propagation d'une maladie dans une population donnée. C'est le rapport de l'incidence (nombre de nouveaux cas survenus depuis le début de l'étude jusqu'à sa fin) sur le cumul de temps écoulé entre le début et la fin de l'observation de chaque personne participant à l'étude et susceptible (à risque) de contracter la maladie étudiée (personne-temps). Il s'exprime comme : nombre de nouveaux cas pendant une période Δt / somme des personnes-temps pendant cette période Δt (Δt signifie période ou intervalle de temps allant d'une date A à une date B).
XDR	Réfère à « extensively drug-resistant ». Il s'agit d'une entérobactérie, d'un <i>Acinetobacter</i> ou d'un <i>Pseudomonas aeruginosa</i> ultrarésistant, c'est-à-dire qu'il est résistant à cinq ou six des groupes d'antimicrobiens utilisés pour la définition.

FAITS SAILLANTS

- En 2023-2024, le taux de bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs (BACC) est de 1,57 par 1 000 jours-cathéter. Ce taux se situe dans l'intervalle supérieur des taux observés dans les quatre dernières années, soit de 1,27 à 1,57 par 1 000 jours-cathéter.
 - Contrairement aux autres types d'unités de soins intensifs (USI), les USI néonatales ont connu une baisse des BACC (taux de 1,88 comparé à 2,29 l'année précédente).
- Les données des unités coronariennes sont maintenant incluses dans les unités adultes. Ce changement de méthodologie a été fait, car les dénominateurs de cette catégorie étaient trop faibles pour en tirer des conclusions.
- Les microorganismes les plus fréquents sont similaires aux années antérieures :
 - Staphylocoques à coagulase négative (SCN) : 31,7 %
 - *Candida* sp. : 17,9 %
 - *Enterococcus* sp. : 16,5 %
- Létalité à 30 jours : 21,5 % (stable)

1 INTRODUCTION

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

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

Le programme de surveillance provinciale des **bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs (SPIN-BACC)** a terminé sa 21^e année de surveillance. Ce programme a débuté en avril 2003 et est à participation obligatoire depuis 2007. Ce rapport présente l'analyse des données de cette surveillance pour l'année 2023-2024.

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 Source des données

Les estimations présentées dans ce rapport sont tirées d'une extraction des données colligées par les équipes de prévention et contrôle des infections (PCI) des CHSGS au Système d'information de la surveillance provinciale des infections nosocomiales (SI-SPIN), en date du 9 mai 2024. Tout CHSGS ayant au moins 10 lits aux unités de soins intensifs (USI) a l'obligation de participer. La participation des CHSGS ayant des USI entre six et neuf lits est optionnelle, de même que la participation pour les unités coronariennes. Étant donné les petits dénominateurs des unités coronariennes dans les années antérieures, celles-ci ont été regroupées avec les autres unités adultes pour l'année 2023-2024. Les données doivent être colligées pour les 13 périodes financières de l'année débutant le 1^{er} avril. Cependant, parmi les installations participantes, seules celles qui ont complété un minimum de 11 périodes (tant au numérateur qu'au dénominateur) sur ces 13 périodes sont incluses dans le rapport.

La validation des données a été réalisée par les conseillères en soins infirmiers de l'équipe des infections nosocomiales de l'INSPQ. Ainsi, les erreurs de duplication, de catégorisation ou de caractéristiques cliniques ont été revues et corrigées au besoin en collaboration avec les équipes de PCI des installations. Pour de plus amples informations sur les données et les exigences de saisie, veuillez référer au protocole de surveillance en question, mis à jour annuellement et disponible sur le site internet de l'[INSPQ](#).

Il est à noter que certaines caractéristiques des installations ont été mises à jour pour l'année de surveillance débutant au 1^{er} avril 2023 :

- Nombre de lits au permis à partir du M02 (répertoire des établissements du MSSS);
- Nombre de lits dans les unités de soins intensifs selon des données fournies par le MSSS.

2.2 Identification des cas

Les usagers ayant une bactériémie primaire avec cathéter central associée à une acquisition nosocomiale à l'USI sont déclarés par les installations participantes.

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

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

2.3 Mesures

Les mesures (variables) épidémiologiques collectées incluent :

- **Les caractéristiques sociodémographiques des cas** : sexe, âge, etc.;
- **Les caractéristiques de l'installation** : identification de l'installation, région sociosanitaire, mission, etc.;
- **Les données de laboratoire** : date d'analyse, type de microorganisme, etc.;
- **Les caractéristiques cliniques** : date du diagnostic, décès toute cause, etc.;
- **Les facteurs de risque** : selon le type de bactériémie (avec ou sans bris de la barrière muqueuse (BBM) avec un cathéter central);
- **Les dénominateurs** : admissions, jours-présence, jours-cathéter, etc.

2.4 Analyse statistique

L'indicateur principal retenu est le taux des bactériémies sur cathéter central aux soins intensifs par 1 000 jours-cathéter. Il est calculé en rapportant le nombre bactériémies nosocomiales des catégories 1a et 1b sur le nombre de jours-cathéter dans l'unité de soins déclarante au cours de la même période. Les installations sont regroupées selon la région sociosanitaire (RSS) et la mission (universitaire ou non universitaire). Les regroupements des unités de soins intensifs utilisés sont les suivants : universitaire adulte, non universitaire adulte, pédiatrique et néonatal. Le taux d'incidence moyen par regroupement est présenté à des fins de comparaison.

L'analyse des données est divisée en cinq sections :

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

Le seuil de signification statistique est fixé à 5 %. L'estimation des taux (avec des intervalles de confiance [IC à 95 %]) est basée sur l'approximation de la loi normale. Les taux moyens agrégés sont comparés en utilisant le test Z et les proportions en utilisant le test du Khi-2 ou le test exact de Fisher. Pour les tests de comparaison de taux entre l'année de référence (2023 - 2024) et l'année précédente, les augmentations ou les diminutions statistiquement significatives sont signalées dans les tableaux par un astérisque (*).

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

2.5 Révision par les pairs

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

3 RÉSULTATS

3.1 Description sommaire

Entre le 1^{er} avril 2023 et le 31 mars 2024, 63 unités de soins intensifs sur les 68 visées ont participé à la surveillance des bactériémies primaires sur cathéters centraux aux soins intensifs (BACC-USI), pour un cumul de 123 996 jours-cathéter (tableau 1). Ces unités ont rapporté 195 bactériémies, survenues chez 184 usagers. Les taux présentés dans ce rapport excluent les cas de bactériémies sur cathéters centraux avec bris de barrière muqueuse (BBM).

Tableau 1 Sommaire de la participation, des cas, des dénominateurs et des taux de la surveillance des bactériémies sur cathéters centraux, 2019-2020 à 2023-2024

	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024
Unités de soins intensifs participantes (N)	67	67	66	67	63
Jours-présence (N)	309 600	303 441	300 801	314 321	282 307
Jours-cathéter (N)	130 224	140 255	138 246	141 667	123 996
Bactériémies (cat. 1a, 1b) (N)	166	203	215	184	195
Taux d'incidence des bactériémies (cat. 1a, 1b) ^A	1,27	1,45	1,56	1,30	1,57
Usagers infectés (N)	160	199	210	175	184

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

En 2023-2024, le taux d'incidence des bactériémies est de 1,57 par 1 000 jours-cathéter. Il est de 1,21 par 1 000 jours-cathéter dans les unités universitaires adultes, de 1,81 dans les unités non universitaires adultes, de 3,28 dans les unités pédiatriques et de 1,88 dans les unités néonatales (figure 1, tableau 2). Le taux d'incidence des bactériémies est significativement plus élevé dans les unités néonatales que dans les unités universitaires adultes ($p < 0,05$).

Bien que la définition de cas exclue les bris de barrière muqueuse, le tableau 2 présente également les taux incluant ces cas, pour fins de comparaisons nationales et internationales.

Figure 1 Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) selon la mission de l'installation et le type d'USI, 2023-2024

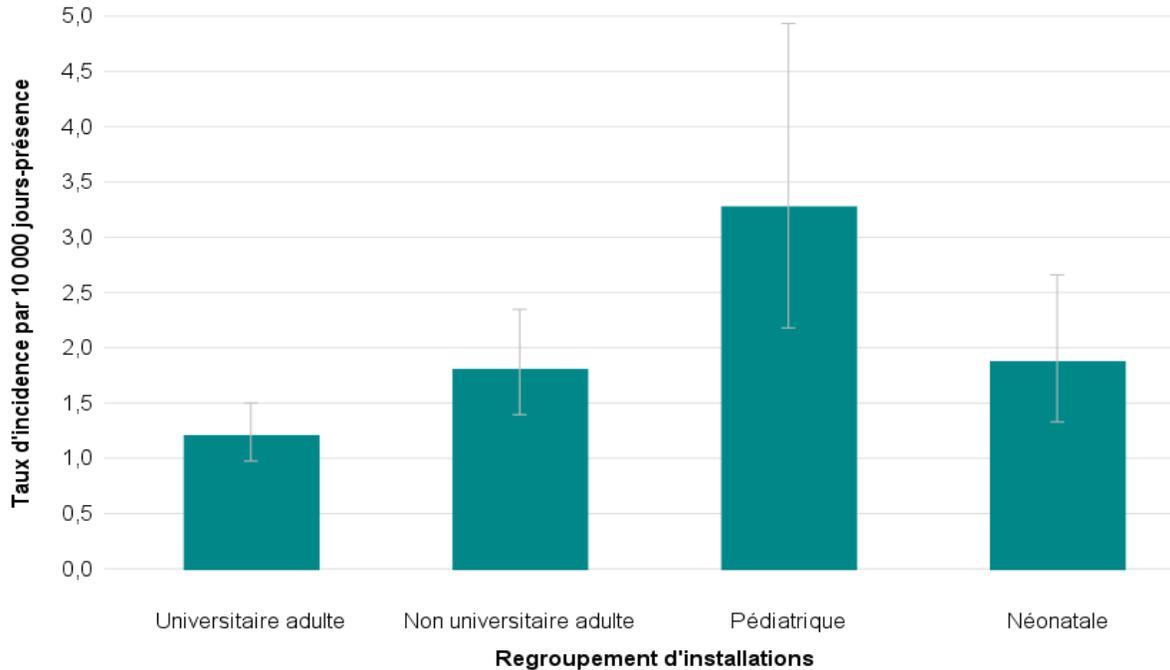


Tableau 2 Nombre (N), taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) et taux d'utilisation des cathéters centraux, selon la mission de l'installation et le type de soins intensifs, 2023-2024

Type d'USI	N	Bactériémies (N)	Taux d'incidence ^A [IC à 95 %] (sans BBM)	Taux d'incidence ^A [IC à 95 %] (avec BBM)	Jours-cathéter	Jours-présence	Taux d'utilisation ^B
Universitaire adulte	24	83	1,21 [0,98 ; 1,50]	1,28 [1,04 ; 1,58]	68 545	117 822	0,58
Non universitaire adulte	28	57	1,81 [1,40 ; 2,35]	1,84 [1,42 ; 2,38]	31 439	81 076	0,39
Pédiatrique	4	23	3,28 [2,18 ; 4,93]	3,28 [2,18 ; 4,93]	7 018	12 855	0,55
Néonatale	7	32	1,88 [1,33 ; 2,66]	2,18 [1,58 ; 3,01]	16 994	70 554	0,24
Total	63	195	1,57 [1,36 ; 1,81]	1,66 [1,45 ; 1,90]	123 996	282 307	0,44

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

^B Taux d'utilisation des cathéters centraux (nombre de jours-cathéter à l'USI/nombre de jours-présence à l'USI).

3.2 Description des cas

L'âge des usagers bactériémiques varie de quatre jours à 86 ans. L'âge médian est de 50 ans et varie entre 62 ans et 64 ans dans les unités adultes. Il est de cinq mois et un jour dans les unités pédiatriques et de 14 jours dans les unités néonatales.

Dans les unités de soins intensifs adultes, les cathéters centraux les plus fréquemment impliqués sont les cathéters centraux « autres », suivis des cathéters centraux périphériques (figure 2). En néonatalogie, il s'agit d'abord des cathéters centraux périphériques, puis des cathéters ombilicaux.

Figure 2 Répartition des types de cathéters utilisés dans les cas de bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b), selon la mission de l'installation et le type d'USI, 2023-2024

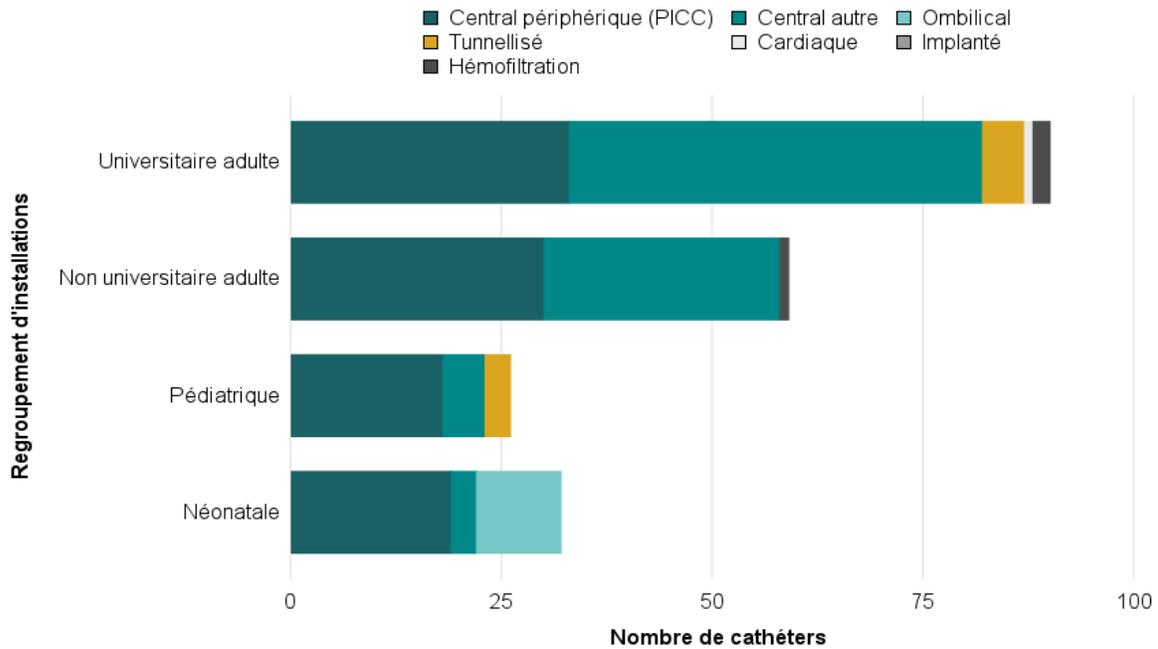


Figure 3 Létalité à 30 jours des cas nosocomiaux (cat. 1a et 1b) selon la mission de l'installation et le type d'USI, 2023-2024

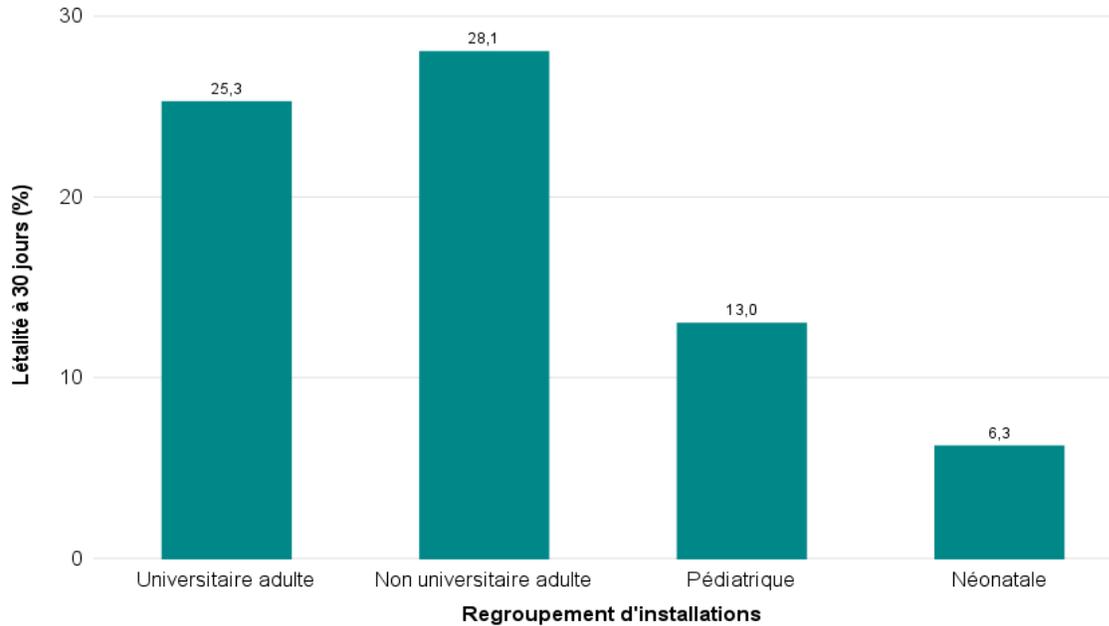


Tableau 3 Létalité à 10 et à 30 jours des cas nosocomiaux (cat. 1a et 1b), selon la mission de l'installation et le type d'USI, 2023-2024

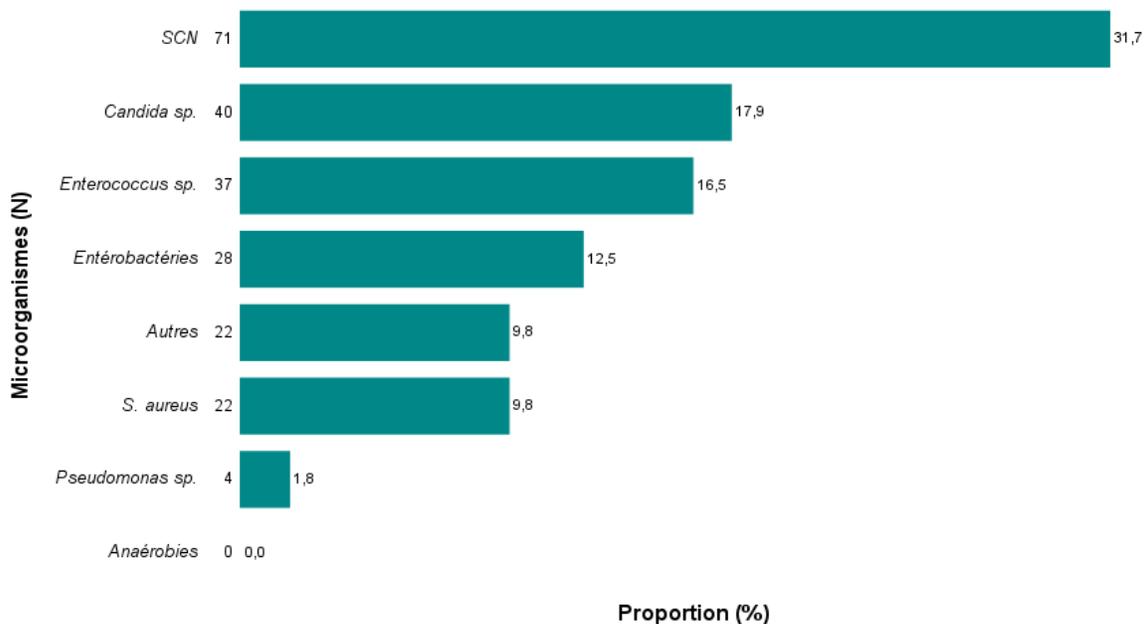
Type d'unité de soins intensifs	Bactériémies N	Létalité à 10 jours		Létalité à 30 jours ^A	
		N	%	N	%
Universitaire adulte	83	18	21,7	21	25,3
Non universitaire adulte	57	9	15,8	16	28,1
Pédiatrique	23	2	8,7	3	13,0
Néonatale	32	2	6,3	2	6,3
Total	195	31	15,9	42	21,5

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

3.3 Données de laboratoire

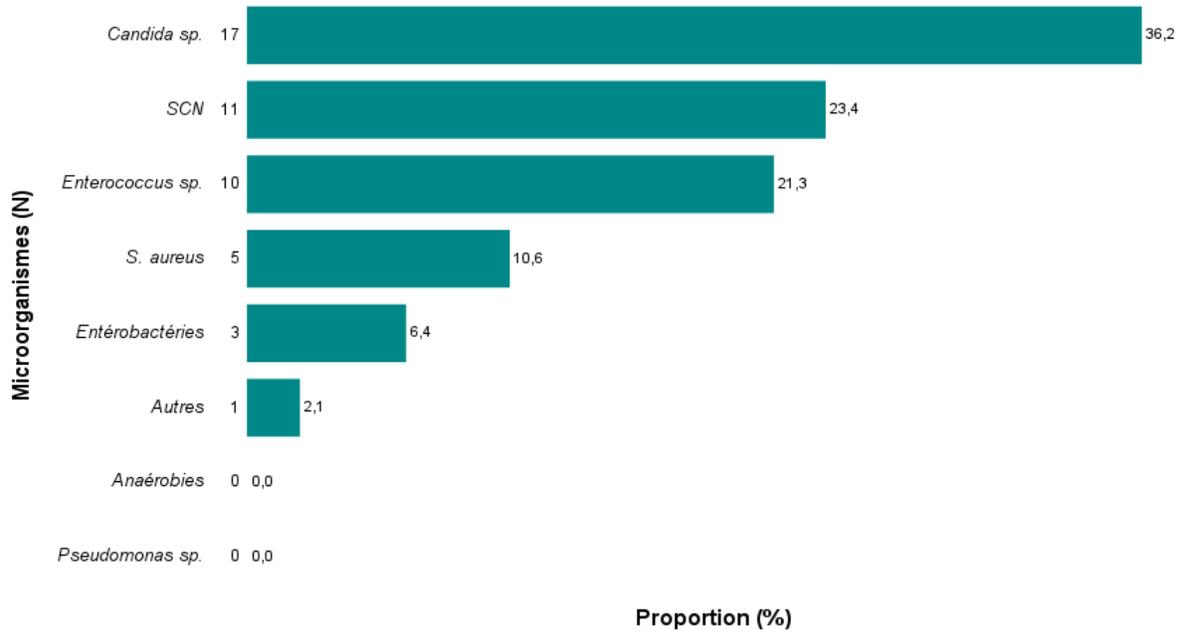
La figure 4a montre que les microorganismes les plus fréquemment isolés dans l'ensemble des bactériémies sont d'abord les staphylocoques à coagulase négative (SCN; 31,7 %) suivis du *Candida* sp. (17,9 %) et des *Enterococcus* sp. (16,5 %). Chez les cas décédés (figure 4b), ces microorganismes représentent près des deux tiers des microorganismes isolés (66,1 %).

Figure 4a Répartition des catégories de microorganismes isolés (N = 224), pour tous les cas nosocomiaux (cat. 1a et 1b), 2023-2024



En 2023-2024, la proportion de *S. aureus* résistant à la méthicilline (SARM) parmi les bactériémies à *S. aureus* est de 4,5 % (1/22) pour l'ensemble des unités de soins intensifs. Aucun cas n'est associé à un entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) ou à une entérobactérie productrice de carbapénémases (EPC).

Figure 4b Répartition des catégories de microorganismes isolés (N = 47), pour les cas nosocomiaux (cat. 1a et 1b) décédés à 30 jours, 2023-2024



3.4 Évolution des taux

Les données présentées à cette section concernent l'ensemble des unités ayant participé à la surveillance à au moins 11 périodes de chaque année durant la période ciblée (sauf en 2020-2021 et 2021-2022 avec neuf périodes). Dans le cadre de cette approche longitudinale, les figures 5 et 6 qui présentent l'évolution des taux d'incidence des bactériémies, prennent en compte seulement les unités (N = 61) participant à la surveillance de façon consécutive depuis les cinq dernières années. Les unités sont regroupées selon leur mission et le taux d'incidence moyen par regroupement est présenté à des fins de comparaison (tableau 3).

Parmi les 61 unités ayant participé au cours des cinq dernières années de façon consécutive (figure 5, tableau 4), en 2023-2024, le taux d'incidence des bactériémies est de 1,56/1 000 jours-cathéter. Comparé à l'année précédente (2022-2023), ce taux demeure stable. On note des variations du taux allant de 1,20 à 3,28 /1 000 jours-cathéter selon le type d'unité de soins (figure 5). Par rapport à l'année 2022-2023, les taux d'incidence des bactériémies sont demeurés stables pour tous les types unités de soins intensifs.

Figure 5 Évolution des taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b), selon la mission de l'installation et le type d'USI, pour les unités participant depuis 2019-2020 (N = 61), 2019-2020 à 2023-2024

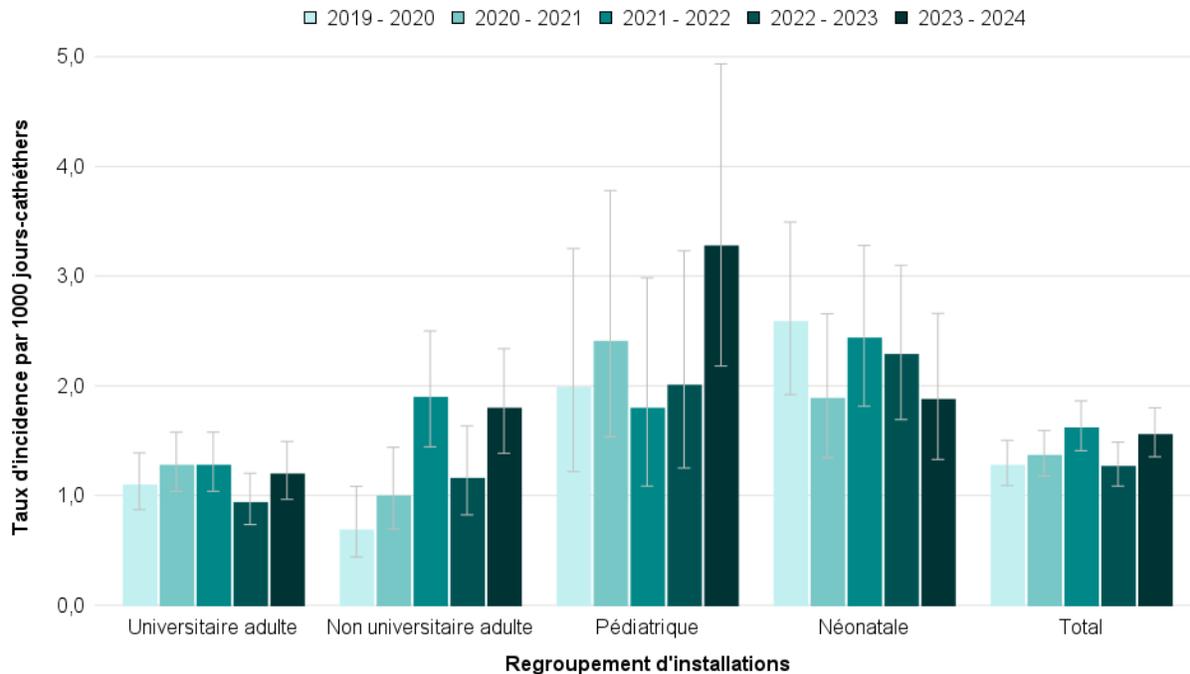


Tableau 4 Évolution des taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b), selon la mission de l'installation et le type d'USI, pour les unités participant depuis 2019-2020 (N = 61), 2019-2020 à 2023-2024

Type d'USI	N	Taux d'incidence par 1 000 jours-cathéter [IC à 95 %]				
		2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024
Universitaire adulte	23	1,10 [0,87 ; 1,39]	1,28 [1,04 ; 1,58]	1,28 [1,04 ; 1,58]	0,94 [0,73 ; 1,20]	1,20 [0,96 ; 1,49]
Non universitaire adulte	27	0,69 [0,44 ; 1,08]	1,00 [0,69 ; 1,44]	1,90 [1,44 ; 2,50]	1,16 [0,82 ; 1,63]	1,80 [1,39 ; 2,34]*
Pédiatrique	4	1,99 [1,22 ; 3,25]	2,41 [1,54 ; 3,78]	1,80 [1,09 ; 2,98]	2,01 [1,25 ; 3,23]	3,28 [2,18 ; 4,93]
Néonatale	7	2,59 [1,92 ; 3,49]	1,89 [1,34 ; 2,66]	2,44 [1,81 ; 3,28]	2,29 [1,69 ; 3,10]	1,88 [1,33 ; 2,66]
Total	61	1,28 [1,09 ; 1,50]	1,37 [1,18 ; 1,59]	1,62 [1,41 ; 1,86]	1,27 [1,09 ; 1,49]	1,56 [1,35 ; 1,80]

Figure 6 Évolution des taux d'utilisation des cathéters centraux, selon la mission de l'installation et le type d'USI, pour les unités participant depuis 2019-2020 (N = 61), 2019-2020 à 2023-2024

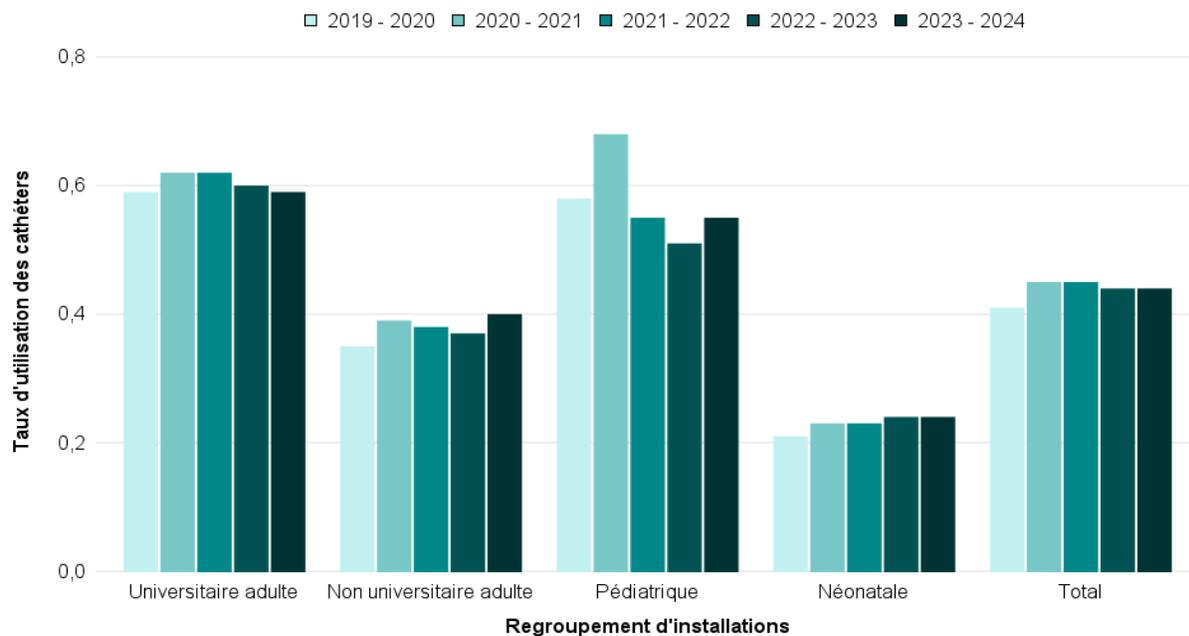


Tableau 5 Évolution des taux d'utilisation des cathéters centraux, selon la mission de l'installation et le type d'USI, pour les unités participant depuis 2019-2020 (N = 61), 2019-2020 à 2023-2024

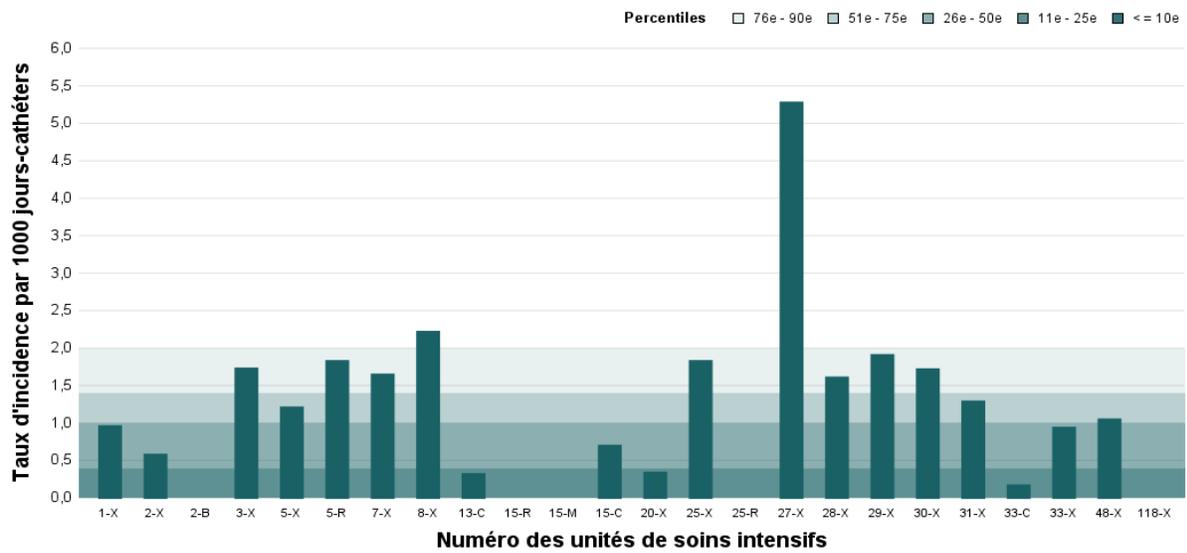
Type d'USI	N	Taux d'utilisation des cathéters				
		2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024
Universitaire adulte	23	0,59	0,62	0,62	0,60	0,59
Non universitaire adulte	27	0,35	0,39	0,38	0,37	0,40
Pédiatrique	4	0,58	0,68	0,55	0,51	0,55
Néonatale	7	0,21	0,23	0,23	0,24	0,24
Total	61	0,41	0,45	0,45	0,44	0,44

3.5 Données par unités (USI)

En 2023-2024, deux unités universitaires adultes, cinq unités non universitaires adultes et une unité pédiatrique dépassent le 90^e percentile des taux de 2019-2020 à 2022-2023 de leur type d'unité (figures 7, 8, 9 et 10).

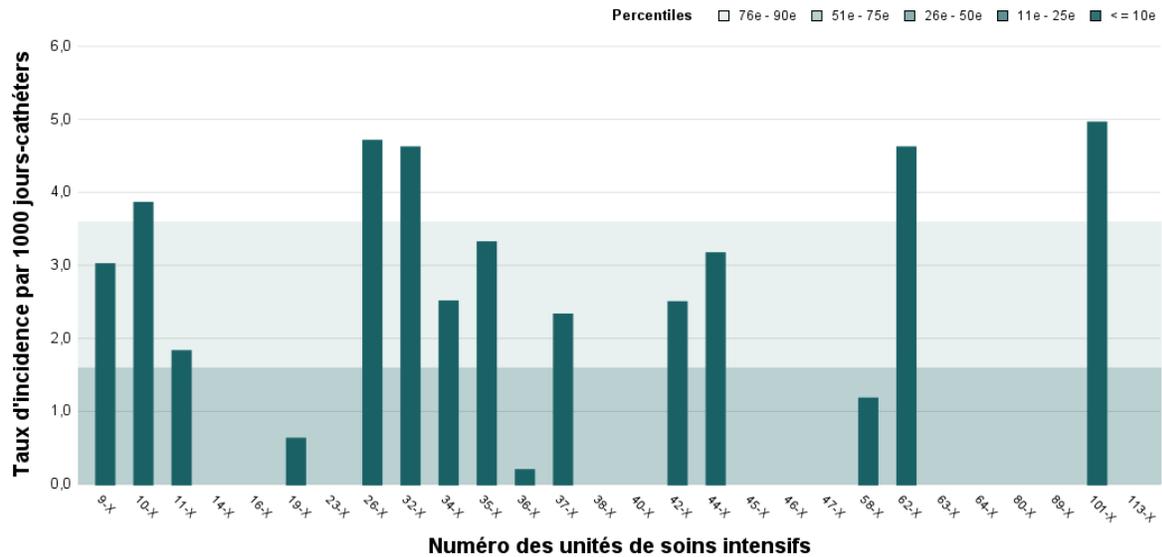
Aucune unité néonatale ne dépasse le 90^e percentile de son type d'unité (figure 10). Les tableaux 6 et 7 détaillent les valeurs des taux présentés dans les figures 7 à 10. Étant donné que le nombre de cas par unité est parfois petit et que des unités très petites participent à la surveillance, il est déconseillé de comparer les résultats des unités entre elles; il faut plutôt considérer la distribution provinciale des taux d'incidence. Les tableaux 8 et 9 présentent les taux d'utilisation de cathéters par unité de soins intensifs. Seules les installations ayant déclaré au moins un cas d'infection sont affichées sur les figures. Les installations suivantes n'ont pas participé à la surveillance des bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs pour l'année 2023-2024 : 18, 43 et 67. Pour associer le nom de l'installation correspondant au numéro affiché dans les figures suivantes, référer au dernier tableau à la fin de cette section.

Figure 7 Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) et percentiles des taux d'incidence (2019-2020 à 2022-2023), pour les USI^A universitaires adultes, 2023-2024



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

Figure 8 Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) et percentiles des taux d'incidence (2019-2020 à 2022-2023), pour les USI^A non universitaires adultes, 2023-2024



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

Figure 9 Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) et percentiles des taux d'incidence (2019-2020 à 2022-2023), pour les USI pédiatriques, 2023-2024

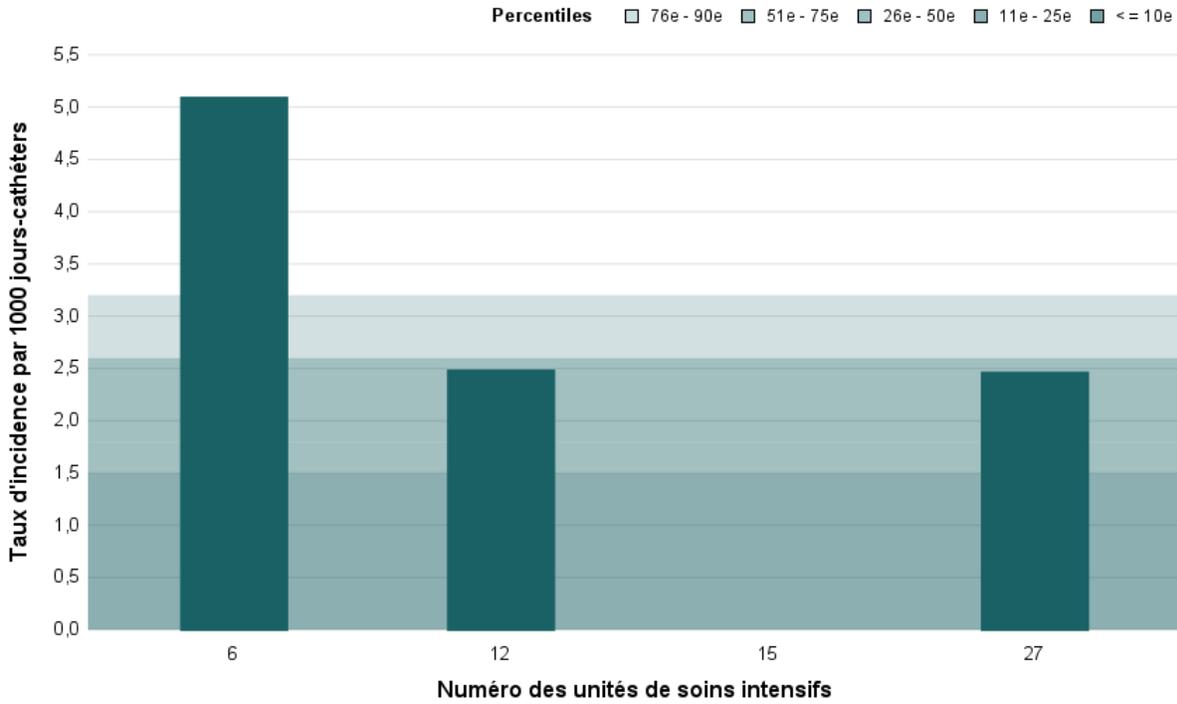
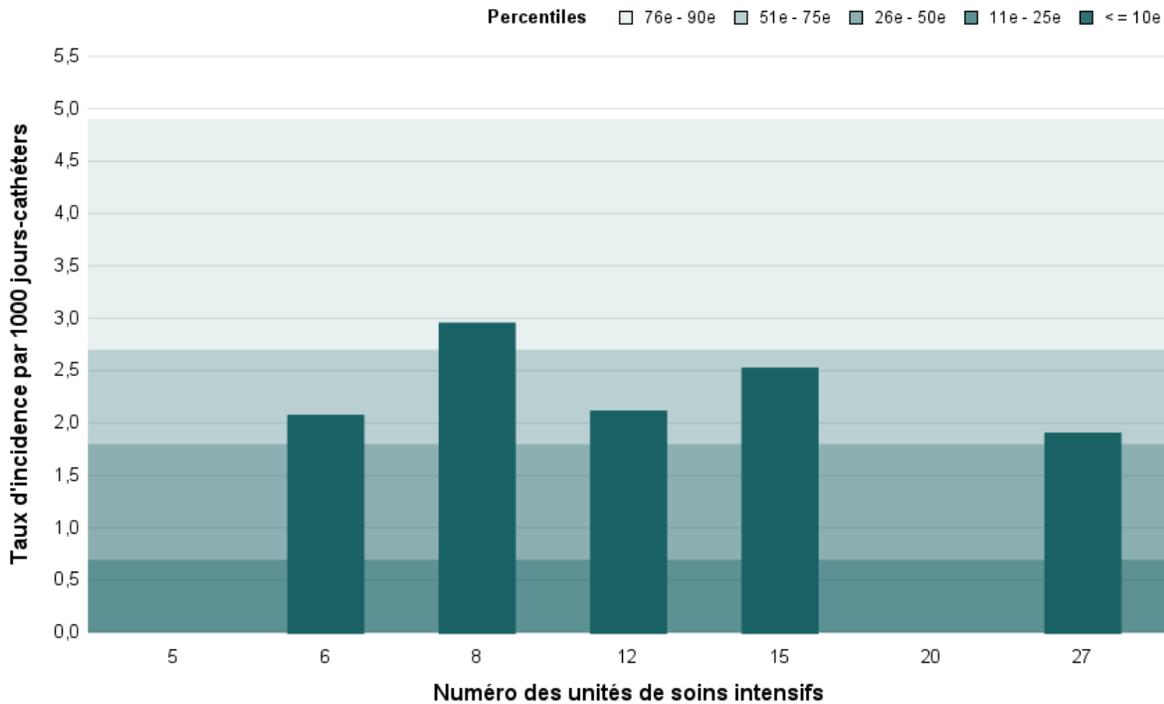


Figure 10 Taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) et percentiles des taux d'incidence (2019-2020 à 2022-2023), pour les USI néonatales, 2023-2024



Un sommaire détaillé des données de surveillance des bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux USI (cat. 1a et 1b) par installation est présenté aux tableaux 6 à 9. À noter que lorsque la proportion est égale à zéro, l'intervalle de confiance n'est pas calculé.

Tableau 6 Nombre (N) et taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) par USI, taux d'utilisation des cathéters et percentiles des taux d'incidence (2019-2020 à 2022-2023), selon le type d'USI^A, pour les installations universitaires adultes, 2023-2024

N°	Nom	Universitaire adulte			
		Type d'USI	N	Taux d'incidence (/1 000 JC) [IC à 95 %]	Taux d'utilisation
1	Hôpital Charles-Le Moyne	X	2	0,97 [0,24 ; 3,90]	0,46
2	Hôpital de l'Enfant-Jésus	B	0	0	0,41
2	Hôpital de l'Enfant-Jésus	X	2	0,59 [0,15 ; 2,34]	0,64
3	Hôpital Glen - Royal Victoria	X	16	1,74 [1,07 ; 2,84]	0,83
5	Hôpital Général Juif	R	3	1,84 [0,59 ; 5,70]	0,39
5	Hôpital Général Juif	X	6	1,22 [0,55 ; 2,72]	0,61
7	Hôtel-Dieu de Québec	X	6	1,66 [0,75 ; 3,70]	0,85
8	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	X	6	2,23 [1,00 ; 4,97]	0,46
13	Institut de Cardiologie de Montréal	C	2	0,33 [0,08 ; 1,32]	1,02
15	CHUS - Hôpital Fleurimont	C	1	0,71 [0,10 ; 4,99]	0,34
15	CHUS - Hôpital Fleurimont	M	0	0	0,17
15	CHUS - Hôpital Fleurimont	R	0	0	0,11
20	Hôpital de Chicoutimi	X	1	0,35 [0,05 ; 2,42]	0,97
25	Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal	R	0	0	0,14
25	Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal	X	16	1,84 [1,13 ; 3,00]	0,61
27	CHUL	X	1	5,29 [0,74 ; 37,57]	0,11
28	Hôpital Saint-François d'Assise	X	2	1,62 [0,40 ; 6,50]	0,38
29	Hôpital Général de Montréal	X	11	1,92 [1,06 ; 3,47]	0,87
30	CHUS - Hôtel-Dieu de Sherbrooke	X	1	1,73 [0,24 ; 12,32]	0,17
31	Pavillon Sainte-Marie	X	4	1,30 [0,49 ; 3,46]	0,66
33	Institut Universitaire de Cardiologie et de Pneumologie de Québec	C	1	0,18 [0,03 ; 1,29]	0,95
33	Institut Universitaire de Cardiologie et de Pneumologie de Québec	X	1	0,95 [0,13 ; 6,71]	0,55
48	Centre Hospitalier de St. Mary	X	1	1,06 [0,15 ; 7,58]	0,52
118	Hôpital Neurologique de Montréal	X	0	0	0,30
L'ensemble du Québec			83	1,21 [0,98 ; 1,50]	0,58
Percentiles des taux 2019-2023	10e			0	0,20
	25e			0,38	0,34
	50e			1,03	0,58
	75e			1,42	0,79
	90e			1,98	0,88

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

Tableau 7 Nombre (N) et taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) par USI, taux d'utilisation des cathéters et percentiles des taux d'incidence (2019-2020 à 2022-2023), selon le type d'USI, pour les installations non universitaires^A, 2023-2024

No	Nom	Non universitaire adulte		
		N	Taux d'incidence (/1 000 JC) [IC à 95 %]	Taux d'utilisation
9	Hôpital du Haut-Richelieu	3	3,03 [0,98 ; 9,41]	0,22
10	Hôpital Pierre-Boucher	7	3,87 [1,85 ; 8,12]	0,43
11	Hôpital Pierre-Le Gardeur	5	1,84 [0,76 ; 4,43]	0,55
14	Hôpital de Lanaudière et CHSLD Parphilia-Ferland	0	0	0,14
16	Hôpital Régional de Rimouski	0	0	0,37
19	Hôpital de la Cité-de-la-Santé	2	0,64 [0,16 ; 2,54]	0,44
23	Hôtel-Dieu d'Arthabaska	0	0	0,09
26	Hôpital de Verdun	6	4,72 [2,12 ; 10,51]	0,36
32	Centre Hospitalier Régional du Grand-Portage	1	4,63 [0,65 ; 32,86]	0,21
34	Hôpital Santa Cabrini	5	2,52 [1,05 ; 6,05]	0,64
35	Hôpital Honoré-Mercier	3	3,33 [1,07 ; 10,32]	0,28
36	Hôpital Général du Lakeshore	1	0,21 [0,03 ; 1,51]	0,93
37	Hôtel-Dieu de Sorel	1	2,34 [0,33 ; 16,56]	0,31
38	Hôpital Jean-Talon	0	0	0,27
40	Hôpital de Hull	0	0	0,66
42	Hôpital Anna-Laberge	3	2,51 [0,81 ; 7,79]	0,56
44	Hôpital Sainte-Croix	1	3,18 [0,45 ; 22,64]	0,14
45	Hôpital de Saint-Eustache	0	0	0,18
46	Hôpital de Granby	0	0	0,11
47	Hôpital de Rouyn-Noranda	0	0	0,19
58	Hôpital du Suroît	1	1,19 [0,17 ; 8,40]	0,52
62	Hôpital Notre-Dame	7	4,63 [2,21 ; 9,71]	0,54
63	Hôpital de Saint-Georges	0	0	0,07
64	CLSC et Hôpital Le Royer	0	0	0,17
80	Hôpital Fleury	0	0	0,22
89	Hôpital de Montmagny	0	0	0,05
101	Hôpital de Saint-Jérôme	11	4,97 [2,75 ; 8,98]	0,42
113	Hôpital de Thetford	0	0	0,12
L'ensemble du Québec		57	1,81 [1,40 ; 2,35]	0,40
Percentiles des taux 2019-2023	10e	0	0	0,09
	25e	0	0	0,14
	50e	0	0	0,26
	75e	0	1,60	0,45
	90e	0	3,55	0,60

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

Tableau 8 Nombre (N) et taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) par USI, taux d'utilisation des cathéters et percentiles des taux d'incidence (2019-2020 à 2022-2023), selon le type d'USI^A, pour les installations avec USI pédiatriques, 2023-2024

No Installation	Nom	N	Taux d'incidence (/1 000 JC) [IC à 95 %]	Taux d'utilisation
6	Hôpital Glen - Enfants	12	5,10 [2,90 ; 8,98]	0,54
12	CHU Sainte-Justine	8	2,49 [1,24 ; 4,98]	0,74
15	CHUS - Hôpital Fleurimont	0	0	0,18
27	CHUL	3	2,47 [0,80 ; 7,65]	0,44
L'ensemble du Québec		23	3,28 [2,18 ; 4,93]	0,55
Percentiles des taux 2019-2023	10e		0	0,19
	25e		1,55	0,29
	50e		1,84	0,49
	75e		2,57	0,62
	90e		3,18	0,86

Tableau 9 Nombre (N) et taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (cat. 1a et 1b) par USI, taux d'utilisation des cathéters et percentiles des taux d'incidence (2019-2020 à 2022-2023), selon le type d'USI^A, pour les installations avec USI néonatales, 2023-2024

No installation	Nom	N	Taux d'incidence (/1 000 JC) [IC à 95 %]	Taux d'utilisation
5	Hôpital Général Juif	0	0	0,21
6	Hôpital Glen - Enfants	9	2,08 [1,08 ; 4,00]	0,32
8	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	2	2,96 [0,74 ; 11,85]	0,13
12	CHU Sainte-Justine	11	2,12 [1,17 ; 3,83]	0,30
15	CHUS - Hôpital Fleurimont	3	2,53 [0,82 ; 7,84]	0,18
20	Hôpital de Chicoutimi	0	0	0,24
27	CHUL	7	1,91 [0,91 ; 4,01]	0,19
L'ensemble du Québec		32	1,88 [1,33 ; 2,66]	0,24
Percentiles des taux 2019-2023	10e		0	0,12
	25e		0,73	0,15
	50e		1,84	0,18
	75e		2,74	0,25
	90e		4,87	0,30

4 LIMITES

4.1 Limites générales

Le programme de surveillance comporte certaines limites :

- Les données du programme de surveillance sont tributaires du respect des définitions par les équipes déclarant les cas.
- Pour la létalité, il n'y a pas d'évaluation indiquant que le décès soit relié à l'infection, donc les décès rapportés peuvent être associés ou non à l'infection.
- En tout temps, un cas peut être ajouté ou retiré de la base de données par les équipes des installations participantes, à la suite d'un processus de validation par exemple, et ce, pour n'importe quelle année de surveillance. En conséquence, les résultats d'une installation donnée pour une même période peuvent différer selon le moment de l'extraction de la base de données du système.

4.2 Limites spécifiques à SPIN-BACC

Puisque les USI participant à cette surveillance doivent avoir 10 lits ou plus par année, la participation des USI de petite taille (neuf lits et moins) est optionnelle et les cas sont donc sous-déclarés dans ce rapport. Toutefois, les cas se retrouveront dans le programme de surveillance des bactériémies nosocomiales panhospitalières.

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

De plus, cette année, certaines installations de grosses tailles n'ayant pas participé à la surveillance durant l'année en cours pourraient affecter les taux d'incidence soit à la hausse ou à la baisse ainsi que les données de la section « Évolution des taux ».

5 ANALYSE ET DISCUSSION

La principale observation de l'année 2023-2024 est une tendance à la hausse des bactériémies sur cathéters centraux (BACC) aux soins intensifs. Le taux global de 1,57 bactériémie par 1 000 jours-cathéter est comparable aux taux les plus élevés des cinq dernières années, notamment pendant la pandémie de COVID-19 (taux de 1,45 à 1,57). Rappelons qu'on avait observé, au Québec et à l'international, une hausse des BACC pendant la pandémie (Advani *et al.*, 2023; SPIN, 2023; Weiner-Lastinger *et al.*, 2022). Il est trop tôt pour dégager une tendance des taux post-pandémiques, il faudra un recul de quelques années pour ce faire. Pour ce qui est des taux par types d'USI, les unités néonatales sont les seules à avoir enregistré une diminution, passant de 2,29 en 2022-2023 à 1,88 en 2023-2024. Ceci contraste avec les années récentes, où les taux des unités néonatales étaient généralement les plus élevés parmi les types d'USI. À l'inverse, les unités pédiatriques ont enregistré une hausse marquée, passant de 2,01 en 2022-2023 à 3,28 en 2023-2024, bien que non statistiquement significative. Ces types d'USI seront donc particulièrement à suivre dans les prochaines années.

Par ailleurs, les données sur les microorganismes multirésistants ne montrent pas de signaux alarmants pour l'année 2023-2024. En effet, on dénombre un seul SARM parmi les 22 bactériémies à *S. aureus* (4,5 %) et aucun ERV ni EPC. Bien que les bactériémies à germes multirésistants représentent la pointe de l'iceberg des colonisations, il est plutôt rassurant qu'elles demeurent relativement rares. Cela renforce la pertinence des mesures de prévention et de contrôle des infections déjà en place.

6 RÉFÉRENCES

- Advani, S. D., Sickbert-Bennett, E., Moehring, R., Cromer, A., Lokhnygina, Y., Dodds-Ashley, E., Kalu, I. C., DiBiase, L., Weber, D. J., Anderson, D. J., & for the CDC Prevention Epicenters Program. (2023). The Disproportionate Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic on Healthcare-Associated Infections in Community Hospitals: Need for Expanding the Infectious Disease Workforce. *Clinical Infectious Diseases*, 76(3), e34-e41. <https://doi.org/10.1093/cid/ciac684>
- Comité de surveillance provinciale des infections (SPIN). (2023). *Bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs 2022-2023: Rapport de surveillance*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/2023-11/3413-bacteriemies-catheters-centraux-soins-intensifs-2022-2023.pdf>
- Institut national de Santé Publique du Québec (INSPQ). (2015). *Cadre méthodologique des indicateurs du Plan national de surveillance (Plan commun de surveillance et Plan ministériel de surveillance multithématique) à l'Infocentre de santé publique version, version 3.2. [Document inédit]*.
- Weiner-Lastinger, L. M., Pattabiraman, V., Konnor, R. Y., Patel, P. R., Wong, E., Xu, S. Y., Smith, B., Edwards, J. R., & Dudeck, M. A. (2022). The impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on healthcare-associated infections in 2020: A summary of data reported to the National Healthcare Safety Network. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 43(1), 12-25. <https://doi.org/10.1017/ice.2021.362>

ANNEXE 1 LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ SPIN

MEMBRES ACTIFS

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

Fanny Beaulieu
Marie-Claude Roy

Annie Ruest
Maxime-Antoine Tremblay
Pascale Trépanier
CHU de Québec - Université Laval

Ruth Bruno
Natasha Parisien
Jasmin Villeneuve
Direction des risques biologiques, Institut national de santé publique du Québec

Jean-François Desrosiers
Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Montérégie-Centre

Florence Doualla-Bell
Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec

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

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

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

Sarah Masson-Roy
Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

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

MEMBRES DE LIAISON

Annick Des Cormiers
Michèle Dugas
Représentantes de la Direction de la vigie sanitaire, Ministère de la Santé et des Services Sociaux

Nathalie Deshaies
Représentante de la Table de concertation nationale en maladies infectieuses

Zeke McMurray
Représentant de la Direction de la prévention et du contrôle des infections pour les milieux de vie, hébergement et réadaptation, Ministère de la Santé et des Services sociaux

MEMBRES D'OFFICE

Judith Fafard
Dominique Grenier
Patricia Hudson
Institut national de santé publique du Québec

INVITÉS PERMANENTS INSPQ

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

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

MEMBRES ACTIFS

Maxime-Antoine Tremblay, président du comité
CHU de Québec - Université Laval

Ruth Bruno

Valérie Labbé

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-St-Laurent

Centre d'expertise et
de référence en santé publique

www.inspq.qc.ca