



RETURN BIDS TO:
RETOURNER LES SOUMISSIONS À:
Bid Receiving - PWGSC / Réception des soumissions -
TPSGC
Place du Portage, Phase III
Core OA1\noyau OA1
11 Laurier St.\11, rue Laurier
Gatineau, Québec K1A 0S5
Bid Fax: (613) 997-9776

SOLICITATION AMENDMENT
MODIFICATION DE L'INVITATION

The referenced document is hereby revised; unless otherwise indicated, all other terms and conditions of the Solicitation remain the same.

Ce document est par la présente révisé; sauf indication contraire, les modalités de l'invitation demeurent les mêmes.

Comments - Commentaires

Vendor/Firm Name and Address
Raison sociale et adresse du
fournisseur/de l'entrepreneur

Issuing Office - Bureau de distribution
Health Services Project Division (XF)/Division des
projets de services de santé (XF)
Place du Portage, Phase III, 12C1
11 Laurier St./11 rue, Laurier
Gatineau
Gatineau
K1A 0S5

Title - Sujet NURSING DIRECT SERVICES	
Solicitation No. - N° de l'invitation HT360-123541/C	Amendment No. - N° modif. 006
Client Reference No. - N° de référence du client HT360-123541	Date 2013-10-25
GETS Reference No. - N° de référence de SEAG PW-\$\$XF-010-26473	
File No. - N° de dossier 010xf.HT360-123541	CCC No./N° CCC - FMS No./N° VME
Solicitation Closes - L'invitation prend fin at - à 02:00 PM on - le 2013-10-28	
Time Zone Fuseau horaire Eastern Daylight Saving Time EDT	
F.O.B. - F.A.B. Plant-Usine: <input type="checkbox"/> Destination: <input checked="" type="checkbox"/> Other-Autre: <input type="checkbox"/>	
Address Enquiries to: - Adresser toutes questions à: Benabdallah, Hana	Buyer Id - Id de l'acheteur 010xf
Telephone No. - N° de téléphone (819) 956-3333 ()	FAX No. - N° de FAX () -
Destination - of Goods, Services, and Construction: Destination - des biens, services et construction: Department of Health Canada Ministère Santé Canada	

Instructions: See Herein

Instructions: Voir aux présentes

Delivery Required - Livraison exigée	Delivery Offered - Livraison proposée
Vendor/Firm Name and Address Raison sociale et adresse du fournisseur/de l'entrepreneur	
Telephone No. - N° de téléphone Facsimile No. - N° de télécopieur	
Name and title of person authorized to sign on behalf of Vendor/Firm (type or print) Nom et titre de la personne autorisée à signer au nom du fournisseur/ de l'entrepreneur (taper ou écrire en caractères d'imprimerie)	
Signature	Date

Solicitation No. - N° de l'invitation

HT360-123541/C

Amd. No. - N° de la modif.

006

Buyer ID - Id de l'acheteur

010xf

Client Ref. No. - N° de réf. du client

HT360-123541

File No. - N° du dossier

010xfHT360-123541

CCC No./N° CCC - FMS No/ N° VME

Page laissée blanche intentionnellement

Cette modification a pour but de répondre aux questions des soumissionnaires et apporter des modifications à la Demande de soumissions (DDS).

Questions et réponses

Question #54 :

Pour chaque autorisation de tâche (AT), on exige de l'entrepreneur qu'il envoie le curriculum vitae et toute la documentation afin de prouver que l'infirmier ou infirmière proposé(e) répond aux exigences. Est-ce que Santé Canada n'a pas la capacité voulue pour tenir ces données dans une base de données, afin d'éviter aux entrepreneurs d'avoir sans cesse à soumettre à nouveau les documents exigés pour chaque infirmier ou infirmière sous contrat?

Réponse à la question #54 :

Conformément à l'article 6 – Livrables de l'annexe A, les entrepreneurs sont tenus de fournir, entre autres, des rapports mensuels sur la certification et le permis d'exercice des ressources.

Question #55 :

L'appendice C de l'outil d'autoévaluation (infirmières contractuelles – rapport de rendement) traite uniquement des problèmes et préoccupations. Pourquoi ne produit-on pas aussi un rapport sur le rendement favorable quand il y a lieu?

Réponse à la question #55 :

Comme le Canada n'est pas l'employeur des ressources, il n'est pas dans l'obligation de gérer le rendement des ressources. Il appartient toutefois à Santé Canada de veiller à la sécurité et au bien-être des clients et du personnel, et il lui incombe donc de cerner tout problème et toute préoccupation.

Question #56 :

Le module d'évaluation d'un client suicidaire fourni avec la soumission sera-t-il considéré comme de l'information exclusive? Est-il exact de prendre pour acquis que les infirmiers ou infirmières sous contrat seraient obligés de participer à tout programme établi dans la collectivité où ils ou elles sont assigné(e)s?

Réponse à la question #56 :

1. Reportez-vous à la question n° 26 des questions et réponses.
2. Concernant la formation dans la collectivité, les ressources contractuelles pourraient participer à une formation éventuellement donnée qui n'exige pas de frais d'inscription, en fonction de la disponibilité.

Question #57 :

Les modules « Programme de formation en soins infirmiers préalable à une affectation dans les régions éloignées et isolées » et « Formation professionnelle continue (FPC) », qui doivent être soumis tous les ans, seront-ils considérés comme de l'information exclusive?

Réponse à la question #57 :

Toute information que les soumissionnaires, et par la suite les entrepreneurs, souhaitent tenir confidentielle, et donc assujettie aux dispositions de la *Loi sur l'accès à l'information* (L.R., 1985, ch. A-1) et de la *Loi sur la protection des renseignements personnels* (L.R., 1985, ch. P-21), doit être désignée comme « exclusive/confidentielle » dans leurs soumissions et dans leurs rapports fournis à titre de produits livrables.

Question #58 :

Comme l'indique la section 1.2.3.2, seule la première AT est émise en ordre de classement, toutes les AT subséquentes étant émises aux entrepreneurs sans égard au rang détenu. Santé Canada peut-il expliquer pourquoi cet ordre de classement n'est pas utilisé pour l'émission des AT subséquentes?

Réponse à la question #58 :

La méthode à employer pour le contrat est à distinguer du droit de premier refus. Comme indiqué à l'article 1.2.3, Autorisation de tâches – Contrats multiples de la partie 7, « la nature des travaux à effectuer ne permet pas d'atteindre les proportions indiquées [dans le document] de façon exacte ». L'affectation du travail sera en fonction des besoins, de manière à permettre au Canada de bien gérer les AT et de respecter les proportions relatives à chaque contrat.

Question #59 :

Section 1.2.3.3 :

- a) Les pourcentages indiqués se rapportent-ils à la valeur des affectations offertes à l'entrepreneur ou à la valeur des affectations inscrites par l'entrepreneur?
- b) Pourriez-vous fournir une explication détaillée de ce qui suit :
 - Comment Santé Canada gèrera et suivra les pourcentages reçus par chaque entrepreneur?
 - À quelle(s) personne(s) confiera-t-on la responsabilité de surveiller les pourcentages?
 - À quelle fréquence surveillera-t-on les pourcentages?
 - Comment communiquera-t-on aux entrepreneurs les résultats (c'est-à-dire les pourcentages réels reçus par chaque entrepreneur)?

Réponse à la question #59 :

Santé Canada aura une équipe chargée exclusivement de suivre les AT; de plus, Santé Canada et TPSGC surveilleront les pourcentages d'affectations d'AT.

Question #60 :

Notre entreprise aimerait présenter une proposition pour cette DP. Nous éprouvons quelque difficulté à satisfaire aux critères d'admissibilité obligatoires.

Nous posons donc les questions suivantes concernant cette DP :

Sous « Critères techniques obligatoires (TO), Évaluation de soumissions soumises par les coentreprises », on indique que, dans le cadre de l'évaluation du critère technique obligatoire TO1, les membres d'une coentreprise peuvent mettre ensemble et regrouper leur expérience pour répondre à ce critère. Afin de satisfaire aux exigences de ce critère (TO1), le soumissionnaire doit démontrer que chaque membre de la coentreprise possède au moins

douze (12) mois d'expérience pertinente. Selon le critère TO1, le soumissionnaire doit avoir au moins vingt-quatre (24) mois d'expérience, au cours des dix (10) dernières années précédant la date de publication de la demande de soumissions, durant lesquels il a fourni et géré une main-d'œuvre d'au moins 20 infirmiers ou infirmières différent(e)s par année civile.

Comme il nous sera impossible de satisfaire aux exigences obligatoires, en qualité d'entreprise autochtone, nous demandons que l'une des modifications suivantes soit apportée aux exigences :

- a) T01 : Pourriez-vous éliminer l'exigence que chaque membre de la coentreprise possède au moins 12 mois d'expérience pertinente?

Ou encore :

- b) TO1 : Pourriez-vous modifier cette exigence comme suit : « Le soumissionnaire doit avoir au moins vingt-quatre (24) mois d'expérience, au cours des dix (10) dernières années précédant la date de publication de la demande de soumissions, durant lesquels il a fourni et géré une main-d'œuvre d'au moins 20 infirmiers ou infirmières et/ou ambulanciers paramédicaux différents par année civile »?

Réponse à la question #60 :

Non, le Canada ne songe pas à réviser les exigences. La DP porte sur l'approvisionnement en services infirmiers, et nous conserverons les exigences actuelles afin de garantir que les soumissionnaires possèdent l'expérience voulue pour gérer et donner ces services.

Question #61 :

Pièce jointe 1 de la partie 3 page 11 de 56 du document français :

Barème de prix : Il est indiqué que le taux horaire du soumissionnaire doit inclure les coûts et frais des déplacements; or nous ne pouvons répartir ces coûts et frais dans connaître la durée des affectations donc, en conséquence, le nombre de transports nécessaire.

En effet, plus les affectations sont courtes, plus la portion transport est élevée.

De ce fait, nous proposons que, 1) soit vous précisez le nombre minimum et le nombre maximum de journées par affectation (par exemple minimum 3 semaines à un maximum de 5 semaines) ou soit que 2) dans le barème de prix vous ajoutiez une section spécifique pour les coûts et frais de transport, comme c'était le cas dans la demande de proposition H3701-10-0142/C Santé Canada Winneway Lac rapide en 2012.

Réponse à la question #61 :

La durée des affectations dépend du besoin. Il n'existe ainsi pas de durée d'affectation minimale ou maximale possible. La durée peut être de quelques jours, quelques semaines ou quelques mois.

Ainsi, le Canada ne peut considérer aucune de vos propositions.

Modifications :

Modification #10 :

Supprimer : Supprimer Annexe E de la Demande de soumissions dans sa totalité.

Solicitation No. – N° de l'invitation
HT360-123541/C
Client Ref. No. – N° de réf. du client
HT360-123541

Amd. No. – N° de la modif.
006
File No. – N° du dossier
010xfHT360-123541

Buyer ID – Id de l'acheteur
010xf
CCC No./N° CCC – FMS No./N° VME

Remplacer : avec la version révisée ci-jointe

Tous les autres termes et conditions demeurent inchangés.

SANTÉ CANADA (SC)
Autorisation de tâches (AT)

Demandes régulières et planifiées <input type="checkbox"/> La réponse de l'entrepreneur est requise d'ici le (AAAA/MM/JJ), à (heure).	Demandes urgentes <input type="checkbox"/> Accusé de réception de l'AT par l'entrepreneur : dans les 30 minutes Réponse de l'entrepreneur : dans les deux heures.
N° du contrat:	N° de l'AT : _____ N° de la modification : _____
Nom de l'entrepreneur : Courriel : Tél. : _____ Télécopieur : _____	Responsable de l'AT : Courriel : Télécopieur : _____
Envoyé à l'entrepreneur : par courriel : <input type="checkbox"/> Date _____ Heure _____	Durée de l'AT : Du (AAAA/MM/JJ) au (AAAA/MM/JJ)

Début de l'AT : Les travaux ne peuvent être entrepris tant que l'AT n'a pas été autorisée conformément au contrat.

Description de tâche par infirmière contractuelle	Lieu	Nombre estimatif d'heures normales de travail / en disponibilité	Nombre estimatif d'heures supplémentaires/rappel au travail /jours fériés	Durée du service ¹
1.				
2.				
3.				

Ajouter des lignes additionnelles, au besoin.

Instructions supplémentaires

1. Cette tâche comprend des exigences relatives à la sécurité. Veuillez vous reporter à la liste de vérification des exigences relatives à la sécurité (LVERS).

Coût de la tâche

Soins infirmiers	Heures de travail/frais de déplacement	Taux horaire/prix applicable	Sous-total
	Nombre estimatif d'heures normales de travail /en disponibilité _____	_____ \$	_____ \$
	Nombre estimatif d'heures supplémentaires/rappel au travail /jours fériés _____	_____ \$	_____ \$
	Temps de déplacement	\$ _____	\$ _____

¹ Doit être entre la date de début et la date de fin de l'AT.

	Frais de déplacement (à autoriser)	\$ _____	\$ _____
COÛT TOTAL (taxes applicables en sus)			\$ _____
Taxes applicables (préciser le %)			\$ _____
TOTAL GÉNÉRAL – Limite des dépenses pour les AT (taxes applicables en sus)			\$ _____
À remplir par l'entrepreneur			
Confirmation des membres du personnel infirmier affectés à la tâche :			
<p>1. Nom du membre du personnel infirmier :</p> <p>Information et documents nécessaires à l'évaluation du personnel infirmier contractuel joint au formulaire <input type="checkbox"/> Déjà fournis <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cote de sécurité : Information sur les attestation de sécurité • Copie de l'itinéraire détaillé, lorsque des déplacements sont requis. <p>2. Nom du membre du personnel infirmier :</p> <p>Information et documents nécessaires à l'évaluation du personnel infirmier contractuel joint au formulaire <input type="checkbox"/> Déjà fournis <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cote de sécurité : Information sur les attestation de sécurité • Copie de l'itinéraire détaillé, lorsque des déplacements sont requis. <p>3. Nom du membre du personnel infirmier :</p> <p>Information et documents nécessaires à l'évaluation du personnel infirmier contractuel joint au formulaire <input type="checkbox"/> Déjà fournis <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cote de sécurité : Information sur les attestation de sécurité • Copie de l'itinéraire détaillé, lorsque des déplacements sont requis. <p><i>Ajouter des lignes, au besoin..</i></p>			
Confirmation du coordonnateur affecté à la tâche :			
Coordinateurs			
<p>Coordonnateur principal : (Insérer le nom de la ressource conformément au contrat)</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Coordonnateur suppléant : (Insérer le nom de la ressource conformément au contrat)</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>			

Approbation de l'AT

Confirmation de la limite des dépenses par l'entrepreneur

L'entrepreneur confirme :

- que la limite des dépenses TOTALES de l'AT

(taxes applicables comprises) est :

correcte

incorrecte

1) Option 1 : AT assortie d'une limite de 200 000 \$ (taxes applicables comprises)

Lorsque la limite financière de cette AT individuelle ne dépasse pas 200 000 \$, y compris toutes les modifications et les taxes, il faudra obtenir l'approbation des responsables suivants avant d'entreprendre les travaux requis.

Signataires autorisés

Nom, titre et signature du représentant autorisé à signer au nom de l'entrepreneur (lettres moulées ou caractères imprimés)

Entrepreneur

Date

En signant le formulaire d'AT, l'entrepreneur accepte l'autorisation des tâches susmentionnée.

Nom, titre et signature du responsable l'AT (lettres moulées ou caractères imprimés)

SC

Date

En signant le formulaire d'AT, le responsable de l'AT atteste que le contenu de la présente AT est conforme aux termes et conditions du contrat.

2) Option 2 : AT assortie d'une limite supérieure à 200 000 \$ (taxes applicables comprises)

Lorsque la limite financière de cette AT individuelle dépasse 200 000 \$, y compris toutes les modifications et les taxes, il faudra obtenir l'approbation des responsables suivants avant d'entreprendre les travaux requis.

Signataires autorisés

Nom, titre et signature du représentant autorisé à signer au nom de l'entrepreneur (lettres moulées ou caractères imprimés)

Entrepreneur

Date

En signant le formulaire d'AT, l'entrepreneur accepte l'autorisation des tâches susmentionnée.

Nom, titre et signature du responsable l'AT (lettres moulées ou caractères imprimés)

SC

Date

En signant le formulaire d'AT, le responsable de l'AT atteste que le contenu de la présente AT est conforme aux termes et conditions du contrat.

Nom, titre et signature de la personne autorisée à signer au nom de TPSGC (lettres moulées ou caractères imprimés) pour toute AT qui dépasse la limite de 200 000 \$ (Modifications et TPS/TVH comprises)

TPSGC

Date