





## TABLE DES MATIÈRES

<b>PARTIE 1 – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX</b> .....	<b>3</b>
1.1 INTRODUCTION.....	3
1.2 SOMMAIRE .....	3
1.3 COMPTE RENDU.....	3
<b>PARTIE 2 – INSTRUCTIONS À L'INTENTION DES SOUMISSIONNAIRES</b> .....	<b>4</b>
2.1 INSTRUCTIONS, CLAUSES ET CONDITIONS UNIFORMISÉES .....	4
2.2 PRÉSENTATION DES SOUMISSIONS .....	5
2.3 ANCIEN FONCTIONNAIRE .....	5
2.4 DEMANDES DE RENSEIGNEMENTS – EN PÉRIODE DE SOUMISSION.....	6
2.5 LOIS APPLICABLES .....	7
2.6 PROCESSUS DE CONTESTATION DES OFFRES ET MÉCANISMES DE RECOURS .....	7
<b>PARTIE 3 – INSTRUCTIONS POUR LA PRÉPARATION DES SOUMISSIONS</b> .....	<b>8</b>
3.1 INSTRUCTIONS POUR LA PRÉPARATION DES SOUMISSIONS .....	8
<b>PARTIE 4 – PROCÉDURES D'ÉVALUATION ET MÉTHODE DE SÉLECTION</b> .....	<b>10</b>
4.1 PROCÉDURES D'ÉVALUATION .....	10
4.2 MÉTHODE DE SÉLECTION .....	10
<b>PARTIE 5 – ATTESTATIONS ET RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES</b> .....	<b>15</b>
5.1 ATTESTATIONS EXIGÉES AVEC LA SOUMISSION .....	15
5.2 ATTESTATIONS PRÉALABLES À L'ATTRIBUTION DU CONTRAT ET RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES ..	15
<b>PARTIE 6 – CLAUSES DU CONTRAT SUBSÉQUENT</b> .....	<b>17</b>
6.1 ÉNONCÉ DES TRAVAUX.....	17
6.2 CLAUSES ET CONDITIONS UNIFORMISÉES.....	17
6.3 EXIGENCES RELATIVES À LA SÉCURITÉ .....	17
6.4 DURÉE DU CONTRAT.....	17
6.5 RESPONSABLES.....	17
6.6 DIVULGATION PROACTIVE DE MARCHÉS CONCLUS AVEC D'ANCIENS FONCTIONNAIRES .....	18
6.7 PAIEMENT .....	18
6.8 INSTRUCTIONS RELATIVES À LA FACTURATION .....	18
6.9 ATTESTATIONS ET RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES .....	19
6.10 LOIS APPLICABLES .....	19
7.11 ORDRE DE PRIORITÉ DES DOCUMENTS .....	19
7.12 ASSURANCES.....	19
7.13 RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS .....	19
<b>ANNEXE « A »</b> .....	<b>20</b>
ÉNONCÉ DES TRAVAUX .....	20
APPENDICE 1 À L'ANNEXE « A » – PROTOCOLE DE L'ENQUÊTE CAPPS.....	25
<b>ANNEXE « B »</b> .....	<b>58</b>
BASE DE PAIEMENT .....	58



## **PARTIE 1 – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

### **1.1 Introduction**

La demande de soumissions contient sept parties, ainsi que des pièces jointes et des annexes, et elle est divisée comme suit :

- |          |   |
|----------|---|
| Partie 1 | Renseignements généraux : renferme une description générale du besoin;  |
| Partie 2 | Instructions à l'intention des soumissionnaires : renferme les instructions, clauses et conditions relatives à la demande de soumissions;   |
| Partie 3 | Instructions pour la préparation des soumissions : donne aux soumissionnaires les instructions pour préparer leur soumission;   |
| Partie 4 | Procédures d'évaluation et méthode de sélection : décrit la façon selon laquelle se déroulera l'évaluation et présente les critères d'évaluation auxquels on doit répondre dans la soumission, ainsi que la méthode de sélection; |
| Partie 5 | Attestations et renseignements supplémentaires : comprend les attestations et les renseignements supplémentaires à fournir; et  |
| Partie 6 | Clauses du contrat subséquent : contient les clauses et les conditions qui s'appliqueront à tout contrat subséquent.  |

### **1.2 Sommaire**

- 1.2.1 Depuis 1995, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) exerce une surveillance de la santé publique sur les infections associées aux soins de santé (IASS). Ce travail vise à éclairer les meilleures pratiques conçues afin de réduire le risque de microorganismes résistants aux antimicrobiens (MRA) pour les Canadiens, en particulier par la mise en œuvre de programmes de prévention et de contrôle des infections (PCI) et de programmes de gestion des antimicrobiens (PGA) en milieu hospitalier.

La période du contrat débutera à la date d'attribution du contrat et se terminera le 31 mars 2024. L'entrepreneur doit être disponible pour travailler hors site dans ses propres installations.

### **1.3 Compte rendu**

Les soumissionnaires peuvent demander un compte rendu des résultats du processus de demande de soumissions. Les soumissionnaires devraient en faire la demande à l'autorité contractante dans les 15 jours ouvrables suivant la réception des résultats du processus de demande de soumissions. Le compte rendu peut être fourni par écrit, par téléphone ou en personne.



## **PARTIE 2 – INSTRUCTIONS À L'INTENTION DES SOUMISSIONNAIRES**

### **2.1 Instructions, clauses et conditions uniformisées**

Toutes les instructions, clauses et conditions identifiées dans la demande de soumissions par un numéro, une date et un titre sont reproduites dans le [Guide des clauses et conditions uniformisées d'achat](https://achatsetventes.gc.ca/politiques-et-lignes-directrices/guide-des-clauses-et-conditions-uniformisees-d-achat) (<https://achatsetventes.gc.ca/politiques-et-lignes-directrices/guide-des-clauses-et-conditions-uniformisees-d-achat>) publié par Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

Les soumissionnaires qui présentent une soumission s'engagent à respecter les instructions, les clauses et les conditions de la demande de soumissions, et acceptent les clauses et les conditions du contrat subséquent.

Le document [2003](#), (2023-06-08) Instructions uniformisées – biens ou services - besoins concurrentiels, est incorporé par renvoi dans la demande de soumissions et en fait partie intégrante.

#### **Difficultés techniques de la transmission des soumissions**

Malgré toute disposition contraire aux sections (05), (06) ou (08) des Instructions uniformisées, lorsqu'un soumissionnaire a commencé à transmettre sa soumission au moyen d'une méthode de soumission par voie électronique (comme le télécopieur, le service Connexion de la SCP, ou un autre service en ligne) avant la date et l'heure de clôture de l'invitation à soumissionner, mais qu'en raison de difficultés techniques, le Canada n'a pas été en mesure de recevoir ou de décoder la totalité de la soumission avant la date limite, le Canada peut néanmoins accepter la totalité de la soumission reçue après la date et l'heure de clôture de l'invitation à soumissionner, à condition que le soumissionnaire puisse démontrer ce qui suit :

- i) Le soumissionnaire a communiqué avec le Canada avant la date et l'heure de clôture de l'invitation à soumissionner pour tenter de résoudre ses difficultés techniques; OU
- ii) Les propriétés électroniques de la documentation de la soumission indiquent clairement que tous les éléments de la soumission ont été préparés avant la date et l'heure de clôture de l'invitation à soumissionner.

#### **Intégralité de la soumission**

Après la date et l'heure de clôture de l'invitation à soumissionner, le Canada examinera la soumission pour déterminer si elle est complète. L'examen de l'intégralité se limitera à déterminer si les renseignements soumis dans le cadre de la soumission peuvent être consultés, ouverts et/ou décodés. Cet examen ne constitue pas une évaluation du contenu, ne permet pas de déterminer si la soumission répond à une norme quelconque ou à toutes les exigences de l'invitation à soumissionner; il se limite uniquement à évaluer l'intégralité de la soumission. Le Canada donnera au soumissionnaire la possibilité de présenter les renseignements jugés manquants ou incomplets dans le cadre de cet examen dans un délai de deux jours ouvrables suivant l'avis.

Plus précisément, la soumission sera examinée et réputée être complète lorsque :

1. Les attestations et les garanties exigées à la clôture de la soumission y sont incluses;
2. Les soumissions sont convenablement signées et le soumissionnaire est correctement identifié;
3. Les modalités de l'invitation à soumissionner et du contrat subséquent sont acceptées;
4. Tous les documents créés avant la clôture de l'invitation à soumissionner ont été dûment soumis au Canada, mais qu'en raison de difficultés techniques, le Canada n'a pas pu les recevoir;
5. Toutes les attestations, déclarations et preuves créées avant la clôture de l'invitation à soumissionner ont été dûment soumises au Canada, mais qu'en raison de difficultés techniques, le Canada n'a pas pu les recevoir.



Le paragraphe 5.4 du document [2003](#), Instructions uniformisées - biens ou services - besoins concurrentiels, est modifié comme suit :

Supprimer : 60 jours

Insérer : 90 jours

## 2.2 Présentation des soumissions

Les soumissions doivent être soumises seulement à [contracts.east-est.contrats@hc-sc.gc.ca](mailto:contracts.east-est.contrats@hc-sc.gc.ca) avant la date, l'heure, et le lieu indiqués à la page 1 de la demande de soumissions.

En raison du caractère de la demande de soumissions, les soumissions transmises par télécopieur à l'intention de Santé Canada ne seront pas acceptées.

## 2.3 Ancien fonctionnaire

Les contrats attribués à des anciens fonctionnaires qui touchent une pension ou qui ont reçu un paiement forfaitaire doivent résister à l'examen scrupuleux du public et constituer une dépense équitable des fonds publics. Afin de respecter les politiques et les directives du Conseil du Trésor sur les contrats attribués à des anciens fonctionnaires, les soumissionnaires doivent fournir l'information exigée ci-dessous avant l'attribution du contrat. Si la réponse aux questions et, s'il y a lieu les renseignements requis, n'ont pas été fournis par le temps où l'évaluation des soumissions est complétée, le Canada informera le soumissionnaire du délai à l'intérieur duquel l'information doit être fournie. Le défaut de se conformer à la demande du Canada et satisfaire à l'exigence dans le délai prescrit rendra la soumission non recevable.

### *Définition*

Aux fins de cette clause,

« ancien fonctionnaire » signifie tout ancien employé d'un ministère au sens de la [Loi sur la gestion des finances publiques](#), L.R., 1985, ch. F-11, un ancien membre des Forces armées canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada. Un ancien fonctionnaire peut être :

- a. un individu;
- b. un individu qui s'est incorporé;
- c. une société de personnes constituée d'anciens fonctionnaires; ou
- d. une entreprise à propriétaire unique ou une entité dans laquelle la personne visée détient un intérêt important ou majoritaire.

« période du paiement forfaitaire » signifie la période mesurée en semaines de salaire à l'égard de laquelle un paiement a été fait pour faciliter la transition vers la retraite ou vers un autre emploi par suite de la mise en place des divers programmes visant à réduire la taille de la fonction publique. La période du paiement forfaitaire ne comprend pas la période visée par l'allocation de fin de services, qui se mesure de façon similaire.

« pension » signifie une pension ou une allocation annuelle versée en vertu de la [Loi sur la pension de la fonction publique](#) (LPFP), L.R., 1985, ch. P-36, et toute augmentation versée en vertu de la [Loi sur les prestations de retraite supplémentaires](#), L.R., 1985, ch. S-24, dans la mesure où elle touche la LPFP. La pension ne comprend pas les pensions payables conformément à la [Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes](#), L.R., 1985, ch. C-17, à la [Loi sur la continuation de la pension des services de défense](#), 1970, ch. D-3, à la [Loi sur la continuation des pensions de la Gendarmerie royale du Canada](#), 1970, ch. R-10, et à la Loi sur la pension de retraite de la Gendarmerie royale du Canada, L.R., 1985, ch. R-11, à la [Loi sur les allocations de retraite des parlementaires](#), L.R.,



1985, ch. M-5, et à la partie de la pension versée conformément à la [Loi sur le Régime de pensions du Canada](#), L.R., 1985, ch. C-8.

#### *Ancien fonctionnaire touchant une pension*

Selon les définitions ci-dessus, est-ce que le soumissionnaire est un ancien fonctionnaire touchant une pension? **Oui** ( ) **Non** ( )

Si oui, le soumissionnaire doit fournir l'information suivante pour tous les anciens fonctionnaires touchant une pension, le cas échéant :

- a. le nom de l'ancien fonctionnaire;
- b. la date de cessation d'emploi dans la fonction publique ou de la retraite.

En fournissant ces renseignements, les soumissionnaires acceptent que le statut du soumissionnaire retenu, en tant qu'ancien fonctionnaire touchant une pension, figure dans les rapports de divulgation proactive, sur les sites Web des ministères, conformément à l'[Avis sur la Politique des marchés : 2019-01](#) et aux [Lignes directrices sur la divulgation des marchés](#).

#### *Directive sur le réaménagement des effectifs*

Est-ce que le soumissionnaire est un ancien fonctionnaire qui a reçu un paiement forfaitaire en vertu de la Directive sur le réaménagement des effectifs? **Oui** ( ) **Non** ( )

Si oui, le soumissionnaire doit fournir l'information suivante :

- a. le nom de l'ancien fonctionnaire;
- b. les conditions de l'incitatif versé sous forme de paiement forfaitaire;
- c. la date de la cessation d'emploi;
- d. le montant du paiement forfaitaire;
- e. le taux de rémunération qui a servi au calcul du paiement forfaitaire;
- f. la période correspondant au paiement forfaitaire, incluant la date du début, d'achèvement et le nombre de semaines;
- g. nombre et montant (honoraires professionnels) des autres contrats assujettis aux conditions d'un programme de réaménagement des effectifs.

## **2.4 Demandes de renseignements – en période de soumission**

Toutes les demandes de renseignements doivent être présentées par écrit à l'autorité contractante au moins sept (7) jours civils avant la date de clôture des soumissions. Pour ce qui est des demandes de renseignements reçues après ce délai, il est possible qu'on ne puisse pas y répondre.

Les soumissionnaires devraient citer le plus fidèlement possible le numéro de l'article de la demande de soumissions auquel se rapporte la question et prendre soin d'énoncer chaque question de manière suffisamment détaillée pour que le Canada puisse y répondre avec exactitude. Les demandes de renseignements techniques qui ont un caractère exclusif doivent porter clairement la mention « exclusif » vis-à-vis de chaque article pertinent. Les éléments portant la mention « exclusif » feront l'objet d'une discrétion absolue, sauf dans les cas où le Canada considère que la demande de renseignements n'a pas un caractère exclusif. Dans ce cas, le Canada peut réviser les questions ou peut demander au soumissionnaire de le faire, afin d'en éliminer le caractère exclusif, et permettre la transmission des réponses à tous les soumissionnaires. Le Canada peut ne pas répondre aux demandes de renseignements dont la formulation ne permet pas de les diffuser à tous les soumissionnaires.



## 2.5 Lois applicables

Tout contrat subséquent sera interprété et régi selon les lois en Ontario, Canada, et les relations entre les parties seront déterminées par ces lois.

À leur discrétion, les soumissionnaires peuvent indiquer les lois applicables d'une province ou d'un territoire canadien de leur choix, sans que la validité de leur soumission ne soit mise en question, en supprimant le nom de la province ou du territoire canadien précisé et en insérant le nom de la province ou du territoire canadien de leur choix. Si aucun changement n'est indiqué, cela signifie que les soumissionnaires acceptent les lois applicables indiquées.

## 2.6 Processus de contestation des offres et mécanismes de recours

- (a) Les fournisseurs potentiels ont accès à plusieurs mécanismes pour contester des aspects du processus d'approvisionnement jusqu'à l'attribution du marché, inclusivement.
- (b) Le Canada invite les fournisseurs à porter d'abord leurs préoccupations à l'attention de l'autorité contractante. Le site Web du Canada [Achats et ventes](#), sous le titre « [Processus de contestation des soumissions et mécanismes de recours](#) », fournit de l'information sur les organismes de traitement des plaintes possibles, notamment :
  - Bureau de l'ombudsman de l'approvisionnement (BOA)
  - Tribunal canadien du commerce extérieur (TCCE)
- (c) Les fournisseurs devraient savoir que des **délais stricts** sont fixés pour le dépôt des plaintes et qu'ils varient en fonction de l'organisation concernée. Les fournisseurs devraient donc agir rapidement s'ils souhaitent contester un aspect du processus d'approvisionnement.



## **PARTIE 3 – INSTRUCTIONS POUR LA PRÉPARATION DES SOUMISSIONS**

### **3.1 Instructions pour la préparation des soumissions**

3.1.1 La soumission doit être présentée en sections distinctes comme suit :

- Section I : Soumission technique (une copie électronique par email)
- Section II : Soumission financière (une copie électronique par email)
- Section III : Attestations (une copie électronique par email)

En raison du caractère de la demande de soumissions, les soumissions transmises par le service Connexion postal ou par télécopieur ne seront pas acceptées.

Les prix doivent figurer dans l'offre financière uniquement. Aucun prix ne doit être indiqué dans une autre section de la soumission.

3.1.2 Le Canada demande que les soumissionnaires suivent les instructions de format décrites ci-dessous lors de la préparation d'une copie papier de leur offre :

(a) utiliser un système de numérotation qui correspond à la demande de soumissions.

#### **Section I : Soumission technique**

Dans leur soumission technique, les soumissionnaires devraient démontrer leur compréhension des exigences contenues dans la demande de soumissions et expliquer comment ils répondront à ces exigences. Les soumissionnaires devraient démontrer leur capacité de façon complète, concise et claire pour effectuer les travaux.

La soumission technique devrait traiter clairement et de manière suffisamment approfondie des points faisant l'objet des critères d'évaluation en fonction desquels la soumission sera évaluée. Il ne suffit pas de reprendre simplement les énoncés contenus dans la demande de soumissions. Afin de faciliter l'évaluation de la soumission, le Canada demande que les soumissionnaires reprennent les sujets dans l'ordre des critères d'évaluation, sous les mêmes rubriques. Pour éviter les recoupements, les soumissionnaires peuvent faire référence à différentes sections de leur soumission en indiquant le numéro de l'alinéa et de la page où le sujet visé est déjà traité.

#### **Section II : Soumission financière**

Les soumissionnaires doivent présenter leur soumission financière en dollars Canadian et en conformité avec la pièce jointe 1 la Partie 3, barème de prix.

#### **Section III : Attestations**

Les soumissionnaires doivent présenter les attestations et les renseignements supplémentaires exigés à la Partie 5.



### PIÈCE JOINTE 1 DE LA PARTIE 3, BARÈME DE PRIX

Le soumissionnaire doit remplir ce barème de prix et l'inclure dans sa soumission financière, une fois celui-ci terminé.

Période initiale du contrat : (de la date d'attribution du contrat au 31 mars 2024)			
Produit livrable/tâche	Description de l'élément	Prix ferme	Date d'échéance
1	Rapport décrivant la meilleure stratégie permettant d'atteindre un niveau élevé de représentation nationale pour les données de l'enquête canadienne de prévalence ponctuelle dans les soins de courte durée (CAPPS).	_____ \$	10 janvier 2024
2	Hôpitaux : lancer et soutenir la collecte de données	_____ \$	30 janvier 2024
3	Hôpitaux : réaliser une collecte de données complète	_____ \$	Au plus tard le 10 mars 2024
4	Hôpitaux : transmettre des données à l'ASPC	_____ \$	Au plus tard le 14 mars 2024
<b>Prix total ferme (hors taxes)</b>		_____ \$	



## **PARTIE 4 – PROCÉDURES D'ÉVALUATION ET MÉTHODE DE SÉLECTION**

### **4.1 Procédures d'évaluation**

- (a) Les soumissions seront évaluées par rapport à l'ensemble des exigences de la demande de soumissions, incluant les critères d'évaluation techniques.
- b) Une équipe d'évaluation composée de représentants du Canada évaluera les soumissions.

#### **4.1.1 Évaluation technique**

##### **4.1.1.1 Critères techniques obligatoires**

Les critères techniques obligatoires et les critères techniques cotés sont inclus dans la pièce jointe 1 de la partie 4.

#### **4.1.2 Évaluation financière**

Le prix évalué d'une offre sera déterminé conformément au barème de prix détaillé dans la pièce jointe 1 de la partie 3.

### **4.2 Méthode de sélection**

#### **4.2.1 Note combinée la plus haute sur le plan du mérite technique (60%) et du prix (40%)**

1. Pour être déclarée recevable, une soumission doit :
  - a. respecter toutes les exigences de la demande de soumissions; et
  - b. satisfaire à tous les critères obligatoires; et
  - c. obtenir le nombre minimal de 18 points exigés pour l'ensemble des critères d'évaluation techniques cotés. L'échelle de cotation compte 30 points.
2. Les soumissions qui ne répondent pas aux exigences (a) ou (b) ou (c) seront déclarées non recevables.
3. La sélection sera faite en fonction du meilleur résultat global sur le plan du mérite technique et du prix. Une proportion de 60 % sera accordée au mérite technique et une proportion de 40% sera accordée au prix.
4. Afin de déterminer la note pour le mérite technique, la note technique globale de chaque soumission recevable sera calculée comme suit : le nombre total de points obtenus sera divisé par le nombre total de points pouvant être accordés, puis multiplié par 60 % .
5. Afin de déterminer la note pour le prix, chaque soumission recevable sera évaluée proportionnellement au prix évalué le plus bas et selon le ratio de 40 % .
6. Pour chaque soumission recevable, la cotation du mérite technique et la cotation du prix seront ajoutées pour déterminer la note combinée.
7. La soumission recevable ayant obtenu le plus de points ou celle ayant le prix évalué le plus bas ne sera pas nécessairement choisie. La soumission recevable qui obtiendra la note combinée la plus élevée pour le mérite technique et le prix sera recommandée pour l'attribution du contrat.

Le tableau ci-dessous présente un exemple où les trois soumissions sont recevables et où la sélection de l'entrepreneur se fait en fonction d'un ratio de 60/40 à l'égard du mérite technique et du prix, respectivement.] Le nombre total de points pouvant être accordé est de 135, et le prix évalué le plus bas est de 45 000,00 \$ (45).



**Méthode de sélection - Note combinée la plus haute sur le plan du mérite technique (60%) et du prix (40%)**

		<b>Soumissionnaire 1</b>	<b>Soumissionnaire 2</b>	<b>Soumissionnaire 3</b>
<b>Note technique globale</b>		115/135	89/135	92/135
<b>Prix évalué de la soumission</b>		55 000,00 \$	50 000,00 \$	45 000,00 \$
<b>Calculs</b>	<b>Note pour le mérite technique</b>	$115/135 \times 60 =$ 51.11	$89/135 \times 60 =$ 39.56	$92/135 \times 60 =$ 40.89
	<b>Note pour le prix</b>	$45/55 \times 40 =$ 32.73	$45/50 \times 40 =$ 36.00	$45/45 \times 40 =$ 40.00
<b>Note combinée</b>		83,84	75,56	80,89
<b>Évaluation globale</b>		1 <sup>er</sup>	3 <sup>e</sup>	2 <sup>e</sup>



## PIÈCE JOINTE 1 DE LA PARTIE 4, CRITÈRES TECHNIQUES

Le soumissionnaire doit fournir la documentation nécessaire pour justifier la conformité à ces exigences.

- a. Le soumissionnaire est informé que le simple fait d'énumérer l'expérience sans fournir de données justificatives pour décrire où et comment cette expérience a été obtenue ne constituera pas une « démonstration » aux fins de l'évaluation.
- b. Le soumissionnaire doit clairement démontrer dans sa proposition comment il a acquis son expérience ou ses connaissances, en s'appuyant sur son curriculum vitæ et sur tout document justificatif nécessaire.
- c. Le soumissionnaire doit fournir des détails complets sur le lieu et la date d'obtention des qualifications et expériences déclarées, et au moyen de quelles activités et responsabilités elles ont été obtenues. Afin de démontrer la date d'obtention de l'expérience, le soumissionnaire doit indiquer la durée de cette expérience, en précisant les dates de début et de fin (mois et année au minimum). Pour les exigences en matière d'expérience où une durée minimale doit être démontrée (p. ex. « *doit avoir un minimum de huit [8] années d'expérience cumulées en audit...* »), dans le cas où les calendriers de deux ou plusieurs projets ou expériences se chevauchent, la durée commune à chaque projet ou expérience ne sera pas comptabilisée plusieurs fois.
- d. Il est recommandé aux soumissionnaires d'inclure dans leurs propositions une grille de correspondance entre les déclarations de conformité et les données justificatives ainsi que le curriculum vitæ inclus dans leurs propositions. Remarque : la grille de conformité NE constitue PAS en soi une preuve tangible. Comme l'indique le point b. ci-dessus, les curriculum vitæ et les documents justificatifs seront acceptés comme preuves.

Les soumissionnaires devraient fournir toutes les références requises dans la proposition technique de leur soumission.

Les références fournies par les soumissionnaires peuvent être vérifiées par le Canada pendant la période d'évaluation des soumissions (avant l'attribution d'un contrat) et après l'attribution d'un contrat. L'autorité contractante aura le droit de demander des renseignements supplémentaires pour valider les références avant l'attribution d'un contrat. La soumission sera déclarée non recevable si les références données par le soumissionnaire sont fausses, qu'elles aient été fournies sciemment ou non. La non-conformité à la demande de renseignements complémentaires de l'autorité contractante rendra également la soumission non recevable.

### 1.1 Critères techniques obligatoires

La soumission doit répondre aux critères techniques obligatoires énoncés ci-dessous. Le soumissionnaire doit fournir la documentation nécessaire pour justifier la conformité à cette exigence.

Les soumissions qui ne répondent pas aux critères techniques obligatoires seront jugées non recevables. Chaque critère technique obligatoire devrait être traité séparément.

<b>Critères techniques obligatoires</b>			
<b>Numéro</b>	<b>Critères techniques obligatoires</b>	<b>Réponse du soumissionnaire</b>	<b>Satisfait/Non satisfait</b>
<b>O1</b>	<b>Organisme national</b> Le soumissionnaire doit être une association nationale, comme le montre son site Web accessible au public, qui représente les microbiologistes médicaux ou les médecins spécialistes des maladies infectieuses en milieu hospitalier et spécialisés dans les domaines de la microbiologie médicale et des maladies infectieuses.		



Critères techniques obligatoires			
<b>O2</b>	<b>Membres actifs</b> Le soumissionnaire doit représenter des médecins et des microbiologistes médicaux ayant des privilèges dans au moins 140 hôpitaux au Canada.  Le soumissionnaire doit désigner et fournir une liste des hôpitaux avec lesquels il collabore.		
<b>O3</b>	<b>Coordonnateur de recherche</b> Le soumissionnaire doit démontrer qu'il dispose d'un coordonnateur de recherche ayant une expérience de la recherche sur les maladies infectieuses.		

## 1.2 Critères techniques cotés

Les soumissions qui répondent à tous les critères techniques obligatoires seront évaluées et cotées comme l'indiquent les critères d'évaluation décrits ci-dessous.

Les soumissions qui n'arriveront pas à obtenir le nombre minimum de points requis seront déclarées non recevables. Chaque critère technique coté devrait être traité séparément.

Les propositions techniques seront évaluées séparément en fonction des critères d'évaluation définis ci-dessous. Les critères évalués par points qui ne sont pas traités dans la soumission se verront attribuer une note de zéro pour ce critère en particulier. On demande aux soumissionnaires d'inscrire en regard de chaque critère le numéro de la ou des pages pertinentes de leur proposition qui traite de l'exigence désignée dans le critère.

Critères techniques cotés			
Numéro	Critères techniques cotés de l'organisme	Réponse du soumissionnaire	Points attribués
<b>C1</b>	Années d'activité de l'organisation  Les soumissionnaires devraient avoir de l'expérience dans les domaines de la microbiologie médicale et des maladies infectieuses.  <b>1 point par année d'activité</b> jusqu'à un maximum de 15 points.		
<b>C2</b>	<b>Expérience</b> Le soumissionnaire devrait démontrer qu'il dispose d'un coordonnateur de recherche ayant au moins cinq (5) années d'expérience dans la recherche sur les maladies infectieuses.  Le soumissionnaire doit fournir trois exemples de recherches sur les maladies infectieuses menées par les coordonnateurs, en précisant la durée et la portée des projets.  <ul style="list-style-type: none"><li>&lt; moins de 5 années d'expérience pertinente : <b>0 point</b></li></ul>		



<b>Critères techniques cotés</b>			
	<ul style="list-style-type: none"><li>• De 5 à 10 années d'expérience pertinente : <b>10 points</b></li><li>• Plus de 10 années d'expérience pertinente : <b>15 points</b></li></ul>		
	<b>Nombre maximum de points disponibles : 30 points</b> <b>Nombre minimum de points requis pour réussir : (18 points)</b>		<hr/> <b>30</b>



## **PARTIE 5 – ATTESTATIONS ET RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES**

Les soumissionnaires doivent fournir les attestations et les renseignements supplémentaires exigés pour qu'un contrat leur soit attribué.

Les attestations que les soumissionnaires remettent au Canada peuvent faire l'objet d'une vérification à tout moment par le Canada. À moins d'indication contraire, le Canada déclarera une soumission non recevable, ou à un manquement de la part de l'entrepreneur s'il est établi qu'une attestation du soumissionnaire est fautive, sciemment ou non, que ce soit pendant la période d'évaluation des soumissions, ou pendant la durée du contrat.

L'autorité contractante aura le droit de demander des renseignements supplémentaires pour vérifier les attestations du soumissionnaire. À défaut de répondre et de coopérer à toute demande ou exigence imposée par l'autorité contractante, la soumission sera déclarée non recevable, ou constituera un manquement aux termes du contrat.

### **5.1 Attestations exigées avec la soumission**

Les soumissionnaires doivent fournir les attestations suivantes dûment remplies avec leur soumission.

#### **5.1.1 Dispositions relatives à l'intégrité - déclaration de condamnation à une infraction**

Conformément aux dispositions relatives à l'intégrité des instructions uniformisées, tous les soumissionnaires doivent présenter avec leur soumission, **s'il y a lieu**, le formulaire de déclaration d'intégrité disponible sur le site Web [Intégrité – Formulaire de déclaration](http://www.tpsgc-pwgsc.gc.ca/ci-if/declaration-fra.html) (<http://www.tpsgc-pwgsc.gc.ca/ci-if/declaration-fra.html>), afin que leur soumission ne soit pas rejetée du processus d'approvisionnement.

### **5.2 Attestations préalables à l'attribution du contrat et renseignements supplémentaires**

Les attestations et les renseignements supplémentaires énumérés ci-dessous devraient être remplis et fournis avec la soumission mais ils peuvent être fournis plus tard. Si l'une de ces attestations ou renseignements supplémentaires ne sont pas remplis et fournis tel que demandé, l'autorité contractante informera le soumissionnaire du délai à l'intérieur duquel les renseignements doivent être fournis. À défaut de fournir les attestations ou les renseignements supplémentaires énumérés ci-dessous dans le délai prévu, la soumission sera déclarée non recevable.

#### **5.2.1 Dispositions relatives à l'intégrité – documentation exigée**

Conformément à l'article intitulé Renseignements à fournir lors d'une soumission, de la passation d'un contrat ou de la conclusion d'un accord immobilier de la [Politique d'inadmissibilité et de suspension](http://www.tpsgc-pwgsc.gc.ca/ci-if/politique-policy-fra.html) (<http://www.tpsgc-pwgsc.gc.ca/ci-if/politique-policy-fra.html>), le soumissionnaire doit présenter la documentation exigée, s'il y a lieu, afin que sa soumission ne soit pas rejetée du processus d'approvisionnement.

#### **5.2.2 Programme de contrats fédéraux pour l'équité en matière d'emploi - Attestation de soumission**

En présentant une soumission, le soumissionnaire atteste que le soumissionnaire, et tout membre de la coentreprise si le soumissionnaire est une coentreprise, n'est pas nommé dans la liste des « soumissionnaires à admissibilité limitée du PCF » du Programme de contrats fédéraux (PCF) pour l'équité en matière d'emploi disponible au bas de la page du site Web [d'Emploi et Développement social Canada \(EDSC\) – Travail](#).



Health Canada and the Public  
Health Agency of Canada

Santé Canada et l'Agence  
de la santé publique du Canada

Le Canada aura le droit de déclarer une soumission non recevable si le soumissionnaire, ou tout membre de la coentreprise si le soumissionnaire est une coentreprise, figure dans la liste des « soumissionnaires à admissibilité limitée du PCF » au moment de l'attribution du contrat.



## PARTIE 6 – CLAUSES DU CONTRAT SUBSÉQUENT

Les clauses et conditions suivantes s'appliquent à tout contrat subséquent découlant de la demande de soumissions et en font partie intégrante.

### 6.1 Énoncé des travaux

L'entrepreneur doit exécuter les travaux conformément à l'énoncé des travaux qui se trouve à l'annexe « A ».

### 6.2 Clauses et conditions uniformisées

Toutes les clauses et conditions identifiées dans le contrat par un numéro, une date et un titre sont reproduites dans le [Guide des clauses et conditions uniformisées d'achat](https://achatsetventes.gc.ca/politiques-et-lignes-directrices/guide-des-clauses-et-conditions-uniformisees-d-achat) (<https://achatsetventes.gc.ca/politiques-et-lignes-directrices/guide-des-clauses-et-conditions-uniformisees-d-achat>) publié par Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

#### 6.2.1 Conditions générales

[2035](#) (2022-12-01), Conditions générales - besoins plus complexes de services, s'appliquent au contrat et en font partie intégrante.

### 6.3 Exigences relatives à la sécurité

Le contrat ne comporte aucune exigence relative à la sécurité.

### 6.4 Durée du contrat

#### 6.4.1 Période du contrat

La période du contrat est à partir de la date du contrat jusqu'au 31 mars 2024 inclusivement.

### 6.5 Responsables

#### 6.5.1 Autorité contractante

L'autorité contractante pour le contrat est:

Nom : Lana Ibrahim

Courriel : [contracts.east-est.contrats@hc-sc.gc.ca](mailto:contracts.east-est.contrats@hc-sc.gc.ca)

L'autorité contractante est responsable de la gestion du contrat, et toute modification doit être autorisée par écrit par l'autorité contractante. L'entrepreneur ne doit pas effectuer de travaux dépassant la portée du contrat ou des travaux qui n'y sont pas prévus, suite à des demandes ou instructions verbales ou écrites de toute personne autre que l'autorité contractante.

#### 6.5.2 Chargé de projet

Le chargé de projet pour le contrat est :

*(insérer au moment de l'attribution du contrat)*

Nom :

Téléphone :

Courriel :



Le chargé de projet représente le ministère ou l'organisme pour lequel les travaux sont exécutés dans le cadre du contrat. Il est responsable de toutes les questions liées au contenu technique des travaux prévus dans le contrat. On peut discuter des questions techniques avec le chargé de projet; cependant, celui-ci ne peut pas autoriser les changements à apporter à l'énoncé des travaux. De tels changements peuvent être effectués uniquement au moyen d'une modification au contrat émise par l'autorité contractante.

### 6.5.3 Représentant de l'entrepreneur

*(insérer au moment de l'attribution du contrat)*

Nom :

Titre :

Téléphone :

Courriel :

### 6.6 Divulgence proactive de marchés conclus avec d'anciens fonctionnaires

En fournissant de l'information sur son statut en tant qu'ancien fonctionnaire touchant une pension en vertu de la [Loi sur la pension de la fonction publique](#) (LPFP), l'entrepreneur a accepté que cette information soit publiée sur les sites Web des ministères, dans le cadre des rapports de divulgation proactive des marchés, et ce, conformément à l'[Avis sur la Politique des marchés : 2019-01](#) du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada.

### 6.7 Paiement

#### 6.7.1 Base de paiement - prix ferme

À condition de remplir de façon satisfaisante toutes ses obligations en vertu du contrat, l'entrepreneur sera payé pour les coûts qu'il a raisonnablement et convenablement engagés dans l'exécution des travaux, conformément à la base de paiement à l'annexe B, jusqu'à une limitation des dépenses de \_\_\_\_\_ \$ *(insérer le montant au moment de l'attribution du contrat)*. Les droits de douane sont inclus et les taxes applicables sont en sus.

#### 6.7.2 Modalités de paiement

SACC Manual clause [H3010C](#) (2016-01-28) - Paiements d'étape - non assujetti à une retenue

### 6.8 Instructions relatives à la facturation

1. L'entrepreneur doit soumettre ses factures conformément à l'article intitulé « Présentation des factures » des conditions générales. Les factures ne doivent pas être soumises avant que tous les travaux identifiés sur la facture soient complétés.

Chaque facture doit être appuyée par:

- a. une copie du document de sortie et de tout autre document tel qu'il est spécifié au contrat;
2. Les factures doivent être distribuées comme suit :
    - a. Une (1) copie électronique doit être envoyée au chargé de projet et à [hc.p2p.east.invoices-factures.est.sc@hc-sc.gc.ca](mailto:hc.p2p.east.invoices-factures.est.sc@hc-sc.gc.ca) pour attestation et paiement.



## 6.9 Attestations et renseignements supplémentaires

### 6.9.1 Conformité

À moins d'indication contraire, le respect continu des attestations fournies par l'entrepreneur avec sa soumission ou préalablement à l'attribution du contrat, ainsi que la coopération constante quant aux renseignements supplémentaires, sont des conditions du contrat et leur non-respect constituera un manquement de la part de l'entrepreneur. Les attestations pourront faire l'objet de vérifications par le Canada pendant toute la durée du contrat.

### 6.10 Lois applicables

Le contrat doit être interprété et régi selon les lois en vigueur \_\_\_\_\_ (*insérer le nom de la province ou du territoire précisé par le soumissionnaire dans sa soumission, s'il y a lieu*) et les relations entre les parties seront déterminées par ces lois.

### 7.11 Ordre de priorité des documents

En cas d'incompatibilité entre le libellé des textes énumérés dans la liste, c'est le libellé du document qui apparaît en premier sur la liste qui l'emporte sur celui de tout autre document qui figure plus bas sur la liste.

- (a) les articles de la convention;
- (b) les conditions générales [2035](#) (2022-12-01), besoins plus complexes de services;
- (c) l'Annexe « A », Énoncé des travaux;
- (d) l'Annexe « B », Base de paiement;
- (e) la soumission de l'entrepreneur datée du \_\_\_\_\_ (*inscrire la date de la soumission*).

### 7.12 Assurances

Clause du *Guide des CUA* [G1005C](#) (2016-01-28), Assurance – aucune exigence particulière

### 7.13 Règlement des différends

- (a) Les parties conviennent de maintenir une communication ouverte et honnête concernant les travaux pendant toute la durée de l'exécution du marché et après.
- (b) Les parties conviennent de se consulter et de collaborer dans l'exécution du marché, d'informer rapidement toute autre partie des problèmes ou des différends qui peuvent survenir et de tenter de les résoudre.
- (c) Si les parties n'arrivent pas à résoudre un différend au moyen de la consultation et de la collaboration, les parties conviennent de consulter un tiers neutre offrant des services de règlement extrajudiciaire des différends pour tenter de régler le problème.
- (d) Vous trouverez des choix de services de règlement extrajudiciaire des différends sur le site Web Achats et ventes du Canada sous le titre « [Règlement des différends](#) ».



## ANNEXE « A »

### ÉNONCÉ DES TRAVAUX

#### 1. TITRE :

Enquête canadienne de prévalence ponctuelle dans les soins de courte durée (CAPPS)

#### 2. PORTÉE

##### 2.1. Introduction

Depuis 1995, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) exerce une surveillance de la santé publique sur les infections associées aux soins de santé (IASS). Ce travail vise à éclairer les meilleures pratiques conçues afin de réduire le risque de microorganismes résistants aux antimicrobiens (MRA) pour les Canadiens, en particulier par la mise en œuvre de programmes de prévention et de contrôle des infections (PCI) et de programmes de gestion des antimicrobiens (PGA) en milieu hospitalier.

Outre la surveillance active, le Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN) recueille des données sur les IASS, les MRA et l'utilisation des antimicrobiens par le biais d'études de prévalence ponctuelle périodiques. À ce jour, le PCSIN a mené trois études de prévalence ponctuelle (2002, 2009 et 2017). Il est prévu que la prochaine étude de prévalence ponctuelle soit réalisée en 2024. Contrairement à nos partenaires du groupe de travail transatlantique sur la résistance aux antimicrobiens (TATFAR), le PCSIN doit encore valider ses données sur la prévalence ponctuelle. Le PCSIN propose donc, dans le cadre de l'étude de prévalence ponctuelle de 2024, un projet pilote qui permettra à un sous-ensemble d'hôpitaux ayant répondu à l'enquête de prévalence ponctuelle principale de mener en parallèle une étude de validation.

##### 2.2. Objectifs de l'exigence

L'objectif global de ce travail est d'améliorer l'accès de l'ASPC aux données sur les IASS, la résistance aux antimicrobiens (RAM) et l'utilisation des antimicrobiens (UAM) grâce à la mise en œuvre de l'enquête canadienne de prévalence ponctuelle dans les soins de courte durée (CAPPS) à partir d'un échantillon national représentatif d'hôpitaux de soins de courte durée partout au Canada. Ces données aideront l'ASPC à comprendre le fardeau des IASS (y compris les MRA) afin d'éclairer les programmes de PCI et les PGA, de contribuer à réduire les taux d'IASS (y compris la RAM) dans les hôpitaux, de réduire les coûts des soins de santé et d'améliorer les soins aux patients.

Comme la prestation des soins de santé est principalement assurée par les gouvernements provinciaux et territoriaux (c.-à-d. que l'ASPC n'a pas d'accès direct aux hôpitaux admissibles) et que la définition des diagnostics de maladie n'est pas harmonisée entre les compétences, l'ASPC a besoin de l'intervention d'un intermédiaire. L'entrepreneur doit être une organisation ou une association nationale établie, spécialisée dans la microbiologie médicale ou la médecine des maladies infectieuses, afin de garantir une représentation nationale et une normalisation des données.

Le contractant devra assurer la collecte de données auprès d'un minimum de 140 hôpitaux. L'ASPC confirmera les hôpitaux qui ont déposé des données et communiquera les noms des hôpitaux qui doivent faire l'objet d'un suivi. Le contractant assurera ensuite le suivi auprès de tout hôpital n'ayant pas envoyé les données. Les données doivent permettre de déterminer :

1. la prévalence et le fardeau des IASS et des infections causées par les MRA dans les hôpitaux de soins de courte durée au Canada;
2. l'incidence des IASS et des MRA sur les différentes populations de patients (pédiatriques, adultes, mixtes, etc.) et sur les types d'établissements (p. ex. nombre de lits);
3. la prévalence de l'UAM dans les hôpitaux de soins de courte durée au Canada;
4. la prévalence des patients hospitalisés sous précautions d'isolement dans les hôpitaux de soins de courte durée au Canada;



5. les points de repère statistiques (tels que les estimations de la prévalence) nécessaires pour soutenir les travaux futurs (p. ex. calculer les tendances dans le temps);
6. si l'étude fournit des renseignements valides en effectuant un exercice de validation auquel participent un sous-ensemble d'hôpitaux (estimés à 8) qui réalisent l'étude principale sur la prévalence ponctuelle qui recueillera des données supplémentaires à des fins de validation;
7. les données de l'enquête CAPPS générées conformément aux normes et exigences de l'ASPC en matière de données au plus tard le 10 mars 2024.

### **2.3 Contexte et portée précise de l'exigence**

Le gouvernement du Canada a désigné la RAM comme une priorité ministérielle pour l'ASPC. Les IASS (y compris les MRA) entraînent une augmentation de la morbidité et de la mortalité chez les patients hospitalisés et sont connues pour avoir une incidence sur les populations vulnérables telles que les enfants et les nouveau-nés. La surveillance des maladies infectieuses, y compris des IASS, de la RAM et de l'UAM, est un élément clé de l'activité principale de l'ASPC.

L'ASPC a déjà recensé des lacunes dans la surveillance des IASS, de la RAM et de l'UAM, qui ont empêché une réponse rapide et efficace à l'apparition et à la propagation de ces agents pathogènes et ont limité la capacité de l'ASPC à contribuer aux efforts internationaux en fournissant des données de prévalence ponctuelle nationales. Le PCSIN étudie des solutions innovantes pour améliorer l'accès aux données canadiennes sur les IASS, la RAM et l'UAM, afin de mieux orienter les mesures de santé publique visant à réduire la présence de ces agents pathogènes au Canada.

Les Centres américains de contrôle et de prévention des maladies ont publié un rapport qui conclut que « la menace des infections résistantes aux antimicrobiens est non seulement toujours présente, mais qu'elle s'est aggravée ». Des données canadiennes ont montré une augmentation des taux d'infection de certains MRA. Toutefois, en raison de la nature particulière et limitée de ces données, l'ASPC n'est pas en mesure de comprendre l'ampleur réelle du problème. Les groupes internationaux, tels que le TATFAR, reconnaissent la nécessité d'enquêtes de prévalence nationales et, malgré la disponibilité de protocoles internationaux (p. ex. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals), l'ASPC n'effectue actuellement pas d'enquête sur la prévalence ponctuelle des IASS au niveau national.

Compte tenu de la nature fédérée de la prestation des soins de santé au Canada, des définitions incohérentes des maladies et de la nécessité d'une représentation nationale, l'ASPC a besoin d'une organisation ou d'une association nationale établie spécialisée dans la microbiologie médicale ou la médecine des maladies infectieuses afin de faciliter l'accès aux sources de données appropriées.

L'ASPC ne fournira à l'entrepreneur aucun document considéré comme protégé ou classifié par le gouvernement du Canada; l'entrepreneur ne transmettra à l'ASPC que des documents ou des données non classifiés et qui ne sont pas considérés comme des renseignements personnels ou d'identification.

### **2.4 Portée précise**

La liste complète des normes et exigences en matière de données figure dans le protocole de l'enquête CAPPS (annexe 1).

En résumé, l'entrepreneur doit s'assurer que :

- les données de l'enquête CAPPS constituent le meilleur échantillon national représentatif des hôpitaux de soins de courte durée au Canada;
- les données de l'enquête CAPPS respectent les normes minimales de qualité des données décrites dans le protocole associé.

## **3.0 EXIGENCES**

### **3.1 Tâches, activités, produits livrables et étapes**

L'entrepreneur assumera les responsabilités suivantes :



- a) Soumettre un projet de rapport décrivant la méthodologie proposée pour recruter des hôpitaux en vue de leur participation à l'enquête CAPPS.
- b) Une fois le rapport approuvé par l'ASPC, procéder au recrutement comme l'indique le rapport.
- c) Veiller à ce que les produits livrables soient d'un niveau de qualité suffisant, comme le définit le protocole de l'enquête CAPPS (annexe 1).
- d) Les données présentées à l'ASPC doivent représenter les IASS, la RAM et les UAM provenant d'un échantillon représentatif d'hôpitaux canadiens de soins de courte durée correspondant à un jour de la semaine entre le 30 janvier et le 9 mars 2024.
- e) L'entrepreneur est chargé du versement des fonds aux hôpitaux participants après confirmation de la réception des données (conformément au protocole de l'enquête CAPPS) par l'ASPC.
- f) L'entrepreneur est tenu de s'assurer que les hôpitaux soumettent les données à l'ASPC dans les délais prévus à la section 5 Calendrier du projet.

### **3.2 Spécifications et normes**

Les données de l'enquête CAPPS doivent respecter une définition normalisée du diagnostic de la maladie et des résultats microbiologiques, afin de garantir la normalisation nationale des résultats, comme le décrit l'annexe 1.

Les données doivent être non nominatives et transmises à l'ASPC par le biais d'un outil de collecte de données fourni par l'ASPC.

### **3.3 Méthode et source d'acceptation**

Tous les rapports, les produits livrables, les documents, les biens et tous les services rendus dans le cadre du contrat sont soumis à l'inspection du chargé de projet ou de son représentant. Si un rapport, un document, un bien ou un service n'est pas conforme aux exigences de l'énoncé des travaux ni à la satisfaction du chargé de projet, celui-ci aura le droit de le rejeter ou d'exiger sa correction aux seuls frais de l'entrepreneur avant de recommander le paiement.

### **3.4 Procédures de contrôle de la gestion du projet**

Le responsable technique :

- examinera et acceptera les produits livrables en fonction de la qualité et de l'intégrité des renseignements tels qu'ils ont été établis, conformément au protocole de l'enquête CAPPS;
- assurera le suivi avec l'entrepreneur pour lui communiquer toute erreur ou omission.

Le chargé de projet :

- surveillera la progression du travail en discutant avec le responsable technique.

En cas de retard ou d'un autre problème qui a une incidence sur la rapidité d'exécution ou sur la qualité des produits livrables, l'entrepreneur doit informer immédiatement le responsable technique et fournir une solution ou une stratégie d'atténuation.

### **3.5 Exigences en matière de rapports**

L'entrepreneur doit communiquer avec le responsable technique si des questions ou problèmes surviennent au cours du projet.



#### 4. RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

##### 4.1 Obligations du Canada

- Fournir l'accès à des membres du personnel qui seront disponibles pour répondre aux questions de l'entrepreneur participant à l'enquête CAPPS pendant les heures normales de bureau (du lundi au vendredi de 9 h à 17 h, heure de l'Est) pendant la durée du contrat.
- Assurer la compilation, l'analyse et la communication de toutes les données de l'enquête CAPPS.
- Veiller à ce que l'entrepreneur dispose d'une formation, de références et de documents justificatifs, tels que des services internes, des protocoles, des mises à jour d'information, les modèles nécessaires et l'accès au Service de transfert sécurisé de fichiers (SFTS) pour la transmission des données de l'enquête CAPPS.
- Fournir de l'aide ou du soutien à l'entrepreneur, au besoin, pour lui permettre de remettre les produits livrables dans les délais prévus.

##### 4.2 Obligations de l'entrepreneur

- À moins d'indication contraire, l'entrepreneur doit utiliser son propre matériel et ses propres logiciels pour l'exécution de cet énoncé des travaux.
- L'entrepreneur respectera le calendrier et les délais indiqués à la section 5.1 Calendrier et niveau d'effort estimatif (structure de répartition du travail).
- L'entrepreneur doit se rendre disponible pour communiquer avec l'ASPC pendant les heures normales de bureau (de 9 h à 17 h, heure de l'Est).
- L'entrepreneur est chargé du versement des fonds aux hôpitaux participants après confirmation de la réception des données (conformément au protocole de l'enquête CAPPS) par l'ASPC.

##### 4.3 Lieu de travail, emplacement des travaux et lieu de livraison

Tous les travaux seront entrepris sur le lieu de travail de l'entrepreneur.

##### 4.4 Langue de travail

Les travaux peuvent être effectués en français ou en anglais.

#### 5. CALENDRIER DU PROJET

##### 5.1 Calendrier et niveau d'effort estimatif (structure de répartition du travail)

Produit livrable	Dates maximales de livraison
Rapport décrivant la meilleure stratégie permettant d'atteindre un niveau élevé de représentation nationale pour les données de l'enquête canadienne de prévalence ponctuelle dans les soins de courte durée (CAPPS).	10 janvier 2024
Lancer et soutenir la collecte de données	30 janvier 2024
Réaliser une collecte de données complète	Au plus tard le 10 mars 2024
Veiller à ce que toutes les données soient transmises à l'ASPC	Au plus tard le 14 mars 2024



## 6 DOCUMENTS ET GLOSSAIRE PERTINENTS

### 6.1 Documents pertinents

Appendice 1 à l'annexe « A » – Protocole de l'enquête CAPPs – Un projet de protocole est actuellement joint. L'entrepreneur recevra le protocole final de 2024 avant le début du présent contrat.

### 6.2 Termes, acronymes et glossaires pertinents

UAM	Utilisation des antimicrobiens
RAM	Résistance aux antimicrobiens
MRA	Microorganisme résistant aux antimicrobiens
CAPPs	Enquête canadienne de prévalence ponctuelle dans les soins de courte durée
CLMTI	Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections
PCSIN	Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales
IASS	Infections associées aux soins de santé
DGPCMI	Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses
PCI	Prévention et contrôle des infections
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
EPP	Enquête de prévalence ponctuelle
SFTS	Service de transfert sécurisé de fichiers



**Appendice 1 à l'annexe « A » – Protocole de l'enquête CAPPS**  
**Enquête canadienne sur la prévalence ponctuelle des soins de courte durée**  
Version 1.0, 2023

## CONTEXTE

La surveillance des infections associées aux soins de santé (IASS) et de l'utilisation des antimicrobiens (UAM) est une composante importante des programmes complets de prévention et de contrôle des infections (PCI) ainsi que des programmes de gestion des antimicrobiens (PGA), et est largement considérée comme une étape indispensable vers la prévention des IASS<sup>1</sup>. La règle d'or pour la surveillance est qu'elle soit prospective, active et à l'échelle de l'hôpital. Toutefois, la surveillance active prend beaucoup de temps, est onéreuse et nécessite des ressources importantes. Les enquêtes de prévalence ponctuelle sont des solutions de rechange valables et peu coûteuses à la surveillance active<sup>2</sup>. Bien qu'elles ne soient pas aussi sensibles que la méthode prospective traditionnelle, les enquêtes de prévalence ponctuelle peuvent contribuer aux programmes de PCI et aux PGA en fournissant des renseignements permettant de comprendre la charge et les tendances des IASS et de l'UAM à différents moments de l'année.

Plusieurs pays effectuent des enquêtes de prévalence ponctuelle en milieu hospitalier pour estimer le fardeau des IASS. Le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) a effectué des enquêtes en 2011-2012 et en 2016-2017. La prévalence des patients hospitalisés dans un hôpital de soins de courte durée et présentant au moins une IASS est restée similaire dans toutes les enquêtes (5,7 % dans celle de 2011-2012<sup>3</sup> et 5,5 % dans celle de 2016-2017<sup>4</sup>). Aux États-Unis, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont réalisé des enquêtes sur la prévalence ponctuelle des IASS et de l'UAM dans le cadre de leur programme sur les infections émergentes (Emerging Infections Program). Les enquêtes menées en 2011 et 2015 ont révélé une baisse de la prévalence des IASS de 4,0 % à 3,2 %, respectivement<sup>5</sup>. Depuis 2002, l'Institut norvégien de la Santé Publique (NIPH) mène deux enquêtes de prévalence ponctuelle par an pour surveiller les IASS. Les résultats d'une enquête menée en 2017 auprès de 61 hôpitaux de soins de courte durée ont permis d'estimer que 4,7 % des patients présentaient au moins une IASS<sup>6</sup>. Les différences de fréquence et de tendance des IASS entre les compétences soulignent l'importance de la collecte de données canadiennes pour orienter les stratégies de prévention.

Au Canada, le Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN) a mené trois enquêtes sur la prévalence ponctuelle des IASS et de l'UAM. Au total, 6 747 patients ont été interrogés dans 28 hôpitaux (2002), 8 902 patients dans 39 hôpitaux (2009) et 9 929 patients dans 47 hôpitaux (2017). La prévalence des patients présentant au moins une IASS a augmenté de 9,9 % en 2002 à 11,3 % en 2009, puis a diminué pour atteindre 7,9 % en 2017<sup>7</sup>. Les microorganismes résistants aux antimicrobiens (MRA) autres que le staphylocoque doré résistant à la méthicilline (SDRM) sont restés peu nombreux, mais leur prévalence a augmenté. L'utilisation des antimicrobiens a augmenté de manière significative entre 2002 et 2009, et s'est stabilisée entre 2009 et 2017<sup>8</sup>. Ces enquêtes répétées sont largement utilisées pour comparer les taux d'IASS, de MRA et d'UAM, mesurer l'évolution de la prévalence dans le temps, fournir des renseignements aux programmes de lutte contre la RAM et désigner de nouvelles cibles pour la surveillance. En outre, ils sensibilisent au fardeau que représentent les IASS et les MRA au Canada.



Il est prévu que la prochaine enquête de prévalence ponctuelle soit réalisée en 2024. Contrairement à nos partenaires du groupe de travail transatlantique sur la résistance aux antimicrobiens (TATFAR), le PCSIN doit encore valider ses données sur la prévalence ponctuelle. Le PCSIN propose donc un projet pilote qui permettra à un sous-ensemble d'hôpitaux ayant répondu à l'enquête de prévalence ponctuelle principale de mener en parallèle une étude de validation.

## OBJECTIFS

Les objectifs de l'enquête canadienne de prévalence ponctuelle dans les soins de courte durée (CAPPS) sont énumérés ci-dessous.

1. Estimer la prévalence et le fardeau des IASS et des infections causées par des microorganismes résistants aux antimicrobiens (MRA) dans les hôpitaux de soins de courte durée au Canada.
2. Décrire les IASS et les MRA en fonction des populations de patients, des types d'établissements, des régions géographiques et de leur microbiologie.
3. Estimer la prévalence et décrire l'utilisation des antimicrobiens (UAM) dans les hôpitaux de soins de courte durée au Canada.
4. Estimer la prévalence des patients hospitalisés sous précautions d'isolement dans les hôpitaux de soins de courte durée au Canada.
5. Décrire les tendances en matière d'IASS, d'UAM et de MRA au fil du temps (c.-à-d. au moyen des enquêtes de prévalence), y compris l'incidence de la COVID-19 sur ces tendances.
6. Mener une étude de validation dans un sous-ensemble d'hôpitaux (n=8) ayant répondu à l'enquête de prévalence ponctuelle principale .

## MÉTHODES

La méthodologie des enquêtes de 2002, 2009 et 2017 est décrite à l'annexe 1.

### Admissibilité des hôpitaux

Tous les hôpitaux canadiens de soins de courte durée peuvent participer.

### Admissibilité des services

Toutes les unités et les services de patients seront inclus dans l'enquête, sauf les unités suivantes :

1. les unités de soins de longue durée et les unités d'attente de placement;



2. les unités de santé mentale;
3. les unités de réadaptation;
4. les unités de maternité et les pouponnières de bébés en santé (pouponnières de niveau 1);
5. les salles de chirurgie ambulatoire et avec nuitée.

Les patients en soins de longue durée, les patients en attente de placement, les patients en psychiatrie, les patients en réadaptation, les patientes en maternité et les patients des chirurgies ambulatoires et avec nuitée seront inclus dans l'étude s'ils se trouvent physiquement dans les services compris dans l'enquête (c.-à-d. que le patient occupe un lit dans le service ou l'unité). Si ces patients se trouvent dans un bâtiment distinct ou une aile distincte de l'établissement, ils seront exclus. Les nourrissons dans les unités néonatales de niveaux 2 et 3 seront soumis à l'enquête.

### Admissibilité des patients

Tous les patients qui ont été admis dans un hôpital canadien de soins de courte durée pendant 48 heures ou plus peuvent être inclus dans l'enquête de prévalence ponctuelle, y compris les patients admis dans la salle d'urgence s'ils y sont depuis plus de 48 heures. Les patients hospitalisés pendant une période de moins de 48 heures seront inclus dans l'enquête s'ils ont déjà été admis à l'hôpital faisant l'objet de l'enquête au cours du dernier mois.

### Collecte de données – Milieu hospitalier

Les données suivantes seront recueillies auprès de tous les hôpitaux participant à l'enquête : date de l'enquête, nombre d'admissions, nombre de patients interrogés, nombre de lits d'hospitalisation, nombre de lits de l'unité de soins intensifs, type d'hôpital (pédiatrique, adulte, mixte), services hospitaliers fournis, statut d'hôpital universitaire et taux d'occupation en médecine interne générale. Les données du milieu hospitalier sont fournies une fois pour participer à l'enquête.

### Collecte de données – Patients

Les patients seront désignés dans chaque hôpital par le recensement de l'hôpital à 8 heures du matin n'importe quel jour de la semaine entre le lundi 19 février et le vendredi 15 mars 2024<sup>1</sup>. L'enquête ne doit pas être réalisée pendant les fins de semaine. Les hôpitaux peuvent choisir de mener l'enquête dans différents services, à différents jours de la période d'enquête. Les patients admis après l'heure de début prédéterminée cette journée-là ne seront pas compris dans l'enquête. Les patients ne peuvent être recrutés plus d'une fois pendant la période de surveillance. La collecte des données commencera 24 heures après le recensement (le jour d'après) afin de laisser suffisamment de temps pour effectuer les inscriptions médicales et infirmières dans le dossier médical du patient. Les patients seront soumis à une enquête pendant une période de 24 heures complètes à compter de 8 h le jour du recensement et jusqu'à la même heure le jour suivant<sup>1</sup>.

La collecte de données peut s'effectuer selon deux façons au niveau du patient : un formulaire court qui comprend des données que tous les hôpitaux participants doivent remplir et un formulaire long pour les

---

<sup>1</sup> Par exemple, un établissement qui choisirait le mercredi 21 février 2024 comme journée d'enquête désignerait donc ses patients par le recensement des hospitalisations à 8 h le mercredi 21 février et commencerait la collecte des données 24 heures après le recensement (22 février). Les patients devraient se prêter à l'enquête de 8 h le mercredi 21 février à 8 h le jeudi 22 février.



hôpitaux qui sont en mesure de fournir des données supplémentaires. Pour obtenir des précisions, veuillez consulter les formulaires relatifs au niveau du patient (annexe 4).

## Définitions

### Infection associée aux soins de santé (IASS)

Par infection associée aux soins de santé, on entend :

Un patient qui a des symptômes ou qui reçoit un traitement antimicrobien pour une IASS le jour de l'enquête

#### ET

L'apparition des symptômes a eu lieu le troisième jour ou plus tard (jour d'admission = jour 1) de l'admission actuelle ou le patient présente une infection, mais a été réadmis moins de 48 heures après un congé hospitalier de l'hôpital participant à l'enquête. Pour les infections respiratoires virales, les symptômes doivent apparaître au quatrième jour ou plus tard pour être considérées comme une IASS.

Jours d'admission				
Jour civil	1	2	3	4
Temps (heures)	0	24	48	72

### Utilisation des antimicrobiens (UAM)

Les antimicrobiens comprennent les antibiotiques systémiques, les antiviraux et les antifongiques. Les antimicrobiens topiques ne doivent pas être inclus. La prophylaxie chirurgicale devrait être enregistrée si elle est administrée la veille de l'enquête (c.-à-d. dans les 24 heures précédant 8 h le jour de l'enquête). Pour toute utilisation d'antimicrobiens (p. ex. traitement, prophylaxie médicale), toute administration donnée ou prévue (y compris les traitements intermittents, un jour sur deux par exemple) d'antimicrobiens devrait être enregistrée au moment de l'enquête uniquement. Si l'agent antimicrobien administré pour le traitement ou la prophylaxie médicale a été changé le jour de l'enquête, n'enregistrez que le dernier agent antimicrobien au moment de l'enquête.

## Transmission des données

Les données seront transmises par voie électronique au moyen d'une plateforme Web sécurisée en ligne, LimeSurvey. Les hôpitaux peuvent également transmettre leurs données par voie électronique au PCSIN (cnisp-pcsin@phac-aspc.gc.ca). Si c'est le cas, veuillez contacter le PCSIN pour demander un modèle Excel afin de vous assurer que la mise en forme est compatible avec LimeSurvey.

## Formation des enquêteurs

Le matériel didactique destiné au personnel chargé de la collecte des données est mis à disposition par le PCSIN. Le PCSIN coordonnera et fournira des séminaires en ligne pour examiner la méthodologie de l'enquête de prévalence ponctuelle ainsi que des études de cas.

## Validation des données

La collecte répétée des données s'effectuera en aveugle pour un échantillon de patients dans des hôpitaux sélectionnés. Un hôpital parmi ceux qui se déclarent intéressés par l'étude pilote de validation sera sélectionné au hasard dans chacun des niveaux ci-dessous et invité à participer à l'étude pilote de



validation. Par conséquent, le fait d'indiquer qu'un hôpital souhaite participer ne garantit pas sa participation à l'étude pilote de validation.

1. ≤ 100 lits, formulaire court
2. ≤ 100 lits, formulaire long
3. De 101 à 300 lits, formulaire court
4. De 101 à 300 lits, formulaire long
5. De 301 à 499 lits, formulaire court
6. De 301 à 499 lits, formulaire long
7. ≥ 500 lits, formulaire court
8. ≥ 500 lits, formulaire long

Les attentes concernant l'étude pilote de validation sont les suivantes :

- Effectuer la validation le jour même ou dans la semaine qui suit le jour de l'étude de prévalence ponctuelle principale.
- Recueillir des données en aveugle (c.-à-d. que le ou les membres de l'équipe de validation ne peuvent pas consulter les formulaires de l'étude de prévalence ponctuelle principale).
- Les personnes chargées de la collecte de données de l'étude de validation ne peuvent pas faire partie de l'équipe chargée de la collecte de données de l'étude de prévalence ponctuelle principale.
- Les dossiers des mêmes patients présents à 8 h du matin le jour de l'étude de prévalence ponctuelle principale doivent être réexaminés le jour de l'étude de validation pilote (avec ou sans IASS/antimicrobiens).

## Analyse des données

Les épidémiologistes de l'Agence de la santé publique du Canada nettoieront, valideront et analyseront les données.

## Éthique

Ce projet de surveillance est de nature observationnelle et ne prévoit aucune modification des soins aux patients. Comme la surveillance des IASS est une composante de base de l'assurance de la qualité et des soins aux patients dans les établissements de soins de santé au Canada, le consentement éclairé ne sera pas nécessaire. L'ASPC n'a pas eu à soumettre le projet au comité d'examen éthique (CEE). Les hôpitaux peuvent toutefois demander l'approbation d'un tel comité selon la politique de l'hôpital local. Le code d'identification unique attribué au nom de chaque patient ne servira qu'à identifier les patients de l'établissement hospitalier; il ne sera pas transmis à l'ASPC. Toutes les données demeureront strictement confidentielles.



## RÉFÉRENCES

1. Haley RW, Culver DH, White JW, Morgan WM, Emori TG et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. *Am J Epidemiol* 1985; 121:182-205.
2. Fridkin S, Gaynes RP, Llata E. Measuring the scope and magnitude of hospital-associated infection in the United States: the value of prevalence surveys. *Clin Infect Dis* 2009;48:1434-40.
3. Point-prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute-care hospitals. European Centre for Disease Prevention and Control website. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/healthcare-associated-infectionsantimicrobial-use-PPS.pdf>. Published 2013. Accessed November 21, 2022.
4. Suetens C, Latour K, Kärki T, et al. Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017. *Euro Surveill* 2018;23:31-47.
5. Magill SS, O'Leary E, Janelle SJ, et al. Changes in prevalence of health care–associated infections in U.S. hospitals. *N Engl J Med* 2018;379:1732-1744.
6. Espenhain L, Alberg T, Holen Ø, Løwer HL, Berg T, Eriksen HM. Årsrapport 2017 – Infeksjoner og antibiotikabruk i helseinstitusjoner i Norge. Rapport 2018. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2018 (<https://www.fhi.no/publ/2018/helsetjenesteassosierte-infeksjoner-antibiotikabruk-nois-antibiotikaresiste/>). Accessed November 21, 2022.
7. Mitchell R, Taylor G, Rudnick W, et al. Trends in health care–associated infections in acute care hospitals in Canada: an analysis of repeated point-prevalence surveys. *Can Med Assoc J* 2019;191:E981–E988.
8. Liang JJ, Rudnick W, Mitchell R, et al. Antimicrobial use in Canadian acute-care hospitals: Findings from three national point-prevalence surveys between 2002 and 2017. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 2022;43:1558-1564. <https://doi.org/10.1017/ice.2021.519>



## Annexe 1 – Résumé de la méthodologie de l'enquête sur la prévalence ponctuelle

	PCSIN, 2007	PCSIN, 2009	PCSIN, 2017
<b>Moment</b>			
Période de l'enquête	Février	Février	Février
<b>Hôpitaux</b>			
Admissibilité	Hôpitaux adultes, pédiatriques et mixtes de soins tertiaires de courte durée	Hôpitaux adultes, pédiatriques et mixtes de soins tertiaires de courte durée	Hôpitaux adultes, pédiatriques et mixtes de soins tertiaires de courte durée
Exclusions	Établissements de soins non actifs	Établissements de soins non actifs	Établissements de soins non actifs
Échantillon	28/33 hôpitaux du PCSIN (taux de réponse de 84,8 %); 6 747 patients	39/55 hôpitaux du PCSIN (taux de réponse de 71,0 %); 8 902 patients	47/66 hôpitaux du PCSIN (taux de réponse de 71,2 %); 9 929 patients
<b>Patients</b>			
Admissibilité	Patients inclus dans le recensement des hospitalisations le matin de l'enquête qui ont été hospitalisés pendant ≥ 48 heures et patients dans l'hôpital < 48 heures qui ont été admis à l'hôpital faisant l'objet de l'enquête au cours du mois avant l'enquête.	Patients inclus dans le recensement des hospitalisations le matin de l'enquête qui ont été hospitalisés pendant ≥ 48 heures et patients dans l'hôpital < 48 heures qui ont été admis à l'hôpital faisant l'objet de l'enquête au cours du mois avant l'enquête.	Patients inclus dans le recensement des hospitalisations le matin de l'enquête qui ont été hospitalisés pendant ≥ 48 heures et patients dans l'hôpital < 48 heures qui ont été admis à l'hôpital faisant l'objet de l'enquête au cours du mois avant l'enquête.
Exclusions	Patients de soins de longue durée, patients en attente de placement, patients nécessitant des soins de santé mentale, patients de réadaptation, patientes de maternité et patients de chirurgie ambulatoire ou avec nuitée, sauf s'ils se trouvent dans l'une des unités faisant l'objet de l'enquête.	Patients de chirurgies ambulatoires, patients externes, patients du service des urgences, patients en soins de longue durée, patientes en maternité, bébés en santé, patients en psychiatrie, patients en réadaptation.  Les patients admis aux urgences ont été inclus s'ils ont été hospitalisés pendant plus de 48 heures.	Patients de chirurgies ambulatoires, patients externes, patients du service des urgences, patients en soins de longue durée, patientes en maternité, bébés en santé, patients en psychiatrie, patients en réadaptation.  Les patients admis aux urgences ont été inclus s'ils ont été hospitalisés pendant plus de 48 heures.
Échantillon	Tous les patients admissibles dans les hôpitaux participants	Tous les patients admissibles dans les hôpitaux participants	Tous les patients admissibles dans les hôpitaux participants
<b>Données</b>			
Types de données recueillies	Infections associées aux soins de santé, utilisation des antimicrobiens, caractéristiques de PCI	Infections associées aux soins de santé, utilisation des antimicrobiens, caractéristiques de PCI	Infections associées aux soins de santé, utilisation des antimicrobiens, statut d'isolement
Données démographiques	Date de naissance ou âge, sexe, date d'hospitalisation, service d'hospitalisation	Date de naissance ou âge, sexe, date d'hospitalisation, service d'hospitalisation	Date de naissance ou âge, sexe, date d'hospitalisation, service d'hospitalisation
UAM	Traitement systémique avec des agents antimicrobiens, antifongiques,	Traitement systémique avec un agent antimicrobien (oui/non); code d'antimicrobien	Traitement systémique avec un agent antimicrobien (oui/non); code d'antimicrobien; traitement



	PCSIN, 2007	PCSIN, 2009	PCSIN, 2017
	antituberculeux ou antiviraux (oui/non); code d'antibiotique		d'une infection respiratoire par un agent antiviral
<b>Isolement</b>	Isolement (oui/non); type (gouttelettes, contact, voie aérienne); raison de l'isolement	Isolement (oui/non); type (gouttelettes, contact, voie aérienne); type de chambre (individuelle, commune); raison de l'isolement	Isolement (oui/non); type (gouttelettes, contact, voie aérienne); type de chambre (individuelle, commune); raison de l'isolement
<b>Utilisation de dispositifs</b>	Présence de tube endotrachéal avec ou sans ventilation mécanique; cathéter vésical; cathéter veineux central		
<b>IASS</b>	<b>Pneumonie</b> – date d'apparition, pneumonie acquise sous ventilation/pneumonie non acquise sous ventilation; organisme	<b>Pneumonie</b> – date de prélèvement ou d'apparition; pneumonie acquise sous ventilation/pneumonie non acquise sous ventilation; organisme	<b>Pneumonie</b> – pneumonie acquise sous ventilation/pneumonie non acquise sous ventilation; bactériémie secondaire; organisme
	<b>Infection urinaire</b> – date de culture; organisme	<b>Infection urinaire</b> – date de culture; organisme	<b>Infection urinaire</b> – IVUAUC/IVUNAUC; bactériémie secondaire; organisme
	<b>IPC</b> – date d'apparition ou de culture; type d'IPC; catégorie de chirurgie; organisme	<b>IPC</b> – date de prélèvement; implant; organisme	<b>IPC</b> – date de prélèvement; implant; date de chirurgie; bactériémie secondaire; organisme
	<b>ICD</b> – date de prélèvement	<b>ICD</b> – date de prélèvement	<b>ICD</b> – date de prélèvement; bactériémie secondaire
	<b>Bactériémie associée aux soins de santé</b> – date de culture; type (1 <sup>o</sup> , 1 <sup>o</sup> – intravasculaire; 2 <sup>o</sup> ); organisme	<b>Bactériémie associée aux soins de santé</b> – date de culture; type (1 <sup>o</sup> , 1 <sup>o</sup> – BACVC; 2 <sup>o</sup> ); organisme	<b>Bactériémie associée aux soins de santé</b> – date de prélèvement; type (1 <sup>o</sup> , bactériémie liée à un cathéter central, autre); organisme
	<b>ENN (nouveau-nés seulement)</b> – date d'apparition	<b>ENN (nouveau-nés seulement)</b> – date d'apparition	
	<b>Infection respiratoire virale (soins pédiatriques seulement)</b> – date d'apparition	<b>IRV</b> – date d'apparition; organisme	<b>IRV</b> – date de prélèvement; organisme
	<b>Gastro (soins pédiatriques seulement)</b> – date d'apparition	<b>Gastro (soins pédiatriques seulement)</b> – date d'apparition; organisme	<b>Gastro</b> – date de prélèvement; organisme
<b>MRA</b>	SARM, SASM, ERV, BLSE	SARM, SASM, ERV, BLSE	SARM, SASM, EPC, APC, ERV, BLSE
<b>Infections associées à des dispositifs</b>			Pneumonie acquise sous ventilation, IPC associée à un implant prothétique, IVUAUC, bactériémie liée à un cathéter veineux central
<b>Antimicrobiens/organismes</b>		Annexe/Guide des codes	Annexe/Guide des codes
<b>Personnes chargées de la collecte de données</b>	Personnel chargé de la prévention des infections en milieu hospitalier	Personnel chargé de la prévention des infections en milieu hospitalier	Personnel chargé de la prévention des infections en milieu hospitalier



	PCSIN, 2007	PCSIN, 2009	PCSIN, 2017
<b>Transmission de données</b>	Formulaires standardisés remplis	Formulaires standardisés remplis ou feuilles de calcul transmises par voie électronique	Formulaires standardisés remplis ou feuilles de calcul transmises par voie électronique
<b>Nombre d'IASS</b>	Infections symptomatiques ou pour lesquelles le patient reçoit un traitement antimicrobien le jour de l'enquête	Infections symptomatiques ou pour lesquelles le patient reçoit un traitement antimicrobien ou un autre traitement le jour de l'enquête	Infections symptomatiques ou pour lesquelles le patient reçoit un traitement antimicrobien le jour de l'enquête
<b>Définitions d'IASS utilisées</b>	Définitions du PCSIN, définitions modifiées du NHSN des CDC des États-Unis	Définitions du PCSIN, définitions modifiées du NHSN des CDC des États-Unis	Définitions du PCSIN, définitions modifiées du NHSN des CDC des États-Unis (version de 2017)
<b>Types d'IASS inclus</b>	Sept types d'IASS	Sept types d'IASS	Sept types d'IASS
<b>Bactériémie secondaire</b>	Non comptabilisée séparément de l'IASS primaire	Comptabilisée séparément de l'IASS primaire	Comptabilisée séparément de l'IASS primaire
<b>IASS attribuées à d'autres hôpitaux</b>	Information non incluse	Information non incluse	Information non incluse
<b>Publications</b>	Point prevalence survey for healthcare-associated infections within Canadian acute care hospitals – Journal Hospital Infection, 2007  A point prevalence survey of healthcare-associated infections in pediatric populations in major Canadian acute care hospitals – AJIC, 2007	Assessing the magnitude and trends in hospital acquired infections in Canadian hospitals through sequential point prevalence surveys – ARIC, 2016  Prevalence of antimicrobial use in a network of Canadian hospitals in 2002 and 2009 – Can J Infect Dis Med Microbiol, 2015  A point prevalence survey of health care-associated infections in Canadian pediatric populations – AJIC, 2012	Trends in health care-associated infections in acute care hospitals in Canada: an analysis of repeated point-prevalence surveys (seulement en anglais) – CMAJ, 2019  Antimicrobial Use in Canadian Acute-Care Hospitals: Findings from Three National Point Prevalence Surveys between 2002 and 2017 – ICHE, 2022

## Annexe 2a – Formulaire des hôpitaux (hôpitaux du PCSIN)

- Cet établissement est-il actuellement un hôpital participant au PCSIN?  Oui  Non
- À quel protocole de l'enquête sur la prévalence ponctuelle l'établissement participe-t-il?  Formulaire longs pour les patients  
 Formulaire courts pour les patients
- Numéro d'établissement membre du CCEH : \_\_\_\_\_
- Nombre total de patients admis participant à l'enquête<sup>2</sup> : \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> Sont exclus : 1) les unités de soins de longue durée et d'attente de placement, 2) les unités de santé mentale, 3) les unités de réadaptation, 4) les unités de maternité et les pouponnières de bébés en santé et 5) les unités de chirurgie d'un jour et de chirurgie avec nuitée.





## Annexe 2b – Formulaire des hôpitaux (hôpitaux qui ne font pas partie du PCSIN)

1. Cet établissement est-il actuellement un hôpital participant au PCSIN?  Oui  Non
2. À quel protocole de l'enquête sur la prévalence ponctuelle l'établissement participe-t-il?  Formulaires longs pour les patients  
 Formulaires courts pour les patients
3. Code d'hôpital : \_\_\_\_\_
4. Nombre total de patients admis participant à l'enquête<sup>5</sup> : \_\_\_\_\_
5. Nombre total de patients à inclure dans l'enquête<sup>6</sup> : \_\_\_\_\_
6. Date de l'enquête : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
JJ MM AAAA
7. Nombre total de **lits d'hospitalisation** dans cet établissement de santé le jour de l'enquête : \_\_\_\_\_
8. S'agit-il d'un hôpital universitaire<sup>7</sup>?  Oui  Non
9. Type d'hôpital :  Soins aux adultes  Soins mixtes  Soins pédiatriques  
 Médecine générale  Chirurgie
10. Parmi les services suivants, lesquels sont offerts par votre hôpital? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)
 

<input type="checkbox"/> Obstétrique	<input type="checkbox"/> Gynécologie
<input type="checkbox"/> Chirurgie cardiaque	<input type="checkbox"/> Neurochirurgie
<input type="checkbox"/> Dialyse	<input type="checkbox"/> Soins de longue durée ou autres niveaux de soins
<input type="checkbox"/> Réadaptation	<input type="checkbox"/> Greffe d'organe plein
<input type="checkbox"/> Greffe de moelle osseuse	<input type="checkbox"/> Hématologie
<input type="checkbox"/> Unité de soins aux brûlés	<input type="checkbox"/> Oncologie

<sup>5</sup> Sont exclus : 1) les unités de soins de longue durée et d'attente de placement, 2) les unités de santé mentale, 3) les unités de réadaptation, 4) les unités de maternité et les pouponnières de bébés en santé et 5) les unités de chirurgie d'un jour et de chirurgie avec nuitée.

<sup>6</sup> Patients admissibles hospitalisés pendant ≥ 48 heures ou réadmis à la suite d'une hospitalisation précédente au cours du dernier mois

<sup>7</sup> Les hôpitaux universitaires sont définis comme des établissements étroitement associés à une école de médecine qui servent comme installation de formation clinique tout au long de l'année pour les étudiants en médecine ET les résidents. Un établissement n'est pas considéré comme un hôpital universitaire s'il reçoit seulement des étudiants ou des résidents par choix, ou s'il forme seulement des résidents de médecine familiale ou de soins infirmiers.



- Services d'urgence
- Centre de traumatologie
- Pédiatrie
- USC
- Soins intensifs généraux (mixtes)
- Unité néonatale de soins intensifs
- Autre unité de soins intensifs, précisez :
- Soins palliatifs
- USI
- Autre (veuillez préciser) :
- Chirurgie cardiovasculaire
- Neurologie
- Unité de soins pédiatriques intensifs

Si la réponse est « USI », veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent :

Si oui, nombre de lits le jour de l'enquête : \_\_\_\_\_

Si oui, nombre de lits le jour de l'enquête : \_\_\_\_\_

Si oui, nombre de lits :

Si oui, nombre de lits :

11. Taux d'occupation en médecine interne générale :
- Nombre total de lits financés le jour de l'enquête : \_\_\_\_\_
- Nombre total de lits dotés en personnel le jour de l'enquête : \_\_\_\_\_
- Nombre total de lits occupés le jour de l'enquête : \_\_\_\_\_



## Annexe 3 – Formulaire au niveau des patients

1. Identifiant du patient : \_\_\_\_\_  
Code hospitalier/n° de l'établissement affilié au CCEH – Code d'identification unique du patient

### **PARTIE 1. RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES DU PATIENT (questions obligatoires du formulaire long et court)**

2. Âge Indiquez l'âge. **Précisez :** Ans, mois, jours
3. Sexe :  Homme  
 Femme
4. Date d'hospitalisation<sup>8</sup> : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
JJ MM AAAA
5. Veuillez sélectionner le service où était le patient à 8 h le jour de l'enquête (cochez UNE seule réponse) :
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Médecine générale  | <input type="checkbox"/> Hématologie/oncologie/greffe de moelle osseuse |
| <input type="checkbox"/> Pédiatrie  | <input type="checkbox"/> Chirurgie, y compris la gynécologie            |
| <input type="checkbox"/> Unité de soins intensifs (USI) pour adultes                    | <input type="checkbox"/> Greffe d'organe plein                          |
| <input type="checkbox"/> Soins intensifs pédiatriques                                   | <input type="checkbox"/> Traumatisme/brûlure                            |
| <input type="checkbox"/> USI néonatale  | <input type="checkbox"/> Soins médicaux, chirurgicaux et mixtes         |
| <input type="checkbox"/> Obstétrique  | <input type="checkbox"/> Soins coronariens (pas une USI)                |
| <input type="checkbox"/> Urgences (admis, en attente d'un lit pour patient hospitalisé) | <input type="checkbox"/> Unité de soins intermédiaires                  |
| <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : _____                              |   |

### **Partie 2. STATUT D'ÉCLOSION (questions supplémentaires – à remplir seulement dans le questionnaire long??)**

- 6a. Y a-t-il une éclosion dans cette unité?  Oui  Non (passez à la question 7).  
 Information inconnue
- 6b. Précisez les pathogènes à l'origine de l'éclosion.

### **PARTIE 3. DISPOSITIFS INVASIFS (questions supplémentaires – à remplir seulement dans le questionnaire long??)**

7. Le patient a-t-il un dispositif invasif installé à 8 h, le jour de l'enquête?  Oui  Non (passez à la question 8).  
 Information inconnue  
 Cathéter vésical  
 Cathéter vasculaire périphérique

<sup>8</sup> La date d'hospitalisation d'un patient du service des urgences est la date à laquelle on a décidé de l'hospitaliser, et non la date à laquelle il est transféré au service. Par exemple, un patient se trouve aux urgences depuis plus de 48 heures et est admis le mercredi 21 février 2024. Il est transféré au service le vendredi 23 février 2024. La date d'hospitalisation serait le mercredi 21 février 2024.



- Cathéter vasculaire central
- Tubes et drains insérés
- Intubation endotrachéale respiratoire invasive
- Autre

**PARTIE 4. PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES (questions obligatoires du questionnaire long et court)**

8. Le patient se voit-il actuellement appliquer des précautions (additionnelles) d'isolement?  Oui  Non (passez à la question 9).  
Si oui, précisez le type d'isolement (*cochez toutes les réponses qui s'appliquent*).
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gouttelettes   | <input type="checkbox"/> Gouttelettes et utilisation d'un masque N95        |
| <input type="checkbox"/> Contact  | <input type="checkbox"/> Voie aérienne                                      |
| <input type="checkbox"/> Chambre individuelle                                 | <input type="checkbox"/> Chambre à plusieurs lits ou sans rehausseur de lit |
| <input type="checkbox"/> Chambre à plusieurs lits dans le cadre d'une COHORTE |   |

Indiquez la raison des précautions additionnelles (*cochez toutes les réponses qui s'appliquent*) :

- 9.
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> SARM  | <input type="checkbox"/> Varicelle/zona disséminé                                       |
| <input type="checkbox"/> ERV   | <input type="checkbox"/> Organisme producteur de bêta-lactamase à spectre étendu (BLSE) |
| <input type="checkbox"/> Infection à <i>Clostridioides difficile</i>               | <input type="checkbox"/> Méningite bactérienne  |
| <input type="checkbox"/> Tuberculose   | <input type="checkbox"/> Streptocoque invasif du groupe A                               |
| <input type="checkbox"/> Infections respiratoires virales (autres que la COVID-19) | <input type="checkbox"/> Gastro-entérite virale   |
| <input type="checkbox"/> Organisme producteur de carbapénémases                    | <input type="checkbox"/> Autres bacilles à Gram négatif multirésistants                 |
| <input type="checkbox"/> COVID-19  | <input type="checkbox"/> <i>Candida auris</i>   |
| <input type="checkbox"/> Autre ( <i>veuillez préciser</i> ) : _____                |   |

**PARTIE 5. UTILISATION D'UN AGENT ANTIMICROBIEN – Voir le document sur l'utilisation d'agents antimicrobiens, qui sera annexé à la version finale**

**PARTIE 6. INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS DE SANTÉ (questions obligatoires du questionnaire long et court)**

10. Le patient présente-t-il une ou plusieurs des IASS suivantes **OU** est-il actuellement traité avec des agents antimicrobiens pour l'une ou plusieurs de ces infections?  Oui  Non (*si la réponse est « non », l'enquête se termine ici.*)  
(*Se reporter à l'annexe 6 pour les définitions.*)  
**Si oui, de quel type? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)**
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Pneumonie associée aux soins de santé</b> |  |
| Type de pneumonie :   | <input type="checkbox"/> Acquis sous ventilation |





- Chirurgie ovarienne
- Chirurgie de la prostate
- Chirurgie rectale
- Chirurgie de l'intestin grêle
- Chirurgie de la rate
- Chirurgie de la thyroïde ou de la parathyroïde
- Hystérectomie vaginale
- Laparotomie exploratrice
- Chirurgie mammaire
- Chirurgie cardiaque
- Pontage aortocoronarien avec des incisions au thorax et au site donneur
- Pontage aortocoronarien avec une incision au thorax seulement
- Craniotomie
- Fusion des vertèbres
- Réduction ouverte de fracture
- Hernioplastie
- Prothèse de la hanche
- Prothèse du genou
- Chirurgie pour implantation d'un stimulateur cardiaque
- Pontage vasculaire périphérique
- Dérivation ventriculaire
- Autre (précisez) :

Indiquez les organismes :

- \_\_\_\_\_
- Aucun organisme identifié
  - Infection à *Clostridioides difficile* associée aux soins de santé**
  - Bactériémie associée aux soins de santé**

Type :

- Primaire

- Bactériémie liée à un cathéter veineux central



Source inconnue

Autre (précisez) :  
\_\_\_\_\_

Indiquez les organismes :

\_\_\_\_\_

**Infection respiratoire virale associée aux soins de santé**

Indiquez les organismes :

\_\_\_\_\_

**Gastro-entérite virale associée aux soins de santé**

Indiquez les organismes :

\_\_\_\_\_



## Annexe 4 – Agents antimicrobiens

Amikacine	Céfuroxime	Moxifloxacine
Amoxicilline	Ciprofloxacine	Nitrofurantoïne
Amoxicilline/Clavulanate	Clarithromycine	Norfloxacine
Amphotéricine B	Clindamycine	Oseltamivir
Ampicilline	Cloxacilline	Autres médicaments antituberculeux
Anidulafungine	Colistine	Autres médicaments antiviraux
Azithromycine	Daptomycine	Autres (préciser)
Aztréonam	Doxycycline	Pénicilline G
Caspofungine	Ertapénème	Pénicilline V
Céfadroxil	Érythromycine	Pipéracilline
Céfalexine	Éthambutol	Pipéracilline-tazobactam
Céfalotine	Fluconazole	Posaconazole
Céfazoline	Gentamicine	Pyrazinamide
Céfépime	Imipénème	Rifampicine
Céfixime	Isoniazide	Sulfaméthoxazole/Triméthoprim
Céfotaxime	Itraconazole	Tétracycline
Céfoxitine	Lévofloxacine	Tigécycline
Ceftazidime	Linézolide	Tobramycine
Ceftazidime ou avibactam	Méropénème	Vancomycine
Ceftolazane/tazobactam	Métronidazole	Voriconazole
Ceftriaxone	Micafungine	



## Annexe 5 – Microorganismes

Acinetobacter baumannii	Klebsiella pneumoniae
Acinetobacter spp., ou non précisé	Klebsiella spp., autre ou non précisé
Acintomyces	Legionella spp.
Adénovirus	Listeria monocytogenes
Aeromonas spp.	M. catarrhalis
Aspergillus spp.	Morganella spp.
Bacteroides fragilis	Complexe Mycobacterium tuberculosis
Streptocoques bêta-hémolytique, groupe A	Mycoplasma pneumoniae
Streptocoque bêta-hémolytique, groupe B	Neisseria gonorrhoeae
Streptocoque bêta-hémolytique, autre	Neisseria meningitidis
Bocavirus	Norovirus
Burkholderia cepacia	Autre bactérie de souche Mycobacterium, atypique
Burkholderia mallei	Autres staphylocoques à coagulase négative (SCN)
Burkholderia pseudomallei	Autres entérobactéries
Campylobactéries	Parainfluenza
Espèce Candida, autre ou non précisé	Peptostreptococcus spp.
Candida auris	Proteus mirabilis
Chlamydia spp.	Proteus spp., autre ou non précisé
Citrobacter freundii	Proteus vulgaris
Citrobacter spp., autre ou non précisé	Providencia spp., autre ou non précisé
Clostridium difficile	Pseudomonas aeruginosa
Clostridium spp., autre ou non précisé	Famille Pseudomonadaceae, autre ou non précisé
Espèces Corynebacterium	Virus respiratoire syncytial
E. coli	Rhinovirus
Enterobacter cloacae	Rotavirus
Enterobacter spp., autre ou non précisé	Salmonella Enteritidis
Enterococcus faecalis	Salmonella spp., ou autre non précisé
Enterococcus faecium	Salmonella typhi ou paratyphi
Enterococcus spp., autre ou non précisé	Salmonella Typhimurium
Entérovirus	Serratia marcescens
Entérovirus/Rhinovirus	Serratia spp., autre ou non précisé
H. influenzae	Shigella spp.
Helicobacter pylori	Staphylococcus aureus
Virus de l'herpès simplex	Staphylococcus epidermidis
Coronavirus humain (pas SRAS-CoV-2)	Staphylococcus haemolyticus
SRAS-CoV-2	Stenotrophomonas maltophilia
Métapneumovirus humain	Streptococcus pneumoniae
Grippe A	Streptococcus spp., autre ou non précisé
Virus grippal B	Virus varicelle-zona
Klebsiella aerogenes	Streptocoques non groupables
Klebsiella oxytoca	Yersinia spp.
	Autre, non précisé ci-dessus



## Annexe 6 – Définition des infections associées aux soins de santé

### Pneumonie

Signe d'infection détectée à l'imagerie	Signes et symptômes
<p>Deux examens d'imagerie du thorax en série (ou plus) montrant au moins l'une des caractéristiques suivantes :</p> <p>Apparition récente et persistante ou progressive et persistante :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Infiltrat</li><li>• Consolidation</li><li>• Cavitation</li><li>• Pneumatocèles (nourrissons âgés de <math>\leq 1</math> an)</li></ul> <p>Remarque : Chez les patients exempts d'une maladie pulmonaire ou cardiaque sous-jacente (p. ex. syndrome de détresse respiratoire, dysplasie broncho-pulmonaire, œdème pulmonaire ou maladie pulmonaire chronique obstructive), un seul examen d'imagerie définitif est acceptable.</p>	<p>Chez TOUS LES PATIENTS, au moins <b>un</b> des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Fièvre (<math>&gt; 38,0</math> °C ou <math>&gt; 100,4</math> °F)</li><li>• Leucopénie (<math>\leq 4\,000</math> globules blancs/mm<sup>3</sup>) ou leucocytose (<math>\geq 12\,000</math> globules blancs/mm<sup>3</sup>)</li><li>• Chez les adultes âgés de <math>\geq 70</math> ans, altération de l'état mental sans autre cause connue</li></ul> <p>ET au moins deux des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Expectorations purulentes d'apparition récente ou montrant un changement, ou sécrétions respiratoires accrues ou succions plus fréquentes nécessaires</li><li>• Toux récente ou s'aggravant, ou encore dyspnée ou tachypnée</li><li>• Râles ou bruits respiratoires bronchiques</li><li>• Détérioration des échanges gazeux (p. ex. désaturations en O<sub>2</sub> [c.-à-d. PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> <math>&lt; 240</math>], besoins accrues en oxygène ou sollicitation accrue du ventilateur)</li></ul> <p>AUTRES CRITÈRES, pour nourrissons âgés de <math>\leq 1</math> an :</p> <p>Détérioration des échanges gazeux (p. ex. désaturations en O<sub>2</sub> [c.-à-d. oxymétrie de pouls <math>&lt; 94</math> %]), besoins accrues en oxygène ou sollicitation accrue du ventilateur</p> <p>ET au moins trois des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Instabilité de la température</li><li>• Leucopénie (<math>\leq 4\,000</math> globules blancs/mm<sup>3</sup>) ou leucocytose (<math>\geq 15\,000</math> globules blancs/mm<sup>3</sup>) et déviation vers la gauche (<math>\geq 10</math> % de granulocytes neutrophiles à noyau en bâtonnet)</li><li>• Expectorations purulentes d'apparition récente ou montrant un changement, ou sécrétions respiratoires accrues ou succions plus fréquentes nécessaires</li><li>• Apnée, tachypnée, et battement des ailes du nez avec rétractation de la paroi thoracique ou geignement respiratoire</li><li>• Respiration sifflante, râles ou ronchus</li><li>• Toux</li><li>• Bradycardie (<math>&lt; 100</math> battements/minute) ou tachycardie (<math>&gt; 170</math> battements/minute)</li></ul>



AUTRES CRITÈRES, pour enfant de plus d'un an mais de 12 ans et moins, au moins trois des critères suivants :

- Fièvre ( $> 38,0\text{ }^{\circ}\text{C}$  ou  $> 100,4\text{ }^{\circ}\text{F}$ ) ou hypothermie ( $< 36,0\text{ }^{\circ}\text{C}$  ou  $< 96,8\text{ }^{\circ}\text{F}$ )
- Leucopénie ( $\leq 4\ 000$  globules blancs/ $\text{mm}^3$ ) ou leucocytose ( $\geq 15\ 000$  globules blancs/ $\text{mm}^3$ )
- Expectorations purulentes d'apparition récente ou montrant un changement, ou sécrétions respiratoires accrues ou succions plus fréquentes nécessaires • Toux récente ou s'aggravant, ou dyspnée, apnée ou tachypnée
- Râles ou bruits respiratoires bronchiques
- Détérioration des échanges gazeux (p. ex. désaturations en  $\text{O}_2$  [c.-à-d. oxymétrie de pouls  $< 94\%$ ]), besoins accrues en oxygène ou sollicitation accrue du ventilateur

Source : [Définitions de surveillance \(cdc.gov\)](https://www.cdc.gov) du NHSN

### **Pneumonie acquise sous ventilation**

Pneumonie où le patient est sous ventilation mécanique pendant plus de deux jours civils à la date de l'événement, le jour de la mise sous ventilation étant le jour 1,\*

ET

le patient était sous ventilation à la date de l'événement ou le jour précédent.

\*Si le patient était sous ventilation avant son hospitalisation, le dénombrement des jours sous ventilation commence à la date d'admission au premier lieu d'hospitalisation.

S'il y a arrêt de la ventilation mécanique pendant au moins une journée civile complète, le dénombrement des jours pour l'association à la ventilation repart à zéro à la réintubation ou à la reprise de la ventilation mécanique.

Source : [Définitions de surveillance \(cdc.gov\)](https://www.cdc.gov) du NHSN



## Infection des voies urinaires (IVU)

Infection des voies urinaires symptomatique (IVUS)

Doit satisfaire à au moins un des critères suivants :

Infection des voies urinaires associée à l'utilisation de cathéters (IVUAUC) chez un patient, peu importe son âge

Le patient doit satisfaire aux critères 1, 2 et 3 ci-dessous :

1. Le patient avait un cathéter vésical à demeure en place depuis plus de 2 jours consécutifs dans un lieu d'hospitalisation à la date de l'événement (où le jour 1= jour du placement du dispositif) ET le dispositif :

- Était présent pour une partie de la journée civile à la date de l'événement

OU

- A été retiré le jour avant l'événement

2. Le patient présente au moins l'un des signes et symptômes suivants :

- fièvre (> 38,0 °C)
- sensibilité sus-pubienne
- douleur ou sensibilité de l'angle costo-vertébral
- mictions impérieuses<sup>^</sup>
- pollakiurie<sup>^</sup>
- dysurie<sup>^</sup>

3. Le patient a une culture positive; pas plus de deux espèces de microorganismes, dont au moins une a été mesurée à  $\geq 105$  UFC/ml (voir les commentaires). Tous les éléments du critère d'IVUS doivent être présents au cours de la période fenêtre de l'infection (voir la définition de période fenêtre de l'infection dans le chapitre 2 concernant l'identification des IASS selon le NHSN).

<sup>^</sup> On ne peut prendre ces symptômes en compte lorsqu'un cathéter est en place, puisqu'un cathéter vésical à demeure pourrait entraîner des mictions fréquentes ou impérieuses ou une dysurie.



	<p>Remarque : La fièvre est un symptôme non spécifique de l'infection et ne peut pas être exclue de la détermination de l'infection urinaire, et ce, même si le tableau clinique suggère qu'elle est due à une autre cause connue.</p>
<p>Infection des voies urinaires non associée à l'utilisation de cathéters (IVUNAUC) chez un patient, peu importe son âge</p>	<p>Le patient doit satisfaire aux critères 1, 2 et 3 ci-dessous :</p> <p>1. Un des énoncés suivants est vrai :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Le patient avait un cathéter vésical à demeure en place, mais il n'avait pas été installé depuis plus de deux jours consécutifs à un lieu d'hospitalisation à la date de l'événement</li></ul> <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Le patient n'avait pas de cathéter vésical à demeure en place à la date de l'événement ni le jour précédant cette date</li></ul> <p>2. Le patient présente au moins l'un des signes et symptômes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• fièvre (&gt; 38 °C)</li><li>• sensibilité sus-pubienne*</li><li>• douleur ou sensibilité de l'angle costo-vertébral*</li><li>• pollakiurie ^</li><li>• mictions impérieuses ^</li><li>• dysurie ^</li></ul> <p>3. Le patient a une culture positive; pas plus de deux espèces de microorganismes, dont au moins une a été mesurée à <math>\geq 105</math> UFC/ml. (Voir les commentaires). Tous les éléments du critère d'IVUS doivent être présents au cours de la période fenêtre de l'infection (voir la définition de période fenêtre de l'infection dans le chapitre 2 concernant l'identification des IASS selon le NHSN).</p> <p>* Sans autre cause connue (Voir les commentaires)</p> <p>^On ne peut prendre ces symptômes en compte lorsqu'un cathéter vésical à demeure est en place, puisque ce cathéter pourrait entraîner des mictions fréquentes ou impérieuses ou une dysurie.</p>



	<p>Remarque : La fièvre est un symptôme non spécifique de l'infection et ne peut pas être exclue de la détermination de l'infection urinaire, et ce, même si le tableau clinique suggère qu'elle est due à une autre cause connue.</p>
IVUAUC ou IVUNAUC chez les patients d'un an ou moins	<p>Le patient doit satisfaire aux critères 1, 2 et 3 ci-dessous :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Le patient est âgé d'un an ou moins (avec‡ ou sans cathéter vésical à demeure).</li><li>2. Le patient présente au moins l'un des signes et symptômes suivants :<ul style="list-style-type: none"><li>• fièvre (&gt; 38,0 °C)</li><li>• hypothermie (36,0 °C)</li><li>• apnée*</li><li>• bradycardie*</li><li>• léthargie*</li><li>• vomissements*</li><li>• sensibilité sus-pubienne*</li></ul></li><li>3. Le patient a une culture positive; pas plus de deux espèces de microorganismes, dont au moins une a été mesurée à <math>\geq 105</math> UFC/ml. (Voir les commentaires.)</li></ol> <p>‡ Si le patient a un cathéter vésical à demeure pendant plus de deux jours consécutifs dans un lieu d'hospitalisation et que le cathéter était en place à la date de l'événement ou le jour avant, le critère pour l'IVUAUC est respecté. Si aucun cathéter vésical à demeure n'était en place, le critère pour l'infection des voies urinaires (non associée à l'utilisation de cathéters) est respecté.</p> <p>* Sans autre cause connue (Voir les commentaires)</p> <p>Remarque : Bien que non spécifiques, les symptômes de fièvre et d'hypothermie ne doivent pas être exclus de la détermination de l'IVU, et ce, même si le tableau clinique suggère qu'ils sont dus à une autre cause connue.</p>
	Source : <a href="https://www.cdc.gov">Définitions de surveillance (cdc.gov)</a> du NHSN



### **Infection d'un site opératoire (ISO)**

#### **Infection d'incision superficielle**

Doit satisfaire aux critères suivants :

Apparition de l'infection dans les 30 jours suivant une des interventions chirurgicales (jour 1 = date de l'intervention)

**ET**

ne touche que la peau et le tissu sous-cutané entourant l'incision

**ET**

le patient présente au moins **UN** des éléments suivants :

- a. Écoulement purulent provenant de l'incision superficielle
- b. Organisme identifié à partir d'un échantillon prélevé de manière aseptique au niveau de l'incision superficielle ou de son tissu sous-cutané environnant au moyen d'une méthode d'analyse microbiologique basée ou non sur une culture et réalisée aux fins de diagnostic clinique ou de traitement (et non, par exemple, aux fins de surveillance active)
- c. Incision superficielle délibérément ouverte par un chirurgien, un médecin ou un autre professionnel désigné par le médecin, et aucune analyse basée ou non sur une culture n'a été réalisée pour l'incision superficielle ou le tissu sous-cutané

**ET**

Présence d'au moins *un* des signes ou symptômes suivants : douleur ou sensibilité localisée, enflure localisée, rougeur ou chaleur

- d. Diagnostic d'infection superficielle d'une incision (ISO) posé par un médecin ou un professionnel désigné par le médecin

#### **Infection profonde d'une incision (ISO)**

Doit satisfaire aux critères suivants :



L'infection doit être apparue dans les 30 à 90 jours suivant une des interventions chirurgicales (le jour 1 représentant la date de l'intervention) de la liste dans le tableau 1.

**ET**

touche les tissus mous profonds de l'incision (p. ex. fascias et muscles)

**ET**

le patient présente au moins UN des éléments suivants :

- a. Écoulement purulent provenant de l'incision profonde
- b. Incision profonde spontanément déhiscente ou délibérément ouverte ou aspirée par un chirurgien, un médecin ou un autre professionnel désigné par le médecin

**ET**

Organisme identifié à partir des tissus mous profonds de l'incision au moyen d'une méthode d'analyse microbiologique basée ou non sur une culture et réalisée aux fins de diagnostic clinique ou de traitement (et non, par exemple, aux fins de surveillance active) et où une méthode d'analyse microbiologique basée ou non sur une culture n'est pas réalisée. Une méthode basée ou non sur une culture à partir des tissus mous profonds de l'incision qui montre un résultat négatif annule cet élément du critère

**ET**

Présence d'au moins **un** des signes ou symptômes suivants : fièvre (> 38 °C), douleur ou sensibilité localisée

- c. Abscess ou autre signe d'infection touchant l'incision profonde détectée lors d'un examen anatomique sommaire ou d'un examen histopathologique ou à l'imagerie

**ISO d'un organe/espace**

Doit satisfaire aux critères suivants :



L'infection doit être apparue dans les 30 à 90 jours suivant une des interventions chirurgicales (le jour 1 représentant la date de l'intervention) de la liste dans le tableau 1.

**ET**

touche une partie du corps plus profonde que les couches aponévrotiques/musculaires, qui est ouverte ou manipulée durant l'intervention chirurgicale

**ET**

le patient présente au moins UN des éléments suivants :

- a. Écoulement purulent provenant d'un drain placé dans l'organe/espace (p. ex. système de drainage par aspiration fermé, drain ouvert, drain par tube en T, drainage guidé par tomodynamométrie [TDM])
- b. Organisme identifié à partir d'un fluide ou d'un tissu dans l'organe ou l'espace au moyen d'une méthode d'analyse microbiologique basée ou non sur une culture et réalisée aux fins de diagnostic clinique ou de traitement (et non, par exemple, aux fins de surveillance active)
- c. Abscess ou autre signe d'infection touchant l'organe/espace, détecté lors d'un examen anatomique sommaire ou d'un examen histopathologique ou à l'imagerie

**ET**

Satisfait à au moins un des critères d'infection d'un organe/espace particulier indiqué dans le tableau 2

Source : [Définitions de surveillance \(cdc.gov\)](https://www.cdc.gov) du NHSN

**Tableau 1. Périodes de surveillance d'une IPC après des interventions chirurgicales**

Interventions chirurgicales	
Surveillance sur 30 jours	
Réparation d'anévrisme de l'aorte abdominale	Laminectomie
Amputation d'un membre	Greffe de foie
Appendicectomie	Chirurgie du cou
Voie de dérivation de dialyse	Chirurgie rénale
Chirurgie du canal cholédoque, du foie ou du pancréas	Chirurgie ovarienne
Endartériectomie de la carotide	Chirurgie de la prostate
Chirurgie de la vésicule biliaire	Chirurgie rectale
Chirurgie du colon	Chirurgie de l'intestin grêle
Césarienne	Chirurgie de la rate



Chirurgie gastrique ou thoracique (THOR)	Chirurgie de la thyroïde ou de la parathyroïde
Hystérectomie abdominale	Hystérectomie vaginale
Greffe de rein	Laparotomie exploratrice
<b>Surveillance sur 90 jours</b>	
Chirurgie mammaire	Réduction ouverte de fracture
Chirurgie cardiaque	Hernioplastie
Pontage aortocoronarien avec des incisions au thorax et au site donneur	Prothèse de la hanche
Pontage aortocoronarien avec une incision au thorax seulement	Prothèse du genou
Craniotomie	Chirurgie pour implantation d'un stimulateur cardiaque
Fusion des vertèbres	Pontage vasculaire périphérique
	Dérivation ventriculaire

**Tableau 2. Sites précis de l'IPC de l'organe ou de l'espace**

<b>Site précis</b>	
Ostéomyélite	Médiastinite
Abcès du sein ou mastite	Méningite ou ventriculite
Myocardite ou péricardite	Infection de la cavité buccale (bouche, langue ou gencives)
Infection des espaces intervertébraux	Infection des tissus pelviens profonds ou autre infection de l'appareil reproducteur masculin ou féminin
Infection de l'oreille ou de la mastoïde	Infection articulaire périprothétique
Endométrite	Abcès ou infection de la moelle épinière
Endocardite	Sinusite
Infection du tractus gastro-intestinal	Tractus gastro-intestinal
Infection intra-abdominale, non précisée ailleurs	Infection de l'appareil urinaire
Infection intracrânienne (VASC)	Infection d'une artère ou d'une veine



Infection articulaire ou bursite	Infection du cul-de-sac postérieur de la voûte vaginale
Autre infection des voies respiratoires inférieures	

### Infection à *Clostridium difficile* (ICD)

**Critère 1** : Présente une diarrhée\* ou de la fièvre, une douleur abdominale et/ou un iléus ET une confirmation en laboratoire d'un résultat positif au dosage ou au test de polymérase en chaîne (PCR) de gènes de la toxine de *C. difficile* (sans signe raisonnable d'une autre cause de la diarrhée).

OU

**Critère 2** : A reçu un diagnostic de pseudomembranes à la sigmoïdoscopie ou à la colonoscopie (ou après la colectomie) ou un diagnostic histologique/pathologique d'ICD.

OU

**Critère 3** : Un diagnostic de syndrome colectasique a été posé (chez les patients adultes seulement).

#### Exclusions

- Tout patient de moins d'un an.
- Les patients pédiatriques (âgés de 1 an à moins de 18 ans) chez qui on a trouvé une autre cause pour la diarrhée (p. ex. rotavirus, norovirus, lavement ou médication) sont exclus, même si le résultat de l'épreuve diagnostique de *C. difficile* est positif.

\* La diarrhée est définie par l'une ou l'autre manifestation suivante :

- ✓ 6 selles aqueuses ou plus sur une période de 36 heures;
- ✓ 3 selles aqueuses non moulées ou plus sur une période de 24 heures, si cela est nouveau ou inhabituel pour le patient (chez les patients adultes seulement).

**Source** : Définition de 2023 du PCSIN

### Bactériémie (infection du sang)

La bactériémie N'EST PAS liée à une infection à un autre site (c.-à-d. qu'elle n'est pas une bactériémie secondaire selon les définitions du National Healthcare Safety Network [NHSN] – consulter le [chapitre 2](#) et le [chapitre 4 – annexe B](#)) et respecte l'un des critères suivants :



**Critère 1** : Pathogène reconnu mis en culture à partir d'au moins une hémoculture, sans rapport avec une infection à un autre site (c.-à-d. qu'il ne s'agit pas d'une bactériémie secondaire selon les définitions du NHSN).

**OU**

**Critère 2** : Au moins un des symptômes suivants : fièvre (> 38 °C température centrale), frissons, hypotension (si patient âgé < 1 an : fièvre [> 38 °C température centrale], hypothermie [< 36 °C température centrale], apnée ou bradycardie ET contaminant cutané courant cultivé à partir d'au moins ≥deux échantillons de sang prélevés lors de deux occasions distinctes, ou à deux différents sites, sans rapport avec une infection à un autre site (c.-à-d. qu'il ne s'agit pas d'une bactériémie secondaire selon les définitions du NHSN).

Les critères doivent être respectés dans une période de sept jours, qui comprend les trois jours avant et les trois jours après la date de collecte de la première hémoculture positive.

Bacilles diphthéroïdes (*Corynebacterium* spp., et non *C. diphtérie*), *Bacillus* spp (et non *B. anthracis*), *Propionibacterium* spp., staphylocoques à coagulase négative (y compris *S. epidermidis*), streptocoques non groupables, *Aerococcus* spp., *Micrococcus* spp. et *Rhodococcus* spp

Les sites distincts peuvent comprendre les veines périphériques, les CVC ou les lumières distinctes d'un cathéter à plusieurs lumières. Des occasions distinctes incluent deux (2) hémocultures prélevées le même jour ou plusieurs jours civils consécutifs par ponction veineuse ou cathéter séparé. La date de prélèvement de la première hémoculture ayant obtenu un résultat positif est celle utilisée pour identifier la date de la culture positive. Deux fioles d'une hémoculture positive prélevées lors de la même ponction veineuse ou à partir du même cathéter ne constituent qu'une seule hémoculture positive.

**Source** : Définition de 2023 du PCSIN

### **Bactériémie associée à un cathéter central**

Une bactériémie associée à un cathéter central doit satisfaire à l'un des critères suivants :

**Critère 1** : Une bactériémie confirmée en laboratoire alors qu'un cathéter veineux central (CVC) ou un cathéter ombilical (CO) était en place depuis plus de 2 jours civils à la date de l'hémoculture positive, le jour du placement du dispositif étant le jour 1.

**OU**



**Critère 2** : Une bactériémie confirmée en laboratoire alors qu'un CVC ou un CO était en place depuis plus de 2 jours civils puis retiré le jour de l'hémoculture positive ou le jour avant.

CVC = dispositif d'accès veineux qui se rend jusqu'au cœur ou près du cœur, ou dans un des grands vaisseaux sanguins. Le NHSN des CDC des États-Unis définit les grands vaisseaux sanguins comme l'aorte, l'artère pulmonaire, la veine cave inférieure ou supérieure, le tronc brachio-céphalique veineux, la veine jugulaire interne, la veine sous-clavière, l'artère iliaque externe, l'artère iliaque primitive, les veines fémorales, et l'artère et la veine ombilicales.

Les différents types de CVC comprennent notamment les CVC (standard) non tunnélisés, enduits ou non, les cathéters insérés par voie périphérique (CIP), les dispositifs tunnélisés (p. ex. Broviac, Hickman), les cathéters tunnélisés pour hémodialyse, les cathéters intracardiaques tels que les cathéters intra-artériels et ventriculaires, les cathéters double fonction tels que les cathéters veineux périphériques/avec capteur de température (p. ex. les cathéters Cool, Quattro, les dispositifs d'insertion, etc.), les cathéters artériels pulmonaires, artériels ombilicaux, les cathéters veineux et les cathéters implantés (y compris les orifices).

Les autres cathéters artériels NE SONT PAS inclus. Les greffes ou fistules artério-veineuses, les conduits de stimulateur cardiaque et les autres dispositifs ne servant pas à l'infusion (oxygénation extracorporelle, ballon de contreimpulsion intra-aortique et dispositif d'assistance ventriculaire) insérés dans des vaisseaux sanguins centraux ou dans le cœur NE sont PAS inclus.

**Source** : Définition de 2023 du PCSIN

## INFECTION RESPIRATOIRE VIRALE (IRV)

Résultat positif à un test PCR (réaction en chaîne de la polymérase), de culture ou d'immunofluorescence directe (IFD), et essai immuno-enzymatique positif, pour un agent pathogène viral des voies respiratoires.

**ET**

Présence d'au moins un des signes ou symptômes suivants :

Fièvre (> 38 °C) ou température unique >1,1 °C par rapport aux paramètres de base, quel que soit le site (oral, rectal, tympanique, axillaire), rhinite, congestion nasale, pharyngite, éternuements, toux, sifflement, stridor, apnée, dyspnée, respiration laborieuse, augmentation des sécrétions respiratoires, changement des caractéristiques des sécrétions chroniques, diminution de l'entrée d'air à l'auscultation, râles, ronchus, diminution de la saturation en oxygène, nécessité d'augmenter la fraction d'oxygène inspiré (FiO<sub>2</sub>), d'augmenter l'assistance respiratoire, d'augmenter l'aspiration ou nouvelle anomalie sur la radiographie pulmonaire.



Les symptômes n'ont pas besoin d'être présents chez les patients atteints de la COVID-19; toutefois, les patients atteints de la COVID-19 ayant une valeur Ct élevée (30+) indiquant une faible charge virale ET aucun symptôme récent (derniers 14 jours) devraient être exclus.

**ET**

Aucune autre cause évidente pour l'anomalie.

**Source :** Définition de 2023 du PCSIN



## GASTRO-ENTÉRITE VIRALE

La gastro-entérite doit satisfaire à au moins un des critères suivants :

1. Le patient est atteint de diarrhée aiguë (selles liquides > 12 heures) et aucune cause non infectieuse probable (par exemple, tests diagnostiques, régime thérapeutique autre que des agents antimicrobiens, aggravation aiguë d'une pathologie chronique, ou information sur le stress psychologique).

2. Le patient présente au moins **deux** des signes ou symptômes suivants : nausées\*, vomissements\*, douleurs abdominales\*,

fièvre (> 38,0 °C), ou maux de tête\*

### Et au moins un des symptômes suivants :

A. Un entéropathogène est identifié à partir des échantillons de selles ou d'un écouvillonnage rectal au moyen d'une méthode d'analyse microbiologique basée ou non sur une culture et réalisée aux fins de diagnostic clinique ou de traitement (et non, par exemple, aux fins de surveillance active)

b. Un entéropathogène est détecté par microscopie sur les selles

c. Titre d'anticorps unique (IgM) à valeur diagnostique ou augmentation par un facteur de 4 des échantillons de sérum jumelés (IgG) pour l'agent pathogène

\* Sans autre cause connue

Source : [Définitions de surveillance \(cdc.gov\)](#) du NHSN



Health Canada and the Public  
Health Agency of Canada

Santé Canada et l'Agence  
de la santé publique du Canada

**ANNEXE « B »**

**BASE DE PAIEMENT**

*(insérer au moment de l'attribution du contrat)*