



Public Health
Agency of Canada

Agence de la santé
publique du Canada



Enquête PCSIN sur la prévalence ponctuelle des soins de courte durée

Version 1.5, 2024

Coordonnées

Veillez faire parvenir toutes vos questions à :

Agence de la santé publique du Canada

Surveillance dans le cadre du PCSIN

Courriel : cnisp-pcsin@phac-aspc.gc.ca

Groupe de travail

Robyn Mitchell (co-responsable), Jessica Bartoszko (co-responsable), Diane Lee (soutien épidémiologique), Marie-Ève Benoit, Jeannette Comeau, Jennifer Ellison, Charles Frenette, Nicole Haslam, Susy Hota (co-présidente), Bonita Lee, Dominik Mertz, Michelle Science (co-présidente), Stephanie Smith, Daniel Thirion et Alice Wong.

Table des matières

<i>Coordonnées</i>	1
CONTEXTE	3
OBJECTIFS	4
MÉTHODES	4
ADMISSIBILITÉ DES HÔPITAUX	4
ADMISSIBILITÉ DES SERVICES	4
ADMISSIBILITÉ DES PATIENTS	5
COLLECTE DE DONNÉES – MILIEU HOSPITALIER	5
COLLECTE DE DONNÉES – PATIENTS	5
DÉFINITIONS	6
TRANSMISSION DE DONNÉES	6
FORMATION DES ENQUÊTEURS	7
VALIDATION DES DONNÉES	7
ANALYSE DES DONNÉES	8
ÉTHIQUE	8
RÉFÉRENCES	9
ANNEXE 1 – RÉSUMÉ DE LA MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE SUR LA PRÉVALENCE PONCTUELLE	10
ANNEXE 2 – FORMULAIRE DES HÔPITAUX	13
ANNEXE 3 – FORMULAIRE COURT AU NIVEAU DES PATIENTS	14
ANNEXE 4 – FORMULAIRE LONGUE AU NIVEAU DES PATIENTS	19
ANNEXE 5 – AGENTS ANTIMICROBIENS	19
ANNEXE 6 – AGENTS MICROORGANISMES	19
ANNEXE 7 – DÉFINITION DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS DE SANTÉ	28

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 la prévention et du 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 IASS¹. 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 coûteuse et nécessite des ressources importantes. Les enquêtes sur la prévalence ponctuelle sont des solutions de rechange valables et peu coûteuses à la surveillance active². Bien qu'elles ne soient pas aussi sensibles que la méthode prospective traditionnelle, les enquêtes sur la 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 sur la 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 2011-2012³ et 5,5 % dans celle de 2016-2017⁴). Dans les hôpitaux de soins tertiaires, la prévalence d'au moins une IASS était de 7,1 % dans l'enquête de l'ECDC de 2016-2017. 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 %, respectivement⁵. Depuis 2002, l'Institut norvégien de la santé publique (NIPH) mène deux enquêtes sur la 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 IASS⁶.

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. Ces enquêtes répétées sont largement utilisées pour comparer les taux d'IASS, de microorganismes résistants aux antimicrobiens (MRA) et d'UAM, mesurer l'évolution de la prévalence dans le temps, fournir des renseignements aux programmes de prévention et contrôle des infections (PCI) et de gestion des antimicrobiens, et déterminer de nouvelles cibles pour la surveillance. En outre, elles sensibilisent quant au fardeau que représentent les IASS et les MRA au Canada. Au total, 6 747 patients dans 28 hôpitaux (2002), 8 902 patients dans 39 hôpitaux (2009) et 9 929 patients dans 47 hôpitaux (2017) ont été compris dans l'enquête. 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 2017⁷. La prévalence rapportée par les hôpitaux du PCSIN est plus élevée que celle rapportée par les enquêtes des CDC, mais les enquêtes du PCSIN représentent des données provenant de grands hôpitaux de soins tertiaires qui accueillent généralement des populations de patients présentant un risque d'infection plus élevé que les hôpitaux généraux qui ont été inclus dans les enquêtes des CDC. La prévalence des IASS dans l'enquête PCSIN 2017 (7,9 %) était comparable aux résultats rapportés par l'enquête de l'ECDC de 2016-2017 (7,1 %), parmi les hôpitaux de soins tertiaires. Les différences de fréquence et de tendance des IASS entre les compétences soulignent l'importance de la collecte de données canadiennes afin d'orienter les stratégies de prévention. Les MRA autres que le SARM sont restés peu nombreux, mais leur prévalence

a augmenté. L'utilisation des antimicrobiens a augmenté de manière importante entre 2002 et 2009, et s'est stabilisée entre 2009 et 2017⁸.

La prochaine enquête de prévalence ponctuelle est prévue pour 2024, avec les objectifs ci-dessous.

OBJECTIFS

Les objectifs de l'enquête PCSIN sur la prévalence ponctuelle des 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 ayant répondu à l'enquête sur la prévalence ponctuelle primaire.

MÉTHODES

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

Admissibilité des hôpitaux

Tous les hôpitaux participants au PCSIN.

Admissibilité des services

Toutes les unités et tous 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, quel que soit leur statut d'IASS, qui ont été admis dans un hôpital PCSIN de soins de courte durée pendant 48 heures ou plus peuvent être inclus dans l'enquête sur la 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. Les patients admis dans les unités répertoriées ci-dessus dans « Admissibilité des unités » (par exemple, soins de longue durée, réadaptation, etc.) ne sont PAS inclus.

Collecte de données – Milieu hospitalier

Les données suivantes seront recueillies auprès de tous les hôpitaux participant à l'enquête : date de l'enquête, nombre de patients éligibles à l'enquête, 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 (annexe 2).

Collecte de données – Patients

Les patients seront désignés dans chaque hôpital par le recensement de l'hôpital à 8 h du matin n'importe quel jour de la semaine entre le **lundi 26 février et le vendredi 15 mars 2024**¹. 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 au moins 24 heures après le recensement (le jour d'après) afin de laisser suffisamment de temps pour effectuer les inscriptions médicales, infirmières et laboratoires dans le dossier médical du patient. Les patients seront soumis à une enquête pendant une période de 24 heures complète à compter de 8 h le jour du recensement et jusqu'à la même heure le jour suivant¹.

La collecte de données peut s'effectuer selon deux façons au niveau du patient : un formulaire court (**obligatoire**) qui comprend des données que tous les hôpitaux participants doivent remplir et un formulaire long (**optionnel**) pour les hôpitaux qui sont en mesure de fournir des données supplémentaires. Pour obtenir des précisions, veuillez consulter les formulaires relatifs au niveau du patient (annexes 3 et 4).

¹ Par exemple, un établissement qui choisirait le mercredi 28 février 2024 comme journée d'enquête identifierait donc ses patients à partir du registre des hospitalisations à 8 h le mercredi 28 février et commencerait la collecte des données 24 heures après le recensement (29 février). Les patients devraient se prêter à l'enquête de 8 h le mercredi 28 février à 8 h le jeudi 29 février.

Définitions

Utilisation des antimicrobiens (UAM)

L'UAM de tous les patients, quel que soit le statut d'IASS, doit être collectée. 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 du matin 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.

Infection associée aux soins de santé (IASS)

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

ET

L'apparition des symptômes, conformément aux définitions de l'annexe 7, 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 il a été réadmis moins de 48 heures après un congé hospitalier de l'hôpital participant à l'enquête. Pour les infections respiratoires virales et les infections à *Clostridioides difficile*, les symptômes doivent apparaître au quatrième jour ou plus tard pour être estimés comme une IASS.

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

Remarque : Toutes les infections de plaies chirurgicales sont estimées comme des IASS. Si une infection de plaies chirurgicales se présente le jour de l'enquête ou si le patient est traité pour une infection de plaies chirurgicales le jour de l'enquête, et que les critères de définition des infections de plaies chirurgicales sont remplis conformément à l'annexe 7, il s'agit d'une IASS.

Transmission de données

Les données seront transmises par voie électronique au moyen de LimeSurvey, une plateforme Web sécurisée en ligne. Dans LimeSurvey, un formulaire doit être soumis par patient. Veuillez noter que les formulaires peuvent expirer après environ deux heures d'inactivité, ce qui peut entraîner une perte de données. Pour éviter ces enjeux, LimeSurvey permet d'enregistrer les formulaires en tant que brouillons et d'y accéder ultérieurement. De plus, LimeSurvey est approuvé par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) pour la collecte de données de CAPPs, qui sont estimées comme des données protégées A et/ou B. Les données au niveau des patients seront anonymisées avec des identifiants uniques et liées aux noms des patients par le site de l'hôpital. Les noms des patients ne seront pas transmis à l'ASPC. Toutes les données seront strictement confidentielles et stockées sur les serveurs de l'ASPC situés au Canada.

Étant donné que LimeSurvey ne permet pas le téléversement en masse des données relatives aux patients, les hôpitaux ont également la possibilité de soumettre les données par voie électronique au PCSIN par courriel à l'adresse cnisp-pcsin@phac-aspc.gc.ca. Si c'est le cas, veuillez communiquer avec le PCSIN pour demander un modèle de fichier Excel afin de vous assurer que la mise en forme est compatible avec LimeSurvey. Dans ce modèle, une ligne de données sera comparable à un formulaire de LimeSurvey.

Les hôpitaux participant auront jusqu'au **jeudi 21 mars 2024** pour remplir les formulaires de collecte de données pour tous les patients admissibles ET pour que les données soient renvoyées au PCSIN au moyen de l'une des méthodes de transmission des données décrites ci-dessus.

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 plusieurs webinaires pour passer en revue la méthodologie de l'enquête sur la prévalence ponctuelle ainsi que des études de cas. Les établissements participants sont fortement encouragés à participer à la formation à des fins logistiques et de qualité des données.

Validation des données

Une étude de validation des données sera pilotée en utilisant une méthodologie de collecte de données répétée et en aveugle pour un échantillon de patients dans chaque hôpital participant à l'EPP primaire. Veuillez vous reporter au protocole de validation des données pour de plus amples informations. Nous en donnons un aperçu ci-dessous.

Tous les patients inclus dans l'EPP primaire, quel que soit le statut d'IASS, peuvent être inclus dans l'étude de validation. **Les établissements doivent réexaminer un minimum de 5 % des dossiers des patients** à partir de l'EPP primaire.

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

- Tous les établissements qui participent à l'EPP primaire sont fortement encouragés à participer à l'étude de validation.
- Effectuer la collecte des données pour l'étude de validation le jour même (de préférence) ou après la collecte des données pour l'EPP primaire, en notant que toutes les données doivent être soumises à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) avant le 21 mars 2024.
- Recueillir des données en aveugle (c.-à-d. que les membres de l'équipe de validation ne peuvent pas consulter les formulaires de l'EPP primaire).
- 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'EPP primaire.
- Les dossiers des mêmes patients présents à 8 h du matin le jour de l'EPP doivent être réexaminés le jour de l'étude de validation pilote, sans égard au statut d'IASS.

Les données à collecter sont résumées ci-dessous :

1. Variables particulières à l'étude de validation (y compris la date de validation au niveau de l'unité de soins, la méthode d'échantillonnage, etc.)

2. Variables sélectionnées au niveau du patient concernant l'IASS et l'UAM à partir de l'EPP primaire.

Les données seront transmises par voie électronique au moyen de LimeSurvey, une plateforme Web sécurisée en ligne.

Analyse des données

Les épidémiologistes du Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN) de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) seront responsables de nettoyer, valider et analyser les données. L'analyse sera de nature descriptive et pourrait notamment comprendre les éléments suivants :

1. la prévalence des infections nosocomiales;
 - i) les taux de prévalence globale,
 - ii) les taux de prévalence particuliers par type d'infection; région, type d'hôpital;
2. la microbiologie des infections nosocomiales;
 - i) la proportion des infections due à quels organismes;
 - ii) la proportion des infections due à quels organismes par type d'infection;
3. la fréquence à laquelle des patients font l'objet de précautions d'isolement;
 - i) la proportion des patients en isolement par type de précautions supplémentaires;
 - ii) la proportion des patients en isolement pour cause de SARM, d'ERV et d'ICD et d'autres organismes résistants;
4. l'UAM par tous les patients et les patients infectés;
 - i) l'UAM par type d'infection;
 - ii) l'UAM par type de service;
5. la comparaison des tendances en matière d'IASS et d'UAM sur l'ensemble des quatre enquêtes.

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 de l'établissement 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 R.W., Culver D.H., White J.W., Morgan W.M., Emori T.G. *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 R.P. et Lata 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. Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals [consulté le 21 novembre 2022]. 2013. Accès : <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS.pdf>
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 S.S., O’Leary E., Janelle S.J. *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 H.L., Berg T. et Eriksen H.M. Årsrapport 2017: Infeksjoner og antibiotikabruk i helseinstitusjoner i Norge – Rapport 2018 [consulté le 21 novembre 2022]. Oslo : Folkehelseinstituttet. 2018. Accès : <https://www.fhi.no/publ/2018/helsetjenesteassosierte-infeksjoner-antibiotikabruk-nois-antibiotikaresiste/>
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 J.J., Rudnick W., Mitchell R. *et al.* « Antimicrobial use in Canadian acute-care hospitals: Findings from three national point-prevalence surveys between 2002 and 2017 ». *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2022;43:1558-1564. doi : <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
Moment			
Période de l'enquête	Février	Février	Février
Hôpitaux			
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
Patients			
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
Données			
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	Reçoit un 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.
Isolement	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
Utilisation de dispositifs	Présence de tube endotrachéal avec ou sans ventilation mécanique; cathéter vésical; cathéter veineux central		
IASS	Pneumonie – date d'apparition, pneumonie acquise sous ventilation/pneumonie non acquise sous ventilation; organisme	Pneumonie – date de prélèvement ou d'apparition; pneumonie acquise sous ventilation/pneumonie non acquise sous ventilation; organisme	Pneumonie – pneumonie acquise sous ventilation/pneumonie non acquise sous ventilation; bactériémie secondaire; organisme
	Infection urinaire – date de culture; organisme	Infection urinaire – date de culture; organisme	Infection urinaire – IVUAUC/IVUNAUC; bactériémie secondaire; organisme
	IPC – date d'apparition ou de culture; type d'IPC; catégorie de chirurgie; organisme	IPC – date de prélèvement; implant; organisme	IPC – date de prélèvement; implant; date de chirurgie; bactériémie secondaire; organisme
	ICD – date de prélèvement	ICD – date de prélèvement	ICD – date de prélèvement; bactériémie secondaire
	Bactériémie associée aux soins de santé – date de culture; type (1°, 1° – intravasculaire; 2°); organisme	Bactériémie associée aux soins de santé – date de culture; type (1°, 1° – BACVC; 2°); organisme	Bactériémie associée aux soins de santé – date de prélèvement; type (1°, bactériémie liée à un cathéter central, autre); organisme
	ENN (nouveau-nés seulement) – date d'apparition	ENN (nouveau-nés seulement) – date d'apparition	
	Infection respiratoire virale (soins pédiatriques seulement) – date d'apparition	IRV – date d'apparition; organisme	IRV – date de prélèvement; organisme
	Gastro (soins pédiatriques seulement) – date d'apparition	Gastro (soins pédiatriques seulement) – date d'apparition; organisme	Gastro – date de prélèvement; organisme
MRA	SARM, ERV, BLSE	SARM, ERV, BLSE	SARM, EPC, APC, ERV, BLSE
Infections associées à des dispositifs			Pneumonie acquise sous ventilation (PAV), infection de plaies chirurgicales (IPC) associée à un implant prothétique, infection urinaire associée à l'utilisation de cathéters (IVUAUC), bactériémie liée à un cathéter veineux central
Antimicrobiens/organismes		Annexe/Guide des codes	Annexe/Guide des codes

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

Annexe 2 – Formulaire des hôpitaux

1. 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
2. Numéro d'établissement membre du CCEH : _____
3. Nombre total de patients admis participant à l'enquête² _____
4. Nombre total de patients éligibles à l'enquête³ : _____
5. Date de l'enquête : _____ / _____ / _____
JJ MM AAAA
6. Nombre total de **lits d'hospitalisation** dans cet établissement de santé le jour de l'enquête : _____
7. Nombre total de **lits de l'USI⁴ pour adultes** dans cet établissement de soins de santé le jour de l'enquête : _____ Ne s'applique pas
8. Nombre total de **lits de l'USC⁵** dans cet établissement de santé le jour de l'enquête : _____ Ne s'applique pas
9. Nombre total de **lits de l'unité de soins pédiatriques intensifs** dans cet établissement de santé le jour de l'enquête : _____ Ne s'applique pas
10. Nombre total de **lits de l'unité néonatale de soins intensifs** dans cet établissement de santé le jour de l'enquête : _____ Ne s'applique pas
11. Occupation en médecine interne générale (GIM)
 - 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 en personnel le jour de l'enquête : _____

² 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.

³ Patients admissibles hospitalisés pendant ≥ 48 heures ou réadmis à la suite d'une hospitalisation précédente au cours du dernier mois.

⁴ Exclut les lits des unités de soins intensifs

⁵ Unité de soins cardiaques (USC)

Annexe 3 – Formulaire **COURT** 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

2. Âge Indiquez l'âge. **Précisez :** Ans, mois, jours
3. Sexe : Homme
 Femme
 Inconnu
4. Date d'hospitalisation⁶ : ____/____/____
JJ MM AAAA
5. Ce patient a-t-il été admis pendant < 48 heures et a-t-il déjà été admis à l'hôpital participant à l'enquête au cours des derniers 30 jours? Oui Non Inconnu
6. 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 (<i>veuillez préciser</i>) : _____ | |

PARTIE 2. PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES

7. 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 cases pertinentes*)
- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Gouttelettes | <input type="checkbox"/> Gouttelettes et utilisation d'un masque N95 |
| <input type="checkbox"/> Contact | <input type="checkbox"/> Voie aérienne |

⁶ 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.

Type de salle d'isolement :

- Chambre individuelle Chambre à plusieurs lits ou sans rehausseur de lit
- Chambre à plusieurs lits dans le cadre d'une cohorte

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

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

PARTIE 3. UTILISATION D'ANTIMICROBIENS POUR TOUS LES PATIENTS, QUEL QUE SOIT LE STATUT D'IASS

9. Ce patient reçoit-il à l'heure actuelle un traitement systémique avec un agent antimicrobien? Oui Non (passez à la partie 4 – Infections associées aux soins de santé)

Antimicrobien 1

10. Nom générique de l'antimicrobien (annexe 5)
11. Voie d'administration
- Parentérale
- Orale
- Rectale
- Inhalation
- Prophylaxie médicale
- Prophylaxie chirurgicale
- Traitement du système nerveux central
- Thérapie oculaire
- Oreille, nez, gorge
- Respiratoire
12. Indication d'utilisation (diagnostic) – ce que le clinicien cherche à traiter
- Système cardiovasculaire
- Gastro-intestinal
- Peau, tissu mou
- Os et articulations
- Infection urinaire
- Génito-urinaire/obstétrique/gynécologique
- Néonatale
- Autre (veuillez préciser) : _____

13. Traitement
- En cas de traitement ciblé, veuillez indiquer les organismes résistants traités, en cochant toutes les cases correspondantes :
- 14.
- Renseignement non disponible/non documenté
 - Empirique Ciblé Renseignement non disponible
 - Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM)
 - Entérocoques résistants à la vancomycine (ERV)
 - Entérobactéries productrices de carbapénémase (EPC)
 - Bactéries produisant des bêta-lactamases à spectre étendu (BLSE) OU résistantes aux céphalosporines de 3^e génération
 - Autre (veuillez préciser) : _____

PARTIE 4. INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS DE SANTÉ

15. 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 IASS?
(Se reporter à l'annexe 7 pour les définitions et l'annexe 6 pour les noms d'organismes normalisés)
- Oui
 - Non (si la réponse est « non », l'enquête se termine ici.)

Si oui, de quel type? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)

Pneumonie associée aux soins de santé

Type de pneumonie :

- Acquis sous ventilation
- Non acquis sous ventilation

Indiquez les organismes :

Aucun organisme identifié

Infection des voies urinaires associée aux soins de santé

Type d'infection des voies urinaires :

- Infection des voies urinaires associée à l'utilisation de cathéters (IVUAUC)
- Infection des voies urinaires non associées à l'utilisation de cathéters (IVUNAUC)

Indiquez les organismes :

Aucun organisme identifié

Infection de plaies chirurgicales

Type d'infection de plaies chirurgicales :

- Infection superficielle associée à une incision
- Infection complexe (infection profonde associée à une incision, à un organe ou à un espace)
- Oui

S'agit-il d'une IPC liée à un implant prothétique (à l'exclusion des agrafes sternales)?

Type de chirurgie(s) ayant entraîné cette IPC :

- Non
- Réparation d'anévrisme de l'aorte abdominale
- Amputation d'un membre
- Appendicectomie
- Voie de dérivation de dialyse
- Chirurgie du canal cholédoque, du foie ou du pancréas
- Endartériectomie de la carotide
- Chirurgie de la vésicule biliaire
- Chirurgie du colon
- Césarienne
- Chirurgie gastrique
- Chirurgie thoracique
- Hystérectomie abdominale
- Greffe de rein
- Laminectomie
- Greffe de foie
- Chirurgie du cou
- Chirurgie rénale
- 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 – Formulaire **LONGUE** 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

2. Âge **Précisez :**
3. Sexe : Homme
 Femme
 Inconnu
4. Date d'hospitalisation⁷ : ____ / ____ / ____
JJ MM AAAA
5. Ce patient a-t-il été admis pendant < 48 heures et a-t-il déjà été admis à l'hôpital participant à l'enquête au cours des derniers 30 jours? Oui Non Inconnu
6. 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 (<i>veuillez préciser</i>) : _____ | |

Partie 2. STATUT D'ÉCLOSION

7. Y a-t-il une éclosion dans cette unité? Oui Non (passez à la question 8).
 Information inconnue

7b.	Précisez les pathogènes à l'origine de l'éclosion.	
-----	--	--

PARTIE 3. DISPOSITIFS INVASIFS

8. Le patient a-t-il un dispositif invasif installé à 8 h, le jour de l'enquête? Oui Non (passez à la question 10).

9.

- Information inconnue
- Cathéter vésical
- Cathéter vasculaire périphérique
- Cathéter vasculaire central
- Tubes et drains insérés
- Intubation endotrachéale respiratoire invasive
- Autre

PARTIE 4. PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES

10. Le patient se voit-il actuellement appliquer des précautions (additionnelles) d'isolement? Oui Non (passez à la question 12).
Si oui, précisez le type d'isolement (*cochez toutes les cases pertinentes*)
Type de salle d'isolement :
- | | |
|---|---|
| <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 | |
11. Indiquez la raison des précautions additionnelles (*cochez toutes les réponses qui s'appliquent*) :
- | | |
|--|---|
| <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'ANTIMICROBIENS POUR TOUS LES PATIENTS, QUEL QUE SOIT LE STATUT D'IASS

12. Ce patient reçoit-il à l'heure actuelle un traitement systémique avec un agent antimicrobien? Oui Non (passez à la partie 6 – Infections associées aux soins de santé)

Antimicrobien 1

13. Nom générique de l'antimicrobien (annexe 4)
14. Voie d'administration Parentérale

15. Indication d'utilisation (diagnostic) – ce que le clinicien cherche à traiter
- Orale
 - Rectale
 - Inhalation
 - Prophylaxie médicale
 - Prophylaxie chirurgicale
 - Traitement du système nerveux central
 - Thérapie oculaire
 - Oreille, nez, gorge
 - Respiratoire
 - Système cardiovasculaire
 - Gastro-intestinal
 - Peau, tissu mou
 - Os et articulations
 - Infection urinaire
 - Génito-urinaire/obstétrique/gynécologique
 - Néonatale
 - Autre (veuillez préciser) : _____
 - Renseignement non disponible/non documenté
 - Empirique Ciblé Renseignement non disponible
16. Traitement
- En cas de traitement ciblé, veuillez indiquer les organismes résistants traités, en cochant toutes les cases correspondantes :
- 17.
- Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM)
 - Entérocoques résistants à la vancomycine (ERV)
 - Entérobactéries productrices de carbapénémase (EPC)
 - Bactéries produisant des bêta-lactamases à spectre étendu (BLSE) OU résistantes aux céphalosporines de 3^e génération
 - Autre (veuillez préciser) : _____

PARTIE 6. INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS DE SANTÉ

23. 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 IASS?
(Se reporter à l'annexe 6 pour les définitions et l'annexe 5 pour les noms d'organismes normalisés)
- Si oui, de quel type? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)**
- Oui
 - Non (si la réponse est « non », l'enquête se termine ici.)
- Pneumonie associée aux soins de santé**
- Type de pneumonie :
- Acquis sous ventilation
 - Non acquise sous ventilation
- Indiquez les organismes :
- _____
- Aucun organisme identifié

Infection des voies urinaires associée aux soins de santé

Type d'infection des voies urinaires :

- Infection des voies urinaires associée à l'utilisation de cathéters (IVUAUC)
- Infection des voies urinaires non associées à l'utilisation de cathéters (IVUNAUC)

Indiquez les organismes :

Aucun organisme identifié

Infection de plaies chirurgicales

Type d'infection de plaies chirurgicales :

- Infection superficielle associée à une incision
- Infection complexe (infection profonde associée à une incision, à un organe ou à un espace)
- Oui
- Non

S'agit-il d'une IPC liée à un implant prothétique (à l'exclusion des agrafes sternales)?

- Réparation d'anévrisme de l'aorte abdominale
- Amputation d'un membre
- Appendicectomie
- Voie de dérivation de dialyse
- Chirurgie du canal cholédoque, du foie ou du pancréas
- Endartériectomie de la carotide
- Chirurgie de la vésicule biliaire
- Chirurgie du colon
- Césarienne
- Chirurgie gastrique
- Chirurgie thoracique
- Hystérectomie abdominale
- Greffe de rein
- Laminectomie
- Greffe de foie
- Chirurgie du cou
- Chirurgie rénale
- Chirurgie ovarienne
- Chirurgie de la prostate

Type de chirurgie(s) ayant entraîné cette IPC :

- 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 5 – 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 6 – 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 tuberculose
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
Clostridioides difficile	Pseudomonas aeruginosa
Clostridioides 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	<i>Yersinia</i> spp.
	Autre, non précisé ci-dessus

Annexe 7 – 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"> • Infiltrat • Consolidation • Cavitation • Pneumatocèles (nourrissons âgés de ≤ 1 an) <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 un des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fièvre (> 38,0 °C ou > 100,4 °F) • Leucopénie (≤ 4 000 globules blancs/mm³) ou leucocytose (≥ 12 000 globules blancs/mm³) • Chez les adultes âgés de ≥ 70 ans, altération de l'état mental sans autre cause connue <p>ET au moins deux des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expectorations purulentes d'apparition récente ou montrant un changement, ou sécrétions respiratoires accrues ou suctions plus fréquentes nécessaires • Toux récente ou s'aggravant, ou encore dyspnée ou tachypnée • Râles ou bruits respiratoires bronchiques • Détérioration des échanges gazeux (p. ex. désaturations en O₂ [c.-à-d. PaO₂/FiO₂ < 240], besoins accrues en oxygène ou sollicitation accrue du ventilateur)
	<p>AUTRES CRITÈRES, pour nourrissons âgés de ≤ 1 an :</p> <p>Détérioration des échanges gazeux (p. ex. désaturations en O₂ [c.-à-d. oxymétrie de pouls < 94 %]), 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"> • Instabilité de la température • Leucopénie (≤ 4 000 globules blancs/mm³) ou leucocytose (≥ 15 000 globules blancs/mm³) et déviation vers la gauche (≥ 10 % de granulocytes neutrophiles à noyau en bâtonnet) • Expectorations purulentes d'apparition récente ou montrant un changement, ou sécrétions respiratoires accrues ou suctions plus fréquentes nécessaires • Apnée, tachypnée, et battement des ailes du nez avec rétraction de la paroi thoracique ou geignement respiratoire • Respiration sifflante, râles ou ronchus • Toux • Bradycardie (< 100 battements/minute) ou tachycardie (> 170 battements/minute)
	<p>AUTRES CRITÈRES, pour enfant de plus d'un an mais de 12 ans et moins, au moins trois des critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fièvre (> 38,0 °C ou > 100,4 °F) ou hypothermie (< 36,0 °C ou < 96,8 °F) • Leucopénie (≤ 4 000 globules blancs/mm³) ou leucocytose (≥ 15 000 globules blancs/mm³)

	<ul style="list-style-type: none"> • 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 O₂ [c.-à-d. oxymétrie de pouls < 94 %]), besoins accrues en oxygène ou sollicitation accrue du ventilateur
--	--

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

Infection des voies urinaires (IVU)

	<p>Infection des voies urinaires symptomatique (IVUS) Doit satisfaire à au moins <u>un</u> des critères suivants :</p>
Infection des voies urinaires associée à l'utilisation de cathéters (IVUAUC) chez un patient, peu importe son âge	<p>Le patient doit satisfaire aux critères 1, 2 et 3 ci-dessous :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 : <ul style="list-style-type: none"> • 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 <u>l'un</u> des signes et symptômes suivants : <ul style="list-style-type: none"> • fièvre (> 38,0 °C) • sensibilité sus-pubienne • douleur ou sensibilité de l'angle costo-vertébral • mictions impérieuses^ • pollakiurie^ • dysurie^ 3. Le patient a une culture positive; pas plus de deux espèces de microorganismes, dont au moins une a été mesurée à ≥ 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).

	<p>^ 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> <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"> • 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 <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le patient n'avait pas de cathéter vésical à demeure en place à la date de l'événement ni le jour précédant cette date <p>2. Le patient présente au moins l'un des signes et symptômes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • fièvre (> 38 °C) • sensibilité sus-pubienne* • douleur ou sensibilité de l'angle costo-vertébral* • pollakiurie ^ • mictions impérieuses ^ • dysurie ^ <p>3. Le patient a une culture positive; pas plus de deux espèces de microorganismes, dont au moins une a été mesurée à ≥ 105 UFC/ml. (Voir les commentaires). Tous les éléments du critère d'IVUS doivent être présents au cours de la période fenêtrée de l'infection (voir la définition de période fenêtrée 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>
	<p>Source : Définitions de surveillance (cdc.gov) du NHSN</p>

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 <u>UN</u> des éléments suivants :
<ul style="list-style-type: none"> 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 tomodensitométrie [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 <u>un</u> des critères d'infection d'un organe/espace particulier indiqué dans le tableau 2
Source : Définitions de surveillance (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
Surveillance sur 90 jours	
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

Site précis	
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 <i>Clostridium difficile</i> (ICD)
<p>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 <i>C. difficile</i> (sans signe raisonnable d'une autre cause de la diarrhée). OU</p> <p>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</p> <p>Critère 3 : Un diagnostic de syndrome colectasique a été posé (chez les patients adultes seulement).</p> <p>Exclusions</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <i>C. difficile</i> est positif. <p>* La diarrhée est définie par l'une ou l'autre manifestation suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 diphtéroïdes (*Corynebacterium* spp., et non *C. diphtérie*), *Bacillus* spp (et non *B. anthracis*), *Propionibacterium* spp., staphylocoques à coagulase négative (γ 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 tunnellisés, enduits ou non, les cathéters insérés par voie périphérique (CIP), les dispositifs tunnellisés (p. ex. Broviac, Hickman), les cathéters tunnellisés 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 (FiO2), d'augmenter l'assistance respiratoire, d'augmenter l'aspiration ou nouvelle anomalie sur la radiographie pulmonaire.

ET

Aucune autre cause évidente pour l'anomalie.

Définition de cas de COVID-19

Résultat positif à un test PCR (réaction en chaîne de la polymérase) pour le SRAS-CoV-2 au cours des 14 derniers jours (avant l'admission ou pendant l'hospitalisation).

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 \(cdc.gov\)](https://www.cdc.gov) du NHSN