



Public Health
Agency of Canada

Agence de la santé
publique du Canada



Enquête PCSIN sur la prévalence ponctuelle des soins de courte durée :

Protocole de l'étude pilote de validation

Version 1.3, 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.

CONTEXTE

Le Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN) est un système de surveillance hospitalier qui recueille des données sur les infections associées aux soins de santé (IASS), les microorganismes résistants aux antimicrobiens (MRA) et l'utilisation des antimicrobiens (UAM). En plus de ses activités de surveillance de routine, le PCSIN a mené trois enquêtes de prévalence ponctuelle (EPP) (2002, 2009 et 2017). Le PCSIN mènera sa prochaine enquête canadienne sur la prévalence ponctuelle des soins de courte durée (CAPPS) en 2024. 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 prévention et contrôle des infections 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.

De nombreux pays mènent des études de validation parallèlement à leur EPP primaire. Au cours de l'EPP du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) 2011-2012, une étude de validation a été pilotée dans 10 pays, puis mise en œuvre par cinq pays en 2012. Les résultats de l'étude pilote et de l'étude de validation de 2012 ont mis en évidence une faible sensibilité (83 % et 72 % respectivement) dans la détection des IASS, soulignant l'importance de la validation pour l'interprétation des résultats de l'EPP primaire (1,2). C'est pourquoi, lors de l'EPP de l'ECDC de 2016-2017, 28 pays ont mené des études de validation dont les résultats ont montré une sensibilité de 69 % et une spécificité de 99 % dans la détection des IASS (3).

La validation des données de l'enquête de prévalence du PCSIN n'a pas été effectuée pour les enquêtes de 2002, 2009 et 2017. Afin de renforcer la confiance dans l'interprétation des données de l'EPP primaire, le PCSIN mènera une étude pilote de validation parallèlement à une EPP primaire en 2024.

OBJECTIFS

L'objectif de l'étude pilote de validation est d'évaluer la validité des estimations de la prévalence des IASS et de l'UAM recueillies lors de l'enquête PCSIN sur la prévalence ponctuelle des soins de courte durée (CAPPS) de 2024. Les conclusions de cette étude pilote serviront de base à la méthodologie de validation des futures enquêtes sur la prévalence ponctuelle.

CONDITIONS DE PARTICIPATION

- 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.

MÉTHODES

Calendrier et collecte de données à l'aveugle

Il est fortement recommandé que la validation soit effectuée le même jour que l'EPP primaire afin de s'assurer que la disponibilité des données est semblable pour les personnes responsables de la collecte de données de l'étude primaire et de l'étude de validation. Toutefois, si cela n'est pas possible, la collecte des données pour l'étude de validation peut avoir lieu après la collecte des données pour le PPS primaire.

La collecte des données se fait en aveugle, c'est-à-dire que les personnes chargées de la collecte des données de l'étude de validation ne peuvent pas faire partie de l'équipe chargée de la collecte des données de l'EPP primaire, et les résultats ne sont pas échangés entre les équipes.

Taille de l'échantillon et sélection des services/patients

Tous les patients inclus dans l'EPP primaire peuvent être inclus dans l'étude de validation.

L'établissement doit réexaminer un minimum de 5 % des dossiers des patients à partir de l'EPP primaire.

Les établissements peuvent utiliser n'importe laquelle des trois stratégies de sélection des services/patients :

1. Option 1 (recommandée) : Sélectionner les services où la prévalence attendue des IASS est plus élevée, par exemple les unités de soins intensifs (échantillonnage par choix raisonné). La sélection aléatoire des patients dans les services sélectionnés est préférable.
2. Option 2 : le choix des service(s) n'est pas influencé par la prévalence attendue de l'IASS. La sélection aléatoire des patients dans les services sélectionnés est préférable.
3. Option 3 : sélection aléatoire de patients à partir de tous les services inclus dans l'EPP primaire.

Si l'EPP primaire se déroule sur plusieurs jours, les établissements doivent prendre en compte la coordination de leur validation lors de la sélection d'une stratégie d'échantillonnage.

Collecte et transmission de données

Les personnes responsables de la collecte de données de l'étude de validation ne doivent pas collecter de données pour l'EPP primaire, mais doivent avoir un niveau d'expérience semblable à celui des personnes responsables de la collecte de données de l'EPP primaire en ce qui concerne la surveillance des IASS et de l'UAM.

Les données à collecter sont résumées ci-dessous :

1. Variables particulières à l'étude de validation (y compris la date de validation au niveau d'unité de soins, la méthode d'échantillonnage, etc.) Veuillez vous reporter à l'annexe 1.
2. Variables sélectionnées au niveau du patient concernant l'IASS et l'UAM à partir de l'EPP primaire. Veuillez vous reporter à l'annexe 2.

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

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 au CAPPs auront jusqu'au **jeudi 21 mars 2024** pour remplir les formulaires de collecte de données de l'étude pilote de validation **ET** pour soumettre les données nécessaires à la validation au PCSIN au moyen de l'une des méthodes de transmission des données décrites ci-dessus.

Formation des enquêteurs

Le matériel de formation destiné au personnel de l'étude de validation sera mis à disposition par le PCSIN. Le PCSIN coordonnera et fournira des Webinaires pour passer en revue la méthodologie de l'enquête sur la prévalence ponctuelle ainsi que des études de cas.

Analyse des données

Les épidémiologistes du PCSIN seront responsables du nettoyage, de la validation et de l'analyse des données. Les patients de l'étude de validation seront associés aux données correspondantes collectées dans l'EPP primaire afin de mesurer le niveau de concordance des variables sélectionnées. Les données de l'EPP primaire ne seront pas corrigées sur la base de ces résultats de validation. Des rapports à l'échelle de l'établissement seront produits afin d'améliorer la qualité des données et de renforcer les capacités pour les futures études de validation des 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 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 à l'établissement hospitalier; il ne sera pas transmis à l'ASPC. Toutes les données demeureront strictement confidentielles.

RÉFÉRENCES

1. Reilly JS, Price L, Godwin J, Cairns S, Hopkins S, Cookson B, Malcolm W, Hughes G, Lyytikäinen O, Coignard B, Hansen S, Suetens C; National Participants in the ECDC pilot validation study. A pilot validation in 10 European Union Member States of a point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in acute hospitals in Europe, 2011. *Euro Surveill.* 2015 Feb 26;20(8):21045. doi : 10.2807/1560-7917.es2015.20.8.21045. PMID : 25742434.
2. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals – ECDC PPS validation protocol version 3.1.2. Stockholm : ECDC; 2019.
3. Suetens C, Latour K, Karki T, Ricchizzi E, Kinross P, Moro ML, Jans B, Hopkins S, Hansen S, Lyytikäinen O, Reilly J, Deptula A, Zingg W, Plachouras D, Monnet DL, the Healthcare-Associated Infections Prevalence Study Group. 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(46):pii=1800516. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.46.1800516>.

Annexe 1 – Formulaire de données du service de soins pour l'étude de validation

Ce formulaire doit être rempli pour chaque service sélectionné pour la validation (p. ex. si vous sélectionnez des patients de trois services différents pour la validation, vous devrez remplir ce formulaire trois fois, soit une fois par service).

1.	Numéro du CCEH			
2.	Service			
	<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 et chirurgicaux combinés
	<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) : _____		
3.	Date de l'EPP primaire du l'unité	___/___/___ JJ MM AAAA		
4.	Date de début de la collecte des données primaires EPP dans l'unité	___/___/___ JJ MM AAAA		
5.	Date de début de la collecte des données de validation des unités	___/___/___ JJ MM AAAA		
Stratégie d'échantillonnage du service :				
6.	<input type="checkbox"/>	Sélection des services à forte prévalence (option 1)	<input type="checkbox"/>	Sélection des services non influencée par la prévalence estimée (option 2)
	<input type="checkbox"/>	Tous les services (option 3)		
	<input type="checkbox"/>	Autre (veuillez préciser) : _____		
7.	Patients inclus dans la validation du service		<input type="checkbox"/> Tous les patients admissibles dans le service <input type="checkbox"/> Échantillon de patients admissibles dans le service	

Annexe 2 – Formulaire de données nécessaires à la validation au niveau du patient

1. Identifiant du patient (validation) : _____
Code hospitalier/n° de l'établissement affilié au CCEH –
Code d'identification unique du patient
2. Identifiant du patient (EPP primaire) : _____
Code hospitalier/n° de l'établissement affilié au CCEH –
Code d'identification unique du patient

RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES SUR LE PATIENT

3. Âge Indiquez l'âge. **Précisez** : Ans, mois, jours
4. Sexe : Homme
 Femme
 Inconnu
5. Date d'hospitalisation ¹ : ____/____/____
JJ MM AAAA
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 et chirurgicaux combinés |
| <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>) : _____ | |

¹ 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 28 février 2024. Il est transféré au service le vendredi 1 mars 2024. La date d'hospitalisation serait le mercredi 28 février 2024.

UTILISATION D'ANTIMICROBIENS POUR TOUS LES PATIENTS, QUEL QUE SOIT LEUR STATUT D'IASS

7. Ce patient reçoit-il à l'heure actuelle un traitement systémique avec un agent antimicrobien? Oui Non (passez à Q12)

Antimicrobien 1

8. Nom générique de l'antimicrobien (annexe 3)

9. Voie d'administration

- Parentérale
- Orale
- Rectale
- Inhalation

10. Indication d'utilisation (diagnostic) – ce que le clinicien cherche à traiter

- 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) : _____

11a. Traitement

11 b. En cas de traitement ciblé, veuillez indiquer les organismes résistants traités, en cochant toutes les cases correspondantes :

- 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) : _____

INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS DE SANTÉ (IASS)

12. 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?
- Oui
 Non (*si la réponse est « non », l'enquête se termine ici.*)

(Voir l'annexe 4 pour les définitions des IASS)

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 acquise sous ventilation
- Infection urinaire associée aux soins de santé**
Type d'infection urinaire : Infection urinaire associée à l'utilisation de cathéters (IVUAUC)
 Infection urinaire non associée à l'utilisation de cathéters (IVUNAUC)
- 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)
- 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) : _____
- Infection virale respiratoire associée aux soins de santé**
- Gastro-entérite virale associée aux soins de santé**

Annexe 3 – 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/Triméthoprime
Céfotaxime	Itraconazole	Tétracycline
Céfoxitine	Lévofloxacine	Tigécycline
Ceftazidime	Linézolide	Tobramycine
Ceftazidime ou avibactam	Méropénème	Vancomycine
Ceftolazane/tazobactam	Métronidazole	Voriconazole
Ceftriaxone	Micafungine	

Annexe 4 – 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 ($\leq 4\ 000$ globules blancs/mm³) ou leucocytose ($\geq 12\ 000$ 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 succions 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 ($\leq 4\ 000$ globules blancs/mm³) ou leucocytose ($\geq 15\ 000$ 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 succions plus fréquentes nécessaires • Apnée, tachypnée, et battement des ailes du nez avec rétractation 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 ($\leq 4\ 000$ globules blancs/mm³) ou leucocytose ($\geq 15\ 000$ globules blancs/mm³) • 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

	<ul style="list-style-type: none">• Détérioration des échanges gazeux (p. ex. désaturations en O₂ [c.-à-d. oxymétrie de pouls < 94 %]), besoins accrus 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)	
	Infection des voies urinaires symptomatique (IVUS) Doit satisfaire à au moins <u>un</u> des critères suivants :
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> <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Était présent pour une partie de la journée civile à la date de l'événement <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • A été retiré le jour avant l'événement <p>2. Le patient présente au moins <u>l'un</u> des signes et symptômes suivants :</p> <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[^] <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 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>[^] 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>
Infection des voies urinaires non associée à l'utilisation de cathéters (IVUNAUC) chez un patient, peu importe son âge	<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</p>

	<p>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>
	Source : Définitions de surveillance (cdc.gov) 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 \(cdc.gov\)](#) 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	Grefe 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
Grefe 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 *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 diphtéroïdes (*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 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 \(cdc.gov\)](#) du NHSN

