



Public Health  
Agency of Canada

Agence de la santé  
publique du Canada



## Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales

### Surveillance des infections virales respiratoires chez les patients hospitalisés dans les hôpitaux du PCSIN

**2025**

#### Coordonnées

Veillez faire parvenir toutes vos questions à :

#### **Agence de la santé publique du Canada**

Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN)

Courriel : [cnisp-pcsin@phac-aspc.gc.ca](mailto:cnisp-pcsin@phac-aspc.gc.ca)

#### Groupe de travail

Nicole Anderson, Joelle Cayen, Jeannette Comeau, John Conly, Matthew Garrod, Chelsey Ellis, Jennifer Ellison, John Embil, Meghan Engbretson, Gerald Evans, Charles Frenette (coprésident), Jennifer Happe, Lynn Johnston, Jennie Johnstone, Kevin Katz, Jamal Khan, Pamela Kibsey, Bonita Lee, Diane Lee, Santana Lee, Marie-Astrid Lefebvre, Jerome Leis, Yves Longtin, Allison McGeer, Erin McGill (chef épidémiologiste), Dominik Mertz, Robyn Mitchell, Erika Oates, Stephanie Smith, Jocelyn Srigley, Kathy Suh, Nisha Thampi (coprésidente), Reena Titoria, Jen Tomlinson, Joseph Vayalumkal, Alice Wong.

Nous souhaitons exprimer notre sincère reconnaissance à Linda Pelude et Robyn Mitchell de notre équipe, dont les contributions significatives ont été déterminantes pour l'élaboration de ce protocole.

## **Contexte**

Les infections virales respiratoires (IVR) entraînent une morbidité et une mortalité accrues chez les adultes et les enfants. L'âge est un facteur de risque clé en ce qui concerne la sévérité, la transmission et l'impact de l'IVR. Les conséquences de l'IVR sont particulièrement préoccupantes pour les enfants et les personnes âgées présentant des comorbidités existantes ou des conditions sous-jacentes telles que la prématurité chez les nouveau-nés, les maladies cardiaques et pulmonaires, les maladies neurologiques, les troubles cognitifs ou l'immunosuppression. L'émergence de la grippe aviaire, de la nouvelle grippe H1N1, du MERS-CoV et du SRAS-CoV-2 a mis en évidence la nécessité de disposer de données afin d'étayer les pratiques de prévention et contrôle des infections (PCI) par des agents pathogènes des voies respiratoires dans les milieux de soins de santé.

## **Justification**

La capacité d'un hôpital à prendre en charge de manière appropriée les patients atteints d'IVR dépendra de nombreux facteurs, notamment la compréhension du fardeau que représentent les infections respiratoires d'origine virale acquises en communauté et les infections nosocomiales. Cette surveillance aidera à comprendre le fardeau et la sévérité des IVR, y compris la COVID-19, la grippe, le virus respiratoire syncytial (VRS) chez les adultes et les patients pédiatriques dans les hôpitaux canadiens.

Un système de surveillance en temps réel basé sur les hôpitaux permettra de cerner les groupes à haut risque, de décrire les facteurs de risque et les issues clinique pour les patients afin d'éclairer les pratiques de PCI, les décisions de santé publique et d'évaluer les interventions. Les IVR nouvelles et émergentes<sup>1</sup>, même si elles sont contractées dans la communauté, sont également saisies afin de comprendre les facteurs de risque des patients et d'assurer l'état de préparation du PCI.

## **Objectifs à court terme**

1. Fournir des données opportunes (p. ex. des données hebdomadaires globales concernant les issues cliniques graves) aux hôpitaux et à l'ASPC concernant les tendances des patients hospitalisés avec des IVR.

## **Objectifs à long terme**

1. Décrire les caractéristiques cliniques et celles des patients, les facteurs de risque, le traitement et les issues cliniques pour les populations pédiatriques et adultes infectées par des IVR nosocomiales afin d'éclairer les stratégies de PCI.
2. Faciliter la comparaison intra et inter-hospitalière des taux d'IVR- nosocomiales des adultes et des enfants dans le temps.
3. Décrire la transmission nosocomiale des IVR dans les établissements de soins de courte durée.
4. Comparer l'épidémiologie de l'infection par la COVID-19-nosocomiale à d'autres infections virales respiratoires (p. ex. la grippe et le virus respiratoire syncytial [VRS]) chez les enfants et les adultes hospitalisés.
5. Signaler les tendances en matière d'utilisation d'antimicrobiens chez les patients atteints d'IVR nosocomiales.

---

<sup>1</sup> Infections causées soit par des variantes d'agents pathogènes respiratoires connus à l'origine de cas humains sporadiques (p.ex., la grippe aviaire H5N1), soit par l'émergence d'agents pathogènes

6. Recenser les caractéristiques des patients et les caractéristiques cliniques des IVR nouvelles et émergentes, y compris celles acquises dans la communauté, afin d'assurer la préparation des hôpitaux.

## Méthodes

### Plan de l'étude

Surveillance par réseau sentinelle des patients hospitalisés adultes et pédiatriques atteints d'IVR dans les hôpitaux participants du PCSIN.

Cette surveillance est composée de deux éléments :

- 1) Rapports hebdomadaires agrégés de toutes les hospitalisations associées à la COVID-19, à la grippe et au VRS
- 2) Questionnaires du patient pour toutes les IVR nosocomiales.

### Admissibilité du site

Tous les hôpitaux du PCSIN peuvent participer à la surveillance.

### Période de surveillance

Calendrier de surveillance tout au long de l'année (du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre). Les cas sont affectés à une année de surveillance en fonction de la date du résultat positif au test de dépistage.

### Définitions de cas

#### Définition des cas d'IVR (à l'exclusion des cas de COVID-19)

- 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 ° Celsius) ou température unique >1,1° degré Celsius 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 des 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.
- *Si le patient a obtenu plusieurs résultats positifs à des tests, veuillez utiliser la date du premier résultat positif à un test dans les 90 derniers jours pour déterminer l'admissibilité.*

## Classification de l'exposition pour toutes les infections virales respiratoires

Une fois que le patient a été diagnostiqué comme ayant une IVR, le cas sera classé comme 1) nosocomial, acquis dans votre établissement de soins de courte durée, 2) nosocomial, acquis dans un autre établissement de soins de courte durée ou 3) acquis en communauté (AC), sur la base des critères suivants et conformément au meilleur jugement clinique du praticien des soins de santé et/ou de la prévention et du contrôle des infections (PCI).

### Nosocomial - acquis dans votre établissement de soins de courte durée (N-VÉCD)

- Apparition des symptômes  $\geq 72$  heures (>3 jours civils) après l'admission à l'hôpital rapportant le cas et en utilisant le meilleur jugement clinique. Pour les patients ayant contracté la COVID-19, en l'absence de symptômes, veuillez utiliser la date du résultat positif au test de dépistage.
- OU
- Si le patient est réadmis avec résultat positif à un test < 72 heures ( $\leq 3$  jours civils) après son congé hospitalier et en utilisant le meilleur jugement clinique.

### Nosocomial - acquis dans un autre établissement de soins de courte durée (N-AÉCD)

- Tout patient dont l'IVR n'a pas été contractée dans votre établissement et dont on pense qu'elle est associée à un autre établissement de santé (p. ex. un autre établissement de soins de courte durée, de soins de longue durée, de réadaptation, etc.) Les maisons de retraite ne sont pas considérées comme un autre établissement de santé.

### Cas acquis en communauté

- Aucune exposition à des établissements de soins de courte durée qui aurait pu entraîner cette infection (en utilisant le meilleur jugement clinique) et ne répond pas aux critères d'une infection nosocomiale.

Jours d'admission				
Jour civil	1	2	3	4
Temps (heures)	0 à 23	24 à 47	48 à 71	72 à 95

## Collecte et transmission des données

Veuillez-vous référer à l'annexe A pour un organigramme concernant la soumission des données.

### 1) Rapport hebdomadaire

Un formulaire de rapport hebdomadaire contenant le nombre total d'hospitalisations incidentes (c'est-à-dire de nouvelles hospitalisations) parmi les patients hospitalisés dont la présence de la COVID-19, du virus grippal A, du virus grippal B et du VRS a été confirmée en laboratoire, ainsi que les admissions en USI parmi les patients hospitalisés dont la présence de COVID-19 a été confirmée en laboratoire, stratifiés par groupe d'âge, sera soumis au PCSIN par voie électronique tous les mardis. Ce rapport hebdomadaire comprendra tous les cas diagnostiqués (c'est-à-dire ceux ayant

obtenu un résultat positif à un test de dépistage) au cours de la semaine précédente, c'est-à-dire du dimanche au samedi. Le formulaire de rapport hebdomadaire permettra également de saisir le nombre de nouvelles éclosions d'IVR, la raison de l'admission (associée ou non à l'admission) pour les patients atteints de COVID-19 et le nombre d'hospitalisations associées à la COVID-19, au virus grippal A, au virus grippal B et au VRS par lieu où l'infection a été contractée (p. ex. nosocomiale ou acquise en communauté) (annexe B).

Les sites peuvent choisir de soumettre leurs données hebdomadaires de deux manières :

- Remplir le formulaire sur le module des IVR du Réseau canadien de renseignements sur la santé publique (RCRSP), qui est la méthode préférée.
- Remplir le document Word et l'envoyer par courriel à PCSIN (cnisp-pcsin@phac-aspc.gc.ca).

Un rapport contenant les analyses des données hebdomadaires sera distribué par l'équipe du PCSIN toutes les deux semaines.

Pour la surveillance hebdomadaire relative à l'IVR, les admissions hebdomadaires seront estimées en utilisant les admissions trimestrielles de patients de 2020-2024.

## **2) Questionnaires sur les patients**

Pour chaque cas qui répond à la définition de cas N- VÉCD ou N-AÉCD (page 3), un questionnaire détaillé concernant le patient (annexe C) doit être rempli en examinant le dossier du patient. Veuillez noter que le questionnaire sur les patients ne doit être rempli que pour les cas d'IVR ASS (y compris la COVID-19).

Si un patient présente un résultat positif à deux virus et que les deux sont diagnostiqués comme étant des infections nosocomiales, toutes les données peuvent être saisies sur le même formulaire.

Si un patient est diagnostiqué comme ayant une IVR-nosocomiale et qu'il est ensuite diagnostiqué comme ayant une seconde IVR-nosocomiale au cours de la même hospitalisation (par exemple, 4 jours ou plus après la première infection par le virus IVR-nosocomial ET présence de nouveaux symptômes ou une aggravation des symptômes pouvant indiquer une nouvelle infection), veuillez remplir un questionnaire sur les nouveaux patients et indiquer le code d'identification unique du patient de la première infection par le virus IVR-nosocomial afin que nous puissions relier les données. Veuillez noter que pour les patients ayant contracté la COVID-19-nosocomiale, le délai entre deux résultats positifs à un test de dépistage de la COVID-19 doit être supérieur à 90 jours pour être estimé comme une nouvelle infection (et c'est seulement à ce moment-là qu'un questionnaire pour nouveau patient est rempli).

*Exemple 1 : Le 1<sup>er</sup> août 2022, un patient reçoit un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19-nosocomiale et est hospitalisé du 1<sup>er</sup> au 8 août 2022. Le patient est à nouveau hospitalisé le 6 décembre 2022 et le 9 décembre 2022, il reçoit un résultat positif au test de dépistage du VRS-nosocomial. Comme il s'agit de deux hospitalisations distinctes, veuillez remplir deux formulaires (un pour l'infection à la COVID-19 et un pour l'infection au VRS-nosocomial-) et indiquer le code d'identification unique du patient de la première IRV-nosocomiale au cours de l'année de surveillance afin que nous puissions relier les données.*

*Exemple 2 : Le 10 janvier 2022, un patient reçoit un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19-nosocomiale et du VRS-nosocomial le même jour au cours de la même hospitalisation; veuillez remplir un formulaire et indiquer qu'il a reçu un résultat positif pour les deux virus.*

*Exemple 3 : Le patient obtient un résultat positif au test de dépistage de la grippe-nosocomiale le 1<sup>er</sup> février et se révèle positif pour le VRS-nosocomial le 6 février au cours de la même hospitalisation. Veuillez remplir deux formulaires (un pour la grippe-nosocomiale et un pour le VRS-nosocomial), car les cas ont été diagnostiqués à plus de quatre jours d'intervalle ET le patient présentait des nouveaux symptômes ou une aggravation des symptômes. Veuillez indiquer le code d'identification unique du patient de la première IVR-nosocomiale au cours de l'année de surveillance afin que nous puissions relier les données.*

Pour les IVR nouvelles ou émergentes (p.ex., H5N1), qu'elles soient contractées dans le cadre de soin de courte durée ou dans la communauté, veuillez remplir le questionnaire simplifié aux patients (annexe D).

Veuillez soumettre les données par voie électronique au RCRSP. En cas de transmission par voie électronique, veuillez communiquer avec le PCSIN pour obtenir le modèle du RCRSP à télécharger ([cnisp-pcsin@phac-aspc.gc.ca](mailto:cnisp-pcsin@phac-aspc.gc.ca)).

### Données servant de dénominateurs

Des données servant de dénominateurs seront recueillies sur le formulaire trimestriel d'information sur les dénominateurs et soumises au RCRSP.

Les données recueillies comprendront :

- 1) le nombre total d'hospitalisations de patients par an;
- 2) le nombre total de jours d'hospitalisation par an.

### Délais de transmission

Veuillez soumettre le questionnaire sur les patients ayant contracté une IVR-nosocomiale et les données du dénominateur selon le calendrier suivant :

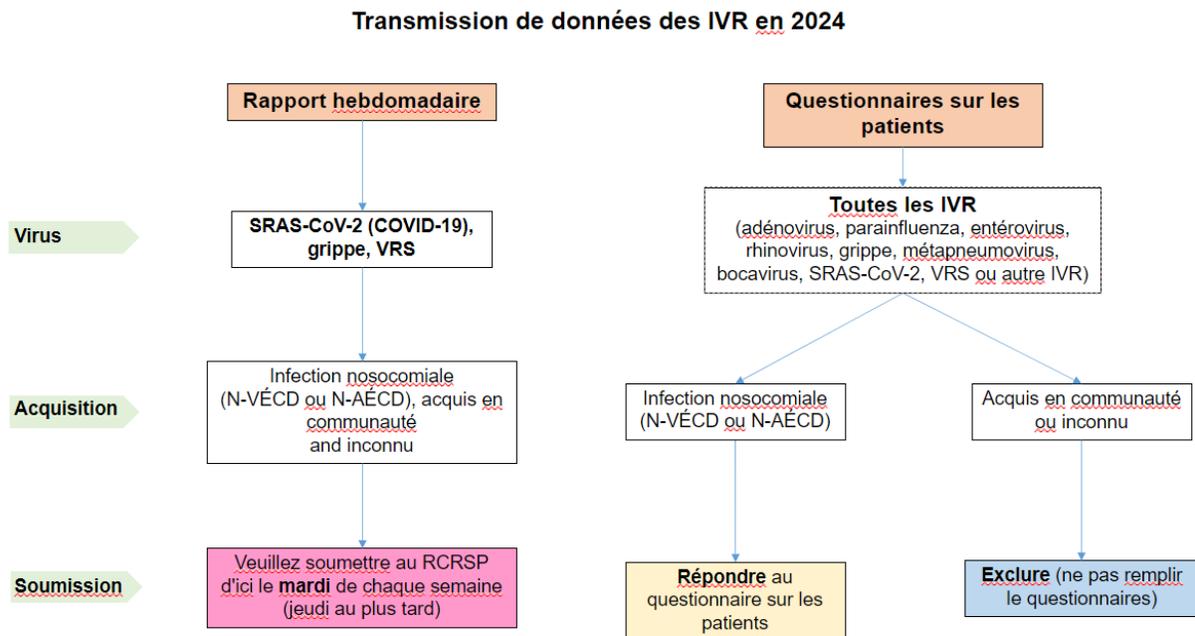


<b>Données servant de dénominateurs</b>		surveillance suivante		
---	--	-----------------------	--	--

Rapport de déclaration nulle

Pour toute semaine où votre site n'a pas de données hebdomadaires à rapporter, veuillez inscrire zéro dans le formulaire de rapport hebdomadaire et soumettre le rapport au PCSIN soit au moyen du RCRSP, soit par courriel à [cnisp-pcsin@phac-aspc.gc.ca](mailto:cnisp-pcsin@phac-aspc.gc.ca).

## ANNEXE A. FLUX DE TRANSMISSION DE DONNÉES



# ANNEXE B. FORMULAIRE DE RAPPORT HEBDOMADAIRE D'IVR

**Numéro de l'établissement affilié au CCEH :** Sélectionnez le site du Comité canadien d'épidémiologistes hospitaliers (CCEH). **Date de transmission :** aaaa-mm-jj

**Semaine de surveillance (c'est-à-dire du dimanche au samedi)**

Du dimanche : aaaa-mm-jj\_au samedi : aaaa-mm-jj

Votre site a-t-il signalé une nouvelle éclosion pour l'une des IVR suivantes pendant la semaine de signalement ci-dessus?

COVID-19	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, nombre de nouvelles éclosions: _____
Grippe	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, nombre de nouvelles éclosions : _____
VRS	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, nombre de nouvelles éclosions : _____
Autre virus, veuillez préciser :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, nombre de nouvelles éclosions : _____

Si oui, veuillez fournir la définition du cas de l'éclosion de votre site :

Veuillez fournir des données pour **les patients nouvellement hospitalisés**<sup>a</sup> diagnostiqués par le laboratoire comme ayant contracté la COVID-19, la grippe et le VRS pour la période de surveillance spécifiée ci-dessus.

Virus	Indicateur	De 0 à 17 ans	18 ans ou plus	Total hebdomadaire	
COVID-19	Nombre de nouvelles hospitalisations <sup>b</sup>				
	<i>Admission<sup>c</sup> liée à la COVID-19</i>				
	<i>Admission non liée à la COVID-19 (c'est-à-dire découverte fortuite)</i>				
	<i>Inconnu</i>				
	Nombre de nouvelles admissions à l'USI				
Grippe A	Nombre de nouvelles hospitalisations				<input type="checkbox"/> Données non recueillies

Grippe B	Nombre de nouvelles hospitalisations				<input type="checkbox"/> Données non recueillies
VRS	Nombre de nouvelles hospitalisations				<input type="checkbox"/> Données non recueillies

<sup>a</sup>Les données reflètent les nouveaux cas en fonction de la date du résultat positif au test de dépistage.

<sup>b</sup>Les nouvelles hospitalisations comprennent tous les patients qui répondent à la définition de cas (page 3) (c'est-à-dire les patients admis en raison de la COVID-19, les patients admis pour d'autres raisons, les cas d'infections nosocomiales et les patients dont la raison de l'admission est inconnue).

**Remarque** : un patient peut être compté dans plusieurs catégories (p. ex. si le patient a été à la fois admis à l'USI et mis sous ventilation mécanique dans les sept jours spécifiés, il sera inclus dans les deux catégories). S'il y a un retard dans l'obtention de l'un de ces renseignements pour une semaine, veuillez mettre à jour le rapport lorsque les données seront disponibles (p. ex. si un patient a été admis à l'USI un vendredi et que votre système n'effectue pas la saisie à temps pour ce rapport hebdomadaire, veuillez mettre à jour le rapport pour cette semaine lorsque les données seront disponibles).

**Vous trouverez ci-dessous les critères permettant de déterminer si l'hospitalisation d'un patient est liée à la COVID-19 (c'est-à-dire que le patient est admis en raison de la COVID-19 ou que la COVID-19 a contribué à son hospitalisation). Veuillez utiliser votre meilleur jugement clinique lorsque vous appliquez les critères ci-dessous ou d'autres informations cliniques disponibles pour déterminer si l'hospitalisation est liée ou non à la COVID-19.**

- La COVID-19 est consignée comme un diagnostic primaire d'hospitalisation.
- Le patient présente des symptômes liés à la COVID-19\*.
- Il a été hospitalisé avec des complications à la suite d'une infection à la COVID-19 :
  - Troubles neurologiques
  - Troubles respiratoires (issues cliniques et radiographiques suggérant une pneumonie; nécessite une oxygénothérapie pour un essoufflement dû à la COVID-19 ou à un niveau de saturation en oxygène < 92 %).
  - Troubles dermatologiques
  - Troubles cardiaques
  - Infection bactérienne secondaire (p. ex. pneumonie, sinusite, otite moyenne aiguë, mastoïdite)
- Le patient a reçu un traitement pour l'infection à la COVID-19 (par exemple Remdesivir, Dexaméthasone, Paxlovid)

Critères supplémentaires pour les patients pédiatriques :

- Patients âgés de <12 mois hospitalisés pour exclure une septicémie.
- Admis avec un diagnostic d'au moins un des éléments suivants :
  - Bronchiolite
  - Laryngotrachéite aiguë
  - Pneumonie
  - Syndrome inflammatoire multisystémique chez les enfants/maladie de Kawasaki
  - Convulsions fébriles

Les symptômes liés à la \*COVID-19 peuvent inclure : fièvre, toux, essoufflement, fatigue, maux de gorge, congestion nasale, anosmie ou agueusie, myalgies, maux de tête, nausées/vomissements, diarrhée, vertiges ou détérioration générale (adultes âgés).

*Si possible, pour les hospitalisations concernant la COVID-19 ci-dessus, veuillez indiquer le nombre d'hospitalisations en fonction du lieu où cela a été contracté. Veuillez noter que le nombre total de nouvelles hospitalisations dans le tableau ci-dessous doit être égal au nombre total d'hospitalisations dans le tableau ci-dessus.*

	Nombre N-VÉCD <sup>c</sup>	Nombre N-AÉCD <sup>d</sup>	Nombre d'AC <sup>e</sup>	Inconnu	Total	
Nombre de nouvelles hospitalisations relatives à la COVID-19						
Nombre de nouvelles hospitalisations relatives au virus grippal A						<input type="checkbox"/> Données non recueillies
Nombre de nouvelles hospitalisations relatives au virus grippal B						<input type="checkbox"/> Données non recueillies
Nombre de nouvelles hospitalisations relatives au VRS						<input type="checkbox"/> Données non recueillies

**<sup>c</sup>Nosocomial - acquis dans votre établissement de soins de courte durée (N-VÉCD)**

- Apparition des symptômes  $\geq 72$  heures (>3 jours civils) après l'admission à l'hôpital rapportant le cas et en utilisant le meilleur jugement clinique. Pour les patients ayant contracté la COVID-19, en l'absence de symptômes, veuillez utiliser la date du résultat positif au test de dépistage.

OU

- Si le patient est réadmis avec résultat positif à un test < 72 heures ( $\leq 3$  jours civils) après son congé hospitalier et en utilisant le meilleur jugement clinique.

**<sup>d</sup>Nosocomial - acquis dans un autre établissement de soins de courte durée (N-AÉCD)**

Tout patient dont l'IVR n'a pas été contractée dans votre établissement et dont on pense qu'elle est associée à un autre établissement de santé (p. ex. un autre établissement de soins de courte durée, de soins de longue durée, de réadaptation, etc.) Les maisons de retraite ne sont pas considérées comme un autre établissement de santé.

**<sup>e</sup> Cas acquis en communauté**

- Aucune exposition à des soins de courte durée qui aurait pu entraîner cette infection (en utilisant le meilleur jugement clinique) et ne répond pas aux critères d'une infection nosocomiale .

# ANNEXE C. QUESTIONNAIRE POUR LES PATIENTS ATTEINTS D'UNE IVR

1.	<b>Numéro de l'établissement affilié au CCEH :</b> Sélectionnez le site du Comité canadien d'épidémiologistes hospitaliers (CCEH).
2.	<b>Code d'identification unique du patient :</b> Indiquer un code d'identification de patient unique. (n° de l'établissement affilié au CCEH) (année) (n° du cas)
3.	<b>Date du résultat positif au test de dépistage</b> aaaa-mm-jj
4.	<b>Virus isolés (veuillez sélectionner tous les virus) :</b> <input type="checkbox"/> Adénovirus <input type="checkbox"/> Parainfluenza <input type="checkbox"/> Entérovirus <input type="checkbox"/> Entérovirus/rhinovirus <input type="checkbox"/> Rhinovirus <input type="checkbox"/> Grippe A <input type="checkbox"/> Grippe B <input type="checkbox"/> Métapneumovirus <input type="checkbox"/> Bocavirus <input type="checkbox"/> SRAS-CoV-2 (COVID-19) <input type="checkbox"/> Autre coronavirus humain (PAS le SRAS-CoV-2) <input type="checkbox"/> Coronavirus 229E (seulement si le virus= Autre coronavirus humain) <input type="checkbox"/> Coronavirus NL63 (seulement si le virus= Autre coronavirus humain) <input type="checkbox"/> Coronavirus OC43 (seulement si le virus= Autre coronavirus humain) <input type="checkbox"/> Coronavirus HKU1 (seulement si le virus= Autre coronavirus humain) <input type="checkbox"/> MERS-CoV (seulement si le virus= Autre coronavirus humain) <input type="checkbox"/> SRAS-CoV-1 (seulement si le virus= Autre coronavirus humain) <input type="checkbox"/> VRS <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser :
5.	<b>Âge :</b> Indiquez l'âge. <b>Précisez :</b> Ans, mois, jour
6.	<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Inconnu
7.	<b>Date de l'hospitalisation</b> aaaa-mm-jj
8.	<b>Où cette IVR a-t-elle été contractée?</b> <input type="checkbox"/> Nosocomiale (acquise dans votre établissement de soins de courte durée) <sup>2</sup>

<sup>2</sup> IVR-Nosocomiale (VÉCD) : Apparition des symptômes  $\geq 72$  heures ( $> 3$  jours civils) après l'admission à l'hôpital rapportant le cas et en utilisant le meilleur jugement clinique OU si le patient est réadmis avec un résultat positif à

	<input type="checkbox"/> Nosocomiale (autre établissement de soins de courte durée) <sup>3</sup>
<b>9.</b>	<b>S'agit-il d'une NOUVELLE infection chez un patient qui a déjà été diagnostiqué comme ayant une IVR-nosocomiale au cours de cette année de surveillance?</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Oui, veuillez saisir le code d'identification unique du patient original ou précédent : _____ (p. ex. 99ZYY0001) (n° de l'établissement affilié au CCEH) (année) (n° du cas)
<b>10.</b>	<b>Code postal<sup>4</sup> (trois premiers chiffres) :</b> _____
<b>11.</b>	<b>Ce patient a-t-il été admis d'un établissement de soins de longue durée<sup>5</sup>?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
<b>12.</b>	<b>Ce patient était-il associé à une éclosion/une grappe de cas dans l'établissement?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
<b>13.</b>	<b>Ce patient a-t-il été exposé à un travailleur de la santé symptomatique ou qui a obtenu un résultat positif à un test de dépistage avant le début de la maladie?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
<b>14.</b>	<b>Ce patient a-t-il été exposé à un aidant naturel ou visiteur symptomatique ou qui a obtenu un résultat positif à un test de dépistage à l'hôpital ET avant le début de la maladie?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
	<b>Q15. Pour les patients ayant contracté la grippe uniquement</b>
<b>15.</b>	<b>Ce patient a-t-il reçu le vaccin antigrippal pour la saison en cours?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
	<b>Q16 à 19. Pour les patients ayant contracté la COVID-19 uniquement</b>

un test de dépistage < 72 heures ( $\leq 3$  jours) après son congé hospitalier et en utilisant le meilleur jugement clinique. Pour les patients ayant contracté la COVID-19, en l'absence de symptômes, veuillez utiliser la date du résultat positif au test de dépistage.

<sup>3</sup>Tout patient dont l'IVR n'a pas été contractée dans votre établissement et dont on pense qu'elle est associée à un autre établissement de santé (p. ex. un autre établissement de courte durée, un établissement de soins de longue durée ou de réadaptation, etc.) Les maisons de retraite ne sont PAS considérées comme un autre établissement de santé et donc les IVR doivent être signalées sous la rubrique « acquis en communauté (AC) ».

<sup>4</sup>Si le code postal est inconnu ou non disponible, veuillez saisir 999.

<sup>5</sup>Un établissement de soins de longue durée est un établissement où réside une personne qui a besoin de soins infirmiers courants ou quotidiens, tandis qu'une maison de retraite est un lieu où une personne peut vivre de manière indépendante (c'est-à-dire dans sa propre chambre ou appartement et peut se réunir pour les repas). Étant donné que les définitions et les types d'installations varient selon les provinces, veuillez appliquer les critères ci-dessus au mieux de vos connaissances.

16.	<p><b>Le patient a-t-il été testé dans le cadre d'un dépistage de la prévalence, par exemple dans le cadre d'une enquête sur une éclosion?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu</p>
17.	<p><b>Pour les patients ayant contracté la COVID-19, ce patient a-t-il été vacciné contre la COVID-19?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> S.O. (p. ex. &lt; 6 mois)</p>
18.	<p><b>Si oui, combien de doses le patient a-t-il reçues?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p><input type="checkbox"/> Si plus de 6 doses, veuillez préciser : ____</p>
19.	<p><b>Si oui, date de la dose la plus récente</b> aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Inconnu</p>
<b>Q20. Pour les patients infectés par le VRS uniquement</b>	
20.	<p><b>Ce patient a-t-il reçu le vaccin contre le VRS pour la saison en cours?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu</p>
<b>Q21-23. Pour les patients pédiatriques infectés par le VRS uniquement</b>	
21.	<p><b>Le patient a reçu du nirsevimab:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Non admissible</p> <p><b>Date de la dernière dose:</b> aaaa-mm-jj</p>
22.	<p><b>Le patient a reçu du palivizumab:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Non admissible</p> <p><b>Date de la dernière dose:</b> aaaa-mm-jj</p>
23.	<p><b>La mère du patient a reçu le vaccin maternel contre le VRS:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu</p>
24.	<p><b>Y a-t-il des éléments de preuves que le patient avait des comorbidités préexistantes au moment de son admission?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p><input type="checkbox"/> Oui (<i>cochez toutes les réponses qui s'appliquent</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Maladie du foie</li> <li><input type="checkbox"/> Cancer (actif)</li> <li><input type="checkbox"/> Pneumopathie (p. ex. asthme, MPOC)</li> <li><input type="checkbox"/> Néphropathie (incluez tous les patients sous dialyse) <ul style="list-style-type: none"> <li>Si oui à la maladie rénale, ce patient était-il sous dialyse?</li> <li><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Grossesse, si oui semaines de gestation: Entrez les semaines de gestation.</li> <li><input type="checkbox"/> Receveur d'une transplantation d'organe ou d'une greffe de cellules souches hématopoïétiques</li> </ul>

	<input type="checkbox"/> Autre immunosuppression <sup>6</sup> , veuillez préciser: Cliquez ici pour préciser. <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque chronique (à l'exclusion de l'hypertension) <input type="checkbox"/> Maladie neurologique grave <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Maladie génétique <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Démence/maladie d'Alzheimer <input type="checkbox"/> Obésité (enregistrée dans le dossier du patient ou IMC $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup> ) <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser Cliquez ici pour préciser.
<b>25.</b>	<b>Parmi les syndromes suivants, lequel avait ce patient?</b> <input type="checkbox"/> Aucun, asymptomatique (COVID-19 seulement) <input type="checkbox"/> Respiratoire (p. ex. toux, essoufflement, maux de gorge, congestion nasale) <input type="checkbox"/> Gastro-intestinal (p. ex. nausées, vomissements, diarrhée) <input type="checkbox"/> Symptômes constitutionnels généraux (p. ex. fièvre, frissons, myalgies, maux de tête). <input type="checkbox"/> Symptômes neurologiques généraux (p. ex. altération du niveau de conscience, détérioration générale). <input type="checkbox"/> SIM-C/A (COVID-19 uniquement) <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser :Cliquez ici pour préciser.
<b>26a.</b>	<b>Ce patient a-t-il reçu un traitement antiviral pour son IVR-nosocomiale actuelle?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
<b>26b.</b>	<b>Si ce patient a reçu un traitement antiviral, veuillez sélectionner tous ceux qui s'appliquent :</b> <input type="checkbox"/> Remdesivir (COVID-19 uniquement) <input type="checkbox"/> Molnupiravir (COVID-19 uniquement) <input type="checkbox"/> Paxlovid (COVID-19 uniquement) <input type="checkbox"/> Oseltamivir (Tamiflu) (grippe uniquement) <input type="checkbox"/> Zanamivir (Relenza) (grippe seulement) <input type="checkbox"/> Peramivir (Rapivab) (grippe uniquement) <input type="checkbox"/> Baloxavir (Xofluza) (grippe uniquement) <input type="checkbox"/> Autre, précisez _____

<sup>6</sup>Comprend une immunodéficience congénitale ou acquise, une chimiothérapie, des médicaments immunosuppresseurs, des stéroïdes systémiques chroniques à forte dose ( $\geq 2$  mg/kg ou  $\geq 20$  mg/jour de prednisonne ou l'équivalent pendant > 2 semaines).

<sup>7</sup> Comprend :

- a. une déficience intellectuelle modérée à profonde ou un retard de développement;
- b. de l'épilepsie ou une infirmité motrice cérébrale si elle est accompagnée de (a);
- c. des troubles neuromusculaires (p. ex. la dystrophie musculaire), lorsqu'ils sont associés à une détérioration de la fonction respiratoire;
- d. d'autres troubles neurologiques associés à une altération de la fonction pulmonaire et/ou à une difficulté à manipuler les sécrétions pulmonaires.

27.	<p><b>Ce patient a-t-il reçu un traitement antibactérien pour son infection respiratoire nosocomiale?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu</p>
28.	<p><b>Ce patient a-t-il eu besoin d'une dialyse (hémodialyse ou dialyse péritonéale) dans les 30 jours suivant un résultat positif à un test de dépistage, en raison d'une complication de son IVR-ASS?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui, lié à l'IVR <input type="checkbox"/> Oui, non lié à l'IVR <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Déjà sous dialyse au moment du test <input type="checkbox"/> Impossible à déterminer</p>
29.	<p><b>Ce patient a-t-il eu besoin d'une ventilation mécanique dans les 30 jours suivant un résultat positif à un test de dépistage?</b> <input type="checkbox"/> Oui, lié à l'IVR <input type="checkbox"/> Oui, non lié à l'IVR <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Déjà sous ventilation mécanique au moment du test <input type="checkbox"/> Impossible à déterminer</p>
30.	<p><b>Ce patient a-t-il eu besoin d'une oxygénation extracorporelle dans les 30 jours suivant un résultat positif à un test de dépistage?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui, lié à l'IVR <input type="checkbox"/> Oui, non lié à l'IVR <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Déjà sous oxygénation extracorporelle au moment du test <input type="checkbox"/> Impossible à déterminer</p>
31.	<p><b>Ce patient a-t-il été admis à l'USI dans les 30 jours suivant un résultat positif à un test de dépistage?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui, lié à l'IVR <input type="checkbox"/> Oui, non lié à l'IVR <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Patient déjà à l'USI au moment du résultat positif à un test de dépistage <input type="checkbox"/> Impossible à déterminer</p>
32.	<p><b>Date d'admission à l'USI</b> aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Sans objet</p>
33.	<p><b>Date de son congé de l'USI</b> aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Sans objet <input type="checkbox"/> Le patient est toujours hospitalisé en soins intensifs</p>
34.	<p><b>Quelle était l'évolution de l'état de santé du patient à 30 jours après un résultat positif à un test de dépistage?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Le patient est en vie et toujours hospitalisé</p> <p><input type="checkbox"/> Le patient a survécu et est sorti de l'hôpital Date de sortie de l'hôpital aaaa-mm-jj</p> <p><input type="checkbox"/> Le patient a survécu et a été transféré Date du transfert : aaaa-mm-jj</p> <p><input type="checkbox"/> Le patient est décédé Date du décès : aaaa-mm-jj</p> <p><input type="checkbox"/> Inconnu</p>
<p><b>Ne remplissez les Q33 et Q34 que pour les patients décédés.</b></p>	
35.	<p><b>Si le patient est décédé dans les 30 jours suivant le résultat positif à un test de dépistage, ce patient avait-il une directive (p. ex. une ordonnance de non-réanimation) qui spécifiait de ne pas l'admettre à l'USI et/ou de ne pas l'intuber?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Impossible à déterminer</p>
36.	<p><b>Si le patient est décédé dans les 30 jours suivant le résultat positif à un test de dépistage, veuillez indiquer le lien entre l'IVR et le décès.</b></p>

	<input type="checkbox"/> L'IVR a été la cause du décès <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> L'IVR a contribué au décès <sup>9</sup> <input type="checkbox"/> Le décès n'est pas lié à l'IVR <sup>10</sup> <input type="checkbox"/> La causalité entre l'IVR et le décès ne peut pas être déterminée <sup>11</sup>
<b>37.</b>	<b>Autres commentaires.</b> Cliquez ici

---

<sup>8</sup>L'IVR a été la cause du décès (c'est-à-dire que le patient ne souffrait d'aucune autre affection qui aurait pu causer son décès pendant cette hospitalisation).

<sup>9</sup>L'IVR a contribué au décès (c'est-à-dire que l'IVR a exacerbé une condition existante qui a conduit au décès du patient).

<sup>10</sup>L'IVR n'était pas liée au décès

<sup>11</sup>Impossible de déterminer la causalité entre l'IVR et le décès.

# ANNEXE D. QUESTIONNAIRE POUR LES PATIENTS ATTEINTS D'UNE IVR ÉMERGENTE

1.	<b>Numéro de l'établissement affilié au CCEH :</b> Sélectionnez le site du Comité canadien d'épidémiologistes hospitaliers (CCEH).
2.	<b>Code d'identification unique du patient :</b> Indiquer un code d'identification de patient unique. (n° de l'établissement affilié au CCEH) (année) (n° du cas)
3.	<b>Date du résultat positif au test de dépistage</b> aaaa-mm-jj
4.	<b>Virus isolés (veuillez sélectionner tous les virus) :</b> <input type="checkbox"/> Grippe A <i>Veuillez préciser le sous-type (p.ex. H5N1, H7N9, etc.) s'il est disponible: _____</i> <input type="checkbox"/> Grippe B <input type="checkbox"/> MERS-CoV <input type="checkbox"/> Coronavirus humain (PAS le SRAS-CoV-2) <input type="checkbox"/> SRAS-CoV-1 <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser le sous-type s'il est disponible: _____ <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : _____
5.	<b>Âge :</b> Indiquez l'âge. <b>Précisez :</b> Ans, mois, jour
6.	<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Inconnu
7.	<b>Date de l'hospitalisation</b> aaaa-mm-jj
8.	<b>Où cette IVR a-t-elle été contractée?</b> <input type="checkbox"/> Acquisée dans la communauté <sup>12</sup> <input type="checkbox"/> Nosocomiale (acquise dans votre établissement de soins de courte durée) <sup>13</sup> <input type="checkbox"/> Nosocomiale (autre établissement de soins de courte durée) <sup>14</sup>
9.	<b>Existe-t-il des preuves de voyages internationaux dans les 14 jours précédant l'IVR?</b> <input type="checkbox"/> Non, il n'y a aucune preuve de voyage international <input type="checkbox"/> Oui, veuillez préciser le pays : _____ <input type="checkbox"/> Impossible à déterminer

<sup>12</sup> Aucune exposition a des établissements de soins de courte durée qui aurait pu entraîner cette infection (en utilisant le meilleur jugement clinique) et ne répond pas aux critères d'une infection nosocomiale.

<sup>13</sup>IVR-Nosocomiale (VÉCD) : Apparition des symptômes  $\geq 72$  heures ( $> 3$  jours civils) après l'admission à l'hôpital rapportant le cas et en utilisant le meilleur jugement clinique OU si le patient est réadmis avec un résultat positif à un test de dépistage  $< 72$  heures ( $\leq 3$  jours) après son congé hospitalier et en utilisant le meilleur jugement clinique.

<sup>14</sup> Tout patient dont l'IVR n'a pas été contractée dans votre établissement et dont on pense qu'elle est associée à un autre établissement de santé (p. ex. un autre établissement de courte durée, un établissement de soins de longue durée ou de réadaptation, etc.)

10.	<p><b>Ce patient a-t-il été en contact avec des animaux de ferme ou du bétail (bovins, chèvres, moutons, chevaux, poulets/poussins, zoos pour enfants, etc.) ou des animaux sauvages (animaux sauvages, animaux de zoo, etc.) ou leurs déchets (y compris les excréments, la litière, etc.) avant son IVR?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p><b>Si oui, précisez le type d'animal(s):</b> _____</p> <p><b>Et le(s) lieu(x):</b> _____</p>
11.	<p><b>Est-ce que des contacts du patient ont été testés positifs, y compris des travailleurs de la santé, des membres de la famille et/ou d'autres contacts personnels?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p><b>Si oui, veuillez préciser quel(s) contact(s) (veuillez sélectionner tous ceux qui s'appliquent):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Travailleur de la santé</p> <p><input type="checkbox"/> Contacts familiaux</p> <p><input type="checkbox"/> Autres contacts personnels</p> <p><input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : _____</p>
12.	<p><b>Ce patient était-il associé à une éclosion/une grappe de cas dans l'établissement?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p><b>Si oui, quel est le lieu de l'éclosion/la grappe de cas?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Communauté <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ <input type="checkbox"/> Inconnu</p>
13.	<p><b>Y a-t-il des éléments de preuves que le patient avait des comorbidités préexistantes au moment de son admission?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p><input type="checkbox"/> Oui (<i>cochez toutes les réponses qui s'appliquent</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Maladie du foie</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer (actif)</p> <p><input type="checkbox"/> Pneumopathie (p. ex. asthme, MPOC)</p> <p><input type="checkbox"/> Néphropathie (incluez tous les patients sous dialyse)</p> <p>Si oui à la maladie rénale, ce patient était-il sous dialyse?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p><input type="checkbox"/> Grossesse, si oui semaines de gestation: Entrez les semaines de gestation.</p> <p><input type="checkbox"/> Receveur d'une transplantation d'organe ou d'une greffe de cellules souches hématopoïétiques</p> <p><input type="checkbox"/> Autre immunosuppression<sup>15</sup>, veuillez préciser: Cliquez ici pour préciser.</p>

<sup>15</sup> Comprend une immunodéficience congénitale ou acquise, une chimiothérapie, des médicaments immunosuppresseurs, des stéroïdes systémiques chroniques à forte dose ( $\geq 2$  mg/kg ou  $\geq 20$  mg/jour de prednisone ou l'équivalent pendant > 2 semaines).

	<input type="checkbox"/> Maladie cardiaque chronique (à l'exclusion de l'hypertension) <input type="checkbox"/> Maladie neurologique grave <sup>16</sup> <input type="checkbox"/> Maladie génétique <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Démence/maladie d'Alzheimer <input type="checkbox"/> Obésité (enregistrée dans le dossier du patient ou IMC $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup> ) <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser <a href="#">Cliquez ici pour préciser.</a>
14.	<b>Parmi les syndromes suivants, lequel avait ce patient?</b> <input type="checkbox"/> Respiratoire (p. ex. toux, essoufflement, maux de gorge, congestion nasale) <input type="checkbox"/> Gastro-intestinal (p. ex. nausées, vomissements, diarrhée) <input type="checkbox"/> Symptômes constitutionnels généraux (p. ex. fièvre, frissons, myalgies, maux de tête). <input type="checkbox"/> Symptômes neurologiques généraux (p. ex. altération du niveau de conscience, détérioration générale). <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : <a href="#">Cliquez ici pour préciser.</a>
15.	<b>Ce patient a-t-il reçu un traitement antiviral pour son IVR actuelle?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
16.	<b>Si ce patient a reçu un traitement antiviral, veuillez sélectionner tous ceux qui s'appliquent :</b> <input type="checkbox"/> Remdesivir <input type="checkbox"/> Molnupiravir <input type="checkbox"/> Paxlovid <input type="checkbox"/> Oseltamivir (Tamiflu) <input type="checkbox"/> Zanamivir (Relenza) <input type="checkbox"/> Peramivir (Rapivab) <input type="checkbox"/> Baloxavir (Xofluza) <input type="checkbox"/> Autre, précisez _____
17.	<b>Ce patient a-t-il eu besoin d'une dialyse (hémodialyse ou dialyse péritonéale) dans les 30 jours suivant un résultat positif à un test de dépistage, en raison d'une complication de son IVR-ASS?</b> <input type="checkbox"/> Oui, lié à l'IVR <input type="checkbox"/> Oui, non lié à l'IVR <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Déjà sous dialyse au moment du test <input type="checkbox"/> Impossible à déterminer

<sup>16</sup> Comprend :

- une déficience intellectuelle modérée à profonde ou un retard de développement;
- de l'épilepsie ou une infirmité motrice cérébrale si elle est accompagnée de (a);
- des troubles neuromusculaires (p. ex. la dystrophie musculaire), lorsqu'ils sont associés à une détérioration de la fonction respiratoire;
- d'autres troubles neurologiques associés à une altération de la fonction pulmonaire et/ou à une difficulté à manipuler les sécrétions pulmonaires.

18.	<p><b>Ce patient a-t-il eu besoin d'une ventilation mécanique dans les 30 jours suivant un résultat positif à un test de dépistage?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui, lié à l'IVR <input type="checkbox"/> Oui, non lié à l'IVR <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Déjà sous ventilation mécanique au moment du test <input type="checkbox"/> Impossible à déterminer</p>
19.	<p><b>Ce patient a-t-il eu besoin d'une oxygénation extracorporelle dans les 30 jours suivant un résultat positif à un test de dépistage?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui, lié à l'IVR <input type="checkbox"/> Oui, non lié à l'IVR <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Déjà sous oxygénation extracorporelle au moment du test <input type="checkbox"/> Impossible à déterminer</p>
20.	<p><b>Ce patient a-t-il été admis à l'USI dans les 30 jours suivant un résultat positif à un test de dépistage?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui, lié à l'IVR <input type="checkbox"/> Oui, non lié à l'IVR <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Patient déjà à l'USI au moment du résultat positif à un test de dépistage <input type="checkbox"/> Impossible à déterminer</p>
21.	<p><b>Date d'admission à l'USI</b> aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Sans objet</p>
22.	<p><b>Date de son congé de l'USI</b> aaaa-mm-jj</p> <p><input type="checkbox"/> Sans objet <input type="checkbox"/> Le patient est toujours hospitalisé en soins intensifs</p>
23.	<p><b>Quelle était l'évolution de l'état de santé du patient à 30 jours après un résultat positif à un test de dépistage?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Le patient est en vie et toujours hospitalisé</p> <p><input type="checkbox"/> Le patient a survécu et est sorti de l'hôpital Date de sortie de l'hôpital aaaa-mm-jj</p> <p><input type="checkbox"/> Le patient a survécu et a été transféré Date du transfert : aaaa-mm-jj</p> <p><input type="checkbox"/> Le patient est décédé Date du décès : aaaa-mm-jj</p> <p><input type="checkbox"/> Inconnu</p>
<p><b>Ne remplissez les Q24 et Q25 que pour les patients décédés.</b></p>	
24.	<p><b>Si le patient est décédé dans les 30 jours suivant le résultat positif à un test de dépistage, ce patient avait-il une directive (p. ex. une ordonnance de non-réanimation) qui spécifiait de ne pas l'admettre à l'USI et/ou de ne pas l'intuber?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Impossible à déterminer</p>
25.	<p><b>Si le patient est décédé dans les 30 jours suivant le résultat positif à un test de dépistage, veuillez indiquer le lien entre l'IVR et le décès.</b></p> <p><input type="checkbox"/> L'IVR a été la cause du décès<sup>17</sup></p> <p><input type="checkbox"/> L'IVR a contribué au décès<sup>18</sup></p> <p><input type="checkbox"/> Le décès n'est pas lié à l'IVR<sup>19</sup></p>

<sup>17</sup> L'IVR a été la cause du décès (c'est-à-dire que le patient ne souffrait d'aucune autre affection qui aurait pu causer son décès pendant cette hospitalisation).

<sup>18</sup> L'IVR a contribué au décès (c'est-à-dire que l'IVR a exacerbé une condition existante qui a conduit au décès du patient).

<sup>19</sup> L'IVR n'était pas liée au décès

	<input type="checkbox"/> La causalité entre l'IVR et le décès ne peut pas être déterminée <sup>20</sup>
26.	<b>Autres commentaires.</b> Cliquez ici

---

<sup>20</sup> Impossible de déterminer la causalité entre l'IVR et le décès.

# Annexe E – Dictionnaire des données pour le questionnaire du patient

\*indique une variable obligatoire

## 1) Numéro de l'établissement affilié au CCEH\*

Il s'agit du code alphanumérique à **trois caractères** attribué à votre établissement. Il commence toujours par deux chiffres attribués à votre membre du CCEH (p. ex. 99), lesquels sont suivis d'une lettre attribuée par le membre en question (p. A, B, C, etc.) à l'établissement même. Le numéro d'établissement affilié au CCEH pour chaque établissement devrait être le même pour tous les projets de surveillance du CCEH et du PCSIN; il doit toujours être écrit avec trois caractères alphanumériques comme dans le cas du numéro de l'établissement affilié au CCEH (p. ex. 99Z).

## 2) Code d'identification unique du patient\*

Ce numéro à dix caractères comprend les trois caractères du numéro de l'établissement affilié au CCEH (p. ex. 99Z), l'année au cours de laquelle le cas d'infection s'est produit (p. ex. 2023) et le numéro consécutif commençant par 0001 et augmentant avec chaque cas supplémentaire. Par exemple, le premier cas d'un établissement se verrait attribuer le code 99Z230001, le trente-cinquième cas sera numéroté 99Z230035, et ainsi de suite. Veuillez noter que l'année de surveillance est l'année civile (du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre).

## 3) Date du résultat positif au test de dépistage\*

Veuillez indiquer la date du premier résultat positif à un test de dépistage. Veuillez ne pas indiquer la date du résultat positif à un test d'antigène rapide. Seuls les tests confirmés en laboratoire (p. ex. la PCR) doivent être indiqués.

## 4) Virus isolés\*

Veuillez sélectionner tous les virus qui ont été isolés avec la même date de résultat positif à un test de dépistage.

Si un patient présente un résultat positif à deux virus et que les deux sont diagnostiqués comme étant des infections nosocomiales, toutes les données peuvent être saisies sur le même formulaire.

Si un patient est diagnostiqué comme ayant une IVR-nosocomiale et qu'il est ensuite diagnostiqué comme ayant une seconde IVR-nosocomiale au cours de la même hospitalisation (p. ex. quatre jours ou plus après la première IVR-nosocomiale ou apparition ou aggravation de symptômes pouvant indiquer une nouvelle infection), veuillez remplir un questionnaire pour nouveau patient et déterminer le code d'identification unique du patient de la première IVR-nosocomiale afin que nous puissions associer les données. Veuillez noter que pour les patients COVID-19-nosocomiale, l'intervalle de temps entre deux résultats positifs au test de dépistage de la COVID-19 doit être supérieur à 90 jours pour être estimé comme une nouvelle infection (et il faudrait alors remplir un questionnaire pour nouveau patient).

## 5) Âge\*

Veillez indiquer l'âge du patient au moment du résultat positif à un test de dépistage et préciser l'unité utilisée pour l'âge (en termes d'années, de mois ou de jours).

## 6) Sexe\*

Cochez homme, femme ou inconnu, selon le cas.

## 7) Date de l'hospitalisation\*

Veillez indiquer la date à laquelle le patient a été admis à l'hôpital.

## 8) Lieu où a été contractée l'infection\*

**Veillez noter que le questionnaire destiné aux patients ne doit être rempli que pour les cas d'IVR nosocomiales (y compris la COVID-19).**

### Nosocomiale - acquise dans votre établissement de soins de courte durée (N-VÉCD)

- Apparition des symptômes  $\geq$  72 heures (>3 jours civils) après l'admission à l'hôpital rapportant le cas et en utilisant le meilleur jugement clinique. Pour les patients ayant contracté la COVID-19, en l'absence de symptômes, veuillez utiliser la date du résultat positif au test de dépistage.  
OU
- Si le patient est réadmis avec résultat positif à un test < 72 heures ( $\leq$ 3 jours civils) après son congé hospitalier et en utilisant le meilleur jugement clinique.

### Nosocomiale - acquise dans un autre établissement de soins de courte durée (N-AÉCD)

- Tout patient dont l'IVR n'a pas été contractée dans votre établissement et dont on pense qu'elle est associée à un autre établissement de santé (p. ex. un autre établissement de soins de courte durée, de soins de longue durée, de réadaptation, etc.) Les maisons de retraite ne sont pas considérées comme un autre établissement de santé.

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

## 9) Nouvelles infections virales respiratoires aiguës

Veillez indiquer s'il s'agit d'une nouvelle infection virale chez un patient précédemment diagnostiqué comme ayant une infection respiratoire virale au cours de cette année de surveillance.

Si un patient présente un résultat positif à deux virus et que les deux sont diagnostiqués comme étant des infections nosocomiales, toutes les données peuvent être saisies sur le même formulaire.

Si un patient est diagnostiqué comme ayant une IVR-nosocomiale et qu'il est ensuite diagnostiqué

comme ayant une seconde IVR-nosocomiale au cours de la même hospitalisation (quatre jours ou plus après la première IVR-nosocomiale), veuillez remplir un questionnaire pour nouveau patient et indiquer le code d'identification unique du patient de la première IVR-nosocomiale afin que nous puissions associer les données. Veuillez noter que pour les patients COVID-19-nosocomiale, l'intervalle de temps entre deux résultats positifs au test de dépistage de la COVID-19 doit être supérieur à 90 jours pour être estimé comme une nouvelle infection (et il faudrait alors remplir un questionnaire pour nouveau patient).

**10) Code postal (trois premiers chiffres)**

Veuillez indiquer le code postal résidentiel de ce patient (3 premiers chiffres). Si le code postal est inconnu ou non disponible, veuillez saisir 999 pour le code postal.

**11) Ce patient a-t-il été admis d'un établissement de soins de longue durée?**

Veuillez indiquer si ce patient a été admis en provenance d'un établissement de soins de longue durée. Un établissement de soins de longue durée est un établissement où réside une personne qui a besoin de soins infirmiers courants ou quotidiens, tandis qu'une maison de retraite est un lieu où une personne peut vivre de manière indépendante (c'est-à-dire dans sa propre chambre ou appartement et peut se réunir pour les repas). Étant donné que les définitions et les types d'installations varient selon les provinces, veuillez appliquer les critères ci-dessus au mieux de vos connaissances.

**12) Ce patient était-il associé à une éclosion/une grappe de cas dans l'établissement?**

Veuillez indiquer si ce patient est connu pour être lié à une éclosion/une grappe de cas. Une éclosion/grappe de cas comprend 2 cas ou plus avec un lien épidémiologique identifié dans la période d'incubation maximale (14 jours).

**13) Ce patient a-t-il été exposé à un travailleur de la santé symptomatique ou qui a obtenu un résultat positif à un test de dépistage avant le début de la maladie?**

Veuillez indiquer si le patient a été exposé à un travailleur de la santé qui était symptomatique ou qui a obtenu un résultat positif à un test de dépistage à la COVID-19 avant le début de la maladie du patient.

**14) Ce patient a-t-il été exposé à un aidant naturel ou visiteur symptomatique ou qui a obtenu un résultat positif à un test de dépistage à l'hôpital ET avant le début de la maladie?**

Veuillez indiquer si le patient a été exposé à un aidant naturel ou un visiteur qui était symptomatique ou qui a obtenu un résultat positif à un test de dépistage à la COVID-19 avant le début de la maladie du patient.

**15) Pour les patients atteints de la grippe uniquement, ce patient a-t-il reçu le vaccin antigrippal pour la saison actuelle?**

Cette question ne concerne que les patients atteints de la grippe. Veuillez indiquer si le patient a reçu le vaccin antigrippal pour la saison en cours.

**16) Pour les patients ayant contracté la COVID-19 uniquement, ce patient a-t-il été testé dans le cadre du dépistage de la prévalence?**

Veillez indiquer si ce patient a été testé dans le cadre d'un dépistage de la prévalence hospitalière, par exemple dans le cadre d'une enquête sur une éclosion.

**17) Pour les patients COVID-19 uniquement, ce patient a-t-il été vacciné contre la COVID-19?**

Les Q15 à Q17 s'appliquent uniquement aux patients ayant contracté la COVID-19. Veuillez indiquer si le patient a reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19.

**18) Si oui, combien de doses le patient a-t-il reçues?**

Si le patient a reçu un vaccin contre la COVID-19, combien de doses a-t-il reçues?

**19) Si oui, date de la dose la plus récente?**

Veillez indiquer la date de la dose la plus récente d'un vaccin contre la COVID-19.

**20) Pour les patients infectés par le VRS uniquement, ce patient a-t-il été vacciné contre le VRS?**

La Q20 ne s'applique qu'aux patients atteints du VRS. Veuillez indiquer si le patient a reçu le vaccin contre le VRS pour la saison en cours.

**21) Pour les patients pédiatriques infectés par le VRS uniquement, le patient a-t-il reçu du nirsevimab?**

La Q21 ne s'applique qu'aux patients pédiatriques infectés par le VRS. Veuillez indiquer si le patient a reçu du nirsevimab et la date de la dernière dose.

**22) Pour les patients pédiatriques infectés par le VRS uniquement, le patient a-t-il reçu du palivizumab?**

La Q22 ne s'applique qu'aux patients pédiatriques infectés par le VRS. Veuillez indiquer si le patient a reçu du palivizumab et la date de la dernière dose.

**23) Pour les patients pédiatriques infectés par le VRS uniquement, la mère a-t-elle reçu le vaccin contre le VRS?**

La Q23 ne s'applique qu'aux patients pédiatriques infectés par le VRS. Veuillez indiquer si la mère du patient a reçu le vaccin contre le VRS.

**24) Y a-t-il des éléments de preuves que ce patient avait des comorbidités préexistantes au moment de son admission?**

Si oui, veuillez sélectionner toutes les conditions qui s'appliquent dans la liste fournie. Si le patient souffre d'une maladie rénale, veuillez indiquer s'il est sous dialyse. Si la patiente est enceinte, veuillez préciser le nombre de semaines de gestation. Si le patient présente un état d'immunosuppression selon la définition ci-dessous, veuillez le préciser. Si le patient souffre d'autres affections non répertoriées, veuillez les préciser dans la rubrique « autres ».

Les maladies cardiaques chroniques peuvent comprendre : angine, arythmie (p. ex. fibrillation auriculaire), cardiomyopathie, infarctus du myocarde antérieur, insuffisance cardiaque congestive, maladie cardiaque congénitale, etc.

Veuillez noter que l'hypertension ne doit PAS être indiquée dans les maladies cardiaques chroniques.

Les autres immunosuppressions comprennent une immunodéficience congénitale ou acquise, une chimiothérapie, des médicaments immunosuppresseurs, des stéroïdes systémiques chroniques à forte dose ( $\geq 2$  mg/kg ou  $\geq 20$  mg/jour de prednisone ou l'équivalent pendant  $> 2$  semaines).

Les maladies neurologiques graves comprennent :

- a. une déficience intellectuelle modérée à profonde ou un retard de développement;
- b. de l'épilepsie ou une infirmité motrice cérébrale si elle est accompagnée de (a);
- c. des troubles neuromusculaires (p. ex. la dystrophie musculaire), lorsqu'ils sont associés à une détérioration de la fonction respiratoire;
- d. d'autres troubles neurologiques associés à une altération de la fonction pulmonaire et/ou à une difficulté à manipuler les sécrétions pulmonaires.

Le cancer actif est défini comme toute tumeur maligne pour laquelle un traitement actif (chimiothérapie systémique ou RT) est prévu, et les tumeurs malignes non cutanées ne faisant pas l'objet d'un traitement actif (y compris les lymphomes, les leucémies ou les tumeurs solides ne nécessitant pas de traitement actif, ou ne recevant que des soins palliatifs).

Obésité définie comme étant enregistrée dans le dossier du patient ou IMC  $>30$  kg/m<sup>2</sup>

## **25) Parmi les syndromes suivants, lequel avait ce patient?**

Veuillez sélectionner tous les syndromes qui s'appliquent dans la liste fournie. Si le patient présente d'autres syndromes non répertoriés, veuillez le préciser dans la rubrique « autres ». Les options de réponse « Aucun, asymptomatique » et SIM-C/A ne s'appliquent qu'aux patients ayant contracté la COVID-19.

## **26)**

### **a. Ce patient a-t-il reçu un traitement antiviral pour son IVR-nosocomiale actuelle?**

Veuillez sélectionner oui si ce patient a reçu un antiviral pour son infection respiratoire virale actuelle.

### **b. Si ce patient a reçu un traitement antiviral, veuillez sélectionner tous ceux qui s'appliquent.**

Veuillez sélectionner tous les traitements antiviraux que le patient a reçus dans la liste fournie. Si le patient a reçu du Paxlovid, veuillez indiquer la date de début, si elle est connue.

**27) Ce patient a-t-il reçu un traitement antibactérien pour son infection respiratoire nosocomiale?**

Veillez indiquer si ce patient a reçu un traitement antibactérien pour son infection respiratoire.

**28) Ce patient a-t-il eu besoin d'une dialyse (hémodialyse ou dialyse péritonéale) dans les 30 jours suivant un résultat positif à un test de dépistage, en raison d'une complication de son IVR-nosocomiale?**

Veillez indiquer si ce patient a eu besoin d'une dialyse (hémodialyse ou péritonéale) ou d'une thérapie de remplacement rénal continue (TRRC) dans les 30 jours suivant un résultat positif à un test de dépistage en raison d'une complication de son infection virale respiratoire. Si ce patient était sous dialyse avant que son test soit positif, veuillez sélectionner non et indiquer oui à Maladie rénale – patient sous dialyse (Q18).

**29) Ce patient a-t-il eu besoin d'une ventilation mécanique dans les 30 jours suivant un résultat positif à un test de dépistage?**

Veillez indiquer si ce patient a eu besoin d'une ventilation mécanique (c'est-à-dire s'il a été intubé) dans les 30 jours suivant un résultat positif à un test de dépistage.

**30) Ce patient a-t-il eu besoin d'une oxygénation extracorporelle dans les 30 jours suivant un résultat positif à un test de dépistage?**

Veillez indiquer si ce patient a eu besoin d'une oxygénation par membrane extracorporelle (oxygénation extracorporelle) dans les 30 jours suivant un résultat positif à un test de dépistage.

**31) Admission à l'USI**

Veillez indiquer si ce patient a dû être admis ou transféré à l'USI dans les 30 jours suivant le résultat positif à un test de dépistage.

**32) Date de l'admission à l'USI**

Si vous avez répondu par l'affirmative à la question 27, veuillez indiquer la date d'admission à l'USI.

**33) Date de congé de l'USI**

Si vous avez répondu par l'affirmative à la question 27, veuillez indiquer la date de sortie de l'USI ou si ce patient était encore à l'USI.

**34) Quelle était l'évolution de l'état de santé de ce patient 30 jours après un résultat positif à un test de dépistage?**

Trente jours après un résultat positif à un test de dépistage, veuillez choisir l'une des options d'évolution de l'état de santé disponibles. Veuillez indiquer la date de sortie, la date de transfert ou la date de décès, le cas échéant.

Le transfert fait référence au transfert vers un autre établissement; la sortie fait référence au retour à domicile (p. ex. là où le patient vivait avant son hospitalisation); si le patient est toujours hospitalisé (dans n'importe quelle unité) dans votre hôpital, il sera enregistré sous la rubrique « patient vivant, toujours hospitalisé ».

**35) Si le patient est décédé dans les 30 jours suivant le résultat positif à un test de dépistage, ce patient avait-il une directive (p. ex. une ordonnance de non-réanimation) qui spécifiait de ne pas l'admettre à l'USI et/ou de ne pas l'intuber?**

Si ce patient est décédé dans les 30 jours suivant le résultat positif à un test de dépistage, veuillez indiquer si ce patient avait une directive médicale anticipée (p. ex. une ordonnance de non-réanimation) qui spécifiait que le patient ne souhaitait pas être admis dans une unité de soins intensifs et/ou être intubé.

**36) Si ce patient est décédé dans les 30 jours suivant un résultat positif à un test de dépistage, veuillez indiquer le lien entre l'IRV et le décès.**

Si ce patient est décédé dans les 30 jours suivant un résultat positif à un test de dépistage, veuillez indiquer si l'IRV était la cause du décès (c.-à-d. que le patient ne présentait pas d'autres conditions médicales qui auraient pu causer le décès pendant l'hospitalisation), si l'IRV a contribué au décès (c.-à-d. que l'IRV a aggravé une condition médicale existante qui a entraîné le décès du patient), s'il n'y avait pas de lien entre l'IRV et le décès ou si vous n'êtes pas en mesure de déterminer le lien de causalité entre l'IRV et le décès.

## Annexe F : Historique des révisions

Date	Révisions effectuées
27 mars 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise à jour du formulaire de rapport hebdomadaire agrégé (suppression de la liste linéaire des cas et ajout d'un groupe d'âge plus élevé)</li> <li>• Ajout de symptômes au questionnaire destiné aux patients (Q13)</li> </ul>
9 avril 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajout d'une question pour savoir si le personnel de santé a prodigué directement des soins aux patients ayant obtenu un résultat positif à un test de dépistage de la COVID-19 (Q7b).</li> </ul>
20 avril 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise à jour du questionnaire sur les patients               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ajout de la date de la réadmission</li> <li>○ Le diagnostic primaire d'admission est devenu un champ de texte</li> <li>○ Ajout de la date d'apparition de chaque symptôme</li> <li>○ Ajout d'une infection bactérienne secondaire</li> <li>○ Ajout de la dialyse requise compte tenu des répercussions de l'infection dans les 30 jours</li> <li>○ Ajout de la date de l'admission en soins intensifs et de la sortie des soins intensifs</li> <li>○ Ajout de la date de sortie de la réadmission</li> <li>○ Ajout d'une section de commentaires</li> </ul> </li> </ul>
28 avril 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajout d'asymptomatique comme option de réponse sous symptômes</li> <li>• Modification de la définition de cas de la COVID-19 pour refléter le fait que le meilleur jugement clinique doit être utilisé pour les patients qui ont obtenu un résultat positif à un test de dépistage de la COVID-19 plus de 14 jours avant d'être admis.</li> </ul>
11 juin 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour toutes les autres IVR (c'est-à-dire les cas qui ne sont pas des cas de COVID-19), un questionnaire sur le patient ne doit être rempli que pour les cas d'infections nosocomiales.</li> <li>• La section concernant les rapports de déclaration nulle a été mise à jour pour refléter les rapports de déclaration nulle pour les données hebdomadaires.</li> <li>• Les définitions comprises dans les notes de bas de page du questionnaire ont été déplacées à l'annexe D – dictionnaire des données.</li> <li>• La Q10 a été modifiée de « établissement de soins de longue durée » à « maisons de retraite et établissements de soins de longue durée ».</li> <li>• Ajout d'options de réponse pour le diagnostic d'admission</li> <li>• Ajout des conditions médicales sous-jacentes suivantes (Q13) : démence/maladie d'Alzheimer et obésité.</li> <li>• Ajout des éléments suivants sous les symptômes (Q14) : frissons, hypoxie, fatigue ou léthargie, manque d'appétit ou perte de poids, vertiges, déshydratation et détérioration de l'état mental.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Q15 modifié de « type d'IVR » à « site de l'infection respiratoire ».</li> <li>• La chloroquine a été retirée de la question sur les antiviraux (Q20), car elle est prise en compte dans la question sur les autres traitements (Q21).</li> <li>• Ajout des options de réponse suivantes sous « autre traitement » (Q21) : amoxicilline/acide clavulanique, Céfazoline, ceftriaxone, Pipéracilline/Tazobactam, méropénem, vancomycine et stéroïde.</li> <li>• Pour la Q22 (infection bactérienne secondaire), ajout d'options de réponse concernant les pathogènes.</li> <li>• Suppression de la question « Répercussions dans les 30 jours » et création de questions distinctes pour les éléments suivants : ventilation non invasive, nouveaux besoins en oxygène et dialyse nécessaire en raison de la COVID-19.</li> <li>• Suppression de la question « augmentation des paramètres du ventilateur ».</li> <li>• Ajout du « nombre total de jours de sous ventilateur » pour la ventilation mécanique et non invasive.</li> </ul>
18 septembre 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• À partir de la semaine du 23 au 29 août, les nouveaux groupes d'âge sont recueillis sur le formulaire de rapport hebdomadaire.</li> <li>• Mise à jour du formulaire de collecte des données du dénominateur afin de recueillir les jours-patients et les admissions de patients par groupe d'âge.</li> </ul> <p>Mise à jour de la définition des cas de COVID-19 pour préciser :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si le patient a obtenu plusieurs résultats positifs à des tests de dépistage, veuillez utiliser la date du premier résultat positif à un test de dépistage pour déterminer l'admissibilité.</li> <li>• Tout patient qui a répondu à la définition de cas dans le passé et qui est réadmis dans un hôpital participant et ayant un résultat positif à un test de dépistage de la COVID-19 confirmé en laboratoire, diagnostiqué soit pendant sa réadmission, soit dans les 14 jours précédant sa réadmission.</li> <li>• Veuillez remplir un questionnaire pour chaque admission survenant dans les 14 jours suivant un résultat positif à un test de dépistage pour le SRAS-CoV-2.</li> </ul> <p>Les modifications suivantes ont été apportées au questionnaire destiné aux patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour des raisons de cohérence avec les autres projets de surveillance du PCSIN, on a ajouté les trois premiers chiffres du code postal du patient.</li> <li>• Ajout de « ce patient a-t-il été précédemment admis ainsi que la définition de cas COVID-19 ».</li> <li>• Sous le diagnostic primaire d'admission, les options de réponse suivantes seront combinées sous la rubrique maladie respiratoire aiguë : infection respiratoire fébrile (IRF), syndrome grippal, COVID-19, pneumonie, syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajout de « ce patient a-t-il été obtenu un résultat positif à un test de dépistage du SRAS-CoV-2 dans les trois mois précédant ce résultat positif à un test de dépistage ».</li> <li>• Ajout de « si AC, veuillez préciser la source d'exposition si elle est disponible ».</li> <li>• Changer le terme « travailleur de la santé » en « personnel de la santé ».</li> <li>• Ajout de « lieu où le personnel de la santé a travaillé dans les 14 jours précédant le résultat positif à un test de dépistage ».</li> <li>• Ajout de « type de personnel de la santé ».</li> <li>• Suppression de l'option de réponse « stéroïde » dans « autre traitement » et création d'une question particulière concernant la réception de corticostéroïdes, le type et la date.</li> <li>• Ajout de la date de la culture positive et du site de l'infection à la question concernant l'infection bactérienne secondaire.</li> <li>• Collecte également du code d'identification unique du patient du PCSIN si des ICD, des infections du sang à SARM, des infections du sang à ERV et des ECP sont diagnostiqués parmi les patients ayant contracté la COVID-19.</li> <li>• Ajout de « ce patient a-t-il eu un accident vasculaire cérébral dans les 30 jours suivant un résultat positif à un test de dépistage? ».</li> <li>• Ajout de « ce patient a-t-il eu une embolie pulmonaire dans les 30 jours suivant un résultat positif à un test de dépistage »?</li> <li>• Mise à jour de la question concernant la ventilation non invasive de « Ce patient a-t-il eu besoin d'une ventilation non invasive (p. ex. CPAP, BiPAP) dans les 30 jours suivant un résultat positif à un test de dépistage? » à « Ce patient a-t-il eu besoin d'une BiPAP ou d'une CPAP dans les 30 jours suivant un résultat positif à un test de dépistage ».</li> <li>• Suppression de la question « Ce patient a-t-il eu de nouveaux besoins en matière d'oxygène? ».</li> </ul>
20 octobre 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clarification de la définition de cas de COVID-19 : <i>Si le patient a obtenu plusieurs résultats positifs à des tests de dépistage, veuillez utiliser le premier résultat positif à un test de dépistage <u>lié à cette date d'admission</u> pour déterminer l'admissibilité.</i></li> <li>• Mise à jour de la question suivante de « Ce patient a-t-il eu une infection bactérienne secondaire? » à « Ce patient a-t-il eu une co-infection bactérienne? ».</li> <li>• Mise à jour des critères pour indiquer que la thérapie de remplacement rénal continue (TRRC) devrait être saisie sous Q33. Ce patient a-t-il eu besoin d'une dialyse (hémodialyse ou dialyse péritonéale) dans les 30 jours suivant le résultat positif à un test de dépistage en tant que complication de l'infection à la COVID-19?</li> <li>• Mise à jour de la définition des soins de longue durée ou des maisons de retraite afin d'inclure des installations telles qu'un établissement de soins privé ou public, un bâtiment résidentiel d'aide à la vie autonome ou une maison de soins infirmiers avec différents degrés de soins pour</li> </ul>

	<p>les personnes âgées. Cela exclut les foyers de groupe pour les personnes souffrant de troubles du développement, de problèmes de santé mentale ou de toxicomanie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour le diagnostic primaire d'admission, si un patient ayant obtenu un résultat positif à un test de dépistage de la COVID-19 a été admis d'un établissement de soins de longue durée ou d'une maison de retraite pour des raisons non cliniques (p. ex. la maison ne peut pas faire face aux exigences d'isolement, manque de soutien infirmier, etc.), veuillez préciser et indiquer cette information dans le champ de texte « autre ».</li> <li>• Ajout de la définition suivante concernant la transmission de données pour les patients réadmis :  <i>Si un patient est réadmis dans les 30 jours suivant un résultat positif à un test de dépistage =&gt; recueillir toutes les données sur le même formulaire.</i>  <i>Si un patient est réadmis entre 31 et 89 jours après un résultat positif à un test de dépistage =&gt; ne pas saisir la réadmission.</i>  <i>Si un patient est réadmis ≥ 90 jours (3 mois) après sa première admission =&gt; veuillez remplir un nouveau formulaire et indiquer le PID du 1<sup>er</sup> formulaire afin que nous puissions relier les données du cas.</i></li> <li>• La date de réadmission (qui avait été supprimée le 28 septembre) a été rajoutée.</li> <li>• Clarification de la question suivante : « Ce patient a-t-il été admis précédemment <u>&gt; 3 mois avant cette admission</u> et répondait-il à la définition de cas de COVID-19? »</li> <li>• Clarification de la question suivante : « Le patient a-t-il été traité avec un traitement antiviral <u>pour son IVR actuelle?</u> »</li> <li>• Clarification de la question suivante : « Ce patient a-t-il reçu un traitement antimicrobien <u>pour son IVR actuelle?</u> »</li> <li>• Clarification de la question suivante : « Ce patient a-t-il reçu un corticostéroïde <u>pour son IVR actuelle?</u> »</li> <li>• Clarification de la question suivante : « Ce patient a-t-il reçu l'un des traitements suivants <u>pour son IVR actuelle?</u> »</li> <li>• Si le code postal est inconnu ou non disponible, veuillez saisir 999 pour le code postal.</li> </ul>
30 novembre 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La question suivante a été ajoutée au rapport hebdomadaire : « Votre site a-t-il déclaré une nouvelle éclosion de COVID-19 pour cette semaine de déclaration? ». Si oui, veuillez fournir la définition de cas de l'éclosion de COVID-19 de votre site.</li> </ul>
7 décembre 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'hypertension a été ajoutée en tant qu'option de réponse distincte et n'est plus recueillie dans le cadre des maladies cardiaques chroniques.</li> </ul>

25 mars 2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Objectifs à long terme actualisés</li> <li>• Mise à jour de la section sur la collecte et la transmission de données pour refléter le nouveau module IVR du RCRSP et la collecte de données supplémentaires (p. ex. le nombre de nouvelles éclosions).</li> <li>• Ajout d'une question concernant le transfert direct depuis un autre établissement de soins de courte durée et la date d'admission dans l'établissement de soins de courte durée d'origine.</li> <li>• Lorsque le SRAS-CoV-2 a été isolé, ajout d'une question pour déterminer la souche du variant diagnostiqué.</li> <li>• Ajout de nouvelles questions concernant la vaccination contre la grippe et la COVID-19.</li> <li>• Ajout d'une nouvelle question pour déterminer si le patient avait une directive spécifiant qu'il ne devait pas être intubé ou admis à l'USI.</li> <li>• Diviser la question « ce patient a-t-il été admis en provenance d'une maison de retraite ou d'un établissement de soins de longue durée » en deux questions distinctes.</li> <li>• Dans le cadre du diagnostic primaire d'admission, les complications relatives à la grossesse sont comprises avec le travail.</li> <li>• Mise à jour des comorbidités préexistantes comme suit : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ajout la question suivante : « si oui à la maladie rénale, ce patient était-il sous dialyse? »</li> </ul> </li> </ul>
25 avril 2021	Le rapport hebdomadaire a été mis à jour pour saisir la capacité de l'USI.
3 septembre 2021	Le rapport hebdomadaire a été mis à jour pour saisir le statut de vaccination en fonction du groupe d'âge des patients hospitalisés, admis à l'USI et décédés.
10 septembre 2021	<p>Dans la définition du cas de COVID-19, le texte suivant a été ajouté :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Si un patient a été admis directement d'un autre hôpital, veuillez utiliser la date d'admission à l'hôpital d'origine pour déterminer l'admissibilité (c'est-à-dire que le patient doit avoir obtenu un résultat positif à un test de dépistage dans les 14 jours précédant son admission à l'hôpital d'origine).</i></li> </ul> <p>Le calendrier de transmission de données a été ajouté (trimestriel – semblable aux autres projets de surveillance du PCSIN).</p> <p>Les questions suivantes ont été supprimées du questionnaire destiné aux patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour les patients ayant obtenu un résultat positif à un test de dépistage de la COVID-19, ce patient avait-il été admis précédemment &gt; 3 mois avant cette admission et répondait-il à la définition de cas de COVID-19?</li> <li>• Si elle est acquise en communauté, veuillez préciser la source d'exposition la plus probable si elle est disponible.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si ce patient est un personnel de la santé, au cours des 14 jours précédant le résultat positif à un test de dépistage, ce patient a-t-il travaillé dans l'un des environnements suivants?</li> <li>• Si ce patient est un personnel de la santé, de quel type de personnel de la santé s'agit-il?</li> <li>• Si ce patient est un personnel de santé, a-t-il fourni des soins directs à un patient qui a obtenu un résultat positif à un test de dépistage de la COVID-19 dans les 14 jours précédant le résultat positif à un test de dépistage?</li> <li>• Site de l'infection respiratoire</li> <li>• Type d'échantillon</li> <li>• Type de test</li> <li>• Ce patient a-t-il reçu l'un des traitements suivants pour son IVR actuelle?</li> <li>• Suppression de la collecte des dates et des noms pour tous les médicaments reçus (antiviraux, antimicrobiens, etc.)</li> <li>• Ce patient avait-il une co-infection bactérienne?</li> <li>• Nombre total de jours sous CPAP ou BiPAP.</li> </ul> <p>Les questions suivantes ont été ajoutées au questionnaire destiné aux patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nouvelle infection virale respiratoire – si le patient obtient par la suite un résultat positif à un test de dépistage pour un nouveau virus au cours de la même année de surveillance, veuillez remplir un nouveau formulaire.</li> <li>• Si un patient est réadmis, veuillez n'indiquer que les patients qui sont réadmis en raison de leur IRV dans les 30 jours suivant un résultat positif à un test de dépistage.</li> </ul>
18 février 2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise à jour des critères d'inclusion pour inclure les patients réinfectés.</li> <li>• Notez que l'hospitalisation en soins intensifs à sept jours et les résultats à sept jours ont été recueillis dans le questionnaire destiné aux patients uniquement au cours du mois de janvier.</li> <li>• La période de surveillance est passée de saisonnière à calendaire à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022.</li> <li>• Mise à jour du formulaire de rapport hebdomadaire pour refléter la collecte de 0, 1, 2 ou 3 doses ou plus.</li> <li>• Notez que la raison de l'admission a été ajoutée au formulaire de rapport hebdomadaire pour le mois de janvier.</li> <li>• Ajout d'une option de réponse à la quatrième dose pour un vaccin contre la COVID-19 sur le questionnaire destiné aux patients.</li> <li>• Si le patient a reçu un résultat positif à deux virus différents au cours de la même hospitalisation (mais des jours différents), un seul formulaire doit être rempli.</li> </ul>

20 avril 2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Critères inclus pour déterminer si l'hospitalisation d'un patient est liée à son infection à la COVID-19.</li> <li>• Les questions supprimées du formulaire de rapport hebdomadaire sont les suivantes : capacité de l'unité de soins intensifs, indicateur d'oxygénation extracorporelle, groupes d'âge réduits à adulte/pédiatrique et statut de vaccination à deux doses et plus, une dose, non vacciné, je ne sais pas et non applicable. Les données sont désormais stratifiées en fonction des motifs d'hospitalisation, du statut de vaccination et du groupe d'âge.</li> <li>• Suppression des questions suivantes du questionnaire destiné aux patients : transfert direct depuis un autre établissement, date du transfert et nombre de jours de ventilation.</li> <li>• Pour les patients dont l'hospitalisation n'est pas liée à la COVID-19, seules les questions 1 à 10 doivent être remplies. Pour les patients dont l'hospitalisation est liée à la COVID-19, le questionnaire doit être rempli dans son intégralité.</li> <li>• Si l'hospitalisation d'un patient n'est pas liée à la COVID-19, mais qu'il a été infecté par la COVID-19 pendant son séjour à l'hôpital (c'est-à-dire qu'il répond à la définition de cas associé aux soins de santé), le questionnaire complet doit être rempli.</li> <li>• Ajout des questions suivantes au questionnaire destiné aux patients : réception de remdésivir, Paxlovid, molnupravir, dexaméthasone, Evusheld, sotrovimab et tocilizumab et leurs dates de début.</li> </ul>
6 juin 2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise à jour du langage expliquant les critères utilisés pour aider à déterminer si une hospitalisation est liée à la COVID-19 ou non.</li> <li>• Ajout des doses 3, 4 et plus au formulaire de rapport hebdomadaire.</li> </ul>
21 décembre 2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les questionnaires sur les patients ne doivent être remplis que pour les IVR-nosocomiales (y compris la COVID-19).</li> <li>• La COVID-19 est comprise dans la définition de nosocomiale avec toutes les autres IVR (p. ex. apparition des symptômes <math>\geq</math> 72 heures [<math>&gt;</math> 3 jours civils] après l'admission).</li> <li>• Les questions suivantes ont été supprimées du questionnaire sur les patients : variante; raison de l'admission; réadmission; statut du professionnel de la santé; admission en provenance d'une maison de retraite; voyage; symptômes; date d'apparition des symptômes; traitement aux antibiotiques ciblé ou empirique; réception de corticostéroïdes, de plasma de convalescence, d'anticoagulants et d'autres médicaments pour l'IVR; co-infection par SARM, ERV, ECP, ICSCC; CPAP/BiPAP, accident vasculaire cérébral et embolie pulmonaire.</li> <li>• Les questions suivantes ont été ajoutées au questionnaire des provinces et territoires : syndromes, présence d'un aidant naturel, d'un visiteur ou d'un membre du personnel aidant naturel malade, antiviral pour le traitement de la grippe, parainfluenza 1 à 4 et virus grippal A H3 et H1.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le nombre hebdomadaire d'hospitalisations (nosocomiale et AC) pour le virus grippal A, le virus grippal B et le VRS chez les adultes et les enfants a été ajouté au formulaire hebdomadaire et de données sur l'acquisition (nosocomiale ou AC) seront également recueillies pour la grippe et le VRS.</li> </ul>
Le 30 novembre 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise à jour de la liste du GT</li> <li>Ajout d'une question pour savoir si le cas est lié à une éclosion</li> <li>Pour les cas COVID-19, ajout d'une question pour savoir si le patient a été testé dans le cadre du dépistage de la prévalence.</li> <li>Pour les cas du VRS, ajout d'une question sur le statut vaccinal contre le VRS.</li> <li>Suppression des cases à cocher relatives au typage (grippe et parainfluenza) à la question 4</li> <li>Ajout d'une maladie génétique et d'une greffe de cellules souches hématopoïétiques aux comorbidités.</li> <li>Questions stratifiées sur l'oxygénation extracorporelle par membrane et la ventilation pour indiquer si elles sont liées ou non à l'IVR</li> <li>Suppression de la question sur les ICD</li> <li>Pour les données hebdomadaires agrégées : ajout du nombre de nouvelles éclosions et suppression du nombre de nouveaux décès et de ventilations mécaniques.</li> </ul>
décembre 2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise à jour de la liste du GT</li> <li>Pour les patients COVID-19, suppression de l'immunoglobuline en raison du faible nombre de patients recevant cette option thérapeutique (Q25)</li> <li>Pour les patients pédiatriques atteints du VRS, ajout de questions sur la réception de nirsevimab et palivizumab</li> <li>Pour les patients pédiatriques, ajout une question pour savoir si la mère du patient a reçu le vaccin maternel contre le VRS</li> </ul>