

INFECTIONS  
ASSOCIÉES  
AUX SOINS

AVRIL 2017

MÉTHODES

ENQUÊTE NATIONALE DE PRÉVALENCE  
2017 DES INFECTIONS NOSOCOMIALES  
ET DES TRAITEMENTS ANTI-INFECTIEUX  
EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Guide de l'enquêteur

En partenariat avec :



## Résumé

Dans la continuité des quatre enquêtes nationales de prévalence (ENP) des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé (ES) (1996, 2001, 2006 et 2012), l'ENP 2017 constituera un temps fort en matière de surveillance et de prévention des infections associées aux soins et de la résistance aux antibiotiques.

L'ENP 2017 – qui s'inscrit dans le programme de prévention des infections associées aux soins (Propias 2015) – vise à produire des données de référence aux niveaux national et régional, sous la forme d'indicateurs agrégés des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en ES, permettant d'orienter et d'évaluer les politiques nationales et régionales.

Elle poursuit également les objectifs de sensibilisation et de mobilisation de l'ensemble des professionnels participant à la lutte contre les infections associées aux soins et pour un usage approprié des anti-infectieux et fournit ainsi des éléments de réflexion pour améliorer les actions à mettre en place dans leur établissement pour prévenir le risque infectieux associé aux soins.

Ce guide, destiné aux enquêteurs de l'ENP en établissement de santé, décline :

- les nouveautés méthodologiques de cette enquête pour l'année 2017, comme la stratégie d'échantillonnage des ES. Ouverte à tous les établissements sanitaires volontaires, l'ENP 2017 sera réalisée sur un échantillon représentatif des établissements français (n=450) ;
- l'organisation de l'enquête en termes de participation des ES, de recueil et de saisie des données, de composition et de répartition des rôles au sein de l'équipe d'enquêteur ;
- la définition des variables du questionnaire et leur codage pour le remplissage du questionnaire, en particulier, les nouvelles variables venant renforcer la documentation des traitements anti-infectieux et les variables de comptage relatives à l'établissement, comme les effectifs du personnel de l'établissement et l'évaluation des pratiques.

La qualité des indicateurs produits dans le cadre de cette enquête dépend en grande partie de la participation des établissements et de la qualité des données collectées par les ES.

**MOTS CLÉS :** INFECTIONS NOSOCOMIALES, ANTI-INFECIEUX,  
ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ, PRÉVALENCE, FRANCE, GUIDE

## Abstract

After the four last point prevalence survey (PPS) of healthcare-associated infections and antimicrobial use in hospitals in France (1996, 2001, 2006 and 2012), the 2017 PPS will be a highlight of HAI and antibiotics resistance surveillance and prevention this year. The PPS is part of the 2015 HAI prevention program (Propias 2015).

The objective of 2017 PPS is to provide aggregate indicators of HAI and antimicrobial use in hospital at the national and regional level. These reference data help to guide and assess national and regional policy.

The PPS aims also to raise awareness and mobilize health professionals. Thus, this guide provides a standardized tool for hospitals to identify targets for quality improvement.

This guide is intended for investigators of hospital PPS team. It describes:

- Methodological changes compared to the 2012 PPS as sampling methods. The 2017 PPS is open to any hospitals but the national and regional prevalence of HIA and antimicrobial use will be estimated from a systematic random sample of hospitals (n=450) with stratification on region and categories (type and size) of hospitals;
- Survey organization in terms of hospitals participation, data collection and processing, composition of the PPS team;
- Definition of hospital and patient variables and the coding of these variables, in particular, new variables complementing antimicrobial use and hospitals indicators like number of blood cultures and stool tests for *Clostridium difficile* per year, number of full-time equivalent health professionals, annual infection prevention and control plan and report and participation in surveillance networks.

**KEY WORDS:** NOSOCOMIAL INFECTIONS, ANTI-INFECTIVE AGENTS, HOSPITAL, PREVALENCE, FRANCE, HANDBOOK

## Groupe de travail de l'Enquête nationale de prévalence 2017

Serge Alfandari	CH Tourcoing
Martine Aupée	Cclin Ouest
Odile Bajolet	CHU Reims
Claude Bernet	Cclin Sud-Est
Anne Berger-Carbonne	SPFrance
Hervé Blanchard	Cclin Paris-Nord
Laurence Buoconore	Cclin Ouest
Emmanuelle Caillat-Vallet	Cclin Sud-Est
Julien Claver	Cclin Est
Côme Daniau	SPFrance
Sophie Glorion	Cclin Ouest
Yann Le Strat	SPFrance
Muriel Péfau	Cclin Sud-Ouest
Valérie Pontiès	SPFrance
Loïc Simon	Cclin Est

## Groupe de pilotage

### Comité de coordination du Raisin

Michèle Aggoune (SF2H), Martine Aupée (Cclin Ouest), Pascal Astagneau (Cclin Paris-Nord), Jean-Michel Azanowsky (DGS), Claude Bernet (Cclin Sud-Est), Hervé Blanchard (Cclin Paris-Nord), Christian Brun-Buisson (DGS), Bruno Coignard (SPFrance), Catherine Dumartin (Cclin Ouest), Nathalie Floret (Cclin Ouest), Gaëtan Gavazzi (SFGG), Bruno Grandbastien (HCSP), Vincent Jarlier (Cclin Paris-Nord), Pierre Parneix (Cclin Sud-Ouest), Emilie Poirier (Cclin Est), Christian Rabaud (Cclin Est), Claude Rambaud (Le LIEN/CISS), Sylvie Renard-Dubois (DGOS), Anne-Marie Rogues (Cclin Sud-Ouest), Patrick Rolland (SPFrance/Cire Aquitaine Limousin Poitou-Charentes), Anne Savey (Cclin Sud-Est), Hélène Sénéchal (Cclin Ouest), Loïc Simon (Cclin Est), Anne-Marie Tahrat (DGCS), Didier Ollandini (DGS), Philippe Vanhems (CHU Lyon)

# Sommaire

<b>1. CONTEXTE</b> .....	<b>6</b>
<b>2. OBJECTIFS</b> .....	<b>8</b>
<b>3. TYPE D'ÉTUDE</b> .....	<b>10</b>
<b>4. PÉRIODE D'ÉTUDE</b> .....	<b>10</b>
<b>5. POPULATION CIBLE</b> .....	<b>11</b>
<b>6. STRATÉGIE D'ÉCHANTILLONNAGE</b> .....	<b>12</b>
<b>7. ORGANISATION DE L'ENQUÊTE</b> .....	<b>14</b>
7.1 Information des établissements de santé.....	14
7.2 Modalités de participation à l'enquête.....	15
7.3 Équipe en charge du recueil et de la saisie.....	15
7.4 Recueil et saisie des données.....	17
7.5 Validation des données de l'enquête nationale.....	19
7.6 Étude de validation de l'enquête européenne.....	20
7.7 Formation et assistance.....	21
7.8 Aspect éthique.....	21
<b>8. QUESTIONNAIRES DE L'ENQUÊTE</b> .....	<b>23</b>
8.1 La fiche « établissement » (Annexe 5).....	23
8.1.1 Données administratives.....	23
8.1.2 Effectif du personnel.....	25
8.1.3 Capacité d'accueil.....	28
8.1.4 Statistiques annuelles.....	31
8.1.5 Prévention et contrôle des infections associées aux soins.....	34
8.2 La fiche « patient » (Annexe 6).....	37
8.2.1 Établissement et service.....	37
8.2.2 Caractéristiques du patient et du séjour.....	39
8.2.3 Dispositif(s) invasif(s) (DI).....	43
8.2.4 Traitement(s) anti-infectieux (AI).....	46
8.2.5 Infection(s) nosocomiale(s) (IN).....	53
<b>Annexes</b> .....	<b>49</b>
Annexe 1 / Liste et codes des spécialités.....	61
Annexe 2 / Liste des anti-infectieux.....	62
Annexe 3 / Liste, codes et définitions des infections nosocomiales.....	65
Annexe 4 / Liste et codes des micro-organismes.....	81
Annexe 5 / Fiche établissement.....	84
Annexe 6 / Fiche patient.....	85
Annexe 7 / Courrier information patient.....	86

## Abréviations

<b>AI</b>	Anti-infectieux
<b>Arlin</b>	Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales
<b>ATB</b>	Antibiotique
<b>C3G</b>	Céphalosporines de 3 <sup>e</sup> génération
<b>CClin</b>	Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
<b>Clin</b>	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
<b>CME</b>	Commission médicale d'établissement
<b>CPias</b>	Centre de prévention des infections associées aux soins
<b>CS</b>	Court séjour
<b>DI</b>	Dispositif invasif
<b>ECDC</b>	Centre européen de contrôle des maladies
<b>Ehpad</b>	Etablissement d'hébergement et d'accueil de personnes âgées dépendantes
<b>ENP</b>	Enquête nationale de prévalence
<b>EOH</b>	Équipe opérationnelle d'hygiène
<b>ES</b>	Etablissement de santé
<b>ETP</b>	Equivalent temps plein
<b>HAD</b>	Hospitalisation à domicile
<b>IAS</b>	Infection associée aux soins
<b>IDE</b>	Infirmière diplômée d'état
<b>IN</b>	Infection nosocomiale
<b>ISO</b>	Infection du site opératoire
<b>MO</b>	Micro-organisme
<b>PPS</b>	<i>Point prevalence survey</i>
<b>SPFrance</b>	Santé Publique France
<b>Raisin</b>	Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales
<b>SAE</b>	Statistique annuelle des établissements de santé
<b>Sarm</b>	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méticilline
<b>SLD</b>	Soins de longue durée
<b>SSR</b>	Soins de suite et de réadaptation

# 1. CONTEXTE

De 1990 à 2012, cinq enquêtes nationales de prévalence (ENP) ont permis de produire des estimations régulières de la fréquence des infections nosocomiales (IN) et des traitements anti-infectieux dans les établissements de santé (ES) français. Elles ont produit des données de surveillance, sur un jour donné tous les 5 ans, contribuant à un état des lieux au niveau national et régional. Ces données de référence sont utiles pour orienter ou évaluer le programme national de prévention des infections associées aux soins (Propias) de 2015 ainsi que les mesures pour la maîtrise de l'antibiorésistance inscrites dans la feuille de route du Comité interministériel pour la santé de 2016.

Une infection est dite associée aux soins (IAS) si elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient, et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge. Le critère principal définissant une IAS est constitué par la délivrance d'un acte ou d'une prise en charge de soins au sens large par un professionnel de santé. Aucune distinction n'est faite quant au lieu où est réalisée la prise en charge ou la délivrance de soins. Contractée dans un ES, une infection associée aux soins est une infection nosocomiale.

Les trois dernières ENP, en 2001, 2006 et 2012 réalisées sous l'égide du Réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections associées aux soins (Raisin), ont été mises en œuvre par les ES et coordonnées par Santé Publique France (SPFrance) au niveau national et les Centres de coordination de la lutte contre les IN (CClin) au niveau interrégional.

La baisse de la prévalence des IN observée entre 2001 et 2012, en particulier pour les infections à SARM est encourageante et suggère un impact positif des programmes de lutte contre les IN mis en place en France dans les années 1990. Toutefois, en 2012, ces infections concernaient encore un patient hospitalisé sur vingt, une situation qui justifie la poursuite des efforts engagés à ce jour contre les IAS. Concernant les antibiotiques, l'absence d'évolution significative à la baisse de la prévalence des patients traités par antibiotiques, malgré les efforts mis en œuvre pour un usage plus approprié des antibiotiques, plaident pour la poursuite et le renforcement des actions visant à préserver l'efficacité des antibiotiques.

La mise en œuvre des ENP est également une opportunité pour mobiliser l'ensemble des professionnels participant à la lutte contre les infections associées aux soins et pour le bon usage des antibiotiques (ATB) et, ainsi, fournir des éléments de réflexion pour améliorer les actions à mettre en place dans leur établissement pour prévenir le risque infectieux.

En 2015, le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) prévoyait de réaliser une enquête nationale de prévalence des IAS dans les ES tous les 5 ans, ce qui met l'objectif depuis la dernière ENP réalisée en 2012 à 2017. L'ENP s'inscrit dans l'axe stratégique 1, thème 5 sur le « renforcement du système de surveillance des IAS tout au long du parcours de santé » du patient.

A la différence des précédentes enquêtes et après avis du comité de suivi du Propias, l'ENP 2017 portera sur un échantillon d'ES tirés au sort. L'analyse des données de cet échantillon permettra d'estimer la prévalence des IN et des traitements anti-infectieux au niveau national et dans chaque région tout en réduisant la charge de travail des enquêteurs. Cette approche n'interdira pas la participation d'ES non tirés au sort. Ceux qui le souhaitent auront accès à l'ensemble des outils nécessaires et pourront recueillir leurs données pour une utilisation

locale. Ces données ne seront toutefois pas prises en compte dans la production d'indicateurs au niveau régional ou national.

Suivant une recommandation du Conseil de l'Europe, le Centre européen de contrôle des maladies (ECDC) propose aux Etats membres de participer à nouveau à une enquête de prévalence européenne. Comme pour l'ENP 2012, l'ENP 2017 s'inscrit aussi dans un cadre européen ; les données d'un échantillon d'ES participant à l'ENP 2017 seront transmises à l'ECDC et représenteront la participation française à cette enquête.

L'année 2017 est une année de transition lors de laquelle les CClin-Arlin vont évoluer en Centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPias) de manière à conforter le dispositif de prévention des IAS en cohérence avec la régionalisation du système de santé. La dénomination CClin-Arlin est utilisée tout au long du protocole de l'ENP 2017. Les CClin-Arlin assureront la continuité du passage à la nouvelle organisation en CPias dans le cadre de la conduite de l'ENP 2017.

L'élaboration du protocole et des outils s'est attachée à assurer la comparabilité des résultats avec ceux des ENP antérieures tout en tenant compte des exigences européennes. A ce titre, le protocole reprend les grandes lignes du protocole de l'ENP 2012 tout en tenant compte des nouveautés introduites en 2017 par l'ECDC (cf. encadré 1).

## 2. OBJECTIFS

### Décrire

- Mettre en œuvre un recueil standardisé de données épidémiologiques permettant de mesurer, un jour donné, la prévalence des IN et des traitements anti-infectieux prescrits aux patients dans un échantillon représentatif des ES en France.
- Écrire la répartition régionale des IN et des traitements anti-infectieux en ES.
- Écrire les IN recensées notamment par type d'établissement, service, site infectieux et micro-organisme.
- Décrire les traitements anti-infectieux prescrits notamment par molécule, famille et grande catégorie d'indication.

### Connaître et faire connaître

- Dans les ES, mettre ces données à disposition de l'ensemble de la communauté hospitalière : équipes soignantes, équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière, laboratoires de microbiologie, instances (CME, Clin ou instance équivalente, Commission des antibiotiques, CHSCT, Direction du Service des soins infirmiers, Direction de l'établissement). Intégrer ces résultats dans la communication interne et externe de l'établissement pour affirmer sa politique de lutte contre les IN.
- Au niveau régional et national, utiliser ce recueil standardisé de données épidémiologiques pour fournir des indicateurs agrégés permettant d'évaluer la politique régionale et nationale de lutte contre les IN. Mettre à disposition ces indicateurs.
- Au niveau européen, participer à l'enquête de prévalence européenne de l'ECDC par l'identification d'un sous-échantillon d'ES et la transmission des données correspondant à cet échantillon.

### Sensibiliser et former

- Renforcer la sensibilisation de l'ensemble du personnel soignant des ES à la réalité de la place des IN et à l'importance du suivi des consommations d'anti-infectieux à l'hôpital.
- Mobiliser l'ensemble des professionnels de l'ES autour d'un projet de surveillance.
- Proposer à tous les ES un accès aux outils développés dans le cadre de cette étude, leur permettant le recueil standardisé de données épidémiologiques sur les IN et les traitements anti-infectieux.

### Comparer

- Comparer les données de prévalence des IN et des traitements anti-infectieux estimées en 2017 à celles de 2012. Ces comparaisons ont pour objet de mesurer l'évolution des tendances à la hausse ou à la baisse des données épidémiologiques sur les IAS et les traitements anti-infectieux prescrits aux patients.

## Encadré 1 ENP : QUOI DE NEUF EN 2017 ?

À la différence des ENP précédentes, **l'ENP 2017 porte sur un échantillon d'établissement de santé tiré au sort**. L'analyse des données de cet échantillon permettra d'estimer la prévalence des IN et des traitements anti-infectieux au niveau national et dans chaque région tout en réduisant la charge de travail des enquêteurs.

La constitution d'un échantillonnage d'ES n'exclut toutefois pas la possibilité à tous les ES français qui le souhaitent de compléter le questionnaire selon la méthode référencée dans le protocole. L'ensemble des outils nécessaires à la réalisation de l'ENP sera disponible pour tous les ES.

Cependant, il ne sera pas possible de prendre en compte dans l'analyse nationale ou régionale les données des ES volontaires qui n'auront pas été tirés au sort. En revanche, chaque ES volontaire non tiré au sort pourra produire localement des estimations pour son établissement et effectuer des comparaisons avec les estimations établies au niveau régional et national.

En cohérence avec le **protocole de l'ECDC, des questions ont été ajoutées au questionnaire de l'ENP 2017** par rapport à celui de l'ENP 2012. Ces changements renforcent les questions relatives à l'évaluation des pratiques et aux traitements anti-infectieux. Il est recommandé de consulter la définition de ces nouvelles variables dans le protocole.

**La fiche « établissement »** présente de nouvelles questions relatives au fonctionnement de l'ES :

- les **effectifs du personnel de l'établissement** en équivalent temps plein (ETP) ;
- des questions relatives à l'évaluation des pratiques professionnelles avec :
  - o deux indicateurs portant sur les pratiques pour établir un diagnostic de bactériémie : le **nombre d'hémocultures réalisées par an** et le **nombre de recherches de *C. difficile* réalisées par an** ;
  - o **des questions sur les bonnes pratiques de l'usage des ATB, les actions mises en œuvre (programme et rapport) pour la prévention et le contrôle des IAS et la participation aux réseaux de surveillances des IAS.**

**La fiche « patient »** présente une forme similaire à celle de l'ENP 2012 mais, quelques variables ont été introduites en cohérence avec le protocole de l'ECDC :

- une variable portant sur le **poils à la naissance pour les nouveau-nés** ;
- des questions relatives au(x) traitement(s) anti-infectieux de manière à renforcer leur description :
  - o **la date du début du traitement** ;
  - o **la dose de l'anti-infectieux** en cours le jour de l'enquête ;
  - o **le (ou les) changement(s) éventuel(s) de traitement(s) anti-infectieux** pour le traitement de la même infection ;
  - o **la raison de ce(s) changement(s) éventuel(s) de traitement(s) anti-infectieux** pour le traitement de la même infection ;
  - o **la date du début du premier traitement anti-infectieux** si il y a eu un changement.

En outre, le **nombre de molécules** qu'il est possible de renseigner est porté à 4 en 2017 (contre 5 molécules en 2012).

- une question permettant de renseigner le **pan-résistance du micro-organisme** dans la rubrique portant sur les infections associées aux soins.
- **Le nombre d'infection nosocomiale** qu'il est possible de renseigner est porté à 2 en 2017 (contre 3 IN en 2012). Et le **nombre de micro-organismes par IN** qu'il est possible de renseigner est porté à 3 en 2017 (contre 2 MO en 2012).

Indépendamment du protocole européen, deux variables ont été ajoutées dans **la fiche « patient »** :

- parmi les différents types de cathéters énoncés, le **cathéter veineux ombilical** a été ajouté (et les cathéters artériels périphériques et centraux sont fusionnés).
- une variable portant sur le **code postal de résidence du patient** a été ajoutée de manière à permettre une description de la prévalence des IN selon des indicateurs socio-économiques, de défaveur sociale notamment, disponibles à l'échelle géographique de la commune.

### 3. TYPE D'ÉTUDE

L'enquête nationale de prévalence est une **enquête transversale** à visée descriptive portant sur les patients d'ES un jour donné. Le schéma transversal de l'enquête permet la production de résultats descriptifs<sup>1</sup> dans un délai suffisamment court, compatible avec le calendrier quinquennal de présentation d'un état des lieux des IAS (*cf.* Propias).

Dans sa version 2017, la particularité tient au fait que l'enquête est **réalisée par sondage sur un échantillon représentatif de la population de patients des ES Français**. Ainsi, l'enquête porte sur un échantillon aléatoire d'ES tirés au sort et non en intention sur l'ensemble des ES Français comme c'était le cas des ENP précédentes.

Les données sont recueillies par un questionnaire composé de 2 fiches distinguant des données individuelles portant sur les patients (*cf.* fiche « patient » en annexe 6) et des données de comptage portant sur les établissements (*cf.* fiche « établissement » en annexe 5).

### 4. PÉRIODE D'ÉTUDE

La période d'enquête s'étend du **lundi 15 mai au vendredi 30 juin 2017 inclus**.

Chaque ES participant réalisera l'enquête **un jour donné** au cours de cette période. Toutefois, selon la taille des établissements et le nombre d'enquêteurs disponibles, le temps nécessaire au recueil des données pour un établissement pourra être étalé sur plusieurs jours sans cependant excéder une semaine ; l'important étant que pour chaque service (ou unités de soins) l'enquête se déroule sur une seule journée.

Si le recueil des données doit être étalé sur plus d'une journée pour l'établissement, il faudra veiller à passer le même jour dans les services qui échangent régulièrement des patients comme un secteur d'hospitalisation de chirurgie et le secteur de soins intensifs de la même discipline.

Enfin, il est préférable d'effectuer l'enquête en milieu de semaine pour éviter les périodes où le renouvellement des patients est le plus important.

---

1. Par rapport aux enquêtes de prévalence à visée descriptive, les enquêtes d'incidence sont des outils épidémiologiques plus adaptés à l'identification des facteurs de risque précis de survenue des IAS. Pour un meilleur suivi dans le temps de leur taux d'infection, l'ensemble des ES sont encouragés à participer à des réseaux de surveillance en incidence, tels que ceux développés par les CClin et le Raisin.

## 5. POPULATION CIBLE

La population cible est celle de tous les patients, présents le jour de l'enquête, de tous les ES de France métropolitaine et des départements et régions d'outre-mer (DROM) quels que soient leur type ou leur statut juridique.

Sont **éligibles** tous les patients des services d'hospitalisation qu'il s'agisse de :

- court séjour (y compris les unités d'hospitalisation de semaine) ;
- soins de suite et de réadaptation (SSR) ;
- unités de soins de longue durée (SLD).

Sont **exclus** de l'enquête les patients :

- en hospitalisations de jour (places et lits) (e.g. patients en ambulatoire, patients dialysés, patients en salle d'urgence) ;
- en hospitalisation à domicile (HAD) ;
- en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), qu'ils soient ou non rattachés à un ES ;
- en d'hospitalisation de nuit dans un centre hospitalier spécialisé (CHS).

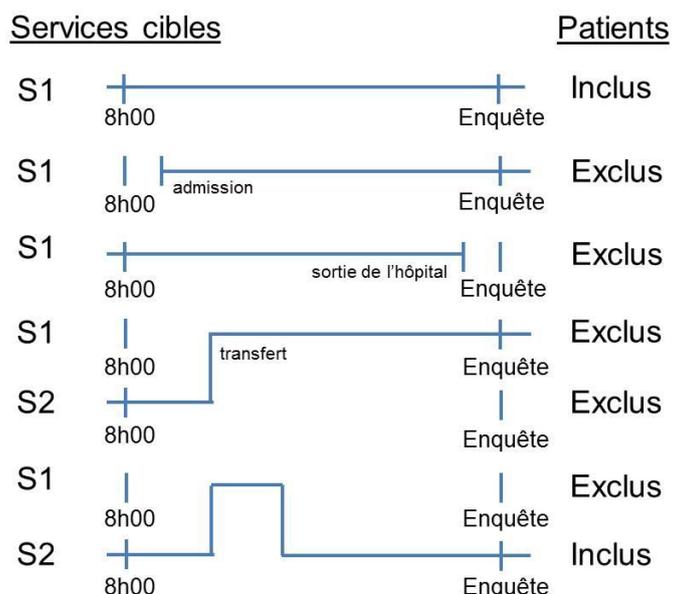
Parmi les patients éligibles, sont **inclus tous les patients présents le jour de l'enquête et admis avant 8 heures dans les services cibles**, que ceux-ci présentent ou ne présentent pas de traitement anti-infectieux ou une infection associée aux soins (figure 1).

Un patient admis dans un service cible avant 8h00 mais sorti de l'établissement ou transféré dans un autre service avant le moment de l'enquête, c'est-à-dire au moment précis du renseignement de sa fiche « patient » au format papier, est exclu de l'enquête. De la même manière, un patient admis dans un service cible avant 8h00 et transféré dans un autre service avant le moment de l'enquête, ne sera inclus ni au titre du premier service dans lequel il a été admis avant 8h00, ni au titre du second service dans lequel il a été transféré au cours de la journée. Pour les services d'ES qui ont l'habitude de préparer à l'avance les fiches « patient » au format papier, ces critères d'exclusion peuvent conduire à ce que certaines fiches ne soient pas prises en compte car le patient est sorti du service au moment de l'enquête.

Ces critères d'éligibilité des patients sont synthétisés dans la figure suivante :

## I FIGURE 1 I

### Situations d'inclusion et d'exclusion de patients dans l'ENP 2017 (adapté de l'ECDC PPS 2016-2017)



Dans les maternités, les mères et les nouveaux nés sont comptés comme deux inclusions s'ils sont présents le jour de l'enquête et admis avant 8 heures dans les services cibles.

Les patients entrés le lundi après une permission de week-end sont inclus dans l'étude au titre du séjour hospitalier précédent même si cette réadmission correspond à une nouvelle hospitalisation sur le plan administratif.

## 6. STRATÉGIE D'ÉCHANTILLONNAGE

L'échantillonnage vise à estimer avec la meilleure précision possible et avec une méthode parcimonieuse (*i.e.* un sous ensemble représentatif des ES), des paramètres sur les infections nosocomiales et la résistance aux antibiotiques dans la population française des patients des ES français.

La base de sondage est constituée des ES de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) au 31 décembre 2015 (n=2 969). La base de sondage des ES constitue la population source à partir de laquelle un sous-groupe d'ES tiré au sort sera recruté.

L'échantillonnage est réalisé à l'aide d'un sondage aléatoire simple à un seul degré. Seuls les établissements sont tirés au sort (et non les patients) après avoir été répartis selon leur catégorie et la région d'appartenance. La stratification sur le type d'établissement et la région permet d'avoir une représentativité de la variété des établissements en France. Les poids de sondages sont calculés pour chaque établissement à partir du nombre d'ES par type et par région et du nombre d'ES tirés au sort.

Afin de prendre en compte un taux de refus de 10% environ, **un échantillon de 450 établissements de santé a été tiré au sort** (correspondant environ à 60 000 patients) (figure 2). Les estimations établies à partir de cet échantillon d'ES permettent une précision absolue  $b=0,006$  pour une prévalence d'IAS estimée à 6% et un effet de plan de sondage  $\rho=6$ . L'analyse des données de cet échantillon permettra d'estimer la prévalence des IN et des traitements anti-infectieux au niveau national et dans chaque région.

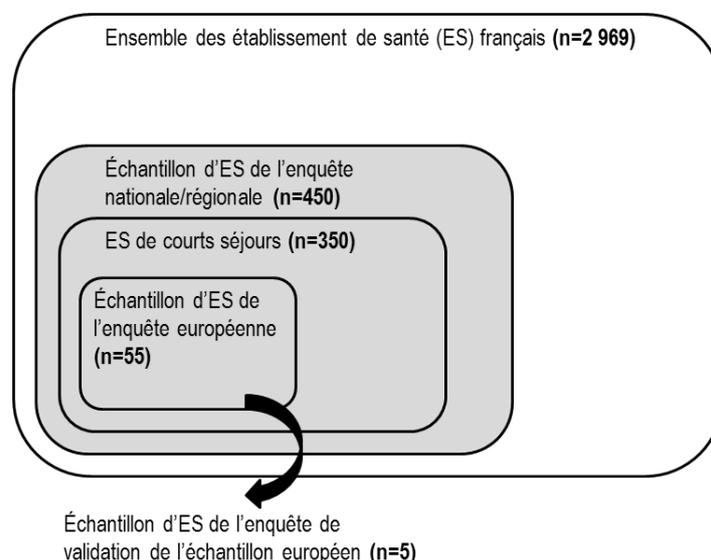
La participation française à l'enquête européenne de prévalence des infections associées aux soins en établissement de santé de court-séjour (CS) comportera **un échantillon de 55 établissements de santé** (figure 2). L'échantillon de l'enquête européenne sera tiré au sort par sondage systématique à partir des ES de court-séjour (*i.e.* après exclusion des établissements SSR et SLD) faisant partie de l'échantillon national.

Enfin, un sous-échantillon de **5 établissements de santé tirés au sort parmi ceux participant à l'enquête européenne** fera également l'objet d'une **étude de validation recommandée par l'ECDC** (*cf.* § Étude de validation de l'enquête européenne). Ces établissements seront plus spécifiquement contactés par le réseau CClin-Arlin pour organiser la mise en œuvre de cette étude de validation.

Les établissements tirés au sort participeront de manière volontaire.

## I FIGURE 2 I

### Échantillons de la population d'établissements de santé sélectionnés pour l'enquête de prévalence 2017 des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé



## 7. ORGANISATION DE L'ENQUÊTE

L'organisation de l'ENP 2017 est assurée par SPFrance en collaboration avec le réseau CClin-Arlin dans le cadre du Raisin.

L'enquête est une opportunité de collaboration entre les professionnels pouvant les inciter à s'impliquer davantage dans la prévention des infections associées aux soins.

### 7.1 Information des établissements de santé

Dans un premier temps, SPFrance informera le ministère de la santé (DGS-DGOS), du lancement de l'enquête et précisera les modalités de participation des ES, la méthodologie nationale utilisée et la valorisation des données recueillies par les ES. SPFrance fournira aux ARS la liste des ES tirés au sort dans leur région.

En parallèle, le réseau CClin-Arlin informera l'ensemble des ES, par l'intermédiaire des correspondants EOH, de la conduite de cette enquête et de son calendrier. L'information des CClin-Arlin rappellera la distinction d'exploitation des données selon que l'établissement a été ou non tiré au sort pour participer à l'ENP 2017.

Par la suite, les établissements tirés au sort pour constituer l'échantillon de l'enquête nationale/régionale et européenne seront informés par le réseau CClin-Arlin de leur situation particulière, notamment au regard des contraintes de calendrier et des conditions d'accès à l'application web pour l'inscription sur l'Annuaire national du réseau CClin-Arlin.

Les outils nécessaires à la mise en œuvre de cette enquête seront mis à disposition sur Internet pour diffusion et reprographie, en tant que de besoin, pour chaque ES (Annexe 8). L'application web de saisie et de restitution des données sera accessible à partir des mêmes sites :

- sur le site de SPFrance : <http://invs.santepubliquefrance.fr/enp>
  
- sur le site du réseau CClin-Arlin : <http://www.cclin-arlin.fr/>
  
- sur les sites de chacun des CClin :
  - CClin Ouest : <http://www.cclinouest.com/>
  - CClin Est : <http://www.cclin-est.org/>
  - CClin Paris-Nord : <http://www.cclinparisnord.org/>
  - CClin Sud-Est : <http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/>
  - CClin Sud-Ouest : <https://www.cpias-nouvelle-aquitaine.fr/>

## 7.2 Modalités de participation à l'enquête

L'inscription des ES dans l'annuaire national du réseau Cclin-Arlin est indispensable pour disposer de l'accès à l'application web développée par Cclin Ouest.

L'inscription dans l'annuaire national se fera, pour les ES, en cliquant sur le bouton « ENP 2017 » dans la partie « participation aux enquêtes ».

Il n'y aura pas de case particulière à cocher au niveau de l'annuaire pour distinguer les ES selon qu'ils sont tirés au sort ou non. La distinction des ES tirés au sort soit pour l'échantillon national, soit pour l'échantillon européen, ou non tirés au sort mais volontaires pour compléter le questionnaire de l'ENP se fera à partir des codes Finess des établissements. L'ES vérifiera les données figurant dans l'annuaire national, et il les fera modifier ou compléter si nécessaire, en prenant contact avec son Arlin de rattachement.

## 7.3 Équipe en charge du recueil et de la saisie

La composition de l'équipe qui a la charge du recueil des données peut varier selon les ES. Il est néanmoins souhaitable que chaque ES identifie un coordonnateur de l'enquête, un correspondant médical et un correspondant infirmier dans chaque service, ainsi que des enquêteurs.

La répartition des tâches proposée est théorique. Elle peut varier selon la nature des correspondants, l'essentiel étant de confronter les avis des professionnels de santé.

### • Le coordonnateur de l'enquête

Dans chaque ES, **une personne est responsable de la réalisation de l'enquête**, de sa préparation jusqu'à la diffusion des résultats.

Il est de préférence président de la CME ou de la commission spécialisée de type Clin ou responsable de l'équipe d'hygiène.

- Il est responsable de l'information des patients inclus dans l'ENP 2017 (Annexe 7).
- Il établit la liste des correspondants médicaux, correspondants infirmiers et enquêteurs de l'établissement.
- Il coordonne l'équipe en charge du recueil et de la saisie des données et de la diffusion de la fiche « patient » aux correspondants infirmiers.
- Il assure la formation des correspondants médicaux, correspondants infirmiers et enquêteurs de l'établissement.
- Il facilite l'accès des enquêteurs aux dossiers des patients, notamment pour les services informatisés.
- Il complète les variables de la fiche « établissement » et vérifie les codages des variables pré-remplies.
- Il garantit l'anonymat de l'enquête (découpage des coupons).
- Il coordonne le recueil et la saisie des données à l'aide de l'application informatique.
- Il s'assurera que tous les moyens sont bien mis en œuvre pour documenter les différentes rubriques du questionnaire.
- Il édite à partir de l'application informatique, le rapport automatique et le poster des résultats de son établissement
- Il diffuse les résultats à tous les services.

### • Le correspondant infirmier

Il reçoit les fiches « patient » de la part du coordonnateur.

Il remplit chaque fiche pour tous les patients présents (administrativement) avant 8 heures au moment du passage de l'enquêteur :

- identification du patient (étiquette à coller dans le coin supérieur droit) ;
- dans la rubrique « ES et service » : date de l'enquête, code du service (code interne à l'établissement fourni par le coordonnateur), spécialité du service ;
- dans la rubrique « patient » : spécialité du patient, âge, sexe, date hospitalisation, chirurgie depuis l'admission ;
- dans la rubrique « dispositifs invasifs » : sonde urinaire, intubation, différents types de cathéter.
- 

Il accompagne l'enquêteur lors de son passage dans les chambres des patients qui vise à l'information des patients d'une part, à la vérification des dispositifs invasifs d'autre part.

### • L'enquêteur

L'enquêteur ne doit pas faire partie du ou des services dont il a la charge. Il doit avoir été formé aux méthodes de l'enquête de prévalence par le responsable de l'enquête dans son établissement. Il est de préférence médecin, pharmacien, étudiant en médecine ou pharmacie, cadre infirmier ou infirmier hygiéniste.

- Il prend contact avant l'enquête avec les correspondants médical et infirmier ;
- Il récupère dans chaque service les fiches de l'enquête préparées par le correspondant infirmier ;
- Il passe au lit de chaque patient avec le correspondant infirmier et/ou médical pour procéder à l'information des patients et compléter les informations concernant les dispositifs invasifs ;
- Il note les IN et les traitements anti-infectieux (molécule, dose, voie d'administration, date de prescription) par la consultation des dossiers du patient (médical, infirmier, prescriptions, etc.) ;
- Il établit la liste des résultats bactériologiques en attente pour les IN identifiées ;
- En cours ou en fin de visite des malades, avec le correspondant médical et infirmier, il valide les caractéristiques des patients et leur exposition à des dispositifs invasifs, les IN ainsi que les traitements anti-infectieux et leur indication ;
- Il remet les fiches complètes et la liste des résultats bactériologiques en attente au coordonnateur de l'enquête.

### • Le correspondant médical

Médecin, il apporte son concours à l'application des définitions d'infection propres à l'enquête, en validant les IN recensées par les enquêteurs, et au renseignement de l'indication du traitement anti-infectieux.

Il complète en particulier avec l'enquêteur les informations suivantes :

- dans la rubrique « Patient » : score de Mac Cabe (indice de gravité des patients), immunodépression, chirurgie depuis l'admission (intervention chirurgicale), cancer évolutif ;
- dans la rubrique « Traitement(s) anti-infectieux » : contexte de prescription, le diagnostic et la raison du changement d'anti-infectieux en cas de changement ;
- dans la rubrique « Infection(s) nosocomiale(s) » : sensibilité du MO et pan-résistance.

## 7.4 Recueil et saisie des données

Le recueil des informations s'effectue à l'aide du questionnaire papier (Annexe 5 et 6). Le questionnaire est le même pour l'enquête nationale et européenne.

Le questionnaire comprend deux fiches :

- **la fiche « établissement »** (Annexe 5) comporte 33 questions réparties dans 5 rubriques. Ces variables sont des données agrégées (ou de comptage) indispensables à l'analyse des résultats sur les IN et la résistance aux antibiotiques stratifiés sur différentes caractéristiques de l'établissement comme le type ou le statut juridique de l'établissement, le nombre de lits ou la consommation de l'ES en produits hydro-alcooliques (*cf.* Questionnaires de l'enquête nationale et européenne) ;
- **la fiche « patient »** (Annexe 6) compte 48 questions réparties dans 5 rubriques décrivant l'établissement et le service dans lequel est admis le patient. Elle décrit également les caractéristiques du patient et de son séjour, l'existence d'un dispositif invasif chez le patient, les traitements anti-infectieux administrés au patient et les infections nosocomiales chez le patient (*cf.* Questionnaires de l'enquête nationale et européenne).

Il est conseillé de préparer à l'avance les fiches « patient » au format papier, pour les patients présents dans le service.

À l'issue de l'inscription des ES dans l'annuaire national du réseau CCLin-Arlin, le questionnaire informatique de l'ENP 2017 est accessible.

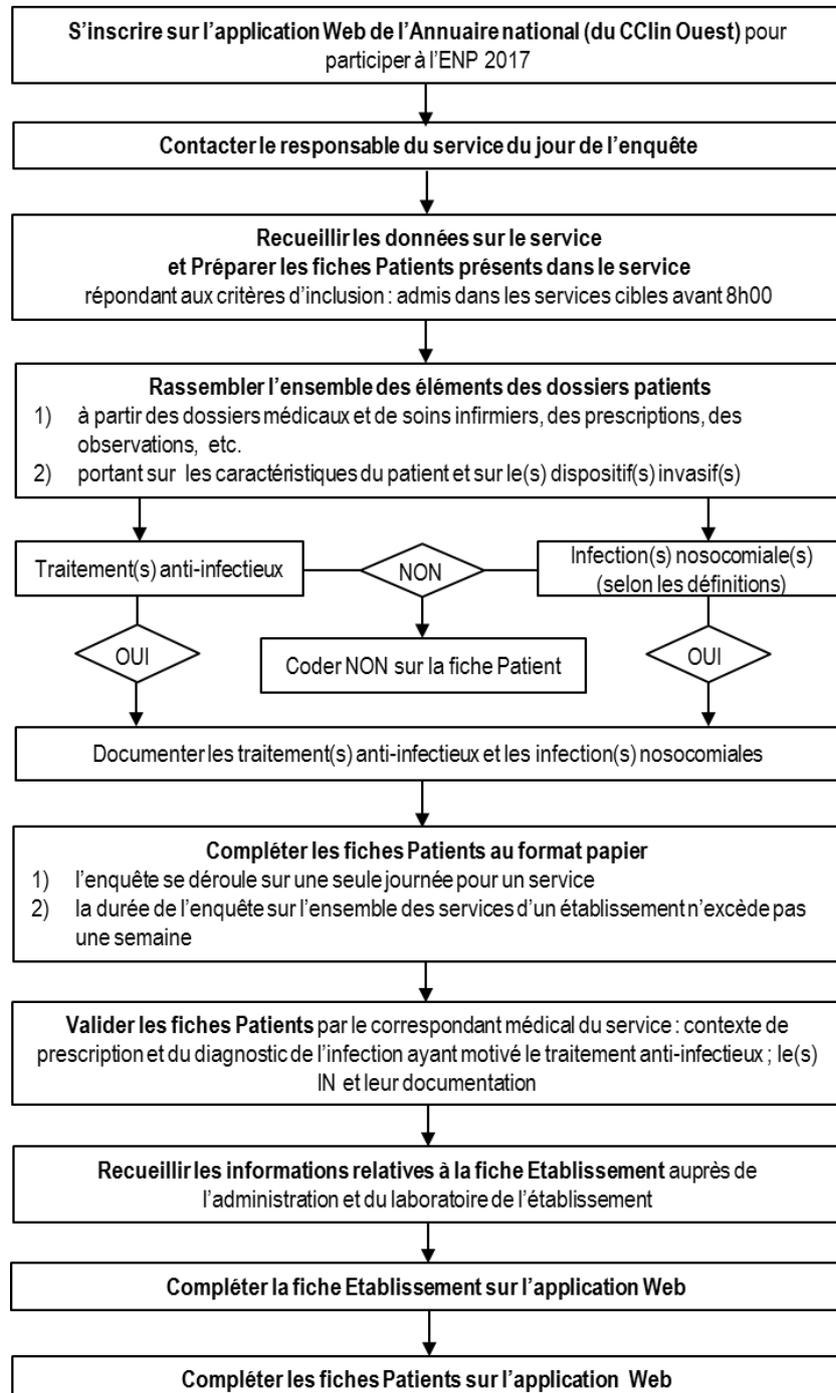
Les variables du questionnaire de l'ENP 2017 sont saisies en ligne à l'aide de l'application web du CCLin Ouest.

**La fiche « établissement », une fois complétée dans l'application informatique, donnera accès au module de saisie des fiches « patient ».**

Certaines variables du questionnaire sont à remplir obligatoirement dans l'application informatique. **Toute valeur manquante sera bloquante lors de la saisie.**

## I FIGURE 3 I

### Processus d'inscription, de recueil et de saisie des données des fiches « établissement » et « patient »



## 7.5 Validation des données de l'enquête nationale

**Seules les données des échantillons tirés au sort feront l'objet d'une validation nationale.**

La validation de l'intégrité des données commence au moment de la collecte des informations nécessaires pour compléter la fiche « patient » au format papier. La mobilisation d'une équipe en charge du recueil des données présentant des compétences complémentaires et qui collabore à la collecte des données contribue à la qualité des données. Le coordonnateur de l'enquête au niveau de chaque ES supervise le recueil des données.

Par exemple, concernant les infections nosocomiales, la confrontation des avis des professionnels de santé est essentielle pour garantir une bonne sensibilité de la méthode (identification du plus grand nombre d'IN présentes le jour de l'étude), une bonne spécificité (exclusion des infections qui ne sont pas d'origine nosocomiale) et une fiabilité satisfaisante (la concordance entre les avis d'un patient à l'autre assure une stabilité du codage des variables et donc une reproductibilité de la détection des IN).

Pour assurer un recueil de données de qualité, les ES auront la possibilité de revenir sur les fiches « établissement » et « patient » avant d'envoyer les données au Cclin. Une fois les données des fiches « établissement » et « patient » transmises au Cclin, il ne sera plus possible de les modifier.

Le retour au dossier du patient sera possible, à tout moment de l'enquête, à l'aide du coupon comportant l'étiquette du patient et le numéro de la fiche « patient ». Ce coupon est séparé de la fiche « patient » après la saisie informatique sur l'application web et conservé par le coordinateur de l'enquête dans chaque établissement.

Le masque de saisie est élaboré de manière à contraindre la saisie pour certaines variables et donc à garantir l'**exhaustivité des données** pour ces variables. Cela n'exclut pas la possibilité de coder en valeur « inconnue » les variables obligatoires pour lesquelles l'information serait absente.

Des **contrôles a priori**, réalisés à l'aide de règles de validation directement intégrées au masque de saisie, seront privilégiées de manière à assurer la **conformité des données** au regard du domaine (type et format) et du codage des variables. Ces contrôles à la saisie sont implémentés dans l'application web par le Cclin Ouest et s'exécutent automatiquement au moment de l'enregistrement des questionnaires. L'établissement pourra, en outre, effectuer sur l'ensemble des fiches « patient » saisies, une série de contrôles de cohérence des données.

Une fois les données envoyées au Cclin, une **vérification régionale des données** sera effectuée par les Cclin-Arlin. Les Cclin-Arlin seront les contacts privilégiés des établissements concernant l'ENP 2017 notamment pour relancer la participation à l'enquête ou solliciter le retour au dossier des patients si nécessaire (Annexe 8). En particulier, chaque Cclin-Arlin vérifiera que les fiches « établissement » et « patient » des ES tirés au sort sont complétées.

À l'issue de cette étape de vérification régionale permettant la constitution de la base de données source, une **validation nationale** sera réalisée par SPFrance. Certains critères de **vraisemblance et d'exactitude des données** seront évalués *a posteriori* à partir de la base de données source : des contrôles de cohérence entre variables et des analyses

descriptives seront effectués. À la demande de SPFrance, les CClin-Arlin solliciteront les ES pour retourner aux dossiers des patients et apporter les modifications nécessaires.

**La saisie et la modification des données par les ES seront acceptées dans l'application jusqu'au vendredi 30 septembre 2017**, y compris les ES faisant partie de l'échantillon de l'enquête européenne.

Une base de données source sera constituée de manière à permettre de réaliser l'analyse régionale et nationale. Il sera possible de revenir au dossier des patients jusqu'au 31 décembre 2017.

## 7.6 Étude de validation de l'enquête européenne

Facultative en 2012, cette étude de validation est rendue obligatoire par l'ECDC en 2017.

Elle met en œuvre un recueil des données. Le jour de la réalisation de l'ENP2017, deux équipes effectueront la collecte des données :

- celle de l'ES définie selon l'organisation proposée *supra* ;
- une équipe extérieure à l'ES constituée en binôme issu du réseau CClin-Arlin.

L'étude de validation sera réalisée dans le ou les mêmes services investigués par les enquêteurs de l'ES. Le recueil des données sera d'abord réalisé par l'équipe de l'ES puis par le binôme de l'étude de validation.

Tous les patients du service investigué par le binôme de l'étude de validation seront inclus dans l'enquête de validation. Au minimum 50 patients par ES seront inclus. L'inclusion et l'exclusion des patients suivent les mêmes critères que ceux de l'enquête nationale et européenne.

Les établissements tirés au sort qui accepteront de participer à cette étude de validation se tiendront disponibles pour fournir aux enquêteurs extérieurs – binôme composé d'un moniteur d'étude clinique et d'un représentant du réseau CClin-Arlin – les documents dont ils auront besoin pour réaliser leur enquête.

La liste des variables à recueillir pour l'étude de validation fait l'objet d'un questionnaire spécifique (*cf.* protocole de l'étude de validation de l'ECDC).

## 7.7 Formation et assistance

Le réseau CClin-Arlin mettra en œuvre des formations des responsables de l'enquête de prévalence des ES, sur la base des documents support élaborés par le groupe de travail national. Ces formations seront dispensées en priorité aux ES qui n'auraient pas participé aux enquêtes nationales de prévalence précédentes.

Les modalités d'organisation de ces formations sont laissées à l'initiative du réseau CClin-Arlin, selon leur expérience et l'organisation des établissements.

Au niveau de chaque ES, le responsable de l'enquête assurera ensuite la formation des enquêteurs.

Lors de la période d'enquête, le réseau CClin-Arlin fournira une assistance méthodologique aux ES. A ce titre, les référents du réseau CClin-Arlin, coordonnateurs de l'enquête de prévalence au niveau régional, organiseront la réponse à ces demandes d'assistance.

## 7.8 Information des patients et protection des données personnelles

L'enquête nationale de prévalence a fait l'objet d'une demande autorisation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) (n° d'autorisation 2037002).

Une **information individuelle et/ou collective** sera communiquée auprès de chaque patient inclus dans l'ENP au moment de la réalisation de l'enquête. Elle sera mise en œuvre par l'équipe en charge de l'enquête (coordonnateur de l'enquête) (Annexe 7).

Les données saisies dans l'application informatique sont **indirectement identifiantes** que ce soit pour l'enquête nationale, l'enquête européenne ou l'enquête de validation des données. Ainsi, aucune donnée nominative ne sera exploitée pour l'analyse.

Après la saisie des fiches, la fiche « patient » au format papier sera séparée du coupon comportant l'étiquette du patient et le numéro de la fiche « patient ». Les coupons seront stockés dans une armoire, accessible uniquement du coordonnateur de l'enquête, jusqu'à la validation des données. Le numéro de la fiche « patient » sera la clé commune entre une fiche « patient » et son coupon et permettra, ultérieurement, soit de retrouver le dossier d'un patient pour lequel des vérifications seraient nécessaires, soit de restituer aux patients ayant participé à l'enquête et qui le souhaitent les données qui les concernent. La destruction des données identifiantes sur support physique (fiches « patients » au format papier ainsi que les coupons) sera effectuée par les établissements lorsque les données auront été définitivement validées, au plus tard en décembre 2017. Concernant l'établissement de santé, la saisie uniquement du code de l'établissement permet de garantir la confidentialité des noms des établissements participants. Santé publique France détient la table de correspondance entre ce code et la liste des établissements.

Le stockage, le transfert et la conservation des données informatiques seront réalisés selon des modalités garantissant la confidentialité des personnes interrogées et l'intégrité des données.

Au CClin Ouest, les données de l'enquête seront stockées sur un serveur accessible uniquement des personnes responsable de l'application web. En outre, l'annuaire national du réseau CClin-Arlin utilisé dans le cadre de cette enquête fait l'objet d'une déclaration à la Cnil (n° de déclaration 1783161). Les sécurités sont mises en œuvre de manière à garantir l'intégrité et la confidentialité des données : serveur de base de données sécurisé, protection

des accès aux locaux des serveurs, accès à l'application de saisie sécurisée par un login et un mot de passe. Les données sur support sont conservées le temps de la durée de l'enquête.

Le Cclin Ouest transmettra à SPFrance l'ensemble des données relatives à l'enquête nationale de prévalence dans des conditions préservant leur confidentialité (chiffrement préalable GPG).

À SPFrance, les données seront conservées dans un répertoire sécurisé du serveur avec un accès limité aux seules personnes devant traiter les données (chargés de projet et statisticiens). La base de données source sera accessible en lecture seule uniquement de manière à garantir l'intégrité des données. La conservation de la base de données anonymisée sera sans limite pour les besoins de l'analyse.

Le numéro de la fiche patient est incrémenté automatiquement par l'application informatique lors de la saisie des données d'enquête. L'établissement est identifié par son code Finess.

## 8. QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE

L'ENP 2017 veille, d'une part, à prendre en compte dans le questionnaire l'expérience des ENP antérieures et, d'autre part, à être compatible avec le protocole de l'ECDC pour la réalisation de la *Point Prevalence Survey* (PSS) au niveau européen. Un seul et même questionnaire sera utilisé pour l'enquête nationale et européenne.

Ce chapitre définit les informations à recueillir, le codage des variables et la source de données à solliciter pour le recueil de l'information.

### 8.1 La fiche « établissement » (Annexe 5)

#### 8.1.1 Données administratives

Les variables de cette rubrique seront pré-renseignées dans l'application informatique de saisie à partir des données de l'annuaire du réseau CClin Arlin, confrontées à celles de la base de données SAE. Elles ne pourront pas être modifiées directement dans l'application par l'ES.

Le coordonnateur de l'enquête aura la charge de les vérifier et de contacter l'Arlin pour signaler les éventuelles anomalies.

	Enquête nationale de prévalence 2017 Fiche établissement	 Santé publique France
---	---	---

#### Données administratives (Informations pré-remplies par l'application)

Nom de l'établissement :	<input type="text"/>	Code anonymat :	<input type="text"/>
Nom de la commune :	<input type="text"/>	Code Postal :	<input type="text"/>
Type d'établissement :	<input type="text"/>	Statut juridique :	<input type="text"/>
Code FINESS juridique :	<input type="text"/>		

- **Nom de l'établissement (NOMETAB)** [ ! PRÉ-REMPLE ]

Le nom de l'établissement correspond à la raison sociale renseignée par défaut dans le questionnaire. Il s'agit d'un champ de caractère. Il est importé à partir des données de l'annuaire national.

- **Code d'anonymat de l'établissement (CODETAB)** [ ! PRÉ-REMPLE ]

Le code d'anonymat de l'établissement est fourni par l'application du CClin Ouest lors de l'inscription de l'établissement à l'enquête de prévalence. Ce code est constitué de 4 ou 5 chiffres. Il est importé à partir des données de l'annuaire national.

- **Nom de la commune (NOMCOM)** [ ! PRÉ-REMPLI ]

Le nom de la commune de l'établissement est renseigné par défaut dans le questionnaire. Il s'agit d'un champ de caractère. Il est importé à partir des données de l'annuaire national.

- **Code Postal (CODCOM)** [ ! PRÉ-REMPLI ]

Le code postal de la commune de l'établissement est renseigné par défaut dans le questionnaire. Il s'agit d'un champ alphanumérique à 5 chiffres. Il est importé à partir des données de l'annuaire national.

- **Type d'établissement (TYPETAB)** [ ! PRÉ-REMPLI ]

Le type ou la catégorie d'établissement caractérise le cadre réglementaire dans lequel s'exerce l'activité de l'établissement et se réfère à l'organisation et aux missions des établissements. Il est importé à partir des données de l'annuaire national.

Code	Type d'établissement
CHU	Centre hospitalier universitaire (CHU) et Centre hospitalier régional (CHR)
CH	Centre hospitalier (CH), Centre hospitalier général (CHG) et Hôpital de proximité ex-Hôpital local (HL)
PSY	Centre hospitalier spécialisé (CHS) en psychiatrie
MCO	Clinique de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)
HIA	Hôpital des armées et Hôpital d'instruction des armées (HIA)
SSR	Etablissement de soins de suite et réadaptation (SSR)
SLD	Etablissement de séjours de longue durée (SLD)
CLCC	Centre de lutte contre le cancer (CLCC) et centre anti-cancéreux (CAC)

- **Statut juridique (STATETAB)** [ ! PRÉ-REMPLI ]

Le statut juridique de l'établissement est associé à l'entité juridique : il s'agit soit d'un établissement géographique du secteur public, soit d'un établissement privé d'intérêt collectif (ESPIC) (comme les centres de lutte contre le cancer (CLCC) et les établissements ex-PSPH) soit d'une clinique privée à but lucratif. Cette variable est renseignée par défaut dans le questionnaire. Il est importé à partir des données de l'annuaire national.

Code	Statut juridique
PUB	Public
ESPIC	Etablissement privé d'intérêt collectif (ESPIC)
PRI	Privé

- **Code FINESS juridique (FINESSEJ)** [ ! PRÉ-REMPLI ]

Le code Finess juridique de l'établissement correspond au numéro du Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) attribué à l'entité juridique (FJ). L'entité juridique peut comporter plusieurs établissements. Ce code est constitué de 9 chiffres. Il est importé à partir des données de l'annuaire national.

### 8.1.2 Effectif du personnel

Le protocole européen de l'ECDC de 2017 complète la fiche « établissement » par de nouvelles questions portant sur l'effectif du personnel soignant : le nombre d'infirmier(e)s et d'aides-soignant(e)s à la fois dans l'ensemble de l'établissement et dans les services de réanimation (4 questions) et les effectifs de professionnels de santé luttant contre les IAS et pour le bon usage des antibiotiques avec le nombre d'infirmier(e)s et de praticiens hygiénistes et le nombre de référent(e)s antibiotiques (3 questions).

Il conviendra de recueillir les effectifs, **au moment de l'enquête, en équivalent temps plein (ETP)**.

Le recueil de ces informations sera effectué auprès de l'administration de l'établissement.

#### Effectif du personnel (en ETP) au moment de l'enquête

Nombre total d'infirmières :	<input type="text"/>
Nombre total d'aides-soignantes :	<input type="text"/>
Nombre d'infirmières hygiénistes :	<input type="text"/>
Nombre de praticiens hygiénistes :	<input type="text"/>
Nombre d'infirmières en réanimation :	<input type="text"/>
Nombre d'aides-soignantes en réanimation :	<input type="text"/>
Nombre de référents antibiotiques :	<input type="text"/>

- **Nombre total d'infirmier(e)s (INFTOT)**

[ ! OBLIGATOIRE ]

Noter l'effectif total d'infirmier(e)s diplômé(e)s d'état (IDE) dans l'établissement de santé, au moment de l'enquête, en équivalents temps plein (ETP). Cet effectif inclut toutes les IDE, comprenant les IDE cadres et toutes les IDE spécialisé(e)s, et quel que soit leur statut d'emploi (e.g. en intérim). Les étudiant(e)s IDE ne sont pas inclus dans cet effectif.

*Nota : Il est possible de saisir un nombre décimal d'ETP (exemple : 1,25 ETP)*

Noter **999** si le nombre total d'infirmier(e)s dans l'établissement au moment de l'enquête est inconnu.

- **Nombre total d'aides-soignant(e)s (ASTOT)**

[ ! OBLIGATOIRE ]

Noter l'effectif total d'aides-soignant(e)s (AS) titulaires d'un diplôme professionnel d'aide-soignant(e) (DPAS) dans l'établissement au moment de l'enquête en équivalents temps plein (ETP).

*Nota : Il est possible de saisir un nombre décimal d'ETP (exemple : 1,25 ETP)*

Noter **999** si le nombre total d'aides-soignant(e)s dans l'établissement au moment de l'enquête est inconnu.

- **Nombre d'infirmier(e)s hygiénistes (INFHYG)**

**[ ! OBLIGATOIRE ]**

Noter l'effectif total d'infirmier(e)s hygiénistes dans l'établissement, au moment de l'enquête, en équivalents temps plein (ETP). Un(e) infirmier(e) hygiéniste est titulaire d'un diplôme d'état d'infirmier(e) (IDE) et a acquis un savoir et des compétences spécifiques dans le domaine de l'hygiène hospitalière et de la prévention du risque infectieux. Il (elle) est membre de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) et participe à la mise en œuvre du programme d'actions défini par la CME ou le Comité de lutte contre les infections nosocomiales.

*Nota : Il est possible de saisir un nombre décimal d'ETP (exemple : 1,25 ETP)*

Noter **99** si le nombre d'infirmier(e)s hygiénistes dans l'établissement au moment de l'enquête est inconnu.

- **Nombre de praticiens hygiénistes (PRATHYG)**

**[ ! OBLIGATOIRE ]**

Noter l'effectif total de praticiens hygiénistes dans l'établissement, au moment de l'enquête, en équivalents temps plein (ETP). Un praticien hygiéniste est titulaire d'un diplôme de docteur en médecine ou pharmacie et a acquis un savoir et des compétences (DU spécifiques) dans le domaine de l'hygiène hospitalière et de la prévention du risque infectieux. Il est membre ou responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) et participe à la mise en œuvre du programme d'actions défini par la CME le Comité de lutte contre les infections nosocomiales.

*Nota : Il est possible de saisir un nombre décimal d'ETP (exemple : 1,25 ETP)*

Noter **99** si le nombre de praticiens hygiénistes dans l'établissement au moment de l'enquête est inconnu.

- **Nombre d'infirmier(e)s en réanimation (INFREA)**

**[ ! OBLIGATOIRE ]**

Noter l'effectif d'infirmier(e)s diplômé(e)s d'état (IDE) dans le ou les services de réanimation (cf. annexe 1) de l'établissement, au moment de l'enquête, en équivalents temps plein (ETP).

*Nota : Il est possible de saisir un nombre décimal d'ETP (exemple : 1,25 ETP)*

Noter **999** si le nombre d'infirmier(e)s en réanimation au moment de l'enquête est inconnu.

- **Nombre d'aides-soignant(e)s en réanimation (ASREA)**

**[ ! OBLIGATOIRE ]**

Noter l'effectif de personnes titulaires d'un diplôme professionnel d'aide-soignant(e) (DPAS) dans le ou les services de réanimation (cf. annexe 1) de l'établissement, au moment de l'enquête, en équivalents temps plein (ETP).

*Nota : Il est possible de saisir un nombre décimal d'ETP (exemple : 1,25 ETP)*

Noter **999** si le nombre d'aides-soignants en réanimation au moment de l'enquête est inconnu.

- **Nombre de référents antibiotiques (REFATB)**

**[ ! OBLIGATOIRE ]**

Noter l'effectif de référents antibiotiques dans l'établissement, au moment de l'enquête, en équivalents temps plein (ETP). Le référent antibiotique est une personne désignée par le représentant légal de l'établissement de santé tel qu'il est prévu par l'article R6111-10 du code de la santé publique.

Le référent est un médecin ou un pharmacien ayant acquis un savoir et des compétences (DU spécifiques) dans le domaine des anti-infectieux, de l'antibiothérapie et des pathologies infectieuses.

*Nota : Il est possible de saisir un nombre décimal d'ETP (exemple : 1,25 ETP)*

Noter **99** si le nombre de référents antibiotiques dans l'établissement au moment de l'enquête est inconnu.

### 8.1.3 Capacité d'accueil

Comme pour l'ENP 2012, cette rubrique porte sur des données de comptage relatives aux capacités d'accueil de l'établissement, en termes de nombre de chambres (2 questions) et de nombre de lits d'hospitalisation complète par service selon sa spécialité (8 questions).

À la différence de l'ENP 2012 pour laquelle ces champs étaient pré-remplis avec les données de 2010, il conviendra de recueillir pour l'ENP 2017 les données de capacité d'accueil de l'établissement **au moment de l'enquête**. Cette information sera collectée auprès de l'administration.

#### Capacité d'accueil au moment de l'enquête

*Lits d'hospitalisation complète (> 24h)*

Nombre de lits de médecine :	<input type="text"/>
Nombre de lits de chirurgie :	<input type="text"/>
Nombre de lits d'obstétrique :	<input type="text"/>
Nombre de lits de réanimation :	<input type="text"/>
Nombre de lits de psychiatrie :	<input type="text"/>
Nombre de lits de SSR :	<input type="text"/>
Nombre de lits de SLD :	<input type="text"/>
(Nombre total de lits) :	<input type="text"/>
<i>Calculé automatiquement par l'application</i>	
Nombre total de chambres :	<input type="text"/>
Nombre de chambres individuelles :	<input type="text"/>

- **Nombre de lits de médecine (LITMED)**

**[ ! OBLIGATOIRE ]**

Noter le nombre total de lits d'hospitalisation complète dans les services de médecine de l'établissement de santé au moment de l'enquête. Les libellés des services de médecine sont référencés dans l'annexe 1. Ne pas tenir compte des places d'hospitalisation partielle dans ce décompte.

Noter **9999** si le nombre de lits de médecine dans l'établissement au moment de l'enquête est inconnu.

- **Nombre de lits de chirurgie (LITCHIR)**

**[ ! OBLIGATOIRE ]**

Noter le nombre total de lits d'hospitalisation complète dans les services de chirurgie de l'établissement de santé au moment de l'enquête. Les libellés des services de chirurgie sont référencés dans l'annexe 1. Ne pas tenir compte des places d'hospitalisation partielle dans ce décompte.

Noter **9999** si le nombre de lits de chirurgie dans l'établissement au moment de l'enquête est inconnu.

- **Nombre de lits d'obstétrique (LITOB)** **[ ! OBLIGATOIRE ]**

Noter le nombre total de lits d'hospitalisation complète dans les services de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de l'établissement de santé au moment de l'enquête. Les libellés des services de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie sont référencés dans l'annexe 1. Ne pas tenir compte des places d'hospitalisation partielle dans ce décompte.

Noter **9999** si le nombre de lits d'obstétrique dans l'établissement au moment de l'enquête est inconnu.

- **Nombre de lits de réanimation (LITREA)** **[ ! OBLIGATOIRE ]**

Noter le nombre total de lits d'hospitalisation complète dans les services de réanimation de l'établissement de santé au moment de l'enquête. Les libellés des services de réanimation sont référencés dans l'annexe 1. Ne pas tenir compte des places d'hospitalisation partielle dans ce décompte.

Noter **9999** si le nombre de lits de réanimation dans l'établissement au moment de l'enquête est inconnu.

- **Nombre de lits de psychiatrie (LITPSY)** **[ ! OBLIGATOIRE ]**

Noter le nombre total de lits d'hospitalisation complète dans les services de psychiatrie de l'établissement de santé au moment de l'enquête. Ne pas tenir compte des places d'hospitalisation partielle dans ce décompte.

Noter **9999** si le nombre de lits de psychiatrie dans l'établissement au moment de l'enquête est inconnu.

- **Nombre de lits de SSR (LITSSR)** **[ ! OBLIGATOIRE ]**

Noter le nombre total de lits d'hospitalisation complète dans les services de soins de suite et réadaptation (SSR) de l'établissement de santé au moment de l'enquête. Ne pas tenir compte des places d'hospitalisation partielle dans ce décompte.

Noter **9999** si le nombre de lits de SSR dans l'établissement au moment de l'enquête est inconnu.

- **Nombre de lits de SLD (LITSLD)** **[ ! OBLIGATOIRE ]**

Noter le nombre total de lits d'hospitalisation complète dans les unités de soins de longues durées de l'établissement de santé au moment de l'enquête. Ne pas tenir compte des places d'hospitalisation partielle dans ce décompte.

Noter **9999** si le nombre de lits de SLD dans l'établissement au moment de l'enquête est inconnu.

- **Nombre total de lits (LITTOT)**

[ ! OBLIGATOIRE]

Noter le nombre total de lits d'hospitalisation complète dans les services de l'établissement de santé inclus dans l'enquête, au moment de l'enquête, à l'exception des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ne pas tenir compte des places d'hospitalisation partielle dans ce décompte.

Cette information sera calculée automatiquement à partir des informations complétées sur le nombre total de lits par service de médecine, chirurgie, obstétrique, réanimation, psychiatrie, SSR et SLD. Le coordonnateur de l'enquête vérifiera l'information à partir des données de son établissement.

Noter **9999** si le nombre total de lits dans l'établissement au moment de l'enquête est inconnu.

- **Nombre total de chambres (CHBRETOT)**

[ ! OBLIGATOIRE]

Noter le nombre total de chambres installées dans l'ensemble des services de l'établissement de santé, au moment de l'enquête, à l'exception des chambres d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Une **chambre installée** est une chambre en état d'accueillir des malades ou fermée temporairement pour cause de travaux, désinfection.

Noter **9999** si le nombre total de chambres dans l'établissement au moment de l'enquête est inconnu.

- **Nombre de chambres individuelles (CHBREIND)**

[ ! OBLIGATOIRE]

Noter le nombre de chambres individuelles installées dans l'ensemble des services de l'établissement de santé, au moment de l'enquête, à l'exception des chambres d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Une **chambre individuelle** est soit une chambre ne comportant qu'un seul lit, soit une chambre comportant plusieurs lits mais qui est désignée pour être utilisée en occupation individuelle.

Noter **9999** si le nombre de chambres individuelles dans l'établissement au moment de l'enquête est inconnu.

## 8.1.4 Statistiques annuelles

Cette rubrique permet le recueil de quelques données incidentes de comptage sur l'établissement. Trois questions ne sont pas modifiées par rapport au protocole de l'ENP 2012 : le nombre d'admissions, le nombre de journées d'hospitalisation et la consommation de produits hydro-alcooliques (PHA).

En revanche, en conformité avec le protocole européen de l'ECDC de 2017, deux questions relatives aux nombre d'hémocultures par an et au nombre de tests à la recherche de *Clostridium difficile* réalisés par an sont ajoutées.

### Statistiques annuelles au 31/12/2016

Nombre d'admissions :	<input type="text"/>
Nombre de journées d'hospitalisation :	<input type="text"/>
Nombre d'hémocultures réalisées :	<input type="text"/>
Nombre de recherches de <i>Clostridium difficile</i> réalisées :	<input type="text"/>
Consommation de PHA (en litre) :	<input type="text"/>

- **Nombre d'admissions (NBADMIS)** **[ ! OBLIGATOIRE ]**

Noter le nombre d'admissions en hospitalisation complète quel que soit le motif (régulière ou en urgence), au cours de l'année 2016 (*i.e.* données au 31 décembre 2016), dans l'établissement à l'exception des admissions en secteur d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Cette information sera recueillie auprès de l'administration de l'établissement.

Noter **99999** si le nombre d'admissions réalisées au cours de l'année 2016 est inconnu.

- **Nombre de journées d'hospitalisation (JHOSPI)** **[ ! OBLIGATOIRE ]**

Noter le nombre de journées d'hospitalisation complète, au cours de l'année 2016 (*i.e.* information au 31 décembre 2016), dans l'établissement à l'exception des admissions en secteur d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Cette information sera recueillie auprès de l'administration de l'établissement.

Noter **99999** si le nombre de journées d'hospitalisation réalisées au cours de l'année 2016 est inconnu.

- **Nombre d'hémocultures réalisées (NBHEMO)**

[ ! OBLIGATOIRE ]

Noter le nombre d'hémocultures de patients de l'ES reçues et incubées par le laboratoire de référence de l'établissement de santé, correspondant aux laboratoires interne ou externe à l'ES qui réalisent les analyses pour l'ES (e.g. laboratoires microbiologiques, bactériologiques ou spécialisés), au cours de l'année 2016 (i.e. information au 31 décembre 2016).

Quel que soit le nombre de flacons prélevés – deux ou trois paires de flacons aérobies et anaérobies en deux ou trois ponctions (ou prélèvements) ou « set » de 4 à 6 flacons lors d'un prélèvement unique –, c'est le nombre d'hémocultures réalisées qui est compté comme nombre d'hémoculture. Une hémoculture correspond à un flacon aérobie ou une paire de flacons aérobie et anaérobie (ensemencement d'un flacon aérobie et d'un flacon anaérobie). Dans le cas où l'information sur le nombre d'hémoculture ne serait pas disponible, **compter le nombre de flacons aérobies**.

Compter le nombre total d'hémocultures de patients réalisées et non le nombre de patients pour lesquels au moins une hémoculture a été prescrite.

*Exemple : Dans le cas d'une série de 3 sets de flacons par paire aérobie et anaérobie prélevés sur un patient à une heure d'intervalle, on compte 3 hémocultures.*

*Dans le cas d'un prélèvement unique de 4 flacons (2 flacons aérobies et 2 flacons anaérobies) prélevés sur un patient, on compte 2 hémocultures.*

*Dans le cas d'un seul prélèvement de 3 flacons (1 flacon aérobie, 1 flacon anaérobie et un flacon spécifique pour la recherche de levures) réalisé chez un patient, on compte 1 hémoculture.*

Cette information sera recueillie auprès du laboratoire de référence de l'établissement de santé et porte sur l'ensemble de l'établissement sans distinction des services inclus ou exclus de l'enquête.

Noter **9999** si le nombre d'hémocultures réalisées au cours de l'année 2016 est inconnu.

- **Nombre de recherches de *Clostridium difficile* réalisées (NBCDIFF)**

[ ! OBLIGATOIRE ]

Noter le nombre d'analyses de selles à la recherche spécifique d'une infection à *Clostridium difficile* toxigène, réalisées dans l'établissement au cours de l'année 2016 (i.e. information au 31 décembre 2016) par le laboratoire de l'établissement de santé, correspondant au laboratoire interne ou externe à l'ES qui réalise les analyses pour l'ES (e.g. laboratoires microbiologiques, bactériologiques ou spécialisés). Ne pas compter le nombre d'échantillons de selles envoyés au laboratoire pour analyse, mais bien le nombre d'analyses de selles à la recherche d'une infection à *C. difficile* réalisées par le laboratoire. Compter le nombre total d'analyses de selles de patients réalisées et non le nombre de patients pour lesquels au moins un test de selles a été réalisé.

Cette information sera recueillie auprès du laboratoire de l'établissement de santé et porte sur l'ensemble de l'établissement sans distinction des services inclus ou exclus de l'enquête.

Noter **9999** si le nombre de recherches de *C. difficile* réalisées au cours de l'année 2016 est inconnu.

- **Consommation de PHA (CONSOPHA)**

**[ ! OBLIGATOIRE ]**

Noter le nombre total de produit hydro-alcoolique (PHA), en litre, utilisé (*i.e.* délivré ou consommé, mais pas commandé) uniquement dans tous les services de l'établissement au cours de l'année 2016 (*i.e.* information au 31 décembre 2016).

Noter **9999** si la consommation totale annuelle de PHA est inconnue.

## 8.1.5 Prévention et contrôle des infections associées aux soins

Cette rubrique comporte quatre nouvelles questions du protocole européen de l'ECDC. Elles portent sur le bon usage des ATB et sur les actions mises en œuvre (rapport et programme) pour la prévention et le contrôle des IAS et sur la participation à des réseaux de surveillance. Les informations sur ces variables sont obtenues auprès de l'EOH.

### Prévention et contrôle des infections associées aux soins au 31/12/2016

Procédure de réévaluation des prescriptions antibiotiques :  Oui, dans tous les services  
 Oui, dans certains services  
 Oui, uniquement en réanimation  
 Non

Programme annuel de prévention des IAS :  Oui  Non

Rapport annuel de prévention des IAS :  Oui  Non

Participation à des réseaux de surveillance :

ISO :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> N/A	Neocat :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> N/A
REA :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> N/A	Mater :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> N/A
BMR :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> N/A	Dialin :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> N/A
ATB :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> N/A	CV-AES :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> N/A

Autres, précisez :

#### • Procédure de réévaluation des prescriptions ATB (PROCATB) [ ! OBLIGATOIRE ]

Sélectionner dans le menu déroulant la situation de l'ES permettant de renseigner l'existence d'une procédure formelle de réévaluation du traitement antibiotique dans l'établissement au 31 décembre 2016.

Quatre situations sont proposées :

Code	Procédure de réévaluation des prescriptions ATB au 31 décembre 2016
<b>OUI1</b>	mise en œuvre <b>dans tous les services de l'établissement</b>
<b>OUI2</b>	mise en œuvre <b>dans certains services de l'établissement</b> seulement
<b>OUI3</b>	mise en œuvre <b>uniquement dans le (ou les) service(s) de réanimation</b> (cf. annexe 1 pour le détail des services de réanimation)
<b>NON</b>	l'établissement ne dispose pas de procédure formelle de réévaluation des prescriptions ATB au 31 décembre 2016
<b>INC</b>	Information inconnue

La mise en œuvre **d'une procédure de réévaluation des prescriptions ATB dans certains services de l'établissement seulement** inclut le plus souvent, mais pas nécessairement, le service de réanimation.

On entend par réévaluation du traitement antibiotique, la vérification dans les 72 heures (le plus souvent entre la 24<sup>e</sup> heure et la 72<sup>e</sup> heure) à partir de la dispensation initiale, **par une autre personne ou équipe que le prescripteur**, de l'adéquation du traitement antibiotique vis-à-vis du ou des microorganismes responsables de l'infection. La réévaluation s'appuie sur une argumentation microbiologique, la modification de la clinique, la conformité du traitement à des protocoles d'antibiothérapie, l'obtention de l'avis du référent, l'adaptation aux données du suivi thérapeutique. Cette procédure de réévaluation du traitement antibiotique porte à minima sur les ATB à large spectre et de dernier recours.

La formalisation d'une telle procédure suggère l'existence de tout document de bonnes pratiques relatives à l'utilisation des antibiotiques précisant notamment les modalités de révision des prescriptions d'antibiotiques à l'initialisation ou au renouvellement éventuel. Cette procédure vise la maîtrise de la consommation d'antibiotiques et la réduction de l'émergence de bactéries résistantes. Elle comporte des éléments de mise en œuvre notamment en termes de personnes en charge de son application et doit être **adoptée et validée par l'équipe de direction de l'établissement et la Commission médicale d'établissement (CME)**.

- **Programme annuel de prévention des IAS (PROGIAS) [ ! OBLIGATOIRE]**

Cocher **OUI** si l'établissement dispose d'un **programme** annuel de prévention des IAS, validé et approuvé par la direction de l'établissement et la CME, au 31 décembre 2016.

Cocher **NON** dans le cas contraire ou Inconnu (**ND**) si l'information n'est pas disponible. Ce programme annuel de prévention des IAS est issu du PROPIAS.

- **Rapport annuel de prévention des IAS (RAPPIAS) [ ! OBLIGATOIRE]**

Cocher **OUI** si l'établissement dispose d'un **rapport** annuel de prévention des IAS, validé et approuvé par la direction de l'établissement et la CME, au 31 décembre 2016.

Cocher **NON** dans le cas contraire ou Inconnu (**ND**) si l'information n'est pas disponible.

Ce rapport annuel de prévention des IAS est issu du programme annuel de prévention des IAS.

- **Participation à des réseaux de surveillance (Code cf. ci-dessous) [ ! OBLIGATOIRE]**

Sélectionner **OUI** pour le (ou les) réseau(x) de surveillance des IAS au(x)quel(s) l'établissement participe parmi ceux proposés, au 31 décembre 2016.

Cocher **NON** dans le cas contraire. Sélectionner **INCONNU** si l'information sur une éventuelle participation au réseau de surveillance des IAS proposé est inconnue.

Huit réseaux de surveillance sont mentionnés et sont à renseigner :

<b>Variab</b> les	<b>Réseaux de surveillance auxquels l'établissement participe</b>
<b>RESISO</b>	L'établissement participe au réseau ISO-Raisin sur la surveillance nationale des infections du site opératoire dans les ES.
<b>RESREA</b>	L'établissement participe au réseau REA-Raisin sur la surveillance nationale des infections en réanimation adulte dans les ES.
<b>RESBMR</b>	L'établissement participe au réseau BMR-Raisin sur la surveillance nationale des bactéries multi-résistantes dans les ES et éventuellement au réseau ICD-Raisin sur la surveillance des souches responsables d'infection à Clostridium difficile.
<b>RESATB</b>	L'établissement participe au réseau ATB-Raisin sur la surveillance nationale de la consommation des antibiotiques dans les ES.
<b>RESAES</b>	L'établissement participe au réseau AES-Raisin sur la surveillance des accidents d'exposition au sang ou CV-Raisin sur la surveillance de la vaccination et des conditions d'immunisation du personnel des établissements de santé.
<b>RESMATER</b>	L'établissement participe au réseau de surveillance des infections en maternité.
<b>RESDIALIN</b>	L'établissement participe au réseau de surveillance des infections des voies d'abord vasculaires en hémodialyse.
<b>RESNEOCAT</b>	L'établissement participe au réseau de surveillance des cathéters veineux centraux en néonatalogie.

- **Autres réseaux de surveillance (RESAUTNOM)**

**[ ! OBLIGATOIRE si l'établissement participe à un réseau de surveillance non mentionné]**

Si l'établissement participe à d'autres réseaux de surveillance des IAS que l'un des huit réseaux mentionnés dans le questionnaire, noter en texte libre le nom du (ou des) autres réseau(x) de surveillance au(x)quel(s) l'établissement participe.

## 8.2 La fiche « patient » (Annexe 6)

### 8.2.1 Établissement et service

Il est conseillé de préparer à l'avance cette partie du questionnaire pour chaque service. En effet, lors de la saisie d'une nouvelle fiche « patient » d'un même service, les informations relatives au code établissement, à la date de l'enquête, à la spécialité du service et au code du service seront automatiquement reportées par l'application de saisie en ligne. Il est donc possible de n'effectuer la saisie des variables code établissement, date de l'enquête, spécialité du service et code du service qu'une seule fois par service.

Lors de la saisie d'une fiche « patient » pour un autre service, il conviendra de modifier le code et la spécialité du service. Il en va de même pour la date de l'enquête si celle-ci s'est effectuée sur plusieurs jours dans l'établissement.

	Enquête nationale de prévalence 2017 Fiche patient		
<b>Établissement et service</b>			
Code établissement	<input type="text"/>	Code du service	<input type="text"/> <small>Code interne à l'établissement</small>
Date de l'enquête	<input type="text" value="__ / __ / 2017"/>	Spécialité du service	<input type="text"/>

- **Code d'anonymat de l'établissement (CODETAB)** **[ ! PRÉ-REMPLI ]**

Le code d'anonymat de l'établissement est fourni par l'application web lors de l'inscription de l'établissement à l'enquête de prévalence. Ce code est constitué de 4 ou 5 chiffres.

Cette information est reportée à partir de la fiche « établissement » de manière à éviter des confusions entre établissements. Cette confusion dans l'attribution d'un patient à un autre établissement peut survenir lorsqu'une même EOH opère dans plusieurs établissements ou lorsque la saisie des données est externalisée.

- **Date de l'enquête dans le service (DATENQ)** **[ ! OBLIGATOIRE ]**

Noter la date du jour de l'enquête dans un service donné au format JJ/MM/AAAA.

*Rappel : l'enquête doit se dérouler le même jour pour tous les patients d'un service. Pour les grands établissements, l'enquête dans l'ensemble des services peut se dérouler sur plusieurs jours consécutifs. Cependant, la période d'enquête dans un établissement ne peut excéder une semaine.*

- **Code du service (CODSERV)** **[ ! FACULTATIF ]**

Noter le code du service en usage interne à l'établissement. Il peut être employé pour distinguer les différentes implantations d'un établissement multisites et/ou pour une analyse locale des données. Les analyses régionales ou nationales des données réalisées par SPFrance n'utilisent pas cette variable.

Ce code est déterminé par le coordonnateur de l'enquête. Il n'est pas obligatoire.

- **Spécialité du service (SPECIA)**

[ ! OBLIGATOIRE ]

Sélectionner dans le menu déroulant le code de la spécialité du service dans lequel le patient est pris en charge.

La liste des codes à utiliser est présentée en Annexe 1.

Cette information est pré-remplie par défaut à partir de la seconde fiche patient saisie. Elle est modifiable à chaque changement de service.

Les services ou unités de soins intensifs (USI) ou de surveillance continue (USC) seront associés à la spécialité médicale ou chirurgicale correspondante. Ils ne doivent pas être confondus avec les services ou unités de **réanimation**, définis par les articles R. 6123-33 et R. 6123-34 du Code de la santé publique<sup>2</sup>.

En particulier :

- Les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance.
- Les unités de réanimation :
  - 1) assurent 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, l'accueil et la prise en charge diagnostique et thérapeutique ainsi que la surveillance des patients mentionnés à l'article R. 6123-33 ;
  - 2) assurent la sécurité et la continuité des soins en organisant le retour et le transfert des patients dans les unités de surveillance continue ou toute autre unité d'hospitalisation complète dès que leur état de santé le permet. A cet effet, les établissements exerçant les activités de réanimation passent des conventions avec d'autres établissements possédant ces unités afin de définir les modalités permettant d'y transférer les patients.

---

2. Disponibles sur <http://www.legifrance.gouv.fr/>

## 8.2.2 Caractéristiques du patient et du séjour

Cette rubrique renseigne les caractéristiques du patient en termes de caractéristiques sociodémographiques (numéro de fiche patient, spécialité du patient, date d'hospitalisation, sexe, âge, poids pour les nouveau-nés) mais également de caractéristiques médicales (patient admis en chirurgie, score de gravité du patient, statut immunitaire et patient atteint ou non d'un cancer évolutif). Elle comprend 11 questions.

Comme dans la rubrique précédente sur l'établissement et service, les informations relatives à la spécialité du patient seront automatiquement reportées par l'application de saisie en ligne. Il convient de les modifier pour la saisie d'une nouvelle fiche « patient » pris en charge dans un autre service.

La consultation des dossiers du patient (médical, infirmier, prescriptions, etc.) permettra de renseigner les caractéristiques des patients. Le correspondant infirmier du service pour l'enquête apportera les compléments d'information éventuellement nécessaires.

**Patient** N° Fiche patient  *Donné par l'application* N° Fiche patient  *Donné par l'application*

Code postal

Spécialité du patient  Date hospitalisation

Age (années)  Age (mois)  *si âge < 24 mois* Poids de naissance (grammes)  *Si âge < 28 jours*

Sexe :  H  F

Chirurgie depuis l'admission :  Non  Oui

Score de McCabe (MC) :  MC0  MC1  MC2  Inconnu

Immunodépression :  Non  Oui  Inconnu

Cancer évolutif :  Non  Tumeur solide  Hémopathie  Inconnu

- **N° Fiche patient (IDFICHE)**

**[ ! OBLIGATOIRE ]**

Cette variable est générée automatiquement par le logiciel de saisie par incrémentation de 1.

Elle ne doit donc pas être renseignée lors du recueil des données dans les services.

Au moment de la saisie, il conviendra de recopier sur la fiche « patient » au format papier, à la fois dans la rubrique « Patient » ET sur la partie à découper (coupon), le numéro de fiche donné par le logiciel de saisie, de manière à pouvoir retrouver les données si des vérifications étaient nécessaires.

- **Étiquette patiente et coupon** [ ! OBLIGATOIRE uniquement pour les questionnaires au format papier]

Pour assurer la confidentialité des informations recueillies lors de cette enquête et après avoir reporté le numéro de la fiche « patient » fourni par l'application de saisie en ligne, il conviendra de découper le coupon comportant l'étiquette « patient » et le numéro de la fiche « patient » et de l'archiver séparément des fiches au format papier. Il sera ainsi facile de retrouver ultérieurement le dossier d'un patient pour lequel des vérifications seraient nécessaires.

*Nota : le numéro de fiche « patient » ne pourra être reporté sur la fiche « patient » au format papier qu'après saisie de la fiche dans l'application de saisie en ligne.*

**Les fiches « patients » au format papier ainsi que les coupons des étiquettes « patient » seront détruits lorsque les données auront été définitivement validées, au plus tard le 31 décembre 2017.**

- **Code postal du patient (CPPA)** [ ! OBLIGATOIRE]

Noter le code postal de la commune de résidence principale du patient. Il s'agit d'un champ alphanumérique à 5 chiffres.

Noter **99999** si le code postal du patient est inconnu.

Noter **88888** si le patient réside à l'étranger.

- **Spécialité du patient (SPECPA)** [ ! OBLIGATOIRE]

Sélectionner dans le menu déroulant le code de la spécialité du service prenant en charge le patient.

La liste des codes est présentée en Annexe 1.

Cette information est demandée pour chaque patient, afin de pouvoir distinguer des spécialités différentes au sein d'un même service.

*Par exemple pour un patient admis en chirurgie orthopédique devant subir une colectomie, il conviendra de coder CHIORT pour la spécialité du service et CHIDIG pour la spécialité du patient.*

L'application informatique implémentera automatiquement la spécialité du service par défaut. Elle sera donc à modifier pour les patients admis qui ne relèvent pas de la spécialité du service.

- **Date d'hospitalisation (ENTRETAB)** [ ! OBLIGATOIRE]

Noter la date de l'entrée du patient dans l'établissement (pas dans le service) pour l'hospitalisation en cours au moment du passage de l'enquêteur (format JJ/MM/AAAA).

Si la date d'hospitalisation date de plus d'un an (long séjour), noter la date du jour de l'enquête moins 1 an.

Cette variable permet de créer la variable durée du séjour d'hospitalisation.

Noter **99/99/9999** si la date d'hospitalisation du patient est inconnue.

- **Age (en année) (AGE)** **[ ! OBLIGATOIRE]**

Noter l'âge du patient, renseigné **en années révolues** (âge au dernier anniversaire).

Coder 0 s'il s'agit d'un enfant de moins de 1 an.

- **Age (en mois) (AGEMOIS)** **[ ! OBLIGATOIRE si l'âge < 2 ans]**

Uniquement pour les enfants de 23 mois ou moins (e.g. moins de 2 ans), c'est-à-dire si N\_AGE = 0 ou 1, noter l'âge **en mois révolus**.

Coder 0 pour un nouveau-né de moins de 1 mois.

*Exemples :*

- un nouveau-né de moins de 1 mois sera codé « 0 » pour la variable « Age » (en années révolues) et « 0 » pour la variable « Age en mois » révolus ;
- un enfant de moins de 1 an sera codé « 0 » pour la variable « Age » (en années révolues), et de « 0 » à « 11 » pour la variable « Age en mois » révolus ;
- un enfant de 1 an sera codé « 1 » pour la variable « Age » (en années révolues), et de « 12 » à « 23 » pour la variable « Age en mois » révolus ;
- un enfant de plus de 2 ans révolus et un adulte seront codés de « 2 » et plus pour la variable « Age » (en années révolues), et la variable « Age en mois » ne sera pas renseignée.

- **Poids de naissance (en grammes) (PDSNAIS)** **[ ! OBLIGATOIRE si l'âge ≤ 28 jours]**

Uniquement pour les enfants de 28 jours ou moins (e.g. si AGEMOIS = 0), noter le **poids du nouveau-né à la naissance en gramme**.

- **Sexe (SEXE)** **[ ! OBLIGATOIRE]**

Cocher la case correspondante au sexe du patient (**HOMME** ou **FEMME**).

- **Chirurgie depuis l'admission (INTERV)** **[ ! OBLIGATOIRE]**

Cocher **OUI** si le patient a été opéré (e.g. a subi une intervention chirurgicale) depuis son entrée dans l'établissement, **NON** dans le cas contraire.

*Nota : La réponse « inconnu » n'est pas admise.*

On entend par intervention chirurgicale la mise en œuvre d'une (ou plusieurs) procédure(s) chirurgicale(s) effectuée(s) sur un patient lors d'un seul passage au bloc opératoire. **Une procédure chirurgicale est un traitement chirurgical défini par un code de la nomenclature des actes médicaux français** (CCAM : classification commune des actes médicaux).

Si, au moment de l'enquête, le patient est au bloc opératoire pour une première intervention au cours du séjour, ne pas le considérer comme opéré.

**Sont exclus, dans le cadre de cette étude, comme étant des interventions chirurgicales :**

- les interventions pour pose de voie d'abord vasculaire (voies veineuses centrales, sites implantables) ;
- les actes de radiologie interventionnelle ;
- les poses de pace maker ;
- la mise en place d'une sonde d'entraînement ;
- les actes à visée diagnostique (notamment œlioscopie exploratrice sans acte thérapeutique) ;
- l'accouchement par voie naturelle ;
- l'épisiotomie, la circoncision, la fécondation *in vitro* ;
- les interruptions volontaires de grossesse, les interruptions thérapeutiques de grossesse, les curetages ;
- la pose et le changement de stérilet, l'ablation d'implant contraceptif ;
- les pansements de brûlures ;
- les injections intra-vitréennes ;
- les actes d'endoscopie digestive réalisés par les gastro-entérologues (résection endoscopique de polype, cathétérisme des voies biliaires, sphinctérotomie endoscopique) ;
- les actes d'endoscopie urinaire à visée diagnostique (uréthroscope, cystoscopie, urétéroscopie), la montée ou le changement de sonde JJ, la dilatation méatique ;
- les biopsies de prostate ;
- les biopsies cutanées ;
- l'incision d'abcès cutanés superficiels (panaris, abcès de la marge anale, Bartholinite...) ;
- les poses de drains ;
- les trachéotomies, les exérèses de lésions de l'arbre bronchique par laser ;
- les interventions dentaires qui peuvent être réalisées ailleurs qu'au bloc opératoire.

• **Score McCabe (MCCABE)**

**[ ! OBLIGATOIRE ]**

Cocher la case correspondante à la valeur du score de McCabe du patient.

Code	Score McCabe
MC0	Pas de maladie ou maladie non fatale
MC1	Maladie fatale dans les 5 ans
MC2	Maladie rapidement fatale dans l'année
Inconnu	Score McCabe inconnu

**Le score de McCabe est l'indice de gravité.** Il doit décrire la situation du patient **le jour de l'enquête**, sauf si le patient présente une IAS. Dans ce cas, il convient de prendre en compte l'état du patient avant cette IAS pour coder le score de McCabe.

Cet indice de gravité est renseigné par le correspondant médical du service.

• **Immunodépression (IMMUNO)**

[ ! OBLIGATOIRE]

Cocher **OUI** si le patient est immunodéprimé, **NON** dans le cas contraire **INCONNU** si l'information n'est pas disponible.

La définition de l'immunodépression est la suivante :

- traitement qui diminue la résistance à l'infection : traitement immunosuppresseur, chimiothérapie, radiothérapie, corticothérapie  $\geq 30$  jours, corticothérapie récente à hautes doses ( $> 5$  mg/kg de Prednisolone pendant  $> 5$  jours) ;
- maladie évoluée : hémopathie, cancer métastatique, VIH+ avec  $CD4 < 500/mm^3$ .

• **Cancer évolutif (CANCER)**

[ ! OBLIGATOIRE]

Cocher **TUMEUR SOLIDE** ou **HEMOPATHIE MALIGNE** selon le type de cancer évolutif dont est atteint le patient.

Cocher **NON**, si le patient ne présente pas de cancer évolutif ou **INCONNU** si l'information n'est pas disponible.

Un cancer est dit évolutif dans les situations suivantes :

- affection maligne (tumeur solide ou hémopathie) en cours de suivi thérapeutique (exemple : chimiothérapie, radiothérapie ou chirurgie en cours ou à venir) ;
- processus néoplasique actif avec abstention thérapeutique (exemple : leucémie lymphoïde chronique, leucémie myéloïde chronique, lymphomes de faible grade de malignité) ;
- cancer métastatique ;
- prise en charge palliative.

### 8.2.3 Dispositif(s) invasif(s) (DI)

Cette rubrique renseigne l'existence d'un dispositif invasif potentiellement à l'origine d'une infection acquise chez le patient. Elle comprend 11 questions.

La consultation des dossiers du patient (médical, infirmier, prescriptions, etc.) permettra de renseigner si le patient est porteur d'un dispositif invasif. Le correspondant infirmier du service pour l'enquête apportera les compléments d'information éventuellement nécessaires.

<b>Dispositif(s) invasif(s) :</b>		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui			
Sonde urinaire :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si cathéters : Oui, préciser	Veineux périphérique :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Intubation :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		Artériel :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Cathéters :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		Sous-cutané :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<small>(un ou plusieurs)</small>				Veineux central :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
				Veineux ombilical :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
				PICC :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
			Chambre implantable :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

- **Dispositif(s) invasif(s) (DI)**

[ ! OBLIGATOIRE ]

Cocher **OUI** si le patient est porteur d'au moins un dispositif invasif **le jour de l'enquête** (cathéter, sonde urinaire ou intubation), **NON** dans le cas contraire. La réponse « inconnu » n'est pas admise.

Si oui, il est obligatoire de documenter au moins un des dispositifs invasifs.

- **Sonde urinaire (SONDU)**

[ ! OBLIGATOIRE  
si le patient présente un DI ]

Cocher **OUI** si le patient est porteur d'une sonde urinaire **le jour de l'enquête**, **NON** dans le cas contraire. La réponse « inconnu » n'est pas admise.

*Nota : seuls les sondages urétraux à demeure sont pris en compte : ne pas retenir les cathéters sus-pubiens, les sondes urétérales, les sondages intermittents.*

*Remarque : pour les patients sondés dans les 7 derniers jours mais pas le jour de l'enquête, il faut coder SONDU = NON. Cependant, l'information sur la présence d'une cette sonde urinaire mise en place dans les 7 jours précédant une infection urinaire est prise en compte dans la variable SIEGINF = URIIN1 et URIIN2 et la variable DISO = OUI.*

- **Intubation (INTUB)**

[ ! OBLIGATOIRE  
si le patient présente un DI ]

Cocher **OUI** si le patient est sous ventilation mécanique (*i.e.* sous assistance respiratoire) par intubation endotrachéale ou trachéotomie **le jour de l'enquête**, et **NON** dans le cas contraire. La réponse « inconnu » n'est pas admise.

*Nota : la seule recherche de la présence d'une intubation ou trachéotomie est insuffisante pour renseigner cette variable, ces dernières pouvant être en ventilation spontanée.*

- **Cathéter (CATHE)**

[ ! OBLIGATOIRE  
si le patient présente un DI ]

Cocher **OUI** si le patient est porteur d'au moins un cathéter **le jour de l'enquête**, **NON** dans le cas contraire. La réponse « inconnu » n'est pas admise.

*Nota : Les cathéters sus-pubiens, même s'ils sont utilisés à demeure, sont exclus de cette enquête.*

- **Type de cathéter (Code cf. ci-dessous)** [ ! OBLIGATOIRE  
si le patient présente un cathéter]

Sélectionner **OUI** pour le (ou les) cathéters dont le patient est porteur **le jour de l'enquête**, **NON** dans le cas contraire. La réponse « inconnu » n'est pas admise.

Si la variable Cathéter (CATHE) est cochée OUI, sept types de cathéters sont à renseigner permettant de déterminer sept variables (Si CATHE = OUI, au moins un type de cathéter doit être coché OUI) :

Variables	Types de cathéter : libellé et définition
<b>KTVP</b>	<b>Cathéter veineux périphérique</b> : correspond à un cathéter court introduit par voie transcutanée dans les veines superficielles du réseau vasculaire en privilégiant les membres supérieurs (avant-bras ou main). Il permet de disposer d'un abord veineux à visée diagnostique ou thérapeutique (réhydratation, traitement médicamenteux, transfusion). <i>Nota : un cathéter présent au niveau de la fistule, est considéré comme un cathéter veineux périphérique.</i>
<b>KTA</b>	<b>Cathéter artériel</b> : correspond à un cathéter court introduit dans l'artère radiale ou fémorale (en situation d'urgence), axillaire, brachiale ou tibiale. Il permet le monitoring en continu de la pression artérielle par voie sanguine (de manière invasive) et les prélèvements sanguins fréquents. <i>Nota : les cathéters radiaux, aussi appelés canules radiales, du fait de leur insertion dans une artère radiale, sont à classer comme cathéters artériels.</i>
<b>KTSC</b>	<b>Cathéter sous-cutané</b> : correspond à un cathéter introduit par voie transcutanée dans l'espace sous-cutané ou hypoderme. Il permet d'effectuer des injections hypodermiques ou sous-cutanées (e.g. perfusion sous-cutanée ou hypodermoclyse).
<b>KTVC</b>	<b>Cathéter veineux central</b> : correspond à un cathéter implanté par voie percutanée ou chirurgicale dans la veine sous-clavière ou jugulaire interne ou fémorale, permettant un accès au système veineux profond, dont l'extrémité se situe entre la veine cave supérieure et l'oreillette droite pour les ponctions jugulaires et sous-clavières et entre la veine cave inférieure et l'oreillette droite pour les ponctions fémorales. <i>Nota : les fils de pacemaker et autres dispositifs sans lumière introduits dans les voies artérielles ou veineuses centrales ne sont pas considérés comme des cathéters.</i>
<b>KTVO</b>	<b>Cathéter veineux ombilical</b> : cathéter central de courte durée de maintien, introduit par voie ombilicale chez le nouveau-né. <i>Nota : ce type de cathéter ne peut être complété uniquement pour les patients de moins de un mois.</i>
<b>PICC</b>	<b>Cathéter central à insertion périphérique</b> : cathéter veineux central inséré par voie périphérique dans une veine profonde du bras et dont l'extrémité est située à la jonction de la veine cave supérieure et de l'oreillette droite (e.g. épicutanéocave). Le PICC-line est utilisé pour l'administration de traitements parentéraux de longue durée (> à 6 jours jusqu'à plusieurs mois). Il facilite la prise en charge à domicile. Les principales indications sont les suivantes : nutrition parentérale, antibiothérapie, chimiothérapie, prélèvements sanguins et transfusions, patient à capital veineux altéré.
<b>PAC</b>	<b>Chambre implantable</b> : la chambre à cathéter implantable (CCI) est un abord veineux central de longue durée (supérieur à 3 mois) utilisé le plus souvent pour la chimiothérapie anticancéreuse, la nutrition parentérale, la transfusion, les traitements au long court. Le cathéter est implanté préférentiellement sur le système cave supérieur. La CCI est un dispositif sous-cutané stérile qui permet des accès répétés au système vasculaire veineux à l'aide d'une simple piqûre. La mise en place d'un site implanté veineux est une alternative à l'utilisation d'un cathéter veineux central extériorisé.

## 8.2.4 Traitement(s) anti-infectieux (AI)

Cette rubrique porte sur le ou les traitements anti-infectieux administrés au patient **le jour de l'enquête**. Il est possible de renseigner jusqu'à 4 traitements.

Dans le cas où le patient reçoit un ou plusieurs traitements anti-infectieux le jour de l'enquête, chaque traitement anti-infectieux est documenté par les informations suivantes :

- la molécule de l'anti-infectieux selon la dénomination commune internationale (DCI) ;
- la voie d'administration du traitement anti-infectieux ;
- la date de début de traitement anti-infectieux ;
- la dose d'anti-infectieux quotidienne ;
- le contexte de la prescription ;
- le diagnostic de l'infection ayant motivé le traitement ;
- la justification du traitement dans le dossier médical ;
- le changement de traitement anti-infectieux et la raison de ce changement ;
- la date du début du premier traitement anti-infectieux s'il y a eu un changement de traitement.

Afin de renseigner cette rubrique, l'ensemble des informations relatives au(x) traitement(s) anti-infectieux sont recueillies de la manière suivante :

1. répertorier tous les anti-infectieux administrés au patient le jour de l'enquête ;
2. pour chaque anti-infectieux recensé, documenter la dose, la voie d'administration et date de prescription ;
3. pour chaque anti-infectieux recensé, identifier l'indication correspondante (*i.e.* contexte de prescription) et le diagnostic si nécessaire ;
4. pour chaque indication répertoriée, vérifier s'il y a eu précédemment d'autres anti-infectieux administrés que ceux répertoriés le jour de l'enquête ;
5. pour les traitements anti-infectieux administrés le jour de l'enquête, pour lesquels le traitement a été modifié précédemment, pour la même indication, documenter la raison du changement et la date du début du premier traitement anti-infectieux s'il y a eu un changement de traitement.

L'enquêteur et le correspondant médical du service pour l'enquête compléteront les variables de cette rubrique. La consultation des dossiers du patient (médical, infirmier, prescriptions, etc.) permettra de documenter les prescriptions d'anti-infectieux.

**Traitement(s) anti-infectieux (AI) :**  Non  Oui

Molécule (DCI)	Voie administration	Date début AI	Dose AI quotidienne en mg, g ou UI par jour	Contexte de prescription	Diagnostic	Justification dossier	Changement d'AI ? + Raison	Si changement, date début 1 <sup>er</sup> AI

• **Traitement anti-infectieux (AI)**

[ ! OBLIGATOIRE]

Cocher **OUI** si le patient reçoit au moins un traitement anti-infectieux à usage systémique le **jour de l'enquête**, **NON** dans le cas contraire. Cela inclut les traitements intermittents comme les traitements avec alternance (*i.e.* traitements intermittents) ou en prophylaxie.

*Nota : La réponse « inconnu » n'est pas admise.*

• **Molécule (ATC\_)**

[ ! OBLIGATOIRE  
*si le patient reçoit un traitement AI*]

Sélectionner dans le menu déroulant qui détaille le libellé, le code de la dénomination commune internationale et le nom de la spécialité pharmaceutique de l'anti-infectieux, le traitement anti-infectieux administré au patient le **jour de l'enquête**. La liste des anti-infectieux (le libellé DCI et nom de spécialité) figure également en annexe 2.

La dénomination commune internationale ou le nom de spécialité de médicament est à reporter sur la fiche patient au format papier. L'utilisation de la DCI est à privilégier.

Ne sont pas pris en compte :

- les traitements anti-infectieux locaux ;
- les traitements antiviraux.

Si le patient reçoit au moins un traitement anti-infectieux le jour de l'enquête, il est obligatoire de documenter au moins un traitement. Il est possible de documenter jusqu'à 4 traitements. Dans le cas où le patient a reçu plus de 4 traitements le jour de l'enquête, les molécules prioritaires à citer sont :

- les bêta-lactamines (dans le cas où plusieurs bêta-lactamines sont prescrites, citer en priorité les pénicillines, les céphalosporines et les carbapénèmes) ;
- les fluoroquinolones ;
- les aminosides ;
- et les antibiotiques anti-staphylocoques méticillino-résistant (*e.g.* glycopeptides, linezolid).

*Nota : ne pas relever le code ATC de l'anti-infectieux sur la fiche au format papier, l'application effectuant le transcodage DCI ou nom de marque / Code ATC*

• **Voie d'administration (VOIE\_)**

[ ! OBLIGATOIRE  
*si le patient reçoit un traitement AI*]

Pour chaque anti-infectieux, sélectionner dans le menu déroulant la voie d'administration de l'anti-infectieux :

Code	Voie d'administration
IV	Intraveineuse
IM	Intramusculaire
SC	Sous-cutanée
O	Orale
I	Inhalation
INC	Voie d'administration inconnue

Le menu déroulant détaille le libellé de la voie d'administration et le code correspondant.

- **Date de début du traitement anti-infectieux (DATE\_)**

**[ ! OBLIGATOIRE si le patient reçoit un traitement AI]**

Pour chaque anti-infectieux, noter la date du début du traitement anti-infectieux actuel (e.g. en cours d'administration le jour de l'enquête) au format JJ/MM/AAAA.

Si le patient recevait le traitement au moment de son admission (*i.e.* prescription avant son admission par le médecin généraliste), enregistrer la date d'admission.

Noter **99/99/9999** dans la situation où la date est inconnue.

- **Dose d'anti-infectieux quotidienne (DOSE\_)**

**[ ! OBLIGATOIRE si le patient reçoit un traitement AI]**

Pour chaque anti-infectieux, noter la dose de l'anti-infectieux actuel (e.g. en cours d'administration le jour de l'enquête) par jour en mg/j, g/j ou UI/j.

Pour les traitements intermittents, inscrire la dose du jour lorsque l'anti-infectieux est délivré (*i.e.* il n'y a pas de calcul de dose journalière moyenne à calculer).

Noter **9999** dans le cas où la dose est inconnue.

- **Unité de la dose d'anti-infectieux quotidienne (UNITE\_)**

**[ ! OBLIGATOIRE si le patient reçoit un traitement AI et si la dose d'anti-infectieux est connue]**

Cocher la case selon l'unité de la dose de l'anti-infectieux administré parmi les trois unités proposées : en **mg/j**, en **g/j** ou en **UI/j**.

*Nota : dans le questionnaire au format papier noter l'unité de la dose de l'anti-infectieux quotidienne.*

- **Contexte de prescription (INDIC\_)**

**[ ! OBLIGATOIRE si le patient reçoit un traitement A]**

Pour chaque anti-infectieux, sélectionner le code du contexte de prescription (*i.e.* indication ou motif de prescription) de l'anti-infectieux correspondant à celui du patient le jour de l'enquête.

Le contexte de prescription doit être validé avec le correspondant médical du service.

Sélectionner le contexte de prescription dans le menu déroulant parmi onze situations différentes :

Code	Contexte de prescription
IC	Curatif pour infection communautaire
ICS	Curatif pour IN acquise en court séjour
IAS	Curatif pour IN acquise en SSR, SLD, HAD ou infection acquise en établissement médicosocial (exemple EHPAD)
AC1	Antibioprophylaxie chirurgicale (monodose)
AC2	Antibioprophylaxie chirurgicale (traitement une journée)
AC3	Antibioprophylaxie chirurgicale (traitement de deux jours)
AC4	Antibioprophylaxie chirurgicale (plus de deux jours de traitement)
AM	Prophylaxie des infections opportunistes
MUL	Indications multiples
AUT	Indication autre que infectieuse (exemple : érythromycine comme prokinétique, cyclines pour acné)
INC	Indication inconnue

On entend par curatif, une prescription d'antibiotique(s) visant à traiter une infection pour laquelle le patient présente des symptômes et des signes au moment de la prescription.

On entend par prophylaxie une prescription d'antibiotique(s) pour prévenir une infection sans symptôme ou signe clinique d'infection chez le patient au moment de la prescription.

Pour une antibioprophylaxie chirurgicale, la durée du traitement est à renseigner (*i.e.* traitement monodose, d'une journée, de deux jours, de plus de deux jours) ce qui nécessite la consultation du dossier du patient pour connaître la prescription pour les jours précédant l'enquête.

Les traitements probabilistes pour une infection, sans connaissance de la nature et/ou la sensibilité du ou des microorganismes responsables de l'infection, doivent être codés comme des traitements curatifs.

Les traitements différés ne sont pas documentés pour une infection, présente le jour de l'enquête, non traité (*i.e.* pas encore) par un anti-infectieux. En d'autres termes, il n'est pas nécessaire de reprendre la fiche patient en différé pour compléter la rubrique anti-infectieux.

*Nota : Tout traitement anti-infectieux administré chez un malade ayant une neutropénie fébrile pour laquelle il n'y a pas de micro-organisme identifié sera considéré comme curatif. Le caractère communautaire, nosocomial ou associé aux soins de l'infection sera apprécié par le correspondant médical du service en fonction des antécédents et du délai de diagnostic après l'admission du patient.*

- **Diagnostic (DIAG\_)**

**[ ! OBLIGATOIRE si le patient reçoit un traitement AI et si le traitement est curatif pour IN]**

Pour chaque anti-infectieux, sélectionner dans le menu déroulant le code du diagnostic de l'infection nosocomiale ou non. Le diagnostic ne doit pas être renseigné s'il s'agit d'un traitement prophylactique.

Le diagnostic de l'infection est celui qui figure dans le dossier du patient ou celui qui est rapporté par l'équipe soignante. Il s'agit de reporter l'infection que le prescripteur pense traiter, que celle-ci soit documentée ou non. Il n'appartient pas aux enquêteurs d'évaluer ou de discuter les motifs de prescription.

Ce diagnostic doit être recueilli par le correspondant médical du service.

Pour renseigner cette variable, il n'y a pas lieu de se référer aux définitions utilisées pour documenter les IAS dont les codes sont différents. Les codes à utiliser figurent dans le tableau ci-dessous.

Code	Diagnostic
<b>SNC</b>	Infection du système nerveux central
<b>OPH</b>	Endophtalmie
<b>ORL</b>	Infection de l'oreille, de la bouche, du nez, de la gorge ou du larynx
<b>BRO</b>	Bronchite aiguë ou exacerbation de bronchite chronique
<b>PNE</b>	Pneumonie
<b>CVA</b>	Infection cardio-vasculaire : endocardite, péricardite
<b>GAS</b>	Infection gastro-intestinale (salmonellose, diarrhée associée aux antibiotiques)
<b>ABD</b>	Infection intra abdominale : péritonite, infection hépatobiliaire
<b>PEA</b>	Cellulite, infection de plaies et d'escarre, infection des tissus mous profonds sans atteinte osseuse
<b>OSA</b>	Arthrite septique (y compris prothèse articulaire), ostéomyélite
<b>URI</b>	Infection urinaire basse
<b>PYE</b>	Infection urinaire haute
<b>ASB</b>	Bactériurie asymptomatique
<b>GYN</b>	Infection gynécologique, infection obstétricale et infection sexuellement transmissible de la femme
<b>GEN</b>	Prostatite, orchite, épидидymite et infection sexuellement transmissible de l'homme
<b>BAC</b>	Bactériémie confirmée microbiologiquement
<b>SEC</b>	Sepsis clinique sans confirmation microbiologique
<b>NEF</b>	Neutropénie fébrile ou une autre forme de manifestation de l'infection chez un immunodéprimé (par exemple VIH, chimiothérapie, etc) sans localisation identifiée
<b>SYS</b>	Infection systémique
<b>INC</b>	Diagnostic inconnu

- **Justification dossier (DOSSIER\_)**

**[ ! OBLIGATOIRE si le patient reçoit un traitement AI]**

Pour chaque anti-infectieux, sélectionner **OUI** si le motif de prescription de l'anti-infectieux est écrit dans le dossier médical du patient, **NON** dans le cas contraire.

Le motif de prescription peut être le diagnostic renseigné à la rubrique précédente ou tout autre élément de contexte ayant entraîné la prescription (fièvre par exemple).

*Nota : La réponse « inconnu » n'est pas admise.*

- **Changement d'anti-infectieux (CHANG\_)**

**[ ! OBLIGATOIRE si le patient reçoit un traitement AI ]**

Pour chaque anti-infectieux, sélectionner dans le menu déroulant la situation relative à la modification du traitement anti-infectieux (molécule et/ou voie d'administration) du patient **pour la même indication** et à la raison de ce changement.

Code	Diagnostic
NON	Traitement anti-infectieux non modifié
ESC	traitement anti-infectieux modifié avec escalade thérapeutique (cf. définition ci-dessous)
DES	Traitement anti-infectieux modifié avec désescalade thérapeutique (cf. définition ci-dessous)
CHG	Traitement anti-infectieux modifié avec changement de voie d'administration (cf. définition ci-dessous)
IND	Traitement anti-infectieux modifié en raison d'effets secondaires indésirables
AUT	Traitement anti-infectieux modifié pour d'autres raisons ou raison inconnue

Dans le cas où le traitement anti-infectieux a été modifié plus d'une fois au cours de la même prescription, seul le dernier changement sera reporté dans le questionnaire. L'indication (ou prescription) est définie comme étant le schéma thérapeutique complet pour l'épisode d'infectieux.

Les raisons du changement de traitement anti-infectieux proposées dans le menu déroulant sont les suivantes :

- l'escalade thérapeutique : correspondant à un élargissement du spectre avec au moins une molécule différente, à la place ou en plus, de la première molécule prescrite. Une augmentation de la dose de la même molécule ne doit pas être considérée comme une escalade, la modification de la dose à la hausse étant le plus souvent effectuée pour rattraper une posologie inadéquate. En outre, on considérera, comme cela est défini par le protocole de l'ECDC, qu'un changement de voie d'administration de l'AI de la voie orale à parentérale correspond à une escalade ;

Exemple

*Un traitement par du céfotaxime suivi par de l'ertapénème pour la même indication correspond à une escalade.*

- la désescalade thérapeutique : correspondant, par analogie à la définition de l'escalade thérapeutique, à un rétrécissement ou resserrement du spectre. La notion antibiothérapie de première ligne n'est pas un critère discriminant. Une diminution de la dose de la même molécule ne doit pas être considérée comme un critère permettant de juger d'une désescalade thérapeutique ;

Exemples

- *Le changement d'anti-infectieux pour le traitement d'une pyélonéphrite avec remplacement du céfotaxime par de l'Amoxicilline est une désescalade.*
- *Le changement d'anti-infectieux pour la même indication avec passage d'un traitement par de l'imipénème à un traitement à l'ertapénème correspond à une désescalade.*
- *Le remplacement d'un traitement d'anti-infectieux, composé de piperacillin-tazobactam, d'amikacine, de vancomycine et de caspofungine, par un traitement d'ertapénème pour la même indication correspond à une escalade pour la bêta-lactamine et une désescalade pour les 3 autres molécules. Donc, il s'agit globalement d'une désescalade.*
- *Un patient est traité par du coamoxiclav pour une pneumonie et recevait auparavant un traitement composé de coamoxiclav et de roxithromycine : il s'agit donc d'une désescalade.*

- Un patient est traité par du temocilline pour une bactériémie à *E. coli* BLSE. Il recevait précédemment du céfépime ou du céfotaxime ou de l'ofloxacine. Le changement de traitement correspond à une désescalade.
- Un patient est traité par du céfotaxime pour une bactériémie à klebsielle. Il recevait précédemment du piperacillin-tazobactam. Le changement de traitement correspond à une désescalade.

● le changement de la voie d'administration de l'anti-infectieux : la voie d'administration du même anti-infectieux est modifiée de la voie parentérale IV en voie orale. Le changement de voie d'administration IV à orale peut également survenir entre des anti-infectieux appartenant à la même classe d'antibiotiques.

Exemple

Le passage d'une voie IV ampicillin/sulbactam à une voie orale amoxicillin/clavulanate correspond à un changement de voie d'administration.

Exemple de cas particuliers

1) Le traitement anti-infectieux a été modifié pour d'autres raisons ou une raison inconnue :

- Un patient est traité par de l'ofloxacine pour une infection urinaire masculine (IUM). Il recevait auparavant un traitement de céfotaxime pour la même indication. Ce changement de traitement ne correspond ni à une désescalade ni à une escalade. Il s'agit d'un relais d'un large spectre par un autre large spectre. Ce changement de traitement anti-infectieux est classé dans la catégorie "autre".

- Un patient est traité par du lévofloxacine et de la rifampicine pour une prothèse totale de hanche infectée. Il recevait auparavant du céfotaxime et de la vancomycine pour la même indication. De la même manière, ce changement de traitement correspond au relais d'un large spectre par un autre large spectre. Ce changement de traitement anti-infectieux est classé dans la catégorie "autre".

- Un patient est traité par du linezolide pour une infection cutanée à SARM. Il recevait auparavant de la Vancomycine pour la même indication. Ce changement de traitement correspond au relais d'un spectre étroit pour un autre spectre étroit. Ce changement de traitement anti-infectieux est classé dans la catégorie "autre".

2) Situations ne correspondant pas à un changement de traitements anti-infectieux :

- Un traitement d'infection à *C. difficile* par de la vancomycine est administré à un patient. Il lui était prescrit précédemment du céfotaxime pour une pyélonéphrite. Il ne s'agit pas de la même indication, donc il n'y a pas de changement de traitement pour la même indication. Il est nécessaire de saisir une nouvelle molécule d'anti-infectieux dans le questionnaire.

- Un patient est traité par du céfixime pour une bactériémie à klebsielle à porte d'entrée digestive. Il recevait auparavant du céfotaxime. Ce n'est pas une bonne indication.

● **Date du premier anti-infectieux si changement (DATEPREM\_)**

**[ ! OBLIGATOIRE si le patient reçoit un traitement A et s'il y a changement d'AI ]**

Pour chaque anti-infectieux, noter la date de début du premier traitement anti-infectieux, avant l'anti-infectieux en cours, pour la même prescription au format JJ/MM/AAA.

S'il n'y a eu aucun changement d'anti-infectieux, le champ apparaît en grisé.

Si l'anti-infectieux a été changé plus d'une fois pour la même prescription, reporter la date du premier anti-infectieux (et non le précédent).

Si le patient recevait ce premier traitement au moment de son admission, enregistrer la date d'admission.

Noter **99/99/9999** s'il y a eu un changement d'anti-infectieux dont la date est inconnue.

## 8.2.5 Infection(s) nosocomiale(s) (IN)

Cette rubrique consiste à documenter l'infection nosocomiale chez le patient. Il est possible de documenter deux infections et trois micro-organismes par infection.

Dans le cas où le patient présente une ou plusieurs infections le jour de l'enquête, la ou les infections sont renseignées par les informations suivantes :

- le siège de l'infection ;
- le dispositif invasif éventuellement concerné ;
- la présence de l'IN à l'admission ;
- l'origine de l'IN ;
- la date des premiers signes ;
- l'origine de l'infection dans le cas des bactériémies ;
- les micro-organismes associés à l'infection ;
- la sensibilité des micro-organismes ;
- et le diagnostic différé par la prise en compte de résultats d'examen paracliniques.

La consultation des dossiers du patient (médical, infirmier, prescriptions, etc.) permettra de documenter les IN. Le correspondant infirmier du service pour l'enquête apportera les compléments d'information éventuellement nécessaires. Toute IN identifiée devra être validée par le correspondant médical du service.

Infection(s) nosocomiale(s) (IN) :		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui				
		IN 1		IN 2			
Siège de l'infection :	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Dispositif invasif concerné :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Inconnu	
Infection présente à l'admission :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Inconnu	
Origine de l'infection :	<input type="text"/>			<input type="text"/>			
Date des premiers signes :	<input type="text"/>			<input type="text"/>			
Si bactériémie, origine :	<input type="text"/>			<input type="text"/>			
	MO11	MO12	MO13	MO21	MO22	MO23	
Micro-organisme (MO) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Sensibilité MO (SIR) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Pan-résistance :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Diagnostic différé :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui		

### • Infection nosocomiale (IN)

[ ! OBLIGATOIRE ]

Cocher **OUI** si le patient présente une infection nosocomiale le jour de l'enquête, **NON** dans le cas contraire.

*Nota : La réponse « inconnu » n'est pas admise.*

Contractée dans un établissement de santé, une infection associée aux soins est une infection nosocomiale. La définition de l'IN retenue pour l'enquête nationale de prévalence 2017 est celle des recommandations « Surveiller et prévenir les infections associées aux soins » [disponible sur le site [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)].

Lorsque la situation précise à l'admission n'est pas connue, un **délai d'au moins 48 heures après l'admission** (ou un délai supérieur à la période d'incubation lorsque celle-ci est connue) est communément accepté pour distinguer une infection nosocomiale d'une

infection communautaire. Toutefois, il est recommandé d'apprécier, dans chaque cas douteux, la plausibilité du lien causal entre hospitalisation et infection.

Pour les **infections du site opératoire**, on considère comme nosocomiales les infections survenues dans les 30 jours suivant l'intervention chirurgicale, ou dans les 90 jours qui suivent l'intervention s'il y a mise en place d'une prothèse ou d'un implant. Toutefois, et quel que soit le délai de survenue, il est recommandé d'apprécier dans chaque cas la plausibilité de l'association entre l'intervention et l'infection, notamment en prenant en compte le type de germe en cause.

Les définitions de chaque **site d'infections nosocomiales** sont disponibles en Annexe 3 de ce document. Ce sont celles de l'ECDC à l'exception des hépatites virales nosocomiales (définition ENP 2012).

**Seules les IN actives le jour de l'enquête sont retenues.** Il s'agit des IN dont le traitement anti-infectieux par voie générale n'est pas encore instauré ou toujours en cours. Pour les infections ne nécessitant pas de traitement de cette nature (infection locale sur cathéter, certaines infections superficielles du site opératoire, etc.), la guérison sera laissée à l'appréciation de l'équipe soignante. Un suivi de 48 ou 72 heures pourra être nécessaire pour obtenir les résultats des examens paracliniques en cours. Toute IN identifiée devra être validée par le correspondant médical du service.

### **Cas particulier des patients transférés d'un autre service**

Lors de la réalisation de l'enquête dans un service donné, les IN à recenser sont celles acquises dans le service et celles acquises dans un autre service du même établissement si le patient a été transféré.

Le questionnaire ne permet pas d'attribuer l'infection au service dans lequel elle a été acquise. Cette distinction est souvent difficile à établir et chaque infection sera affectée au service dans lequel le patient est présent le jour de l'enquête.

*Exemple : une infection du site opératoire se déclarant dans un service de médecine chez un patient opéré dans un service de chirurgie du même établissement devra être considérée comme nosocomiale : elle ne devra pas être exclue sous prétexte qu'elle a été acquise en chirurgie, et devra donc bien être comptabilisée dans le service de médecine.*

Pour l'appréciation du caractère nosocomial d'une infection, il sera donc tenu compte de tout le séjour dans l'établissement.

### **Cas particulier des patients transférés d'un autre établissement**

Un compte séparé des IN actives acquises dans un autre établissement que celui où se déroule l'enquête sera effectué.

Ainsi, une IN active à l'admission (ou se déclarant dans les 48 premières heures du séjour<sup>3</sup>) ou se déclarant dans les 30 jours suivants une intervention chirurgicale (ou dans l'année pour toute pose de matériel prothétique) d'un patient transféré d'un autre établissement de santé sera considérée comme acquise dans un autre établissement.

---

<sup>3</sup> Délai à relativiser selon la période d'incubation de l'agent infectieux

- **Siège de l'infection (SIEG\_)**

**[ ! OBLIGATOIRE  
si le patient est infecté]**

Si la variable CODE\_IN est codée OUI, une infection au moins doit être documentée. Il est possible de documenter jusqu'à 2 IN.

Sélectionner dans le menu déroulant le code correspondant au site de l'infection identifiée. Le menu déroulant présente le code suivi du libellé du site de l'infection. La liste des sites d'infection par localisation est également présentée dans le tableau ci-dessous.

Les définitions de chaque site d'infections nosocomiales sont disponibles en Annexe 3.

Localisation	Code	Libellé
Infection urinaire	<b>URIIN1</b>	Infection urinaire cas 1 - confirmée microbiologiquement
	<b>URIIN2</b>	Infection urinaire cas 2 - sans confirmation microbiologique
Pneumonie	<b>RSPPN1</b>	Pneumonie cas 1 - clinique + examen bactériologique protégé avec numération de micro-organismes
	<b>RSPPN2</b>	Pneumonie cas 2 - clinique + examen bactériologique non protégé avec numération de micro-organismes
	<b>RSPPN3</b>	Pneumonie cas 3 - diagnostic clinique + Méthodes microbiologiques alternatives (sérologie)
	<b>RSPPN4</b>	Pneumonie cas 4 - clinique + bactériologie des crachats ou examen non quantitatif des sécrétions bronchiques
	<b>RSPPN5</b> <b>RSPPNG</b>	Pneumonie cas 5 - clinique + aucun critère microbiologique Pneumonie chez un patient de gériatrie hors court séjour
Bactériémie (hors bactériémies sur cathéter et néonatalogie)	<b>SANBAC</b>	Bactériémie (confirmée en laboratoire)
Infection du site opératoire	<b>ISOSUP</b>	Infection du site opératoire - infection de la partie superficielle de l'incision
	<b>ISOPRF</b>	Infection du site opératoire - infection de la partie profonde de l'incision
	<b>ISOORG</b>	Infection du site opératoire - infection de l'organe ou de l'espace concerné par le site opératoire
Infection respiratoire autre que pneumonie	<b>RSPHA1</b>	Bronchite, trachéobronchite, bronchiolite, trachéite
	<b>RSPHA2</b>	Bronchite, trachéo-bronchite, bronchiolite, trachéite chez un patient de gériatrie hors court séjour
	<b>RSPAUT</b>	Autre infection des voies respiratoires basses
Infection peau et tissus mous	<b>PEAMAS</b>	Abcès du sein ou mastite
	<b>PEABRU</b>	Infection de brûlure
	<b>PEAESC</b>	Infection d'escarre
	<b>PEACUT</b>	Infection cutanée
	<b>PEAMOU</b>	Infections des tissus mous
Infection du tractus gastro-intestinal	<b>GASENT</b>	Gastro-entérite (hors ICD)
	<b>GASAUT</b>	Autre Infection gastro-intestinale
	<b>GASHEP</b>	Hépatite virale
	<b>GASABD</b>	Infection intra-abdominale, non spécifiée ailleurs
	<b>GASICD</b>	Infection à <i>Clostridium difficile</i>
Infection ORL / stomatologique	<b>ORLPHA</b>	Pharyngite, laryngite, épiglottite
	<b>ORLMAS</b>	Otite, mastoïdite
	<b>ORLSIN</b>	Sinusite
	<b>ORLBUC</b>	Infection de la cavité buccale
Infection ophtalmologique.	<b>OPHCON</b>	Conjonctivite
	<b>OPHSAI</b>	Infection ophtalmique autre que conjonctivite

<b>Localisation</b>	<b>Code</b>	<b>Libellé</b>
Infection génitale	<b>GENEND</b>	Endométrite
	<b>GENAUT</b>	Autres infections de l'appareil génital masculin ou féminin
	<b>GENVAG</b>	Infection vaginale
	<b>GENEPI</b>	Infection sur épisiotomie
Infection des os et articulations	<b>OSAOST</b>	Ostéomyélite
	<b>OSASPO</b>	Spondylodiscite
	<b>OSAART</b>	Arthrite ou synovite septique
Infection du système nerveux central	<b>SNCPAR</b>	Infection du parenchyme cérébral
	<b>SNCMEN</b>	Méningite ou ventriculite
	<b>SNCMED</b>	Infection péri-médullaire
Infection système cardio-vasculaire	<b>CVAMYO</b>	Myocardite ou péricardite
	<b>CVAEND</b>	Endocardite
	<b>CVAMED</b>	Médiastinite
	<b>CVAVAS</b>	Infection artérielle ou veineuse
Infection sur cathéter	<b>KTCLOC</b>	Infection locale liée à un cathéter central - en l'absence d'hémocultures positives
	<b>KTCGEN</b>	Infection générale liée à un cathéter central - en l'absence d'hémocultures positives
	<b>KTCBAC</b>	Infection bactériémique sur cathéter central microbiologiquement confirmée
	<b>KTPLOC</b>	Infection locale cathéter périphérique - en l'absence d'hémocultures positives
	<b>KTPGEN</b>	Infection générale cathéter périphérique - en l'absence d'hémocultures positives
	<b>KTPBAC</b>	Infection bactériémique sur cathéter périphérique microbiologiquement confirmée
Infection systémique Sepsis clinique	<b>SYSTEM</b>	Infection systémique
	<b>SEPSIS</b>	Sepsis clinique chez les adultes et les enfants
Infection néonatale	<b>NNSEPS</b>	Sepsis clinique du nouveau-né
	<b>NNBAC1</b>	Bactériémie du nouveau-né confirmée bactériologiquement
	<b>NNBAC2</b>	Bactériémie du nouveau-né à staphylocoque à coagulase négative
	<b>NNPNEU</b>	Pneumonie du nouveau-né
	<b>NNENTN</b>	Entérocolite nécrosante

- **Dispositif invasif concerné (DISO\_)** [ ! OBLIGATOIRE  
pour certains sièges infectieux]

Cette variable s'applique uniquement pour les patients présentant une localisation de l'infection correspondant à une pneumonie (Code RSPPN1 à 5), une bactériémie (Code SANSBAC, NNBAC1 et NNBAC 2) ou une infection urinaire (Code URIIN1 et URIIN2). La question n'apparaît pas dans le masque de saisie dans le cas contraire.

Cocher **OUI** dans les situations suivantes :

Siège de l'infection	Dispositif invasif
Infection urinaire (URIIN 1 à 2)	<u>ET</u> Sonde urinaire en place dans les 7 jours précédant l'infection
Pneumonie <sup>1</sup> (RSPPN1 à 5)	<u>ET</u> Intubation dans les 48H précédant l'infection
Bactériémies <sup>2</sup> (SANBAC, NNBAC1 et 2)	<u>ET</u> Cathéter veineux central en place dans les 48H précédant l'infection

1. Cette rubrique ne concerne pas les pneumonies chez un patient de gériatrie hors court séjour (Code PSPPNG).

2. Cette rubrique ne concerne pas les infections bactériémiques sur cathéter central ou périphérique identifiées comme telles (Code KTCBAC et KTPBAC).

Cocher **NON** dans le cas contraire, et **Inconnu** si la présence d'un dispositif invasif pour certaines infections n'est pas renseignée.

Cette variable vise à documenter la présence d'un dispositif invasif pour certaines infections. Il ne s'agit pas d'établir un lien de causalité entre l'infection et le dispositif invasif.

- **IN présente à l'admission (ADM\_)** [ ! OBLIGATOIRE  
si le patient est infecté]

Cocher **OUI**, si les signes de l'IN étaient présents lors de l'admission, **NON** dans le cas contraire. Cocher **Inconnu** si l'information sur la présence de l'infection à l'admission est inconnue.

- **Origine de l'infection (ORIG\_)** [ ! OBLIGATOIRE  
si le patient est infecté]

Sélectionner dans le menu déroulant l'origine de l'IN.

Code	Origine de l'infection nosocomiale
<b>ES</b>	Acquise dans l'établissement de santé au cours de ce séjour
<b>SA</b>	Acquise dans l'établissement de santé au cours d'un séjour antérieur
<b>CS</b>	Acquise dans un autre ES de court séjour
<b>AU</b>	Acquise dans un autre ES autre que court séjour (psychiatrie, SSR, SLD, HAD) ou un EHPAD
<b>INC</b>	Origine de l'infection non déterminée

- **Date des premiers signes (DATDIAG\_)** [ ! OBLIGATOIRE si l'origine de l'infection est acquise dans l'établissement]

Cette variable s'applique uniquement aux infections acquises dans l'ES ou au cours d'un séjour antérieur dans le même ES. Dans la situation où l'infection est acquise dans un autre établissement, la variable date des premiers signes n'est pas à renseigner (apparaît en grisé dans le masque de saisie).

Noter la date d'apparition des premiers signes ou symptômes de l'infection au format JJ/MM/AAAA. Noter **99/99/9999** si la date des premiers signes n'est pas connue.

*Nota : La réponse « Inconnue » n'est pas admise dans le cas où les signes de l'infection n'étaient pas présents à l'admission (i.e. infection acquise dans l'ES de santé au cours de ce séjour ORIG = ES). Dans ce cas, si la date des premiers signes ou symptômes de l'infection n'est pas connue, noter la date de début du traitement pour cette infection ou la date de prélèvements des premiers échantillons diagnostiques.*

- **Origine des bactériémies (BACT\_)** [ ! OBLIGATOIRE si la localisation de l'infection est une bactériémie]

Cette variable s'applique uniquement aux bactériémies codées SANBAC. Ne sont pas concernées (apparaît en grisé dans le masque de saisie) : les bactériémies du nouveau-né (NNBAC 1 et 2) et les infections bactériémiques confirmées sur cathéter central (KTCBAC) ou périphérique (KTPBAC).

Sélectionner dans le menu déroulant l'origine de la bactériémie qui peut être soit consécutive à une infection suspectée sur cathéter, soit secondaire à une autre infection :

Code	Bactériémie secondaire à :
KTC	Bactériémie consécutive à une infection suspectée sur cathéter central
KTP	Bactériémie consécutive à une infection suspectée sur cathéter périphérique
URI	Infection urinaire
PNO	Infection pulmonaire
ISO	Infection du site opératoire
DIG	Infection digestive
PEA	Infection de la peau et des tissus mous
AUT	Autre infection
NON	Non secondaire à une infection et non liée à un cathéter
INC	Origine indéterminée

- **Micro-organisme(s) (MORG\_ \_)** [ ! OBLIGATOIRE  
si le patient est infecté]

Sélectionner dans le menu déroulant le code du (ou des) micro-organisme(s) identifié(s). La liste des codes des micro-organismes est disponible en Annexe 4.

Il est possible de documenter jusqu'à 3 microorganismes par infection.

Si aucun prélèvement n'a été fait, sélectionner le code **NONEFF** (non effectué).

Si un prélèvement a été fait mais est revenu stérile, sélectionner le code **EXASTE** (examen stérile).

Si un prélèvement a été fait, est positif mais que l'identification n'est pas retrouvée, sélectionner le code **NONIDE** (non identifié).

- **Sensibilité (SENS\_ \_)** [ ! OBLIGATOIRE  
si le patient est infecté]

Sélectionner dans le menu déroulant le code correspondant à la sensibilité aux anti-infectieux du (des) micro-organisme(s) identifié(s).

La liste des codes disponibles est restreinte à certains micro-organismes; pour les micro-organismes non listés ci-après, ne pas renseigner cette rubrique.

Microorganisme				
Code	<i>Staphylococcus aureus</i>	<i>Enterococcus faecium et faecalis</i>	Entérobactéries	<i>Acinetobacter spp.</i> <i>Pseudomonas spp.</i> et <i>Stenotrophomonas maltophilia</i>
<b>0</b>	Méti-S	Ampi-S	C3-S, Car-S	Caz-S et Car-S
<b>1</b>	Méti-R et Vanco-S	Ampi-R et Vanco-S	C3-R non BLSE, Car-S	Caz-R et Car-S
<b>2</b>	Méti-R et Vanco-R	Vanco-R	C3-R BLSE, Car-S	Caz-S et Car-R
<b>3</b>			Car-R	Caz-R et Car-R
<b>9</b>	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu

Abréviations : Méti : méticilline ou oxacilline ; Vanco : vancomycine ; C3 : céphalosporine de troisième génération (cefotaxime ou ceftriaxone) ; Car : carbapénèmes (imipénème, méropénème, doripénème) ; Caz : ceftazidime.

Remplir C3-R : si la souche est résistante à la céfotaxime ou la ceftriaxone.

Remplir Car-R : si la souche est résistante à l'une au moins des carbapénèmes : à l'imipénème, au méropénème ou au doripénème.

**Attention : une souche intermédiaire est assimilée à une souche résistante.**

- **Pan-résistance (PANRES\_ \_)** **[ ! OBLIGATOIRE  
si le patient est infecté]**

Un micro-organisme pan-résistant se définit comme un micro-organisme pour lequel il n'existe aucune molécule d'AI disponible dans l'établissement pour le traiter (*i.e.* le micro-organisme est résistant à tous les AI disponibles dans l'établissement pour le traiter). Cela implique, une recherche active de molécules via des échanges avec le laboratoire de référence et la réalisation d'antibiogrammes.

Sélectionner dans le menu déroulant selon que le MO est :

- sensible à au moins un anti-infectieux,
- pan-résistant possible (*i.e.* MO suspecté de pan-résistance du fait de la résistance à tous les anti-infectieux testés à l'hôpital),
- pan-résistant confirmé (*i.e.* MO pan-résistants confirmés soit par un laboratoire référent pour l'ES (par exemple un laboratoire de CHU, de CH ou privé doté d'une expertise) soit par un CNR),
- ou si l'information sur la pan-résistance du micro-organisme est inconnue.

Dans tous les cas, le codage en pan-résistance possible et *a fortiori* en pan-résistance confirmée fera l'objet d'une validation par le laboratoire de référence.

Code	Pan résistance du micro-organisme
<b>N</b>	Sensible à au moins un anti-infectieux
<b>P</b>	Pan-résistant possible
<b>C</b>	Pan-résistant confirmé
<b>INC</b>	Information inconnue

- **Diagnostic différé (DIAGDIF\_)** **[ ! OBLIGATOIRE  
si le patient est infecté]**

Cocher **OUI** si la prise en compte de résultats d'examens paracliniques (microbiologie, imagerie, etc.) disponibles seulement après le passage de l'enquêteur a été nécessaire pour inclure cette infection, **NON** dans le cas contraire.

*Nota : Le protocole européen exclut l'attente de résultats d'examens complémentaires pour inclure des infections au contraire du protocole de l'ENP 2006. Pour assurer la comparabilité des résultats des enquêtes françaises, la même approche a été choisie pour l'ENP 2012. Les infections pour lesquelles le diagnostic aura été différé ne seront pas retenues dans les données transmises à l'ECDC.*

# Annexes

## Annexe 1 / Liste et codes des spécialités

<b>Code</b>	<b>Libellé</b>	<b>Code</b>	<b>Libellé</b>
<b><u>Chirurgie</u></b>		<b><u>Médecine</u></b>	
CHICAN	Chirurgie carcinologique	MEDGEN	Médecine générale, polyvalente
CHICAR	Chirurgie cardiaque	MEDCAN	Cancérologie, oncologie médicale
CHICVA	Chirurgie cardio-vasculaire	MEDCAR	Cardiologie, cardio-vasculaire
CHIDIG	Chirurgie digestive	MEDDER	Dermatologie, vénérologie
CHIGEN	Chirurgie générale	MEDNUT	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, métabolisme
CHIMAX	Chirurgie maxillo-faciale	MEDHGE	Hépatologie - Gastro-entérologie
CHIORT	Chirurgie orthopédique et traumatique	MEDHEM	Hématologie
CHIPED	Chirurgie pédiatrique / infantile	MEDINF	Maladies infectieuses et médecine tropicale
CHIPLA	Chirurgie plastique et reconstructrice	MEDINT	Médecine interne
CHITHO	Chirurgie thoracique	MEDNEP	Néphrologie
CHIURO	Chirurgie urologique	MEDNEU	Neurologie
CHIVAS	Chirurgie vasculaire	MEDPNE	Pneumologie
CHINEU	Neuro-chirurgie	MEDRHU	Rhumatologie
CHIOPH	Ophtalmologie	MEDGER	Gériatrie
CHIORL	O.R.L.	MEDAUT	Médecine, autre
CHISTO	Stomatologie	<b><u>Réanimation</u></b>	
CHITRA	Transplantation <sup>1</sup>	REAPOL	Réanimation polyvalente
CHIAUT	Chirurgie, autre	REAMED	Réanimation médicale
<b><u>Gynécologie et obstétrique</u></b>		REACHI	Réanimation chirurgicale
OBSOBS	Gynécologie-obstétrique, maternité	REANEO	Réanimation néonatale
OBSCHI	Gynécologie chirurgicale	REAPED	Réanimation pédiatrique
OBSGYN	Gynécologie, suivi de grossesse	REASPE	Réanimation spécialisée
OBSAUT	Gynécologie-obstétrique, autre	REAAUT	Réanimation, autre
<b><u>Pédiatrie</u></b>		<b><u>Autres spécialités</u></b>	
PEDNEO	Néonatalogie	SSRREE	SSR, rééducation et réadaptation fonctionnelle
PEDPED	Pédiatrie et spécialités pédiatriques	SSRAUT	SSR, autre
PEDAUT	Pédiatrie, autre	SLDSDL	Soins de longue durée (SLD)
		PSYPSY	Psychiatrie
		BRULES	Prise en charge spécialisée de brûlés
		PRTURG	Service « Porte » / Urgences

1. À l'exception des transplantations de moelle osseuse à coder en hématologie [MEDHEM].

## Annexe 2 / Liste des anti-infectieux

Les dénominations communes internationales (DCI) des anti-infectieux (antibiotiques et antifongiques) et leur classification ATC.

Libellé DCI	Code ATC	Libellé DCI	Code ATC
ABBOTICINE	J01FA01	CEFALOTINE	J01DB03
ABELCET	J02AA01	CEFAMANDOLE	J01DC03
ACIDE FUSIDIQUE	J01XC01	CEFAZOLINE	J01DB04
ACIDE PIPEMIDIQUE	J01MB04	CEFEPIME	J01DE01
ADIAZINE	J01EC02	CEFIXIME	J01DD08
ALFATIL	J01DC04	CEFOTAXIME	J01DD01
ALKONATREM	J01AA01	CEFOTIAM	J01DC07
AMBISOME	J02AA01	CEFOXITINE	J01DC01
AMIKACINE	J01GB06	CEFPODOXIME	J01DD13
AMIKLIN	J01GB06	CEFRADINE	J01BB09
AMODEX	J01CA04	CEFTAROLINE	J01DI02
AMOXICILLINE	J01CA04	CEFTAZIDIME	J01DD02
AMOXICILLINE/AC.CLAVULANIQUE	J01CR02	CEFTAZIDIME-AVIBACTAM	J01DD52
AMPHOTERICINE B	J02AA01	CEFTOBIPROLE	J01DI01
AMPICILLINE	J01CA01	CEFTOLOZANE/TAZOBACTAM	J01DI54
AMPICILLINE SULBACTAM	J01CR01	CEFTRIAXONE	J01DD04
ANCOTIL	J02AX01	CEFUROXIME	J01DC02
ANIDULAFUNGINE	J02AX06	CIBLOR	J01CR02
ANSATIPINE	J04AB04	CIFLOX	J01MA02
APURONE	J01MB07	CIPROFLOXACINE	J01MA02
AUGMENTIN	J01CR02	CLAFORAN	J01DD01
AXEPIM	J01DE01	CLAMOXYL	J01CA04
AZACTAM	J01DF01	CLARAMID	J01FA06
AZADOSE	J01FA10	CLARITHROMYCINE	J01FA09
AZITHROMYCINE	J01FA10	CLAVENTIN	J01CR03
AZTREONAM	J01DF01	CLINDAMYCINE	J01FF01
BACTOX	J01CA04	CLOFAZIMINE	J04BA01
BACTRIM	J01EE01	CLOXACILLINE	J01CF02
BEAGYNE	J02AC01	COLIMYCINE	J01XB01
BENZATINE/BENZYL PENICILLINE	J01CE08	COLISTINE	J01XB01
BENZYL PENICILLINE	J01CE01	COTRIMOXAZOLE	J01EE01
BRISTAMOX	J01CA04	CRESEMBA	J02AC05
BRISTOPEN	J01CF04	DALACINE	J01FF01
CANCIDAS	J02AX04	DAPTOMYCINE	J01XX09
CASPOFUNGINE	J02AX04	DECALOGIFLOX	J01MA07
CEFACET	J01DB01	DEMECLOCYCLINE	J01AA01
CEFACTOR	J01DC04	DEXAMBUTOL	J04AK02
CEFADROXIL	J01DB05	DEXEF	J01DB09
CEFALEXINE	J01DB01	DIFICLIR	A07AA12

Libellé DCI	Code ATC	Libellé DCI	Code ATC
DOXY 100	J01AA02	JOSACINE	J01FA07
DOXY 50	J01AA02	JOSAMYCINE	J01FA07
DOXYCLINE	J01AA02	KEFORAL	J01DB01
DOXYCYCLINE	J01AA02	KETEK	J01FA15
DOXYLIS	J01AA02	LAMISIL	D01BA02
DOXPALU	J01AA02	LAMPRENE	J04BA01
ECALTA	J02AX06	LEVOFLOXACINE	J01MA12
EGERY	J01FA01	LINCOCINE	J01FF02
ENOXACINE	J01MA04	LINCOMYCINE	J01FF02
ENOXOR	J01MA04	LINEZOLIDE	J01XX08
ERTAPENEM	J01DH03	LOGIFLOX	J01MA07
ERY	J01FA01	LOMEFLOXACINE	J01MA07
ERYTHROCINE	J01FA01	LYMECYCLINE	J01AA04
ERYTHROGRAM	J01FA01	MABELIO	J01DI01
ERYTHROMYCINE	J01FA01	MERONEM	J01DH02
ETHAMBUTOL	J04AK02	MEROPENEM	J01DH02
ETHAMBUTOL/ISONIAZIDE	J04AM03	MESTACINE	J01AA08
EUSAPRIM	J01EE01	METACYCLINE	J01AA05
EXTENCILLINE	J01CE08	METHYLENOCYCLINE	J01AA05
FIDAXOMICINE	A07AA12	METRONIDAZOLE	J01XD01
FLAGYL	J01XD01	METRONIDAZOLE SPIRAMYCINE	J01RA04
FLUCONAZOLE	J02AC01	MICAFUNGINE	J02AX05
FLUCYTOSINE	J02AX01	MICRODOINE	J01XE01
FLUMEQUINE	J01MB07	MIDECAMYCINE	J01FA03
FORTUM	J01DD02	MINOCYCLINE	J01AA08
FORTUMSET	J01DD02	MONOFLOCET	J01MA01
FOSFOCINE	J01XX01	MONONAXY	J01FA09
FOSFOMYCINE	J01XX01	MONOZECLAR	J01FA09
FUCIDINE	J01XC01	MONURIL	J01XX01
FUNGIZONE	J02AA01	MOSIL	J01FA03
FURADANTINE	J01XE01	MOXIFLOXACINE	J01MA14
FURADOINE	J01XE01	MYAMBUTOL	J04AK02
GENTALLINE	J01GB03	MYCAMINE	J02AX05
GENTAMICINE	J01GB03	MYNOCINE	J01AA08
GRANUDOXY	J01AA02	NAXY	J01FA09
GRISEFULINE	D01BA01	NEBCINE	J01GB01
GRISEOFULVINE	D01BA01	NEGABAN	J01CA17
HAXIFAL	J01DC04	NITROFURANTOINE	J01XE01
IMIPENEME/CILASTATINE	J01DH51	NORFLOXACINE	J01MA06
INVANZ	J01DH03	NOROXINE	J01MA06
ISAVUCONAZOLE	J02AC05	NOXAFIL	J02AC04
ISONIAZIDE	J04AC01	OFLOCET	J01MA01
ITRACONAZOLE	J02AC02	OFLOXACINE	J01MA01
IZILOX	J01MA14	ORACEFAL	J01DB05

Libellé DCI	Code ATC	Libellé DCI	Code ATC
ORACILLINE	J01CE02	SULFADIAZINE	J01EC02
ORBENINE	J01CF02	SULFARAZOL ERYTHROMYCINE	J01RA02
ORELOX	J01DD13	TAKETIAM	J01DC07
ORNIDAZOLE	J01XD03	TARGOCID	J01XA02
OROKEN	J01DD08	TAVANIC	J01MA12
OXACILLINE	J01CF04	TAZOCILLINE	J01CR05
PEDIAZOLE	J01RA02	TEDIZOLIDE	J01XX11
PEFLACINE	J01MA03	TEICOPLANINE	J01XA02
PEFLOXACINE	J01MA03	TELITHROMYCINE	J01FA15
PENICILLINE G/BENZYL PENICILLINE	J01CE01	TEMOCILLINE	J01CA17
PHENOXYMETHYLPENICILLINE	J01CE02	TERBINAFINE	D01BA02
PHYSIOMYCINE	J01AA05	TETRALYSAL	J01AA04
PIPERACILLINE	J01CA12	TEXODIL	J01DC07
PIPERACILLINE/TAZOBACTAM	J01CR05	THIAMPHENICOL	J01BA02
PIPRAM	J01MB04	THIOPHENICOL	J01BA02
PIRILENE	J04AK01	TIBERAL	J01XD03
PIVMECILLINAM	J01CA08	TICARCILLINE	J01CA13
POSACONAZOLE	J02AC04	TICARCILLINE AC CLAVULANIQUE	J01CR03
PRISTINAMYCINE	J01FG01	TICARPEN	J01CA13
PYOSTACINE	J01FG01	TIENAM	J01DH51
PYRAZINAMIDE	J04AK01	TIGECYCLINE	J01AA12
RIFABUTINE	J04AB04	TOBRAMYCINE	J01GB01
RIFADINE	J04AB02	TOLEXINE	J01AA02
RIFAMPICINE	J04AB02	TRIACEFAN	J01DD04
RIFAMPICINE/ISONIAZIDE	J04AM02	TRIFLUCAN	J02AC01
RIFAMPICINE/ISONIAZIDE/PYRAZINAMIDE	J04AM05	TRIMETHOPRIME/SULFAMETOXAZOLE	J01EE01
RIFATER	J04AM05	UNACIM	J01CR01
RIFINAH	J04AM02	UNIFLOX	J01MA02
RIMACTAN	J04AB02	URIDOZ	J01XX01
RIMIFON	J04AC01	VANCOMYCINE	J01XA01
ROCEPHINE	J01DD04	VFEND	J02AC03
ROVAMYCINE	J01FA02	VORICONAZOLE	J02AC03
ROXITHROMYCINE	J01FA06	ZAVICEFTA	J01DD52
RULID	J01FA06	ZECLAR	J01FA09
SELEXID	J01CA08	ZERBAXA	J01DI54
SIVEXTRO	J01XX11	ZINFORO	J01DI02
SPANOR	J01AA02	ZINNAT	J01DC02
SPIRAMYCINE	J01FA02	ZITHROMAX	J01FA10
SPORANOX	J02AC02	ZYVOXID	J01XX08
STREPTOMYCINE	J01GA01		
SUBROXINE	J01FA06		

## Annexe 3 / Liste, codes et définitions des infections nosocomiales

<b>INFECTIONS URINAIRES / BACTÉRIURIÉS SYMPTOMATIQUES .....</b>	<b>67</b>
INFECTION URINAIRE CONFIRMÉE MICROBIOLOGIQUEMENT	[URIN1] .....67
INFECTION URINAIRE SANS CONFIRMATION MICROBIOLOGIQUE	[URIN2] .....67
<b>PNEUMONIES INFECTIEUSES .....</b>	<b>67</b>
PNEUMONIE CAS 1	[RSPN1]..67
PNEUMONIE CAS 2	[RSPN2]..67
PNEUMONIE CAS 3	[RSPN3]..68
PNEUMONIE CAS 4	[RSPN4]..68
PNEUMONIE CAS 5	[RSPN5]..68
PNEUMONIE CHEZ UN PATIENT DE GERIATRIE HORS COURT SEJOUR	[RSPNG]..68
<b>BACTÉRIÉMIE .....</b>	<b>68</b>
BACTERIEMIE	[SANBAC] .68
<b>INFECTION DU SITE OPÉRATOIRE.....</b>	<b>68</b>
INFECTION DE LA PARTIE SUPERFICIELLE DE L'INCISION	[ISOSUP] .68
INFECTION DE LA PARTIE PROFONDE DE L'INCISION	[ISOPRF]..69
INFECTION DE L'ORGANE OU DE L'ESPACE CONCERNE PAR LE SITE OPERATOIRE	[ISOORG]..69
<b>INFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES (HORS PNEUMONIE).....</b>	<b>69</b>
BRONCHITE, TRACHEO-BRONCHITE, BRONCHIOLITE, TRACHEITE	[RSPHA1]..69
BRONCHITE, TRACHEO-BRONCHITE, BRONCHIOLITE, TRACHEITE CHEZ UN PATIENT DE GERIATRIE HORS COURT SEJOUR	[RSPHA2]..69
AUTRES INFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES (HORS PNEUMONIE)	[RSPAUT] .70
<b>PEAU ET TISSUS MOUS .....</b>	<b>70</b>
INFECTION CUTANÉE	[PEACUT] .70
INFECTION DES TISSUS MOUS	[PEAMOU] 70
INFECTION D'ESCARRE	[PEAESC] .70
INFECTION DE BRULURE	[PEABRU] .71
ABCES DU SEIN OU MASTITE	[PEAMAS] .71
<b>TRACTUS GASTRO-INTESTINAL.....</b>	<b>71</b>
GASTRO-ENTÉRITE	[GASENT] .71
HEPATITE VIRALE	[GASHEP] .71
INFECTION GASTRO-INTESTINALE	[GASAUT] .72
INFECTION INTRA-ABDOMINALE	[GASABD] .72
INFECTION A <i>CLOSTRIDIUM DIFFICILE</i>	[GASICD] ..72
<b>ORL, STOMATOLOGIE.....</b>	<b>73</b>
PHARYNGITE, LARYNGITE, EPIGLOTTITE	[ORLPHA] .73
OTITE, MASTOÏDITE	[ORLMAS] .73
SINUSITE	[ORLSIN]..73
INFECTION DE LA CAVITE BUCCALE	[ORLBUC] .74
<b>INFECTIONS OPHTALMOLOGIQUES.....</b>	<b>74</b>
CONJONCTIVITE	[OPHCON] 74
AUTRES INFECTIONS DE L'ŒIL	[OPHSAI] ..74
<b>INFECTIONS GÉNITALES .....</b>	<b>74</b>
ENDOMETRITE	[GENEND] .74
INFECTION SUR EPISIOTOMIE	[GENEPI] ..74
INFECTION VAGINALE	[GENVAG] .75
AUTRES INFECTIONS DE L'APPAREIL GENITAL MASCULIN OU FEMININ	[GENAUT] .75
<b>OS ET ARTICULATIONS .....</b>	<b>75</b>
OSTEOMYELITE	[OSAOST] .75
ARTHRITE OU SYNOVITE SEPTIQUE	[OSAART] .75
SPONDYLODISCITE D'ORIGINE INFECTIEUSE	[OSASPO] .76
<b>SYSTÈME NERVEUX CENTRAL .....</b>	<b>76</b>
INFECTION DU PARENCHYME CÉRÉBRAL	[SNCPAR] .76
MÉNINGITE OU INFECTION VENTRICULAIRE	[SNCMEN] 76
INFECTION PERI-MEDULLAIRE	[SNCMED] 76
<b>SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE.....</b>	<b>77</b>
ENDOCARDITE	[CVAEND] .77
INFECTIONS ARTERIELLES ET VEINEUSES	[CVAVAS] .77
MYOCARDITE, PERICARDITE	[CVAMYO] 77
MÉDIASTINITE	[CVAMED] .77

<b>INFECTIONS LIÉES AUX CATHÉTERS (ILC) .....</b>	<b>78</b>
ILC LOCALE LIÉE A UN CATHETER VEINEUX CENTRAL (KTC)	[KTCLOC] .78
ILC GENERALE LIÉE A UN KTC EN L'ABSENCE D'HEMOCULTURE POSITIVE	[KTCGEN] .78
ILC SUR KTC BACTERIEMIQUE MICROBIOLOGIQUEMENT CONFIRMEE	[KTCBAC] .78
ILC LOCALE LIÉE A UN CATHETER VEINEUX PERIPHERIQUE (KTP)	[KTPLOC]..78
ILC GENERALE LIÉE A UN KTP EN L'ABSENCE D'HEMOCULTURE POSITIVE	[KTPGEN] .78
ILC BACTERIEMIQUE SUR KTP MICROBIOLOGIQUEMENT CONFIRMEE	[KTPBAC]..78
<b>INFECTIONS GÉNÉRALISÉES .....</b>	<b>79</b>
INFECTION SYSTEMIQUE	[SYSTEM] .79
SEPSIS CLINIQUE DE L'ADULTE ET DE L'ENFANT	[SEPSIS]...79
<b>INFECTIONS NÉONATALES .....</b>	<b>79</b>
SEPSIS CLINIQUE DU NOUVEAU-NE	[NNSEPS] .79
BACTERIEMIE DU NOUVEAU-NE CONFIRMEE BACTERIOLOGIQUEMENT	[NNBAC1] .79
BACTERIEMIE DU NOUVEAU-NE A STAPHYLOCOQUE A COAGULASE NEGATIVE	[NNBAC2] .80
PNEUMONIE DU NOUVEAU-NE	[NNPNEU] .80
ENTEROCOLITE NECROSANTE	[NNENTN] .80

## INFECTIONS URINAIRES / BACTÉRIURIÉS SYMPTOMATIQUES

### Infection urinaire confirmée microbiologiquement

[URIN1]

Au moins un des signes suivants sans autre cause identifiée : fièvre (>38°C) sans autre localisation infectieuse, envie impérieuse, dysurie, pollakiurie ou tension sus-pubienne.

ET

une uroculture positive ( $\geq 10^5$  micro-organismes/ml)<sup>4</sup> sans qu'il y ait plus de deux espèces microbiennes isolées.

### Infection urinaire sans confirmation microbiologique

[URIN2]

Au moins deux des signes suivants sans autre cause identifiée : fièvre (> 38°C) sans autre localisation infectieuse, envie impérieuse, dysurie, pollakiurie ou tension sus-pubienne

ET

Au moins un des critères suivants :

- Bandelette urinaire positive (leucocyte et/ou nitrites) ;
- Pyurie >10 leucocytes/ml ;
- Observation de micro-organismes sur coloration de Gram, des urines non centrifugées ;
- isolement répété de la même bactérie Gram négatif ou *Staphylococcus saprophyticus* négatif sur 2 cultures d'urines ( $\geq 10^2$  colonies/ml) ;
- Isolement ( $\leq 10^5$  colonies/ml) d'un unique uropathogène (bactérie Gram négatif ou *Staphylococcus saprophyticus*) chez un patient recevant un traitement approprié ;
- Diagnostic médical ;
- Traitement approprié en cours.

## PNEUMONIES INFECTIEUSES

Deux clichés radiologiques ou plus avec une image évocatrice de pneumonie.

En l'absence d'antécédents de cardiopathie ou de maladie pulmonaire sous-jacente, une seule radiographie ou un seul examen scannographique suffit

ET

au moins 1 des signes suivants :

- Hyperthermie > 38 °C sans autre cause ;
- Leucopénie (< 4 000 GB/mm<sup>3</sup>) ou hyperleucocytose (> 12 000 GB/mm<sup>3</sup>) ;

ET

au moins 1 des signes suivants :

(ou au moins 2 pour le diagnostic de pneumonie possible uniquement (cf. définition PNE4 et PNE5 *infra*))

- Apparition de sécrétions purulentes ou modifications des caractéristiques (couleur, odeur, quantité, consistance) ;
- Toux ou dyspnée ou tachypnée ;
- Auscultation évocatrice ;
- Aggravation des gaz du sang (désaturation) ou besoins accrus en oxygène ou en assistance respiratoire.

ET (selon le moyen diagnostique utilisé)

### Pneumonie cas 1

[RSPPN1]

Diagnostic bactériologique effectué par :

- examen bactériologique protégé avec numération de micro-organismes :
  - lavage broncho-alvéolaire (LBA) avec seuil de > 10<sup>4</sup> UFC/ml ou au moins 5 % des cellules obtenues par LBA avec des inclusions bactériennes au Gram à l'examen direct (classé dans la catégorie diagnostique LBA) ;
  - brosse de Wimberley avec seuil de >10<sup>3</sup> UFC/ml ;
  - prélèvement distal protégé (PDP) avec seuil de > 10<sup>3</sup> UFC/ml.

### Pneumonie cas 2

[RSPPN2]

Diagnostic bactériologique effectué par :

- examen bactériologique non protégé avec numération de micro-organisme :
  - bactériologie quantitative des sécrétions bronchiques avec seuil de 10<sup>6</sup> UFC/ml.

Ces seuils ont été validés en l'absence d'antibiothérapie antérieure.

4. Compte tenu du caractère récent des définitions des IUAS révisées en 2015 par SPILF/AFU/SF2H, le nouveau seuil n'est pas pris en compte dans la définition des infections urinaires par bactériémies.

---

**Pneumonie cas 3****[RSPPN3]**

Méthodes microbiologiques alternatives :

- hémocultures positives (en l'absence d'autre source infectieuse) ;
- culture positive du liquide pleural ;
- abcès pleural ou pulmonaire avec culture positive ;
- examen histologique du poumon évocateur de pneumonie ;
- Méthodes microbiologiques alternatives ou modernes de diagnostic, notamment pour les virus ou autres organismes particuliers (antigénémies, antigénuries, sérologies, techniques de biologie moléculaire), validées par des études de niveau de preuve élevé.

---

**Pneumonie cas 4****[RSPPN4]**

- bactériologie des crachats ou examen non quantitatif des sécrétions bronchiques.

---

**Pneumonie cas 5****[RSPPN5]**

- aucun critère microbiologique .

---

**Pneumonie chez un patient de gériatrie hors court séjour****[RSPPNG]**

Image parenchymateuse récente ou évolutive

ET

au moins 2 des signes suivants :

- apparition ou aggravation d'une toux ;
- apparition ou aggravation d'un encombrement bronchique ;
- fièvre > 38°C ;
- douleur pleurale ;
- apparition ou aggravation des signes cliniques à l'auscultation (râles, ronchus, wheezing) ;
- modification de la fréquence respiratoire (polypnée ou dyspnée).

---

**BACTÉRIÉMIE****Bactériémie****[SANBAC]**

Au moins une hémoculture positive, sauf pour les microorganismes suivants pour lesquels deux hémocultures positives au même micro-organisme, prélevées lors de ponctions différentes, à des moments différents, et dans un intervalle rapproché (un délai maximal de 48h est habituellement utilisé), sont exigées :

- Staphylocoques à coagulase négative ;
  - *Bacillus* spp. (sauf *B. anthracis*) ;
  - *Corynebacterium* spp ;
  - *Propionibacterium* spp ;
  - *Micrococcus* spp.
- ou autres micro-organismes saprophytes ou commensaux à potentiel pathogène comparable.

---

**INFECTION DU SITE OPÉRATOIRE****Infection de la partie superficielle de l'incision****[ISOSUP]**

Infection qui survient dans les 30 jours suivant l'intervention

ET

qui ne touche que la peau et le tissu sous-cutané

ET

pour laquelle on constate au moins un des signes suivants :

- du pus provenant de la partie superficielle de l'incision ;
- un micro-organisme isolé à partir d'une culture d'un liquide ou d'un tissu prélevé aseptiquement et provenant de la partie superficielle de l'incision ;
- un signe d'infection (douleur, sensibilité, rougeur chaleur,...) associé à l'ouverture délibérée de la partie superficielle de l'incision par le chirurgien sauf si la culture est négative.

Le diagnostic d'infection de la partie superficielle de l'incision est porté par le chirurgien (ou le praticien en charge du patient). La notion de pus est avant tout clinique et peut être éventuellement confirmée par un examen cytologique.

*Nota : L'inflammation minime confinée aux points de pénétration des sutures ne doit pas être considérée comme une infection.*

---

## Infection de la partie profonde de l'incision

[ISOPRF]

Infection qui survient dans les 30 jours (en l'absence de prothèse en place) ou dans les 90 jours (si prothèse en place) suivant l'intervention

ET

qui semble liée à l'intervention,

ET

qui touche les tissus mous profonds (fascia, muscles)

ET

pour laquelle on constate au moins un des signes suivants :

- du pus provenant de la partie profonde de l'incision,
- la partie profonde de l'incision ouverte spontanément ou délibérément par le chirurgien quand le patient présente un des signes suivants : fièvre > 38°, douleur ou sensibilité localisées, sauf si la culture est négative,
- un abcès ou un autre signe évident d'infection de la partie profonde de l'incision est retrouvé à l'examen macroscopique pendant la réintervention ou par examen radiologique ou histopathologique.

Le diagnostic d'infection de la partie profonde de l'incision est porté par le chirurgien ou le praticien en charge du patient.

---

## Infection de l'organe ou de l'espace concerné par le site opératoire

[ISOORG]

Infection qui survient dans les 30 jours (en l'absence de prothèse en place) ou dans les 90 jours (si prothèse en place) suivant l'intervention

ET

qui semble liée à l'intervention,

ET

qui touche l'organe ou l'espace du site opératoire (toute partie anatomique autre que l'incision, ouverte ou manipulée pendant l'intervention),

ET

pour laquelle on constate au moins un des signes suivants :

- du pus provenant d'un drain placé dans l'organe ou l'espace,
- un micro-organisme isolé à partir d'une culture d'un liquide ou d'un tissu prélevé aseptiquement et provenant de l'organe ou de l'espace,
- un abcès ou un autre signe évident d'infection de l'organe ou de l'espace est retrouvé à l'examen macroscopique pendant la réintervention ou par un examen radiologique ou histopathologique.

Le diagnostic d'infection de l'organe ou de l'espace est porté par le chirurgien ou le praticien en charge du patient.

---

## INFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES (HORS PNEUMONIE)

---

### Bronchite, trachéo-bronchite, bronchiolite, trachéite

[RSPHA1]

Absence de signe clinique ou radiologique de pneumonie

ET

au moins 2 des signes suivants, sans autre cause évidente évidente : fièvre > 38°C, toux, expectoration récente ou augmentée, ronchis, sibilants

ET

au moins un des éléments suivants :

- culture positive sur prélèvement obtenu par endoscopie bronchique ou aspiration endotrachéale
- test antigène positif sur les sécrétions respiratoires

*Nota : ne pas coder les BPCO à moins d'une surinfection à un microorganisme différent.*

---

### Bronchite, trachéo-bronchite, bronchiolite, trachéite chez un patient de gériatrie hors court séjour

[RSPHA2]

Le patient ne doit pas présenter de signes cliniques ou radiologiques évidents de pneumonie,

ET

doit satisfaire à au moins 3 des signes suivants :

- apparition ou aggravation d'une toux,
- apparition ou aggravation d'un encombrement bronchique avec fièvre > 38°C,
- douleur pleurale,
- apparition ou aggravation des signes cliniques à l'auscultation (râles, ronchus, wheezing),
- modification de la fréquence respiratoire (polypnée ou dyspnée).

---

## Autres infections des voies respiratoires (hors pneumonie)

[RSPAUT]

- Cas 1 : Présence de microorganismes cultivés sur les crachats, le tissu pulmonaire ou le liquide pleural.
- Cas 2 : Abscessus ou empyème pulmonaire découvert au cours d'une intervention chirurgicale ou d'un examen histopathologique.
- Cas 3 : Cavité abscessive vue en imagerie.

---

## PEAU ET TISSUS MOUS

---

### Infection cutanée

[PEACUT]

- Cas 1 : écoulement purulent, pustules, vésicules ou furoncles.
- Cas 2 : présence d'au moins deux des signes suivants, sans autre cause évidente : douleur locale, gonflement, chaleur, sensibilité, rougeur,  
ET  
au moins un des signes suivants :
  - micro-organisme isolé de la culture du site concerné, (s'il s'agit d'un germe de la flore résidente, la culture doit être pure),
  - micro-organisme isolé d'hémoculture,
  - test antigène positif dans le sang ou le tissu concerné (herpes, varicelle, haemophilus, meningocoque),
  - cellules géantes multinucléées observées lors d'un examen microscopique des tissus,
  - taux d'anticorps élevé (IgM) ou multiplié par 4 (IgG) sur 2 prélèvements successifs.

---

### Infection des tissus mous

[PEAMOU]

Concerne : fasciite nécrosante, gangrène infectieuse, cellulite nécrotique, myosite infectieuse, lymphadénite ou lymphangite.

- Cas 1 : micro-organisme isolé de culture de tissu ou d'écoulement du site concerné.
- Cas 2 : écoulement purulent du site concerné.
- Cas 3 : abscessus ou autre signe d'infection observé durant l'intervention chirurgicale ou à l'examen histologique.
- Cas 4 : présence d'au moins deux des signes suivants, sans autre cause évidente : douleur locale, rougeur, chaleur, sensibilité, gonflement,  
ET  
au moins un des signes suivants
  - micro-organisme isolé d'hémoculture,
  - test antigène positif dans le sang ou les urines (haemophilus, pneumocoque, meningocoque, streptocoque B, candida),
  - taux d'anticorps élevé (IgM) ou multiplié par 4 (IgG) sur 2 prélèvements successifs.

---

### Infection d'escarre

[PEAESC]

Présence d'au moins deux des signes suivants, sans autre cause évidente : rougeur, sensibilité, gonflement des bords de la plaie,

ET

au moins un des signes suivants :

- micro-organisme provenant de la culture du liquide obtenu par aspiration à l'aiguille ou du tissu biopsié au bord de l'ulcère,
- micro-organisme isolé par hémoculture.

---

## Infection de brûlure

[PEABRU]

- Cas 1 : modification de la plaie et envahissement microbien du tissu vivant adjacent à l'examen histologique.
- Cas 2 : changement d'aspect de la zone brûlée,  
ET  
au moins un des signes suivants :
  - micro-organisme isolé par hémoculture en l'absence d'une autre infection évidente,
  - isolement du virus Herpès Simplex, identification histologique d'inclusions, ou mise en évidence de particules virales sur des biopsies ou des produits de grattage de la lésion.
- Cas 3 : présence d'au moins deux des signes suivants, sans autre cause évidente : fièvre > 38°C ou hypothermie < 36°C, hypotension (pression systolique = 90 mm Hg), oligurie (< 20ml/h), hyperglycémie, confusion mentale,  
ET  
au moins un des signes suivants :
  - envahissement microbien du tissu vivant adjacent à l'examen histologique,
  - micro-organisme isolé par hémoculture, hémoculture positive
  - isolement du virus Herpes simplex, identification histologique d'inclusions ou mise en évidence de particules virales sur des biopsies ou des produits de grattage de la lésion.

*Nota : Ne pas coter si il y a uniquement un aspect purulent de la brûlure ; la fièvre isolée n'est pas un critère adéquat d'infection chez le brûlé.*

---

## Abcès du sein ou mastite

[PEAMAS]

- Cas 1 : micro-organisme provenant de culture de tissu mammaire, ou de tissu obtenu par incision et drainage, ou aspiration à l'aiguille.
- Cas 2 : abcès du sein ou autre signe d'infection découvert lors d'une intervention chirurgicale ou à l'examen histopathologique.
- Cas 3 : fièvre > 38°C, inflammation localisée du sein et diagnostic établi par le médecin.

---

## TRACTUS GASTRO-INTESTINAL

---

### Gastro-entérite

[GASENT]

- Cas 1 : diarrhée de survenue brutale en l'absence de cause non infectieuse (tests d'exploration du transit en cours, thérapeutique non antibiotique pouvant entraîner des diarrhées, maladie chronique en phase aiguë, stress psychologique)
- Cas 2 : présence d'au moins deux des signes suivants, sans autre cause évidente : nausées, vomissements, douleur abdominale, céphalées, fièvre > 38°C  
ET  
au moins un des signes suivants :
  - isolement du micro-organisme entérique pathogène sur coproculture ou écouvillonnage rectal,
  - détection au microscope de micro-organismes entériques,
  - détection immunologique dans les selles ou le sang,
  - détection toxicologique : effet cytopathogène sur culture tissulaire,
  - anticorps IgM détectés ou IgG multipliés par 4 sur 2 prélèvements successifs.

---

### Hépatite virale

[GASHEP]

- Au moins deux des signes suivants, en l'absence d'autres causes : fièvre > 38°C, anorexie, nausée, vomissements, douleurs abdominales, ictère, transfusion dans les 3 mois  
ET  
au moins un des critères suivants :
  - résultats positifs à un test de dépistage des antigènes ou des anticorps (hépatite A, B, C, Delta ou E)
  - anomalies des enzymes hépatiques (e.g. ALAT/ASAT élevées, taux élevé de bilirubines) ;
  - cytomégalovirus (CMV) détectés dans les urines ou dans les sécrétions oropharyngées.

*Nota : Ne pas coter les hépatites médicamenteuses, alcooliques, métaboliques, obstructives, etc.*

---

## Infection gastro-intestinale

[GASAUT]

- Cas 1 : découverte d'un abcès ou autres signes d'infection au cours d'une intervention chirurgicale ou à l'examen histopathologique.
- Cas 2 : présence d'au moins deux des signes suivants (sans autre cause d'infection évidente et étant compatibles avec une infection du site suspecté) : fièvre > 38° C, nausées, vomissements, douleur abdominale, sensibilité locale,

ET

au moins un des signes suivants :

- isolement du micro-organisme sur prélèvement (sécrétions ou tissus) lors d'une intervention chirurgicale ou lors d'une endoscopie,
- micro-organismes sur coloration (Gram ou KOH) ou cellules géantes multinucléées à l'examen microscopique de produits ou de tissus prélevés lors d'une intervention ou d'une endoscopie,
- isolement de micro-organisme sur hémoculture,
- imagerie en faveur d'un processus pathologique,
- endoscopie montrant un processus pathologique (ex : candidose oesophagienne, proctite...).

---

## Infection intra-abdominale

[GASABD]

- Cas 1 : isolement de micro-organisme sur produit purulent intra-abdominal, suite à une intervention chirurgicale ou aspiration à l'aiguille.
- Cas 2 : découverte d'un abcès ou de signe d'infection au cours d'une intervention chirurgicale ou d'un examen histopathologique.
- Cas 3 : présence d'au moins deux des signes suivants toute autre cause étant écartée : fièvre > 38° C, nausées, vomissements, douleur abdominale, ictère,

ET

au moins un des signes suivants :

- isolement de micro-organisme prélevé sur un drain posé chirurgicalement (drainage en circuit fermé, drain ouvert, drain de Kehr),
- découverte microscopique de micro-organisme sur coloration de Gram des produits de drainage ou de tissus ou par aspiration à l'aiguille,
- isolement de micro-organisme à l'hémoculture et image radiologique évoquant une infection.

*Nota : Ne pas coter les pancréatites aiguës à moins qu'elles ne soient d'origine infectieuse.*

---

## Infection à *Clostridium difficile*

[GASICD]

- Cas 1 : tableau clinique compatible avec une infection à *Clostridium difficile* (diarrhées en l'absence d'autre cause, mégacolon, ileus) et mise en évidence microbiologique de toxine A et/ou B dans les selles.
- Cas 2 : colite pseudomembraneuse à la coloscopie
- Cas 3 : histologie évocatrice d'ICD, avec ou sans diarrhée vu en endoscopie ou à l'autopsie

**Pharyngite, laryngite, épiglottite****[ORLPHA]**

- Cas 1 : présence d'au moins deux des signes suivants, sans autre cause évidente : fièvre > 38°C, érythème ou douleur pharyngée, toux, raucité de la voix, sécrétion pharyngée purulente,  
ET  
au moins un des signes suivants :
  - isolement de micro-organisme sur site spécifique,
  - isolement de micro-organisme sur hémoculture,
  - test antigène positif dans les sécrétions respiratoires ou le sang,
  - anticorps IgM détectés ou IgG multipliés par 4 sur 2 prélèvements successifs,
  - diagnostic du médecin.
- Cas 2 : découverte d'un abcès à l'examen direct ou chirurgical ou histopathologique.

**Otite, mastoïdite****[ORLMAS]****OTITE EXTERNE**

- Cas 1 : isolement de micro-organisme pathogène sur culture de produits d'écoulement du conduit auditif externe.
- Cas 2 : présence d'au moins un des signes suivants : fièvre > 38° C, otalgie, rougeur, écoulement du conduit auditif,  
ET  
micro-organismes découverts sur la coloration de Gram du liquide purulent

**OTITE MOYENNE**

- Cas 1 : isolement de micro-organisme sur culture de liquide (paracentèse ou au cours d'un acte chirurgical).
- Cas 2 : présence d'au moins deux des signes suivants, sans autre cause évidente : fièvre > 38° C, douleur localisée au tympan, inflammation du tympan, rétraction ou baisse de mobilité du tympan, présence de liquide derrière le tympan.

**OTITE INTERNE**

- Cas 1 : isolement de micro-organisme sur culture de liquide obtenu au cours d'un acte chirurgical sur l'oreille interne.
- Cas 2 : diagnostic médical.

**MASTOÏDITE**

- Isolement de micro-organisme sur écoulement mastoïdien purulent.

**Sinusite****[ORLSIN]**

- Cas 1 : Isolement de micro-organisme sur culture provenant de produits purulent (pus) issus des sinus.
- Cas 2 : Présence d'au moins un des signes suivants, sans autre cause évidente : fièvre > 38° C, céphalée, obstruction nasale, douleur ou sensibilité du sinus atteint, écoulement purulent,  
ET  
au moins un des signes suivants :
  - transluminescence positive
  - image radiologique évoquant une infection.

---

## Infection de la cavité buccale

[ORLBUC]

- Cas 1 : isolement de micro-organisme sur culture provenant de matériel purulent (suppurations) issus de la cavité buccale.
- Cas 2 : découverte d'un abcès ou autre signe d'infection à l'examen direct ou chirurgical ou histopathologique.
- Cas 3 : présence d'au moins un des signes suivants, sans autre cause évidente : tâches blanches surélevées sur muqueuse inflammatoire, abcès, ulcération, plaques sur muqueuse,  
ET  
au moins un des signes suivants :
  - découverte de micro-organismes sur coloration de Gram,
  - coloration (KOH) positive,
  - cellules géantes multinucléées en microscopie, sur des produits de grattage de la muqueuse,
  - test antigène positif dans les sécrétions orales,
  - anticorps IgM détectés ou IgG multipliés par 4 sur 2 prélèvements successifs,
  - diagnostic médical, avec traitement antifongique topique ou oral .

*Nota : Ne pas coter les récurrences herpétiques mais uniquement les primo-infections.*

---

## INFECTIONS OPHTALMOLOGIQUES

---

### Conjonctivite

[OPHCON]

- Cas 1 : isolement de microorganisme sur culture (sécrétion purulente de conjonctive ou de tissus adjacents : paupières, cornée, glandes lacrymales ou de Meibomius).
- Cas 2 : douleur ou rougeur de la conjonctive (ou du pourtour de l'œil),  
ET  
au moins un des signes suivants :
  - découverte de leucocytes et micro-organismes sur coloration de Gram des sécrétions,
  - sécrétions purulentes,
  - test antigène positif (Chlamydia, Herpes simplex, adenovirus) dans les sécrétions ou les produits de grattage de la conjonctive,
  - observation en microscopie de cellules géantes multinucléées dans les sécrétions ou les produits de grattage de la conjonctive,
  - culture virale positive dans les sécrétions conjonctivales,
  - anticorps IgM détectés ou IgG multipliés par 4 sur 2 prélèvements successifs.

---

### Autres infections de l'œil

[OPHSAI]

- Cas 1 : isolement de micro-organismes sur culture (provenant de la chambre antérieure ou postérieure, de l'humeur vitrée).
- Cas 2 : présence d'au moins deux des signes suivants, sans autre cause évidente : douleur oculaire, troubles de la vue, hypopion,  
ET  
au moins un des signes suivants :
  - isolement de micro-organisme à l'hémoculture,
  - test antigène sanguin (mais pas anticorps) positif (pneumocoque, Haemophilus)
  - diagnostic médical.

---

## INFECTIONS GÉNITALES

---

### Endométrite

[GENEND]

- Cas 1 : isolement de micro-organisme sur culture provenant de l'endomètre lors d'une intervention chirurgicale ou par aspiration à l'aiguille, ou brossage biopsie.
- Cas 2 : au moins deux des signes suivants, sans autre cause évidente : présence d'un écoulement purulent de l'utérus, fièvre > 38° C, douleur abdominale, sensibilité utérine à la palpation.

---

### Infection sur épisiotomie

[GENEPI]

- Cas 1 : écoulement purulent du site d'épisiotomie.
- Cas 2 : abcès au niveau du site de l'épisiotomie.

---

**Infection vaginale****[GENVAG]**

En post hystérectomie :

- Cas 1 : écoulement purulent de la cavité vaginale.
- Cas 2 : abcès du canal vaginal.
- Cas 3 : micro-organisme pathogène isolé de culture du liquide ou du tissu provenant de la cavité vaginale.

---

**Autres infections de l'appareil génital masculin ou féminin****[GENAUT]**

- Cas 1 : micro-organisme isolé de culture provenant du site concerné.
- Cas 2 : abcès ou autre signe d'infection, découvert lors d'une intervention chirurgicale ou d'un examen histopathologique.
- Cas 3 : présence d'au moins deux des signes suivants, sans autre cause identifiée : fièvre > 38°C, douleur, dysurie, nausées, sensibilité à la palpation, vomissements,  
ET  
au moins un des signes suivants :
  - micro-organisme isolé d'hémoculture (hémoculture positive),
  - diagnostic médical.

---

**OS ET ARTICULATIONS**

---

**Ostéomyélite****[OSAOST]**

- Cas 1 : micro-organisme isolé de culture d'os
- Cas 2 : signe d'ostéomyélite à l'intervention chirurgicale ou à l'examen histopathologique
- Cas 3 : présence d'au moins deux des signes suivants sans autre cause évidente : fièvre > 38° C, gonflement localisé, douleur à la palpation, chaleur, écoulement du site suspect d'infection osseuse  
ET  
au moins un des signes suivants :
  - micro-organisme isolé d'hémoculture.
  - recherche positive d'antigène dans le sang,
  - signe radiologique d'infection.

---

**Arthrite ou synovite septique****[OSAART]**

- Cas 1 : micro-organisme isolé de culture de liquide articulaire.
- Cas 2 : signe d'arthrite ou de synovite septique observé lors d'une intervention chirurgicale ou d'un examen histopathologique.
- Cas 3 : présence au niveau de l'articulation d'au moins deux des signes suivants sans autre cause évidente: douleur, gonflement, chaleur, palpation douloureuse, épanchement ou limitation du mouvement,  
ET  
au moins un des signes suivants :
  - micro-organismes et leucocytes observés dans le liquide articulaire après coloration de Gram,
  - recherche positive d'antigène dans le sang, les urines ou le liquide articulaire,
  - aspect cellulaire et biochimique du liquide compatible avec une infection, non expliqué par une pathologie rhumatismale
  - signe radiologique d'infection.

---

## Spondylodiscite d'origine infectieuse

[OSASPO]

- Cas 1 : micro-organisme isolé de culture de tissu provenant du foyer atteint.
- Cas 2 : lésion infectieuse observée directement lors d'une intervention chirurgicale ou d'un examen histopathologique.
- Cas 3 : présence d'une fièvre > 38°C (sans autre cause évidente) ou d'une douleur du site atteint,  
ET  
radiographie montrant une image de lésion infectieuse.
- Cas 4 : présence d'une fièvre > 38°C (sans autre cause évidente) ou d'une douleur du site atteint,  
ET  
recherche positive d'Ag sanguin ou urinaire.

---

## SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

---

### Infection du parenchyme cérébral

[SNCPAR]

Concerne : abcès cérébral, empyème sous-dural ou épidural, encéphalite.

- Cas 1 : isolement d'un micro-organisme à partir issu cérébral ou de la dure mère.
- Cas 2 : abcès découvert lors d'une intervention chirurgicale ou d'un examen histopathologique.
- Cas 3 : s'il n'y a pas d'autre cause neurologique, présence d'au moins deux des signes suivants : céphalées ou vertiges, fièvre > 38°C, signes neurologiques localisés, confusion, troubles de la conscience ou du comportement,  
ET  
au moins un des signes suivants :
  - découverte à l'examen direct de micro-organismes obtenus sur les prélèvements par aspiration à l'aiguille ou biopsie chirurgicale,
  - recherche d'antigène positive dans le sang ou les urines,
  - lésion évoquant une origine infectieuse en imagerie médicale,
  - anticorps IgM détectés ou IgG multipliés par 4 sur 2 prélèvements successifs.

ET

mise en route d'une antibiothérapie adaptée.

---

### Méningite ou infection ventriculaire

[SNCMEN]

- Cas 1 : micro-organisme isolé dans le liquide céphalo-rachidien.
- Cas 2 : présence d'au moins 1 des signes suivants, sans autre cause évidente : fièvre > 38°C, céphalées, raideur de nuque, signes méningés, atteinte des paires crâniennes, troubles de la conscience,  
ET  
au moins un des signes suivants
  - analyse du LCR : leucocytes et protéines élevés et/ou glucose abaissé,
  - découverte de micro-organisme à l'examen direct du LCR,
  - isolement de micro-organisme à l'hémoculture,
  - recherche d'antigène positive dans le LCR, le sang ou les urines
  - anticorps IgM détectés ou IgG multipliés par 4 sur 2 prélèvements successifs.

ET

mise en route d'une antibiothérapie adaptée.

---

### Infection péri-médullaire

[SNCMED]

- Cas 1 : micro-organisme isolé de culture d'un abcès épidural ou sous-dural.
- Cas 2 : abcès épidural ou sous-dural découvert lors d'une intervention chirurgicale ou d'un examen histopathologique.
- Cas 3 : présence d'au moins un des signes suivants, sans autre cause évidente : fièvre > 38°C, rachialgies, douleur localisée à la palpation, signes de compression médullaire,  
ET  
au moins un des signes suivants :
  - isolement de micro-organisme à l'hémoculture,
  - abcès en imagerie médicale.

ET

mise en route d'une antibiothérapie adaptée.

## SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE

### Endocardite

[CVAEND]

- Cas 1 : isolement de micro-organismes sur culture de valve ou de végétations.
- Cas 2 : présence d'au moins deux des signes suivants sans autre cause évidente : fièvre > 38°C, souffle cardiaque récent ou modifié, phénomène embolique, manifestations cutanées (pétéchies, hémorragies sous unguéales, faux panaris d'Osler), décompensation cardiaque, troubles de la conduction,

ET

au moins un des signes suivants

- isolement d'un même micro-organisme sur deux hémocultures,
- observation de micro-organismes à l'examen direct d'une valve (si la culture est négative ou non faite),
- découverte de végétation valvulaire (par chirurgie ou autopsie),
- test antigène (mais pas anticorps) positif sur sang ou urine (pneumocoque, Haemophilus, meningocoque, streptocoque B)
- découverte d'une nouvelle végétation à l'échographie.

ET

mise en route d'une antibiothérapie adaptée

### Infections artérielles et veineuses

[CVAVAS]

- Cas 1 : culture positive de fragment vasculaire opéré,  
ET  
hémoculture non effectuée ou négative.
- Cas 2 : éléments évoquant une infection vasculaire en per opératoire ou en histopathologie.
- Cas 3 : présence d'au moins un des signes suivants : fièvre > 38°C, chaleur, érythème, douleur au niveau du site vasculaire, sans autre cause évidente,  
ET  
les deux signes suivants :
  - culture de cathéter IV, avec plus de 15 colonies,
  - hémoculture non effectuée ou négative.
- Cas 4 : suppuration au niveau du site vasculaire et hémoculture non effectuée ou négative.

*Nota : ce code peut être utilisé pour une infection locale sur cathéter lorsque la culture du cathéter est négative ou non effectuée.*

### Myocardite, péricardite

[CVAMYO]

- Cas 1 : micro-organisme isolé de culture du tissu ou de l'épanchement péricardique obtenu par aspiration à l'aiguille ou au cours d'un acte chirurgical.
- Cas 2 : présence d'au moins deux des signes suivants, sans autre cause évidente : fièvre > 38°C, douleur thoracique, pouls paradoxal, volume cardiaque augmenté,  
ET  
les deux signes suivants :
  - anomalie à l'ECG compatible avec myocardite ou péricardite,
  - test antigène sanguin (mais pas anticorps) positif (pneumocoque, Haemophilus)
  - examen histologique : lésion de type myocardite ou péricardite,
  - taux d'anticorps spécifiques multiplié par 4, avec ou sans isolement viral,
  - épanchement péricardique détecté en imagerie.

### Médiastinite

[CVAMED]

- Cas 1 : micro-organisme isolé de culture de tissu ou de liquide médiastinal obtenu au cours d'une intervention chirurgicale ou d'une aspiration à l'aiguille.
- Cas 2 : découverte de signes de médiastinite lors d'une intervention chirurgicale ou à l'examen histopathologique.
- Cas 3 : présence d'au moins un des signes suivants, sans autre cause évidente : fièvre > 38°C, douleur thoracique, instabilité sternale,  
ET  
au moins un des signes suivants :
  - écoulement purulent du médiastin,
  - isolement de micro-organismes sur hémoculture ou sur culture de drain médiastinal,
  - élargissement du médiastin à l'examen radiologique.

## INFECTIONS LIÉES AUX CATHÉTERS (ILC)

### ILC locale liée à un cathéter veineux central (KTC)

[KTCLOC]

Culture quantitative du KTC  $\geq 10^3$  UFC/ml, en l'absence d'hémoculture positive,

ET

Purulence de l'orifice d'entrée du cathéter ou tunnelite.

### ILC générale liée à un KTC en l'absence d'hémoculture positive

[KTCGEN]

Culture quantitative du KTC  $\geq 10^3$  UFC/ml,

ET

Régression totale ou partielle des signes infectieux généraux dans les 48 h suivant l'ablation du cathéter.

### ILC sur KTC bactériémique microbiologiquement confirmée

[KTCBAC]

Association d'une bactériémie/fongémie survenant dans les 48 h encadrant le retrait du KTC(ou la suspicion diagnostique d'infection de cathéter si celui-ci n'est pas retiré d'emblée),

ET

- une culture positive avec le même micro-organisme : culture du site d'insertion ou une culture du KTC  $\geq 10^3$  UFC/ml
- ou des hémocultures périphérique et centrale positives au même micro-organisme avec un rapport hémoculture quantitative centrale/hémoculture périphérique  $> 5$
- ou un délai différentiel de positivité des hémocultures centrale/périphérique  $> 2$  h, avec une positivité plus rapide pour l'hémoculture centrale.

### ILC locale liée à un cathéter veineux périphérique (KTP)

[KTPLOC]

Culture quantitative du KTP  $\geq 10^3$  UFC/ml, en l'absence d'hémoculture positive,

ET

Purulence de l'orifice d'entrée du cathéter ou tunnelite.

### ILC générale liée à un KTP en l'absence d'hémoculture positive

[KTPGEN]

Culture quantitative du KTP  $\geq 10^3$  UFC/ml,

ET

Régression totale ou partielle des signes infectieux généraux dans les 48 h suivant l'ablation du cathéter.

### ILC bactériémique sur KTP microbiologiquement confirmée

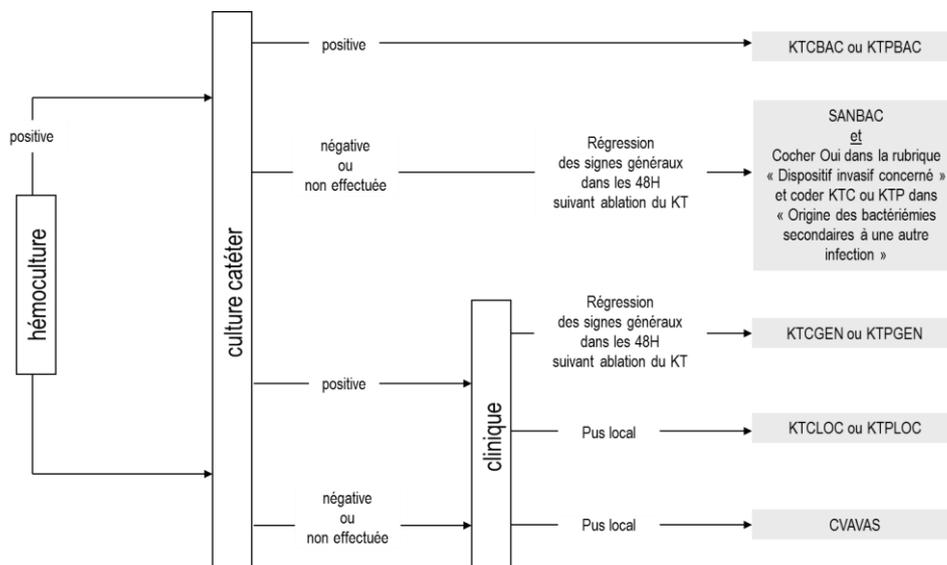
[KTPBAC]

Association d'une bactériémie/fongémie survenant dans les 48 h encadrant le retrait du KTP (ou la suspicion diagnostique d'infection de cathéter si celui-ci n'est pas retiré d'emblée),

ET

Une culture positive avec le même micro-organisme une culture du site d'insertion ou une culture du KTP  $\geq 10^3$  UFC/ml.

La **figure** suivante synthétise la démarche de codage des infections liées aux cathéters :



## INFECTIONS GÉNÉRALISÉES

### Infection systémique

[SYSTEM]

Elle est le plus souvent d'origine virale et englobe plusieurs organes ou systèmes sans signe d'infection locale. Elle est à considérer devant des signes cliniques évocateurs de rougeole, oreillons, rubéole, varicelle, zona, grippe, etc.

### Sepsis clinique de l'adulte et de l'enfant

[SEPSIS]

Présence d'au moins un des signes suivants en l'absence d'une autre cause : fièvre  $>38^{\circ}\text{C}$ , hypotension (pression systolique  $<90\text{ mm}$ ) ou oligurie ( $<20\text{ ml/hr}$ )

ET

hémoculture négative ou non effectuée

ET

pas de signe d'appel d'une localisation infectieuse

ET

prescription d'un traitement anti-infectieux approprié en cours

*Attention : n'utiliser ce code qu'en dernier recours, en cas d'absolue nécessité.*

## INFECTIONS NÉONATALES

Rappel : nouveau-né : tout enfant âgé de moins de 1 mois.

### Sepsis clinique du nouveau-né

[NNSEPS]

Prescription d'un traitement anti-infectieux approprié pendant au moins 5 jours,

ET

hémoculture négative ou non effectuée,

ET

pas de signe d'appel d'une localisation infectieuse,

ET

au moins 2 des critères suivants :

- fièvre ( $> 38^{\circ}\text{C}$ ) ou la température instable ou hypothermie ( $<36,5^{\circ}\text{C}$ )
- survenue ou aggravation d'une tachycardie ( $> 200/\text{min}$ ) ou bradycardie ( $<80/\text{min}$ )
- temps de remplissage capillaire (TRC)  $> 2\text{s}$
- survenue ou aggravation d'apnée (s) ( $> 20\text{s}$ )
- acidose métabolique inexpliquée
- survenue d'hyperglycémie ( $> 140\text{mg/dl}$ )
- autre signe de septicémie : couleur de la peau (seulement si le TRC n'est pas utilisé), laboratoire (CRP, interleukine), besoin accru d'oxygène (intubation), instabilité de l'état général du nouveau-né, léthargie

*Nota : Une identification unique de staphylocoques à coagulase négative (SNC) dans les hémocultures, considérée comme une contamination, n'exclut pas le diagnostic de sepsis clinique si les critères de la définition sont respectés.*

### Bactériémie du nouveau-né confirmée bactériologiquement

[NNBAC1]

Au moins 2 des critères suivants :

- température  $> 38^{\circ}\text{C}$  ou  $<36,5^{\circ}\text{C}$  ou température instable,
- tachycardie ou bradycardie,
- apnée,
- temps de remplissage capillaire prolongé (CRT),
- acidose métabolique,
- hyperglycémie
- autre signe tel que la léthargie

ET

- une hémoculture ou une culture du liquide céphalo-rachidien positive à agent pathogène reconnu autre que staphylocoque à coagulase négative cultivée.

---

**Bactériémie du nouveau-né à staphylocoque à coagulase négative****[NNBAC2]**

Au moins 2 des critères suivants :

- température > 38°C ou <36,5 °C ou température instable,
- tachycardie ou bradycardie,
- apnée,
- temps de remplissage capillaire prolongé (CRT),
- acidose métabolique,
- hyperglycémie,
- autre signe tel que léthargie,

ET

une hémoculture ou une culture de cathéter positive à staphylocoque à coagulase négative

ET

au moins un des signes suivants :

- Protéine C réactive > 2,0mg/dl,
- rapport leucocytes immatures / polynucléaires neutrophiles >0,2,
- leucocytes < 5n/nl,
- plaquettes < 100/nl.

---

**Pneumonie du nouveau-né****[NNPNEU]**

- Défaillance respiratoire

ET

image radiologique récente et évolutive (infiltrat ou épanchement pleural)

ET

au moins 4 des signes suivants :

- température > 38°C ou <36,5°C ou température instable,
- tachycardie ou bradycardie,
- tachypnée ou apnée,
- dyspnée,
- augmentation des sécrétions respiratoires sécrétions respiratoires,
- survenue de sécrétions bronchiques purulentes,
- isolement d'un micro-organisme pathogène dans les sécrétions bronchiques,
- Protéine C réactive > 2,0 mg/dl,
- rapport leucocytes immatures / polynucléaires neutrophiles >0,2.

---

**Entérocolite nécrosante****[NNENTN]**

Preuve histologique d'entérocolite nécrosante

ou au moins une caractéristique radiologique évocatrice (pneumopéritoine, anses grêles « figées », pneumatose),

ET

deux des éléments suivants, sans autre explication : vomissements, distension abdominale, résidus gastrique, présence micro ou macroscopique de sang persistant dans les selles.

## Annexe 4 / Liste et codes des micro-organismes

S = sensibilité aux antibiotiques à documenter

Micro-organisme	Coder	
<b>Cocci Gram +</b>		
<i>Enterococcus faecalis</i>	ENCFAE	S
<i>Enterococcus faecium</i>	ENCFAC	S
Entérocoques, autre espèce	ENCAUT	
Entérocoques, espèce non spécifiée	ENCNSP	
<i>Staphylococcus aureus</i>	STAAUR	S
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	STAEPI	
<i>Staphylococcus haemolyticus</i>	STAHAE	
Staphylocoque coagulase négative, autre espèce	STAAUT	
Staphylocoque coagulase négative, espèce non spécifiée	STANSP	
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	STRPNE	
<i>Streptococcus agalactiae</i> (B)	STRAGA	
<i>Streptococcus pyogenes</i> (A)	STRPYO	
Streptocoques hémolytiques (C, G)	STRHCG	
Streptocoques (viridans) non groupables	STRNGR	
Streptocoques, autre espèce	STRAUT	
Autres cocci Gram +	CGPAUT	
<b>Cocci Gram -</b>		
<i>Moraxella catharralis</i>	MORCAT	
<i>Moraxella</i> spp., autre espèce	MORAUT	
<i>Moraxella</i> spp., espèce non spécifiée	MORNSP	
<i>Neisseria meningitidis</i>	NEIMEN	
<i>Neisseria</i> spp., autre espèce	NEIAUT	
<i>Neisseria</i> spp., espèce non spécifiée	NEINSP	
Autres cocci Gram -	CGNAUT	
<b>Bacilles Gram +</b>		
<i>Bacillus</i> spp.	BACSPP	
Corynébactéries	CORSPP	
<i>Lactobacillus</i> spp.	LACSPP	
<i>Listeria monocytogenes</i>	LISMON	
Autres bacilles Gram +	BGPAUT	
<b>Entérobactéries</b>		<b>S</b>
<i>Enterobacter cloacae</i>	ENTCLO	S
<i>Enterobacter aerogenes</i>	ENTAER	S
<i>Enterobacter agglomerans</i>	ENTAGG	S
<i>Enterobacter sakazakii</i>	ENTSAK	S
<i>Enterobacter gergoviae</i>	ENTGER	S
<i>Enterobacter</i> spp., autre espèce	ENTAUT	S
<i>Enterobacter</i> spp., espèce non spécifiée	ENTNSP	S
<i>Escherichia coli</i>	ESCCOL	S
<i>Citrobacter freundii</i>	CITFRE	S
<i>Citrobacter koseri</i> (ex. <i>diversus</i> )	CITKOS	S
<i>Citrobacter</i> spp., autre espèce	CITAUT	S
<i>Citrobacter</i> spp., espèce non spécifiée	CITNSP	S
<i>Hafnia</i> spp.	HAFSPP	S
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	KLEPNE	S
<i>Klebsiella oxytoca</i>	KLEOXY	S
<i>Klebsiella</i> spp., autre espèce	KLEAUT	S
<i>Klebsiella</i> spp., espèce non spécifiée	KLENSP	S
<i>Morganella</i> spp.	MOGSPP	S

S = sensibilité aux antibiotiques à documenter

Micro-organisme	Coder	
<b>Entérobactéries (suites)</b>		
		<b>S</b>
<i>Proteus mirabilis</i>	PRTMIR	S
<i>Proteus vulgaris</i>	PRTVUL	S
<i>Proteus</i> spp., autre espèce	PRTAUT	S
<i>Proteus</i> spp., espèce non spécifiée	PRTNSP	S
<i>Providencia</i> spp.	PRVSPP	S
<i>Salmonella</i> Typhi ou Paratyphi	SALTYP	S
<i>Salmonella enteritidis</i>	SALENT	S
<i>Salmonella typhimurium</i>	SALTYM	S
<i>Salmonella</i> spp., autre espèce	SALAUT	S
<i>Salmonella</i> spp., espèce non spécifiée	SALNSP	S
<i>Serratia marcescens</i>	SERMAR	S
<i>Serratia liquefaciens</i>	SERLIQ	S
<i>Serratia</i> spp., autre espèce	SERAUT	S
<i>Serratia</i> spp., espèce non spécifiée	SERNSP	S
<i>Shigella</i> spp.	SHISPP	S
<i>Yersinia</i> spp.	YERSPP	S
Autres entérobactéries	ETBAUT	S
<b>Bacilles Gram - non entérobactéries</b>		
<i>Acinetobacter baumannii</i>	ACIBAU	S
<i>Acinetobacter calcoaceticus</i>	ACICAL	S
<i>Acinetobacter haemolyticus</i>	ACIHAE	S
<i>Acinetobacter lwoffii</i>	ACILWO	S
<i>Acinetobacter</i> spp., autre espèce	ACIAUT	S
<i>Acinetobacter</i> spp., espèce non spécifiée	ACINSP	S
<i>Achromobacter</i> spp.	ACHSPP	
<i>Aeromonas</i> spp.	AEMSPP	
<i>Agrobacterium</i> spp.	AGRSP	
<i>Alcaligenes</i> spp.	ALCSPP	
<i>Bulkholderia cepacia</i>	BURCEP	
<i>Campylobacter</i> spp.	CAMSPP	
<i>Flavobacterium</i> spp.	FLASPP	
<i>Gardnerella</i> spp.	GARSPP	
<i>Haemophilus influenza</i>	HAEINF	
<i>Haemophilus parainfluenzae</i>	HAEPAR	
<i>Haemophilus</i> spp., autre espèce	HAEAUT	
<i>Haemophilus</i> spp., espèce non spécifiée	HAENSP	
<i>Helicobacter pylori</i>	HELPLYL	
<i>Legionella</i> spp.	LEGSPP	
<i>Pasteurella</i> spp.	PASSPP	
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	PSEAER	S
Autre <i>Pseudomonas</i> spp. et apparentés	PSEAUT	S
<i>Pseudomonas</i> spp. et apparentés, non spécifiée	PSENSP	S
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	STEMAL	S
Autre Bacille Gram- non entérobactérie	BGNAUT	
Bacille Gram- non entérobactérie non spécifiée	BGNNSP	
<b>Anaérobies stricts</b>		
<i>Bacteroides fragilis</i>	BATFRA	
<i>Bacteroides</i> spp., autre espèce	BATAUT	
<i>Clostridium difficile</i>	CLODIF	
<i>Clostridium</i> , autre espèce	CLOAUT	
<i>Prevotella</i> spp.	PRESPP	
<i>Propionibacterium</i> spp.	PROSPP	
Autres anaérobies	ANAAUT	
Anaérobies non spécifiée	ANANSP	

S = sensibilité aux antibiotiques à documenter

<b>Micro-organisme</b>	<b>Coder</b>
<b>Autres micro-organismes</b>	
Mycobactéries atypiques	MYCATY
BK (tuberculose)	MYCTUB
<i>Actinomyces</i> spp.	ACTSPP
<i>Chlamydia</i> spp.	CHLSPP
<i>Mycoplasma</i> spp.	MYPSPS
<i>Nocardia</i> spp.	NOCSPS
Autres bactéries	BCTAUT
Bactéries non spécifiée	BCTNSP
<b>Champignons et Parasites</b>	
<i>Aspergillus fumigatus</i>	ASPFUM
<i>Aspergillus niger</i>	ASPNIQ
<i>Aspergillus</i> spp., autre espèce	ASPAUT
<i>Aspergillus</i> spp., espèce non spécifiée	ASPNSP
<i>Candida albicans</i>	CANALB
<i>Candida glabrata</i>	CANGLA
<i>Candida krusei</i>	CANKRU
<i>Candida parapsilosis</i>	CANPAR
<i>Candida tropicalis</i>	CANTRO
<i>Candida</i> spp., autre espèce	CANAUT
<i>Candida</i> spp., espèce non spécifiée	CANNSP
Filaments, autres	FILAUT
Levures, autres	LEVAUT
<i>Sarcoptes scabiei</i> (gale)	SARSCA
Autres champignons	CHAAUT
Autres parasites	PARAUT
<b>Virus</b>	
Adenovirus	VIRADV
CMV (cytomegalovirus)	VIRCMV
Enterovirus (polio, coxsackie, echo)	VIRENT
Grippe (virus influenzae)	VIRINF
Hépatite virale B	VIRHBV
Hépatite virale C	VIRHCV
Hépatite virale A	VIRHAV
Virus Herpes simplex	VIRHSV
Rotavirus	VIRROT
Virus de la Varicelle et du Zona	VIRVZV
VIH (virus de l'immunodéficience humaine)	VIRVIH
VRS (virus respiratoire syncytial)	VIRVRS
Autres virus	VIRAUT
Virus non spécifié	VIRNSP
Examen stérile	EXASTE
Identification non retrouvée	NONIDE
Culture non effectuée	NONEFF

## Annexe 5 / Fiche établissement

	<b>Enquête nationale de prévalence 2017 Fiche établissement</b>		
---	---	---	---

### Données administratives (Informations pré-remplies par l'application)

Nom de l'établissement :	<input type="text"/>	Code anonymat :	<input type="text"/>
Nom de la commune :	<input type="text"/>	Code Postal :	<input type="text"/>
Type d'établissement :	<input type="text"/>	Statut juridique :	<input type="text"/>
Code FINESS juridique :	<input type="text"/>		

### Effectif du personnel (en ETP) au moment de l'enquête

Nombre total d'infirmières :	<input type="text"/>
Nombre total d'aides-soignantes :	<input type="text"/>
Nombre d'infirmières hygiénistes :	<input type="text"/>
Nombre de praticiens hygiénistes :	<input type="text"/>
Nombre d'infirmières en réanimation :	<input type="text"/>
Nombre d'aides-soignantes en réanimation :	<input type="text"/>
Nombre de référents antibiotiques :	<input type="text"/>

### Capacité d'accueil au moment de l'enquête

#### Lits d'hospitalisation complète (> 24h)

Nombre de lits de médecine :	<input type="text"/>
Nombre de lits de chirurgie :	<input type="text"/>
Nombre de lits d'obstétrique :	<input type="text"/>
Nombre de lits de réanimation :	<input type="text"/>
Nombre de lits de psychiatrie :	<input type="text"/>
Nombre de lits de SSR :	<input type="text"/>
Nombre de lits de SLD :	<input type="text"/>
(Nombre total de lits) : <i>Calculé automatiquement par l'application</i>	<input type="text"/>
Nombre total de chambres :	<input type="text"/>
Nombre de chambres individuelles :	<input type="text"/>

### Statistiques annuelles au 31/12/2016

Nombre d'admissions :	<input type="text"/>
Nombre de journées d'hospitalisation :	<input type="text"/>
Nombre d'hémocultures réalisées :	<input type="text"/>
Nombre de recherches de <i>Clostridium difficile</i> réalisés :	<input type="text"/>
Consommation de PHA (en litre) :	<input type="text"/>

### Prévention et contrôle des infections associées aux soins au 31/12/2016

Procédure de réévaluation des prescriptions antibiotiques :	<input type="checkbox"/> Oui, dans tous les services							
	<input type="checkbox"/> Oui, dans certains services							
	<input type="checkbox"/> Oui, uniquement en réanimation							
	<input type="checkbox"/> Non							
Programme annuel de prévention des IAS :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non						
Rapport annuel de prévention des IAS :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non						
Participation à des réseaux de surveillance :	ISO :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> N/A	Neocat :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> N/A
	REA :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> N/A	Mater :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> N/A
	BMR :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> N/A	Dialin :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> N/A
	ATB :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> N/A	CV-AES :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> N/A
	Autres, précisez :	<input type="text"/>						

## Annexe 6 / Fiche patient

	<b>Enquête nationale de prévalence 2017</b> <b>Fiche patient</b>		
---	---	---	---

Etiquette patient

**Établissement et service**

Code établissement  Code du service  Code interne à l'établissement

Date de l'enquête  /  / 2017 Spécialité du service

**Patient** N° Fiche patient  Donné par l'application

Code postal

Spécialité du patient  Date hospitalisation  /  /

Age (années)  Age (mois)  si âge <24 mois Poids de naissance (grammes)  Si âge <28 jours

Sexe :  H  F

Chirurgie depuis l'admission :  Non  Oui

Score de McCabe (MC) :  MC0  MC1  MC2  Inconnu

Immunodépression :  Non  Oui  Inconnu

Cancer évolutif :  Non  Tumeur solide  Hémopathie  Inconnu

**Dispositif(s) invasif(s) :**  Non  Oui

Sonde urinaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Intubation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Cathéters : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <small>(un ou plusieurs)</small>	<small>Si cathéters : Oui, préciser</small>	Veineux périphérique : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Artériel : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Sous-cutané : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Veineux central : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Veineux ombilical : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non PICC : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Chambre implantable : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---	--

**Traitement(s) anti-infectieux (AI) :**  Non  Oui

Molécule (DCI)	Voie administration	Date début AI	Dose AI quotidienne en mg, g ou UI par jour	Contexte de prescription	Diagnostic	Justification dossier	Changement d'AI ? + Raison	Si changement, date début 1 <sup>er</sup> AI
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Infection(s) nosocomiale(s) (IN) :**  Non  Oui

<b>IN 1</b>	<b>IN 2</b>
Siège de l'infection : <input type="text"/>	<input type="text"/>
Dispositif invasif concerné : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu
Infection présente à l'admission : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu
Origine de l'infection : <input type="text"/>	<input type="text"/>
Date des premiers signes : <input type="text"/>	<input type="text"/>
Si bactériémie, origine : <input type="text"/>	<input type="text"/>
Micro-organisme (MO) :	
<input type="text"/> MO 11 <input type="text"/> MO 12 <input type="text"/> MO 13 <input type="text"/> MO 21 <input type="text"/> MO 22 <input type="text"/> MO 23	
Sensibilité MO (SIR) :	
Pan-résistance :	
Diagnostic différé : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui



# ENQUÊTE NATIONALE DE PRÉVALENCE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES ET DES TRAITEMENTS ANTI-INFECTIEUX EN ETABLISSEMENT DE SANTE, MAI-JUIN 2017

## Information au patient hospitalisé

Vous êtes hospitalisé dans un service de notre établissement de santé.

Selon les recommandations du Ministère de la Santé et afin de renforcer la qualité des soins prodigués dans nos services, une étude sur les infections associées aux soins comme les infections nosocomiales, c'est-à-dire contractées lors de l'hospitalisation, a lieu dans l'ensemble des établissements publics et privés français, un jour donné entre le lundi 15 mai et le vendredi 30 juin 2017.

Cette étude requiert le recueil d'informations médicales et épidémiologiques à l'aide d'un questionnaire standardisé, chez les personnes qui ont été présentes dans l'établissement le \_\_\_ / \_\_\_ / 2017. Ce recueil d'information sera réalisé par le personnel soignant de cet établissement de santé. Les données ainsi collectées dans les différents établissements de santé en France feront l'objet d'un traitement statistique au niveau régional et national menée par Santé Publique France (Agence nationale de santé publique - 12 rue du Val d'Osne, 94415, Saint-Maurice, Cedex).

Cette enquête nécessite l'informatisation de données médicales vous concernant. Toutefois, Santé publique France ne sera jamais en possession de données permettant de vous identifier directement (nom, prénom). Ces données seront conservées uniquement au niveau de l'établissement de santé pendant une période limitée pour permettre la validation des données et seront ensuite détruites, au plus tard le 31 décembre 2017.

Cette enquête n'est pas obligatoire, l'absence de participation est sans conséquence sur votre prise en charge.

Cette enquête a fait l'objet d'une autorisation à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil). Conformément à l'article 38 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous avez le droit de vous opposer, pour des motifs légitimes, à ce que des données à caractère personnel vous concernant fassent l'objet d'un traitement. Les articles 39 et 40 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantissent aux personnes physiques concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Vous pouvez exercer l'ensemble de ces droits par l'intermédiaire de tout médecin exerçant dans cet établissement de santé, auprès du président du Comité de lutte contre les infections nosocomiales (Clin) de cet établissement, auprès du Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CClin) ou auprès de Santé Publique France à la direction des maladies infectieuses.

## Annexe 8 / Coordonnées des CCLIN

CClin EST	03 83 15 34 73	<a href="http://www.cclin-est.org/">http://www.cclin-est.org/</a>
CClin OUEST	02 99 87 35 30	<a href="http://www.cclinouest.com/">http://www.cclinouest.com/</a>
CClin PARIS-NORD	01 40 27 42 00	<a href="http://www.cclinparisnord.org/">http://www.cclinparisnord.org/</a>
CClin SUD-EST	04 78 86 49 49	<a href="http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/">http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/</a>
CClin SUD-OUEST	05 56 79 60 58	<a href="https://www.cpias-nouvelle-aquitaine.fr/">https://www.cpias-nouvelle-aquitaine.fr/</a>

Sur le site du réseau CClin-Arlin : <http://www.cclin-arlin.fr/ES/surveillance/prevalence.html>

Pour plus d'informations sur les enquêtes de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé : <http://invs.santepubliquefrance.fr/enp>

**Citation suggérée** : *Enquête nationale de prévalence 2017 des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé. Guide de l'enquêteur*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 87 p.  
Disponible à partir de l'URL : [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)

ISSN : EN COURS / ISBN-NET : 979-10-289-0336-7 / RÉALISÉ PAR LA DIRECTION DE LACOMMUNICATION,  
SANTÉ PUBLIQUE FRANCE / DÉPÔT LÉGAL : AVRIL 2017