

> Prév 2001 <

# Enquête nationale

de prévalence 2001 des

# infections nosocomiales

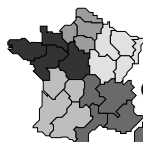
Mai - juin 2001



## Protocole national

### RAISIN

Réseau d'Alerte,  
d'Investigations et  
de Surveillance des  
Infections Nosocomiales



C.CLIN-Ouest  
C.CLIN-Paris-Nord  
C.CLIN-Est  
C.CLIN-Sud-Est  
C.CLIN-Sud-Ouest

### CTIN

Comité  
Technique National  
des Infections  
Nosocomiales



INSTITUT DE  
VEILLE SANITAIRE





## **MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL**

### **CTIN**

J. CARLET

### **InVS**

J-C. DESENCLOS, H. AUBRY-DAMON, A. LEPOUTRE

### **CELLULE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES, MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE**

B. TRAN, V. SALOMON

### **C.CLIN-OUEST**

J. CHAPERON, B. LEJEUNE, B. BRANGER, P. THIBON, C. BERNET, N. GARREAU

### **C.CLIN PARIS-NORD**

G. BRUCKER, E. BOUVET, G. BEAUCAIRE, P. ASTAGNEAU, S. MAUGAT, A. CARBONNE

### **C.CLIN-EST**

M. BIENTZ, M.F. BLECH, S. GAYET, C. HOMMEL

### **C.CLIN-SUD-EST**

J. FABRY, O. JONQUET, A. SAVEY, L. AYZAC, A. BOULETREAU

### **C.CLIN-SUD-OUEST**

J-C LABADIE, J-P. GACHIE, P. PARNEIX

### **CONTACTS**

Des contacts pour des définitions spécifiques ont été pris avec un groupe de gériatres et de pédiatres.

Rédaction : B. Branger 08/03/2001





# SOMMAIRE

## SOMMAIRE

<b>Introduction</b> .....	<b>7</b>
<b>1. Objectifs</b> .....	<b>7</b>
1.1 Sensibiliser.....	7
1.2 Former.....	7
1.3 Connaître .....	7
1.4 Comparer.....	8
<b>2. Cible</b> .....	<b>8</b>
<b>3. Quand ?</b> .....	<b>9</b>
<b>4. Comment ?</b> .....	<b>9</b>
<b>5. Qui ?</b> .....	<b>9</b>
5.1 Les Enquêteurs .....	9
5.2 Les correspondants des services.....	10
5.2.1 L'un infirmier afin d'aider au repérage des malades présumés infectés et au relevé des données minimum de la fiche patient, .....	10
5.2.1 L'autre médical, pour valider avec l'enquêteur les données médicales.....	10
<b>6. Types de séjour concernés par l'enquête</b> .....	<b>10</b>
<b>7. Appréciation du caractère nosocomial d'une infection</b> .....	<b>11</b>
7.1 Définition d'une infection nosocomiale.....	11
7.2 Définitions d'une infection nosocomiale active.....	11
7.3 Cas particulier des infections nosocomiales acquises dans un autre service.....	11
7.4 Cas particulier des infections nosocomiales acquises à l'extérieur de l'établissement .....	11
<b>8. Définitions des infections nosocomiales par site</b> .....	<b>12</b>
8.1 Définitions des infections nosocomiales.....	12
8.2 Pour les Bactériémies/septicémies .....	12
8.3 Pour les infections sur cathéter .....	12
8.4 Pour les infections du site opératoire .....	12
8.5 Autres infections nosocomiales.....	12
8.5.1 Infections du système ostéo-articulaire .....	13
8.5.2 Infections du système cardio-vasculaire .....	13
8.5.3 Infections du système nerveux central .....	13
8.5.4 Infections de la sphère ORL et de l'œil .....	13
8.5.5 Infections du tractus gastro-intestinal.....	13
8.5.6 Infections des voies respiratoires hautes (pneumonie exceptée) .....	14
8.5.7 Infections génitales .....	14
8.5.8 Infections de la peau et des tissus mous .....	14
<b>9. Cas particuliers des moyens et longs séjours gériatriques</b> .....	<b>14</b>
<b>10. Cas particuliers des nouveau-nés et des enfants</b> .....	<b>15</b>

<b>11. Les facteurs de risques</b> .....	<b>15</b>
11.1 Facteurs d'exposition.....	15
11.2 Facteurs de gravité .....	16
<b>12. Les données étudiées (variables recueillies)</b> .....	<b>16</b>
12.1 Un tronc commun minimum a été défini .....	16
12.2 Intervention chirurgicale .....	17
<b>13. Fiches de recueil</b> .....	<b>17</b>
<b>14. Identification des patients infectés</b> .....	<b>18</b>
<b>15. Dépistage systématique des infections urinaires</b> .....	<b>18</b>
<b>16. Collecte des résultats et saisie des données</b> .....	<b>18</b>
16.1 Les grilles seront saisies sur place au niveau de chaque établissement participant.....	19
16.2 Les grilles seront adressées à un relais régional ou directement au CCLIN de l'inter-région .....	19
<b>17. Anonymat des questionnaires, confidentialité</b> .....	<b>19</b>
<b>18. Analyse</b> .....	<b>20</b>
18.1 Description .....	20
18.2 Infections nosocomiales.....	20
<b>19. Restitution des données</b> .....	<b>20</b>
<b>20. Formation</b> .....	<b>21</b>
<b>21. Information</b> .....	<b>21</b>
<b>22. Synthèse de l'organisation de l'enquête</b> .....	<b>22</b>
<b>Annexe I</b> .....	<b>23</b>
<b>Annexe II</b> .....	<b>27</b>
<b>Annexe III</b> .....	<b>29</b>
<b>Annexe IV</b> .....	<b>31</b>
<b>Annexe V</b> .....	<b>47</b>



# INTRODUCTION

## INTRODUCTION

L'enjeu représenté par les infections nosocomiales est maintenant bien perçu en terme de Santé Publique dans notre pays où la lutte contre ces infections acquises à l'hôpital fait désormais partie des préoccupations prioritaires de notre système sanitaire. Les conséquences humaines (morbidity, mortalité) et économiques de ces infections ont été largement décrites mais il convient maintenant d'en faire prendre conscience à chacun des acteurs de notre système hospitalier.

L'enquête de prévalence des infections nosocomiales organisée en 1996 par le Ministère du Travail et des Affaires sociales avait mis en évidence l'importance de ce problème de santé. Le taux des patients infectés par une ou plusieurs infections nosocomiales un jour donné était de 6.7 % des patients présents et le taux des infections était de 7.6 %. Dans le cadre du plan quinquennal, il avait été prévu l'organisation d'une nouvelle enquête de Prévalence dans les cinq années à venir. L'année 2001 a été choisie pour cette étude.

Même si d'autres procédures de mesure des infections nosocomiales ont été mises en place depuis 1996, avec en particulier des enquêtes d'incidence dans le cadre des C.CLIN, l'enquête de Prévalence pour beaucoup d'établissements reste un moyen simple de faire le point sur l'importance de ce problème.



# OBJECTIFS

## OBJECTIFS

### 1.1 Sensibiliser

- Sensibiliser l'ensemble du personnel hospitalier à la réalité de ce phénomène infectieux.

### 1.2 Former

- Permettre aux établissements et aux structures de soins n'ayant pas l'habitude de ce type de surveillance de se former à la réalisation d'une enquête épidémiologique.
- Permettre la mobilisation de l'ensemble de l'établissement autour d'un projet de surveillance à l'aide du CLIN et de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière.

### 1.3 Connaître

- Informer les membres du CLIN et l'ensemble du personnel hospitalier du taux de prévalence des infections nosocomiales dans leur établissement.
- Mettre en œuvre l'organisation nationale du recueil épidémiologique standardisé de données de prévalence à partir d'un réseau local d'établissements pour obtenir un indicateur global de tendance.

## 1.4 Comparer

La méthode générale de l'enquête sera identique à l'enquête de prévalence des infections nosocomiales de 1996 en tenant compte de plusieurs facteurs :

1. *La méthode de recueil* en 1996 avait été basée pour 4 C.CLIN sur les services et pour le C.CLIN-Paris-Nord sur le patient. Pour 2001, l'unité d'observation sera le patient pour tous les C.CLIN.
2. *Les définitions des infections nosocomiales* en 1996 étaient basées sur les définitions du CDC et de celles de Mac Geer pour les personnes en gériatrie et long séjour. Quelques difficultés avaient été signalées pour les définitions concernant les enfants et les nouveau-nés. Les définitions de 2001 tiennent compte de ces particularités ; après avis de gériatres et de néonatalogistes, des définitions plus précises ont été apportées dans ce domaine ; elles concernent moins de 2 % des infections nosocomiales. Les définitions du CDC de 1996 sont donc largement conservées. La recherche d'infections urinaires chez les patients sondés sera systématique. Les bactériémies sur cathéter seront comptabilisées en tant qu'infection sur cathéter.
3. *Les facteurs d'exposition* au risque d'infections de 1996 (sondage urinaire, intervention chirurgicale) ont été repris avec les mêmes définitions et un facteur (présence de cathéters) a été introduit. Un score de gravité du patient a été ajouté afin de pouvoir pratiquer un ajustement sur ce facteur (score de Mac Cabe)



**CIBLE**

*CIBLE*

Cette enquête est proposée par le CTIN, en lien avec l'institut de Veille Sanitaire (InVS) et les 5 C.CLIN, à tous les centres hospitaliers publics, privés participant au service public et privés à but lucratif. Tous les types de séjours sont concernés sauf les maisons de retraite.

L'envoi de la méthode et de la proposition de participation sera faite, via les C.CLIN et les relais régionaux, aux Présidents de CLIN des établissements concernés. En parallèle le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité se charge, par l'intermédiaire des services déconcentrés de l'Etat, d'informer les établissements et de solliciter leur participation à ce projet national (Circulaire DGS/SD5C – DHOS/E2 – N° 2001/33 du 18 janvier 2001).

Chaque C.CLIN doit associer à la mise en place de l'enquête les structures de l'administration de la Santé de son inter-région (DRASS et DDASS).





## QUAND ?

QUAND ?

La période retenue pour l'enquête va du **lundi 21 mai au samedi 23 juin 2001 inclus**. Chaque établissement participant devra donc réaliser l'enquête au cours de cette période.

Le principe de l'enquête un jour donné est retenu. Toutefois, selon la taille des établissements et le nombre d'enquêteurs disponibles, la période d'enquête pour un établissement donné pourra être étalée sur une semaine, l'important étant **que pour chaque service (ou unités de soins) l'enquête se déroule sur une seule journée**. Si l'enquête doit être étalée 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 important.



## COMMENT ?

COMMENT ?

Dans chaque établissement, **une personne doit être responsable de la réalisation de l'enquête**, de sa préparation jusqu'à la diffusion des résultats. Le Président du CLIN est la personne logiquement désignée pour être le moteur de cette action en lien avec l'équipe opérationnelle d'hygiène ; il peut toutefois s'il le désire et s'il en a la possibilité déléguer cette fonction à une autre personne de son établissement. Le président du CLIN se met en rapport avec les instances pour la réalisation de l'enquête : le Directeur de son établissement, le Président de la CME, la Direction du Service des Soins Infirmiers ainsi que l'ensemble des autres membres du CLIN. Une information doit être réalisée auprès des responsables de chacun des services concernés par l'enquête.



## QUI ?

QUI ?

### 5.1 Les Enquêteurs

Le principe de l'enquêteur interne à l'hôpital mais extérieur au service étudié a été retenu. IL s'agit donc pour le responsable de l'enquête de former une «équipe» d'investigateurs à partir des ressources disponibles dans son établissement. Lorsqu'il en existe, les infirmières ou cadres infirmiers hygiénistes titulaires ou faisant fonction seront logiquement

impliqués dans le projet mais aussi tous les autres membres de l'équipe opérationnelle en hygiène hospitalière, si elle existe, ou du CLIN. Il peut s'agir de médecins de discipline clinique, épidémiologique ou biologique, de pharmaciens et de leurs collaborateurs.

## 5.2 Les Correspondants des services

Afin de faciliter la tâche des enquêteurs lors du recueil des données, il est important d'identifier les correspondants en hygiène dans chaque service étudié. L'idéal est de pouvoir disposer de deux correspondants :

**5.2.1 l'un infirmier afin d'aider au repérage des malades présumés infectés et au relevé des données minimum de la fiche patient,**

**5.2.2 l'autre médical, pour valider avec l'enquêteur les données médicales.**

Il s'agit là d'une répartition de tâche théorique qui selon la nature du correspondant pourra varier, l'essentiel étant de confronter les avis médical et infirmier afin d'obtenir une bonne sensibilité de la méthode (identification du plus grand nombre des infections nosocomiales présentes le jour de l'étude) mais aussi une bonne spécificité (exclusion des infections qui ne sont pas d'origine nosocomiale).



## TYPES DE SEJOUR CONCERNES PAR L'ENQUETE

Tous les services d'hospitalisation, qu'il s'agisse de court, de moyen ou de long séjour, seront concernés par l'enquête. **Celle-ci portera sur tous les patients présents le jour de l'enquête.** Les lits d'hospitalisation de jour ainsi que les lits d'hospitalisation de nuit dans les CHS ne seront donc pas pris en compte dans l'étude. Par contre les unités d'hospitalisation de semaine seront intégrées à l'étude.

La catégorisation des séjours en court, moyen ou long séjour est une définition administrative du séjour hospitalier. Cette ventilation doit donc être demandée auprès de l'administration de l'établissement et non appréciée en fonction des durées moyennes de séjour habituelles dans tel ou tel service. Par ailleurs, les patients entrés le lundi après une permission de week-end seront inclus dans l'étude au titre du séjour hospitalier précédent même si cette réadmission correspond à une nouvelle hospitalisation sur le plan administratif.



## **APPRECIATION DU CARACTERE NOSOCOMIAL D'UNE INFECTION**

### **7.1 Définition d'une infection nosocomiale**

Selon les « 100 recommandations », une infection est considérée comme nosocomiale « si elle apparaît au cours ou à la suite d'une hospitalisation et si elle était absente à l'admission à l'hôpital. 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 ».

### **7.2 Définitions d'une infection nosocomiale active**

Seules les infections nosocomiales actives le jour de l'enquête seront comptabilisées, c'est à dire les infections nosocomiales dont le traitement anti-infectieux par voie générale n'est soit pas encore instauré, soit toujours en cours. Pour les infections nosocomiales ne nécessitant pas de traitement de cette nature (infection locale sur cathéter, certaines infections superficielles du site opératoire, bactériurie asymptomatique...), la guérison sera laissée à l'appréciation de l'équipe soignante.

Le jour de l'enquête, on retiendra donc les infections affirmées cliniquement et/ou microbiologiquement. Un suivi de 48 ou 72 heures pourra être nécessaire pour obtenir les résultats des examens paracliniques pratiqués le jour de l'étude.

Selon les sites infectieux, l'infection nosocomiale pourra être ou non documentée sur le plan bactériologique : une infection urinaire ou une septicémie doit être systématiquement documentée alors que ce n'est pas obligatoire pour une pneumopathie ou une infection du site opératoire (voir définitions en annexe).

### **7.3 Cas particulier des infections nosocomiales acquises dans un autre service**

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

A titre d'exemple, une infection de site opératoire se déclarant dans un service de médecine chez un patient opéré dans un autre service du même établissement, devra être considérée comme nosocomiale. De même, un patient transféré d'un autre service du même établissement avec une infection nosocomiale contractée dans ce service sera considéré comme infecté nosocomial, dans le cadre de l'enquête.

### **7.4 Cas particulier des infections nosocomiales acquises à l'extérieur de l'établissement**

Afin d'obtenir un éclairage complémentaire, un compte séparé des infections nosocomiales actives acquises dans un autre établissement que celui où se déroule l'enquête sera fait.

Ainsi, un patient porteur d'une infection nosocomiale acquise dans un autre établissement de soins sera considéré comme infecté nosocomial de l'établissement, mais le nombre des infections acquises dans un autre établissement sera précisé dans les résultats.



## DEFINITIONS DES INFECTIONS NOSOCOMIALES PAR SITE

### 8.1 Définitions des infections nosocomiales

La définition des infections nosocomiales retenue est celle issue des «100 recommandations du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France» pour les infections suivantes :

- Les infections urinaires
  - bactériurie asymptomatique
  - bactériurie symptomatique
- Les infections respiratoires basses (pneumonie)

### 8.2 Pour les Bactériémies/septicémies

Les termes de la définition des « 100 recommandations » ont été retenus. Par contre, la différenciation du caractère primaire (foyer d'infection initial non identifié) et secondaire (foyer d'infection initial identifié) ne sera pas comptabilisée. Lorsque le caractère secondaire a été mis en évidence, par exemple en présence d'une infection urinaire compliquée d'une septicémie, on comptabilisera à la fois l'infection urinaire et la septicémie.

### 8.3 Pour les infections sur cathéter

La définition des « 100 recommandations » étant sujette à la mise en œuvre d'une technique de laboratoire non disponible dans beaucoup d'établissements, une définition différente a été proposée. Cette définition différencie l'infection locale sur cathéter de l'infection septicémique sur cathéter.

En présence d'une infection septicémique sur cathéter, et dans ce cas uniquement, on comptabilisera seulement l'infection septicémique sur cathéter et on ne prendra pas en compte de façon indépendante la septicémie.

### 8.4 Pour les infections du site opératoire

La définition retenue est celle du CDC qui différencie :

- infection superficielle de l'incision
- infection profonde de l'incision
- infection de l'espace ou de l'organe.

Sont considérées comme nosocomiales les infections survenues dans les 30 jours suivant l'intervention, ou, s'il y a mise en place de prothèse ou d'implant, dans l'année suivant l'intervention.

### 8.5 Autres infections nosocomiales

Il est apparu aussi important de recenser les autres infections nosocomiales même si elles sont moins fréquentes. **Ces infections sont les infections nosocomiales qui ne**

**rentrent pas dans les définitions des 5 sites principaux.** Pour ces infections, l'avis du correspondant médical sera en priorité pris en compte. En cas de doute, on pourra se référer aux définitions du CDC traduites en français dans le guide du C.CLIN Paris-Nord (1995). Ces infections seront regroupées selon les 9 catégories suivantes :

**8.5.1 Infections du système ostéo-articulaire qui englobent :**

- Ostéomyélite,
- Arthrite ou synovite septique,
- Spondylo-discite d'origine infectieuse.

**8.5.2 Infections du système cardio-vasculaire qui englobent :**

- Endocardite sur prothèse valvulaire,
- Myocardite ou péricardite septique,
- Médiastinite.

**8.5.3 Infections du système nerveux central qui englobent :**

- Infection du parenchyme cérébral,
- Méningite ou ventriculite,
- Infection péri-médullaire.

**8.5.4 Infections de la sphère ORL et de l'œil qui englobent :**

- Pharyngite, laryngite, épiglottite,
- otites,
- Sinusites,
- Mastoïdite,
- Infection de la cavité buccale,
- Conjonctivites,
- Autres infections de l'œil.

**8.5.5 Infections du tractus gastro-intestinal qui englobent :**

- Gastro-entérite,
- Hépatite virale,
- Infection gastro-intestinale,
- Infection intra-abdominale.

**8.5.6 Infections des voies respiratoires hautes (pneumonie exceptée) qui englobent :**

- Bronchite, trachéo-bronchite, bronchiolite, trachéite,
- Autres infections des voies respiratoires.

**8.5.7 Infections génitales qui englobent :**

- Endométrite,
- Infection vaginale
- Autres infections de l'appareil génital masculin ou féminin.

**8.5.8 Infections de la peau et des tissus mous qui englobent :**

- infection cutanée,
- Infection des tissus mous,
- Infection d'escarre,
- Infection de brûlure,
- Abscès du sein ou mastite.



## **CAS PARTICULIERS DES MOYENS ET LONGS SEJOURS GERIATRIQUES**

**Pour les services de long et moyen séjour gériatrique (secteurs correspondant à la définition administrative), et ceux-là seulement, il est apparu aussi important d'utiliser des définitions plus sensibles pour détecter les infections nosocomiales chez les patients de ces secteurs.**

**Parmi les cinq grands sites d'infections dont les définitions sont répertoriées en annexe seule la définition des pneumonies diffère pour ces secteurs.** Les définitions des infections urinaires, des bactériémies/septicémies, des infections sur cathéter et des infections du site opératoire restent les mêmes que pour les autres services.

Parmi les autres sites d'infections, l'utilisation des définitions propres au moyen et long séjour gériatrique portera sur :

- Bronchite, trachéo-bronchite, bronchiolite, trachéite,
- Infection gastro-intestinale,

- Pharyngite, laryngite, épiglottite, Sinusites,
- Conjonctivites.

Là aussi, l'avis du correspondant médical devra être pris en compte.



## CAS PARTICULIERS DES NOUVEAU-NES ET DES ENFANTS

Après avis des pédiatres et des néonatalogistes, les définitions suivantes ont été retenues :

- Une infection nosocomiale chez le nouveau-né est définie comme une infection survenant après la naissance alors que l'enfant en était indemne avant la naissance, c'est-à-dire in utero. Sont ainsi exclues les infections par transmission materno-fœtale comme les infections à Streptocoques B ou les infections herpétiques. Sont considérées comme nosocomiales les infections acquises après la naissance ou, en cas de doute, celles apparues au moins 48 heures après la naissance.
- Une entérocolite nécrosante du nouveau-né n'est ni une infection, ni nosocomiale (sauf dans quelques cas épidémique d'origine virale prouvée)
- La définition des infections urinaires est la même que celle de l'adulte :  $\geq 10^5$  / ml avec  $< 2$  germes.
- La définition des bactériémies/septicémies, des infections pulmonaires et des gastro-entérites sont exposées page infra.



## LES FACTEURS DE RISQUES

### 11.1 Facteurs d'exposition

Les facteurs suivants sont pris en compte : la présence d'un cathéter au jour de l'enquête (avec son siège et son site), la présence d'une sonde urinaire le jour de l'enquête ou dans les 7 derniers jours (avec la pratique d'une bandelette urinaire), l'existence d'une intervention chirurgicale (dans les 30 derniers jours). Les définitions de chaque facteur sont précisées dans le guide de l'enquêteur.

## 11.2 Facteurs de gravité

### Score de gravité

Il est apparu qu'un score de gravité puisse être introduit pour pouvoir ajuster éventuellement des taux d'infections en fonction de la gravité des patients. Il n'existe pas de score « universel » pour tous les patients tenant compte de toutes les pathologies ou toutes les dépendances. Le score AGGIR et le score ADSL ont été envisagées mais ne s'appliquent qu'à certains âges et ne sont pas, au sens strict des scores de gravité mais de dépendance. Le score de Mac Cabe en 3 modalités a été retenu en raison de son utilisation fréquente, de son ancienneté et de sa facilité. Il comporte les modalités suivantes :

- 0 – Pas de maladie ou maladie non fatale
- 1 – Maladie fatale dans les 5 ans
- 2 – Maladie rapidement fatale, dans l'année

### Immunodépression

Les définitions sont les suivantes :

- Traitement qui diminue la résistance à l'infection tel que traitement immuno-suppresseur, chimiothérapie, radiothérapie, corticothérapie  $\geq 30$  jours, corticothérapie récente à hautes doses ( $> 5$  mg/kg de Prednisolone pendant  $> 5$  jours), VIH + avec  $CD4 < 500$  G/l
- Maladie évoluée : hémopathie, cancer métastatique.



## LES DONNEES ETUDIEES (VARIABLES RECUEILLIES)

### 12.1 Un tronc commun minimum a été défini :

- Caractéristique de l'établissement :
  - Type et statut, nombre total de lits
- Caractérisation du patient :
  - Age, sexe
  - Type de séjour, spécialité du lit (service) dans lequel il est hospitalisé
- Facteurs d'exposition :
  - Intervention chirurgicale, sondage urinaire, perfusion
- Antibiotiques et anti-infectieux au jour de l'enquête :
  - Curatif ou prophylactique, noms des molécules
- Caractérisation des infections nosocomiales :



- Nombre d'infections, appareil infecté, origine dans l'établissement ou dans un autre établissement, germes avec ou sans résistances particulières
- Le tronc commun minimum pourra être complété par chaque C.CLIN selon ses objectifs ou par chaque établissement éventuellement.

## 12.2 Intervention chirurgicale

**La notion d'intervention chirurgicale** mérite d'être précisée. On entend par intervention la mise en œuvre d'une ou plusieurs procédures chirurgicales effectuées sur un patient lors d'un seul passage au bloc opératoire.

**Une procédure chirurgicale est un traitement chirurgical défini par un code alpha-numérique de la nomenclature des actes médicaux français qui :**

- soit nécessite une incision cutanée,
- soit est un acte thérapeutique endoscopique pratiqué par les voies naturelles dans un bloc opératoire. Les actes de radiologie interventionnelle ne rentrent pas dans cette catégorie.

Pour se conformer à la définition des infections du site opératoire, le patient sera considéré comme ayant subi une intervention pendant les 30 jours qui suivent l'opération, voire pendant une année s'il y a eu mise en place de matériel prothétique. Si le malade a eu plusieurs interventions durant cette période on se basera sur l'opération la plus proche du jour de l'enquête. Les interventions retenues peuvent avoir été effectuée dans l'établissement ou un autre établissement.



## FICHES DE RECUEIL

Une fiche de recueil sera remplie pour tout patient présent au jour de l'enquête. **La notion « au jour de l'enquête » correspond à la présence effective d'un patient dans le service lors du passage de l'enquêteur, en incluant des patients absents de leur lit pour examens complémentaires ou pour intervention chirurgicale.**

Le questionnaire de l'enquête possède deux volets : l'un pour tous les patients, l'autre pour les patients présentant une infection nosocomiale.



## IDENTIFICATION

### **IDENTIFICATION DES PATIENTS INFECTES**

L'enquêteur se rend dans le service pour rencontrer les correspondants préalablement identifiés et avertis de l'heure de passage dans leurs unités de soins respectives.

Pour chacun des patients présents le jour de l'étude, l'enquêteur remplit le premier volet de la fiche.

Ensuite ou simultanément, il recherche les patients infectés. Pour cela plusieurs sources de données peuvent être confrontées : dossier médical, dossier infirmier, feuille de température, entretien avec les correspondants infirmiers et médicaux.

Pour orienter son dépistage des patients infectés, l'enquêteur devra rechercher :

- une température  $> 37^{\circ}8$
- un traitement anti-infectieux par voie générale,
- la prescription d'examen bactériologiques (ECBU, hémocultures...)
- chez les opérés, la notion d'écoulement au niveau de la plaie.

Le deuxième volet de la fiche « patient infecté » est alors rempli.



## DEPISTAGE

### **DEPISTAGE SYSTEMATIQUE DES INFECTIONS URINAIRES**

La réalisation d'un dépistage systématique des infections urinaires par bandelette et/ou ECBU chez les patients sondés est obligatoire pour tous les types de séjour. En théorie les infections issues de ce dépistage devraient se retrouver dans la catégorie des bactériuries asymptomatiques.



## COLLECTE

### **COLLECTE DES RESULTATS ET SAISIE DES DONNEES**

Les grilles d'enquête peuvent suivre plusieurs chemins et chaque C.CLIN adressera un récépissé de réception des fiches ou des fichiers. Plusieurs possibilités selon les C.CLIN :

## 16.1 Les grilles sont saisies sur place au niveau de chaque établissement participant

Un programme EPI-INFO sera distribué à chaque établissement participant, lui permettant de saisir les données, de les valider (recherche de doublons et de données manquantes) et d'éditer les principaux résultats. En fin d'étude, une copie des données sous forme informatique sera adressée au C.CLIN correspondant ou au relais régional (qui l'adressera secondairement au C.CLIN) pour constitution de bases inter-régionales puis nationales.

## 16.2 Les grilles sont adressées à un relais régional ou directement au C.CLIN de l'inter-région

Les grilles sont adressées à un relais régional ou directement au C.CLIN de l'inter-région pour saisie et exploitation selon les possibilités de chaque C.CLIN.



## **ANONYMAT DES QUESTIONNAIRES, CONFIDENTIALITE**

ANONYMAT

Aucune donnée nominative concernant les patients ne sera envoyée aux C.CLIN par les établissements participants. Le C.CLIN rendra anonyme les questionnaires en attribuant un numéro de code à chacun des établissements participants.

Une déclaration au Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la Santé a été faite en janvier 2001 par l'InVS. Une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été également pratiquée en février 2001. Le numéro de dossier est disponible auprès des C.CLIN. La fiche d'information au patient est en annexe IV.

Chaque établissement doit, de plus, déposer une déclaration simplifiée auprès de la CNIL pour déclarer sa participation à l'enquête de Prévalence. Un modèle est disponible auprès des C.CLIN avec une explication en annexe.

Au bas des questionnaires, sera apposée la mention suivante : « La loi N° 73-14 du 16 janvier 1978 relative à l'information, aux fichiers et aux libertés, garantit aux personnes physiques concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit d'accès pour la présente enquête peut être exercé par l'intermédiaire de tout médecin exerçant dans ce service auprès du président du Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) de cet établissement auprès du Centre inter-régional de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales pour la base de donnée inter-régionale ou de l'Institut de Veille Sanitaire pour la base de donnée nationale. »



## **ANALYSE**

# ANALYSE

L'analyse globale sera centralisée et un suivi sera assuré par le RAISIN et le médecin épidémiologiste de l'InVS. Le plan d'analyse est le suivant :

### **18.1 Description**

- Description de la population : nombre de patients par type et statut d'établissements, selon le sexe, l'âge, le type de service....
- Description des facteurs d'exposition: perfusion, sondage urinaire, intervention
- Description des prescriptions antibiotiques

### **18.2 Infections nosocomiales**

Les taux de prévalence des patients infectés et des infections nosocomiales seront ensuite calculés selon :

- inter-région, région
- établissement : nombre de lits, type, statut
- spécialité du service/patient
- âge, sexe du patient
- facteurs d'exposition : perfusion, sondage urinaire, intervention
- principaux sites anatomiques,
- micro-organismes responsables d'infections nosocomiales avec les résistances



## **RESTITUTION DES DONNEES**

# RESTITUTION

Les résultats globaux de l'analyse nationale seront envoyés par le CTIN, le RAISIN et l'InVS au responsable de l'enquête de chaque établissement, via les C.CLIN.

Chaque C.CLIN aura la responsabilité de l'analyse inter-régionale. Aucune exploitation de données non anonymes ne sera effectuée. Seule la liste des établissements ayant participé au projet et retourné des données validées sera mentionnée.

L'analyse locale sera effectuée par le responsable de l'enquête notamment au moyen de l'outil informatique fourni par l'intermédiaire du C.CLIN selon la stratégie retenue.

Le responsable de l'enquête se devra d'effectuer localement une rétroinformation aux services participants en leur donnant les résultats de leur service et celui de l'établissement. Cependant, à l'échelon d'un service, un taux de prévalence n'a que peu d'intérêt.



## **FORMATION**

*FORMATION*

---

Chaque C.CLIN mettra en œuvre une formation des responsables de l'enquête de prévalence de chaque établissement. Le niveau de formation (interrégional, régional) et le degré de formation sont laissés à l'initiative de chaque C.CLIN selon son organisation et l'expérience des établissements de son interrégion en matière d'enquête de prévalence.

A l'échelon de chaque établissement le responsable assurera la formation des enquêteurs. Mais le nombre d'enquêteurs par établissement étant bien souvent limité, il pourra être envisagé de les former avec les responsables.



## **INFORMATION**

*INFORMATION*

---

Il paraît important que chaque responsable local puisse trouver une réponse à ses questions pendant la période de l'enquête. Aussi, un référent du C.CLIN sera à la disposition des établissements participants pour répondre à leurs sollicitations durant le déroulement de l'enquête.

Il paraîtrait souhaitable d'identifier un coordinateur et un référent informatique au niveau de chaque région ainsi qu'un coordinateur au niveau de chaque C.CLIN. Cette liste et les coordonnées des personnes seront fournies par chaque C.CLIN.



# SYNTHESE

## SYNTHESE DE L'ORGANISATION DE L'ENQUETE

Instances	Rôles
CTIN InVS Réseau d'Alerte, d'Investigations et de Surveillance des Infections Nosocomiales (RAISIN) Cellule Nationale Groupe méthodologique	Elaboration de la méthodologie, Analyse et synthèse des résultats globaux,
C.CLIN et Comité de Pilotage Relais régionaux	Formation des responsables de l'étude au niveau de chaque établissement, Diffusion de la méthode, Assistance technique durant l'étude, Collecte des résultats anonymes pour les établissements, Analyse inter-régionale, Diffusion des résultats
Président de CLIN/responsable local Equipe opérationnelle d'hygiène	Information du directeur, du président de la CME, de la Direction du Service des Soins infirmiers et de l'ensemble des membres du CLIN, Identification et formation des enquêteurs, Mise en œuvre de l'enquête, Validation et envoi au C.CLIN des données, Rétro-information des résultats de l'enquête au sein de l'établissement
Enquêteurs	Recueil des données et remplissage des fiches,
Correspondants	Facilitation du travail de l'enquêteur et validation des infections.



## ANNEXE I

# ANNEXE I: DEFINITIONS DES INFECTIONS NOSOCOMIALES EN GENERAL ET POUR LES 5 SITES PRINCIPAUX

**Infection nosocomiale (en général)** («Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France : 100 recommandations» 1999)

Une infection est dite nosocomiale si elle était absente à l'admission de l'hôpital. Ce critère est applicable à toutes infections. Lorsque la situation précise l'admission n'est pas connue, un délai d'au moins 48 h après l'admission (ou un délai supérieur à la période d'incubation lorsque celle-ci est connue) est communément accepté pour séparer une infection d'acquisition communautaire d'une infection nosocomiale.

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

Pour les infections de la plaie opératoire, on accepte comme nosocomiales les infections survenues dans les 30 jours suivants l'intervention, ou s'il y a mise en place d'une prothèse ou d'un implant- dans l'année qui suit l'intervention.

## 1. Infection urinaire («Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France : 100 recommandations»)

– Infection urinaire : bactériurie asymptomatique :

Une uroculture quantitative positive ( $> 10^5$  organismes/ml), si le patient a été sondé (sondage vésical à demeure) pendant la semaine précédent le prélèvement.

En l'absence de sondage, deux urocultures quantitatives consécutives positives ( $> 10^5$  micro-organismes/ml) au(x) même(s) germe(s) sans qu'il y ait plus de deux germes isolés.

– Infection urinaire : bactériurie symptomatique :

- Fièvre ( $> 38^\circ$ ) sans autre localisation infectieuse et/ou envie impérieuse et/ou dysurie et/ou pollakiurie et/ou tension sus-pubienne.
- ET une uroculture positive ( $> 10^5$  micro-organismes/ml) sans qu'il y ait plus de deux espèces microbiennes isolées, ou une uroculture positive ( $> 10^3$  microorganismes/ml) avec leucocyturie ( $> 10^4$ /ml).

## 2. Infection respiratoire basse (pneumonie) (Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France : « 100 recommandations »)

Diagnostic radiologique (radiographie thoracique et scanner) d'une ou plusieurs opacités parenchymateuses anormales, récentes et évolutives.

ET

– soit identification d'un germe isolé :

1. de l'expectoration s'il s'agit de *Legionella pneumophila*, *Aspergillus fumigatus*, de mycobactéries...
2. de la ponction transtrachéale (PTT) : présence de bactéries,
3. d'un lavage bronchoalvéolaire avec 5 % au moins de cellules contenant des bactéries à l'examen direct après centrifugation appropriée

4. d'un prélèvement par brosse télescopique protégée ou d'un prélèvement trachéal distal par cathéter protégé avec supérieur ou égal à  $10^3$  bactéries (en l'absence d'antibiothérapie récemment instaurée)
  5. d'une ponction d'un abcès pulmonaire ou de plèvre : présence de bactéries
  6. d'une pneumopathie ou d'un abcès authentifiés par un examen histologique.
- soit une sérologie si le taux des anticorps est considéré comme significatif par le laboratoire (ex : *Legionella*).
  - soit au moins un des signes suivants :
    1. expectoration (ou sécrétions trachéales chez les malades ventilés) purulentes
    2. fièvre supérieure à  $38^{\circ}5$  d'apparition récente
    3. hémoculture positive à une bactérie pathogène en l'absence de tout autre foyer et après avoir éliminé une infection sur cathéter.

### **3. Bactériémie / septicémie** (définition des « 100 recommandations » modifiée)

- au moins une hémoculture positive prélevée au pic thermique (avec ou sans signe clinique)
- sauf pour les micro-organismes suivants :
  - Staphylocoques à coagulase négative
  - *Corynebacterium spp.*
  - *Propionibacterium spp.*
  - *Micrococcus spp.*
  - Bacilles Gram-négatifs aérobies et oxydatifs (ex : *Alcaligenes*, *Xanthomonas*)
  - *Bacillus spp.*
  - *Pseudomonas* autre que *P. aeruginosa*
  - ou autres micro-organismes à potentiel pathogène comparable

pour lesquels deux hémocultures positives prélevées lors des ponctions différentes sont exigées.

NB : les syndromes septiques (sans hémoculture positive) ne rentrent pas dans cette définition.

### **4. Infections sur cathéter** (Conférence de consensus Réan Urg, 1994;3:323 et Clin Infect Dis, 1992;15:198)

#### **- Infection locale sur cathéter**

Pus ou signe locaux au niveau de :

- l'émergence du KT
- la tunnellation

En l'absence d'hémoculture positive.

#### **- Infection septicémique sur cathéter**

- Septicémie : hémoculture périphérique et positive avec :  
soit

- 2.1. Infection locale avec isolement d'un même germe au niveau du pus ET du sang périphérique
- 2.2. Sepsis clinique résistant à l'antibiothérapie mais disparaissant 48 h après l'ablation du KT.



- 2.3. Culture du KT positive (méthode Brun-Buisson : positive ou égale à 1000 CFU/ml) avec isolement du même germe dans le sang périphérique.
- 2.4. Rapport d'hémocultures quantitatives KT/veine périphérique  $\geq$  à 5.
- 2.5. Sepsis clinique lors de la manipulation du KT.

*Hémoculture positive : un germe pathogène isolé par une hémoculture positive ou un germe non pathogène isolé par au moins deux hémocultures.*

*Sepsis clinique : température supérieure ou égale à 38° ou inférieure ou égale à 36° et/ou frissons et/ou hypotension.*

## **5. Infections du site opératoire**

### **5.1 Infection de la partie superficielle de l'incision**

– **Infection :**

1. Qui survient dans les 30 jours suivant l'intervention, ET
2. Qui touche la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, ET
3. Pour laquelle on constate au moins un des signes suivants :
  - Du pus provenant de la partie superficielle de l'incision,
  - Un germe isolé à partir d'une culture d'un liquide ou d'un tissu prélevé aseptiquement e t 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).

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

La notion de pus est avant tout clinique et peut être éventuellement confirmée par un examen cytologique.

### **5.2 Infection de la partie profonde de l'incision**

– **Infection :**

1. Qui survient dans les 30 jours (si pas de prothèse en place) ou dans l'année (si prothèse en place) suivant l'intervention ET
2. Qui semble liée à l'intervention ET
3. Qui touche les tissus mous profonds (fascia, muscles), ET
4. 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).

### **5.3 Infection de l'organe ou de l'espace concerne par le site opératoire**

**– Infection :**

1. Qui survient dans les 30 jours (si pas de prothèse en place) ou dans l'année (si prothèse en place) suivant l'intervention ET
2. Qui semble liée à l'intervention ET
3. Qui touche l'organe ou l'espace du site opératoire (toute partie anatomique autre que l'incision, ouverte ou manipulée pendant l'intervention) ; ET
4. Pour laquelle on constate au moins uns des signes suivants :
  - Du pus provenant d'un drain placé dans l'organe ou l'espace
  - Un germe 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).



## **ANNEXE II : DEFINITIONS DES INFECTIONS NOSOCOMIALES POUR LES PATIENTS EN MOYEN ET LONG SEJOUR GERIATRIQUE**

### **Pneumonie** (en moyen et long séjour gériatrique)

Les deux signes suivants sont indispensables :

- 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).

### **Bronchite, trachéobronchite, bronchiolite, trachéite** (en moyen et long séjour gériatrique)

Le patient ne doit pas présenter de signes cliniques ou radiologiques évidents de pneumonie et doit satisfaire à 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).

### **Infection gastro-Intestinale** (en moyen et long séjour gériatrique)

**Cas 1 :** Au moins 2 selles liquides inhabituelles sur une période de 24 heures, sans autre origine, ET au moins 1 signe compatible avec une infection intestinale :

- nausées
- vomissement
- gêne ou douleur abdominale,
- diarrhée.

**Cas 2 :** Au moins 2 périodes de vomissement sur une période de 24 heures, sans autre origine, ET au moins 1 signe compatible avec une infection intestinale :

- nausées
- vomissement
- gêne ou douleur abdominale,
- diarrhée.

**Cas 3 :** Coproculture positive pour *Salmonella Sp.*, *Shigella Sp.*, *E. Coli*, *Campylobacter Sp.*, *Clostridium difficile*, Rotavirus, ET au moins 1 signe compatible avec une infection intestinale :

- nausées,
- vomissement,
- gêne ou douleur abdominale,
- diarrhée.

## **Pharyngite, laryngite, épiglottite** (en moyen et long séjour gériatrique)

Au moins 2 des signes suivants :

- rhinorrhée ou éternuements
- congestion nasale,
- érythème du pharynx, raucité de la voix, dysphagie,
- toux,
- adénopathie cervicale.

## **Sinusite** (en moyen et long séjour gériatrique)

Elle doit satisfaire à 3 des critères suivants :

- fièvre > 38° C
- douleur ou sensibilité à la palpation,
- céphalées,
- écoulement purulent ou obstruction nasale.

## **Conjonctivite** (en moyen et long séjour gériatrique)

Au moins 1 des signes suivants est nécessaire :

- sécrétion purulente de la conjonctive ou des tissus adjacents,
- rougeur de la conjonctive présente depuis au moins 24 heures.

## **Infections par herpes simplex et herpes zoster** (en moyen et long séjour gériatrique)

Elles doivent satisfaire aux deux critères :

- *éruption vésiculeuse* ET
- *confirmation du diagnostic* par le médecin du laboratoire.

## **Infection d'escarre**

*Présence* de deux des signes suivants :

- rougeur,
- sensibilité,
- gonflement des bords de la plaie,

*ET un des signes suivants :*

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



## ANNEXE III : DEFINITIONS DES INFECTIONS NOSOCOMIALES SPECIFIQUES POUR LES ENFANTS

### Septicémie (pour les enfants)

- Germe pathogène dans une hémoculture
  - Germe commensal de la peau
    - Staphylocoques à coagulase négative
    - *Corynebacterium spp.*
    - *Propionibacterium spp.*
    - *Micrococcus spp.*
    - Bacilles Gram-négatifs aérobies et oxydatifs (ex : *Alcaligenes, Xanthomonas*)
    - *Bacillue sp.*
    - *Pseudomonas* autre que *P. aeruginosa*
    - ou autres micro-organismes à potentiel pathogène comparable
- pour lesquels sont exigées :
- au moins 1 hémoculture positive si présence d'un cathéter veineux central
  - 2 hémocultures en l'absence d'un cathéter veineux central avec :
    - ≤ 12 mois : 1 signe parmi : hyperthermie > 38°C, hypothermie < 37°C, apnée, bradycardie
    - > 12 mois : 1 signe parmi hyperthermie > 38°C, frissons, hypotension artérielle (< 2 DS)
- OU
- 2 hémocultures en l'absence d'un cathéter veineux central avec : avec diagnostic de septicémie validée par le clinicien avec une antibiothérapie de plus de 4 jours

### Pneumopathie (pour les enfants)

Association d'arguments

- radiologiques : une ou plusieurs opacités parenchymateuses anormales, récentes, évolutives
- thérapeutiques : antibiothérapie maintenue plus de 4 jours
- cliniques associant :
  - signes respiratoires avec aggravation en 48 heures, et/ou des signes cliniques et gazométriques, et/ou des besoins de ventilation mécanique
  - signes inflammatoires et/ou hyperthermie > 38°C et/ou une élévation de la CRP (3 x N), et/ou hyperleucocytose

### Bactériurie

Chez l'enfant de moins de 12 mois

- Cas 1** : Présence d'un des signes suivants :
- fièvre > 38°C,
  - apnée,

- dysurie,
- vomissements,
- hypothermie < 37°C,
- bradycardie,
- léthargie,

*ET, culture d'urine positive ( $\geq 10^5$  colonies/ml) sans qu'il y ait plus de 2 germes isolés.*

**Cas 2 :** *Présence d'un des signes suivants :*

- fièvre > 38°C,
- apnée,
- dysurie,
- vomissements,
- hypothermie < 37°C,
- bradycardie,
- léthargie,

*ET un des signes suivants :*

- bandelette urinaire positive pour l'estérase leucocytaire et/ou les nitrites,
- pyurie,
- observation de micro-organismes sur coloration de Gram, des urines non centrifugées,
- isolement répété du même germe Gram négatif sur 2 cultures d'urines ( $\geq 10^2$  colonies / ml),
- isolement d'un germe pathogène sur culture ( $\leq 10^5$  colonies / ml chez un patient recevant une antibiothérapie adéquate),
- diagnostic médical,
- antibiothérapie adéquate en cours.

## **Gastro-entérite** (pour les enfants)

- Installation d'une diarrhée (selles liquides pendant plus de 12 heures)
- avec ou sans vomissements ou fièvre > 38°C
- et sans probabilité de cause non infectieuse



## ANNEXE IV : DEFINITION DES AUTRES INFECTIONS NOSOCOMIALES

**Autres infections des voies urinaires** (rein, uretère, vessie, urètre, tissu périnéphrétique ou périrétropéritonéal)

**Cas 1** : *Isolement* de germes sur culture de liquide (sauf d'urine) ou de tissus.

**Cas 2** : *Observation* directe d'abcès ou signes d'infection en cours d'intervention chirurgicale ou d'examen histopathologique.

**Cas 3** : *Présence de deux des signes suivants* :

- fièvre > 38°C,
- douleur,
- sensibilité locale,

*ET un des signes suivants* :

- drainage purulent du site,
- isolement sur hémoculture d'un micro-organisme,
- signes d'infection en imagerie (radio, scanner, IRM, ou scintigraphie),
- diagnostic médical,
- traitement anti-infectieux.

## Infections broncho-pulmonaires

### Bronchite, trachéobronchite, bronchiolite, trachéite

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

*ET présence de deux des signes suivants* :

- fièvre >38° C,
- toux,
- expectoration récente ou augmentée,
- râles ronflants ou sibilances,

*ET un des signes suivants* :

- germe isolé sur aspiration profonde ou après bronchoscopie,
- recherche d'antigène positive dans les sécrétions respiratoires,
- anticorps IgM détectés ou IgG multipliés par 4 sur 2 prélèvements successifs.

### Autres infections des voies respiratoires sauf pneumonie

**Cas 1** : *Germes objectivés* sur un frottis ou isolés de culture de tissu pulmonaire ou de liquide pleural.

**Cas 2** : *Abcès du poumon ou empyème* découvert lors d'une intervention chirurgicale ou à l'examen histopathologique.

**Cas 3** : *Cavité abcédée* à la radiographie pulmonaire.

### Chez l'enfant de moins de 12 mois

ne présentant pas de signes évidents de pneumonie et toute autre cause étant écartée

**Cas 1 :** *Présence de deux des signes suivants :*

- fièvre > 38° C,
- toux,
- expectoration récente ou augmentée,
- râles ronflants ou sibilances,
- apnée,
- bradycardie,

*ET un des signes suivants :*

- germe isolé sur aspiration profonde ou après bronchoscopie,
- recherche d'antigène positive dans les sécrétions respiratoires,
- anticorps IgM détectés ou IgG multipliés par 4 sur 2 prélèvements successifs.

## **Infections de la peau et des tissus mous**

### **Infection cutanée**

**Cas 1 :** *Ecoulement purulent, pustules, vésicules ou furoncles.*

**Cas 2 :** *Présence de deux des signes suivants :*

- douleur locale,
- gonflement,
- chaleur,
- sensibilité,
- rougeur,

*ET un des signes suivants :*

- germe isolé de la culture du site affecté,
- germe isolé d'hémoculture,
- recherche d'antigène positive dans le sang ou le tissu affecté,
- 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**

**(Fasciite nécrosante, gangrène infectieuse, cellulite nécrotique, myosite infectieuse, lymphadénite ou lymphangite)**

**Cas 1 :** Germe isolé de culture de tissu ou d'écoulement du site affecté.

**Cas 2 :** *Ecoulement purulent du site affecté.*

**Cas 3 :** *Abcès ou autre signe d'infection observé durant l'intervention chirurgicale ou à l'examen histologique.*

**Cas 4 :** *Présence de deux des signes suivants :*

- douleur locale,
- rougeur,
- chaleur,
- sensibilité,
- gonflement.



*ET un des signes suivants :*

- germe isolé d'hémoculture,
- recherche d'antigène soluble positive dans le sang ou les urines,
- taux d'anticorps élevé (IgM) ou multiplié par 4 (IgG) sur 2 prélèvements successifs.

### **Infection d'escarre**

Présence de deux des signes suivants :

- rougeur,
- sensibilité,
- gonflement des bords de la plaie,

*ET un des signes suivants :*

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

### **Infection de brûlure**

**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 un des signes suivants :*

- germe isolé par hémoculture en l'absence d'une autre infection,
- 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 de deux des signes suivants :*

- fièvre > 38° C ou hypothermie < 36° C,
- hypotension (pression systolique ≤ 90 mm Hg),
- oligurie (< 20ml/h),
- hypoglycémie,
- confusion mentale,

*ET un des signes suivants :*

- envahissement microbien du tissu vivant adjacent à l'examen histologique,
- germe isolé par hémoculture,
- 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.

### **Abcès du sein ou mastite**

**Cas 1 :** *Germe isolé* 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.

## ENFANTS

### Infection sur circoncision

**Chez l'enfant de moins de 30 jours**

**Cas 1 :** *Écoulement purulent du site de la circoncision.*

**Cas 2 :** *Présence d'un des signes suivants :*

- érythème,
- gonflement,
- sensibilité locale,

ET isolement du germe pathogène du site de la circoncision.

**Cas 3 :** *Présence d'un des signes suivants :*

- érythème,
- gonflement,
- sensibilité locale,

*ET les deux signes suivants :*

- isolement d'un germe commensal de la peau du site incisé,
- diagnostic médical ou traitement antibiotique adéquat.

### Omphalite du nouveau-né

**Chez l'enfant de moins de 30 jours**

*Erythème ou écoulement séreux de l'ombilic, et un des signes suivants :*

- germe isolé de culture d'écoulement ou de produit d'aspiration à l'aiguille,
- germe isolé d'hémoculture
- érythème et écoulement purulent de l'ombilic.

### Pustulose du jeune enfant

**Chez l'enfant de moins de 12 mois**

**Cas 1 :** Présence de pustules et diagnostic de pustulose par le médecin.

**Cas 2 :** Présence de pustules et prescription d'un traitement antibiotique adéquat.

## LONG SEJOUR

### Gale

**Long séjour**

Elle doit satisfaire aux deux critères suivants :

- *éruption maculo-papuleuse et/ou prurit* à prédominance nocturne avec lésions de grattage, *ET*
- *confirmation du diagnostic* par le médecin ou le laboratoire.

### Infections mycosiques de la peau

**Long séjour**

Elles doivent satisfaire aux deux critères suivants :

- éruption maculo-papuleuse, ET
- confirmation du diagnostic par le médecin ou le laboratoire.

## Infections gastro-intestinales

### Gastro-entérite

(au moins 2 selles liquides par jour pendant plus de 2 jours)

**Cas 1 :** *Diarrhée* de survenue brutale en l'absence de cause non infectieuse et iatrogène, ET en l'absence des trois critères suivants :

- régime thérapeutique,
- maladie chronique en phase aiguë,
- stress psychologique.

**Cas 2 :** *Présence de deux des signes suivants :*

- nausées,
- vomissements,
- douleur abdominale,
- céphalées,

ET un des signes suivants :

- isolement du germe entérique pathogène sur selles ou frottis rectal,
- détection au microscope de germes 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

*Présence de deux des signes suivants (toute autre étiologie étant écartée) :*

- fièvre > 38° C,
- anorexie,
- nausées, vomissements,
- douleur abdominale,
- ictère ou antécédent de transfusion sanguine dans les trois mois précédents,

ET un des signes suivants :

- détection d'antigène ou d'anticorps pour l'hépatite A, B, C ou Delta,
- perturbation de tests biologiques : transaminases (SGOT/SGPT) ou bilirubine élevées,
- détection du virus CMV dans les urines ou les sécrétions oropharyngées.

### Infection gastro-intestinale

**Cas 1 :** *Découverte d'abcès ou de signes d'infections* au cours d'intervention chirurgicale ou à l'examen histopathologique.

**Cas 2 :** *Présence de deux des signes suivants (toute autre cause d'infection du tissu ou de l'organe étant écartée) :*

- fièvre > 38° C,

- nausées, vomissements,
- douleur abdominale,
- sensibilité locale,

*ET un des signes suivants :*

- isolement du germe sur prélèvement (sécrétions ou tissus) lors d'une intervention chirurgicale ou lors d'une endoscopie,
- germes sur coloration (Gram ou KOH) ou cellules géantes multinucléées à l'examen microscopique de produits ou de tissus lors de l'intervention.

### **Infection intra-abdominale**

**Cas 1 :** *Isolement de germe* sur produit purulent intra-abdominal (suite à une intervention chirurgicale ou aspiration à l'aiguille).

**Cas 2 :** *Découverte d'abcès ou de signe d'infection* au cours d'une intervention chirurgicale ou d'un examen histopathologique.

**Cas 3 :** Présence de deux des signes suivants (toute autre cause étant écartée) :

- fièvre > 38° C,
- nausées, vomissements,
- douleur abdominale,
- ictère,

*ET un des signes suivants :*

- isolement de germe sur produit de drain posé chirurgicalement (drainage en circuit fermé, drain ouvert, drain de kehr),
- découverte microscopique de germe sur coloration de Gram des produits de drainage ou de tissus ou par aspiration à l'aiguille,
- isolement de germe à l'hémoculture et image radiologique d'infection.

## **Infections orl, stomatologiques et ophtalmologiques**

### **Pharyngite, laryngite, epiglottite**

**Cas 1 :** *Présence de deux des signes suivants :*

- fièvre > 38° C,
- érythème du pharynx,
- douleur pharyngée,
- toux,
- raucité de la voix,
- sécrétion pharyngée purulente,

*ET un des signes suivants :*

- isolement de germe sur site spécifique,
- isolement de germe sur hémoculture,
- découverte d'antigène 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'abcès à l'examen direct ou chirurgical ou histopathologique.*

## **Pharyngite, laryngite, épiglottite**

### **Chez l'enfant de moins de 12 mois**

**Cas 1 :** *Présence de deux des signes suivants :*

- fièvre > 38°C,
- hypothermie < 37°C,
- apnée,
- bradycardie,
- rhinorrhée,
- exsudat purulent pharyngé,

*ET un des signes suivants :*

- isolement de germe sur site spécifique,
- isolement de germe sur hémoculture,
- découverte d'antigène dans les sécrétions respiratoires ou le sang,
- anticorps IgM détectés ou IgG multipliés par 4 sur 2 prélèvements successifs,
- diagnostic du médecin.

## **Otite externe**

**Cas 1 :** *Isolement de germe pathogène sur culture de produits d'écoulement du conduit auditif externe.*

**Cas 2 :** *Présence d'un des signes suivants :*

- fièvre > 38° C,
- otalgie,
- rougeur,
- écoulement du conduit auditif,

*ET germes découverts sur la coloration de Gram du liquide purulent.*

## **Otite moyenne**

**Cas 1 :** *Isolement de germe sur culture de liquide (aspiration transtympanique ou au cours d'acte chirurgical).*

**Cas 2 :** *Présence de deux des signes suivants :*

- 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 germe sur culture de liquide obtenu au cours d'acte chirurgical sur l'oreille interne.*

**Cas 2 :** *Diagnostic du médecin.*

## **Sinusite**

**Cas 1 :** *Isolement de germe sur culture de produits issus des sinus.*

**Cas 2 :** *Présence d'un des signes suivants :*

- fièvre > 38° C,
- céphalée,
- obstruction nasale,
- douleur ou sensibilité du sinus atteint,
- écoulement purulent,

*ET un des signes suivants :*

- transluminescence positive,
- image radiologique d'infection.

## **Mastoïdite**

**Cas 1 :** *Isolement de germe sur écoulement mastoïdien purulent.*

**Cas 2 :** *Présence de deux des signes suivants :*

- fièvre > 38° C,
- sensibilité à la palpation,
- céphalée,
- douleur,
- érythème,
- paralysie faciale,

*ET un des signes suivants :*

- découverte de germes sur coloration de Gram de produits purulents mastoïdiens,
- découverte d'antigène dans le sang.

## **Infection de la cavité buccale**

**Cas 1 :** *Isolement de germe sur culture de produits issus de la cavité buccale.*

**Cas 2 :** *Découverte d'abcès ou d'autre signe d'infection à l'examen direct ou chirurgical ou histopathologique.*

**Cas 3 :** *Présence d'un des signes suivants :*

- taches blanches surélevées sur muqueuse inflammatoire,
- abcès,
- ulcération,
- plaques sur muqueuse,

*ET un des signes suivants :*

- découverte de germes sur coloration de Gram,
- coloration (KOH) positive,
- cellules géantes multinucléées en microscopie, sur des produits de grattage de la muqueuse,
- découverte d'antigène dans les sécrétions orales,
- anticorps IgM détectés ou IgG multipliés par 4 sur 2 prélèvements successifs,
- diagnostic du médecin, avec traitement topique ou oral à visée antifongique.

## Conjonctivite

**Cas 1 :** *Isolement de germe 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 un des signes suivants :*

- découverte de leucocytes et germes sur coloration de Gram des sécrétions,
- sécrétions purulentes,
- découverte d'antigène 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

**Cas 1 :** *Isolement de germes sur culture* (produits de chambre antérieure ou postérieure, humeur vitrée).

**Cas 2 :** *Présence de deux des signes suivants, sans autre cause évidente :*

- douleur oculaire,
- troubles de la vue,
- hypopion,

*ET un des signes suivants :*

- isolement de germe à l'hémoculture,
- découverte d'antigène dans le sang,
- diagnostic du médecin.

## Infections gynécologiques

### Endométrite

**Cas 1 :** *Isolement de germe sur culture* provenant de l'endomètre lors d'une intervention chirurgicale ou par aspiration à l'aiguille, ou brosse biopsie.

**Cas 2 :** *Présence d'un écoulement purulent de l'utérus,*

*ET de deux des signes suivants :*

- fièvre > 38° C,
- douleur abdominale,
- sensibilité utérine à la palpation.

### Infection sur épisiotomie

**Cas 1 :** *Écoulement purulent du site d'épisiotomie.*

**Cas 2 :** *Abcès au niveau du site de l'épisiotomie.*

## **Infection vaginale**

**Cas 1 :** *Ecoulement purulent de la cavité vaginale.*

**Cas 2 :** *Abcès du canal vaginal.*

**Cas 3 :** *Germe pathogène isolé de culture du liquide ou du tissu provenant de la cavité vaginale.*

## **Autres infections de l'appareil génital masculin ou féminin**

**Cas 1 :** *Germe isolé de culture provenant du site affecté.*

**Cas 2 :** *Abcès ou autre signe d'infection découvert lors d'une intervention chirurgicale ou d'un examen histopathologique.*

**Cas 3 :** *Présence de deux des signes suivants :*

- fièvre > 38° C,
- douleur,
- dysurie,
- nausées,
- sensibilité à la palpation,

*ET un des signes suivants :*

- germe isolé d'hémoculture,
- diagnostic médical.

## **Infections des os et des articulations**

### **Ostéomyélite**

**Cas 1 :** *Germe isolé de culture d'os.*

**Cas 2 :** *Signe d'ostéomyélite à l'intervention chirurgicale ou à l'examen histopathologique.*

**Cas 3 :** *Présence de deux des signes suivants sans autre cause évidente :*

- fièvre > 38° C,
- gonflement localisé,
- douleur à la palpation,
- chaleur,
- écoulement du site suspect d'infection,

*ET un des signes suivants :*

- germe isolé d'hémoculture,
- recherche positive d'antigène dans le sang,
- signe radiologique d'infection.

### **Arthrite ou synovite septique**

**Cas 1 :** *Germe 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 de deux des signes suivants :*

- douleur,
- gonflement, chaleur,
- palpation douloureuse,
- épanchement ou limitation du mouvement,

*ET un des signes suivants :*

- germes et globules blancs 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,
- signe radiologique d'infection.

### **Spondylodiscite d'origine infectieuse**

**Cas 1 :** *Germe 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 douleur du site atteint, et radiographie montrant une image de lésion infectieuse.*

**Cas 4 :** *Présence d'une fièvre > 38°C, (sans autre cause évidente), et douleur du site atteint,*

*ET l'un des signes suivants :*

- recherche positive d'antigène dans le corps ou l'urine,
- germe isolé d'hémoculture.

## **Infections du système nerveux central**

### **Infection du parenchyme cérébral**

**(abcès cérébral, empyème sous-dural ou épidural, encéphalite)**

**Cas 1 :** *Isolement d'un germe à partir du pus intra-crânien.*

**Cas 2 :** *Abcès découvert* lors d'une intervention chirurgicale ou d'un examen histopathologique.

**Cas 3 :** *Présence de deux des signes suivants associés à une antibiothérapie en cours :*

- céphalées ou vertiges,
- fièvre > 38°C,
- signes neurologiques localisés,
- troubles de la conscience ou du comportement,

*ET un des signes suivants :*

- découverte à l'examen direct de germes, obtenus sur les prélèvements par aspiration à l'aiguille ou biopsie chirurgicale,
- recherche d'antigène positive dans le sang ou les urines,
- lésion infectieuse en imagerie médicale,
- anticorps IgM détectés ou IgG multipliés par 4 sur 2 prélèvements successifs.

## **Infection du parenchyme cérébral**

**(abcès cérébral, empyème sous-dural ou épidural, encéphalite)**

### **Chez l'enfant de moins de 12 mois**

**Cas 1** : *Présence d'un des signes suivants, associés à une antibiothérapie en cours :*

- fièvre > 38°C ou hypothermie < 37°C,
- apnée,
- bradycardie,
- signes neurologiques localisés,
- troubles de la conscience,

*ET un des signes suivants :*

- découverte au microscope de germes sur tissu cérébral ou abcès obtenu par aspiration à l'aiguille ou biopsie chirurgicale,
- recherche d'antigène positive dans le sang ou les urines,
- lésion infectieuse en imagerie médicale,
- anticorps IgM détectés ou IgG multipliés par 4 sur 2 prélèvements successifs.

## **Méningite ou ventriculite**

**Cas 1** : *Germe pathogène isolé dans le liquide céphalo-rachidien.*

**Cas 2** : *Présence de deux des signes suivants, associés à une antibiothérapie en cours :*

- fièvre > 38°C,
- signes méningés,
- troubles de la conscience,

*ET un des signes suivants :*

- analyse du LCR : leucocytes et protéines élevés, et glucose abaissé,
- découverte de germe à l'examen direct du LCR,
- isolement de germe à l'hémoculture,
- recherche d'antigène positive dans le LCR,
- anticorps IgM détectés ou IgG multipliés par 4 sur 2 prélèvements successifs.

## **Méningite ou ventriculite**

### **Chez l'enfant de moins de 12 mois**

**Cas 1** : *Présence de deux des signes suivants, associés à une antibiothérapie en cours :*

- fièvre > 38°C ou hypothermie < 37°C,
- apnée,
- bradycardie,
- signes méningés,
- atteinte des nerfs crâniens,
- irritabilité,

*ET un des signes suivants :*

- analyse du LCR : leucocytes et protéines élevés, et/ou glucose abaissé,
- découverte de germe à l'examen direct du LCR,
- isolement de germe à l'hémoculture,
- recherche d'antigène positive dans le LCR, le sang ou l'urine,
- anticorps IgM détectés ou IgG multipliés par 4 sur 2 prélèvements successifs.

## **Infection péri-médullaire**

**Cas 1 :** *Germe isolé de culture d'abcès épidual ou sous-dural.*

**Cas 2 :** *Abcès épidual ou sous-dural découvert lors d'une intervention chirurgicale ou d'un examen histopathologique.*

**Cas 3 :** *Présence de deux des signes suivants, associés à une antibiothérapie en cours :*

- fièvre > 38°C,
- rachialgies,
- douleur localisée à la palpation,
- signes de compression médullaire,

*ET un des signes suivants :*

- isolement de germe à l'hémoculture,
- abcès en imagerie médicale.

## **Infections cardio-vasculaires**

### **Endocardite sur prothèse valvulaire**

**Cas 1 :** Isolement de germes sur culture de valve ou de végétations.

**Cas 2 :** Présence de deux des signes suivants sans autre cause évidente :

- fièvre > 38°C,
- auscultation cardiaque modifiée,
- phénomène embolique,
- manifestations cutanées (pétéchies, phénomène hémorragique disséminé, nodules sous cutanés douloureux),
- décompensation cardiaque, anomalies de la conduction,

*ET un des signes suivants :*

- isolement d'un même germe sur deux hémocultures,
- observation de germes à l'examen direct sur frottis de valve (alors que le résultat de la culture est négatif),
- découverte de végétation valvulaire (par chirurgie ou autopsie),
- découverte de végétation à l'échographie.

### **Myocardite, péricardite septique**

**Cas 1 :** *Germe isolé de culture de tissu péricardique, ou de liquide obtenu par aspiration ou au cours d'acte chirurgical.*

**Cas 2 :** *Présence de deux des signes suivants, sans autre cause évidente :*

- fièvre > 38°C,
- douleur thoracique,
- pouls paradoxal,
- volume cardiaque augmenté,

*ET un des signes suivants :*

- anomalie à l'ECG compatible avec myocardite ou péricardite,

- découverte d'antigène dans le sang,
- examen histologique : lésion de type endocardite ou péricardite,
- taux d'anticorps spécifiques multiplié par 4, avec ou sans isolement viral,
- épanchement péricardique détecté en imagerie.

### **Médiastinite**

**Cas 1 :** *Germe isolé* de culture de tissu, ou de liquide médiastinal obtenu au cours d'un acte (intervention chirurgicale ou 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'un des signes suivants :*

- fièvre > 38°C,
- douleur thoracique,
- instabilité sternale,

*ET un des signes suivants :*

- écoulement purulent du médiastin,
- isolement de germes sur hémoculture ou sur culture de drain médiastinal,
- image évocatrice au scanner thoracique.

### **Infections artérielles et veineuses**

#### **Chez l'enfant de moins de 12 mois**

**Cas 1 :** *Présence d'un des signes suivants :*

- fièvre > 38°C,
- apnée,
- bradycardie,
- léthargie,
- chaleur, érythème, douleur au niveau du site,

*ET les deux signes suivants :*

- culture de cathéter I-V, avec plus de 15 colonies en semi-quantitatif,
- hémoculture non effectuée ou négative.

### **Endocardites sur prothèse valvulaire**

#### **Chez l'enfant de moins de 12 mois**

**Cas 1 :** *Présence d'un des signes suivants*, sans autre cause évidente, associé à une antibiothérapie adéquate :

- fièvre > 38°C,
- auscultation cardiaque modifiée,
- phénomène embolique,
- manifestations cutanées (pétéchies, phénomène hémorragique disséminé, nodules souscutanés douloureux),
- décompensation cardiaque, anomalies de la conduction,

*ET un des signes suivants :*

- isolement d'un même germe sur 2 hémocultures,
- observation de germes à l'examen direct sur frottis de valve (alors que le résultat de la culture est négatif),

- découverte de végétation valvulaire (par chirurgie ou autopsie),
- découverte de végétation à l'échographie.

### **Myocardite, péricardite septique**

#### **Chez l'enfant de moins de 12 mois**

**Cas 1** : *Présence de deux des signes suivants sans autre cause évidente :*

- fièvre > 38°C,
- hypothermie,
- apnée,
- bradycardie,
- pouls paradoxal,
- volume cardiaque augmenté,

*ET un des signes suivants :*

- anomalie ECG compatible avec myocardite ou péricardite,
- découverte d'antigène dans le sang,
- examen histologique : lésion de type endocardite ou péricardite,
- taux d'anticorps spécifiques multiplié par 4 avec ou sans isolement viral,
- épanchement péricardique détecté en imagerie.

### **Médiastinite**

#### **Chez l'enfant de moins de 12 mois**

**Cas 1** : *Présence d'un des signes suivants :*

- fièvre > 38°C,
- hypothermie,
- apnée,
- bradycardie,
- instabilité sternale,

*ET un des signes suivants :*

- drainage purulent du médiastin,
- isolement de germe sur hémoculture ou culture de drain médiastinal,
- image radiologique d'élargissement du médiastin.

## **Infection systémique**

### **Infection systémique**

Elle est le plus souvent d'origine virale et englobe plusieurs organes ou systèmes sans signe d'une localisation unique de l'infection.

*Signes cliniques évocateurs de rougeole, oreillons, rubéole, varicelle, grippe, zona...*

### **Syndromes grippaux (pendant la saison grippale uniquement)**

#### **Long séjour**

- fièvre  $\geq$  38°C,

*ET au moins trois des symptômes suivants :*

- frissons,
- céphalées ou douleurs oculaires,
- myalgies,
- asthénie ou anorexie,
- angine,
- apparition récente ou aggravation d'une toux sèche.



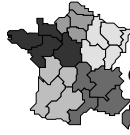
## ANNEXE V

# ANNEXE V : ENQUETE NATIONALE DE PREVALENCE 2001 DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

## Information au patient hospitalisé pour une enquête de prévalence d'un jour donné

### RAISIN

Réseau d'Alerte,  
d'Investigations et  
de Surveillance des  
Infections Nosocomiales



C.CLIN-Ouest  
C.CLIN-Paris-Nord  
C.CLIN-Est  
C.CLIN-Sud-Est  
C.CLIN-Sud-Ouest

### CTIN

Comité  
Technique  
des Infections  
Nosocomiales



INSTITUT DE  
VEILLE SANITAIRE

## Enquête nationale de prévalence 2001 Des infections nosocomiales, mai-juin 2001 : information au patient hospitalisé Concernant l'enquête de prévalence un jour donné

Vous êtes hospitalisé dans un service de notre établissement.

Selon les recommandations du ministère de la santé, et afin de renforcer la qualité des soins prodigués dans le service, une enquête sur les infections nosocomiales (infection contractée lors de l'hospitalisation) a lieu dans l'ensemble des établissements publics et privés de France un jour donné entre le 21 mai et le 23 juin 2001. Cette enquête consiste en une collecte d'information médicale et épidémiologique à l'aide d'un questionnaire recto-verso chez les personnes qui ont été présentes à l'hôpital le jour suivant

Cette enquête nécessite l'informatisation de données médicales, indirectement nominatives, vous concernant. Les données d'identification indirectement nominatives vous concernant seront conservées uniquement sur le questionnaire au niveau de l'établissement de soins pendant une période limitée (de juin à octobre 2001) permettant la validation des données et seront détruites ensuite. Conformément à l'article 40.4 à la loi n° 7817 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez vous opposer à ce que les données indirectement nominatives vous concernant fasse l'objet d'un traitement informatique automatisé.

Les données collectées individuelles anonymisées feront l'objet d'un traitement statistique informatique au niveau du C.CLIN de l'inter-région de l'établissement où vous êtes hospitalisé et de l'Institut de Veille Sanitaire (14 rue du Val d'Osne, 94415, Saint-Maurice, Cedex).

L'informatisation des données recueillies au cours de cette enquête a fait l'objet d'une déclaration à la Commission Informatique et Liberté qui a donné un avis favorable (avis N° ). La loi n° 7817 du 6 janvier 1978 modifiée le 1<sup>er</sup> juillet 1994 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit aux personnes physiques concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Dans le cas où vous souhaitez être informé du résultat et du type d'information recueillies vous concernant, vous pouvez exercer un droit d'accès par l'intermédiaire de tout médecin exerçant dans ce service auprès du président du Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) de cet établissement auprès du Centre inter-régional de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales pour la base de donnée inter-régionale ou de l'Institut de Veille Sanitaire pour la base de donnée nationale.