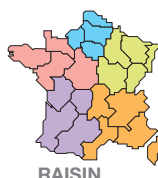


Enquête nationale de prévalence 2006 des infections nosocomiales Mai – juin 2006



Protocole national

CClin Est
CClin Ouest
CClin Paris-Nord
CClin Sud-Est
CClin Sud-Ouest



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

<http://www.invs.sante.fr/raisin/>



INSTITUT DE
VEILLE SANITAIRE

	Acronymes	p. 2
1	Introduction	p. 3
2	Objectifs	p. 4
3	Cible	p. 5
4	Sensibilisation et information	p. 6
5	Formation	p. 6
6	Quand ?	p. 6
7	Comment ?	p. 7
8	Qui ?	p. 7
9	Appréciation du caractère nosocomial d'une infection	p. 8
10	Définitions des infections nosocomiales par site	p. 9
11	Données recueillies pour l'enquête	p. 12
12	Les facteurs de risques	p. 13
13	Intervention chirurgicale	p. 14
14	Identification des patients infectés	p. 14
15	Infections urinaires asymptomatiques	p. 14
16	Recueil et saisie des données	p. 15
17	Anonymat des questionnaires, confidentialité	p. 15
18	Analyse des données	p. 16
19	Restitution des données	p. 16
20	Calendrier prévisionnel	p. 17
	Annexes	p. 18

Enquête nationale de prévalence (ENP) 2006 des infections nosocomiales

Mai – juin 2006

Groupe de travail ENP 2006 :

InVS

B. Coignard (coordonnateur), J.-M. Thiolet, S. Maugat

CClin Est

H. Tronel, F. Gimenez

CClin Ouest

H. Sénéchal, G. Gourvellec

CClin Paris-Nord

F. L'Héritier, F. Daniel

CClin Sud-Est

M.-H. Metzger, L. Voisin

CClin Sud-Ouest

C. Gautier

Cellule infections nosocomiales, ministère de la Santé et des Solidarités

B. Tran, V. Salomon

Groupe de pilotage :

Comité de coordination du Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin)

L.-S. Aho, C. Angot, P. Astagneau, G. Beaucaire, C. Bernet, V. Bussy-Malgrange, A. Carbonne, B. Coignard, S. Danet, J.-C. Desenclos, C. Dumartin, J. Fabry, J.-P. Gachie, V. Jarlier, B. Lejeune, P. Parneix, V. Salomon, H. Sénéchal, A. Savey, D. Talon, B. Tran.

Contacts :

Ce protocole est une mise à jour du protocole 2001 de l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales. ⁽¹⁾ Il bénéficie, à ce titre, de l'expérience accumulée par le précédent groupe de travail. À l'époque, des contacts avaient été pris avec des gériatres et pédiatres pour des définitions d'infections spécifiques.

En 2006, le groupe de travail ENP a bénéficié de l'expertise du groupe de travail "définitions" du CTINILS, auquel participaient certains de ses membres.

⁽¹⁾ Téléchargeable sur : http://www.invs.sante.fr/publications/protoc_noso_1101/index.html

Acronymes

ADL	Activities of daily living (échelle d'autonomie de Katz)
Aggir	Autonomie gériatrique – groupes iso-ressources
CClin	Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CHG	Centre hospitalier général
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHU	Centre hospitalier universitaire
Clin	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CME	Commission médicale d'établissement
Cnil	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CTINILS	Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins
Ddass	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGS	Direction générale de la santé
Dhos	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
Drass	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DSSI	Direction du service des soins infirmiers
ECBU	Examen cyto bactériologique des urines
ENP	Enquête nationale de prévalence
EOHH	Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière
Finess	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
Groupepilin	Groupe de pilotage du programme national de lutte contre les infections nosocomiales
HAD	Hospitalisation à domicile
IN	Infection nosocomiale
InVS	Institut de veille sanitaire
IUA	Infections urinaires asymptomatiques
PSPH	Privés participant au service public hospitalier
Raisin	Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales
REA-Raisin	Réseau de surveillance des infections nosocomiales en réanimation
SRLF	Société de réanimation de langue française
SSR	Soins de suite et de réadaptation
USLD	Unités de soins de longue durée

1 | Introduction

En France, la première enquête de prévalence des infections nosocomiales (IN) portait en 1990 sur un échantillon de 39 hôpitaux dans 14 départements ; 11 599 patients avaient été inclus. La prévalence des patients infectés était de 6,7 % et celle des IN de 7,4 %. ⁽²⁾

Dans le cadre du plan national de lutte contre les IN 1995–2000, une enquête nationale de prévalence (ENP) était proposée en 1996 aux établissements de santé publics et à certains établissements de santé privés, afin de sensibiliser les professionnels et de disposer de données épidémiologiques nationales. Cette enquête a inclus 236 334 patients dans 830 établissements. La prévalence des patients infectés était de 6,7 % et celle des IN de 7,6 %. ⁽³⁾

Afin d'estimer l'évolution de cette prévalence depuis 1996, une deuxième enquête nationale était proposée en 2001 aux établissements de santé publics et privés français, sous l'égide du Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des IN (Raisin). Cette enquête a inclus 305 656 patients dans 1 533 établissements (78 % des lits d'hospitalisation). La prévalence des patients infectés était de 6,9 % et celle des IN de 7,5 %. ⁽⁴⁾ Entre 1996 et 2001, la prévalence des IN (hors infections urinaires asymptomatiques) passait de 8,3 % à 7,2 % dans les Centres hospitaliers universitaires (CHU) et de 6,5 % à 5,0 % dans les Centres hospitaliers généraux (CHG). Ces résultats suggèrent une diminution de la prévalence des IN entre 1996 et 2001, mais leur interprétation doit être prudente car les deux enquêtes ne portent pas sur les mêmes établissements et ne prennent pas en compte tous les facteurs influençant la fréquence des IN. Lors d'enquêtes conduites dans plusieurs pays européens entre 1990 et 2005, avec des méthodes

parfois différentes, la prévalence des IN mesurée se situait entre 3,5 % et 10 %. ⁽⁵⁾

En parallèle de ces enquêtes de prévalence, les Centres de coordination de la lutte contre les IN (CClin) et le Raisin ont développé, depuis le début des années 1990, des réseaux de surveillance des IN. Fondés sur le volontariat, ils fournissent chaque année des données sur l'incidence des infections du site opératoire, des infections en réanimation, des bactéries multirésistantes, des bactériémies nosocomiales et des accidents exposant au sang. ⁽⁶⁾ En 2003, 38 % des établissements de santé français de court séjour participaient à au moins un réseau de surveillance du Raisin. ⁽⁷⁾ Enfin, les conséquences humaines (morbidité, mortalité) et économiques des IN et leurs méthodes de prévention ont fait l'objet de nombreux travaux de recherche par des équipes hospitalières.

Chacun des acteurs du système de santé français a aujourd'hui conscience que la lutte contre les IN est une priorité. Le programme national de lutte contre les IN 2005-2008, tout en rappelant les acquis de la lutte contre les IN en France depuis 15 ans, souligne cependant le besoin d'une nouvelle impulsion alors que les usagers perçoivent, à travers la médiatisation d'épisodes infectieux dramatiques, un phénomène en cours d'aggravation. Sans attendre la mise en place de l'ensemble des indicateurs du tableau de bord des IN, la réalisation d'une nouvelle ENP reste donc, pour beaucoup d'établissements pris individuellement et pour la communauté hospitalière dans son ensemble, un moyen simple de faire en toute transparence le point sur l'importance du problème.

⁽²⁾ Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales en France : Hôpital Propre. BEH n° 39/1993.

⁽³⁾ Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales, 1996. BEH n° 36/1997.

⁽⁴⁾ Deuxième enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales, France, 2001. Surveillance nationale des maladies infectieuses, 2001-2003. Institut de veille sanitaire, 2005.

⁽⁵⁾ Espagne, 1990, 9,9 % ; Norvège, 1991, 6,3 % ; Allemagne, 1994, 3,6 % ; Angleterre, 1993–1994, 9 % ; Norvège, 2002–2003, 5,4 % ; Suisse, 2004, 7,2 % ; Finlande, 2005, 9 %.

⁽⁶⁾ Les résultats de ces réseaux sont accessibles via le site du Raisin : <http://www.invs.sante.fr/raisin/>

⁽⁷⁾ Caractéristiques des établissements de santé participant aux réseaux de surveillance du Raisin, France, 2003. Journées de veille sanitaire, Paris, décembre 2005 (poster).

Le Groupe de pilotage du programme national de lutte contre les IN (Groupepilin) s'est prononcé en février 2005 en faveur de la réalisation de cette nouvelle enquête, qui permettra de décrire de façon détaillée et actualisée, un jour donné, les IN survenant dans l'ensemble des services et établissements de santé en France. Elle reste une opportunité particulière pour inciter et former ces établissements à la surveillance des IN par l'appropriation d'outils standardisés. Les petits établissements, publics ou privés, qui n'avaient pas participé aux enquêtes précédentes en constituent la cible prioritaire.

Dans sa lettre de saisine en date du 27 mai 2005, le ministre souhaite donc la mobilisation la plus large possible des établissements de santé, afin de montrer et valoriser leur engagement dans une démarche de mesure du risque infectieux. Cette nouvelle enquête doit

répondre aux attentes du public et sera l'occasion de disposer d'une base de comparaison avec l'étranger. Elle devra porter une attention particulière à la résistance des bactéries aux antibiotiques et à l'analyse des antibiotiques prescrits le jour de l'enquête.

L'ENP des IN 2006 s'inscrit dans les axes "optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance" et "mieux informer (...) et communiquer sur le risque infectieux lié aux soins" du programme national de lutte contre les IN 2005-2008.

Elle aura lieu du 29 mai au 30 juin 2006.

Comme en 2001, elle est réalisée sous l'égide du Raisin, mise en œuvre par les CClin et les établissements de santé et coordonnée au niveau national par l'Institut de veille sanitaire (InVS).

2 | Objectifs

2.1 | Décrire

- Mettre en œuvre un recueil standardisé de données épidémiologiques permettant de mesurer, un jour donné, la prévalence des IN et des traitements antibiotiques prescrits aux patients dans chaque établissement de santé en France.
- Décrire les infections recensées par type d'établissement, service, site infectieux et micro-organisme.
- Décrire les traitements antibiotiques prescrits par molécules, familles et grandes catégories d'indication.

2.2 | Connaître et faire connaître

- Dans chaque établissement, mettre ces données à disposition de l'ensemble de la communauté hospitalière : équipes soignantes, équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière, laboratoire de microbiologie, instances dirigeantes (Commission médicale d'établissement [CME], Comité de lutte contre les IN [Clin], Commission des antibiotiques, Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail [CHSCT], Direction du service des soins infirmiers, Direction de l'établissement).
- Intégrer ces résultats dans la communication interne et externe de l'établissement pour illustrer sa politique de lutte contre les IN.
- Au niveau régional, interrégional et national, utiliser ce recueil épidémiologique standardisé de données épidémiologiques pour fournir des indicateurs agrégés permettant d'évaluer la politique régionale, interrégionale et nationale de lutte contre les IN. Communiquer ces indicateurs à tous ceux qui en ont besoin.

2.3 | Sensibiliser et former

- Sensibiliser l'ensemble du personnel des établissements de santé à la réalité des IN et à l'importance du suivi des consommations d'antibiotiques à l'hôpital.
- Permettre la mobilisation de l'ensemble de l'établissement de santé autour d'un projet de surveillance, sous l'égide du Clin, avec l'aide de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière.
- Permettre aux établissements de santé n'ayant pas encore l'expérience de la surveillance des IN de se former à la réalisation d'une enquête de prévalence.

2.4 | Comparer

La méthode générale de l'enquête sera identique à celle de 2001. Les résultats de l'ENP 2006 seront donc comparables à ceux de 2001, en tenant compte toutefois de plusieurs éléments :

1. Comme en 2001, l'unité d'observation est le patient.
2. Comme en 2001, les définitions des IN sont fondées sur celles des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et celles de Mac Geer pour les personnes en gériatrie et long séjour. Elles tiennent compte de particularités chez les enfants et les nouveau-nés et ont été adaptées, en 2001, après avis de pédiatres et néonatalogistes ; ces adaptations concernent moins de 2 % des IN. Les définitions habituellement utilisées en France pour la surveillance des IN sont donc largement conservées.
3. Les facteurs d'exposition au risque d'infection de 1996 (sondage urinaire, intervention chirurgicale) et 2001 (présence de cathéters) ont été repris avec les mêmes définitions, et un facteur (intubation ou trachéotomie) a été introduit. Le score de Mac Cabe, ajouté en 2001 afin de pouvoir ajuster les taux d'infection sur la gravité du patient, est conservé.

4. À la différence de 2001, les définitions d'infection liée au cathéter ont été actualisées pour tenir compte de la réactualisation (mars 2003) de la XII^e conférence de consensus de la Société de réanimation de langue française (SRLF). Ces définitions sont celles utilisées par le Réseau de surveillance des IN en réanimation (REA-Raisin).

5. À la différence de 2001, la recherche des "infections urinaires asymptomatiques" (ou colonisations urinaires) par bandelette, chez les patients sondés, ne sera pas demandée. Le rationnel motivant cette décision est disponible en annexe 1.

Pour un meilleur suivi dans le temps de leur taux d'infection, les établissements de santé sont encouragés à participer, une fois cette enquête de prévalence réalisée, à des réseaux de surveillance en incidence, tels que ceux développés par les CClin et le Raisin. Ces enquêtes d'incidence sont en effet des outils épidémiologiques plus adaptés à l'identification des facteurs de risque précis de survenue des IN.

3 | Cible

Cette enquête est proposée par le Raisin *via* les cinq CClin à tous les établissements de santé français :

- publics ;
- privés participant au service public hospitalier (PSPH) ;
- privés à but lucratif.

Sont inclus dans le champ de l'enquête tous les services d'hospitalisation, qu'il s'agisse :

- de court séjour (y compris les unités d'hospitalisation de semaine) ;
- de soins de suite et de réadaptation (SSR), parfois appelés "moyen séjour" ;
- d'unités de soins de longue durée (USLD), parfois appelées "long séjour". ⁽⁸⁾

Sont exclus du champ de l'enquête :

- les lits d'hospitalisation de jour ;
- les lits d'hospitalisation de nuit dans les CHS ;

- les services d'hospitalisation à domicile (HAD) ;
- les maisons de retraite des hôpitaux.

La catégorisation des séjours en court, moyen ou long séjour est une définition administrative du séjour hospitalier. Cette ventilation doit 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.

L'ensemble des patients présents le jour de l'enquête dans les services cibles doit être inclus par les établissements participants.

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.

⁽⁸⁾ Les USLD rattachées à un établissement de santé font naturellement partie du champ de l'enquête. Celles dont le statut juridique a récemment été transformé en établissement public social ou médico-social suite à la signature d'une convention tripartite pourront aussi participer à l'enquête, en particulier si elles bénéficient toujours du soutien de l'équipe opérationnelle d'hygiène de l'établissement de santé dont elles dépendaient auparavant.

4 | Sensibilisation et information

Les méthodes de l'enquête (protocole et guide de l'enquêteur, modèle de questionnaire) seront envoyées par courrier (un exemplaire adressé à l'EOHH ou à défaut au président de Clin) par l'InVS.

Les fiches de participation seront envoyées par courrier (un exemplaire par destinataire) aux présidents de Clin et aux équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière (EOHH) par les CClin ou leurs antennes régionales.

Le protocole national, le guide de l'enquêteur et le questionnaire de l'enquête seront aussi disponibles sur Internet pour diffusion et reprographie, en tant que de besoin, par chaque établissement :

- sur le site du Raisin : <http://www.invs.sante.fr/raisin/>
- sur les sites des CClin :
 - CClin Est : <http://www.cclin-est.org/>
 - CClin Ouest : <http://www.cclinouest.com/>
 - CClin Paris-Nord : <http://www.cclinparisnord.org/>

- CClin Sud-Est : <http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/>

- CClin Sud-Ouest : <http://www.cclin-sudouest.com/>

Les CClin s'engagent à fournir une assistance technique et méthodologique aux établissements de santé. À ce titre, un référent du CClin, coordonnateur de l'enquête de prévalence au niveau de l'interrégion, organisera la réponse à ces demandes d'assistance.

Les CClin associeront à la mise en place de l'enquête les structures de l'administration de la santé de leur interrégion (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales [Drass] et Directions départementales des affaires sanitaires et sociales [Ddass]).

En parallèle, le ministère de la Santé et des Solidarités se chargera, par l'intermédiaire des services déconcentrés de l'État, d'informer les établissements et de solliciter leur participation à ce projet national (circulaire Dhos/E2 – DGS/SD5C n° 2005/438 du 26 septembre 2005).

5 | Formation

Il s'agit de la troisième ENP des IN réalisée en France, et ses méthodes sont très proches de celles utilisées en 1996 et 2001. La plupart des établissements de santé français sont donc supposés connaître les modalités d'une telle enquête.

Néanmoins, et en priorité pour les établissements n'ayant pas participé aux enquêtes précédentes, chaque CClin pourra mettre en œuvre une formation des responsables

de l'enquête de prévalence de chaque établissement. L'échelon (interrégional ou régional) de cette formation et son niveau seront laissés à l'initiative du CClin, selon son organisation et l'expérience des établissements de son interrégion.

À l'échelon de chaque établissement, le responsable de l'enquête assurera ensuite la formation des enquêteurs.

6 | Quand ?

La période retenue pour l'enquête court du **lundi 29 mai au vendredi 30 juin 2006 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 unité 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.

7 | 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 hospitalière ; il peut toutefois, s'il le désire et s'il en a la possibilité, déléguer cette fonction à une autre personne de son établissement.

Il se met en rapport avec les instances nécessaires à la réalisation de l'enquête : la direction de son établissement, le président de la CME, la Direction du service des soins infirmiers (DSSI), le Comité du médicament ou le Comité des antibiotiques, 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.

8 | Qui ?

8.1 | 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.

8.2 | 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 :

- **l'un infirmier, afin d'aider au repérage des malades présumés infectés et au relevé des données minimum de la fiche patient ;**
- **l'autre médical, pour valider avec l'enquêteur les données médicales.**

Il s'agit là d'une répartition théorique de tâches qui, selon la nature des correspondants, 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 IN présentes le jour de l'étude), mais aussi une bonne spécificité (exclusion des infections qui ne sont pas d'origine nosocomiale).

9 | Appréciation du caractère nosocomial d'une infection

9.1 | Définition d'une IN

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 IN d'une infection communautaire”.

Comme en 2001, la définition de l'IN retenue pour l'ENP 2006 est celle des **“100 recommandations”**.

9.2 | Définition d'une IN active

Seules les IN actives le jour de l'enquête seront comptabilisées, c'est-à-dire les IN dont le traitement anti-infectieux par voie générale soit n'est pas encore instauré, soit est 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.

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'IN 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 3 du guide de l'enquêteur).

9.3 | 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 attribuée au service dans lequel le patient est présent le jour de l'enquête.** ⁽⁹⁾

À titre d'exemple :

- une infection du site opératoire observée 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 ;

- une IN chez un patient d'un service “B” transféré d'un service “A” du même établissement avec cette infection devra être considérée comme nosocomiale : elle ne devra pas être exclue sous prétexte qu'elle s'est déclarée dans le service “A” et devra donc bien être comptabilisée dans le service “B”.

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

⁽⁹⁾ En renseignant la variable “code du service” à usage interne de l'établissement et qui ne sera pas exploitée lors de l'analyse interrégionale ou nationale.

9.4 | 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 fait.

Ainsi, **une IN active à l'admission (ou se déclarant dans les 48 premières heures du séjour⁽¹⁰⁾) d'un patient transféré d'un autre établissement de santé**

sera considérée comme acquise dans un autre établissement.

Le nombre de ces infections acquises dans un autre établissement sera précisé dans les résultats de l'établissement.

10 | Définitions des IN par site

Comme en 2001, les définitions des IN issues des "100 recommandations" du Conseil supérieur d'hygiène publique de France ont été retenues pour les infections urinaires, les infections respiratoires basses (pneumonies) et les bactériémies / septicémies.

En 2006, la seule actualisation du protocole concerne les infections sur cathéter, pour lesquelles la définition retenue est celle de la réactualisation de la XII^e conférence de consensus de la SRLF.

Pour les infections du site opératoire et les autres sites infectieux moins fréquents, les définitions sont celles des CDC, traduites en français dans le guide du CClin Paris-Nord (1995).

Ces définitions sont détaillées en annexe 3 du guide de l'enquêteur.

10.1 | Définitions des "100 recommandations"

10.1.1 | Infections urinaires

Attention, seules les bactériuries symptomatiques sont concernées en 2006 : **les bactériuries asymptomatiques sont exclues du champ de l'enquête.**

10.1.2 | Infections respiratoires basses (pneumonie)

Ces définitions sont intégralement reprises pour cette enquête.

10.1.3 | Bactériémies / septicémies

La définition et le codage retenus pour les bactériémies / septicémies ne distinguent pas les formes primaires (foyer d'infection initial non identifié) des formes secondaires (foyer d'infection initial identifié).

Si la bactériémie / septicémie est secondaire (exemple d'une infection urinaire compliquée d'une septicémie),

on comptabilisera d'abord le site infectieux primaire (infection urinaire) puis la septicémie.

Seule exception : dans le cas des bactériémies sur cathéter (cf. infra), on ne codera pas la bactériémie, mais seulement l'infection sur cathéter en précisant qu'elle est bactériémique.

⁽¹⁰⁾ Délai à relativiser selon la période d'incubation de l'agent infectieux.

10.2 | Définition de la SRLF pour les infections sur cathéter

En 2006, la définition des infections liées aux cathéters pour l'enquête de prévalence est actualisée. La définition retenue est celle de la réactualisation en mars 2003 de la XII^e conférence de consensus de la SRLF. Elle est compatible avec les méthodes du réseau REA-Raisin.

Cette définition différencie les infections sur cathéter sans bactériémie des infections liées au cathéter avec bactériémie.⁽¹¹⁾ On codera séparément les infections

liées aux cathéters centraux (avec ou sans bactériémie) et les infections liées aux cathéters périphériques (avec ou sans bactériémie).

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

10.3 | Définitions des CDC

10.3.1 | Infections du site opératoire

Comme en 2001, la définition retenue est celle des CDC, qui différencie :

- l'infection superficielle de l'incision ;
- l'infection profonde de l'incision ;
- l'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.

10.3.2 | Autres IN

Les autres IN, même si elles sont moins fréquentes, doivent aussi être recensées. Ces IN n'entrent pas dans les définitions des cinq sites principaux précédemment cités. Les définitions des CDC, traduites en français dans le guide du CClin Paris-Nord (1995), sont celles utilisées. En cas de doute, l'avis du correspondant médical sera pris en compte.

Attention : toute infection du site opératoire, quel que soit l'organe atteint, devra être recensée comme telle. Par exemple, une médiastinite après chirurgie à cœur ouvert devra être codée "infection du site opératoire" ; le code "médiastinite" sera réservé à une infection du médiastin ne pouvant être associée à un acte opératoire.

Les autres IN sont regroupées selon huit catégories.

Infections du système ostéo-articulaire :

- ostéomyélite ;
- arthrite ou synovite septique ;
- spondylodiscite d'origine infectieuse.

Infections du système cardio-vasculaire :

- endocardite sur prothèse valvulaire ;
- myocardite ou péricardite septique ;
- médiastinite.

Infections du système nerveux central :

- infection du parenchyme cérébral ;
- méningite ou ventriculite ;
- infection péri-médullaire.

Infections de la sphère ORL et de l'œil :

- pharyngite, laryngite, épiglottite ;
- otite ;
- sinusite ;
- mastoïdite ;
- infection de la cavité buccale ;
- conjonctivite ;
- autres infections de l'œil.

⁽¹¹⁾ Les définitions de 1994 distinguaient : infection liée au cathéter (ILC) locale vs. ILC générale.

Infections du tractus gastro-intestinal :

- gastro-entérite ;
- hépatite virale ;
- infection gastro-intestinale ;
- infection intra-abdominale.

Infections des voies respiratoires hautes (pneumopathie exceptée) :

- bronchite, trachéo-bronchite, bronchiolite, trachéite ;
- autres infections des voies respiratoires.

Infections génitales :

- endométrite ;
- infection vaginale ;
- autres infections de l'appareil génital masculin ou féminin.

Infections de la peau et des tissus mous :

- infection cutanée ;
- infection des tissus mous ;
- infection d'escarre ;
- infection de brûlure ;
- abcès du sein ou mastite.

10.4 | Cas particulier des patients de gériatrie hors court séjour

Pour les services de gériatrie hors court séjour (SSR et USLD, secteurs correspondant à la définition administrative), et ceux-là seulement, il est important d'utiliser des définitions plus sensibles pour détecter les IN.

Pour ces secteurs, les définitions spécifiques à utiliser concernent les IN suivantes :

- pneumopathie ;
- bronchite, trachéo-bronchite, bronchiolite, trachéite ;
- infection gastro-intestinale ;

- pharyngite, laryngite, épiglottite, sinusite ;
- conjonctivite.

Ces définitions sont détaillées en annexe 3 du guide de l'enquêteur.

Les autres définitions restent les mêmes que pour les autres secteurs.

L'avis du correspondant médical devra être pris en compte en cas de doute.

10.5 | Cas particuliers des nouveau-nés et des enfants

Après avis des pédiatres et des néonatalogistes, les principes suivants avaient été retenus en 2001 et seront à nouveau utilisés en 2006.

Une IN 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 épidémiques documentés par la microbiologie).

La définition des infections urinaires est la même que celle de l'adulte : $\geq 10^5$ micro-organismes/ml sans qu'il y ait plus de 2 micro-organismes isolés.

Les définitions des bactériémies / septicémies, des infections pulmonaires et des gastro-entérites sont détaillées en annexe 3 du guide de l'enquêteur.

L'avis du correspondant médical devra être pris en compte en cas de doute.

11 | Données recueillies pour l'enquête

Les données nécessaires à la réalisation de l'ENP 2006 sont recueillies à l'aide de deux fiches : **une fiche établissement et une fiche patient**.

Ces fiches peuvent être téléchargées au format Adobe (.pdf) sur le site web du Raisin et sur les sites web des CClin.⁽¹²⁾ Leur reprographie pour la réalisation de l'enquête est du ressort de l'établissement de santé.

11.1 | La fiche établissement

Elle est **distincte de l'accord de participation**, qui est envoyé par chaque CClin lors de l'inscription et qui identifie l'établissement de santé (raison sociale et adresse), le président du Clin et le responsable de l'enquête à des fins de gestion de l'enquête seulement.

La fiche établissement sera **remplie une seule fois par établissement participant**. Elle identifie l'établissement de santé par un code identifiant unique, spécifique

de l'ENP, et dont la correspondance avec la raison sociale est connue seulement du CClin. Elle documente aussi le type et le statut juridique de l'établissement, et le nombre total de lits dont il dispose par grandes catégories d'activité (médecine, chirurgie, obstétrique, réanimation, psychiatrie, SSR et SLD).

Une copie de cette fiche est disponible en annexe 2 ; la description des variables est disponible en annexe 4.

11.2 | La fiche patient

La fiche patient 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 les patients absents de leur lit pour examens complémentaires ou pour intervention chirurgicale.

Pour les services d'obstétrique, une fiche sera remplie pour chaque mère et chaque nouveau-né.

Cette notion inclut les patients sortant le jour de l'enquête : pour faciliter le recueil de données, les fiches les concernant seront remplies avant leur départ (si possible le matin du passage des enquêteurs dans le service).

Cette notion exclut les patients entrant le jour de l'enquête : ils sont très peu susceptibles d'avoir une IN, hors celles acquises en dehors de l'établissement. Leur exclusion évitera aussi de recenser deux patients pour un même lit.

La fiche patient possède deux volets : l'un pour tous les patients, l'autre pour les patients présentant une (ou plusieurs) infection(s) nosocomiale(s).

Elle documente :

- le numéro du patient ("numéro de fiche") :
 - attribué automatiquement par le logiciel lors de la saisie informatique,
 - à reporter sur la fiche et sur le talon détachable où figure l'étiquette du patient ;

- les caractéristiques du service :
 - date de l'enquête,
 - code du service (réservé à l'analyse locale des données par l'établissement) ;
- les caractéristiques du patient :
 - spécialité du lit (service) dans lequel il est hospitalisé,
 - date de naissance, sexe,
 - date d'entrée dans l'établissement,
 - score de gravité de Mac Cabe,
 - immunodépression (oui/non),
 - intervention chirurgicale (oui/non) ;
- l'exposition à des dispositifs invasifs :
 - cathéter(s) vasculaire(s) (périphérique ou central, veineux ou artériel),
 - intubation ou trachéotomie,
 - sonde urinaire ;
- l'existence d'un traitement anti-infectieux prescrit le jour de l'enquête :
 - noms de la (ou des) molécule(s),
 - indication(s) : curatif pour infection communautaire, curatif pour IN, antibioprophylaxie chirurgicale, prophylaxie des infections opportunistes, indications multiples ;

⁽¹²⁾ Pour les établissements sans accès à Internet, elles peuvent être transmises par disquette ou CD-Rom sur simple demande.

- l'existence d'une (ou plusieurs) IN le jour de l'enquête (oui/non) ;
- si oui, les caractéristiques de cette (ou de ces) IN :
 - siège de l'infection, origine (acquise dans l'établissement ou dans un autre établissement), date du diagnostic, micro-organisme(s) identifié(s) et sensibilité aux antibiotiques,
 - 3 infections peuvent être documentées au maximum,

- 2 micro-organismes peuvent être documentés pour chaque infection.

Ce **tronc commun minimum national** pourra être complété par chaque CClin ou établissement de santé selon ses objectifs et possibilités.

Une copie de cette fiche est disponible en annexe 3 ; la description des variables est disponible en annexe 4.

12 | Les facteurs de risques

12.1 | Facteurs d'exposition

Les facteurs suivants sont pris en compte :

- présence d'un **cathéter vasculaire** le jour de l'enquête en précisant siège et site ;
- présence d'une **intubation ou trachéotomie** le jour de l'enquête (**nouveauté en 2006**) ;

- présence d'une **sonde urinaire** le jour de l'enquête ou dans les 7 derniers jours ;
- existence d'une **intervention chirurgicale** dans les 30 derniers jours.

Les définitions de chaque facteur sont reprises en détail dans le guide de l'enquêteur.

12.2 | Facteurs de gravité

12.2.1 | Score de gravité

Il n'existe pas de score "universel" pour tous les patients, tenant compte de toutes les pathologies ou de toutes les dépendances. Un tel score est cependant utile pour pouvoir ajuster éventuellement les taux d'infection en fonction de la gravité des patients.

Comme en 2001, le recueil du **score de Mac Cabe** est donc retenu en raison de son utilisation fréquente dans les hôpitaux, de son ancienneté et de sa facilité de recueil. Il comporte les trois modalités suivantes :

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

Les scores Aggir (Autonomie gérontologique – groupes iso-ressources) ou ADL ont été envisagés, mais ils ne s'appliquent qu'à certains âges et ne sont pas *stricto sensu* des scores de gravité mais de dépendance. L'indice de gravité de Charlson a aussi été évoqué, mais son calcul est trop complexe pour une telle enquête car il est fondé sur le recueil de 19 comorbidités.

12.2.2 | Immunodépression

Les définitions sont identiques à celles de 2001 :

- traitement qui diminue la résistance à l'infection tel que traitement immunosuppresseur, chimiothérapie, radiothérapie, corticothérapie ≥ 30 jours, corticothérapie

récente à hautes doses (> 5 mg/kg de prednisolone pendant > 5 jours) ;

- maladie évoluée : hémopathie, cancer métastatique, VIH + avec $CD4 < 500/mm^3$.

13 | Intervention chirurgicale

La notion d'intervention chirurgicale mérite d'être précisée. On entend par intervention 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 alphanumérique 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 n'entrent 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 précèdent le jour de l'enquête.** ⁽¹³⁾ Si le malade a eu plusieurs interventions durant cette période, on se fondera sur l'opération la plus proche du jour de l'enquête.

Les interventions à retenir peuvent avoir été effectuées **dans l'établissement réalisant l'enquête ou dans un autre établissement.**

14 | Identification des patients infectés

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 la première page de la fiche patient.

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 > 37,8 °C ;
- un traitement anti-infectieux par voie générale ;
- la prescription d'examens bactériologiques (ECBU, hémocultures, etc.) ;
- chez les opérés, la notion d'écoulement au niveau de la plaie.

Si le patient est infecté, la deuxième page de la fiche patient sera alors remplie.

15 | Infections urinaires asymptomatiques

En 2006, les "infections urinaires asymptomatiques" (ou colonisations urinaires) sont exclues du protocole de l'ENP : seules les infections urinaires symptomatiques sont à documenter.

La réalisation d'un dépistage systématique des infections urinaires par bandelette urinaire et/ou ECBU chez les patients sondés n'est donc pas demandée.

⁽¹³⁾ Pour l'ENP, la mise en place de matériel prothétique n'est pas prise en compte.

16 | Recueil et saisie des données

Les fiches papier utilisées pour l'ENP seront saisies localement par les établissements de santé participants. Il revient à chacun d'entre eux, lors de cette saisie, d'effectuer la validation des données recueillies dans les services.

À cet effet, un logiciel fonctionnant sous Microsoft Windows® (nécessitant donc un ordinateur de type PC) sera distribué gratuitement. Il sera téléchargeable via le site des CClin ou du Raisin, ou envoyé sur CD-Rom pour les établissements sans connexion Internet. En complément du manuel, une assistance téléphonique sera disponible au CClin (en 1^{re} ligne) et à l'InVS (en 2^{de} ligne).

Cet outil permettra de saisir les données, de les valider (recherche de doublons et de valeurs manquantes) et d'éditer les principaux résultats de l'enquête. Une fonction d'export autorisera des analyses plus poussées et à volonté sous tout logiciel d'analyse statistique.

Une fois que les données seront saisies et validées, l'établissement en enverra une copie sous forme de fichier informatique au CClin ⁽¹⁴⁾ pour constitution d'une base de données interrégionale. La réception des données par le CClin ou son antenne donnera lieu à l'envoi d'un récépissé à l'établissement de santé.

En 2006, l'envoi des données se fera par e-mail crypté à l'aide du logiciel fourni, si l'établissement dispose d'une connexion à Internet, ou par disquette ou CD-Rom adressé par courrier postal.

La base de données interrégionale, une fois constituée et validée, sera transmise à l'InVS pour constitution de la base de données nationale.

Les établissements qui seraient dans l'impossibilité d'utiliser le logiciel permettant la saisie des données devront s'adresser au CClin, afin de définir avec lui la solution la plus adaptée à leur situation.

17 | Anonymat des questionnaires, confidentialité

Aucune donnée nominative concernant les patients ne sera envoyée aux CClin par les établissements participants ; chaque fiche sera identifiée par un numéro unique, attribué lors de sa saisie informatique. Le talon où est apposée l'étiquette patient devra être détaché du questionnaire et conservé par le responsable de l'enquête jusqu'à validation complète des données de l'établissement.

Le CClin attribuera lors de l'inscription un numéro de code unique, à chacun des établissements participants. L'établissement de santé participant sera identifié dans la base de données informatisée à l'aide de ce seul code.

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 février 2006 par l'InVS. Une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) a également été réalisée : le numéro de dossier est disponible auprès de l'InVS.

Les établissements de santé n'ayant pas participé, avant l'ENP 2006, à des surveillances organisées par les CClin doivent, de plus, déposer une déclaration auprès de la Cnil ; un modèle de cette déclaration est disponible auprès des CClin.

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 IN (Clin) de cet établissement, auprès du Centre de coordination de la lutte contre les IN (CClin) pour la base de données interrégionale, ou de l'Institut de veille sanitaire pour la base de données nationale.”*

Une fiche d'information au patient, à apposer dans chaque établissement participant, est disponible en annexe 5.

⁽¹⁴⁾ Ou son antenne régionale (organisation variable selon les interrégions).

18 | Analyse des données

18.1 | Analyse locale par l'établissement de santé

Les résultats locaux seront produits directement et de manière standardisée par le responsable de l'enquête, grâce au module d'analyse automatique du logiciel

fourni. Si nécessaire, les données de l'enquête pourront être exportées vers tout autre logiciel pour une analyse plus personnalisée.

18.2 | Analyse régionale par les CClin et nationale par l'InVS

Chaque CClin aura la responsabilité de l'analyse des données interrégionales. L'analyse des données nationales sera réalisée par l'InVS. Le plan d'analyse sera le suivant.

Description :

- nombre d'établissements participants et couverture par rapport à la population cible, globalement et par type, statut juridique, région, interrégion, etc. ;
- nombre de patients inclus, par âge, sexe, type de service, etc. ;
- facteurs de risque d'infection : immunodépression, score de gravité de McCabe, intervention chirurgicale, exposition aux dispositifs invasifs ;
- prescriptions antibiotiques : par grandes familles de molécules et indications ;
- IN : par site, micro-organisme et sensibilité aux antibiotiques.

Les taux de prévalence des patients infectés et des IN seront calculés et stratifiés selon :

- la région, l'interrégion ;
- les caractéristiques de l'établissement : nombre de lits, type, statut juridique ;
- la spécialité du service / patient ;
- l'âge, le sexe du patient ;
- les facteurs de risque d'infection ;
- les principaux sites anatomiques ;
- les principaux micro-organismes responsables d'IN.

L'exploitation des données de l'ENP par les CClin et l'InVS se fera de manière anonyme pour le patient et pour l'établissement de santé ; aucun résultat ne fera nommément référence à un établissement.

Lors de la publication des rapports, la liste des établissements participants à l'enquête et ayant retourné des données validées sera toutefois mentionnée en annexe et disponible sur les sites web des CClin.

19 | Restitution des données

Localement, le responsable de l'enquête devra effectuer une rétro-information aux services participants, en leur donnant les résultats de l'établissement et ceux de leur service. ⁽¹⁵⁾

L'établissement intégrera ses résultats dans sa communication interne ou externe pour illustrer sa politique de lutte contre les IN : la communication des

résultats d'un établissement sera de son ressort exclusif et sous son entière responsabilité.

Les résultats régionaux, interrégionaux et nationaux de l'ENP seront envoyés au responsable de l'enquête de chaque établissement via les CClin. Ils seront aussi disponibles via Internet sur le site du Raisin et sur les sites de chaque CClin.

⁽¹⁵⁾ Un taux de prévalence à l'échelle d'un service n'aura toutefois que peu d'intérêt compte tenu de la faiblesse des effectifs.

20 | Calendrier prévisionnel

Étape	Mars 2006	Avril 2006	Mai 2006	Juin 2006	Juillet 2006	Août 2006	Septembre 2006	Octobre 2006	Novembre 2006	Décembre 2006	Janvier 2007	Février 2007	Mars 2007
Diffusion du protocole et du guide de l'enquêteur													
Sessions de formation organisées par les CClin													
Recueil des données dans les établissements													
Saisie / validation des données par les établissements													
Validation / analyse des données interrégionales													
Validation / analyse des données nationales													

La date limite pour l'envoi des données au CClin est fixée au 30 septembre 2006 : passé cette date, ces données ne seront pas prises en compte par les CClin et l'InVS, et l'établissement sera considéré comme non participant à l'ENP 2006.

La date limite pour l'envoi des données interrégionales validées à l'InVS par les CClin est fixée au 30 novembre 2006.

La publication du rapport national de l'enquête de prévalence 2006 est prévue lors du premier semestre 2007 ; des résultats nationaux, préliminaires,

pourront toutefois être disponibles en décembre 2006 sur la base des données transmises par les CClin.

Ces résultats préliminaires décriront :

- le nombre et le type d'établissements participants ;
- le nombre et les principales caractéristiques des patients inclus ;
- la prévalence nationale des patients infectés et celle des IN ;
- les principaux sites d'infection recensés ;
- les principaux micro-organismes responsables d'IN.

Annexes

Annexe 1 - Pourquoi exclure les infections urinaires asymptomatiques (IUA) de l'enquête nationale de prévalence ?

Le groupe de travail ENP a décidé de ne pas inclure les IUA dans le champ de l'enquête nationale de prévalence

2006, sur la base de plusieurs arguments validés par le comité de coordination du Raisin et résumés ci-après.

1 | Un choix cohérent avec l'évolution de la littérature et des pratiques cliniques

Les urines sont physiologiquement stériles mais, chez les porteurs de sonde urinaire, un sondage prolongé aboutit constamment à une bactériurie ; son existence doit être considérée comme une colonisation et ne justifie pas de traitement. ⁽¹⁾ Les urines des patients âgés hospitalisés en moyen ou long séjour sont habituellement colonisées. Là aussi, il n'est pas nécessaire ni souhaitable de traiter une IUA. ⁽¹⁾

Chez une population de personnes âgées institutionnalisées, la présence d'une bactériurie en contexte fébrile n'est la cause de cette fièvre que dans 10 % des cas. ⁽²⁾ La pertinence clinique de relever un

événement biologique dont la valeur prédictive positive peut être inférieure à 10 % dans des populations où sa prévalence est élevée (32 à 75 %) est donc limitée.

Le diagnostic d'IUA repose sur l'utilisation de bandelettes urinaires dont l'usage est aujourd'hui déconseillé en présence d'une sonde urinaire ; elle n'a de valeur que négative chez le sujet âgé. ⁽¹⁾ Recommander l'utilisation de la bandelette dans le cadre de l'enquête nationale de prévalence aurait donc été en contradiction avec la conférence de consensus sur les infections urinaires nosocomiales de 2002 et aurait brouillé le message sur la signification clinique des IUA.

2 | Un choix permettant de mieux communiquer sur le risque nosocomial

Contrairement à d'autres types d'infections, les IUA ne sont responsables ni de surmorbidity ni de surmortalité. Elles n'augmentent pas la fréquence des complications rénales (insuffisance rénale, HTA) ou celle des infections urinaires symptomatiques. La présence d'une IUA chez un patient ne reflète pas la qualité des soins et ces IUA ne sont pas accessibles à des mesures de prévention.

En France, la prise en compte des IUA dans l'enquête de 2001 avait pour inconvénient d'augmenter le nombre total d'infections recensées et de minimiser l'importance relative d'autres sites (infections du site opératoire,

infections de cathéter, etc.) qui sont, elles, responsables de surmorbidity, surmortalité ou prolongation d'hospitalisation. Ainsi, en 2001, les infections urinaires représentaient 40 % des infections recensées ; 59 % étaient des IUA. Les pneumopathies et infections de site opératoire venaient ensuite (10 % chacune), suivies des infections respiratoires autres (8 %) et des bactériémies (4 %). Ces quatre sites infectieux, accessibles à des mesures de prévention spécifiques, sont ceux qui doivent être la cible prioritaire des équipes d'hygiène hospitalière. Ce sont aussi ceux qui préoccupent le plus, à juste titre, les usagers.

3 | Un choix qui n'interdira pas des comparaisons entre 2001 et 2006

Le recueil de données réalisé en 2001 permettait d'exclure les IUA (codées spécifiquement) lors de l'analyse. Celles-ci ont été ainsi exclues pour comparer les résultats des

enquêtes de 1996 et 2001 ; elles pourront l'être de la même façon pour comparer les résultats des enquêtes 2001 et 2006.

⁽¹⁾ Conférence de consensus sur les infections urinaires nosocomiales (IUN) du 27 novembre 2002.

⁽²⁾ Orr PH et al, Am J Med 1996;100:71-7.

Ces comparaisons seront plus pertinentes, car elles excluent des infections non accessibles à des mesures de prévention et seront un meilleur reflet de l'impact des programmes de lutte. Elles seront aussi plus robustes

car non influencées par la fréquence d'utilisation des bandelettes urinaires, non réalisées en 2001 chez 1 patient sondé sur 4. ⁽³⁾

4 | Un choix cohérent avec d'autres enquêtes de prévalence européennes récentes

Au moins trois autres pays européens n'ont pas pris en compte les IUA dans leurs dernières enquêtes de prévalence des infections nosocomiales :

- en Norvège, en 2002-2003, la prévalence des IN variait entre 5,1 et 5,4 % ; les infections urinaires, pneumopathies, infections du site opératoire et bactériémies représentaient respectivement 34, 29, 28 et 8 % des IN recensées ⁽⁴⁾ ;
- en Suisse, en 2004, la prévalence des IN était de 8,1 % ; les infections urinaires, pneumopathies, infections du site opératoire et bactériémies représentaient respectivement 20, 20, 29 et 11 % des IN recensées ⁽⁵⁾ ;

- en Finlande, en 2005, la prévalence des IN était de 9 % ; les infections urinaires, pneumopathies, infections du site opératoire et bactériémies représentaient respectivement 19, 15, 29 et 17 % des IN recensées ⁽⁶⁾.

Rapportées au total des infections recensées, les proportions de pneumopathies, infections du site opératoire et bactériémies dans ces trois pays étaient plus élevées qu'en France car non « artificiellement » diminuées par la prise en compte des IUA. Ces enquêtes reflètent mieux la réalité clinique de la diversité des infections nosocomiales. Ne pas comptabiliser les IUA dans l'enquête française facilitera les comparaisons avec ces pays.

5 | Un choix cohérent avec l'objectif de réduction des consommations antibiotiques

Le bon usage des antibiotiques est une priorité des professionnels de santé, à l'hôpital comme en ville, dans le cadre du plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques et du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 concernant les bactéries multirésistantes.

Les infections urinaires sont la principale cause de prescriptions d'antibiotiques en soins de longue durée et sont responsables de 20 à 60 % des prescriptions. ⁽⁷⁾ Les antibiotiques prescrits dans ces indications (céphalosporines de 3^e génération, fluoroquinolones) ont un impact écologique majeur en favorisant l'émergence de bactéries multirésistantes, telles que les

staphylocoques dorés résistants à la méticilline (SARM) ou les entérocoques résistants aux glycopeptides (ERV).

Le principal danger des IUA réside donc dans les prescriptions intempestives d'antibiotiques, avec le risque corollaire de sélection de résistance bactérienne qu'elles induisent. Une enquête de prévalence dont les résultats mettraient sur le même plan les IUA aux côtés des infections de cathéter, des bactériémies, des infections du site opératoire ou des pneumopathies pourrait militer en faveur du traitement antibiotique des patients concernés et n'aiderait pas à faire passer le message sur une réduction des consommations.

6 | Un choix permettant de réduire le coût de l'enquête pour les établissements

L'inclusion des IUA dans le champ de l'enquête nationale de prévalence 2006 aurait représenté un surcoût pour les établissements de santé (achat de bandelettes urinaires) et une surcharge de travail (temps passé à utiliser ces

bandelettes pour chaque patient sondé inclus, temps passé à recueillir les données pour les patients aux bandelettes positives) non justifiés compte tenu des arguments développés précédemment.

⁽³⁾ Enquête nationale de prévalence 2001 des infections nosocomiales – Résultats (p. 16).

⁽⁴⁾ Eriksen HM et al, *J Hosp Infect* 2005;60:40-5.

⁽⁵⁾ Sax H et al, *Swiss-Noso* 2005;12:1-4.

⁽⁶⁾ Lyytikäinen O et al. poster, 2005 EPIET Conference, Menorca, Spain.

⁽⁷⁾ Nicolle LE. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2001;22:167-75.

Annexe 2 - Questionnaire : fiche établissement

Prév. 2006


 CClin Est
 CClin Ouest
 CClin Paris-Nord
 CClin Sud-Est
 CClin Sud-Ouest

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

 Enquête Nationale de Prévalence
 des Infections Nosocomiales 2006

FICHE ETABLISSEMENT

(cette fiche n'est à remplir qu'une seule fois)

ETABLISSEMENT

• Code :

Ce code est fourni lors de l'inscription à l'enquête, le 1^{er} des 4 chiffres identifiant
 le CClin (1= Est, 2= Ouest, 3= Paris-Nord, 4= Sud-Est, 5= Sud-Ouest)

• Type :

1. CHR/CHU 2. CH/CHG 3. CHS/Psy 4. Hôpital Local 5. Clinique MCO
 6. Hôpital des Armées 7. SSR/ELD 8. CLCC 9. Autre type

• Statut :

1. Public 2. PSPH 3. Privé

• Nombre total de lits :

• nombre de lits de médecine :

• nombre de lits de chirurgie :

• nombre de lits d'obstétrique :

• nombre de lits de réanimation :

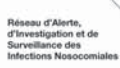
• nombre de lits de psychiatrie :

• nombre de lits de SSR :

• nombre de lits de SLD :

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 de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN) pour la base de données interrégionale, ou auprès de l'Institut de Veille Sanitaire pour la base de données nationale.

Annexe 3 - Questionnaire : fiche patient

   		Etiquette du patient	
Enquête Nationale de Prévalence des Infections Nosocomiales 2006 FICHE PATIENT – Page 1			
Code de l'établissement :			N° de fiche
N° de fiche :			
SERVICE			
Date de l'enquête :			
Code du service :	usage interne à l'établissement		
PATIENT			
Spécialité :			
Date de naissance :			
Sexe* :	1. Masculin	2. Féminin	
Date d'entrée dans l'établissement :			
Indice de gravité MacCabe* :	0. MAC 0	1. MAC 1	2. MAC 2
Immuno-dépression* :	1. OUI	0. NON	
Intervention chirurgicale* :	1. OUI (dans les 30 derniers jours)	0. NON	
DISPOSITIFS INVASIFS			
• Cathéters vasculaires [un ou plusieurs] :	1. OUI	0. NON	
Si OUI :- périphérique veineux :	1. OUI	0. NON	
- périphérique artériel :	1. OUI	0. NON	
- périphérique sous-cutané :	1. OUI	0. NON	
- central veineux :	1. OUI	0. NON	
- central artériel :	1. OUI	0. NON	
• Intubation/trachéotomie :	1. OUI	0. NON	
• Sonde urinaire :	1. Ce jour	2. Dans les 7 derniers jours	0. NON
ANTI-INFECTIEUX			
• Traitement anti-infectieux (le jour de l'enquête) :	1. OUI	0. NON	
Si OUI, mentionner chaque molécule (DCI ou spécialité)	Molécule(s) / Indication		
et préciser en regard son indication* :			
1. Curatif pour infection communautaire			
2. Curatif pour infection nosocomiale			
3. Antibioprophylaxie chirurgicale			
4. Prophylaxie des infections opportunistes			
5. Indications multiples			
INFECTION NOSOCOMIALE			
Infection nosocomiale (le jour de l'enquête) :	1. OUI	0. NON	
Si OUI, remplir la page 2 de ce questionnaire			
* En cas de donnée inconnue, coder « 9 »			

i N° 73-14 du 16 janvier 1978 relative à l'information, aux fichiers et aux libertés, garantissant aux personnes physiques concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant.
Le 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)
à cet établissement, auprès du Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN) pour la base de données interrégionale, ou auprès de l'Institut de Veille Sanitaire
pour la base de données nationale.



CClin Est
CClin Ouest
CClin Paris-Nord
CClin Sud-Est
CClin Sud-Ouest

Réseau d'Alerte,
d'Investigation et de
Surveillance des
Infections Nosocomiales**FICHE PATIENT – Page 2**

- **Siège de l'infection**
- **Origine de l'infection:** 1. Acquis dans l'établissement¹ 2. Acquis dans un autre établissement
- **Date du diagnostic**
- **Micro-organisme n°1**
Sensibilité*
- **Micro-organisme n°2**
Sensibilité*

[illegible]

- **Siège de l'infection**
- **Origine de l'infection:** 1. Acquisée dans l'établissement¹ 2. Acquisée dans un autre établissement
- **Date du diagnostic**
- **Micro-organisme n°1**
Sensibilité*
- **Micro-organisme n°2**
Sensibilité*

- **Siège de l'infection**
- **Origine de l'infection:** 1. Acquisée dans l'établissement¹ 2. Acquisée dans un autre établissement
- **Date du diagnostic**
- **Micro-organisme n°1**
Sensibilité*
- **Micro-organisme n°2**
Sensibilité*

Diagram illustrating the number 20006 in base 10. The number is represented by a sequence of boxes: 2, 0, 0, 0, 6. Above the first 9 boxes are 9 empty boxes, and above the 10th box is a box containing the number 2.

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 (CLI) de cet établissement, auprès du Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN) pour la base de données interrégionale, ou auprès de l'Institut de Veille Sanitaire pour la base de données nationale.

Annexe 4 - Liste des variables de la base de données

Liste des variables de la fiche établissement

Nom	Type	Longueur	Libellé
CODETAB	Entier	4	Code de l'établissement ENP 2006 (attribué par CClin)
TYPETAB	Entier	1	Type de l'établissement
STATETAB	Entier	1	Statut de l'établissement
LITOTAL	Entier	4	Nombre total de lits
LITMED	Entier	3	Nombre de lits de médecine
LITCHIR	Entier	3	Nombre de lits de chirurgie
LITOB	Entier	3	Nombre de lits d'obstétrique
LITREA	Entier	3	Nombre de lits de réanimation
LITPSY	Entier	3	Nombre de lits de psychiatrie
LITSSR	Entier	3	Nombre de lits de SSR
LITSLD	Entier	3	Nombre de lits de SLD

Liste des variables de la fiche patient

Nom	Type	Longueur	Libellé
CODETAB	Entier	4	Code de l'établissement ENP 2006
FICHE	Entier	4	N° de fiche
DATENQ	Eurodate	10	Date de l'enquête dans le service
CODSERV	Alpha	2	Code du service (! usage interne, non exporté)
SPECIA	Alpha	6	Spécialité du patient
DATNAIS	Eurodate	10	Date de naissance (! âge en années révolues lors de l'export)
SEXE	Entier	1	Sexe
ENTRETAB	Eurodate	10	Date d'entrée dans l'établissement
MACCABE	Entier	1	Score de MacCabe
IMMUNO	Entier	1	Immunodépression
INTERV	Entier	1	Intervention chirurgicale
CATHET	Entier	1	Cathéters vasculaires (un ou plusieurs)
KTPV	Entier	1	Cathéter périphérique veineux
KTPA	Entier	1	Cathéter périphérique artériel
KTPSC	Entier	1	Cathéter périphérique sous-cutané
KTCV	Entier	1	Cathéter central veineux
KTCA	Entier	1	Cathéter central artériel
INTUB	Entier	1	Intubation/trachéotomie
SONDEU	Entier	1	Sonde urinaire (ce jour ou dans les 7 derniers jours)
ANTIINF	Entier	1	Traitement anti-infectieux (le jour de l'enquête)
ATINF1	Alpha	7	Molécule (code ATC) [1]
INDIC1	Entier	1	Indication [1]
ATINF2	Alpha	7	Molécule (code ATC) [2]
INDIC2	Entier	1	Indication [2]
ATINF3	Alpha	7	Molécule (code ATC) [3]
INDIC3	Entier	1	Indication [3]
ATINF4	Alpha	7	Molécule (code ATC) [4]
INDIC4	Entier	1	Indication [4]
ATINF5	Alpha	7	Molécule (code ATC) [5]
INDIC5	Entier	1	Indication [5]

Liste des variables de la fiche patient (suite)

Nom	Type	Longueur	Libellé
INFNOSO	Entier	1	Infection nosocomiale (le jour de l'enquête)
SIEGINF1	Entier	2	Siège de l'infection [1]
ORIGINF1	Entier	1	Origine de l'infection [1]
DATDIAG1	Eurodate	10	Date du diagnostic [1]
MORG11	Alpha	6	Micro-organisme n°1 [1]
S11	Entier	1	Sensibilité du micro-organisme n°1 [1]
MORG12	Alpha	6	Micro-organisme n°2 [1]
S12	Entier	1	Sensibilité du micro-organisme n°2 [1]
SIEGINF2	Entier	2	Siège de l'infection [2]
ORIGINF2	Entier	1	Origine de l'infection [2]
DATDIAG2	Eurodate	10	Date du diagnostic [2]
MORG21	Alpha	6	Micro-organisme n°1 [2]
S21	Entier	1	Sensibilité du micro-organisme n°1 [2]
MORG22	Alpha	6	Micro-organisme n°2 [2]
S22	Entier	1	Sensibilité du micro-organisme n°2 [2]
SIEGINF3	Entier	2	Siège de l'infection [3]
ORIGINF3	Entier	1	Origine de l'infection [3]
DATDIAG3	Eurodate	10	Date du diagnostic [3]
MORG31	Alpha	6	Micro-organisme n°1 [3]
S31	Entier	1	Sensibilité du micro-organisme n°1 [3]
MORG32	Alpha	6	Micro-organisme n°2 [3]
S32	Entier	1	Sensibilité du micro-organisme n°2 [3]

Annexe 5 - Fiche d'information aux patients

Cclin Est
Cclin Ouest
Cclin Paris-Nord
Cclin Sud-Est
Cclin Sud-Ouest



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

<http://www.invs.sante.fr/raisin/>



ENQUETE NATIONALE DE PREVALENCE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES, MAI-JUIN 2006

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 enquête sur les infections nosocomiales (infections contractées lors de l'hospitalisation) a lieu dans l'ensemble des établissements publics et privés français, un jour donné entre le lundi 29 mai et le vendredi 30 juin 2006.

Cette enquête consiste en la collecte d'informations médicales et épidémiologiques à l'aide d'un questionnaire standardisé, chez les personnes qui ont été présentes dans l'établissement le jour suivant : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Cette enquête nécessite l'informatisation de données médicales, indirectement nominatives, vous concernant. Les données d'identification vous concernant seront conservées uniquement sur le questionnaire papier au niveau de l'établissement de soins pendant une période limitée (de juin à octobre 2006) pour permettre la validation des données et seront ensuite détruites. Conformément à l'article 38 de la loi n° 7817 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel du 6 août 2004, 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.

Ces données à caractère personnel anonymisées feront l'objet d'un traitement statistique informatique au niveau du Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (Cclin) de l'interrégion de l'établissement où vous êtes hospitalisé et au niveau de l'Institut de veille sanitaire (12 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 nationale de l'informatique et des libertés qui a donné un avis favorable (avis n°). Les articles 39 et 40 de la loi n° 7817 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel du 6 août 2004, garantissent 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 Cclin pour la base de données interrégionale, ou auprès de l'Institut de veille sanitaire pour la base de données nationale.



INSTITUT DE
VEILLE SANITAIRE

Département des maladies infectieuses

12, rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice cedex
Tél. : 33(0) 1 41 79 67 00 - Fax : 33(0) 1 41 79 67 67
<http://www.invs.sante.fr>

ISBN : 2-11-095901-0
Tirage : 5000 exemplaires
Dépot légal : Mars 2006
Réalisation : Labrador