

Maladies infectieuses

Enquête nationale de prévalence 2012 des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé

Mai - juin 2012

Protocole / Guide de l'enquêteur

Sommaire

Abréviations	2
1. Contexte	3
2. Objectifs	3
2.1 Décrire	3
2.2 Connaître et faire connaître	4
2.3 Sensibiliser et former	4
2.4 Comparer	4
3. Cible	6
4. Organisation de l'enquête	6
5. Formation	7
6. Quand ?	7
7. Comment ?	8
7.1 Le coordonnateur de l'enquête	8
7.2 Le correspondant infirmier	8
7.3 L'enquêteur	9
7.4 Le correspondant médical	9
7.5 Infection nosocomiale : définition	9
7.6 Recherche des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux	10
7.7 Recueil des données et codage	10
8. Questionnaires ENP 2012	12
8.1 La fiche établissement	12
8.2 La fiche patient	13
8.2.1 Données établissement et service	13
8.2.2 Caractéristiques du patient et du séjour	14
8.2.3 Dispositifs invasifs	17
8.2.4 Anti-infectieux	18
8.2.5 Infection nosocomiale	21
Annexes	27

Enquête nationale de prévalence 2012 des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé

Mai - juin 2012

Protocole / Guide de l'enquêteur

GROUPE DE TRAVAIL ENP 2012

S. Alfandari	CH Tourcoing
O. Bajolet	CHU Reims
C. Bernet	CClin Sud-Est
B. Coignard	InVS – Coordination ECDC
C. Gautier	CClin Sud-Ouest
M. Giard	CClin Sud-Est
S. Georges	InVS
P. Jarno	CClin Ouest
L. Léon	InVS
B. Miguères	CClin Paris-Nord
K. Miliani	CClin Paris-Nord
L. Simon	CClin Est
JM. Thiolet	InVS – Coordination France
S. Vaux	InVS
D. Verjat-Trannoy	CClin Paris-Nord

GROUPE DE PILOTAGE

Comité de coordination du Raisin

P. Astagneau, M. Aupée, JM. Azanowsky, C. Bernet, H. Blanchard, C. Brun-Buisson, P. Parneix, B. Coignard, C. Dumartin, N. Floret, B. Grandbastien, V. Jarlier, P. Jarno, C. Rabaud, C. Rambaud, AM. Rogues, C. Saura, A. Savey, H. Sénéchal, L. Simon, JM. Thiolet, P. Vanhems, V. Vanrossem-Magnani, S. Vaux, B. Worms.

Abréviations

CClin	Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
Clin	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
ECDC	Centre européen de contrôle des maladies
Ehpad	Etablissement d'hébergement et d'accueil de personnes âgées dépendantes
ENP	Enquête nationale de prévalence
ES	Etablissement de santé
HAD	Hospitalisation à domicile
IN	Infection nosocomiale
InVS	Institut de veille sanitaire
Raisin	Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales
Sarm	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méticilline
SSR	Soins de suite et de réadaptation
USLD	Unité de soins de longue durée

1 Contexte

De 1990 à 2006, quatre enquêtes nationales de prévalence (ENP) des infections nosocomiales (IN) ont permis de produire des estimations régulières de la fréquence des IN dans les établissements de santé (ES) français.

L'ENP 2006 avait un objectif de mobilisation la plus large possible des ES afin de valoriser leur engagement dans une démarche de mesure du risque infectieux. Il a été largement atteint avec 2 337 ES participant représentant 93,6 % des lits d'hospitalisation en France et 358 353 patients inclus. Elle a permis de sensibiliser les ES et de les mobiliser très fortement autour d'un projet de surveillance des IN et des consommations d'anti-infectieux. L'ENP a renouvelé des données de référence utiles pour orienter les programmes de lutte contre les IN au niveau national et régional, et les actions du plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques. La baisse de la prévalence des IN observée depuis 2001, en particulier pour les *Staphylococcus aureus* résistants à la méticilline (SARM) était encourageante et suggérait un impact positif des programmes de lutte contre les IN mis en place en France dans les années 1990. Toutefois, en 2006, ces infections concernaient encore 1 patient hospitalisé sur 20, une situation qui justifie la poursuite des efforts engagés à ce jour contre ces infections. Concernant les antibiotiques, les résultats nuancés observés concernant la prévalence des patients traités par antibiotiques plaident pour le renforcement à l'hôpital des actions visant à préserver leur efficacité.

Le renouvellement de l'enquête est un élément du programme national de lutte contre les IN 2009 - 2013. L'ENP représente une opportunité particulière pour renforcer la sensibilisation des ES à la surveillance des IN et leur appropriation d'outils standardisés.

L'ENP 2012 se situe dans un contexte européen. La prévalence des infections nosocomiales en France en 2006 était dans les limites basses des taux produits par d'autres enquêtes européennes mais les différences méthodologiques limitaient singulièrement les comparaisons. Suivant une recommandation du Conseil européen, le Centre européen de contrôle des maladies (ECDC - Stockholm) propose aux Etats membres de participer à une enquête de prévalence européenne. Aussi, les données d'un échantillon d'ES participant à l'ENP 2012 seront transmises à l'ECDC et représenteront la participation française à cette enquête. Les établissements de l'échantillon dont les données seront transmises à l'ECDC seront informés de leur situation particulière. Ils feront l'objet d'un suivi régulier afin de garantir le respect des contraintes de calendrier imposées par l'ECDC.

L'ENP s'inscrit dans l'axe stratégique « optimiser le recueil et les données de surveillance » pour prioriser les IN et évaluer leur prévention. L'élaboration du protocole et des outils s'est attachée à assurer la comparabilité des résultats avec ceux des ENP antérieures tout en tenant compte des exigences européennes. De plus, le protocole et les méthodes de l'ENP française étant très proches du protocole européen, les méthodes restent similaires à celles des ENP 2001 et 2006, ce qui facilite le travail des enquêteurs ayant déjà participé aux enquêtes précédentes.

L'ENP 2012 aura lieu du **lundi 14 mai au vendredi 29 juin 2012**.

Comme en 2006, l'ENP 2012 est réalisée sous l'égide du réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections associées aux soins (Raisin), mise en œuvre par les ES, coordonnée par l'Institut de veille sanitaire (InVS) au niveau national et les centres de coordination de la lutte contre les IN (CClin) au niveau interrégional.

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 anti-infectieux prescrits aux patients dans chaque ES en France.
- Décrire les infections recensées par type d'établissement, service, site infectieux et micro-organisme.
- Décrire les traitements anti-infectieux prescrits par molécule, famille et grande catégorie d'indication.

2.2 Connaître et faire connaître

- Dans chaque ES, mettre ces données à disposition de l'ensemble de la communauté hospitalière : équipes soignantes, équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière, laboratoires de microbiologie, instances dirigeantes (CME, Clin ou instance équivalente, Commission des antibiotiques, CHSCT, Direction du Service des soins infirmiers, Direction de l'établissement). Intégrer ces résultats dans la communication interne et externe de l'établissement pour illustrer sa politique de lutte contre les IN.
- Au niveau régional, interrégional et national, utiliser ce recueil 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

- Renforcer la sensibilisation de l'ensemble du personnel des ES à la réalité des IN et à l'importance du suivi des consommations d'anti-infectieux à l'hôpital.
- Mobiliser l'ensemble de l'ES autour d'un projet de surveillance.

2.4 Comparer

- La méthode générale de l'enquête est identique à celle de 2006. Les résultats de l'ENP 2012 seront donc comparables à ceux de 2006, en tenant compte des nouveautés introduites en 2012 décrites dans l'encadré 1.
- Pour un meilleur suivi dans le temps de leur taux d'infection, les ES restent 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.

ENP : quoi de neuf en 2012 ?

Les méthodes de l'ENP 2012 restent très proches de celles des ENP 2001 et 2006, ce qui facilite le travail des enquêteurs ayant déjà participé aux enquêtes précédentes. De plus, en cohérence avec le protocole de l'ECDC, des définitions ont été modifiées, retirées ou ajoutées. Ces changements ne devraient pas avoir un impact majeur sur les prévalences mesurées. Il est toutefois recommandé de consulter ces définitions dans le protocole.

Certaines particularités de l'ENP 2012 sont importantes à souligner.

L'hospitalisation à domicile (HAD) est incluse dans l'enquête selon des modalités adaptées. Les données de l'HAD feront l'objet d'une analyse spécifique.

En 2006, les entrants du jour étaient exclus. En conformité avec le protocole européen, pour l'ENP 2012 tous les patients présents et admis dans le service avant 08 heures le matin du jour de l'enquête seront inclus.

La fiche « Etablissement » permet d'identifier l'ES par son code (fourni par le CClin) et de documenter son type, son statut juridique et le nombre de lits dont il dispose. A partir des éléments transmis pour le tableau de bord des IN, elle est prérenseignée sur l'application de saisie en ligne pour la totalité des items excepté le nombre total de chambres et le nombre de chambres individuelles. Après remplissage de ces nouvelles variables et modifications éventuelles des variables pré-renseignées, la validation de la fiche confirmera l'inscription pour l'enquête. Cette étape est un pré-requis pour avoir accès au renseignement des fiches patients sur l'application.

La fiche « Patient » ne change pas significativement dans sa forme mais des évolutions des variables recueillies sont introduites :

- la documentation de la présence de dispositifs invasifs pour certaines infections (pneumonies, bactériémies et infections urinaires) ;
- l'enquête documente les origines des bactériémies plus précisément que lors des enquêtes précédentes ;
- les traitements anti-infectieux sont renseignés avec leur dénomination commune internationale (DCI) ou leur nom de marque ;
- l'indication des traitements anti-infectieux est modifiée ; elle distingue les situations suivantes : IN acquises en court séjour d'une part, les IN acquises en SSR ou SLD et les infections acquises en établissement médico-social d'autre part ;
- la durée de l'antibioprophylaxie chirurgicale est documentée ;
- un autre indicateur de la qualité de la prescription d'un anti-infectieux est introduit avec l'item « Justification de l'indication de l'anti-infectieux dans le dossier médical » ;
- la localisation infectieuse ayant motivé le traitement anti-infectieux, quelle qu'en soit l'origine (communautaire ou nosocomiale ou associée aux soins) est renseignée. Il s'agit de coder ce qui est inscrit dans le dossier médical et qui correspond à l'infection que le médecin pense traiter, qu'elle soit documentée ou non. L'objectif n'est pas d'évaluer, encore moins de discuter les indications des anti-infectieux, mais de décrire ce que les prescripteurs traitent. Le thésaurus utilisé contient des regroupements de localisations infectieuses (infections urinaires, infections respiratoires par exemple) pour lesquels il n'y a pas de définition associée.

3 Cible

Cette enquête est proposée par le Raisin via les 5 CClin à tous les ES français quels que soient leur type ou leur statut.

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),
- soins de suite et de réadaptation (SSR),
- unités de soins de longue durée (USLD),
- hospitalisation à domicile¹.

Sont exclus du champ de l'enquête :

- les places et lits d'hospitalisation de jour,
- les lits d'hospitalisation de nuit dans les centres hospitaliers spécialisés (CHS),
- les établissements d'accueil et d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD), qu'ils soient indépendants ou rattachés à un ES.

Tous les patients présents le jour de l'enquête et admis avant 08 heures dans les services cibles doivent être inclus.

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.

4 Organisation de l'enquête

Les CClin solliciteront les ES de leur interrégion pour l'inscription à l'ENP.

Le protocole national, les tables de référence et le questionnaire de l'enquête seront aussi disponibles sur Internet pour diffusion et reprographie, en tant que de besoin, par chaque ES. L'application Web de saisie et de restitution des données sera accessible à partir des mêmes sites :

- sur le site de l'InVS : <http://www.invs.sante.fr/>
- 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 fourniront une assistance méthodologique aux ES. A 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.

¹ Les méthodes de l'enquête sont adaptées pour les services d'hospitalisation à domicile (cf. protocole HAD).

5 Formation

L'ENP 2012 est la quatrième enquête nationale de prévalence et ses méthodes sont très proches de celles utilisées depuis 1996. La plupart des ES français connaissent donc les modalités d'une telle enquête.

Néanmoins, et en priorité pour les ES qui n'auraient pas participé aux enquêtes précédentes, chaque CClin pourra mettre en œuvre une formation des responsables de l'enquête de prévalence de chaque établissement sur la base des documents support élaborés par le groupe de travail national. L'échelon (interrégional ou régional) de cette formation et son niveau sont laissés à l'initiative du CClin, selon son organisation et l'expérience des établissements de son interrégion.

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

6 Quand ?

La période retenue pour l'enquête va du **lundi 14 mai au vendredi 29 juin 2012 inclus**. Chaque ES participant réalisera l'enquête au cours de cette période.

L'inscription se fera auprès des CClin selon les modalités qui seront indiquées aux ES par ces derniers. Cette inscription est indispensable pour disposer des accès à l'application.

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 plusieurs jours sans cependant excéder une semaine, l'important étant que pour chaque service (ou unités de soins) l'enquête se déroule sur une seule journée.

Si 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.

Les données seront acceptées dans l'application jusqu'au vendredi 14 septembre 2012, excepté pour les ES faisant partie de l'échantillon de l'enquête européenne pour lesquels le processus de saisie doit être achevé au plus tard le vendredi 13 juillet 2012.

Nota : Echantillon ECDC

La participation française à l'enquête européenne de prévalence des infections nosocomiales en établissement de santé de court séjour comportera un échantillon de 55 établissements de santé. La taille de cet échantillon est déterminée en lien avec l'ECDC pour éviter une surreprésentation d'une nation dans l'enquête. Cet échantillon sera tiré au sort parmi les établissements inscrits à l'ENP 2012 classés par nombre total de lits décroissant. Cette caractéristique des établissements est la seule qui permet d'avoir une représentativité des établissements. En effet, une stratification par type d'établissement ne peut être mise en œuvre compte tenu des spécificités nationales. Les établissements tirés au sort participeront de manière volontaire à cet échantillon, la contrainte principale s'exerçant sur eux étant celle d'un délai plus court pour la saisie des données. Ces ES renseigneront une variable supplémentaire par IN. Enfin, il leur sera proposé de participer à un module de validation des données.

Calendrier prévisionnel

Etape	Mars 12	Avril 12	Mai 12	Juin 12	Juillet 12	Août 12	Septembre 12	Octobre 12	Novembre 12	Décembre 12	Janvier 13	Février 13	Mars 13
Diffusion du protocole / 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 des données interrégionales													
Validation des données nationales													

7 Comment ?

La composition de l'équipe responsable du recueil des données peut varier selon les ES. Néanmoins, il est souhaitable que chaque ES identifie un coordonnateur de l'enquête, un correspondant médical et un correspondant infirmier dans chaque service, ainsi que des enquêteurs.

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

7.1 Le coordonnateur de l'enquête

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

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

- Il est responsable de l'information des patients inclus dans l'ENP 2012 (cf. courrier-type en annexe VIII).
- Il établit la liste des correspondants médicaux, correspondants infirmiers et enquêteurs de l'établissement.
- Il vérifie les codages des fiches remplies.
- Il garantit l'anonymat de l'enquête. A cet effet, l'en-tête des fiches où se trouve l'étiquette du patient et le numéro de fiche patient doit être découpée après la saisie des fiches et les coupons stockés en lieu sûr jusqu'à la validation des données.
- Il coordonne la saisie des données à l'aide de l'application informatique.
- Il analyse les données de son établissement à l'aide de l'application informatique et en diffuse les résultats à tous les services.

7.2 Le correspondant infirmier

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

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

- identification du patient (étiquette à coller dans le coin supérieur droit).

- partie « Service » : date de l'enquête, code du service (code interne à l'établissement fourni par le coordonnateur), spécialité du service.
- partie « Patient » : spécialité du patient, âge, sexe, date hospitalisation, chirurgie depuis l'admission.
- partie « Dispositifs invasifs » (cathéter, intubation, sonde urinaire).

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

7.3 L'enquêteur

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

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

7.4 Le correspondant médical

Médecin, il complète avec l'enquêteur les items suivants : score de Mac Cabe (indice de gravité des patients), immunodépression, chirurgie depuis l'admission (intervention chirurgicale), cancer évolutif, contexte de prescription et diagnostic en cas de traitement anti-infectieux.

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

7.5 Infection nosocomiale : définition

Une infection est dite associée aux soins (IAS) si elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient, et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge. Contractée dans un établissement de santé, une infection associée aux soins est une infection nosocomiale.

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

Pour les **infections du site opératoire**, on considère comme nosocomiales les infections survenues dans les 30 jours suivant l'intervention chirurgicale, ou dans l'année qui suit l'intervention s'il y a mise en place d'une prothèse ou d'un implant.

La définition de l'IN retenue pour l'enquête nationale de prévalence 2012 est donc celle des recommandations « Surveiller et prévenir les infections associées aux soins » [disponible sur le site www.sante.gouv.fr].

Les définitions de chaque site sont disponibles en Annexe III de ce document. Ce sont celles du centre européen de contrôle des maladies (ECDC – Stockholm) à l'exception des hépatites virales nosocomiales (définition ENP 2012).

7.6 Recherche des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux

La consultation des dossiers du patient (médical, infirmier, prescriptions, etc.) permettra de renseigner les caractéristiques des patients, et, le cas échéant, de documenter les IN et les prescriptions d'anti-infectieux. Le correspondant infirmier du service pour l'enquête apportera les compléments d'information éventuellement nécessaires.

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

Toute IN identifiée devra être validée par le correspondant médical du service.

Cas particulier des patients transférés d'un autre service

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

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

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

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

Cas particulier des patients transférés d'un autre établissement

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

Ainsi, une IN active à l'admission (ou se déclarant dans les 48 premières heures du séjour²) ou se déclarant dans les 30 jours suivants une intervention chirurgicale (ou dans l'année pour toute pose de matériel prothétique) d'un patient transféré d'un autre établissement de santé sera considérée comme acquise dans un autre établissement.

7.7 Recueil des données et codage

L'ENP 2012 utilise un questionnaire limité au strict nécessaire. Il prend en compte l'expérience des enquêtes antérieures et la compatibilité de l'enquête française avec le protocole européen.

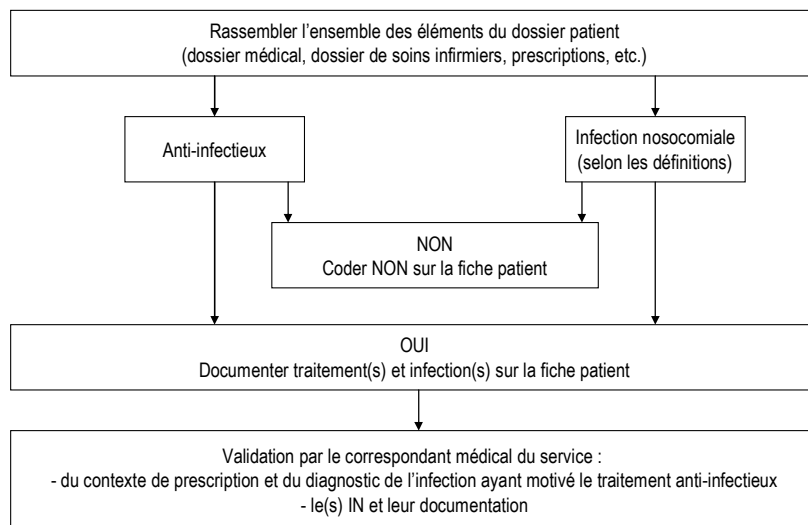
Le questionnaire comprend deux fiches :

- une fiche Etablissement : les données seront prérenseignées dans la base de l'application informatique de saisie pour la quasi-totalité des variables.
- une fiche Patient : (1 page ; 5 rubriques) disponible en annexe VII. La fiche patient spécifique aux ES inclus dans l'échantillon européen, différente pour une seule variable, est disponible en annexe VII bis.

L'enquêteur s'assurera que tous les moyens sont bien mis en œuvre pour documenter les différentes rubriques du questionnaire. Certaines rubriques sont obligatoires (âge du patient, par exemple) : toute valeur manquante sera bloquante lors de la saisie.

La figure ci-dessous synthétise le processus de validation des traitements anti-infectieux et des IN.

² Délai à relativiser selon la période d'incubation de l'agent infectieux



8 Questionnaires ENP 2012

8.1 La fiche Etablissement

Cette fiche Etablissement fournit une description de l'établissement en termes de type, de statut juridique, de nombre de lits ainsi que la consommation en produits hydroalcooliques.

Les données recueillies dans le cadre du bilan annuel de la lutte contre les IN seront prérenseignées sur l'application de saisie. Les seules variables à renseigner devraient être le nombre total de chambres et le nombre total de chambres individuelles.

Les valeurs des variables Interrégion, Région, Code de l'établissement ne seront pas modifiables en ligne. Si une erreur était mise en évidence, le correspondant de l'enquête contactera le CCLin. Les données intégrées seront celles du tableau de bord 2010. Il n'est pas demandé de les actualiser avec les données de l'année 2011.

Le coordonnateur de l'enquête vérifiera et modifiera, le cas échéant, les valeurs prérenseignées :

- Interrégion
- Région
- Code de l'établissement
- Type d'établissement
- Statut
- Nombre total de lits (hors EHPAD)
- 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
- Consommation totale annuelle de PHA
- Nombre d'admissions par an
- Nombre de journées d'hospitalisation par an
- Année de référence des données
- **Nombre total de chambres**

Noter le nombre total de chambres **installées** dans l'établissement de santé. Cette information devrait être disponible auprès de votre administration.

- **Nombre total de chambres individuelles**

Noter le nombre total de chambres individuelles **installées** dans l'ES. Cette information devrait être disponible auprès de votre administration.

Une chambre installée est une chambre en état d'accueillir des malades et ou fermée temporairement pour cause de travaux, désinfection.

La validation de ces données dans l'application informatique confirmera l'inscription de l'ES à l'ENP 2012. Cette validation est un prérequis pour accéder au module de saisie des fiches Patient de l'application informatique.

8.2 La fiche Patient

8.2.1 Données Etablissement et Service

ES et service

Code établissement		Date de l'enquête	
Code du service		Spécialité du service	

Cette partie du questionnaire peut être préparée à l'avance pour chaque service. Il est possible de ne remplir les rubriques code établissement, date de l'enquête, spécialité et code du service que sur la première fiche de chaque service.

Lors de la saisie, le code établissement sera automatiquement reporté par l'application de saisie en ligne. Les codes de la spécialité et du service le seront aussi après une première saisie. Il conviendra de modifier le code et la spécialité du service lors de la saisie des fiches d'un autre service. Il en va de même pour la date de l'enquête si celle-ci s'est effectuée sur plusieurs jours dans l'établissement.

- **Code de l'établissement [! OBLIGATOIRE]**

Il s'agit du code délivré par le CClin.

Il est indispensable de le reporter sur les fiches « patient » si des risques de confusion d'établissement existent (EOH opérant dans plusieurs établissements et saisie externalisée en particulier).

- **Date de l'enquête [! OBLIGATOIRE]**

Noter ici la date de l'enquête pour un service donné au format JJ/MM/AAAA.

Rappel : l'enquête doit se dérouler le même jour pour un service. Pour les grands établissements, l'enquête peut se dérouler sur plusieurs jours consécutifs, l'ensemble des services devant avoir été enquêté en 1 semaine.

- **Code du service**

Ce code est à usage interne de l'établissement et déterminé par le coordonnateur de l'enquête. Il peut aussi être employé pour distinguer les différentes implantations d'un établissement multisites. Non obligatoire, il peut être utilisé pour une analyse locale des données. Les analyses régionales ou nationales n'utilisent pas cette variable.

- **Spécialité du service [! OBLIGATOIRE]**

Cette rubrique est demandée pour chaque service. La liste des codes à utiliser constitue l'Annexe I

Les services ou unités de soins intensifs (USI) ou de surveillance continue (USC) seront associés à la spécialité médicale ou chirurgicale correspondante. Ils ne doivent pas être confondus avec les services ou unités de **réanimation**, définis par les articles R. 6123-33 et R. 6123-34 du Code de la santé publique.³ En particulier :

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

³ Disponibles sur <http://www.legifrance.gouv.fr/>

8.2.2 Caractéristiques du patient et du séjour

ES et service

Code établissement Date de l'enquête

Code du service Spécialité du service

Patient

N° Fiche patient Spécialité du patient

Sexe ☐ M ☐ F Donné par l'application Date hospitalisation

Age (années) Age (mois) si âge <= 24 mois

Chirurgie depuis l'admission ☐ NON ☐ OUI

Score de MacCabe ☐ MC0 ☐ MC1 ☐ MC2 ☐ INC

Immunodépression ☐ NON ☐ OUI ☐ INC

Cancer évolutif ☐ Tumeur solide ☐ Hémopathie ☐ NON ☐ INC

Etiquette patient

N° Fiche patient

Donné par l'application

- Numéro de fiche [! OBLIGATOIRE]**

Cette rubrique ne peut pas être renseignée lors du recueil des données dans les services.

Au moment de la saisie, il faudra recopier sur la fiche papier ET sur la partie à découper le numéro de fiche donné par le logiciel de saisie, de manière à pouvoir retrouver les données si des vérifications étaient nécessaires.

- Etiquette patient et numéro de fiche patient**

Pour assurer la confidentialité des informations médicales recueillies lors de cette enquête, il convient de découper cette partie et de l'archiver séparément des fiches papier en lieu sûr, après report du numéro de fiche fourni par l'application de saisie en ligne. Il sera ainsi facile de retrouver ultérieurement le dossier d'un patient pour lequel des vérifications seraient nécessaires.

Nota : le numéro de fiche patient ne pourra être renseigné qu'après saisie de la fiche dans l'application.

Ces fiches papier seront détruites lorsque les données auront été définitivement validées, au plus tard en décembre 2012.

- Spécialité du patient [! OBLIGATOIRE]**

Cette rubrique est demandée pour chaque patient, afin de pouvoir distinguer des spécialités différentes au sein d'un même service. La liste des codes à utiliser constitue l'Annexe I.

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

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

- Sexe [! OBLIGATOIRE]**

Cocher la case correspondante (féminin ou masculin).

- Date d'hospitalisation [! OBLIGATOIRE]**

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

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

- **Age [! OBLIGATOIRE]**

L'âge est renseigné en années révolues (âge au dernier anniversaire).

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

- **Age en mois [! OBLIGATOIRE si âge < 2 ANS]**

Pour les enfants de **23 mois et moins**, indiquer l'âge en mois révolus.

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

- **Chirurgie depuis l'admission [! OBLIGATOIRE]**

Cocher OUI si le patient a été opéré **depuis son entrée dans l'établissement, NON dans le cas contraire.**

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

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

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

Sont exclus :

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

- **Score de Mac Cabe (indice de gravité)**

Cet indice de gravité est renseigné par le correspondant médical du service. Il doit décrire la situation du patient **le jour de l'enquête**, sauf si le patient présente une IN. Dans ce cas, il faut prendre en compte pour l'indice l'état du patient avant cette IN.

Cocher la case correspondante :

- Pas de maladie ou maladie non fatale : MC0
- Maladie fatale dans les 5 ans : MC1
- Maladie rapidement fatale dans l'année : MC2
- Inconnu

- **Immuno-dépression**

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

La définition de l'immuno-dépression est la suivante :

- Traitement qui diminue la résistance à l'infection : traitement immuno-suppresseur, 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 $CD4 < 500/mm^3$.

- **Cancer évolutif**

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

Cocher NON, si le patient ne présente pas de cancer évolutif ou Inconnu (INC) si l'information n'est pas disponible.

Un cancer est dit évolutif dans les situations suivantes :

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

8.2.3 Dispositifs invasifs

Dispositif invasif		NON	OUI
Si oui	Sonde urinaire	☐	☐
	Intubation	☐	☐
	Cathéters [un ou plusieurs]	☐	☐
Si cathéter oui	périphérique veineux	☐	☐
	périphérique artériel	☐	☐
	périphérique sous-cutané	☐	☐
	central veineux	☐	☐
	central artériel	☐	☐
	PICC	☐	☐
	chambre implantable	☐	☐

- **Dispositif invasif** [! OBLIGATOIRE]

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

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

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

- **Sonde urinaire**

Cocher OUI si le patient est porteur d'une sonde urinaire **le jour** de l'enquête.

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

- **Intubation**

Cocher OUI si le patient est intubé ou trachéotomisé **le jour** de l'enquête, que le patient soit sous assistance respiratoire ou non.

- **Cathéter**

Cocher OUI si le patient est porteur d'au moins un cathéter **le jour de l'enquête**.

Si oui, au moins un cathéter doit être documenté en cochant OUI pour le (ou les) cathéters dont le patient est porteur :

- Cathéter périphérique veineux
- Cathéter périphérique artériel
- Cathéter périphérique sous-cutané
- Cathéter central veineux
- Cathéter central artériel
- PICC
- Chambre implantable

Nota : PICC : cathéter central à insertion périphérique

8.2.4 Anti-infectieux

Traitement anti-infectieux ☐ NON ☐ OUI					
	DCI	Voie d'administration	Contexte de prescription	Diagnostic	Justification dossier
Molécule 1					
Molécule 2					
Molécule 3					
Molécule 4					
Molécule 5					

- Traitement anti-infectieux (le jour de l'enquête) [! OBLIGATOIRE]**

Cocher OUI si le patient reçoit au moins un traitement anti-infectieux **le jour** de l'enquête, NON dans le cas contraire.

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

- Documentation du (des) traitement(s) anti-infectieux (le jour de l'enquête)**

Si le patient reçoit au moins un traitement anti-infectieux le jour de l'enquête, il est obligatoire de documenter au moins un traitement, 5 au maximum.

Sont recueillis :

- la molécule ;
- la voie d'administration ;
- le contexte de prescription ;
- le diagnostic de l'infection ayant motivé le traitement ;
- la justification du traitement dans le dossier médical.

- Molécule [! OBLIGATOIRE si le patient reçoit un traitement anti-infectieux le jour de l'enquête]**

La saisie des traitements anti-infectieux dans l'application se fera sur la base d'un menu déroulant qui comprendra la **DCI et des noms de spécialités**. La DCI ou le nom de spécialité est donc à reporter sur la fiche patient. L'utilisation de la dénomination commune internationale devrait être privilégiée.

La liste des anti-infectieux figure en annexe II.

Ne doivent pas être pris en compte :

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

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

Pour chaque molécule, renseigner ensuite :

- **Voie d'administration** [! OBLIGATOIRE si le patient reçoit un traitement anti-infectieux le jour de l'enquête]

Pour chaque anti-infectieux, coder :

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

- **Contexte de prescription** [! OBLIGATOIRE si le patient reçoit un traitement anti-infectieux le jour de l'enquête]

Onze contextes de prescription différents peuvent être mentionnés en regard de chaque molécule.

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

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

La durée de l'antibioprophylaxie chirurgicale est à renseigner ce qui nécessite la consultation du dossier du patient pour le jour précédant l'enquête.

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

- **Diagnostic [! OBLIGATOIRE si le patient reçoit un traitement anti-infectieux curatif le jour de l'enquête]**

Le diagnostic de l'infection (nosocomiale ou non) est celui qui figure dans le dossier du patient ou celui qui est rapporté par l'équipe soignante. Il s'agit de reporter l'infection que le prescripteur pense traiter, que celle-ci soit documentée ou non.

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

Il ne doit pas être renseigné s'il s'agit d'un traitement prophylactique.

Il est souligné qu'il n'appartient pas aux enquêteurs d'évaluer, encore moins de discuter, les motifs de prescription.

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

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

- **Justification dossier (Inscription du motif de prescription dans le dossier médical) [! OBLIGATOIRE si le patient reçoit un traitement anti-infectieux le jour de l'enquête]**

Inscrire OUI si le motif de prescription de l'anti-infectieux est écrit dans le dossier médical du patient, NON dans le cas contraire. Le motif de prescription peut être le diagnostic renseigné à la rubrique précédente ou tout autre élément de contexte ayant entraîné la prescription (fièvre par exemple).

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

8.2.5 Infection nosocomiale

Infection nosocomiale		☐ NON		☐ OUI		
	IN1		IN2		IN3	
Siège de l'infection						
Dispositif invasif concerné						
IN présente à l'admission						
Date des premiers signes						
Origine de l'infection						
Si bactériémie, origine						
	MO1	MO2	MO1	MO2	MO1	MO2
Code MO						
Sensibilité MO						

- Infection nosocomiale (le jour de l'enquête) [! OBLIGATOIRE]**

Cocher OUI si le patient présente une IN, NON dans le cas contraire.

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

Si IN est codé OUI, une infection au moins doit être documentée ; 3 IN maximum peuvent être documentées avec 2 microorganismes maximum par IN.

- Documentation de l'infection nosocomiale**

Sont recueillis :

- siège de l'infection
- dispositif invasif concerné
- présence de l'IN à l'admission
- origine de l'IN
- date des premiers signes
- origine des bactériémies
- micro-organismes
- sensibilité
- diagnostic différé (pour les seuls ES de l'échantillon européen)

• **Siège de l'infection** **[! OBLIGATOIRE SI PATIENT INFECTE]**

Noter ici le code correspondant au site de l'IN identifiée (tableau ci-après). La liste des définitions est disponible en Annexe III.

Localisation	CODE ENP 2012	Libellé
Infection urinaire	URIIN1	Infection urinaire - confirmée microbiologiquement
	URIIN2	<i>Infection urinaire - sans confirmation microbiologique</i>
Pneumonie	RSPPN1	Pneumonie cas 1 - clinique + examen bactériologique protégé avec numération de micro-organismes
	RSPPN2	Pneumonie cas 2 - clinique + examen bactériologique non protégé avec numération de micro-organisme
	RSPPN3	Pneumonie cas 3 - diagnostic clinique + Méthodes microbiologiques alternatives (sérologie)
	RSPPN4	Pneumonie cas 4 - clinique + bactériologie des crachats ou examen non quantitatif des sécrétions bronchiques
	RSPPN5	Pneumonie cas 5 - clinique + aucun critère microbiologique
	RSPPNG	Pneumonie chez un patient de gériatrie hors court séjour
Bactériémie (hors bactériémies sur cathéter et néonatalogie)	SANBAC	Bactériémie (confirmée en laboratoire)
Infection du site opératoire	ISOSUP	Infection du site opératoire - infection de la partie superficielle de l'incision
	ISOPRF	Infection du site opératoire - infection de la partie profonde de l'incision
	ISOORG	Infection du site opératoire - infection de l'organe ou de l'espace concerné par le site opératoire
Infection respiratoire autre que pneumonie	RSPHA1	Bronchite, trachéobronchite, bronchiolite, trachéite
	RSPHA2	Bronchite, trachéo-bronchite, bronchiolite, trachéite chez un patient de gériatrie hors court séjour
	RSPAUT	Autre infection des voies respiratoires basses
Infection peau et tissus mous	PEAMAS	Abcès du sein ou mastite
	PEABRU	Infection de brûlure
	PEAESC	Infection d'escarre
	PEACUT	Infection cutanée
	PEAMOU	Infections des tissus mous
Infection du tractus gastro-intestinal	GASENT	Gastro-entérite (hors ICD)
	GASAUT	Autre Infection gastro-intestinale
	GASHEP	Hépatite virale
	GASABD	Infection intra-abdominale, non spécifiée ailleurs
Infection ORL / stomatologique	ORLPHA	Pharyngite, laryngite, épiglottite
	ORLMAS	Otite, mastoïdite
	ORLSIN	Sinusite
	ORLBUC	Infection de la cavité buccale
Infection ophtalmologique.	OPHCON	Conjonctivite
	OPHSAI	Infection ophtalmique autre que conjonctivite
Infection génitale	GENEND	Endométrite
	GENAUT	Autres infections de l'appareil génital masculin ou féminin
	GENVAG	Infection vaginale
	GENEPI	Infection sur épisiotomie
Infection des os et articulations	OSAOST	Ostéomyélite
	OSASPO	Spondylodiscite
	OSAART	Arthrite ou synovite septique

Localisation	CODE ENP 2012	Libellé
Infection du système nerveux central	SNCPAR	Infection du parenchyme cérébral
	SNCMEN	Méningite ou ventriculite
	SNCMED	Infection péri-médullaire
Infection système cardio-vasculaire	CVAMYO	Myocardite ou péricardite
	CVAEND	Endocardite
	CVAMED	Médiastinite
	CVAVAS	Infection artérielle ou veineuse
Infection sur cathéter	KTCLOC	Infection locale liée à un cathéter central - en l'absence d'hémocultures positives
	KTCGEN	Infection générale liée à un cathéter central - en l'absence d'hémocultures positives
	KTCBAC	Infection bactériémique sur cathéter central microbiologiquement confirmée
	KTPLOC	Infection locale cathéter périphérique - en l'absence d'hémocultures positives
	KTPGEN	Infection générale cathéter périphérique - en l'absence d'hémocultures positives
	KTPBAC	Infection bactériémique sur cathéter périphérique microbiologiquement confirmée
Infection systémique	SYSTEM	Infection systémique
Sepsis clinique	SEPSIS	Sepsis clinique chez les adultes et les enfants
Infection néonatale	NNSEPS	Sepsis clinique du nouveau-né
	NNBAC1	Bactériémie du nouveau-né confirmée bactériologiquement
	NNBAC2	Bactériémie du nouveau-né à S. staphylocoque coagulase négatif
	NNPNEU	Pneumonie du nouveau-né
	NNENTN	Entérocolite nécrosante

• **Dispositif invasif concerné [! OBLIGATOIRE si pneumonie, bactériémie ou infection urinaire]**

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

Noter OUI dans les situations suivantes :

Siège de l'infection	Dispositif invasif
- Infection urinaire (URIIN 1 à 2)	<u>ET</u> Sonde urinaire en place dans les 7 jours précédant l'infection
- Pneumonie (RSPN1 à 5)	<u>ET</u> Intubation dans les 48H précédant l'infection
- Bactériémies* (SANBAC, NNBAC1 et 2)	<u>ET</u> Cathéter veineux central en place dans les 48H précédant l'infection

Noter NON dans le cas contraire, et Inconnu le cas échéant.

Nota : Cette rubrique ne concerne pas les infections bactériémiques sur cathéter central ou périphérique identifiées comme telles (KTCBAC).

• **IN présente à l'admission**

Les signes de l'IN étaient présents lors de l'admission, renseigner Oui, Non, Inconnu selon le cas.

• **Date des premiers signes [! OBLIGATOIRE SI PATIENT INFECTE]**

Il s'agit de la date d'apparition des premiers signes ou symptômes de l'infection (Format JJ/MM/AAAA).

Si l'infection était présente à l'admission et que la date des premiers signes n'est pas connue : reporter Inconnue.

Nota : « Inconnue » n'est pas admis pour une infection dont les signes n'étaient pas présents à l'admission.

- **Origine de l'infection**

Coder l'origine de l'IN identifiée.

Coder	Origine de l'infection nosocomiale
ES	Acquise dans l'établissement
CS	Acquise dans un autre ES de court séjour
AU	Acquise dans un autre ES autre que court séjour (psychiatrie, SSR, SLD , HAD) ou un EHPAD
ND	Non déterminée

- **Origine des bactériémies secondaires à une autre infection [! OBLIGATOIRE SI localisation infection = SANBAC]**

Cette variable vise à documenter la source de la bactériémie. Elle s'applique uniquement aux bactériémies codées SANBAC.

Ne sont pas concernées : les bactériémies du nouveau-né (NNBAC 1 et 2) et les infections bactériémiques sur cathéter central (KTCBAC) ou périphérique (KTPBAC).

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

- **Micro-organisme(s) [! OBLIGATOIRE SI PATIENT INFECTE]**

Noter ici le code à 6 lettres correspondant au(x) micro-organisme(s) identifié(s) ; 2 micro-organismes (au maximum) peuvent être documentés par IN.

La liste des codes des micro-organismes est disponible en Annexe IV.

- si aucun prélèvement n'a été fait, coder NONEFF (non effectué) ;
- si un prélèvement a été fait mais est revenu stérile, coder EXASTE (examen stérile) ;
- si un prélèvement a été fait, est positif mais que l'identification n'est pas retrouvée, coder NONIDE (non identifié).

• Sensibilité

Noter ici le code correspondant à la sensibilité aux anti-infectieux du (des) micro-organisme(s) identifié(s).

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

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

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

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

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

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

ANNEXE I – LISTE ET CODES DES SPECIALITES

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

ANNEXE II – LISTE DES ANTI-INFECTIEUX

Les DCI (de préférence) ou un nom de marque sont à reporter sur la fiche patient.

Libellé	Code
ABBOTICINE	J01FA01
ABELCET	J02AA01
ACIDE FUSIDIQUE	J01XC01
ACIDE PIPEMIDIQUE	J01MB04
ADIAZINE	J01EC02
ALFATIL	J01DC04
ALKONATREM	J01AA01
AMBISOME	J02AA01
AMIKACINE	J01GB06
AMIKLIN	J01GB06
AMODEX	J01CA04
AMOXICILLINE	J01CA04
AMOXICILLINE/AC.CLAVULANIQUE	J01CR02
AMPHOTERICINE B	J02AA01
AMPICILLINE	J01CA01
AMPICILLINE SULBACTAM	J01CR01
ANCOTIL	J02AX01
ANIDULAFUNGINE	J02AX06
ANSATIPINE	J04AB04
APURONE	J01MB07
AUGMENTIN	J01CR02
AXEPIM	J01DE01
AZACTAM	J01DF01
AZADOSE	J01FA10
AZITHROMYCINE	J01FA10
AZTREONAM	J01DF01
BACTOX	J01CA04
BACTRIM	J01EE01
BAYPEN	J01CA10
BEAGYNE	J02AC01
BENZATINE/BENZYL PENICILLINE	J01CE08
BENZYL PENICILLINE	J01CE01
BRISTAMOX	J01CA04
BRISTOPEN	J01CF04
CANCIDAS	J02AX04
CASPOFUNGINE	J02AX04
CEFACET	J01DB01
CEFACLOR	J01DC04
CEFADROXIL	J01DB05
CEFALEXINE	J01DB01
CEFALOTINE	J01DB03
CEFAMANDOLE	J01DC03
CEFATRIZINE	J01DB07
CEFAZOLINE	J01DB04
CEFEPIME	J01DE01
CEFIXIME	J01DD08

Libellé	Code
CEFOTAXIME	J01DD01
CEFOTIAM	J01DC07
CEFOXITINE	J01DC01
CEFPIROME	J01DE02
CEFPODOXIME	J01DD13
CEFRADINE	J01DB09
CEFROM	J01DE02
CEFTAZIDIME	J01DD02
CEFTRIAZONE	J01DD04
CEFUROXIME	J01DC02
CIBLOR	J01CR02
CIFLOX	J01MA02
CIPROFLOXACINE	J01MA02
CLAFORAN	J01DD01
CLAMOXYL	J01CA04
CLARAMID	J01FA06
CLARITHROMYCINE	J01FA09
CLAVENTIN	J01CR03
CLINDAMYCINE	J01FF01
CLOFAZIMINE	J04BA01
CLOXACILLINE	J01CF02
COLIMYCINE	J01XB01
COLISTINE	J01XB01
COTRIMOXAZOLE	J01EE01
DALACINE	J01FF01
DAPTOMYCINE	J01XX09
DECALOGIFLOX	J01MA07
DEMECLOCYCLINE	J01AA01
DEXAMBUTOL	J04AK02
DEXAMBUTOL-INH	J04AM03
DEXEF	J01DB09
DORIBAX	J01DH04
DORIPENEM	J01DH04
DORIPENEME	J01DH04
DOXY 100	J01AA02
DOXY 50	J01AA02
DOXYCLINE	J01AA02
DOXYCYCLINE	J01AA02
DOXYLIS	J01AA02
DOXYPALU	J01AA02
ECALTA	J02AX06
EGERY	J01FA01
ENOXACINE	J01MA04
ENOXOR	J01MA04
ERTAPENEM	J01DH03
ERY	J01FA01
ERYTHROCINE	J01FA01
ERYTHROGRAM	J01FA01
ERYTHROMYCINE	J01FA01
ETHAMBUTOL	J04AK02

Libellé	Code
ETHAMBUTOL/ISONIAZIDE	J04AM03
EUSAPRIM	J01EE01
EXTENCILLINE	J01CE08
FLAGYL	J01XD01
FLUCONAZOLE	J02AC01
FLUCYTOSINE	J02AX01
FLUMEQUINE	J01MB07
FORTUM	J01DD02
FORTUMSET	J01DD02
FOSFOCINE	J01XX01
FOSFOMYCINE	J01XX01
FUCIDINE	J01XC01
FUNGIZONE	J02AA01
FURADANTINE	J01XE01
FURADOÏNE	J01XE01
GENTALLINE	J01GB03
GENTAMICINE	J01GB03
GRANUDOX	J01AA02
GRISEFULINE	D01BA01
GRISEOFULVINE	D01BA01
HAXIFAL	J01DC04
HICONCIL	J01CA04
IMIPENEME/CILASTATINE	J01DH51
INVANZ	J01DH03
ISONIAZIDE	J04AC01
ITRACONAZOLE	J02AC02
IZILOX	J01MA14
JOSACINE	J01FA07
JOSAMYCINE	J01FA07
KEFORAL	J01DB01
KELSEF	J01DB09
KETEK	J01FA15
KETOCONAZOLE	J02AB02
LAMISIL	D01BA02
LAMPRENE	J04BA01
LEVOFLOXACINE	J01MA12
LINCOCINE	J01FF02
LINCOMYCINE	J01FF02
LINEZOLIDE	J01XX08
LOGIFLOX	J01MA07
LOMEFLOXACINE	J01MA07
LYMECYCLINE	J01AA04
LYSOCLINE	J01AA05
MERONEM	J01DH02
MEROPENEM	J01DH02
MESTACINE	J01AA08
METACYCLINE	J01AA05
METHYLENECYCLINE	J01AA05
METRONIDAZOLE	J01XD01
METRONIDAZOLE SPIRAMYCINE	J01RA04

Libellé	Code
MEZLOCILLINE	J01CA10
MICAFUNGINE	J02AX05
MICRODOÏNE	J01XE01
MIDECAMYCINE	J01FA03
MINOCYCLINE	J01AA08
MINOLIS	J01AA08
MONOFLOCET	J01MA01
MONONAXY	J01FA09
MONOZECLAR	J01FA09
MONURIL	J01XX01
MOSIL	J01FA03
MOXIFLOXACINE	J01MA14
MYAMBUTOL	J04AK02
MYCAMINE	J02AX05
MYNOCINE	J01AA08
NAXY	J01FA09
NEBCINE	J01GB01
NEGABAN	J01CA17
NETILMICINE	J01GB07
NETROMICINE	J01GB07
NITROFURANTOÏNE	J01XE01
NORFLOXACINE	J01MA06
NOROXINE	J01MA06
NOXAFIL	J02AC04
OFLOCET	J01MA01
OFLOXACINE	J01MA01
ORACEFAL	J01DB05
ORACILLINE	J01CE02
ORBENINE	J01CF02
ORELOX	J01DD13
ORNIDAZOLE	J01XD03
OROKEN	J01DD08
OXACILLINE	J01CF04
PEDIAZOLE	J01RA02
PEFLACINE	J01MA03
PEFLOXACINE	J01MA03
PENICILLINE G	J01CE01
PHENOXYMETHYLPENICILLINE	J01CE02
PHYSIOMYCINE	J01AA05
PIPERACILLINE	J01CA12
PIPERACILLINE/TAZOBACTAM	J01CR05
PIPRAM	J01MB04
PIRILENE	J04AK01
PIVMECILLINAM	J01CA08
POSACONAZOLE	J02AC04
PRISTINAMYCINE	J01FG01
PYOSTACINE	J01FG01
PYRAZINAMIDE	J04AK01
QUINUPRISTINE/DALFOPRISTINE	J01FG02
RIFABUTINE	J04AB04

Libellé	Code
RIFADINE	J04AB02
RIFAMPICINE	J04AB02
RIFAMPICINE/ISONIAZIDE	J04AM02
RIFAMPICINE/ISONIAZIDE/PYRAZINAMIDE	J04AM05
RIFATER	J04AM05
RIFINAH	J04AM02
RIMACTAN	J04AB02
RIMIFON	J04AC01
ROCEPHINE	J01DD04
ROVAMYCINE	J01FA02
ROXITHROMYCINE	J01FA06
ROXYTHROMYCINE	J01FA06
RULID	J01FA06
SELEXID	J01CA08
SPANOR	J01AA02
SPECTINOMYCINE	J01XX04
SPIRAMYCINE	J01FA02
SPORANOX	J02AC02
STREPTOMYCINE	J01GA01
SUBROXINE	J01FA06
SULFADIAZINE	J01EC02
SULFARAZOL ERYTHROMYCINE	J01RA02
SYNERCID	J01FG02
TAKETIAM	J01DC07
TARGOCID	J01XA02
TAVANIC	J01MA12
TAZOCILLINE	J01CR05
TEICOPLANINE	J01XA02
TELITHROMYCINE	J01FA15
TEMOCILLINE	J01CA17
TERBINAFINE	D01BA02
TETRALYSAL	J01AA04
TEXODIL	J01DC07
THIAMPHENICOL	J01BA02
THIOPHENICOL	J01BA02
TIBERAL	J01XD03
TICARCILLINE	J01CA13
TICARCILLINE AC CLAVULANIQUE	J01CR03
TICARPEN	J01CA13
TIENAM	J01DH51
TIGECYCLINE	J01AA12
TOBRAMYCINE	J01GB01
TOLEXINE	J01AA02
TRIACEFAN	J01DD04
TRIFLUCAN	J02AC01
TRIMETHOPRIME/SULFAMETOXAZOLE	J01EE01
TROBICINE	J01XX04
UNACIM	J01CR01
UNIFLOX	J01MA02
URIDOZ	J01XX01

Libellé	Code
VANCOMYCINE	J01XA01
VFEND	J02AC03
VORICONAZOLE	J02AC03
ZECLAR	J01FA09
ZINNAT	J01DC02
ZITHROMAX	J01FA10
ZYVOXID	J01XX08

ANNEXE III – LISTE, CODES ET DEFINITIONS DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

INFECTIONS URINAIRES / BACTERIURIES SYMPTOMATIQUES.....	36
INFECTION URINAIRE CONFIRMEE MICROBIOLOGIQUEMENT.....[URIN1]	36
INFECTION URINAIRE SANS CONFIRMATION MICROBIOLOGIQUE	[URIN2] 36
PNEUMONIES INFECTIEUSES.....	36
PNEUMONIE CAS 1	[RSPPN1] 36
PNEUMONIE CAS 2	[RSPPN2] 36
PNEUMONIE CAS 3	[RSPPN3] 36
PNEUMONIE CAS 4	[RSPPN4] 37
PNEUMONIE CAS 5	[RSPPN5] 37
PNEUMONIE CHEZ UN PATIENT DE GERIATRIE HORS COURT SEJOUR	[RSPPNG] 37
BACTERIEMIE.....	37
BACTERIEMIE	[SANBAC]..... 37
INFECTION DU SITE OPERATOIRE	37
INFECTION DE LA PARTIE SUPERFICIELLE DE L'INCISION.....	[ISOSUP]..... 37
INFECTION DE LA PARTIE PROFONDE DE L'INCISION	[ISOPRF]..... 37
INFECTION DE L'ORGANE OU DE L'ESPACE CONCERNE PAR LE SITE OPERATOIRE	[ISOORG]..... 38
INFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES (HORS PNEUMONIE)	38
BRONCHITE, TRACHEO-BRONCHITE, BRONCHIOLITE, TRACHEITE	[RSPHA1] 38
BRONCHITE, TRACHEO-BRONCHITE, BRONCHIOLITE, TRACHEITE CHEZ UN PATIENT DE GERIATRIE HORS COURT SEJOUR.....	[RSPHA2] 38
AUTRES INFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES (HORS PNEUMONIE)	[RSPAUT]..... 38
PEAU ET TISSUS MOUS.....	38
INFECTION CUTANEE	[PEACUT]..... 38
INFECTION DES TISSUS MOUS	[PEAMOU] 39
INFECTION D'ESCARRE.....	[PEAESC]..... 39
INFECTION DE BRULURE	[PEABRU]..... 39
ABCES DU SEIN OU MASTITE	[PEAMAS]..... 39
TRACTUS GASTRO-INTESTINAL	40
GASTRO-ENTÉRITE.....	[GASENT]..... 40
HEPATITE VIRALE.....	[GASHEP]..... 40
INFECTION GASTRO-INTESTINALE	[GASAUT]..... 40
INFECTION INTRA-ABDOMINALE	[GASABD]..... 40
ORL, STOMATOLOGIE.....	41
PHARYNGITE, LARYNGITE, EPIGLOTTITE	[ORLPHA]..... 41
OTITE, MASTOÏDITE	[ORLMAS] 41
SINUSITE	[ORLSIN]..... 41
INFECTION DE LA CAVITE BUCCALE	[ORLBUC]..... 41
INFECTIONS OPHTALMOLOGIQUES	42
CONJONCTIVITE	[OPHCON]..... 42
AUTRES INFECTIONS DE L'ŒIL	[OPHSAI]..... 42
INFECTIONS GENITALES.....	42
ENDOMETRITE	[GENEND] 42
INFECTION SUR EPISIOTOMIE.....	[GENEPI]..... 42
INFECTION VAGINALE	[GENVAG] 42
AUTRES INFECTIONS DE L'APPAREIL GENITAL MASCULIN OU FEMININ.....	[GENAUT]..... 42
OS ET ARTICULATIONS	43
OSTEOMYELITE.....	[OSAOST]..... 43
ARTHRITE OU SYNOVITE SEPTIQUE	[OSAART]..... 43

SPONDYLODISCITE D'ORIGINE INFECTIEUSE	[OSASPO]	43
SYSTEME NERVEUX CENTRAL.....		43
INFECTION DU PARENCHYME CEREBRAL	[SNCPAR].....	43
MENINGITE OU INFECTION VENTRICULAIRE	[SNCMEN]	44
INFECTION PERI-MEDULLAIRE	[SNCMED]	44
SYSTEME CARDIO-VASCULAIRE		44
ENDOCARDITE	[CVAEND].....	44
INFECTIONS ARTERIELLES ET VEINEUSES	[CVAVAS].....	44
MYOCARDITE, PERICARDITE.....	[CVAMYO]	45
MEDIASTINITE.....	[CVAMED]	45
INFECTIONS LIEE AUX CATETHERS (ILC).....		46
ILC LOCALE LIEE A UN CATHETER VEINEUX CENTRAL (CVC).....	[KTCLOC]	46
ILC GENERALE LIEE A UN CVC EN L'ABSENCE D'HEMOCULTURE POSITIVE	[KTCGEN].....	46
ILC SUR CATHETER CENTRAL BACTERIEMIQUE MICROBIOLOGIQUEMENT CONFIRMEE	[KTCBAC].....	46
ILC LOCALE LIEE A UN CATHETER VEINEUX PERIPHERIQUE (CVP)	[KTPLOC]	46
ILC GENERALE LIEE A UN CVP EN L'ABSENCE D'HEMOCULTURE POSITIVE	[KTPGEN].....	46
ILC BACTERIEMIQUE SUR CATHETER PERIPHERIQUE MICROBIOLOGIQUEMENT CONFIRMEE	[KTPBAC]	46
INFECTIONS GENERALISEES		47
INFECTION SYSTEMIQUE	[SYSTEM].....	47
SEPSIS CLINIQUE DE L'ADULTE ET DE L'ENFANT	[SEPSIS]	47
INFECTIONS NEONATALES.....		47
SEPSIS CLINIQUE DU NOUVEAU-NE	[NNSEPS].....	47
BACTERIEMIE DU NOUVEAU-NE CONFIRMEE BACTERIOLOGIQUEMENT	[NNBAC1].....	47
BACTERIEMIE DU NOUVEAU-NE A S. STAPHYLOCOQUE COAGULASE NEGATIF	[NNBAC2].....	48
PNEUMONIE DU NOUVEAU-NE	[NNPNEU]	48
ENTEROCOLITE NECROSANTE	[NNENTN].....	48

INFECTIONS URINAIRES / BACTERIURIES SYMPTOMATIQUES

Infection urinaire confirmée microbiologiquement

[URIN1]

Au moins un des signes suivants sans autre cause identifiée : fièvre ($>38^{\circ}\text{C}$) sans autre localisation infectieuse, envie impérieuse, dysurie, pollakiurie ou tension sus-pubienne.

ET

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

Infection urinaire sans confirmation microbiologique

[URIN2]

Au moins deux des signes suivants sans autre cause identifiée : fièvre ($> 38^{\circ}\text{C}$) sans autre localisation infectieuse, envie impérieuse, dysurie, pollakiurie ou tension sus-pubienne

ET

Au moins un des critères suivants :

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

PNEUMONIES INFECTIEUSES

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

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

ET

au moins 1 des signes suivants

- Hyperthermie $> 38^{\circ}\text{C}$ sans autre cause
- Leucopénie ($< 4\,000\text{ GB/mm}^3$) ou hyperleucocytose ($> 12\,000\text{ GB/mm}^3$)

ET

au moins 1 des signes suivants :

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

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

ET (selon le moyen diagnostic utilisé)

Pneumonie cas 1

[RSPPN1]

Diagnostic bactériologique effectué par :

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

Pneumonie cas 2

[RSPPN2]

Diagnostic bactériologique effectué par :

- examen bactériologique non protégé avec numération de micro-organisme ;
- bactériologie quantitative des sécrétions bronchiques avec seuil de 10^6 UFC/ml ;

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

Pneumonie cas 3

[RSPPN3]

Méthodes microbiologiques alternatives :

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

Pneumonie cas 4	[RSPPN4]
- bactériologie des crachats ou examen non quantitatif des sécrétions bronchiques.	

Pneumonie cas 5	[RSPPN5]
- aucun critère microbiologique .	

Pneumonie chez un patient de gériatrie hors court séjour	[RSPPNG]
Image parenchymateuse récente ou évolutive	
<u>ET</u>	
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).	

BACTERIEMIE

Bactériémie	[SANBAC]
Au moins une hémoculture positive, sauf pour les microorganismes suivants pour lesquels deux hémocultures positives au même micro-organisme, prélevées lors de ponctions différentes, à des moments différents, et dans un intervalle rapproché (un délai maximal de 48h est habituellement utilisé), sont exigées : - Staphylocoques à coagulase négative ; - <i>Bacillus</i> spp. (sauf <i>B. anthracis</i>) ; - <i>Corynebacterium</i> spp ; - <i>Propionibacterium</i> spp ; - <i>Micrococcus</i> spp. - ou autres micro-organismes saprophytes ou commensaux à potentiel pathogène comparable.	

INFECTION DU SITE OPERATOIRE

Infection de la partie superficielle de l'incision	[ISOSUP]
Infection qui survient dans les 30 jours suivant l'intervention	
<u>ET</u>	
qui ne touche que la peau et le tissu sous-cutané	
<u>ET</u>	
pour laquelle on constate au moins un des signes suivants :	
- du pus provenant de la partie superficielle de l'incision ; - un micro-organisme isolé à partir d'une culture d'un liquide ou d'un tissu prélevé aseptiquement et provenant de la partie superficielle de l'incision ; - un signe d'infection (douleur, sensibilité, rougeur chaleur,...) associé à l'ouverture délibérée de la partie superficielle de l'incision par le chirurgien sauf si la culture est négative.	
Le diagnostic d'infection de la partie superficielle de l'incision est porté par le chirurgien (ou le praticien en charge du patient). La notion de pus est avant tout clinique et peut être éventuellement confirmée par un examen cytologique.	

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

Infection de la partie profonde de l'incision	[ISOPRF]
--	-----------------

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

ET

qui semble liée à l'intervention,

ET

qui touche les tissus mous profonds (fascia, muscles)

ET

pour laquelle on constate au moins un des signes suivants :

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

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

Infection de l'organe ou de l'espace concerné par le site opératoire**[ISOORG]**

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

ET

qui semble liée à l'intervention,

ET

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

ET

pour laquelle on constate au moins un des signes suivants :

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

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

INFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES (HORS PNEUMONIE)

Bronchite, trachéo-bronchite, bronchiolite, trachéite**[RSPHA1]**

Absence de signe clinique ou radiologique de pneumonie

ET

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

ET

au moins un des éléments suivants :

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

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

Bronchite, trachéo-bronchite, bronchiolite, trachéite chez un patient de gériatrie hors court séjour**[RSPHA2]**

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

ET

doit satisfaire à au moins 3 des signes suivants :

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

Autres infections des voies respiratoires (hors pneumonie)**[RSPAUT]**

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

PEAU ET TISSUS MOUS

Infection cutanée**[PEACUT]**

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

Infection des tissus mous

[PEAMOU]

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

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

Infection d'escarre

[PEAESC]

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

ET

au moins un des signes suivants :

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

Infection de brûlure

[PEABRU]

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

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

Abscès du sein ou mastite

[PEAMAS]

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

TRACTUS GASTRO-INTESTINAL

Gastro-entérite

[GASENT]

- Cas 1 : diarrhée de survenue brutale en l'absence de cause non infectieuse (tests d'exploration du transit en cours, thérapeutique non antibiotique pouvant entraîner des diarrhées, maladie chronique en phase aiguë, stress psychologique)
- Cas 2 : présence d'au moins deux des signes suivants, sans autre cause évidente : nausées, vomissements, douleur abdominale, céphalées, fièvre > 38°C

ET

au moins un des signes suivants :

- isolement du micro-organisme entérique pathogène sur coproculture ou écouvillonnage rectal,
- détection au microscope de micro-organismes entériques,
- détection immunologique dans les selles ou le sang,
- détection toxicologique : effet cytopathogène sur culture tissulaire,
- anticorps IgM détectés ou IgG multipliés par 4 sur 2 prélèvements successifs.

Hépatite virale

[GASHEP]

Hépatite virale, quel que soit le stade, dont l'origine nosocomiale est certaine ou probable. Une hépatite virale post transfusionnelle est incluse. Le type de virus en cause est renseigné dans la rubrique microorganisme

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

Infection gastro-intestinale

[GASAUT]

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

ET

au moins un des signes suivants :

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

Infection intra-abdominale

[GASABD]

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

ET

au moins un des signes suivants :

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

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

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

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

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

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

OTITE MOYENNE

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

OTITE INTERNE

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

MASTOÏDITE

- Isolement de micro-organisme sur écoulement mastoïdien purulent.

Sinusite**[ORLSIN]**

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

Infection de la cavité buccale**[ORLBUC]**

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

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

INFECTIONS OPHTALMOLOGIQUES

Conjonctivite

[OPHCON]

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

Autres infections de l'œil

[OPHSAI]

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

INFECTIONS GENITALES

Endométrite

[GENEND]

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

Infection sur épisiotomie

[GENEPI]

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

Infection vaginale

[GENVAG]

En post hystérectomie :

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

Autres infections de l'appareil génital masculin ou féminin

[GENAUT]

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

OS ET ARTICULATIONS

Ostéomyélite

[OSAOST]

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

Arthrite ou synovite septique

[OSAART]

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

Spondylodiscite d'origine infectieuse

[OSASPO]

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

SYSTEME NERVEUX CENTRAL

Infection du parenchyme cérébral

[SNCPAR]

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

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

Méningite ou infection ventriculaire**[SNCMEN]**

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

Infection péri-médullaire**[SNCMED]**

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

SYSTEME CARDIO-VASCULAIRE

Endocardite**[CVAEND]**

- Cas 1 : isolement de micro-organismes sur culture de valve ou de végétations.
 - Cas 2 : présence d'au moins deux des signes suivants sans autre cause évidente : fièvre > 38°C, souffle cardiaque récent ou modifié, phénomène embolique, manifestations cutanées (pétéchies, hémorragies sous unguéales, faux panaris d'Osler), décompensation cardiaque, troubles de la conduction,
ET
au moins un des signes suivants
 - isolement d'un même micro-organisme sur deux hémocultures,
 - observation de micro-organismes à l'examen direct d'une valve (si la culture est négative ou non faite),
 - découverte de végétation valvulaire (par chirurgie ou autopsie),
 - test antigène (mais pas anticorps) positif sur sang ou urine (pneumocoque, Haemophilus, meningocoque, streptocoque B)
 - découverte d'une nouvelle végétation à l'échographie.
- ET
mise en route d'une antibiothérapie adaptée

Infections artérielles et veineuses**[CVAVAS]**

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

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

Myocardite, péricardite**[CVAMYO]**

- Cas 1 : micro-organisme isolé de culture du tissu ou de l'épanchement péricardique obtenu par aspiration à l'aiguille ou au cours d'un acte chirurgical.
- Cas 2 : présence d'au moins deux signes suivants, sans autre cause évidente : fièvre > 38°C, douleur thoracique, pouls paradoxal, volume cardiaque augmenté,

ET

les deux signes suivants :

- anomalie à l'ECG compatible avec myocardite ou péricardite,
- test antigène sanguin (mais pas anticorps) positif (pneumocoque, Haemophilus)
- examen histologique : lésion de type myocardite ou péricardite,
- taux d'anticorps spécifiques multiplié par 4, avec ou sans isolement viral,
- épanchement péricardique détecté en imagerie.

Médiastinite**[CVAMED]**

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

ET

au moins un des signes suivants :

- écoulement purulent du médiastin,
- isolement de micro-organismes sur hémoculture ou sur culture de drain médiastinal,
- élargissement du médiastin à l'examen radiologique.

INFECTIONS LIEE AUX CATETHERS (ILC)

ILC locale liée à un cathéter veineux central (KTC)

[KTCLOC]

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

ET

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

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

[KTCGEN]

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

ET

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

ILC sur KTC bactériémique microbiologiquement confirmée

[KTCBAC]

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

ET

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

ILC locale liée à un cathéter veineux périphérique (KTP)

[KTPLOC]

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

ET

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

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

[KTPGEN]

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

ET

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

ILC bactériémique sur KTP microbiologiquement confirmée

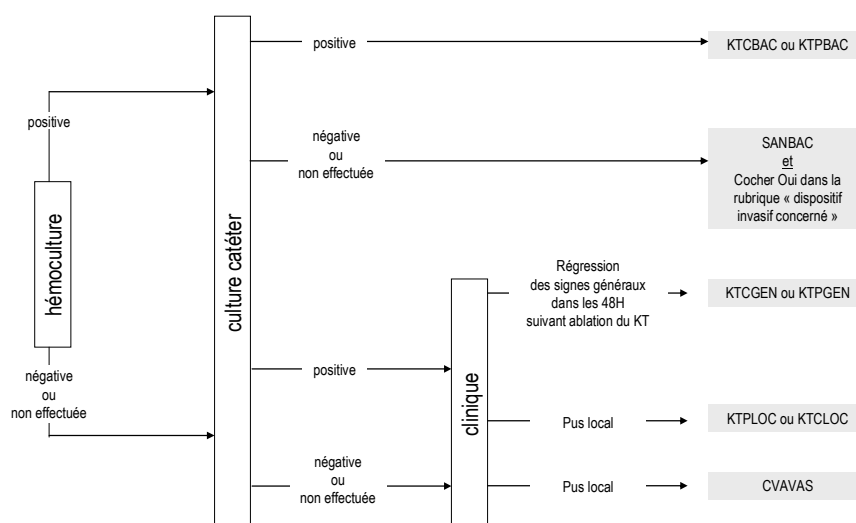
[KTPBAC]

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

ET

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

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



INFECTIONS GENERALISEES

Infection systémique

[SYSTEM]

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

Sepsis clinique de l'adulte et de l'enfant

[SEPSIS]

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

ET

hémoculture négative ou non effectuée

ET

pas de signe d'appel d'une localisation infectieuse

ET

prescription d'un traitement anti-infectieux approprié en cours

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

INFECTIONS NEONATALES

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

Sepsis clinique du nouveau-né

[NNSEPS]

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

ET

hémoculture négative ou non effectuée,

ET

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

ET

au moins 2 des critères suivants :

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

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

Bactériémie du nouveau-né confirmée bactériologiquement

[NNBAC1]

Au moins 2 des critères suivants :

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

ET

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

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

Au moins 2 des critères suivants :

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

ET

une hémoculture ou une culture de cathéter positive à Staphylocoque coagulase négatif

ET

au moins un des signes suivants :

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

Pneumonie du nouveau-né**[NNPNEU]**

- Défaillance respiratoire

ET

image radiologique récente et évolutive (infiltrat ou épanchement pleural)

ET

au moins 4 des signes suivants :

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

Entérocolite nécrosante**[NNENTN]**

Preuve histologique d'entérocolite nécrosante

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

ET

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

ANNEXE IV – LISTE ET CODES DES MICRO-ORGANISMES

S = sensibilité aux antibiotiques à documenter

Micro-organisme	Coder	
Cocci Gram +		
<i>Staphylococcus aureus</i>	STAAUR	S
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	STAEPI	
<i>Staphylococcus haemolyticus</i>	STAHAE	
Staphylocoque coagulase négative, autre espèce	STAAUT	
Staphylocoque coagulase négative, espèce non spécifiée	STANSP	
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	STRPNE	
<i>Streptococcus agalactiae</i> (B)	STRAGA	
<i>Streptococcus pyogenes</i> (A)	STRPYO	
Streptocoques hémolytiques (C, G)	STRHCG	
Streptocoques (viridans) non groupables	STRNGR	
Streptocoques, autre espèce	STRAUT	
<i>Enterococcus faecalis</i>	ENCFAE	S
<i>Enterococcus faecium</i>	ENCFAC	S
Entérocoques, autre espèce	ENCAUT	
Entérocoques, espèce non spécifiée	ENCNSP	
Autres cocci Gram +	CGPAUT	
Cocci Gram -		
<i>Moraxella</i>	MORSPP	
<i>Neisseria meningitidis</i>	NEIMEN	
<i>Neisseria</i> , autre espèce	NEIAUT	
Autres cocci Gram -	CGNAUT	
Bacilles Gram +		
Corynébactéries	CORSPP	
<i>Bacillus</i>	BACSPP	
<i>Lactobacillus</i>	LACSPP	
<i>Listeria monocytogenes</i>	LISMON	
Autres bacilles Gram +	BGPAUT	
Entérobactéries		S
<i>Citrobacter freundii</i>	CITFRE	S
<i>Enterobacter cloacae</i>	ENTCLO	S
<i>Enterobacter aerogenes</i>	ENTAER	S
<i>Escherichia coli</i>	ESCCOL	S
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	KLEPNE	S
<i>Klebsiella oxytoca</i>	KLEOXY	S
<i>Morganella</i>	MOGSPP	S
<i>Proteus mirabilis</i>	PRTMIR	S
<i>Providencia</i>	PRVSPP	S
<i>Serratia</i>	SERSPP	S
<i>Citrobacter koseri</i> (ex. <i>diversus</i>)	CITKOS	S
<i>Citrobacter</i> , autre espèce	CITAUT	S
<i>Enterobacter</i> , autre espèce	ENTAUT	S
<i>Hafnia</i>	HAFSPP	S
<i>Klebsiella</i> , autre espèce	KLEAUT	S
<i>Proteus</i> , autre espèce	PRTAUT	S
<i>Salmonella</i> Typhi ou Paratyphi	SALTYP	S
<i>Salmonella</i> , autre espèce	SALAUT	S
<i>Shigella</i>	SHISPP	S
Autres entérobactéries	ETBAUT	S

S = sensibilité aux antibiotiques à documenter

Micro-organisme	Coder	
Bacilles Gram - non entérobactéries		
<i>Acinetobacter baumannii</i>	ACIBAU	S
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	PSEAER	S
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	STEMAL	S
<i>Legionella</i>	LEGSPP	
<i>Achromobacter</i>	ACHSPP	
<i>Acinetobacter</i> , autre espèce	ACIAUT	S
<i>Aeromonas</i>	AEMSPP	
<i>Agrobacterium</i>	AGRSPP	
<i>Alcaligenes</i>	ALCSPP	
<i>Campylobacter</i>	CAMSPP	
<i>Flavobacterium</i>	FLASPP	
<i>Gardnerella</i>	GARSPP	
<i>Haemophilus</i>	HAESPP	
<i>Helicobacter pylori</i>	HELPYL	
<i>Pasteurella</i>	PASSPP	
<i>Burkholderia cepacia</i>	BURCEP	
Autre <i>Pseudomonas</i> et apparentés	PSEAUT	S
Autre Bacille Gram- non entérobactérie	BGNAUT	
Anaérobies stricts		
<i>Bacteroides fragilis</i>	BATFRA	
<i>Bacteroides</i> , autre espèce	BATAUT	
<i>Clostridium difficile</i>	CLODIF	
<i>Clostridium</i> , autre espèce	CLOAUT	
<i>Prevotella</i>	PRESPP	
<i>Propionibacterium</i>	PROSPP	
Anaérobies autres	ANAAUT	
Autres micro-organismes		
Mycobactéries atypiques	MYCATY	
BK (tuberculose)	MYCTUB	
<i>Chlamydia</i>	CHLSPP	
<i>Mycoplasma</i>	MYPSP	
<i>Actinomyces</i>	ACTSPP	
<i>Nocardia</i>	NOCSP	
Autres bactéries	BCTAUT	
Champignons et Parasites		
<i>Candida albicans</i>	CANALB	
<i>Candida</i> , autre espèce	CANAUT	
<i>Aspergillus fumigatus</i>	ASPFUM	
<i>Aspergillus</i> , autre espèce	ASPAUT	
Levures, autres	LEVAUT	
Filaments, autres	FILAUT	
<i>Sarcoptes scabiei</i> (gale)	SARSCA	
Autres champignons ou parasites	PARAUT	

Micro-organisme	Coder	
Virus		
Grippe (virus influenzae)	VIRINF	
VIH (virus de l'immunodéficience humaine)	VIRVIH	
CMV (cytomegalovirus)	VIRCMV	
Hépatite virale B	VIRHBV	
Hépatite virale C	VIRHCV	
Hépatite virale A	VIRHAV	
Rotavirus	VIRROT	
VRS (virus respiratoire syncytial)	VIRVRS	
Adenovirus	VIRADV	
Virus Herpes simplex	VIRHSV	
Virus de la Varicelle et du Zona	VIRVZV	
Enterovirus (polio, coxsackie, echo)	VIRENT	
Autres virus	VIRAUT	
Examen stérile	EXASTE	
Identification non retrouvée	NONIDE	
Culture non effectuée	NONEFF	

ANNEXE V – Structure de la base de données et variables « Fiche Etablissement »

Nom variable	Libellé	Longueur
ID_INTER_REGION	Interrégion	Entier
ID_REGION	Région	Entier
CODE_ETAB	Code établissement	5
CODE_TYPE_ETAB	Type d'établissement	Entier
CODE_STATUT_ETAB	Statut établissement	Entier
NB_TOTAL_LIT	Nombre total de lits	Entier
NB_LIT_MED	Nombre de lits de médecine	Entier
NB_LIT_CHIR	Nombre de lits de chirurgie	Entier
NB_LIT_OBSTE	Nombre de lits d'obstétrique	Entier
NB_LIT_REA	Nombre de lits de réanimation	Entier
NB_LIT_PSY	Nombre de lits de psychiatrie	Entier
NB_LIT_SSR	Nombre de lits de SSR	Entier
NB_LIT_SLD	Nombre de lits de SLD	Entier
CONSO_PHA	Consommation totale annuelle de PHA	Entier
NB_ADM	Nombre d'admissions par an	Entier
NB_JHOSP	Nombre de journées d'hospitalisation par an	Entier
NB_CHAMBRE_TOTAL	Nombre totale de chambres	Entier
NB_CHAMBRE_INDIV	Nombre total de chambres individuelles	Entier
N_ANNEE_REF	Année de référence des données	4

ANNEXE VI – Structure de la base de données et variables « Fiche Patient »

Nom de la colonne d'entête	Libellé	Longueur
ID_IMPORT	Id import (N° Fiche interne établissement)	5
DT_ENQUETE	Date de l'enquête	8
CODE_SERVICE	Code du service	50
CODE_SPESERV	Spécialité du service	6
CODE_SPEPA	Spécialité du patient	6
DT_HOSPITAL	Date hospitalisation	8
N_AGE	Age (années)	Entier
N_AGE_MOIS	Age (mois)	Entier
CODE_SEXE	Sexe	1
CODE_INTERV	Chirurgie depuis l'admission	1
CODE_MCABE	Score Mc Cabe	5
CODE_IMU	Immunodépression	1
CODE_KC	Cancer évolutif	4
CODE_DI	Dispositif invasif	1
CODE_SONDEU	Sonde urinaire	1
CODE_INTUB	Intubation	1
CODE_KT	Cathéter	1
CODE_KTPV	Périphérique veineux	1
CODE_KTPA	Périphérique artériel	1
CODE_KTPSC	Périphérique sous-cutané	1

CODE_KTCV	Central veineux	1
CODE_KTCA	Central artériel	1
CODE_PICC	PICC	1
CODE_PAC	Chambre implantable	1
CODE_AI	Traitement anti-infectieux le jour de l'enquête	1
CODE_ATC1	DCI (Molécule 1)	7
CODE_VA1	Voie d'administration (Molécule 1)	5
CODE_CONTXT1	Contexte de prescription (Molécule 1)	4
CODE_DIAG1	Diagnostic (Molécule 1)	4
CODE_DOSSIER1	Justification Dossier (Molécule 1)	1
CODE_ATC2	DCI (Molécule 2)	7
CODE_VA2	Voie d'administration (Molécule 2)	5
CODE_CONTXT2	Contexte de prescription (Molécule 2)	4
CODE_DIAG2	Diagnostic (Molécule 2)	4
CODE_DOSSIER2	Justification Dossier (Molécule 2)	1
CODE_ATC3	DCI (Molécule 3)	7
CODE_VA3	Voie d'administration (Molécule 3)	5
CODE_CONTXT3	Contexte de prescription (Molécule 3)	4
CODE_DIAG3	Diagnostic (Molécule 3)	4
CODE_DOSSIER3	Justification Dossier (Molécule 3)	1
CODE_ATC4	DCI (Molécule 4)	7
CODE_VA4	Voie d'administration (Molécule 4)	5
CODE_CONTXT4	Contexte de prescription (Molécule 4)	4
CODE_DIAG4	Diagnostic (Molécule 4)	4
CODE_DOSSIER4	Justification Dossier (Molécule 4)	1
CODE_ATC5	DCI (Molécule 5)	7
CODE_VA5	Voie d'administration (Molécule 5)	5
CODE_CONTXT5	Contexte de prescription (Molécule 5)	4
CODE_DIAG5	Diagnostic (Molécule 5)	4
CODE_DOSSIER5	Justification Dossier (Molécule 5)	1
CODE_IN	Infection nosocomiale	1
CODE_SIEG1	Siège de l'infection (IN1)	6
CODE_DISO1	Dispositif invasif concerné (IN1)	1
CODE_ADM1	IN présente à l'admission (IN1)	1
CODE_ORIG1	Origine de l'infection (IN1)	2
DT_DIAG1	Date de diagnostic (IN1)	8
CODE_BAC1	Si bactériémie, origine (IN1)	3
CODE_MORG11	Code MO1 (IN1)	6
CODE_SENS11	Sensibilité MO1 (IN1)	1
CODE_MORG12	Code MO2 (IN1)	6
CODE_SENS12	Sensibilité MO2 (IN1)	1
CODE_SIEG2	Siège de l'infection (IN2)	6
CODE_DISO2	Dispositif invasif concerné (IN2)	1
CODE_ADM2	IN présente à l'admission (IN2)	1
CODE_ORIG2	Origine de l'infection (IN2)	2
DT_DIAG2	Date de diagnostic (IN2)	8
CODE_BAC2	Si bactériémie, origine (IN2)	3
CODE_MORG21	Code MO1 (IN2)	6
CODE_SENS21	Sensibilité MO1 (IN2)	1
CODE_MORG22	Code MO2 (IN2)	6
CODE_SENS22	Sensibilité MO2 (IN2)	1
CODE_SIEG3	Siège de l'infection (IN3)	6

CODE_DISO3	Dispositif invasif concerné (IN3)	1
CODE_ADM3	IN présente à l'admission (IN3)	1
CODE_ORIG3	Origine de l'infection (IN3)	2
DT_DIAG3	Date de diagnostic (IN3)	8
CODE_BAC3	Si bactériémie, origine (IN3)	3
CODE_MORG31	Code MO1 (IN3)	6
CODE_SENS31	Sensibilité MO1 (IN3)	1
CODE_MORG32	Code MO2 (IN3)	6
CODE_SENS32	Sensibilité MO2 (IN3)	1

ANNEXE VII : FICHE PATIENT

		Enquête nationale de prévalence 2012				Etiquette patient	
ES et service							
Code établissement				Date de l'enquête			
Code du service				Spécialité du service			
Patient							
N° Fiche patient				Spécialité du patient			
Sexe		☐ M ☐ F		Date hospitalisation			
Age (années)				Age (mois)		si âge <= 24 mois	
Chirurgie depuis l'admission		☐ NON ☐ OUI		Score de McCabe		☐ MC0 ☐ MC1 ☐ MC2 ☐ INC	
Immunodépression		☐ NON ☐ OUI ☐ INC		Cancer évolutif		☐ Tumeur solide ☐ Hémopathie ☐ NON ☐ INC	
Dispositif invasif							
Sonde urinaire		☐ OUI ☐ NON		Sonde nasale		☐ OUI ☐ NON	
Intubation		☐ OUI ☐ NON		Cathéter veineux		☐ OUI ☐ NON	
Cathéters [un ou plusieurs]		☐ OUI ☐ NON		Cathéter artériel		☐ OUI ☐ NON	
				Cathéter sous-cutané		☐ OUI ☐ NON	
				Cathéter central veineux		☐ OUI ☐ NON	
				Cathéter central artériel		☐ OUI ☐ NON	
				PICC		☐ OUI ☐ NON	
				Chambre implantable		☐ OUI ☐ NON	
Traitement anti-infectieux							
DCI		Voie d'administration		Contexte de prescription		Diagnostic	
Molécule 1							
Molécule 2							
Molécule 3							
Molécule 4							
Molécule 5							
Infection nosocomiale							
Siège de l'infection		IN1		IN2		IN3	
Dispositif invasif concerné							
IN présente à l'admission							
Date des premiers signes							
Origine de l'infection							
Si bactériémie, origine							
Code MO		MO1		MO2		MO1	
Sensibilité MO							

ANNEXE VII bis : FICHE PATIENT (Echantillon européen)

	Enquête nationale de prévalence 2012 Echantillon ECDC		Etiquette patient N° Fiche patient <i>Donné par l'application</i>
---	--	---	---

ES et service			
Code établissement		Date de l'enquête	
Code du service		Spécialité du service	

Patient			
N° Fiche patient		Spécialité du patient	
Sexe	☐ M ☐ F	Date hospitalisation	
Age (années)		Age (mois)	<i>si âge <= 24 mois</i>
Chirurgie depuis l'admission	☐ NON ☐ OUI		
Score de MacCabe	☐ MC0 ☐ MC1 ☐ MC2 ☐ INC		
Immunodépression	☐ NON ☐ OUI ☐ INC		
Cancer évolutif	☐ Tumeur solide ☐ Hémopathie ☐ NON ☐ INC		

Dispositif invasif			
☐ NON ☐ OUI			

Si oui	Sonde urinaire Intubation Cathéters [un ou plusieurs]	☐ OUI ☐ NON ☐ OUI ☐ NON ☐ OUI ☐ NON	Si cathéter oui	périphérique veineux périphérique artériel périphérique sous-cutané central veineux central artériel PICC chambre implantable	☐ OUI ☐ NON ☐ OUI ☐ NON ☐ OUI ☐ NON ☐ OUI ☐ NON ☐ OUI ☐ NON ☐ OUI ☐ NON
--------	---	---	-----------------	---	--

Traitement anti-infectieux					
☐ NON ☐ OUI					

	DCI	Voie d'administration	Contexte de prescription	Diagnostic	Justification dossier
Molécule 1					
Molécule 2					
Molécule 3					
Molécule 4					
Molécule 5					

Infection nosocomiale							
☐ NON ☐ OUI							

	IN1		IN2		IN3	
Siège de l'infection						
Dispositif invasif concerné						
IN présente à l'admission						
Date des premiers signes						
Origine de l'infection						
Si bactériémie, origine						
	MO1	MO2	MO1	MO2	MO1	MO2
Code MO						
Sensibilité MO						
Diagnostic différé	☐ Oui ☐ Non		☐ Oui ☐ Non		☐ Oui ☐ Non	



Information au patient hospitalisé

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 14 mai et le vendredi 29 juin 2012.

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 novembre 2012) 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'inter-région 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).

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 (Décision DR-2011-496). 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 accéder aux informations vous concernant, vous pouvez exercer votre 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.

ANNEXE IX – COORDONNEES DES CCLIN

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



Site web du RAISIN : <http://www.invs.sante.fr/raisin/>

Mots clés : infection nosocomiale, anti-infectieux, prévalence, France, protocole

Citation suggérée :

Raisin. Enquête nationale de prévalence 2012 des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé - Mai - juin 2012 - Protocole/Guide de l'enquêteur. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2012. 58 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

12 rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex France
Tél. : 33 (0)1 41 79 67 00
Fax : 33 (0)1 41 79 67 67
www.invs.sante.fr