

**GUIDE  
PRATIQUE**

**AVRIL 2022**



MÉTHODES ET REPÈRES

**ENQUÊTE NATIONALE DE PRÉVALENCE  
2022 DES INFECTIONS NOSOCOMIALES  
ET DES TRAITEMENTS ANTI-INFECTIEUX  
EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

**Guide de l'enquêteur. Mai - juin 2022**

## Résumé

### Enquête nationale de prévalence 2022 des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé

#### Guide de l'enquêteur

Dans la continuité des précédentes enquêtes nationales de prévalence (ENP) des infections nosocomiales (IN) et des traitements anti-infectieux (AI) en établissements de santé (ES) (1996, 2001, 2006, 2012 et 2017), l'ENP 2022 constitue un temps fort en matière de surveillance et de prévention des infections associées aux soins, de l'antibiorésistance et du bon usage des antibiotiques.

L'ENP 2022 vise à produire des données de référence aux niveaux national et régional, sous la forme d'indicateurs de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en ES, permettant d'orienter et d'évaluer les politiques nationales et régionales. Elle participe, en outre, à fournir des données européennes par la transmission d'une partie des données à l'ECDC (Centre européen de contrôle des maladies).

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

Ce guide, destiné aux enquêteurs de l'ENP dans les établissements de santé, décline :

- les nouveautés méthodologiques de cette enquête pour l'année 2022, portant sur les nouvelles variables relatives notamment au COVID-19 et les évolutions relatives au recueil des données de sensibilité à certains antibiotiques des micro-organismes isolés de prélèvements à visée diagnostique. Les questionnaires ont toutefois été allégés de manière à sélectionner les variables répondant strictement aux objectifs de l'enquête de prévalence ;
- l'organisation de l'enquête en termes de participation des ES, de recueil et de saisie des données, de composition et de répartition des rôles au sein de l'équipe chargée de l'enquête dans les établissements. Une nouvelle application PreVIAS dédiée aux enquêtes de prévalence des IAS et des traitements AI est mise à disposition des établissements pour la saisie des données et la restitution des résultats sous la forme d'un rapport automatisé. Comme en 2017, cette enquête est ouverte à tous les établissements de santé volontaires, cependant un échantillon représentatif des établissements français sera plus particulièrement sollicité ;
- la définition des variables et leur codage pour le remplissage des questionnaires « établissement » et « patient ». Les définitions des infections nosocomiales et la liste des traitements anti-infectieux ont été mises à jour pour les besoins de cette enquête.

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

**MOTS CLÉS :** INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS, ANTI-INFECTIEUX, ANTIBIORÉSISTANCE, ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ, PRÉVALENCE, FRANCE, GUIDE

## Abstract

### National prevalence survey on nosocomial infections and anti-infective treatments in healthcare institutions, 2022

#### Interviewer's guide

After the last point prevalence surveys (PPS) of healthcare-associated infections (HAI) and antimicrobial use in hospitals in France (1996, 2001, 2006, 2012 and 2017), the 2022 PPS will be a highlight of HAI and antibiotics resistance surveillance and prevention this year.

The objective of PPS 2022 is to produce reliable indicators of HAI and antimicrobial use in hospital at the national and regional level. These reference data help to guide and assess national and regional policy. The aim is also to provide updated reference data to European centre for disease prevention and control (ECDC).

The aims are also to raise awareness and mobilize health professionals. This guide provides a standardized tool for hospitals to identify targets for quality improvement.

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

- Methodological changes compared to the 2017 PPS as new variables on COVID-19 and evolution on methods for antimicrobial susceptibility testing. However, the questionnaires have been slightly lightning to meet strictly the aims of PPS;
- Survey organization in terms of hospitals participation, data collection and processing, composition of the investigation teams in hospitals. A new computer application called "PreVIAS" dedicated to PPS in acute care hospital and long term care facilities (HALT) is provided to investigation teams. Like in 2017, the PPS is open to any hospitals even if a representative sample of hospitals with stratification on region and categories (type and size) of hospitals is drawn;
- Definition of hospital and patient variables and the coding of variables. Healthcare-associated infections definition, antimicrobial list and codes for antimicrobial resistance phenotype were updated.

**KEY WORDS:** HEALTHCARE-ASSOCIATED INFECTIONS, ANTI-INFECTIVE AGENTS, ANTIBIOTIC RESISTANCE, HOSPITAL, PREVALENCE, FRANCE, HANDBOOK

**Citation suggérée :** *Enquête nationale de prévalence 2022 des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé. Guide de l'enquêteur.* Saint-Maurice : Santé publique France, 2021. 88 p. Disponible à partir de l'URL : <https://www.santepubliquefrance.fr>  
[http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf\\_internet\\_recherche/SPF00003711](http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf_internet_recherche/SPF00003711)

ISSN : 2647-4816 - ISBN-NET : 979-10-289-0779-2 - RÉALISÉ PAR LA DIRECTION DE LA COMMUNICATION, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE - DÉPÔT LÉGAL : AVRIL 2022

## Groupe de travail

**Serge Alfandari**  
**Marion Angibaud**  
**Odile Bajolet**  
**Anne Berger-Carbonne**  
**Hervé Blanchard**  
**Côme Daniau**  
**Jean-Christophe Delarozière**  
**Christine Lawrence**  
**Anaïs Machut**  
**Cécile Mourlan**  
**Béatrice Nkoumazok**  
**Muriel Pefau**  
**Emmanuel Piednoir**  
**Émilie Poirier**  
**Anne Savey**

CH Tourcoing  
CPias Bretagne  
CHU Reims  
Santé publique France  
CPias Île-de-France  
Santé publique France  
CPias Provence-Alpes-Côte d'Azur  
AP-HP - Hôpital Raymond-Poincaré  
CPias Auvergne-Rhône-Alpes  
CPias Occitanie  
CPias Île-de-France  
CPias Nouvelle-Aquitaine  
CPias Bretagne  
CPias Grand Est  
CPias Auvergne-Rhône-Alpes

## Groupe de pilotage

**Pascal Astagneau**  
**Raoul Baron**  
**Meiem Bejaoui**  
**Anne Berger-Carbonne**  
**Gabriel Birgand**  
**Isabelle Bonmarin**  
**Jean Christophe Delarozière**  
**Christine Godin**  
**Cécile Mourlan**  
**Michèle Nion-Huang**  
**Pierre Parneix**  
**Emmanuel Piednoir**  
**Loïc Simon**  
**Nathalie Van der Mée**  
**Béatrice Van Oost**

MN Spicmi  
SF2H  
HAS  
Santé publique France - DMI  
MN PRIMO  
Santé publique France - DPPS  
CPias PACA  
DGS  
CPias Occitanie  
Santé publique France - DMI  
MN Matis  
Spilf  
MN Spares  
MN Spiadi  
Cnam

## Abréviations

<b>AI</b>	Anti-infectieux
<b>ATB</b>	Antibiotique
<b>BUA</b>	Bon usage des antibiotiques
<b>C3G</b>	Céphalosporines de 3 <sup>e</sup> génération
<b>CGU</b>	Conditions générales d'utilisation
<b>CHSCT</b>	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
<b>CME</b>	Commission médicale d'établissement
<b>CPias</b>	Centre de prévention des infections associées aux soins
<b>CS</b>	Court séjour
<b>DI</b>	Dispositif invasif
<b>Dress</b>	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
<b>ECDC</b>	Centre européen de contrôle des maladies
<b>Ehpad</b>	Établissement d'hébergement et d'accueil de personnes âgées dépendantes
<b>ENP</b>	Enquête nationale de prévalence
<b>EOH</b>	Équipe opérationnelle d'hygiène
<b>ES</b>	Établissement de santé
<b>ETP</b>	Équivalent temps plein
<b>Finess</b>	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
<b>HAD</b>	Hospitalisation à domicile
<b>IAS</b>	Infection associée aux soins
<b>IDE</b>	Infirmière diplômée d'État
<b>IN</b>	Infection nosocomiale
<b>ISO</b>	Infection du site opératoire
<b>MO</b>	Micro-organisme
<b>PCI</b>	Prévention et contrôle des infections
<b>PPS</b>	<i>Point prevalence survey</i>
<b>PrevIAS</b>	Application dédiée aux enquêtes de prévalence des infections associées aux soins
<b>RATB</b>	Résistance aux antibiotiques
<b>Répias</b>	Réseau de prévention des infections associées aux soins
<b>SAE</b>	Statistique annuelle des établissements de santé
<b>SARM</b>	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méticilline
<b>SFM</b>	Société française de microbiologie
<b>SLD</b>	Soins de longue durée
<b>SMR</b>	Soins médicaux et de réadaptation
<b>SSR</b>	Soins de suite et de réadaptation

# Sommaire

Résumé.....	2
Abstract.....	3
Groupe de travail.....	4
Groupe de pilotage.....	4
Abréviations.....	5
<b>1. CONTEXTE .....</b>	<b>8</b>
<b>2. OBJECTIFS.....</b>	<b>9</b>
<b>3. TYPE D'ÉTUDE.....</b>	<b>11</b>
<b>4. PÉRIODE D'ÉTUDE .....</b>	<b>11</b>
<b>5. POPULATION D'ÉTUDE .....</b>	<b>11</b>
<b>6. STRATÉGIE D'ÉCHANTILLONNAGE .....</b>	<b>13</b>
<b>7. ORGANISATION DE L'ENQUÊTE .....</b>	<b>13</b>
7.1 Information sur l'enquête.....	13
7.2 Participation.....	14
7.3 Équipe en charge de l'enquête.....	14
7.4 Recueil des données.....	16
7.5 Saisie des données.....	17
7.6 Validation des données.....	17
7.7 Formation des enquêteurs.....	20
7.8 Application PreVIAS.....	20
7.9 Information des patients et protection des données personnelles.....	21
<b>8. PARTICIPATION À L'ENQUÊTE EUROPÉENNE.....</b>	<b>22</b>
<b>9. ANALYSE DES DONNÉES .....</b>	<b>22</b>
<b>10. QUESTIONNAIRES D'ENQUÊTE .....</b>	<b>23</b>
10.1 Le questionnaire établissement.....	23
10.1.1 Généralités.....	23
10.1.2 Périmètre de l'enquête .....	26
10.1.3 Personnel en ETP .....	27
10.1.4 Capacité d'accueil.....	29
10.1.5 Statistiques annuelles .....	32
10.1.6 Situation COVID-19.....	34
10.1.7 Pratique du laboratoire de microbiologie .....	35
10.1.8 Prévention et contrôle des infections.....	35
10.2 Le questionnaire patient.....	37
10.2.1 Établissement et service .....	37
10.2.2 Patient.....	38
10.2.3 Dispositif(s) invasif(s) (DI) .....	42
10.2.4 Traitement(s) anti-infectieux (AI) .....	45
10.2.5 Infection(s) nosocomiale(s) (IN) .....	50

Annexe 1 / Liste des spécialités de service.....	57
Annexe 2 / Liste des anti-infectieux.....	58
Annexe 3 / Définition des infections nosocomiales.....	63
Annexe 4 / Liste des micro-organismes.....	80
Annexe 5 / Questionnaire établissement.....	83
Annexe 6 / Questionnaire patient.....	84
Annexe 7 / Information du patient.....	85
Annexe 8 / Recommandations.....	87
Annexe 9 / Coordonnées.....	88

# 1. CONTEXTE

Les précédentes enquêtes nationales de prévalence (ENP) des infections nosocomiales (IN) et des traitements anti-infectieux (AI) réalisées en 1996, 2001, 2006, 2012 et 2017 ont fourni une description précise et actualisée de la réalité des IN et de la consommation antibiotique dans les établissements de santé (ES) français. Elles ont produit des données de référence sur les IN les plus fréquentes, les groupes de patients les plus susceptibles d'être infectés et traités par AI, informations utiles pour prioriser au niveau local, régional et national les mesures de prévention et de contrôle des infections et de bon usage des antibiotiques.

En particulier, la précédente ENP réalisée en 2017, a permis d'observer que la prévalence globale des patients infectés est restée stable depuis 2012, alors qu'elle avait diminué régulièrement entre 2001 et 2012. Ce constat incite à poursuivre les actions de prévention des infections associées aux soins en les ciblant sur les infections les plus fréquentes et/ou les plus graves. En revanche, la baisse de la prévalence des infections à SARM (*Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline) depuis 2001 est encourageante et suggère un impact positif des programmes de lutte contre l'antibiorésistance et des actions de prévention et de contrôle des infections.

La prévalence des patients traités par ATB (antibiotiques) diminue légèrement entre 2012 et 2017 alors qu'elle était stable entre 2006 et 2012. Cette diminution, même faible de la prévalence des patients traités par AI en ES, encourage à poursuivre les actions en faveur du bon usage des antibiotiques.

L'élaboration du protocole de l'ENP 2022 s'est attachée à assurer la comparabilité des résultats avec ceux des ENP antérieures tout en tenant compte des nouvelles recommandations nationales et européennes (*cf.* encadré 1).

Ce guide est destiné aux équipes chargées de l'enquête dans les établissements de santé.

Il sera accompagné tout au long de l'enquête d'un document répondant aux questions qui viendront se poser dans la mise en œuvre du protocole d'enquête.

Cette enquête est une opportunité de collaboration entre les professionnels pour davantage d'implication dans la prévention et le contrôle des infections associées aux soins, de l'antibiorésistance et le bon usage des antibiotiques.

## 2. OBJECTIFS

L'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux 2022 a pour objectif de :

### Décrire

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

### Connaître et faire connaître

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

### Sensibiliser et former

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

### Comparer

- Comparer les données de prévalence des IN et des traitements AI estimées en 2022 à celles des ENP précédentes et en particulier à l'ENP 2017. Ces comparaisons ont pour objet de mesurer l'évolution des tendances à la hausse ou à la baisse des données épidémiologiques sur les IN et les traitements AI prescrits aux patients.

## Encadré 1 : Quoi de neuf en 2022 ?

Comme en 2017, un **échantillon d'ES** est constitué. Toutefois, les ES non tirés au sort qui le souhaitent sont encouragés à participer à l'ENP 2022 de la même manière que les établissements tirés au sort. Une analyse de sensibilité sera conduite sur l'ensemble des données.

**Par rapport à l'ENP-2017, la méthodologie générale de l'enquête est identique. Et les questionnaires « établissement » et « patient » sont globalement inchangés.**

Cependant, de manière à tenir compte des nouvelles recommandations nationales et européennes de l'ECDC, des modifications ont été apportées aux questionnaires.

### **Modifications apportées au questionnaire établissement :**

- les établissements peuvent déclarer un questionnaire établissement pour un seul établissement au sens du Finess géographique ou pour un groupe d'établissements, notamment ceux appartenant à la même entité juridique. Dans ce cas, il sera demandé dans le questionnaire établissement d'indiquer les établissements groupés dans ce questionnaire ;
- plusieurs champs ont été supprimés dans les sections « Personnel en ETP » et « Prévention et contrôle des infections » de manière à alléger le questionnaire ;
- deux questions sur la situation de l'établissement en matière de prise en charge des cas de COVID-19 hospitalisés dans l'établissement au moment de l'enquête ont été ajoutées ;
- une question sur la pratique du laboratoire de microbiologie au moment de l'enquête quant à la version du CA-SFM utilisée a été ajoutée pour permettre le codage de la sensibilité des MO aux ATB.

### **Modifications apportées au questionnaire patient :**

- concernant la définition des infections nosocomiales, le COVID-19 nosocomial a été ajouté et défini selon la sévérité des symptômes. Les définitions des infections liées aux cathéters ont été légèrement modifiées ;
- un nouveau type de cathéter « Midline » a été ajouté à la liste des cathéters pouvant être renseignés parmi les dispositifs invasifs ;
- le codage de la sensibilité aux ATB de certains micro-organismes a évolué au regard des nouvelles recommandations. La sensibilité d'un MO est codée pour chaque ATB testé indépendamment les uns des autres. Compte tenu des recommandations de la SFM, une souche de sensibilité intermédiaire (I) ne sera plus assimilée à une souche résistante (R). La production de carbapénémase chez les entérobactéries est ajoutée aux informations à renseigner sur la RATB. La notion de Pan-résistance du micro-organisme a été supprimée du questionnaire ;
- deux questions relatives aux traitements anti-infectieux ont été supprimées : la dose d'AI et la date du premier anti-infectieux prescrit s'il y a eu changement d'AI pour la même indication ;
- le champ correspondant au code postal de résidence du patient a été supprimé du questionnaire.

Une **nouvelle application PreVIAS** dédiée aux enquêtes nationales de prévalence des IAS et des traitements AI est mise à disposition des établissements pour la saisie et la restitution des données de cette enquête.

### 3. TYPE D'ÉTUDE

L'enquête nationale de prévalence est une **enquête transversale** à visée descriptive, réalisée un jour donné sur les patients hospitalisés en établissement de santé.

Comme dans l'ENP 2017, l'enquête est réalisée par sondage sur un **échantillon représentatif de la population de patients des ES français**, bien que l'ensemble des établissements soient encouragés à participer à l'enquête.

Les données sont recueillies par **questionnaires standardisés** comprenant le recueil de données agrégées à l'échelle de l'établissement de santé (cf. Annexe 5 / Questionnaire établissement p. 83) et le recueil de données individuelles à l'échelle du patient (cf. Annexe 6 / Questionnaire patient p. 84).

### 4. PÉRIODE D'ÉTUDE

La **période de recueil des données** s'étend du **lundi 16 mai au jeudi 30 juin 2022 inclus**.

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

Si le recueil des données doit être étalé sur plus d'une journée pour l'établissement, il est conseillé de réaliser l'enquête 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, afin qu'aucun patient ou infection ne soit comptabilisé une deuxième fois après le transfert du patient.

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

### 5. POPULATION D'ÉTUDE

La population cible est celle de tous les patients hospitalisés le jour de l'enquête dans les ES de France métropolitaine et des départements et régions d'outre-mer (DROM).

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

- court séjour (y compris les unités d'hospitalisation de semaine et les services des urgences mais seuls les lits d'hospitalisation complète sont enquêtés) ;
- soins de rééducation qu'il s'agissent de soins médicaux et de réadaptation (SMR) ou soins de suite et de réadaptation (SSR) ;
- unités de soins de longue durée (SLD).

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

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

- en d'hospitalisation de nuit dans un centre hospitalier spécialisé (CHS).

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

Un patient admis dans un service cible après 8h00 est exclu de l'enquête (figure 1 : situation 2).

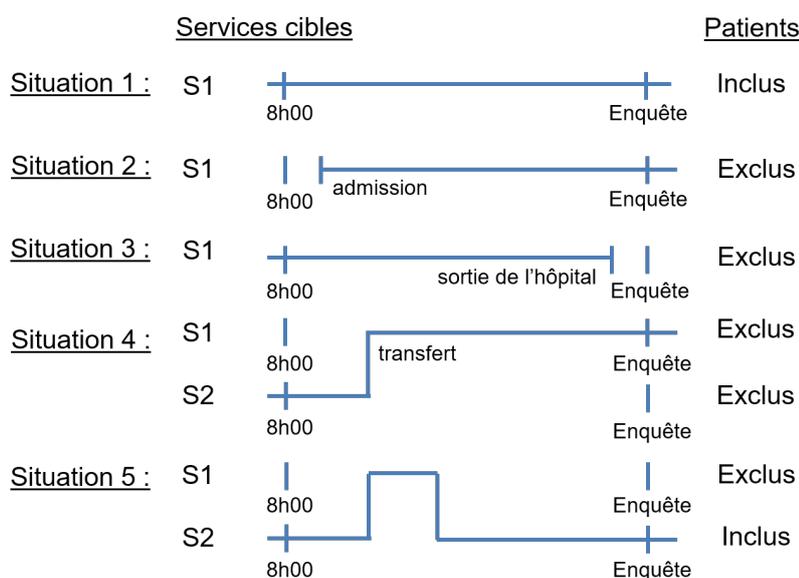
Un patient admis dans un service cible avant 8h00, mais sorti de l'établissement avant la réalisation de l'enquête dans le service (*i.e.* au moment précis du renseignement du questionnaire patient) est exclu de l'enquête (figure 1 : situation 3).

De la même manière, un patient admis dans un service cible avant 8h00 et transféré dans un autre service avant le passage de l'enquêteur, n'est inclus ni au titre du premier service dans lequel il a été admis avant 8h00, ni au titre du second service dans lequel il a été transféré au cours de la journée (figure 1 : situation 4).

En revanche, un patient admis dans un service cible avant 8h00 puis transféré dans un autre service et réadmis dans le service cible avant le passage de l'enquêteur est inclus dans le service cible (figure 1 : situation 5).

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

**Figure 1 : Situations d'inclusion et d'exclusion des patients dans l'ENP 2022**



Pour les services d'ES qui complètent, la veille de l'enquête dans le service cible, les questionnaires « patient » sur support papier, ces critères d'exclusion peuvent conduire à ce que certains questionnaires ne soient pas pris en compte car le patient est sorti du service au moment de l'enquête.

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

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

## 6. STRATÉGIE D'ÉCHANTILLONNAGE

Comme en 2017, un échantillon est constitué. L'échantillonnage vise à estimer avec la meilleure précision possible et avec une méthode parcimonieuse, les indicateurs de prévalence des IN et des traitements AI dans la population française des patients des ES français.

La base de sondage est constituée des établissements de santé de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de l'année 2020 (n=2 832)<sup>1</sup>. La base de sondage des ES constitue la population source à partir de laquelle un échantillon d'ES est tiré au sort.

L'échantillonnage est réalisé à l'aide d'un sondage aléatoire simple à un degré. Les établissements sont tirés au sort (et non les patients) après stratification sur la catégorie d'établissement, la taille de l'établissement et la région (170 strates constituées). La stratification permet d'avoir une représentativité de la variété des établissements en France. Les poids de sondage sont calculés pour chaque établissement à partir du nombre d'ES par type et par région et du nombre d'ES tirés au sort.

Afin de prendre en compte un taux de refus estimé à 20%, **un échantillon de 670 établissements de santé est tiré au sort**. Cet échantillon permet d'établir des estimations pour les indicateurs avec une précision absolue  $b=0,005$  pour une prévalence d'IN estimée à 5% et un effet de plan de sondage  $\rho=6$ .

Les établissements tirés au sort participent de manière volontaire. **Les établissements non tirés au sort sont également encouragés à participer à l'enquête au même titre que les établissements tirés au sort**. L'application PreVIAS est ouverte à tous les établissements de santé qui souhaitent mettre en œuvre l'enquête dans leur établissement.

## 7. ORGANISATION DE L'ENQUÊTE

L'organisation de l'ENP 2022 est assurée par Santé publique France en collaboration avec le réseau des CPIas dans le cadre du Répias.

### 7.1 Information sur l'enquête

Santé publique France a diffusé sur son site<sup>2</sup> et sur le site du Répias<sup>3</sup> en janvier 2022, des éléments de communication sur le calendrier de l'ENP-ES 2022.

Dans un second temps, fin janvier 2022, le ministère de la santé (DGS-DGOS) a informé les agences régionales de santé (ARS) du lancement de l'enquête en précisant les modalités de participation des ES.

Santé publique France fournit fin mars 2022, aux ARS et aux CPIas la liste des ES tirés au sort dans leur région.

---

<sup>1</sup> Sur les 3 994 établissements de santé sollicités pour participer à l'enquête de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) pour l'année 2020, 3 120 ont participé à l'enquête, parmi lesquels 2 832 ont déclaré au moins un lit d'hospitalisation complète (cf. le site de la Dress : <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm>).

<sup>2</sup> Disponible à l'URL suivante : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enquete-nationale-de-prevalence-des-infections-nosocomiales-et-des-traitements-anti-infectieux-en-etablissement-de-sante-2022>

<sup>3</sup> Disponible sur l'URL suivante : <https://www.preventioninfection.fr/actualites/enquete-nationale-de-prevalence-des-infections-nosocomiales-et-des-traitements-anti-infectieux-en-es-2022>

Le réseau des CPIas informe l'ensemble des ES tirés au sort, par l'intermédiaire des correspondants EOH, de la conduite de l'enquête et de son calendrier.

Début mai, Santé publique France informe l'ensemble des utilisateurs intégrés à l'application de la mise en production de l'application et des modalités de première connexion.

Les outils nécessaires à la réalisation de cette enquête sont mis à disposition sur le site de Santé publique France, du Répias et sur le site de l'application PreVIAS accessible via l'URL suivante : <https://previas.santepubliquefrance.fr>.

## 7.2 Participation

Tous les établissements de santé répondant aux critères d'éligibilité et situés en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) peuvent participer à l'ENP-ES 2022. De la même manière que les ES tirés au sort et faisant partie de l'échantillon national, les ES non tirés au sort peuvent participer à l'enquête.

Les établissements ont la possibilité de réaliser l'enquête dans tout ou partie des établissements d'une même entité juridique. Il est donc possible de mener l'enquête dans un seul établissement au sens du Finess géographique pour les structures composées de plusieurs sites géographiques. De plus, certains établissements multi-sites peuvent voir un seul de leur site (Finess géographique) tiré au sort.

Au sein d'un même établissement, il est recommandé d'enquêter dans l'ensemble des services. Les services qui ne seraient pas enquêtés seront indiqués dans le questionnaire établissement (cf. § 10.1.2 p.26).

La participation à l'enquête comprend le recueil des données de l'enquête, la saisie des données dans l'application PreVIAS et la validation des questionnaires saisis dans l'application. À la fin de l'enquête, seuls les questionnaires « établissement » et « patient » validés par les établissements dans l'application PreVIAS (cf. § 7.6 p.17) feront l'objet d'analyse des données que ce soit pour la production du rapport automatisé des résultats au niveau de l'établissement ou du groupe d'établissement ou pour l'analyse des données au niveau régional et national (cf. § 9 p.22).

Il n'y a pas de démarche particulière d'inscription au niveau de l'application PreVIAS pour formaliser sa participation à l'enquête. (cf. § 7.8 p.20).

Les dates d'enquêtes sont identiques pour les ES tirés au sort et les ES non tirés au sort.

## 7.3 Équipe en charge de l'enquête

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

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

Au sein des plus petits établissements, les tâches attribuées au coordonnateur de l'enquête et à l'enquêteur, ainsi que les tâches de préparation des fiches, dévolues au correspondant infirmier, peuvent être assurées par une même personne.

- **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'EOH.

- Il informe le directeur de l'établissement et les personnels des services du déroulement de l'enquête.
- Il est responsable de l'information des patients inclus dans l'ENP 2022 (cf. annexe 7 p.85).
- Il établit la liste des correspondants médicaux, correspondants infirmiers et enquêteurs de l'établissement.
- Il coordonne l'équipe en charge du recueil et de la saisie des données et de la diffusion du questionnaire « patient » aux correspondants infirmiers.
- Il assure la formation des correspondants médicaux, correspondants infirmiers et enquêteurs de l'établissement.
- Il assure la bonne application des critères d'éligibilité des patients et de leur inclusion en vérifiant les listes de patients inclus dans l'étude pour chaque service participant.
- Il facilite l'accès des enquêteurs aux dossiers des patients, notamment pour les services informatisés.
- Il anime, en tant que de besoin, les échanges pour le diagnostic des infections nosocomiales chez les patients des services participant.
- Il s'assurera que tous les moyens sont bien mis en œuvre pour documenter les différentes sections du questionnaire patient.
- Il est le relais local du CPIas pour toute demande concernant l'enquête.
- Il assure le rôle d'administrateur local de l'établissement pour l'application PreVIAS (cf. § 7.8 p.20).
- Il vérifie que l'ensemble des enquêteurs qui effectuent la saisie des données dans PreVIAS dispose d'un compte utilisateur.
- Il coordonne le recueil et la saisie des données relatives au questionnaire patient sur l'application PreVIAS.
- Il complète les variables du questionnaire établissement et vérifie que les données pré-renseignées dans l'application PreVIAS sont exactes.
- Il s'assure que les questionnaires saisis dans l'application PreVIAS ont été validés.
- Il gère la création et la fermeture des comptes des utilisateurs de l'application PreVIAS pour son établissement.
- Il garantit la protection des données personnelles (cf. § 7.9 p.21 et annexe 8 p.87).
- Il édite à partir de l'application PreVIAS, le rapport automatisé des résultats de son établissement ou de son groupe d'établissements.
- Il diffuse les résultats à tous les services participant et à sa direction ainsi qu'à toute autre instance qu'il jugera nécessaire d'informer.

- **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 questionnaires « patient » préparés par le correspondant infirmier.
- Il passe au lit de chaque patient avec le correspondant infirmier et/ou médical pour procéder à l'information des patients et compléter les informations concernant les dispositifs invasifs.

- Il note les IN (site infectieux, dispositif invasif concerné, IN présente à l'admission, origine de l'infection, date des premiers signes, porte d'entrée des bactériémies et MO isolé d'infection) et les traitements AI (molécule, voie d'administration, date de prescription) par la consultation des dossiers du patient (médical, infirmier, prescriptions, etc.).
- Il établit la liste des résultats bactériologiques en attente pour les IN identifiées.
- En cours ou en fin de visite des malades, avec le correspondant médical et infirmier, il valide les caractéristiques des patients et leur exposition à des dispositifs invasifs, les IN ainsi que les traitements anti-infectieux et leur indication.
- Il remet les questionnaires « patient » sur support papier renseignés et la liste des résultats bactériologiques en attente au coordonnateur de l'enquête.
- Il participe à la saisie des données des questionnaires « patient » sur l'application PreVIAS.

- **Le correspondant infirmier**

Il reçoit le questionnaire patient sur support papier de la part du coordonnateur et inclut les patients éligibles dans le service participant en définissant la liste des patients à enquêter.

Il remplit un questionnaire patient pour tous les patients éligibles présents (administrativement) avant 8 heures au moment du passage de l'enquêteur les informations suivantes :

- l'identification du patient (étiquette comportant le nom et prénom à compléter ou coller dans le coin supérieur droit du questionnaire patient) ;
- dans la section « Établissement et service » : date de l'enquête, code du service (code interne à l'établissement fourni par le coordonnateur), spécialité du service ;
- dans la section « Patient » : spécialité du patient, âge, sexe, date hospitalisation, chirurgie depuis l'admission ;
- dans la section « Dispositif(s) invasifs » : sonde urinaire, intubation et types de cathéter chez le patient ;
- Il accompagne l'enquêteur lors de son passage dans les chambres des patients qui vise à l'information des patients et à la vérification des dispositifs invasifs.

- **Le correspondant médical**

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

Il complète en particulier avec l'enquêteur les informations suivantes dans le questionnaire « patient » :

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

## 7.4 Recueil des données

La période de recueil des données s'étend **du lundi 16 mai au vendredi 30 juin 2022 inclus**.

Le recueil des informations s'effectue à l'aide des questionnaires sur support papier (cf. annexe 5 p.83 et annexe 6 p.84) :

- le **questionnaire établissement** comporte 8 sections. Il recueille des données agrégées indispensables à l'analyse des résultats sur les IAS et la résistance aux antibiotiques, stratifiés sur différentes caractéristiques de l'établissement comme le type ou le statut

- juridique de l'établissement, le nombre de lits ou la consommation de produits hydro-alcooliques dans l'ES.
- le **questionnaire patient** compte 5 sections. Il décrit les caractéristiques du patient et de son séjour, l'existence d'un dispositif invasif chez le patient, les traitements anti-infectieux administrés au patient et les infections nosocomiales chez le patient.

Il est conseillé de préparer à l'avance les questionnaires « patient » sur support papier, pour l'ensemble des patients présents dans le service le jour de l'enquête (figure 2).

## 7.5 Saisie des données

La **période de saisie des données** dans l'application PreVIAS se prolonge **jusqu'au vendredi 30 septembre 2022 inclus**. Au-delà de cette date, il ne sera plus possible de saisir de nouveaux questionnaires patient dans l'application PreVIAS.

Les variables des questionnaires établissement et patient de l'ENP 2022 sont saisies en ligne à l'aide de l'application PreVIAS à partir de l'URL suivant : <https://previas.santepubliquefrance.fr>.

La saisie des questionnaires patient est possible dès que le questionnaire établissement a été enregistré une première fois, même si celui-ci n'est pas complet. Il n'est pas nécessaire de valider le questionnaire établissement pour commencer la saisie des questionnaires patient.

La plupart des variables des questionnaires établissement et patient sont obligatoires dans l'application PreVIAS. **Toute valeur manquante sera bloquante pour la validation des questionnaires**. En l'absence de données sur une question, le codage en valeur inconnue reste possible.

Les CPias sont les contacts privilégiés des établissements concernant l'ENP 2022 notamment pour toute information pour préciser les modalités de recueil et de remplissage des questionnaires (cf. annexe 9 p.88). Les CPias sont également chargés d'inciter les établissements tirés au sort à la participation à l'enquête, à la saisie et la validation des données dans l'application PreVIAS. Pour toute question ou difficulté pour la saisie des données dans PreVIAS, veuillez contacter le support applicatif de PreVIAS : [previas-support@santepubliquefrance.fr](mailto:previas-support@santepubliquefrance.fr).

## 7.6 Validation des données

Il sera possible de modifier et de valider des questionnaires établissement et patient **jusqu'au 31 décembre 2022, date de clôture de l'enquête**.

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

Par exemple, concernant les infections nosocomiales, la confrontation des avis des professionnels de santé est essentielle pour garantir une bonne sensibilité de la méthode (identification de l'ensemble des IN présentes le jour de l'enquête), une bonne spécificité (exclusion des infections qui ne sont pas d'origine nosocomiale) et une fiabilité satisfaisante (concordance entre les avis des enquêteurs quant au codage des IN assurant la reproductibilité de la détection des IN).

Pour assurer un recueil de données de qualité, les ES ont la possibilité de revenir sur les questionnaires établissement et patient tout au long de l'enquête (du 16 mai au 31 décembre 2022).

Dans le cas où l'ES souhaite modifier un questionnaire préalablement validé il a la possibilité de demander le déblocage du questionnaire afin de pouvoir le modifier (cf. § 7.8 p.20).

Le retour au dossier du patient sera possible, à tout moment de l'enquête, à l'aide du coupon comportant l'étiquette du patient et le numéro du questionnaire patient (cf. § 10.2.2 p.38). Ce coupon est séparé du questionnaire patient après la saisie informatique sur l'application PreVIAS et conservé par le coordonnateur de l'enquête dans chaque établissement.

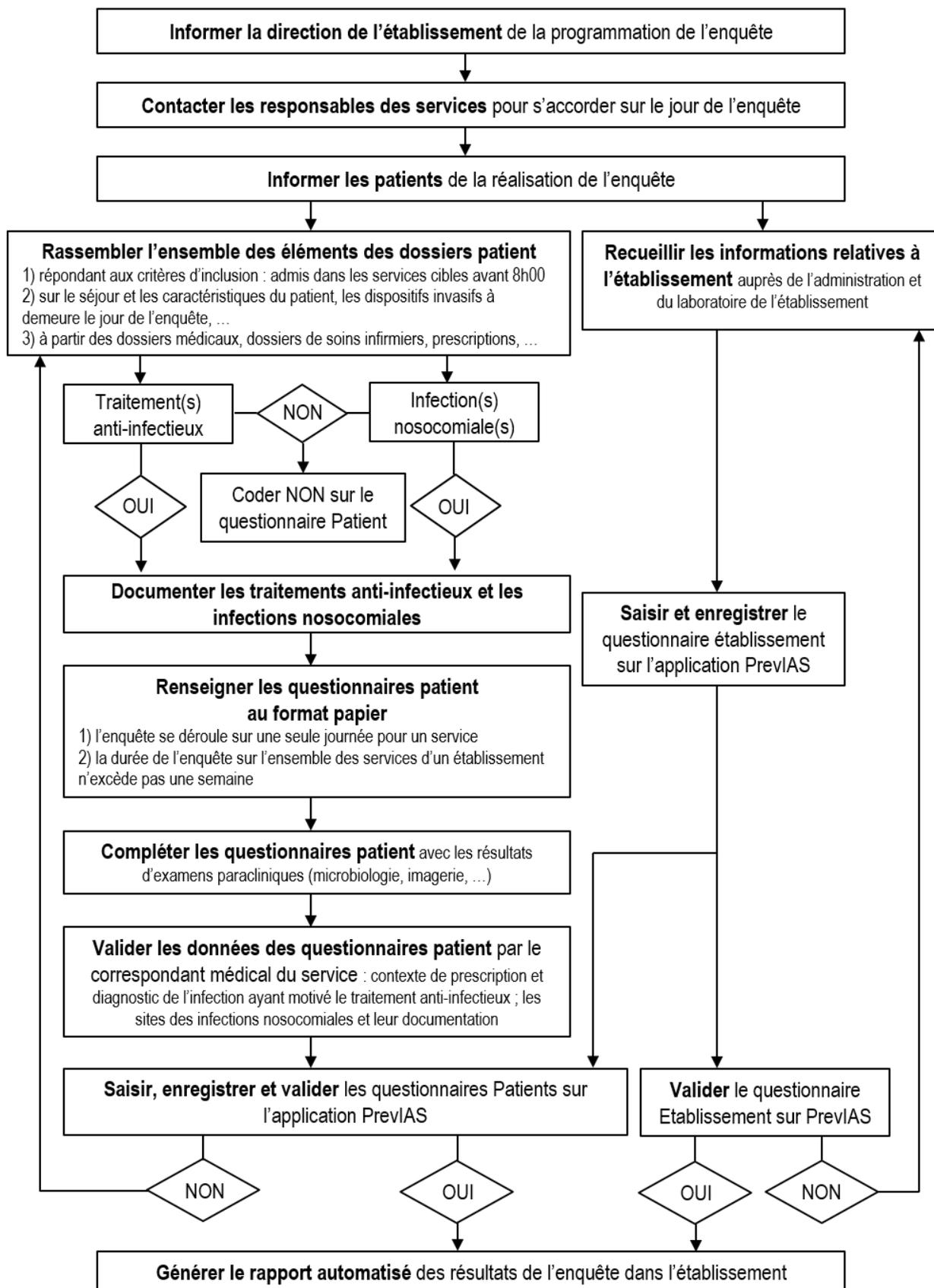
Certains champs des questionnaires sont obligatoires à la saisie afin de garantir **l'exhaustivité des données** pour ces variables. La possibilité de coder en valeur « inconnue » permet de compléter les variables obligatoires pour lesquelles l'information ne serait pas disponible.

Des **contrôles à la saisie**, réalisés à l'aide de règles de validation, permettent d'assurer la **conformité des données** au regard du domaine (type et format) et du codage des variables. Ces contrôles à la saisie sont implémentés dans l'application PreVIAS et s'exécutent automatiquement au moment de l'enregistrement et de la validation des questionnaires. L'établissement dispose également sur l'application PreVIAS, de contrôles de cohérence des données portant sur l'ensemble des questionnaires patient saisis.

La **saisie de nouveaux questionnaires patient** est permise dans l'application PreVIAS **jusqu'au 30 septembre 2022**. Après cette date il ne sera plus possible de saisir de nouveaux questionnaires patient. La **modification des données des questionnaires « patient »** (retour aux dossier des patients) **et leur validation** est possible **jusqu'à la clôture de l'enquête au 31 décembre 2022**.

Une base de données finale sera constituée à la clôture de l'enquête à partir de l'ensemble des questionnaires établissement et patient validés pour réaliser l'analyse régionale et nationale (cf. § 9 p.22).

Figure 2 : Processus de recueil et de saisie des données des questionnaires établissement et patient



## 7.7 Formation des enquêteurs

Le réseau des CPIas met en œuvre des **formations des coordonnateurs** de l'enquête en ES, sur la base de documents élaborés par le groupe de travail national.

Ces formations sont dispensées en priorité aux ES qui n'auraient pas participé aux enquêtes nationales de prévalence précédentes et aux ES de l'échantillon national. Les modalités d'organisation de ces formations sont laissées à l'initiative des CPIas, selon leur expérience et l'organisation des établissements.

Les présentations de formation (méthode d'enquête ; cas cliniques ; utilisation de PreVIAS) sont remises par les CPIas aux coordonnateurs de l'enquête qui assurent la formation des enquêteurs au niveau de chaque ES.

Les établissements peuvent télécharger les **guides et outils** nécessaires à la réalisation de l'enquête sur le site de Santé publique France<sup>4</sup> et sur l'application PreVIAS :

- le présent guide de l'enquêteur ;
- les questionnaires établissement et patient ;
- le document d'information au patient ;
- le manuel d'utilisation de PreVIAS ;
- le document de réponses aux questions (FAQ) élaboré et mise à jour au cours de l'enquête.

Lors de la période d'enquête, le réseau des CPIas fournira une **assistance méthodologique** aux ES participant à l'enquête. À ce titre, un référent de l'enquête de prévalence au niveau régional est identifié dans chaque CPIas afin d'organiser la formation et la réponse aux demandes d'assistance (cf. annexe 9 p.88).

## 7.8 Application PreVIAS

Il sera demandé à tous les utilisateurs de l'application PreVIAS de prendre connaissance des **conditions générales d'utilisation** (CGU) de l'application et de les accepter lors de la première connexion à partir de l'URL suivant : <https://previas.santepubliquefrance.fr>.

Chaque établissement identifie en amont de l'enquête un utilisateur **administrateur local de l'application**. Cet administrateur dispose de droits particuliers lui permettant de gérer les données portant sur l'établissement (menu Administration / Gestion des établissements) ainsi que les utilisateurs de l'application dans son établissement (menu Administration / Gestion des utilisateurs). Il est recommandé que ce rôle d'administrateur local de l'établissement pour l'application soit tenu par le coordonnateur de l'enquête dans l'établissement.

Le **questionnaire établissement** de l'enquête en cours, pour lequel l'utilisateur est connecté, est accessible via le menu « Questionnaire établissement ». Pour la saisie des données relatives aux patients, les utilisateurs génèrent un nouveau **questionnaire patient** via le menu « Questionnaire patient / résident ». Ils peuvent à tout moment gérer les questionnaires patient déjà saisis dans l'application via le menu « Gestion des questionnaires patient ».

---

<sup>4</sup> Disponible à l'URL suivant : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enquete-nationale-de-prevalence-des-infections-nosocomiales-et-des-traitements-anti-infectieux-en-etablissement-de-sante-2022>

Les questionnaires établissement et patient peuvent avoir différents **statuts dans l'application** PreVIAS :

- statut « initié » : uniquement pour le questionnaire établissement lorsque celui-ci est pré-rempli avec des données importées de la base SAE-2020. Lorsqu'un établissement ouvre pour la première fois son questionnaire établissement celui-ci est au statut initié ;
- statut « Enregistré » : lorsqu'un établissement souhaite sauvegarder des données saisies dans le questionnaire établissement ou un questionnaire patient, il enregistre le questionnaire (bouton « Enregistrer »). Les contrôles des données s'exécutent mais n'empêchent pas l'enregistrement des questionnaires. Ainsi, un questionnaire présentant des données manquantes peut être enregistré dans l'application ;
- statut « Validé » : lorsqu'un questionnaire est complet et comporte des données répondant aux critères de validité, l'établissement a la possibilité de le valider (bouton « Valider »). Un questionnaire au statut « Validé » ne pourra plus être modifié ;
- statuts « En demande de déblocage » et « Débloqué » : lorsqu'un utilisateur souhaite apporter des modifications à un questionnaire au statut « Validé », il doit au préalable en demander le déblocage à un administrateur de l'application. Lorsque la demande de déblocage est acceptée, le questionnaire passe au statut « Débloqué » et peut être modifié puis à nouveau validé.

Santé publique France assure le support applicatif de PreVIAS et peut être contacté à l'adresse mail suivante : [previas-support@santepubliquefrance.fr](mailto:previas-support@santepubliquefrance.fr).

Pour plus d'information sur l'application veuillez consulter le manuel d'utilisation de l'application PreVIAS disponible dans le menu « Guides & outils » et sur le site de Santé publique France<sup>5</sup>.

## 7.9 Information des patients et protection des données personnelles

L'enquête nationale de prévalence a fait l'objet d'une procédure d'accès simplifié aux données à caractère personnel de santé intitulée MR-004<sup>6</sup> déposée sur le *Health Data Hub*. Ainsi, les établissements participant n'ont pas de démarche spécifique à effectuer auprès de la Cnil.

Une **information individuelle** est communiquée auprès de chaque patient inclus dans l'ENP au moment de la réalisation de l'enquête. Elle est mise en œuvre par l'équipe en charge de l'enquête sous la supervision du coordonnateur de l'enquête (cf. annexe 7 p.85). Une information collective peut être également réalisée par un affichage dans les services enquêtés.

Les données saisies dans l'application PreVIAS sont **indirectement identifiantes**. C'est pourquoi, il est demandé aux utilisateurs de l'application, d'accepter les CGU lors de leur première connexion.

Après la saisie complète des données des questionnaires « patient », les coupons comportant l'étiquette du patient et le numéro du questionnaire patient sont séparés des questionnaires. Les coupons sont stockés dans une armoire, accessible uniquement au coordonnateur de l'enquête dans l'établissement, jusqu'à la clôture de l'enquête. Le numéro du questionnaire patient permet, si nécessaire, soit de retrouver le dossier d'un patient pour lequel des vérifications seraient nécessaires, soit de restituer aux patients ayant participé à l'enquête et qui le souhaitent les données qui les concernent. La destruction des coupons et des questionnaires « patient » sur support papier est effectuée par les établissements à la clôture de l'enquête le 31 décembre 2022.

Le stockage, le transfert et la conservation des données informatiques sont réalisés selon des modalités garantissant la confidentialité des personnes interrogées et l'intégrité des données (cf. annexe 8 p.87).

<sup>5</sup> Disponible à l'URL suivante : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enquete-nationale-de-prevalence-des-infections-nosocomiales-et-des-traitements-anti-infectieux-en-etablissement-de-sante-2022>

<sup>6</sup> Plus d'information sur le site du Health Data Hub : [https://health-data-hub.fr/sites/default/files/2020-12/MR004\\_Mode\\_emploi.pdf](https://health-data-hub.fr/sites/default/files/2020-12/MR004_Mode_emploi.pdf)

Aucune donnée nominative n'est exploitée pour l'analyse des résultats de l'enquête que ce soit au niveau de l'établissement, au niveau régionale ou nationale.

## 8. PARTICIPATION À L'ENQUÊTE EUROPÉENNE

La participation française à l'enquête de prévalence européenne (PPS3)<sup>7</sup> de prévalence des infections associées aux soins en établissement de court-séjour (CS) conduit à constituer un sous échantillon d'établissement de court-séjour (n=61)<sup>8</sup>. L'échantillon européen est tiré au sort par sondage aléatoire à partir des ES de court-séjour (*i.e.* après exclusion des établissements de SMR/SSR et SLD) faisant partie de l'échantillon national.

Les données des établissements de santé de l'échantillon européen transmises à l'ECDC sont anonymisées de manière à garantir la confidentialité des établissements participants. Santé publique France conserve la table de correspondance entre ce code et le nom de l'établissement pour toute la durée de l'analyse des données réalisées par l'ECDC.

## 9. ANALYSE DES DONNÉES

L'analyse des données comprend la production de résultats à plusieurs niveaux :

- la production d'un rapport automatisé des résultats descriptifs de l'enquête au niveau de chaque établissement. Ce rapport automatisé est généré par l'application PreVIAS à la demande des établissements via le menu « Rapport automatisé » et ne s'applique qu'aux questionnaires établissement et patient au statut « Validé » dans l'application.
- la production de synthèses régionales des résultats de l'enquête.
- la production d'un rapport national des données.

Compte tenu de la clôture de l'enquête au 31/12/2022, le calendrier prévisionnel de restitution des résultats prévoit des premiers résultats au 2<sup>e</sup> trimestre 2023 et le rapport d'enquête (résultats nationaux et régionaux) au 4<sup>e</sup> trimestre 2023.

---

<sup>7</sup> European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals – protocol version 6.0, ECDC PPS 2022-2023. Stockholm: ECDC; 2022.

<sup>8</sup> Cet effectif d'établissement de court séjour a été calculé par l'ECDC à partir du nombre total d'établissements de court séjour en France (*cf.* PPS-3 protocol).

# 10. QUESTIONNAIRES D'ENQUÊTE

Ce chapitre définit les informations à recueillir pour compléter le questionnaire établissement et le questionnaire patient, le codage des variables et les sources de données à solliciter pour le recueil de l'information.

## 10.1 Le questionnaire établissement

Le questionnaire établissement complet est disponible en annexe 5 (p.83). Pour son impression nous vous conseillons d'utiliser la version au format .pdf fournie avec le kit d'enquête.

### 10.1.1 Généralités

Les variables de cette section correspondent aux données administratives de l'établissement **au moment de l'enquête**.

Les champs sont pré-remplis dans l'application PreVIAS à partir des données de la base Finess du site du ministère des solidarités et de la santé : <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/finess-extraction-du-fichier-des-etablissements> et de celles de la base de données des statistiques annuelle des établissements (SAE) 2020.

Le coordonnateur de l'enquête dans l'établissement vérifie les données administratives de l'établissement portant sur : la raison sociale, les numéros Finess juridique et géographique, le nom et le code postal de la commune de l'établissement, le département et la région de l'établissement, le statut juridique, la catégorie d'établissement et l'adresse email de l'administrateur local de l'établissement pour l'application PreVIAS.

Ces champs ne pourront pas être modifiés directement au niveau du questionnaire établissement dans l'application PreVIAS. L'utilisateur disposant des droits d'administrateur local de l'établissement pour l'application PreVIAS pourra apporter d'éventuelles modifications à ces données, à l'exception des numéros Finess juridique et géographique, au niveau du menu « Administration / Gestion des établissements ». Ces modifications sont alors reproduites dans les champs du questionnaire établissement.

Dans le cas où une erreur concerne les numéros de Finess géographique et/ou juridique, le coordonnateur de l'enquête dans l'établissement contacte le support applicatif de PreVIAS ([previas-support@santepubliquefrance.fr](mailto:previas-support@santepubliquefrance.fr)) pour signaler les modifications à apporter.

Dans le cas où le questionnaire établissement fait l'objet d'un recueil pour un groupe d'établissements (cf. § 10.1.2 p.26), l'établissement sous lequel le questionnaire établissement est déclaré doit être représentatif du groupe d'établissements enquêtés, notamment si ceux-ci appartiennent à la même entité juridique. Il s'agira de l'établissement 1) dont la catégorie est représentative de l'activité du groupe d'établissements enquêtés et 2) qui regroupe la plupart des lits du groupe d'établissements enquêtés.

## Généralités

Raison sociale :	<input type="text"/>		
Finess géographique :	<input type="text"/>	Finess juridique :	<input type="text"/>
Statut juridique :	<input type="text"/>	Catégorie d'établissement :	<input type="text"/>
Région :	<input type="text"/>	Département :	<input type="text"/>
Code Postal :	<input type="text"/>	Commune :	<input type="text"/>
Administrateur local (PrevIAS) :	<input type="text"/>		

- **Raison sociale de l'établissement (NOMETAB)**

La raison sociale correspond au nom de l'établissement. Le champ est pré-rempli dans le questionnaire à partir des données de la base Finess du site du ministère des solidarités et de la santé.

En cas d'erreur sur le nom de l'établissement enquêté, l'administrateur local de l'établissement modifie l'information au niveau du menu « Administration / Gestion des établissements » de l'application PrevIAS.

- **Numéro de Finess juridique (FINESS\_EJ)**

Le numéro Finess juridique de l'établissement correspond au numéro du Fichier national des établissements sanitaires et sociaux attribué à l'entité juridique. L'entité juridique peut comporter plusieurs établissements. Ce numéro est constitué de 9 caractères. Le champ est pré-rempli dans le questionnaire à partir des données de la base Finess du site du ministère des solidarités et de la santé.

En cas d'erreur sur le numéro de Finess juridique de l'établissement enquêté, l'administrateur local de l'établissement contacte le support applicatif de PrevIAS.

- **Numéro de Finess géographique (FINESS\_ET)**

Le numéro Finess géographique de l'établissement correspond au numéro du Fichier national des établissements sanitaires et sociaux attribué à l'entité géographique. Ce numéro est constitué de 9 caractères. Le champ est pré-rempli dans le questionnaire à partir des données de la base Finess du site du ministère des solidarités et de la santé.

Il est recommandé que le questionnaire établissement soit renseigné pour un seul établissement au sens du Finess géographique (*i.e.* un questionnaire établissement correspond à un seul Finess géographique). Cependant, si le questionnaire établissement correspond à un groupe d'établissements (*cf.* § 10.1.2 p.26), l'établissement sous lequel le questionnaire établissement est déclaré doit être représentatif du groupe d'établissements enquêtés. Il s'agira de 1) l'établissement dont la catégorie est représentative de l'activité du groupe d'établissements enquêtés et 2) l'établissement qui regroupe le plus grand nombre de lits parmi les établissements du groupe d'établissements enquêtés.

En cas d'erreur sur le numéro de Finess géographique de l'établissement enquêté, l'administrateur local de l'établissement contacte le support applicatif de PrevIAS.

- **Numéro de Finess géographique (FINESS\_ET)**

Le nom de la commune de l'établissement est renseigné par défaut dans le questionnaire. Il est importé à partir des données de la base Finess du site du ministère des solidarités et de la santé. En cas d'erreur sur le nom de la commune de l'établissement enquêté, l'administrateur local de l'établissement modifie l'information au niveau du menu « Administration / Gestion des établissements » de l'application PreVIAS.

- **Code postal de la commune de l'établissement (CPCOM)**

Le code postal de la commune de l'établissement est renseigné par défaut dans le questionnaire. Il s'agit d'un champ à 5 chiffres. Il est importé à partir des données de la base Finess du site du ministère des solidarités et de la santé.

En cas d'erreur sur le code postal de l'établissement enquêté, l'administrateur local de l'établissement modifie l'information au niveau du menu « Administration / Gestion des établissements » de l'application PreVIAS.

- **Département et région de l'établissement (DÉPARTEMENT, RÉGION)**

Le département et la région de l'établissement sont rappelés dans cette section du questionnaire établissement. Ces deux champs sont importés à partir des données de la base Finess du site du ministère des solidarités et de la santé.

En cas d'erreur sur le département et/ou la région de l'établissement enquêté, l'administrateur local de l'établissement modifie l'information au niveau du menu « Administration / Gestion des établissements » de l'application PreVIAS.

- **Statut juridique (STATETAB)**

Le statut juridique de l'établissement est associé à l'entité juridique : il s'agit soit d'un établissement du secteur public, soit d'un établissement privé d'intérêt collectif (Espic) (comme les centres de lutte contre le cancer (CLCC) et les établissements ex-PSPH) soit d'une clinique privée à but lucratif. Le champ est pré-rempli dans le questionnaire à partir des données de la base Finess du site du ministère des solidarités et de la santé.

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

En cas d'erreur sur le statut juridique de l'établissement enquêté, l'administrateur local de l'établissement modifie l'information au niveau du menu « Administration / Gestion des établissements » de l'application PreVIAS.

- **Catégorie de l'établissement (TYPETAB)**

La catégorie d'établissement caractérise le cadre réglementaire dans lequel s'exerce l'activité de l'établissement et se réfère à l'organisation et aux missions des établissements. Le champ est pré-rempli dans le questionnaire à partir des données de la base Finess du site du ministère des solidarités et de la santé.

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

En cas d'erreur sur la catégorie de l'établissement enquêté, l'administrateur local de l'établissement modifie l'information au niveau du menu « Administration / Gestion des établissements » de l'application PreVIAS.

- **Administrateur local (ADMINES)**

Chaque établissement désigne un administrateur local de l'établissement pour l'application PreVIAS. Cet administrateur dispose de droits particuliers dans l'application PreVIAS, notamment pour la gestion des données administratives de l'établissement et la gestion des utilisateurs de l'application PreVIAS pour l'établissement dont il est administrateur.

Il est recommandé que le coordonnateur de l'enquête dans l'établissement soit l'administrateur local de l'application PreVIAS pour l'établissement.

Le coordonnateur de l'enquête vérifie que la personne désignée correspond bien à l'administrateur local souhaité dans l'application PreVIAS. Si aucun administrateur n'est désigné dans l'application, le coordonnateur de l'enquête dans l'établissement contacte le support applicatif en indiquant le NOM, le prénom et l'email de la personne désignée pour être l'administrateur local dans l'application PreVIAS en précisant la raison sociale et les numéros de Finess juridique et géographique de l'établissement pour lequel il administrateur.

Si l'administrateur ne correspond pas à l'utilisateur souhaité, le coordonnateur de l'enquête dans l'établissement se rapproche de l'administrateur local de l'établissement actuel afin qu'il effectue la modification au niveau du menu « Administration / Gestion des établissements » de l'application PreVIAS.

### 10.1.2 Périmètre de l'enquête

Cette section permet d'assouplir les conditions de mise en œuvre de l'enquête dans les établissements en définissant le périmètre pour lequel le questionnaire établissement est complété.

#### Périmètre de l'enquête

Données recueillies pour :  Un seul établissement (indiqué ci-dessus)  
 Un groupe d'établissements

Si les données sont recueillies pour un groupe d'établissements, indiquer les établissements regroupés dans le questionnaire établissement :

Raison sociale :	<input type="text"/>	Finess géographique :	<input type="text"/>	Finess juridique :	<input type="text"/>
Raison sociale :	<input type="text"/>	Finess géographique :	<input type="text"/>	Finess juridique :	<input type="text"/>
Raison sociale :	<input type="text"/>	Finess géographique :	<input type="text"/>	Finess juridique :	<input type="text"/>
Raison sociale :	<input type="text"/>	Finess géographique :	<input type="text"/>	Finess juridique :	<input type="text"/>
Raison sociale :	<input type="text"/>	Finess géographique :	<input type="text"/>	Finess juridique :	<input type="text"/>

Exclusion de certains services ?  Non (= situation classique)  
 Oui

Si oui, préciser :

Type de service :	<input type="text"/>	Nombre de lits :	<input type="text"/>
Type de service :	<input type="text"/>	Nombre de lits :	<input type="text"/>
Type de service :	<input type="text"/>	Nombre de lits :	<input type="text"/>
Type de service :	<input type="text"/>	Nombre de lits :	<input type="text"/>
Type de service :	<input type="text"/>	Nombre de lits :	<input type="text"/>

- **Données recueillies pour un seul établissement ou un groupe d'établissement ?**

Il est recommandé que le questionnaire établissement soit renseigné pour un seul établissement au sens du Finess géographique (*i.e.* un questionnaire établissement correspond à un seul Finess géographique). Ainsi, les entités juridiques disposant de plusieurs établissements distincts par des Finess géographiques différents peuvent enquêter tout ou partie de ces établissements.

Cependant, l'activité de certains établissements, appartenant notamment à la même entité juridique, est structurée de manière à ce que les différents établissements au sens du Finess géographique ne soient pas distingués. L'enquête est alors réalisée pour un groupe d'établissements pour lequel il est possible de déclarer les données dans un seul questionnaire établissement.

Dans ce cas, il est nécessaire d'indiquer dans cette section du questionnaire, l'ensemble des établissements, au sens des numéros Finess géographiques, regroupés dans le questionnaire établissement.

L'établissement sous lequel le questionnaire établissement est déclaré doit être représentatif du groupe d'établissements enquêtés, notamment si ceux-ci appartiennent à la même entité juridique (*cf.* § 10.1.1 p.23).

À la question « Données recueillies pour... », cocher « **un seul établissement (indiqué ci-dessus)** » si le questionnaire établissement est renseigné pour un seul établissement au sens du Finess géographique dont les caractéristiques sont indiquées dans la section « Généralités ».

Cocher « **un groupe d'établissements** » si le questionnaire établissement est renseigné pour un groupe d'établissements enquêtés.

Si les données sont recueillies pour un groupe d'établissements, indiquer tous les établissements, au sens du Finess géographique, regroupés dans le questionnaire établissement en indiquant leur **raison sociale**, leur numéro **Finess géographique** et leur numéro **Finess juridique**.

L'application PreVIAS ne prévoit pas de limite dans le nombre d'établissements pouvant être regroupés dans un même questionnaire établissement (le questionnaire sur support papier prévoit 5 lignes).

Déclarer un groupe d'établissements dans cette section du questionnaire signifie que l'ensemble des données recueillies dans l'ensemble des sections du questionnaire établissement sont recueillies pour le groupe d'établissements (*e.g.* exclusion de services, personnel, capacité d'accueil, statistiques annuelles, situation COVID-19).

Le recueil de ces informations est effectué par le coordonnateur de l'enquête dans l'établissement.

- **Exclusion de certains services ?**

Il est recommandé de réaliser l'enquête de prévalence dans l'ensemble des services de l'établissement ou du groupe d'établissements enquêtés. Cependant, si des services n'ont pas participé à l'enquête, il est nécessaire de les indiquer dans cette section du questionnaire établissement.

Cocher « **Non (= situation classique)** » si aucun service n'a été exclu de l'établissement ou du groupe d'établissements faisant l'objet du questionnaire établissement.

Cocher « **Oui** » si un ou plusieurs services ont été exclus de l'enquête.

Si un ou plusieurs services ont été exclus de l'enquête, indiquer pour chacun des services exclus, le **type de service** (Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Réanimation, SMR/SSR, SLD, Psychiatrie), ainsi que le **nombre de lits** correspondant.

L'application PreVIAS ne prévoit pas de limite dans le nombre de services exclus de l'enquête pouvant être déclarés dans le questionnaire établissement (le questionnaire sur support papier prévoit 5 lignes).

Le recueil de ces informations est effectué par le coordonnateur de l'enquête dans l'établissement.

### 10.1.3 Personnel en ETP

En 2022, le recueil des données porte sur le personnel suivant : les **infirmières hygiénistes**, les **praticiens hygiénistes** et les **référénts antibiotiques**.

L'effectif du personnel est recueilli **en équivalent temps plein (ETP)** qui est l'unité de mesure proportionnelle au nombre d'heures travaillées dans l'établissement. Ainsi, dans le cas d'une personne travaillant dans d'autres établissements que celui (ou ceux) faisant l'objet du questionnaire établissement, il est nécessaire de convertir le nombre d'heures travaillées par la personne dans le ou les établissements enquêtés en équivalent temps plein. Un nombre d'ETP décimal inférieur à 1 peut être saisi dans l'application.

L'ensemble du personnel salarié dans l'établissement ou le groupe d'établissements enquêtés, quel que soit le statut d'emploi (CDI, CDD, interim, etc.) au moment de l'enquête est comptabilisé, et non uniquement le personnel présent/travaillant le jour de l'enquête.

Seul, le personnel des services éligibles à l'enquête (CS, SSR/SMR, SLD) est pris en compte. (cf. § 5 p.11). Le personnel des services non éligibles (e.g. Ehpad) n'est pas pris en compte. En revanche, le personnel des services éligibles n'ayant pas participé à l'enquête (cf. § 10.1.2 p.26) n'est pas retiré du décompte d'ETP.

Si les données sont recueillies pour un groupe d'établissements (cf. § 10.1.2 p.26), le nombre d'ETP renseigné correspond à celui de l'effectif du personnel dans l'ensemble des services éligibles des établissements du groupe.

Le recueil de ces informations est effectué par le coordonnateur de l'enquête dans l'établissement ou le groupe d'établissements auprès de l'EOH ou de son administration.

Il est recommandé de recueillir les **données les plus récentes par rapport au moment de l'enquête**, c'est-à-dire par rapport au premier jour de l'enquête pour les établissements qui réalisent l'enquête sur plusieurs jours. Cependant, ces données se fondent uniquement sur les informations déjà existantes. Ainsi, des données au 31/12/2021 conviennent si l'administration n'en possède pas de plus récentes.

#### Personnel (en ETP) au moment de l'enquête

Nombre d'infirmières hygiénistes

Nombre de référents antibiotiques

Nombre de praticiens hygiénistes

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

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

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

Noter « INC » si le nombre d'équivalents temps plein (ETP) d'infirmier(e)s hygiénistes est inconnu.

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

Noter le nombre d'équivalents temps plein (ETP) de praticiens hygiénistes exerçant dans l'établissement ou le groupe d'établissements enquêtés au moment de l'enquête. Un praticien hygiéniste est titulaire d'un diplôme de docteur en médecine ou pharmacie et a acquis un savoir et des compétences (DU spécifiques) dans le domaine de l'hygiène hospitalière et de la prévention du risque infectieux. Il est membre ou responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) et

participe à la mise en œuvre du programme d'actions défini par la CME le Comité de lutte contre les infections nosocomiales.

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

Noter « INC » si le nombre d'équivalents temps plein (ETP) de praticiens hygiénistes est inconnu.

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

Noter le nombre d'équivalents temps plein (ETP) de référents antibiotiques exerçant dans l'établissement ou le groupe d'établissements enquêtés au moment de l'enquête. Le référent antibiotique est une personne désignée par le représentant légal de l'établissement de santé tel qu'il est prévu par l'article R6111-10 du code de la santé publique. Le référent est un médecin ou un pharmacien ayant acquis un savoir et des compétences (DU spécifiques) dans le domaine des anti-infectieux, de l'antibiothérapie et des pathologies infectieuses.

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

Noter « INC » si le nombre d'équivalents temps plein (ETP) de référents antibiotiques est inconnu.

#### 10.1.4 Capacité d'accueil

Cette section porte sur des données relatives aux capacités d'accueil de l'établissement ou du groupe d'établissements enquêtés en termes de **nombre de lits d'hospitalisation complète par type de service** selon sa spécialité (médecine, chirurgie, obstétrique, réanimation, psychiatrie, soins médicaux et de réadaptation ou soins de suite et réadaptation, soins de longue durée), ainsi que de **nombre total de chambres et de nombre de chambres individuelles**.

Si les données sont recueillies pour un groupe d'établissements (cf. § 10.1.2 p.26), la capacité d'accueil renseignée correspond au nombre de lits et de chambres dans l'ensemble des établissements du groupe. Les lits des éventuels services exclus de l'enquête **ne sont pas retirés du décompte de lits** renseignés dans cette section.

Les champs de cette section sont en partie pré-remplis dans l'application PreVIAS à partir des données de la base de données SAE 2020<sup>9</sup>, à l'exception du nombre total de chambres et de chambres individuelles.

Le coordonnateur de l'enquête dans l'établissement vérifie que les données pré-remplies en nombre de lits d'hospitalisation complète par type de service correspondent aux capacités d'accueil de l'établissement ou du groupe d'établissements **les plus récentes par rapport au moment de l'enquête**, c'est-à-dire par rapport au premier jour de l'enquête pour les établissements qui réalisent l'enquête sur plusieurs jours. Il apporte les éventuelles modifications dans l'application PreVIAS directement dans le questionnaire établissement. Ces données se fondent uniquement sur les informations fournies par son administration. Ainsi, des données au 31/12/2021 conviennent si l'administration n'en possède pas de plus récentes.

---

<sup>9</sup> Site internet de la DRESS : <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm>

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

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

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

Noter le nombre total de lits d'hospitalisation complète dans les services de médecine de l'établissement ou le groupe d'établissements enquêtés au moment de l'enquête. Les libellés des services de médecine sont référencés dans l'annexe 1 (p.57). Les services de prise en charge spécialisée de brûlés et les services « portes » et urgences sont associés à la spécialité de médecine. Ne pas tenir compte des places d'hospitalisation partielle dans ce décompte.

Ce champ est importé à partir des données de la base SAE 2020 et doit être mis à jour si nécessaire. Noter « INC » si le nombre de lits de médecine est inconnu.

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

Noter le nombre total de lits d'hospitalisation complète dans les services de chirurgie de l'établissement de santé au moment de l'enquête. Les libellés des services de chirurgie sont référencés dans l'annexe 1 (p.57). Ne pas tenir compte des places d'hospitalisation partielle dans ce décompte.

Ce champ est importé à partir des données de la base SAE 2020 et doit être mis à jour si nécessaire. Noter « INC » si le nombre de lits de chirurgie est inconnu.

- **Nombre de lits d'obstétrique (LITOBBS)**

Noter le nombre total de lits d'hospitalisation complète dans les services de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de l'établissement de santé au moment de l'enquête. Les libellés des services de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie sont référencés dans l'annexe 1 (p.57). Ne pas tenir compte des places d'hospitalisation partielle dans ce décompte.

Ce champ est importé à partir des données de la base SAE 2020 et doit être mis à jour si nécessaire. Noter « INC » si le nombre de lits d'obstétrique est inconnu.

- **Nombre de lits de réanimation (LITREA)**

Noter le nombre total de lits d'hospitalisation complète dans les services de réanimation de l'établissement de santé au moment de l'enquête. Les libellés des services de réanimation sont référencés dans l'annexe 1 (p.57). Ne pas tenir compte des places d'hospitalisation partielle dans ce décompte.

Ce champ est importé à partir des données de la base SAE 2020 et doit être mis à jour si nécessaire. Noter « INC » si le nombre de lits de réanimation est inconnu.

- **Nombre de lits de psychiatrie (LITPSY)**

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

Ce champ est importé à partir des données de la base SAE 2020 et doit être mis à jour si nécessaire.

Noter « INC » si le nombre de lits de psychiatrie est inconnu.

- **Nombre de lits de SSR (ou SMR) (LITSSR)**

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

Ce champ est importé à partir des données de la base SAE 2020 et doit être mis à jour si nécessaire. Noter « INC » si le nombre de lits de SMR/SSR est inconnu.

- **Nombre de lits de SLD (LITSLD)**

Noter le nombre total de lits d'hospitalisation complète dans les unités de soins de longues durées de l'établissement de santé au moment de l'enquête. Ne pas tenir compte des places d'hospitalisation partielle dans ce décompte, ni des lits de résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Ce champ est importé à partir des données de la base SAE 2020 et doit être mis à jour si nécessaire. Noter « INC » si le nombre de lits de SLD est inconnu.

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

Le nombre total de lits d'hospitalisation complète dans l'ensemble des services de l'établissement de santé, au moment de l'enquête, est calculé automatiquement à partir des données pré-renseignées pour chaque spécialité de service.

Le coordonnateur de l'enquête vérifie l'information à partir des données de son établissement. Le nombre total de lits dans l'établissement enquêté correspond strictement à celui de l'établissement désigné par le couple Finess juridique - Finess géographique mentionné dans le questionnaire établissement.

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

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

Les chambres d'hospitalisation de jour et d'ambulatoire, dans le cas où il s'agit de chambres installées sont comptabilisées dans le nombre total de chambres (alors que pour l'inclusion des patients, ces secteurs sont exclus de l'enquête).

Le nombre total de chambres installées dans l'établissement ou le groupe d'établissements enquêtés correspond strictement à celui ou ceux mentionné(s) dans le questionnaire établissement. Noter « INC » si le nombre total de chambres est inconnu.

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

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

Les chambres d'hospitalisation de jour et d'ambulatoire, dans le cas où il s'agit de chambres individuelles installées sont comptabilisées dans le nombre de chambres individuelles.

Le nombre total chambres individuelles dans l'établissement ou le groupe d'établissements enquêtés correspond strictement à celui ou ceux mentionné(s) dans le questionnaire établissement. Noter « INC » si le nombre de chambres individuelles est inconnu.

### 10.1.5 Statistiques annuelles

Cette section permet le recueil de quelques données statistiques sur l'établissement sur l'année précédant l'enquête (*i.e.* disponible au 31 décembre 2021).

Ces données de statistiques annuelles doivent correspondre uniquement à celle de l'établissement ou du groupe d'établissements enquêtés mentionnés dans les deux premières sections du questionnaire établissement (*cf.* § 10.1.2 p.26).

Si les données sont recueillies pour un groupe d'établissements (*cf.* § 10.1.2 p.26), les statistiques annuelles correspondent à celles de l'ensemble des établissements du groupe. L'exclusion éventuelle de certains services de l'enquête n'affecte pas les données de statistiques annuelles renseignées dans cette section.

Certains champs de cette section (nombre d'admissions et nombre de journées d'hospitalisation) sont pré-renseignés dans l'application PreVIAS à partir des données de la base de données SAE 2020.

Le coordonnateur de l'enquête dans l'établissement vérifie que les données pré-renseignées correspondent à celles de l'établissement ou du groupe d'établissement enquêtés. Il apporte les éventuelles modifications dans l'application PreVIAS directement dans le questionnaire établissement.

Le recueil de ces informations est effectué uniquement auprès de l'administration de l'établissement ou du groupe d'établissements enquêtés.

#### Statistiques annuelles au 31/12/2021

Nombre d'admissions par an	<input type="text"/>	Nombre de tests à la recherche de <i>Clostridium difficile</i> réalisés par an	<input type="text"/>
Nombre de journées d'hospitalisation par an	<input type="text"/>	Consommation total annuelle de PHA	<input type="text"/>
Nombre d'hémocultures réalisées par an	<input type="text"/>		

- **Nombre d'admissions (NBADMIS)**

Noter le nombre d'admissions en hospitalisation complète quel que soit le motif (régulière ou en urgence), au cours de l'année 2021 (*i.e.* données au 31 décembre 2021), dans l'établissement à l'exception des admissions en secteur d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Cette information sera recueillie auprès de l'administration de l'établissement.

Ce champ est importé à partir des données de la base SAE 2020 et doit être mis à jour si nécessaire. Noter « INC » si le nombre d'admissions réalisées au cours de l'année 2021 est inconnu.

- **Nombre de journées d'hospitalisation (NBHOSP)**

Noter le nombre de journées d'hospitalisation complète, au cours de l'année 2021 (*i.e.* information au 31 décembre 2021), dans l'établissement à l'exception des admissions en secteur d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Cette information sera recueillie par le coordonnateur de l'enquête auprès de l'administration de l'établissement.

Ce champ est importé à partir des données de la base SAE 2020 et doit être mis à jour si nécessaire. Noter « INC » si le nombre de journées d'hospitalisation réalisées au cours de l'année 2021 est inconnu.

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

Noter le nombre d'hémocultures de patients, de l'établissement ou du groupe d'établissements enquêtés, reçues et incubées par le laboratoire de référence de l'établissement de santé, correspondant aux laboratoires interne ou externe à l'ES qui réalisent les analyses pour l'ES (*e.g.* laboratoires microbiologiques, bactériologiques ou spécialisés), au cours de l'année 2021 (*i.e.* information au 31 décembre 2021).

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

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

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

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

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

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

Noter « INC » si le nombre d'hémocultures réalisées au cours de l'année 2021 est inconnu.

- **Nombre de recherches de *Clostridioides difficile*<sup>10</sup> réalisées (NBCDIFF)**

Noter le nombre d'analyses de selles à la recherche spécifique d'une infection à *Clostridioides difficile* toxigène, réalisées dans l'établissement au cours de l'année 2021 (*i.e.* information au 31 décembre 2021) par le laboratoire de l'établissement de santé, correspondant au laboratoire interne ou externe à l'ES qui réalise les analyses pour l'ES (*e.g.* laboratoires microbiologiques, bactériologiques ou spécialisés). Ne pas compter le nombre d'échantillons de selles envoyés au laboratoire pour analyse, mais bien le nombre d'analyses de selles à la recherche d'une infection à *C. difficile* réalisées par le laboratoire.

Compter le nombre total d'analyses de selles de patients réalisées et non le nombre de patients pour lesquels au moins un test de selles a été réalisé.

---

<sup>10</sup> anciennement *Clostridium difficile*.

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

Noter « INC » si le nombre de recherches de *C. difficile* réalisées au cours de l'année 2022 est inconnu.

- **Consommation de PHA (CONSOPHA)**

Noter le nombre total de produit hydro-alcoolique (PHA), en litre, utilisé (*i.e.* délivré ou consommé, mais pas commandé) uniquement dans tous les services de l'établissement ou du groupe d'établissements enquêtés au cours de l'année 2021 (*i.e.* information au 31 décembre 2021).

Noter « INC » si la consommation totale annuelle de PHA est inconnue.

### 10.1.6 Situation COVID-19

Nouvelle pour l'ENP 2022, cette section permet le recueil de quelques données sur la situation de l'établissement en matière de prise en charge des cas de COVID-19 hospitalisés dans l'établissement ou le groupe d'établissements au moment de l'enquête. Ainsi, si les données sont recueillies pour un groupe d'établissements (*cf.* § 10.1.2 p.26), la situation relative au COVID-19 correspond à celle de l'ensemble des établissements du groupe.

Tous les cas de COVID-19 hospitalisés sont comptés, quel que soit le motif d'hospitalisation, que le patient soit symptomatique ou non.

Le recueil de ces informations est effectué par le coordonnateur de l'enquête dans l'établissement ou le groupe d'établissements auprès de son administration. Les données sur la situation COVID-19 dans l'établissement se fondent uniquement sur les données fournies par l'administration les plus récentes par rapport au moment de l'enquête.

#### Situation COVID-19 au moment de l'enquête

Nombre de cas de COVID-19 hospitalisés  
dans l'établissement

Nombre de cas de COVID-19 hospitalisés  
en réanimation

- **Nombre de cas de COVID-19 hospitalisés dans l'établissement (CASCOVID)**

Noter le nombre total de cas de COVID-19 hospitalisés dans l'établissement ou le groupe d'établissements enquêtés, le plus récent par rapport au moment de l'enquête, c'est-à-dire par rapport au premier jour de l'enquête pour les établissements qui réalisent l'enquête sur plusieurs jours. Ne pas distinguer les COVID-19 nosocomiaux des COVID-19 communautaires.

Noter « INC » si le nombre de cas de COVID-19 hospitalisé dans l'établissement est inconnu.

- **Nombre de cas de COVID-19 hospitalisés en réanimation (REACOVID)**

Noter le nombre de cas de COVID-19 hospitalisés uniquement dans les services de réanimation dans l'établissement ou le groupe d'établissements enquêtés. Cet effectif obtenu auprès de l'administration correspond au plus récent par rapport au moment de l'enquête, c'est-à-dire par rapport au premier jour de l'enquête pour les établissements qui réalisent l'enquête sur plusieurs jours. Ne pas distinguer les COVID-19 nosocomiaux des COVID-19 communautaires.

Noter « INC » si le nombre de cas de COVID-19 hospitalisés en réanimation est inconnu.

### 10.1.7 Pratique du laboratoire de microbiologie

- **Version du CA-SFM utilisée (VCASFM)**

Indiquer la version du CA-SFM<sup>11</sup> utilisée par le laboratoire de microbiologie de référence de l'établissement ou du groupe d'établissements au moment de l'enquête pour la définition des catégories cliniques pour l'interprétation des tests de sensibilité *in vitro* (cf. § 10.2.5 p.56). Cette question est nécessaire pour pouvoir assimiler les souches de sensibilités intermédiaires (I) des micro-organismes isolés d'infection, soit à des souches résistantes (R) si le laboratoire utilise une version du CA-SFM antérieure à 2020, soit à des souches sensibles (S) si le laboratoire utilise la version du CA-SFM de 2020 ou postérieure à 2020.

Le recueil de cette information est effectué par le coordonnateur de l'enquête auprès du laboratoire de microbiologie de référence de l'établissement ou du groupe d'établissements faisant l'objet de l'enquête.

Cocher « **Antérieure au CA-SFM 2020** » si la version du CA-SFM utilisée par le laboratoire de microbiologie est antérieure à 2020.

Cocher « **CA-SFM 2020 ou postérieure** » si la version du CA-SFM utilisée par le laboratoire de microbiologie date de 2020 ou est postérieure à 2020.

### 10.1.8 Prévention et contrôle des infections

Les questions portent sur les actions mises en œuvre (rapport et programme) pour la prévention et le contrôle des IAS et, en particulier, sur la participation à des réseaux de surveillance pendant l'année précédant l'enquête dans l'établissement ou le groupe d'établissements.

Les informations sur ces variables sont obtenues auprès de l'EOH acquise au 31/12/2021.

#### Prévention et contrôle des infections au 31/12/2021

Programme annuel de prévention des IAS, validé et approuvé par la Direction/CME	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui		
Rapport annuel de prévention des IAS, validé et approuvé par la Direction/CME	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui		
Participation à des systèmes de surveillance pendant l'année précédente :	<input type="checkbox"/> SPICMI	<input type="checkbox"/> SPIADI	<input type="checkbox"/> SPARES	<input type="checkbox"/> Autre

- **Programme annuel de prévention des IAS (PROGIAS)**

Cocher « Oui » si l'établissement dispose d'un programme annuel de prévention des IAS<sup>12</sup>, validé et approuvé par la direction de l'établissement et la CME, au 31 décembre 2021 ; cocher « Non » dans le cas contraire.

- **Rapport annuel de prévention des IAS (RAPPIAS)**

Cocher « Oui » si l'établissement dispose d'un rapport annuel de prévention des IAS, validé et approuvé par la direction de l'établissement et la CME, au 31 décembre 2021 ; cocher « Non » dans le cas contraire.

<sup>11</sup> Pour plus d'information, consulter les recommandations 2020 du Comité de l'antibiogramme de la société française de microbiologie (SFM-EUCAST) sur le site <https://www.sfm-microbiologie.org>

<sup>12</sup> L'année 2021 est une période charnière en matière de programmation de la prévention des infections associées aux soins. Ainsi, le Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) lancé en 2015 est remplacé par la Stratégie nationale 2022-2025 de Prévention des Infections et de l'Antibiorésistance du ministère des solidarités et de la santé, disponible sur le site : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie\\_nationale\\_2022-2025\\_prevention\\_des\\_infections\\_et\\_de\\_l\\_antibioresistance.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_2022-2025_prevention_des_infections_et_de_l_antibioresistance.pdf)

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

- **Participation à des réseaux de surveillance (Code cf. ci-dessous)**

Cocher la (ou les) case(s) pour le (ou les) réseau(x) de surveillance des IAS ou de la RATB au(x)quel(s) l'établissement ou le groupe d'établissements enquêtés participe parmi ceux proposés, au 31 décembre 2021 (<https://www.preventioninfection.fr>). La participation à d'éventuels programmes de prévention n'est pas couverte par la question.

La participation à quatre réseaux de surveillance mentionnés ci-dessous sont à renseigner :

<b>Variables</b>	<b>Réseaux de surveillance auxquels l'établissement participe</b>
<b>Spicmi</b>	Cocher la case si l'établissement ou le groupe d'établissements participe à la surveillance du risque infectieux en chirurgie et médecine interventionnelle
<b>Spiadi</b>	Cocher la case si l'établissement ou le groupe d'établissements participe à la surveillance des infections associées aux dispositifs Invasifs
<b>Spares</b>	Cocher la case si l'établissement ou le groupe d'établissements participe à la surveillance de l'antibiorésistance en établissement de santé
<b>Autre</b>	Cocher la case si l'établissement ou le groupe d'établissements participe à un (ou plusieurs) réseau(s) de surveillance des IAS ou de la RATB autre(s) que Spicmi, Spiadi ou Spares

Aucune case ne doit être cochée si l'établissement ou le groupe d'établissements ne participe à aucun réseau de surveillances des IAS ou de la RATB.

## 10.2 Le questionnaire patient

Le questionnaire patient complet est disponible en annexe 6 (p.84). Pour son impression nous vous conseillons d'utiliser la version au format .pdf fournie avec le kit d'enquête.

### 10.2.1 Établissement et service

Il est conseillé de préparer à l'avance cette section du questionnaire sur support papier pour chaque service enquêté.

<b>Enquête nationale de prévalence 2022</b> <b>Questionnaire patient</b>				
<b>Etablissement et services</b>				
Finess géographique	<input type="text"/>	Date de l'enquête	<input type="text"/>	
Code du service	<input type="text"/>	Spécialité du service	<input type="text"/>	

- **Finess géographique**

Le code Finess géographique de l'établissement est rappelé par défaut en haut de chaque questionnaire patient afin qu'il n'y ait pas d'ambiguïté sur l'établissement (ou sur l'établissement référent lorsqu'un groupe d'établissements est enquêté) dans lequel le patient est inclus. Ce champ n'est pas modifiable.

- **Date de l'enquête (DATENQ)**

Noter la **date du jour de l'enquête dans le service** dans lequel le patient est pris en charge (format JJ/MM/AAA). La réponse inconnue n'est pas admise.

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

Cette information est pré-remplie par défaut à partir du questionnaire patient, saisie précédemment dans l'application PreVIAS. Elle est modifiable à chaque changement de service.

- **Code du service (CODSERV)**

Noter le code ou le nom du service en usage interne à l'établissement. Ce champ est facultatif et limité à 30 caractères. Ce code est déterminé par le coordonnateur de l'enquête.

Il peut être employé pour distinguer différents services ayant la même spécialité (*cf.* annexe 1 p.57), faciliter la gestion des questionnaires patient (*i.e.* rechercher dans PreVIAS des questionnaires patient sur le code du service) ou réaliser une analyse locale des données.

Cette information est pré-remplie par défaut à partir du questionnaire patient, saisie précédemment dans l'application PreVIAS. Elle est modifiable à chaque changement de service.

- **Spécialité du service (SPECIA)**

Sélectionner dans le menu déroulant le code de la **spécialité du service dans lequel le patient est admis**. La réponse inconnue n'est pas admise.

La liste des codes à utiliser est présentée en annexe 1 (p.57).

Les services ou unités de soins intensifs (USI) ou de surveillance continue (USC) seront associés à la spécialité médicale ou chirurgicale correspondante. Ils ne doivent pas être confondus avec les services ou unités de réanimation, définis par les articles R. 6123-33 et R. 6123-34 du Code de la santé publique<sup>13</sup>. En particulier :

- Les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance.
- Les unités de réanimation :
  - o 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 ;
  - o 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.

*Exemple : une USI de cardiologie est codé comme service de cardiologie médicale (MEDCAR) ou chirurgicale (CHICAR) ;  
une USI de néonatalogie est codé comme un service de néonatalogie (PEDNEO) ;  
une USC polyvalente est codée comme service de médecine générale ou polyvalente (MEDGEN) ;  
un service présentant une activité polyvalente de médecin/chirurgie est codé comme un service de médecine générale ou polyvalente (MEDGEN).*

Cette information est pré-remplie par défaut à partir du questionnaire patient saisie précédemment dans l'application PreVIAS. Elle est modifiable à chaque changement de service.

## 10.2.2 Patient

Cette section renseigne les caractéristiques du patient et de son séjour en termes de caractéristiques sociodémographiques (numéro d'identification du patient, spécialité du service prenant en charge le patient, date d'hospitalisation, sexe, âge, poids pour les nouveau-nés) mais également de caractéristiques médicales (patient opéré depuis son admission, score de gravité de l'état de santé du patient, statut immunitaire et patient atteint ou non d'un cancer évolutif).

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

---

<sup>13</sup> Disponibles sur <http://www.legifrance.gouv.fr>

NOM et Prénom du patient  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

ID patient  
  
Donné par l'application

**Patient**

ID patient  Donné par l'application    Sexe :  F    H    Age (années)     Age (mois)   
si âge <24 mois

Spécialité du patient     Date hospitalisation     Poids de naissance (g)   
si nouveau-né

Chirurgie depuis l'admission :  Non    Oui

Score de McCabe (MC) :    MC0    MC1    MC2    Inconnu

Immunodépression :    Non    Oui    Inconnu

Cancer évolutif :    Non    Tumeur solide    Hémopathie    Inconnu

- **ID patient (IDPATIENT)**

L'identifiant du patient est **généré automatiquement par l'application** PreVIAS. Ce numéro d'identification composite est constitué de la manière suivante : *ES2022-[ID Questionnaire Etablissement]-[n° Questionnaire Patient]*.

L'identifiant du patient permet de garantir l'anonymisation des données. Au moment de la saisie, la personne qui effectue la saisie **reporte sur le questionnaire patient sur support papier**, à la fois dans la section « Patient » et sur la partie à découper (coupon), **la partie de l'identifiant [n° Questionnaire Patient]** correspondant au numéro du questionnaire patient dans l'établissement, de manière à pouvoir retrouver les données si des vérifications étaient nécessaires.

- **Étiquette patient et coupon**

Uniquement disponible pour les questionnaires sur support papier, l'étiquette patient et le coupon permettent d'assurer la confidentialité des informations recueillies dans l'application de saisie numérique PreVIAS. Après avoir reporté l'identifiant du patient donné par l'application PreVIAS (cf. variable « ID patient ») sur le questionnaire sur support papier, il convient de **découper le coupon comportant le nom et prénom du patient et l'identifiant du patient** et de l'archiver séparément du reste du questionnaire. Il sera ainsi facile de retrouver ultérieurement le dossier d'un patient pour lequel des vérifications seraient nécessaires.

Parce que l'identifiant du patient (ID patient) est généré automatiquement par l'application PreVIAS, l'identifiant du patient ne peut être reporté sur le questionnaire patient sur support papier qu'après saisie du questionnaire dans l'application PreVIAS.

Les questionnaires « patient » sur support papier ainsi que les coupons seront détruits lorsque les données auront été définitivement validées, au plus tard le 31 décembre 2022.

- **Spécialité du patient (SPECPA)**

Sélectionner dans le menu déroulant le code de la **spécialité du service prenant en charge le patient**. La réponse inconnue n'est pas admise. La liste des codes est présentée en annexe 1 (p.57).

*Exemple : pour un patient admis en chirurgie orthopédique devant subir une colectomie, il conviendra de coder CHIORT pour la spécialité du service dans lequel le patient est admis (SPECIA) et CHIDIG pour la spécialité du patient (SPECPA).*

Comme pour le codage de la spécialité du service (SPECIA), 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.

Exemple : un patient en USI de cardiologie est codé en cardiologie médicale (MEDCAR) ou chirurgicale (CHICAR) ;  
un patient en USI de néonatalogie est codé en néonatalogie (PEDNEO) ;  
un patient en USC polyvalente est réaffecté dans la spécialité correspondante : pneumologie, neurologie, gastro-entérologie, etc.

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

- **Date d'hospitalisation (ENTRETAB)**

Noter la date d'admission 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).

Cette variable permet de calculer la durée du séjour du patient dans l'établissement jusqu'au jour de l'enquête.

Noter INC si la date d'hospitalisation du patient est inconnue.

- **Sexe (SEXE)**

Cocher la case correspondante au sexe du patient (F - Féminin ou H - Masculin). La réponse inconnue n'est pas admise.

- **Âge (en année) (AGE)**

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

Coder « 0 » s'il s'agit d'un enfant de moins de 1 an et coder « 1 » si l'enfant à 1 an révolu.

Noter « INC » si l'âge du patient est inconnu.

- **Âge (en mois) (AGEMOIS)**

Uniquement pour les enfants de 23 mois ou moins (*i.e.* moins de 2 ans), c'est-à-dire si l'âge en année (AGE) est égal à 0 ou 1, noter l'âge en mois révolus.

Noter « INC » si l'âge du patient est inconnu.

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

- **Poids de naissance des nouveau-nés (en grammes) (PDSNAIS)**

Uniquement pour les enfants de 28 jours ou moins (*i.e.* si l'âge en mois (AGEMOIS) est égale à 0), noter le poids du nouveau-né à la naissance en grammes.

Noter « INC » si le poids du nouveau-né est inconnu.

- **Chirurgie depuis l'admission (INTERV)**

Cocher « **Oui** » si le patient a été opéré (*e.g.* a subi une intervention chirurgicale) depuis son entrée dans l'établissement, « **Non** » dans le cas contraire. La réponse inconnue n'est pas admise.

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

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

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

- les interventions pour pose de voie d'abord vasculaire (voies veineuses centrales, sites implantables) ;
- les actes de radiologie interventionnelle ;
- les poses de pace maker ;
- la mise en place d'une sonde d'entraînement ;
- les actes à visée diagnostique (notamment 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 McCabe (MCCABE)**

Cocher l'une des modalités suivantes correspondant à la valeur du score de McCabe du patient.

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

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

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

Exemples : McCabe correspondant à une maladie rapidement fatale dans l'année (MC2) :

- Cancers hématologiques en phase terminale (sauf transplantation ou récurrence), insuffisance cardiaque sévère (avec LVEF < 25%), cirrhose du foie en phase terminale (sauf transplantation avec ascites récalcitrantes, encéphalopathies ou varices) ;
- Syndrome de défaillance multiviscérale en soins intensifs (APACHE II score > 30, SAPS II score > 70) ;
- Maladie pulmonaire avec cœur pulmonaire.

McCabe correspondant à une maladie fatale dans les 5 ans (MC1) :

- Leucémies chroniques, myélomes, lymphomes, cancers métastatiques, maladie du rein en phase terminale (sans transplantation) ;
- Maladies neurodégénératives (maladie du motoneurone), sclérose en plaques ne répondant pas au traitement ;
- Maladie d'Alzheimer/démence ;
- Diabètes nécessitant une amputation ou post amputation.

McCabe correspondant à une maladie non fatale (ou fatale > 5 ans) (MC0) :

- Diabètes ;
- Carcinome/Cancers hématologiques avec > 80% de survie à 5 ans ;
- Maladies inflammatoires ;
- Maladies chroniques gastro-intestinales ou génito-urinaires ;
- Maladies obstétricales ;
- Infections (incluant HIV, HCV, HBV – sauf si catégories ci-dessus) ;
- Autres maladies.

### • Immunodépression (IMMUNO)

Cocher « **Oui** » si le patient est immunodéprimé, « **Non** » dans le cas contraire « Inconnu » si l'information n'est pas disponible.

La définition de l'immunodépression est la suivante :

- Traitement qui diminue la résistance à l'infection : traitement immunosuppresseur, chimiothérapie, radiothérapie, corticothérapie ≥ 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<sup>3</sup>.

### • Cancer évolutif (CANCER)

Cocher « **Tumeur solide** » ou « **Hémopathie maligne** » selon le type de cancer évolutif dont est atteint le patient au moment de l'enquête.

Cocher « **Non** », si le patient ne présente pas de cancer évolutif ou « Inconnu » si l'information n'est pas disponible.

Un cancer est dit évolutif dans les situations suivantes :

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

## 10.2.3 Dispositif(s) invasif(s) (DI)

Cette section renseigne l'existence d'un dispositif invasif à demeure chez le patient le jour de l'enquête.

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

Dispositif(s) invasif(s)		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Si oui à DI	Sonde urinaire :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
	Intubation :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
	Cathéter(s) : (un ou plusieurs)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Si oui à cathéter(s)	Veineux périphérique :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
	Midline :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
	Artériel :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
	Sous-cutané :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
	Veineux central :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
	Veineux ombilical :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
	PICC :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Chambre implantable :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	

### • Dispositif(s) invasif(s) (DI)

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

Si « **Oui** » est sélectionné, il est obligatoire de documenter au moins un des dispositifs invasifs suivants.

#### • Sonde urinaire (SONDU)

Cocher « **Oui** » si le patient est porteur d'une sonde urinaire **le jour de l'enquête**, « **Non** » dans le cas contraire. La réponse inconnue n'est pas admise si la variable « Dispositif(s) invasif(s) » (DI) est cochée « **Oui** ».

Seuls les sondages urétraux à demeure sont pris en compte. Ne pas retenir les cathéters sus-pubiens, les sondes urétérales, les sondages intermittents qu'il s'agisse d'autosondages ou d'hétérosondages.

*Exemple :* pour les patients sondés dans les 7 derniers jours mais pas le jour de l'enquête, il faut coder « **Non** ». Cependant, l'information sur la présence d'une sonde urinaire mise en place dans les 7 jours précédant une infection urinaire est prise en compte dans la section relative aux infection(s) nosocomiale(s) pour les infections urinaires (URIIN1 et URIIN2) lorsque la variable « Dispositif invasif concerné » (DISO) est codée « **Oui** ».

#### • Intubation (INTUB)

Cocher « **Oui** » si le patient est sous ventilation mécanique (*i.e.* sous assistance respiratoire) par intubation endotrachéale ou trachéotomie **le jour de l'enquête**, et « **Non** » dans le cas contraire. La réponse inconnue n'est pas admise si la variable « Dispositif(s) invasif(s) » (DI) est cochée « **Oui** ».

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

#### • Cathéter (CATHE)

Cocher « **Oui** » si le patient est porteur d'au moins un cathéter à demeure **le jour de l'enquête**, « **Non** » dans le cas contraire. La réponse inconnue n'est pas admise si la variable « Dispositif(s) invasif(s) » (DI) est cochée « **Oui** ».

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

- **Type de cathéter (Code cf. ci-dessous)**

Sélectionner le (ou les) cathéters dont le patient est porteur **le jour de l'enquête**. Si la variable « Cathéter » (CATHE) est cochée « Oui », au moins un type de cathéter doit être sélectionné parmi les suivants :

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

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

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

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

- la molécule de l'anti-infectieux selon la dénomination commune internationale (DCI) ;
- la voie d'administration du traitement anti-infectieux ;
- la date de début de traitement anti-infectieux ;
- le contexte de la prescription ;
- le diagnostic de l'infection ayant motivé le traitement ;
- la justification du traitement dans le dossier médical ;
- le changement de traitement anti-infectieux et la raison de ce changement ;

Note : par rapport à l'ENP 2017, deux questions sont supprimées pour l'ENP 2022 : 1) la dose d'anti-infectieux quotidienne et 2) la date du début du premier traitement anti-infectieux s'il y a eu un changement de traitement.

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

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

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

Traitement(s) anti-infectieux  Non  Oui

Molécule (DCI)	Voie administration	Date début AI	Contexte de prescription	Diagnostic	Justification dossier	Changement d'AI + Raison
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### • Traitement anti-infectieux (AI)

Cocher « **Oui** » si le patient reçoit **au moins un traitement anti-infectieux à usage systémique le jour de l'enquête**, « **Non** » dans le cas contraire. Cela inclut les traitements intermittents comme les traitements avec alternance (*i.e.* traitements intermittents) ou en prophylaxie. La réponse inconnue n'est pas admise.

- **Molécule (ATC)**

Si la variable AI est codée « Oui », sélectionner dans le menu déroulant le libellé de la dénomination commune internationale (DCI) ou la classe ATC du traitement anti-infectieux administré au patient le jour de l'enquête.

Si le patient reçoit au moins un traitement anti-infectieux le jour de l'enquête (*i.e.* si la variable AI est codée « Oui », il est obligatoire de documenter au moins un traitement. Il est possible de documenter jusqu'à 4 traitements.

En prévision de la saisie des données, il est recommandé de noter le libellé de la DCI ou la classe ATC de l'anti-infectieux sur le questionnaire patient sur support papier. La liste des anti-infectieux, par ordre alphabétique de DCI (et noms de marques) et par ordre de classe ATC par famille d'anti-infectieux, figure en annexe 2 (p.58).

Ne sont pas pris en compte :

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

Dans le cas où le patient a reçu plus de 4 traitements le jour de l'enquête, les molécules prioritaires à citer sont :

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

- **Voie d'administration (VOIE)**

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

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

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

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

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

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

Noter « INC » si la date de début du traitement anti-infectieux est inconnue.

- **Contexte de prescription (INDIC)**

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

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

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

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

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

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

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

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

Les traitements différés ne doivent pas être renseignés pour une infection, présente le jour de l'enquête mais non traitée (*i.e.* pas encore) par un anti-infectieux. En d'autres termes, il n'est pas nécessaire de reprendre le questionnaire patient en différé pour compléter la section « Traitement(s) anti-infectieux ».

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

- **Diagnostic (DIAG)**

Pour chaque traitement anti-infectieux curatif pour infection (*i.e.* avec un contexte de prescription codé IC, ICS ou IAS), sélectionner dans le menu déroulant le code du diagnostic de l'infection nosocomiale. Le diagnostic ne doit pas être renseigné s'il s'agit d'un traitement prophylactique (*i.e.* avec un contexte de prescription codé AC1, AC2, AC3, AC4, AM).

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

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

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

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

- **Justification dossier (DOSSIER)**

Pour chaque anti-infectieux, sélectionner « **Oui** » si le motif de prescription de l'anti-infectieux est écrit dans le dossier médical du patient, « **Non** » dans le cas contraire. La réponse inconnue n'est pas admise.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Exemple : Le changement d'anti-infectieux pour le traitement d'une pyélonéphrite avec remplacement du céfotaxime par de l'Amoxicilline est une désescalade.*

*Le changement d'anti-infectieux pour la même indication avec passage d'un traitement par de l'imipénème à un traitement à l'ertapénème correspond à une désescalade.*

*Le remplacement d'un traitement d'anti-infectieux, composé de piperacillin/tazobactam, d'amikacine, de vancomycine et de caspofungine, par un traitement d'ertapénème pour la même indication correspond à une escalade pour la bêta-lactamine et une désescalade pour les 3 autres molécules. Donc, il s'agit globalement d'une désescalade.*

*Un patient est traité par amoxicilline/acide clavulanique pour une pneumonie et recevait auparavant un traitement composé d'amoxicilline/acide clavulanique et de roxithromycine : il s'agit donc d'une désescalade.*

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

*Un patient est traité par céfotaxime pour une bactériémie à Klebsielle. Il recevait précédemment du piperacillin/tazobactam. Le changement de traitement correspond à une désescalade.*

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

*Exemple : le passage d'une voie IV ampicilline/sulbactam à une voie orale amoxicilline/acide clavulanique correspond à un changement de voie d'administration.*

Exemple de cas particuliers :

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

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

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

*Un patient est traité par linézolide pour une infection cutanée à SARM. Il recevait auparavant de la Vancomycine pour la même indication. Ce changement de traitement correspond au*

relais d'un spectre étroit pour un autre spectre étroit. Ce changement de traitement anti-infectieux est classé dans la catégorie "autre".

- Situations ne correspondant pas à un changement de traitements anti-infectieux :  
*Un traitement d'infection à C. difficile par de la vancomycine est administré à un patient. Il lui était prescrit précédemment du céfotaxime pour une pyélonéphrite. Il ne s'agit pas de la même indication, donc il n'y a pas de changement de traitement pour la même indication. Il est nécessaire de saisir une nouvelle molécule d'anti-infectieux dans le questionnaire.*  
*Un patient est traité par du céfixime pour une bactériémie à Klebsielle à porte d'entrée digestive. Il recevait auparavant du céfotaxime. Même si l'indication est discutable (car le céfixime n'est pas indiqué pour traiter une bactériémie à Klebsielle à partir d'entrée digestive), il s'agit d'un changement de voie d'administration (cefixime oral et céfotaxime intraveineux).*

### 10.2.5 Infection(s) nosocomiale(s) (IN)

Cette section consiste à documenter les infections nosocomiales chez le patient. Il est possible de documenter deux infections et trois micro-organismes par infection.

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

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

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

Infection(s) nosocomiale(s) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui																										
	IN 1	IN 2																								
Site de l'infection :	<input type="text"/>	<input type="text"/>																								
Dispositif invasif concerné :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu																								
IN présente à l'admission :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu																								
Diagnostic différé :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui																								
Origine de l'infection :	<input type="text"/>	<input type="text"/>																								
Date des premiers signes :	<input type="text"/>	<input type="text"/>																								
Si bactériémie, origine :	<input type="text"/>	<input type="text"/>																								
Code MO :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>MO1</th> <th>MO2</th> <th>MO3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	MO1	MO2	MO3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>MO1</th> <th>MO2</th> <th>MO3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	MO1	MO2	MO3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
MO1	MO2	MO3																								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																								
MO1	MO2	MO3																								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																								
Sensibilité MO (ATB - SIR) :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>MO1</th> <th>MO2</th> <th>MO3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	MO1	MO2	MO3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>MO1</th> <th>MO2</th> <th>MO3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	MO1	MO2	MO3	<input type="text"/>								
MO1	MO2	MO3																								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																								
MO1	MO2	MO3																								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																								
<i>Au verso, la liste des MO et des résistances à renseigner</i>																										

- **Infection nosocomiale (IN)**

Cocher « **Oui** » si le patient présente une ou plusieurs infections nosocomiales **le jour de l'enquête**, « **Non** » dans le cas contraire. La réponse inconnue n'est pas admise.

Contractée dans un établissement de santé, une infection associée aux soins est une infection nosocomiale (IN). La définition de l'IN retenue pour l'enquête nationale de prévalence 2022 est celle des recommandations « Surveiller et prévenir les infections associées aux soins<sup>14</sup> : une infection est associée aux soins si elle survient au cours ou au décours de la 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 cette prise en charge.

Lorsque la situation précise à l'admission n'est pas connue, un **délai d'au moins 48 heures après l'admission** (ou un délai supérieur à la période d'incubation lorsque celle-ci est connue) est communément accepté pour distinguer une infection nosocomiale d'une infection communautaire. Toutefois, il est recommandé d'apprécier, dans chaque cas douteux, la plausibilité du lien causal entre l'hospitalisation dans l'établissement et l'infection.

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

Les définitions de chaque **site anatomique de l'infection**, cohérentes avec celles du protocole européen, sont disponibles en annexe 3 (p.63).

**Seules les IN actives le jour de l'enquête sont retenues.** Il s'agit des IN dont les signes/symptômes de l'infection sont présents le jour de l'enquête ou dont le traitement anti-infectieux par voie générale n'est pas encore instauré ou toujours en cours le jour de l'enquête. 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 (cf. § 7.3 p.14).

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

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 est affectée au service dans lequel le patient est présent le jour de l'enquête.

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

---

<sup>14</sup> disponible sur le site [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

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

Les IN actives le jour de l'enquête, acquises dans un autre établissement que celui où se déroule l'enquête sont également recueillies.

Ainsi, une IN active à l'admission (ou se déclarant dans les 48 premières heures du séjour<sup>15</sup>) ou se déclarant dans les 30 jours suivants une intervention chirurgicale (ou dans l'année pour toute pose de matériel prothétique) d'un patient transféré d'un autre établissement de santé sera considérée comme acquise dans un autre établissement. Le questionnaire patient permet de distinguer ces IN actives le jour de l'enquête selon qu'elles ont été acquises dans un autre ES de court séjour, ou autre que court séjour (psychiatrie, SMR/SSR, SLD, HAD) ou dans un Ehpad.

- **Site de l'infection (SIEG)**

Si la variable IN est codée « Oui », une infection au moins doit être documentée. Il est possible de documenter jusqu'à 2 IN par patient.

Sélectionner dans le menu déroulant le code correspondant au site anatomique de l'infection identifiée. Le menu déroulant présente le code suivi du libellé du site de l'infection.

La liste des sites anatomiques des infections est présentée dans le tableau ci-dessous. Les codages et les définitions pour le diagnostic de chaque site anatomique d'infection sont disponibles en annexe 3 (p.63).

Localisation	Code	Libellé
Infection urinaire	<b>URIIN1</b>	Infection urinaire cas 1 - confirmée microbiologiquement
	<b>URIIN2</b>	Infection urinaire cas 2 - sans confirmation microbiologique
Pneumonie	<b>RSPPN1</b>	Pneumonie cas 1 - clinique + examen bactériologique protégé avec numération de micro-organismes
	<b>RSPPN2</b>	Pneumonie cas 2 - clinique + examen bactériologique non protégé avec numération de micro-organismes
	<b>RSPPN3</b>	Pneumonie cas 3 - diagnostic clinique + Méthodes microbiologiques alternatives (sérologie)
	<b>RSPPN4</b>	Pneumonie cas 4 - clinique + bactériologie des crachats ou examen non quantitatif des sécrétions bronchiques
	<b>RSPPN5</b>	Pneumonie cas 5 - clinique + aucun critère microbiologique
	<b>RSPPNG</b>	Pneumonie chez un patient de gériatrie hors court séjour
Bactériémie (hors bactériémies sur cathéter et néonatalogie)	<b>SANBAC</b>	Bactériémie (confirmée en laboratoire)
Infection du site opératoire	<b>ISOSUP</b>	Infection du site opératoire - infection de la partie superficielle de l'incision
	<b>ISOPRF</b>	Infection du site opératoire - infection de la partie profonde de l'incision
	<b>ISOORG</b>	Infection du site opératoire - infection de l'organe ou de l'espace concerné par le site opératoire
Infections à COVID-19	<b>COVASY</b>	Infection asymptomatique
	<b>COVLAM</b>	Symptômes légers à modérés : signes et/ou symptômes compatibles avec la COVID-19 sans traitement par oxygénothérapie et avec une SpO2 ≥ 92% ou inconnue
	<b>COVSEV</b>	Symptômes sévères : si traitement par oxygénothérapie chez le patient présentant un essoufflement dû à la COVID-19 et/ou une hypoxémie avec une SpO2 < 92%
	<b>COVINC</b>	La sévérité de l'infection est inconnue
	<b>RSPHA1</b>	Bronchite, trachéobronchite, bronchiolite, trachéite

<sup>15</sup> Délai à relativiser selon la période d'incubation de l'agent infectieux.

Localisation	Code	Libellé
Infection respiratoire autre que pneumonie	<b>RSPHA2</b>	Bronchite, trachéo-bronchite, bronchiolite, trachéite chez un patient de gériatrie hors court séjour
	<b>RSPAUT</b>	Autre infection des voies respiratoires basses
Infection peau et tissus mous	<b>PEAMAS</b>	Abcès du sein ou mastite
	<b>PEABRU</b>	Infection de brûlure
	<b>PEAESC</b>	Infection d'escarre
	<b>PEACUT</b>	Infection cutanée
	<b>PEAMOU</b>	Infections des tissus mous
Infection du tractus gastro-intestinal	<b>GASENT</b>	Gastro-entérite (hors ICD)
	<b>GASAUT</b>	Autre Infection gastro-intestinale
	<b>GASHEP</b>	Hépatite virale
	<b>GASABD</b>	Infection intra-abdominale, non spécifiée ailleurs
	<b>GASICD</b>	Infection à <i>Clostridioides difficile</i>
Infection ORL / stomatologique	<b>ORLPHA</b>	Pharyngite, laryngite, épiglottite
	<b>ORLMAS</b>	Otite, mastoïdite
	<b>ORLSIN</b>	Sinusite
	<b>ORLBUC</b>	Infection de la cavité buccale
Infection ophtalmologique	<b>OPHCON</b>	Conjonctivite
	<b>OPHSAI</b>	Infection ophtalmique autre que conjonctivite
Infection génitale	<b>GENEND</b>	Endométrite
	<b>GENAUT</b>	Autres infections de l'appareil génital masculin ou féminin
	<b>GENVAG</b>	Infection vaginale
	<b>GENEPI</b>	Infection sur épisiotomie
Infection des os et articulations	<b>OSAOST</b>	Ostéomyélite
	<b>OSASPO</b>	Spondylodiscite
	<b>OSAART</b>	Arthrite ou synovite septique
Infection du système nerveux central	<b>SNCPAR</b>	Infection du parenchyme cérébral
	<b>SNCMEN</b>	Méningite ou ventriculite
	<b>SNCMED</b>	Infection péri-médullaire
Infection système cardio- vasculaire	<b>CVAMYO</b>	Myocardite ou péricardite
	<b>CVAEND</b>	Endocardite
	<b>CVAMED</b>	Médiastinite
	<b>CVAVAS</b>	Infection artérielle ou veineuse
Infection sur cathéter	<b>KTCLOC</b>	Infection locale liée à un cathéter central - en l'absence d'hémocultures positives
	<b>KTCGEN</b>	Infection générale liée à un cathéter central - en l'absence d'hémocultures positives
	<b>KTCBAC</b>	Infection bactériémique sur cathéter central microbiologiquement confirmée
	<b>KTPLOC</b>	Infection locale cathéter périphérique - en l'absence d'hémocultures positives
	<b>KTPGEN</b>	Infection générale cathéter périphérique - en l'absence d'hémocultures positives
	<b>KTPBAC</b>	Infection bactériémique sur cathéter périphérique microbiologiquement confirmée
Infection systémique Sepsis clinique	<b>SYSTEM</b>	Infection systémique
	<b>SEPSIS</b>	Sepsis clinique chez les adultes et les enfants
Infection néonatale	<b>NNSEPS</b>	Sepsis clinique du nouveau-né
	<b>NNBAC1</b>	Bactériémie du nouveau-né confirmée bactériologiquement
	<b>NNBAC2</b>	Bactériémie du nouveau-né à staphylocoque à coagulase négative
	<b>NNPNEU</b>	Pneumonie du nouveau-né
	<b>NNENTN</b>	Entérocolite nécrosante

- **Dispositif invasif concerné (DISO)**

Cette variable s'applique uniquement pour les patients présentant une localisation de l'infection correspondant à une pneumonie (Code RSPPN1 à 5), une bactériémie (Code SANBAC, NNBAC1 et NNBAC 2) ou une infection urinaire (Code URIIN1 et URIIN2). La question est grisée et ne doit pas être complétée dans le cas contraire.

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.

Cocher « **Oui** » dans les situations suivantes :

Site de l'infection	Dispositif invasif
Infection urinaire <sup>1</sup> (URIIN1 à 2)	<u>ET</u> Sonde urinaire en place 1 dans les 7 jours précédant l'infection
Pneumonie <sup>2</sup> (RSPPN1 à 5)	<u>ET</u> Intubation dans les 48H précédant l'infection
Bactériémies <sup>3</sup> (SANBAC, NNBAC1 et 2)	<u>ET</u> Cathéter veineux central ou périphérique en place dans les 48H précédant l'infection

<sup>1</sup> Tous les sondages urétraux à demeure ou itératifs dans les 7 jours précédant l'infection doivent être déclarés sont pris en compte.

<sup>2</sup> Ne concerne pas les pneumonies chez un patient de gériatrie hors court séjour (Code PSPPNG).

<sup>3</sup> Ne concerne pas les infections bactériémiques sur cathéter central ou périphérique identifiées comme telles (Code KTCBAC et KTPBAC).

Cocher « **Non** » dans le cas contraire, et « Inconnu » si la présence d'un dispositif invasif n'est pas renseignée.

- **IN présente à l'admission (ADM)**

Cocher « **Oui** », si les signes/symptômes de l'IN étaient présents lors de l'admission, « **Non** » dans le cas contraire. Cocher « Inconnu » si l'information sur la présence de l'infection à l'admission est inconnue.

- **Origine de l'infection (ORIG)**

Sélectionner dans le menu déroulant l'origine de l'IN. Les infections présentes à l'admission doivent être associées à un séjour précédant dans l'établissement de santé enquêté, ou être transférées d'un autre établissement.

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

- **Date des premiers signes (DATDIAG)**

Noter la date du début de l'infection au format JJ/MM/AAAA correspondant par ordre de priorité à 1) la date des premiers signes ou symptômes de l'infection, 2) la date du diagnostic par le médecin traitant, 3) la date de début du traitement, 4) la date du premier prélèvement positif, 5) la date estimée de début de l'infection si aucune des situations précédentes n'est disponible.

Noter « **INC** » si la date des premiers signes n'est pas connue. La réponse « **INC** » n'est pas admise dans le cas où l'infection est acquise dans l'ES de santé au cours de ce séjour (*i.e.* si la variable ORIG = ES).

### • Origine des bactériémies (BACT)

Cette variable s'applique uniquement aux bactériémies codées SANBAC. Ne sont pas concernées, les bactériémies du nouveau-né (NNBAC 1 et 2) et les infections bactériémiques confirmées sur cathéter central (KTCBAC) ou périphérique (KTPBAC) (cf. logigramme p.77).

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

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

### • Micro-organisme(s) (MORG)

Sélectionner dans le menu déroulant le code du (ou des) micro-organisme(s) identifié(s). La liste des codes des micro-organismes est disponible en annexe 4 (p.80).

Il est obligatoire de documenter ce champ si un site infectieux est documenté (*i.e.* si la variable SIEG est renseignée par un site anatomique d'infection). Il est possible de documenter jusqu'à 3 micro-organismes par infection.

Si aucun prélèvement n'a été réalisé, sélectionner dans le menu déroulant le code « **NONEFF - Culture non effectuée** ».

Si un prélèvement a été réalisé et mis en culture, mais est revenu stérile, sélectionner le code « **EXASTE – Examen stérile** ».

Si un prélèvement a été réalisé et est positif, mais que l'identification n'est pas retrouvée, sélectionner le code « **NONIDE - Non identifié** ».

### • Sensibilité (SENS)

Si le patient est infecté par au moins un micro-organisme (MO) dont la sensibilité est à renseigner, sélectionner dans le menu déroulant le code de sensibilité à l'anti-infectieux (ou aux anti-infectieux) du (ou des) MO identifié(s).

La liste des MO dont la sensibilité est à renseigner est indiquée par un « S » en annexe 4 (p.80).

La sensibilité d'un MO est codée pour chaque ATB testé indépendamment les uns des autres (cf. tableau ci-dessous).

Pour coder la sensibilité des micro-organismes, deux cas de figure :

- si la version du CA-SFM utilisée par le laboratoire microbiologique est antérieure à 2020 : coder « S - sensible », « I - intermédiaire » et « R - résistant » tel que cela est indiqué dans le fichier du patient.
- si la version du CA-SFM utilisée date de 2020 ou est postérieure à 2020, les souches sensibles à forte exposition à l'antibiotique (SFE) ou sensibles à forte posologie (SFP) sont à recoder en « S - sensibles ». Les autres indications de sensibilité « S - sensible », « I - intermédiaire » et « R - résistant » sont à rapporter telles quelles.

Micro-organisme	Antibiotique testé	Résistance				
<i>Staphylococcus aureus</i>	Oxacilline (OXA) <sup>1</sup>	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant		INC - Inconnue
	Glycopeptides (GLY) <sup>2</sup>	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant		INC - Inconnue
<i>Enterococcus faecium</i> <i>Enterococcus faecalis</i>	Glycopeptides (GLY) <sup>2</sup>	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant		INC - Inconnue
Entérobactéries <sup>7</sup>	Céphalosporines de troisième génération (C3G) <sup>3</sup>	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant <sup>8</sup>		INC - Inconnue
	Production de β-lactamase à spectre étendu (BLSE) <sup>4</sup>			Non BLSE	BLSE	INC – Inconnue
	Carbapénèmes (CAR) <sup>5</sup>	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant <sup>8</sup>		INC - Inconnue
	Production de carbapénémase (EPC) <sup>6</sup>			Non	Oui	INC – Inconnue
<i>Acinetobacter</i> spp.	Ceftazidime (CAZ)	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant		INC - Inconnue
<i>Pseudomonas</i> spp.	Carbapénèmes (CAR)	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant		INC - Inconnue

<sup>1</sup> une souche de *Staphylococcus aureus* est résistante à la métililine (SARM) si elle est résistante à l'oxacilline (OXA-R) et sensible à la métililine (SASM) si elle est sensible à l'oxacilline (OXA-S).

<sup>2</sup> une souche de *S. aureus*, d'*Enterococcus faecium* ou *E. faecalis* est résistante aux glycopeptides (GLY-R) si la souche est résistante à la vancomycine ou à la téicoplanine.

<sup>3</sup> une souche d'entérobactéries est résistante aux C3G (C3G-R) si la souche est résistante à au moins l'une des C3G suivantes : la céfotaxime ou la ceftriaxone.

<sup>4</sup> Pour les souches résistantes aux C3G uniquement, renseigner si la souche est résistante par production de BLSE (code « BLSE ») si cela est mentionné dans le compte-rendu du laboratoire.

<sup>5</sup> une souche d'entérobactéries est résistante aux carbapénèmes (CAR-R) si la souche est résistante à au moins l'une des carbapénèmes suivant : l'imipénème, le méropénème ou le doripénème.

<sup>6</sup> pour les souches d'entérobactéries résistantes aux carbapénèmes uniquement, renseigner si la souche est résistante par production de carbapénémase (code « Oui ») si cela est mentionné dans le compte-rendu du laboratoire.

<sup>7</sup> les espèces d'entérobactéries pour lesquelles la sensibilité est à renseigner sont indiquées par la lettre « S » en annexe 4.

<sup>8</sup> les souches d'entérocoques résistantes au glycopeptides et d'entérobactéries résistantes aux carbapénèmes sont à envoyer au Centre national référence (CNR) de la résistance aux antibiotiques (<https://www.cnr-resistance-antibiotiques.fr/>).

**Note :** par rapport à l'ENP 2017, outre les différences dans le codage de la sensibilité aux ATB, la sensibilité de *Stenotrophomonas maltophilia* n'est plus recueillie dans l'ENP 2022. De même, la sensibilité des Entérocoques (*E. faecium* et *E. faecalis*) à l'ampicilline n'est plus recueillie dans l'ENP 2022.

### • Diagnostic différé (DIAGDIF)

Cocher « **Oui** » si la prise en compte de résultats d'examen paracliniques (microbiologie, imagerie, etc.) disponibles seulement après le passage de l'enquêteur a été nécessaire pour inclure cette infection, « **Non** » dans le cas contraire. Si un site infectieux est documenté (*i.e.* si la variable SIEG est renseignée par un site anatomique d'infection), la réponse inconnue n'est pas admise.

## Annexe 1 / Liste des spécialités de service

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

<sup>1</sup> à l'exception des transplantations de moelle osseuse à coder en hématologie [MEDHEM]

## Annexe 2 / Liste des anti-infectieux

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

### Liste alphabétique des DCI et noms commerciaux

Libellé DCI / non commercial	Code ATC	Libellé DCI / non commercial	Code ATC
ABBOTICINE	J01FA01	CEFAMANDOLE	J01DC03
ABELCET	J02AA01	CEFAZOLINE	J01DB04
ACIDE FUSIDIQUE	J01XC01	CEFEPIME	J01DE01
ADIAZINE	J01EC02	CEFIDEROCOL	J01DI04
ALFATIL	J01DC04	CEFIXIME	J01DD08
AMBISOME	J02AA01	CEFOTAXIME	J01DD01
AMIKACINE	J01GB06	CEFOTIAM	J01DC07
AMIKLIN	J01GB06	CEFOXITINE	J01DC01
AMODEX	J01CA04	CEFPODOXIME	J01DD13
AMOXICILLINE	J01CA04	CEFTAROLINE	J01DI02
AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	J01CR02	CEFTAZIDIME	J01DD02
AMPHOTERICINE B	J02AA01	CEFTAZIDIME / AVIBACTAM	J01DD52
AMPICILLINE	J01CA01	CEFTOBIPROLE	J01DI01
AMPICILLINE / SULBACTAM	J01CR01	CEFTOLOZANE / TAZOBACTAM	J01DI54
ANCOTIL	J02AX01	CEFTRIAZONE	J01DD04
ANIDULAFUNGINE	J02AX06	CEFUROXIME	J01DC02
ANSATIPINE	J04AB04	CIBLOR	J01CR02
APURONE	J01MB07	CIFLOX	J01MA02
AUGMENTIN	J01CR02	CIPROFLOXACINE	J01MA02
AXEPIM	J01DE01	CLAFORAN	J01DD01
AZACTAM	J01DF01	CLAMOXYL	J01CA04
AZADOSE	J01FA10	CLARAMID	J01FA06
AZITHROMYCINE	J01FA10	CLARITHROMYCINE	J01FA09
AZTREONAM	J01DF01	CLAVENTIN	J01CR03
BACTOX	J01CA04	CLINDAMYCINE	J01FF01
BACTRIM	J01EE01	CLOFAZIMINE	J04BA01
BEAGYNE	J02AC01	CLOXACILLINE	J01CF02
BENZATHINE BENZYL PENICILLINE	J01CE08	COLIMYCINE	J01XB01
BENZYL PENICILLINE	J01CE01	COLISTINE	J01XB01
BRISTAMOX	J01CA04	COTRIMOXAZOLE	J01EE01
BRISTOPEN	J01CF04	CRESEMBA	J02AC05
CANCIDAS	J02AX04	DALACINE	J01FF01
CASPOFUNGIN	J02AX04	DALBAVANCINE	J01XA04
CEFACET	J01DB01	DAPTOMYCINE	J01XX09
CEFACLOR	J01DC04	DECALOGIFLOX	J01MA07
CEFADROXIL	J01DB05	DEXAMBUTOL	J04AK02
CEFALEXINE	J01DB01	DIFICLIR	A07AA12
CEFALOTINE	J01DB03	DOXY 100	J01AA02
		DOXY 50	J01AA02

Libellé DCI / non commercial	Code ATC	Libellé DCI / non commercial	Code ATC
DOXYCYCLINE	J01AA02	LAMPRENE	J04BA01
DOXYLIS	J01AA02	LEVOFLOXACINE	J01MA12
DOXYPALU	J01AA02	LINCOCINE	J01FF02
ECALTA	J02AX06	LINCOMYCINE	J01FF02
EGERY	J01FA01	LINEZOLIDE	J01XX08
ENOXACINE	J01MA04	LOGIFLOX	J01MA07
ENOXOR	J01MA04	LOMEFLOXACINE	J01MA07
ERTAPENEM	J01DH03	LYMECYCLINE	J01AA04
ERY	J01FA01	MABELIO	J01DI01
ERYTHROMYCINE	J01FA01	MERONEM	J01DH02
ERYTHROGRAM	J01FA01	MEROPENEM	J01DH02
ETHAMBUTOL	J04AK02	MEROPENEME / VABORBACTAM	J01DH52
EUSAPRIM	J01EE01	MESTACINE	J01AA08
EXTENCILLINE	J01CE08	METRONIDAZOLE	J01XD01
FIDAXOMICINE	A07AA12	METRONIDAZOLE / SPIRAMYCINE	J01RA04
FLAGYL	J01XD01	MICAFUNGINE	J02AX05
FLUCONAZOLE	J02AC01	MICRODOINE	J01XE01
FLUCYTOSINE	J02AX01	MIDECAMYCINE	J01FA03
FLUMEQUINE	J01MB07	MINOCYCLINE	J01AA08
FORTUM	J01DD02	MONOFLOCET	J01MA01
FORTUMSET	J01DD02	MONONAXY	J01FA09
FOSFOCINE	J01XX01	MONOZECLAR	J01FA09
FOSFOMYCINE	J01XX01	MONURIL	J01XX01
FUCIDINE	J01XC01	MOSIL	J01FA03
FUNGIZONE	J02AA01	MOXIFLOXACINE	J01MA14
FURADANTINE	J01XE01	MYAMBUTOL	J04AK02
FURADOINE	J01XE01	MYCAMINE	J02AX05
GENTALLINE	J01GB03	MYNOCINE	J01AA08
GENTAMICINE	J01GB03	NAXY	J01FA09
GRANUDOXY	J01AA02	NEBCINE	J01GB01
GRISEFULINE	D01BA01	NEGABAN	J01CA17
GRISEOFULVINE	D01BA01	NITROFURANTOINE	J01XE01
HAXIFAL	J01DC04	NORFLOXACINE	J01MA06
IMIPENEME / CILASTATINE	J01DH51	NOROXINE	J01MA06
IMIPENEME / CILASTATINE/ RELEBACTAM	J01DH56	NOXAFIL	J02AC04
INVANZ	J01DH03	OFLOCET	J01MA01
ISAVUCONAZOLE	J02AC05	OFLOXACINE	J01MA01
ISONIAZIDE	J04AC01	ORACEFAL	J01DB05
ITRACONAZOLE	J02AC02	ORACILLINE	J01CE02
IZILOX	J01MA14	ORBENINE	J01CF02
JOSACINE	J01FA07	ORELOX	J01DD13
JOSAMYCINE	J01FA07	ORNIDAZOLE	J01XD03
KEFORAL	J01DB01	OROKEN	J01DD08
KETEK	J01FA15	OXACILLINE	J01CF04
LAMISIL	D01BA02	PEDIAZOLE	J01RA02

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

## Liste alphabétique des codes ATC par famille d'anti-infectieux

<b>Libellé DCI et famille d'ATB</b>	<b>Code ATC</b>	<b>Libellé DCI et famille d'ATB</b>	<b>Code ATC</b>
<u>Antibiotiques intestinaux</u>	A07AA	<u>Céphalosporine de 2e génération (C2G)</u>	J01DC
FIDAXOMICINE	A07AA12	CEFOXITINE	J01DC01
<u>Antifongiques à usage systémique</u>	D01BA	CEFUROXIME	J01DC02
GRISEOFULVINE	D01BA01	CEFAMANDOLE	J01DC03
TERBINAFINE	D01BA02	CEFACTOR	J01DC04
<u>Tétracyclines</u>	J01AA	CEFOTIAM	J01DC07
DOXYCYCLINE	J01AA02	<u>Céphalosporine de 3e génération (C3G)</u>	J01DD
LYMECYCLINE	J01AA04	CEFOTAXIME	J01DD01
TETRACYCLINE	J01AA07	CEFTAZIDIME	J01DD02
MINOCYCLINE	J01AA08	CEFTRIAZONE	J01DD04
TIGECYCLINE	J01AA12	CEFIXIME	J01DD08
ERAVACYCLINE	J01AA13	CEFPODOXIME	J01DD13
<u>Phénicoles</u>	J01BA	CEFTAZIDIME / AVIBACTAM	J01DD52
THIAMPHENICOL	J01BA02	<u>Céphalosporine de 4e génération (C4G)</u>	J01DE
<u>Bétalactamines : Pénicillines</u>	J01C	CEFEPIME	J01DE01
<u>Bétalactamines à large spectre</u>	J01CA	<u>Monobactames</u>	J01DF
AMPICILLINE	J01CA01	AZTREONAM	J01DF01
AMOXICILLINE	J01CA04	<u>Carbapénèmes</u>	J01DH
PIVMCILLINAM	J01CA08	MEROPENEM	J01DH02
PIPERACILLINE	J01CA12	ERTAPENEM	J01DH03
TICARCILLINE	J01CA13	IMIPENEM / CILASTATINE	J01DH51
TEMOCILLINE	J01CA17	MEROPENEM / VABORBACTAM	J01DH52
<u>Pénicillines sensibles aux bétalactamases</u>	J01CE	IMIPENEM / CILASTATINE / RELEBACTAM	J01DH56
BENZYL PENICILLINE	J01CE01	<u>Autres Céphalosporines et pénèmes</u>	J01DI
PHENOXYMETHYLPENICILLINE	J01CE02	CEFTOBIPROLE	J01DI01
BENZATHINE / BENZYL PENICILLINE	J01CE08	CEFTAROLINE	J01DI02
<u>Pénicillines résistants aux bétalactamases</u>	J01CF	CEFIDEROCOL	J01DI04
CLOXACILLINE	J01CF02	CEFTOLOZANE / TAZOBACTAM	J01DI54
OXACILLINE	J01CF04	<u>Sulfamides</u>	J01E
<u>Associations pénicillines + inhibiteurs de bétalactamases</u>	J01CR	TRIMETHOPRIME	J01EA01
AMPICILLINE / SULBACTAM	J01CR01	SULFADIAZINE	J01EC02
AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	J01CR02	SULFAMETHOXAZOLE / TRIMETHOPRIME	J01EE01
TICARCILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	J01CR03	<u>Macrolides et apparentés</u>	J01F
PIPERACILLINE / TAZOBACTAM	J01CR05	ERYTHROMYCINE	J01FA01
<u>Autres bétalactamines</u>	J01D	SPIRAMYCINE	J01FA02
<u>Céphalosporine de 1ère génération (C1G)</u>	J01DB	MIDECAMYCINE	J01FA03
CEFALEXINE	J01DB01	ROXITHROMYCINE	J01FA06
CEFALOTINE	J01DB03	JOSAMYCINE	J01FA07
CEFAZOLINE	J01DB04	CLARITHROMYCINE	J01FA09
CEFADROXIL	J01DB05	AZITHROMYCINE	J01FA10
		TELITHROMYCINE	J01FA15
		CLINDAMYCINE	J01FF01
		LINCOMYCINE	J01FF02
		PRISTINAMYCINE	J01FG01

<b>Libellé DCI et famille d'ATB</b>	<b>Code ATC</b>
<u>Aminosides</u>	J01G
STREPTOMYCINE	J01GA01
TOBRAMYCINE	J01GB01
GENTAMICINE	J01GB03
AMIKACINE	J01GB06
<u>Quinolones antibactériens</u>	J01M
<u>Fluoroquinolones</u>	J01MA
OFLOXACINE	J01MA01
CIPROFLOXACINE	J01MA02
PEFLOXACINE	J01MA03
ENOXACINE	J01MA04
NORFLOXACINE	J01MA06
LOMEFLOXACINE	J01MA07
LEVOFLOXACINE	J01MA12
MOXIFLOXACINE	J01MA14
DELAFLOXACINE	J01MA23
<u>Autres Quinolones</u>	J01MB
FLUMEQUINE	J01MB07
<u>Associations d'antibactériens</u>	J01RA
SULFARAZOL / ERYTHROMYCINE	J01RA02
METRONIDAZOLE / SPIRAMYCINE	J01RA04
<u>Autres antibactériens</u>	J01X
<u>Glycopeptides</u>	J01XA
VANCOMYCINE	J01XA01
TEICOPLANINE	J01XA02
DALBAVANCINE	J01XA04
<u>Polymyxines</u>	J01XB
COLISTINE	J01XB01
<u>Antibactériens stéroïdiens</u>	J01XC
ACIDE FUSIDIQUE	J01XC01
<u>Imidazolés</u>	J01XD
METRONIDAZOLE (parenteral)	J01XD01
TINIDAZOLE (parenteral)	J01XD02
ORNIDAZOLE (parenteral)	J01XD03
<u>Dérivés du nitrofuranes</u>	J01XE
NITROFURANTOÏNE	J01XE01
<u>Autres antibactériens</u>	J01XX
FOSFOMYCINE	J01XX01
LINEZOLIDE	J01XX08
DAPTOMYCINE	J01XX09
TEDIZOLIDE	J01XX11

<b>Libellé DCI et famille d'ATB</b>	<b>Code ATC</b>
<u>Antimycosiques à usage systémique</u>	J02A
AMPHOTERICINE B	J02AA01
FLUCONAZOLE	J02AC01
ITRACONAZOLE	J02AC02
VORICONAZOLE	J02AC03
POSACONAZOLE	J02AC04
ISAVUCONAZOLE	J02AC05
FLUCYTOSINE	J02AX01
CASPOFUNGINE	J02AX04
MICAFUNGINE	J02AX05
ANIDULAFUNGINE	J02AX06
<u>Antituberculeux</u>	J04A
CYCLOSERINE	J04AB01
RIFAMPICINE	J04AB02
RIFABUTINE	J04AB04
ISONIAZIDE	J04AC01
ETHIONAMIDE	J04AD03
PYRAZINAMIDE	J04AK01
ETHAMBUTOL	J04AK02
RIFAMPICINE / ISONIAZIDE	J04AM02
RIFAMPICINE / ISONIAZIDE / PYRAZINAMIDE	J04AM05
<u>Traitement contre la lèpre</u>	J04B
CLOFAZIMINE	J04BA01
<u>Médicaments contre l'amibiase et autre protozoaires</u>	P01A
METRONIDAZOLE (oral, rectal)	P01AB01
TINIDAZOLE (oral, rectal)	P01AB02
ORNIDAZOLE (oral)	P01AB03

## Annexe 3 / Définition des infections nosocomiales

<b>INFECTIONS URINAIRES / BACTÉRIURIÉS SYMPTOMATIQUES</b> .....	<b>65</b>
Infection urinaire confirmée microbiologiquement	[URIIN1] ..... 65
Infection urinaire sans confirmation microbiologique	[URIIN2] ..... 65
<b>PNEUMONIES INFECTIEUSES</b> .....	<b>65</b>
Pneumonie cas 1	[RSPPN1]..... 65
Pneumonie cas 2	[RSPPN2]..... 65
Pneumonie cas 3	[RSPPN3]..... 66
Pneumonie cas 4	[RSPPN4]..... 66
Pneumonie cas 5	[RSPPN5]..... 66
Pneumonie chez un patient de gériatrie hors court séjour	[RSPPNG]..... 66
<b>INFECTION DU SITE OPÉRATOIRE</b> .....	<b>66</b>
Infection de la partie superficielle de l'incision	[ISOSUP] ..... 66
Infection de la partie profonde de l'incision	[ISOPRF]..... 66
Infection de l'organe ou de l'espace concerné par le site opératoire	[ISOORG]..... 67
<b>INFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES (HORS PNEUMONIE)</b> .....	<b>67</b>
Bronchite, trachéo-bronchite, bronchiolite, trachéite	[RSPHA1]..... 67
Bronchite, trachéo-bronchite, bronchiolite, trachéite chez un patient de gériatrie hors court séjour	[RSPHA2]..... 67
Autres infections des voies respiratoires (hors pneumonie)	[RSPAUT] ..... 67
<b>COVID-19 NOSOCOMIAUX</b> .....	<b>67</b>
Infection asymptomatique	[COVASY] ..... 68
Symptômes légers à modérés	[COVLAM]..... 68
Symptômes sévères	[COVSEV] ..... 68
Sévérité inconnue	[COVINC]..... 68
<b>PEAU ET TISSUS MOUS</b> .....	<b>68</b>
Infection cutanée	[PEACUT] ..... 68
Infection des tissus mous	[PEAMOU] ..... 69
Infection d'escarre	[PEAESC] ..... 69
Infection de brûlure	[PEABRU] ..... 69
Abcès du sein ou mastite	[PEAMAS] ..... 69
<b>TRACTUS GASTRO-INTESTINAL</b> .....	<b>70</b>
Gastro-entérite	[GASENT] ..... 70
Hépatite virale	[GASHEP] ..... 70
Infection gastro-intestinale	[GASAUT] ..... 70
Infection intra-abdominale	[GASABD] ..... 70
Infection à Clostridium difficile	[GASICD] ..... 70
<b>ORL, STOMATOLOGIE</b> .....	<b>71</b>
Pharyngite, laryngite, épiglottite	[ORLPHA] ..... 71
Otite, mastoïdite	[ORLMAS]..... 71
Sinusite	[ORLSIN]..... 71
Infection de la cavité buccale	[ORLBUC] ..... 71

<b>INFECTIONS OPHTALMOLOGIQUES .....</b>	<b>72</b>
Conjonctivite	[OPHCON] ..... 72
Autres infections de l'œil	[OPHSAI] ..... 72
<b>INFECTIONS GÉNITALES .....</b>	<b>72</b>
Endométrite	[GENEND] ..... 72
Infection sur épisiotomie	[GENEPI] ..... 72
Infection vaginale	[GENVAG] ..... 72
Autres infections de l'appareil génital masculin ou féminin	[GENAUT] ..... 72
<b>OS ET ARTICULATIONS .....</b>	<b>73</b>
Ostéomyélite	[OSAOST] ..... 73
Arthrite ou synovite septique	[OSAART] ..... 73
Spondylodiscite d'origine infectieuse	[OSASPO] ..... 73
<b>SYSTÈME NERVEUX CENTRAL .....</b>	<b>73</b>
Infection du parenchyme cérébral	[SNCPAR] ..... 73
Méningite ou infection ventriculaire	[SNCMEN] ..... 74
Infection péri-médullaire	[SNCMED] ..... 74
<b>SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE .....</b>	<b>74</b>
Endocardite	[CVAEND] ..... 74
Infections artérielles et veineuses	[CVAVAS] ..... 75
Myocardite, péricardite	[CVAMYO] ..... 75
Médiastinite	[CVAMED] ..... 75
<b>BACTÉRIÉMIE .....</b>	<b>75</b>
Bactériémie	[SANBAC] ..... 75
<b>INFECTIONS LIÉES AUX CATHÉTERS (ILC) .....</b>	<b>76</b>
Infection locale liée à un cathéter veineux central	[KTCLOC] ..... 76
Infection générale liée à un cathéter veineux central en l'absence d'hémoculture positive	[KTCGEN] ..... 76
Infection bactériémique/fongémique sur cathéter veineux central microbiologiquement confirmée	[KTCBAC] ..... 76
Infection locale liée à un cathéter veineux périphérique	[KTPLOC] ..... 76
Infection générale liée à un cathéter veineux périphérique en l'absence d'hémoculture positive	[KTPGEN] ..... 76
Infection bactériémique/fongémique sur cathéter veineux périphérique microbiologiquement confirmée	[KTPBAC] ..... 76
<b>INFECTIONS GÉNÉRALISÉES .....</b>	<b>77</b>
Infection systémique	[SYSTEM] ..... 77
Sepsis clinique de l'adulte et de l'enfant	[SEPSIS] ..... 77
<b>INFECTIONS NÉONATALES .....</b>	<b>78</b>
Sepsis clinique du nouveau-né	[NNSEPS] ..... 78
Bactériémie du nouveau-né confirmée bactériologiquement	[NNBAC1] ..... 78
Bactériémie du nouveau-né à staphylocoque à coagulase négative	[NNBAC2] ..... 78
Pneumonie du nouveau-né	[NNPNEU] ..... 79
Entérocolite nécrosante	[NNENTN] ..... 79

## INFECTIONS URINAIRES / BACTÉRIURIES SYMPTOMATIQUES

### Infection urinaire confirmée microbiologiquement

[URIIN1]

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

ET

une uroculture positive ( $\geq 10^5$  micro-organismes/ml)<sup>16</sup> sans qu'il y ait plus de deux espèces microbiennes isolées.

### Infection urinaire sans confirmation microbiologique

[URIIN2]

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

ET

Au moins un des critères suivants :

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

## PNEUMONIES INFECTIEUSES

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

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

ET

au moins 1 des signes suivants :

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

ET

au moins 1 des signes suivants :

(OU au moins 2 signes suivants pour le diagnostic de pneumonie possible uniquement (cf. définitions RSPN4 et RSPN5 *infra*))

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

ET (selon le moyen diagnostique utilisé)

### Pneumonie cas 1

[RSPN1]

Diagnostic bactériologique effectué par :

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

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

### Pneumonie cas 2

[RSPN2]

Diagnostic bactériologique effectué par :

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

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

<sup>16</sup> Compte tenu du caractère récent des définitions des IUAS révisées en 2015 par SPILF/AFU/SF2H, le nouveau seuil n'est pas pris en compte dans la définition des infections urinaires par bactériémies.

<b>Pneumonie cas 3</b>	<b>[RSPPN3]</b>
Méthodes microbiologiques alternatives :	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- hémocultures positives (en l'absence d'autre source infectieuse) ;</li> <li>- culture positive du liquide pleural ;</li> <li>- abcès pleural ou pulmonaire avec culture positive ;</li> <li>- examen histologique du poumon évocateur de pneumonie ;</li> <li>- 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.</li> </ul>	
<b>Pneumonie cas 4</b>	<b>[RSPPN4]</b>
Bactériologie des crachats ou examen non quantitatif des sécrétions bronchiques.	
<b>Pneumonie cas 5</b>	<b>[RSPPN5]</b>
Aucun critère microbiologique.	
<b>Pneumonie chez un patient de gériatrie hors court séjour</b>	<b>[RSPPNG]</b>
Image parenchymateuse récente ou évolutive	
<u>ET</u>	
au moins 2 des signes suivants :	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- apparition ou aggravation d'une toux ;</li> <li>- apparition ou aggravation d'un encombrement bronchique ;</li> <li>- fièvre &gt; 38°C ;</li> <li>- douleur pleurale ;</li> <li>- apparition ou aggravation des signes cliniques à l'auscultation (râles, ronchus, wheezing) ;</li> <li>- modification de la fréquence respiratoire (polypnée ou dyspnée).</li> </ul>	

## INFECTION DU SITE OPÉRATOIRE

<b>Infection de la partie superficielle de l'incision</b>	<b>[ISOSUP]</b>
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 :	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- du pus provenant de la partie superficielle de l'incision ;</li> <li>- 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 ;</li> <li>- 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.</li> </ul>	
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.*

<b>Infection de la partie profonde de l'incision</b>	<b>[ISOPRF]</b>
Infection qui survient dans les 30 jours (en l'absence de prothèse en place) ou dans les 90 jours (si prothèse en place) suivant l'intervention	
<u>ET</u>	
qui semble liée à l'intervention,	
<u>ET</u>	
qui touche les tissus mous profonds (fascia, muscles)	
<u>ET</u>	
pour laquelle on constate au moins un des signes suivants :	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- du pus provenant de la partie profonde de l'incision,</li> <li>- la partie profonde de l'incision ouverte spontanément ou délibérément par le chirurgien quand le patient présente un des signes suivants : fièvre &gt; 38°, douleur ou sensibilité localisées, sauf si la culture est négative,</li> <li>- 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.</li> </ul>	
Le diagnostic d'infection de la partie profonde de l'incision est porté par le chirurgien ou le praticien en charge du patient.	

---

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

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

ET

qui semble liée à l'intervention,

ET

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

ET

pour laquelle on constate au moins un des signes suivants :

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

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

---

**INFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES (HORS PNEUMONIE)**

---

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

Absence de signe clinique ou radiologique de pneumonie

ET

au moins 2 des signes suivants, sans autre cause évidente : 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 micro-organisme 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 micro-organismes 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.

---

**COVID-19 NOSOCOMIAUX**

---

Le patient dispose dans son dossier médical d'une analyse biologique confirmant la COVID-19 (ciblage de l'ARN viral ou détection antigénique à partir d'un écouvillon naso-pharyngé) conformément aux définitions nationales des infections en vigueur au moment de l'enquête.

ET

Le patient présente l'un des trois critères suivants :

- apparition de symptômes 8 j et plus après l'admission.
- apparition des symptômes 3-7 j après l'admission avec forte suspicion de transmission croisée.
- résultat de la première analyse biologique confirmant la COVID-19 obtenu 8 j et plus après l'admission.

Le code de l'infection dépend de la sévérité du cas :

---

## Infection asymptomatique

[COVASY]

Analyse biologique confirmant la COVID-19 en l'absence de signe ou de symptôme d'une infection ou d'une altération de l'état général.

Remarque : les COVID-19 asymptomatique sont les seules infections asymptomatiques recueillies dans le cadre de l'ENP 2022. En particulier, les colonisations bactériennes ne sont pas renseignées dans l'ENP 2022.

---

## Symptômes légers à modérés

[COVLAM]

Présence de signes et/ou de symptômes compatibles\* avec la COVID-19 sans traitement par oxygénothérapie et avec une SpO<sub>2</sub> ≥ 92% ou inconnue.

\* Signes et symptômes compatibles avec la COVID-19<sup>17</sup> :

Fièvre, toux, fatigue, essoufflement, anorexie, myalgies, perte d'odorat (anosmie), perte de goût (agueusie). D'autres symptômes non spécifiques, tels que des maux de gorge, une congestion nasale, des céphalées, une diarrhée et des nausées et vomissements, ont également été rapportés.

D'autres manifestations de nature neurologique rapportées incluent des vertiges, une agitation, une faiblesse, des convulsions ou des résultats évocateurs d'un accident vasculaire cérébral, notamment des troubles de l'élocution ou de la vision, une perte sensorielle ou des problèmes d'équilibre en position debout ou à la marche.

Les personnes âgées et les patients immunodéprimés en particulier peuvent présenter des symptômes atypiques tels qu'une fatigue, une diminution de la vigilance, une diminution de la mobilité, une diarrhée, une perte d'appétit, une confusion et une absence de fièvre.

---

## Symptômes sévères

[COVSEV]

Le patient est traité par oxygénothérapie et présente un essoufflement dû à la COVID-19 et/ou une hypoxémie avec une SpO<sub>2</sub> < 92%. Les formes graves d'atteinte respiratoire chez les cas de COVID-19 sont recueillies de manière séparée avec l'utilisation des codes IN spécifiques : Pneumonies infectieuses (RSPPN1 à RSPPN5, RSPPNG) (cf. nomenclature des sites infectieux)

Les co-infections chez les cas d'infections à SARS-CoV-2 sont recueillies de manière séparée avec l'utilisation des codes de MO spécifiques : cf. nomenclature des micro-organismes

---

## Sévérité inconnue

[COVINC]

La sévérité de l'épisode de COVID-19 chez le cas est inconnue.

---

## 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.
- 

<sup>17</sup> OMS. COVID-19 Clinical Management. Living Guidance. 25 January 2021. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-1>

---

**Infection des tissus mous****[PEAMOU]**

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

- Cas 1 : micro-organisme isolé de culture de tissu ou d'écoulement du site concerné.
- Cas 2 : écoulement purulent du site concerné.
- Cas 3 : 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.*

---

**Abcès du sein ou mastite****[PEAMAS]**

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

**Gastro-entérite****[GASENT]**

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

ET

au moins un des signes suivants :

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

**Hépatite virale****[GASHEP]**

- Au moins deux des signes suivants, en l'absence d'autres causes : fièvre > 38°C, anorexie, nausée, vomissements, douleurs abdominales, ictère, transfusion dans les 3 mois

ET

au moins un des critères suivants :

- résultats positifs à un test de dépistage des antigènes ou des anticorps (hépatite A, B, C, Delta ou E)
- anomalies des enzymes hépatiques (e.g. ALAT/ASAT élevées, taux élevé de bilirubines) ;
- cytomégalovirus (CMV) détectés dans les urines ou dans les sécrétions oropharyngées.

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

**Infection gastro-intestinale****[GASAUT]**

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

ET

au moins un des signes suivants :

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

**Infection intra-abdominale****[GASABD]**

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

ET

au moins un des signes suivants :

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

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

**Infection à *Clostridioides difficile*****[GASICD]**

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

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

- Cas 1 : présence d'au moins deux des signes suivants, sans autre cause évidente : fièvre > 38°C, érythème ou douleur pharyngée, toux, rauçité 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 micro-organisme sur culture (sécrétion purulente de conjonctive ou de tissus adjacents : paupières, cornée, glandes lacrymales ou de Meibomius).
- Cas 2 : douleur ou rougeur de la conjonctive (ou du pourtour de l'œil),  
ET  
au moins un des signes suivants :
  - découverte de leucocytes et micro-organismes sur coloration de Gram des sécrétions,
  - sécrétions purulentes,
  - test antigène positif (Chlamydia, Herpes simplex, adenovirus) dans les sécrétions ou les produits de grattage de la conjonctive,
  - observation en microscopie de cellules géantes multinucléées dans les sécrétions ou les produits de grattage de la conjonctive,
  - culture virale positive dans les sécrétions conjonctivales,
  - anticorps IgM détectés ou IgG multipliés par 4 sur 2 prélèvements successifs.

### Autres infections de l'œil

[OPHSAI]

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

## INFECTIONS GÉNITALES

### Endométrite

[GENEND]

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

### Infection sur épisiotomie

[GENEPI]

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

### Infection vaginale

[GENVAG]

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

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

[GENAUT]

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

## OS ET ARTICULATIONS

### Ostéomyélite

[OSAOST]

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

### Arthrite ou synovite septique

[OSAART]

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

### Spondylodiscite d'origine infectieuse

[OSASPO]

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

## SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

### Infection du parenchyme cérébral

[SNCPAR]

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

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

---

## Méningite ou infection ventriculaire

[SNCMEN]

- Cas 1 : micro-organisme isolé dans le liquide céphalo-rachidien.
- Cas 2 : présence d'au moins 1 des signes suivants, sans autre cause évidente : fièvre > 38°C, céphalées, raideur de nuque, signes méningés, atteinte des paires crâniennes, troubles de la conscience,

ET

au moins un des signes suivants

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

ET

mise en route d'une antibiothérapie adaptée.

---

## Infection péri-médullaire

[SNCMED]

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

ET

au moins un des signes suivants :

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

ET

mise en route d'une antibiothérapie adaptée.

---

## SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE

---

### Endocardite

[CVAEND]

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

ET

au moins un des signes suivants :

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

ET

mise en route d'une antibiothérapie adaptée

---

## Infections artérielles et veineuses

[CVAVAS]

- Cas 1 : suppuration au niveau du site vasculaire  
ET  
hémoculture non effectuée ou négative.
  
- Cas 2 : présence d'au moins un des signes suivants : fièvre > 38°C sans autre foyer infectieux, chaleur, érythème, douleur au niveau du site vasculaire, sans autre cause évidente,  
ET  
les deux signes suivants :
  - culture positive de dispositif intravasculaire (hors cathéter),
  - hémoculture non effectuée ou négative.
  
- Cas 3 : culture positive de fragment vasculaire (artériel ou veineux) per-opératoire,  
ET  
hémoculture non effectuée ou négative.
  
- Cas 4 : éléments évoquant une infection vasculaire en per opératoire ou en histopathologie en l'absence de culture positive.

*Nota : ce code peut être utilisé pour une infection locale sur cathéter lorsque la culture du cathéter est négative ou non effectuée (cf. logigramme p.77)*

---

## Myocardite, péricardite

[CVAMYO]

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

---

## Médiastinite

[CVAMED]

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

---

## BACTÉRIÉMIE

---

### Bactériémie

[SANBAC]

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

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

*Note : dans le cas où le diagnostic de bactériémie est posé, il est nécessaire de renseigner :*

- le champ « dispositif invasif concerné » (p.54) si un cathéter veineux central ou périphérique est en place dans les 48H précédant l'infection ;
- le champ « origine de l'infection » (p.55) si la bactériémie est consécutive à une infection suspectée sur cathéter veineux central (code KTC) ou périphérique (code CKP) mais non confirmée (i.e. la culture du cathéter est négative ou non effectuée mais il y a régression des signes généraux dans les 48H suivant l'ablation du cathéter) (cf. logigramme p.77).

## INFECTIONS LIÉES AUX CATHÉTERS (ILC)

### Infection locale liée à un cathéter veineux central

[KTCLOC]

Culture quantitative du cathéter veineux central  $\geq 10^3$  UFC/ml (ou culture semi-quantitative  $> 15$  UFC), en l'absence d'hémoculture positive,

ET

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

### Infection générale liée à un cathéter veineux central en l'absence d'hémoculture positive

[KTCGEN]

Culture quantitative du cathéter veineux central  $\geq 10^3$  UFC/ml (ou culture semi-quantitative  $> 15$  UFC), en l'absence d'hémoculture positive,

ET

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

### Infection bactériémique/fongémique sur cathéter veineux central microbiologiquement confirmée

[KTCBAC]

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

ET

L'un des quatre critères suivants :

- une culture quantitative du cathéter veineux central  $\geq 10^3$  UFC/ml (ou culture semi-quantitative  $> 15$  UFC) avec le même micro-organisme que l'hémoculture.
- une culture du site d'insertion du cathéter veineux central avec le même micro-organisme que l'hémoculture.
- des hémocultures quantitatives appariées (HQA)\* périphérique et centrale positives au même micro-organisme avec un ratio hémoculture centrale / hémoculture périphérique  $\geq 5$  et après exclusion de tout autre foyer infectieux pouvant être à l'origine de la bactériémie.
- un délai différentiel de positivité (DDP)\* des hémocultures centrale/périphérique au même micro-organisme  $\geq 2$  h avec une positivité plus rapide pour l'hémoculture centrale et après exclusion de tout autre foyer infectieux pouvant être à l'origine de la bactériémie, en particulier lorsqu'il s'agit d'un *S. aureus* pouvant être à l'origine de faux-positifs.

\* Les délais ou ratio n'étant pas applicables aux fongémies, leur association avec le cathéter central, si celui-ci n'est pas retiré et mis en culture, doit être validée par le clinicien et le microbiologiste.

### Infection locale liée à un cathéter veineux périphérique

[KTPLOC]

Culture quantitative du cathéter veineux périphérique  $\geq 10^3$  UFC/ml (ou culture semi-quantitative  $> 15$  UFC), en l'absence d'hémoculture positive,

ET

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

### Infection générale liée à un cathéter veineux périphérique en l'absence d'hémoculture positive

[KTPGEN]

Culture quantitative du cathéter veineux périphérique  $\geq 10^3$  UFC/ml (ou culture semi-quantitative  $> 15$  UFC), en l'absence d'hémoculture positive,

ET

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

### Infection bactériémique/fongémique sur cathéter veineux périphérique microbiologiquement confirmée

[KTPBAC]

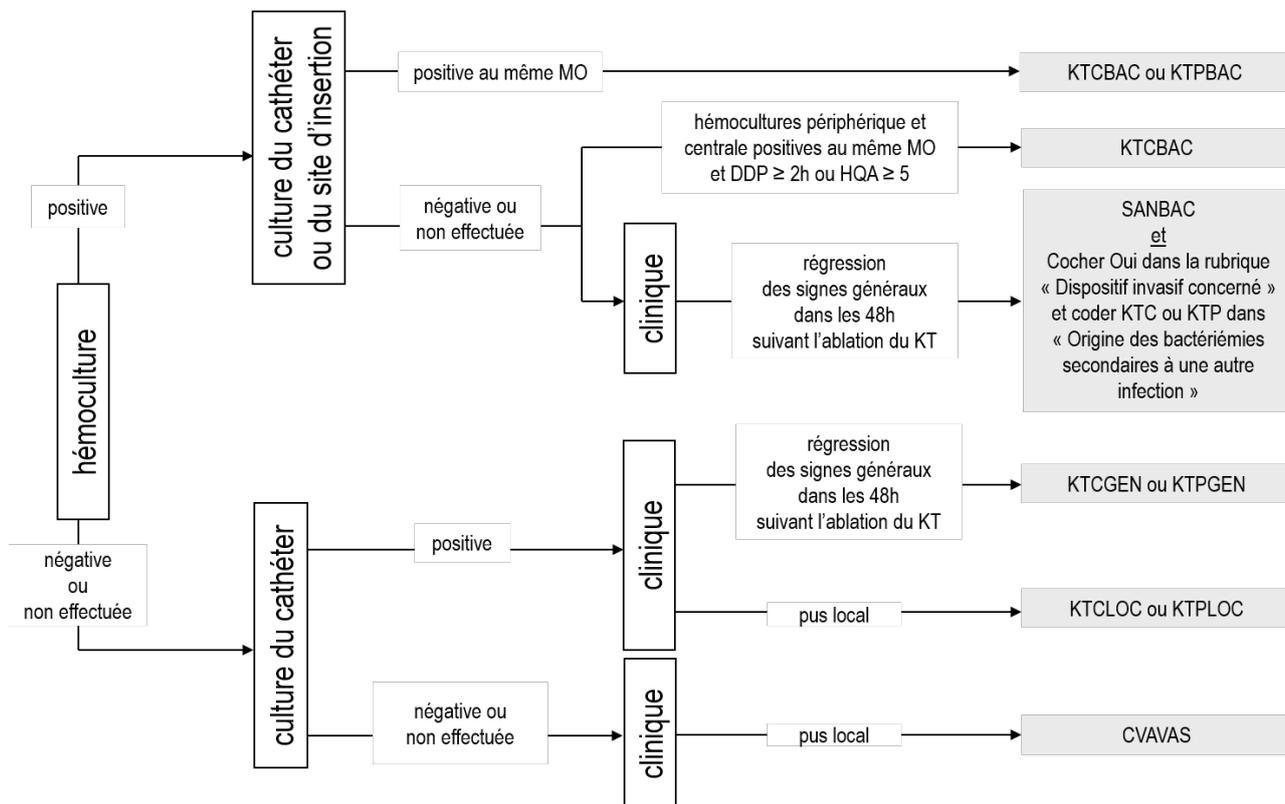
Association d'une bactériémie/fongémie survenant dans les 48 h encadrant le retrait du cathéter veineux périphérique si celui-ci est retiré (ou la suspicion diagnostique d'infection de cathéter si celui-ci n'est pas retiré d'emblée),

ET

L'un des deux critères suivants :

- une culture quantitative du cathéter veineux périphérique  $\geq 10^3$  UFC/ml (ou culture semi-quantitative  $> 15$  UFC) avec le même micro-organisme que l'hémoculture.
- une culture quantitative du site d'insertion du cathéter veineux périphérique avec le même micro-organisme que l'hémoculture.

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



## INFECTIONS GÉNÉRALISÉES

### Infection systémique

**[SYSTEM]**

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

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

**[SEPSIS]**

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

ET

hémoculture négative ou non effectuée

ET

pas de signe d'appel d'une localisation infectieuse

ET

prescription d'un traitement anti-infectieux approprié en cours

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

## INFECTIONS NÉONATALES

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

### Sepsis clinique du nouveau-né

[NNSEPS]

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

ET

hémoculture négative ou non effectuée,

ET

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

ET

au moins 2 des critères suivants :

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

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

### Bactériémie du nouveau-né confirmée bactériologiquement

[NNBAC1]

Au moins 2 des critères suivants :

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

ET

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

### Bactériémie du nouveau-né à staphylocoque à coagulase négative

[NNBAC2]

Au moins 2 des critères suivants :

- température  $> 38^{\circ}\text{C}$  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 léthargie,

ET

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

ET

au moins un des signes suivants :

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

---

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

- Défaillance respiratoire

ET

image radiologique récente et évolutive (infiltrat ou épanchement pleural)

ET

au moins 4 des signes suivants :

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

---

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

Preuve histologique d'entérocolite nécrosante

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

ET

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

## Annexe 4 / Liste des micro-organismes

S = sensibilité aux antibiotiques à documenter

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

S = sensibilité aux antibiotiques à documenter

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

S = sensibilité aux antibiotiques à documenter

<b>Micro-organisme</b>	<b>Coder</b>
<b>Autres micro-organismes</b>	
Mycobactéries atypiques	MYCATY
BK (tuberculose)	MYCTUB
<i>Actinomyces</i> spp.	ACTSPP
<i>Chlamydia</i> spp.	CHLSPP
<i>Mycoplasma</i> spp.	MYPSP
<i>Nocardia</i> spp.	NOCSP
Autres bactéries	BCTAUT
Bactéries non spécifiée	BCTNSP
<b>Champignons et Parasites</b>	
<i>Aspergillus fumigatus</i>	ASPFUM
<i>Aspergillus niger</i>	ASPNIG
<i>Aspergillus</i> spp., autre espèce	ASPAUT
<i>Aspergillus</i> spp., espèce non spécifiée	ASPNSP
<i>Candida albicans</i>	CANALB
<i>Candida glabrata</i>	CANGLA
<i>Candida krusei</i>	CANKRU
<i>Candida parapsilosis</i>	CANPAR
<i>Candida tropicalis</i>	CANTRO
<i>Candida</i> spp., autre espèce	CANAUT
<i>Candida</i> spp., espèce non spécifiée	CANNSP
Filaments, autres	FILAUT
Levures, autres	LEVAUT
<i>Sarcoptes scabiei</i> (gale)	SARSCA
Autres champignons	CHAAUT
Autres parasites	PARAUT
<b>Virus</b>	
Adenovirus	VIRADV
CMV (cytomegalovirus)	VIRCMV
SARS-CoV-2	VIRCOV
Enterovirus (polio, coxsackie, echo)	VIRENT
Grippe (virus influenzae)	VIRINF
Hépatite virale B	VIRHBV
Hépatite virale C	VIRHCV
Hépatite virale A	VIRHAV
Virus Herpes simplex	VIRHSV
Rotavirus	VIRROT
Virus de la Varicelle et du Zona	VIRVZV
VIH (virus de l'immunodéficience humaine)	VIRVIH
VRS (virus respiratoire syncytial)	VIRVRS
Autres virus	VIRAUT
Virus non spécifié	VIRNSP
Examen stérile	EXASTE
Identification non retrouvée	NONIDE
Culture non effectuée	NONEFF

## Annexe 5 / Questionnaire établissement

Enquête nationale de prévalence 2022  
Questionnaire établissement



### Généralités

Raison sociale :	<input type="text"/>		
Finess géographique :	<input type="text"/>	Finess juridique :	<input type="text"/>
Statut juridique :	<input type="text"/>	Catégorie d'établissement :	<input type="text"/>
Région :	<input type="text"/>	Département :	<input type="text"/>
Code Postal :	<input type="text"/>	Commune :	<input type="text"/>
Administrateur local (PrevIAS) :	<input type="text"/>		

### Périmètre de l'enquête

- Données recueillies pour :  Un seul établissement (indiqué ci-dessus)  
 Un groupe d'établissements

Si les données sont recueillies pour un groupe d'établissements, indiquer les établissements regroupés dans ce questionnaire :

Raison sociale :	<input type="text"/>	Finess géographique :	<input type="text"/>	Finess juridique :	<input type="text"/>
Raison sociale :	<input type="text"/>	Finess géographique :	<input type="text"/>	Finess juridique :	<input type="text"/>
Raison sociale :	<input type="text"/>	Finess géographique :	<input type="text"/>	Finess juridique :	<input type="text"/>
Raison sociale :	<input type="text"/>	Finess géographique :	<input type="text"/>	Finess juridique :	<input type="text"/>
Raison sociale :	<input type="text"/>	Finess géographique :	<input type="text"/>	Finess juridique :	<input type="text"/>

Exclusion de certains services ?  Non (= situation classique)

Oui

Si oui, préciser :

Type de service :	<input type="text"/>	Nombre de lits :	<input type="text"/>
Type de service :	<input type="text"/>	Nombre de lits :	<input type="text"/>
Type de service :	<input type="text"/>	Nombre de lits :	<input type="text"/>
Type de service :	<input type="text"/>	Nombre de lits :	<input type="text"/>
Type de service :	<input type="text"/>	Nombre de lits :	<input type="text"/>

### Personnel (en ETP) au moment de l'enquête

Nombre d'infirmières hygiénistes :	<input type="text"/>	Nombre de référents antibiotiques :	<input type="text"/>
Nombre de praticiens hygiénistes :	<input type="text"/>		

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

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

### Statistiques annuelles au 31/12/2021

Nombre d'admissions par an :	<input type="text"/>	Nombre de tests à la recherche de <i>Clostridium difficile</i> réalisés par an :	<input type="text"/>
Nombre de journées d'hospitalisation par an :	<input type="text"/>	Consommation total annuelle de PHA :	<input type="text"/>
Nombre d'hémocultures réalisées par an :	<input type="text"/>		

### Situation COVID-19 au moment de l'enquête

Nombre de cas de COVID-19 hospitalisés dans l'établissement :	<input type="text"/>	Nombre de cas de COVID-19 hospitalisés en réanimation :	<input type="text"/>
---	----------------------	---	----------------------

### Pratique du laboratoire de microbiologie au moment de l'enquête

Version du CA-SFM utilisé :  Antérieure au CA-SFM 2020  CA-SFM 2020 ou postérieure

### Prévention et contrôle des infections au 31/12/2021

Programme annuel de prévention des IAS, validé et approuvé par la Direction/CME	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Rapport annuel de prévention des IAS, validé et approuvé par la Direction/CME	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Participation à des systèmes de surveillance pendant l'année précédente :	<input type="checkbox"/> SPICMI	<input type="checkbox"/> SPIADI
	<input type="checkbox"/> SPARES	<input type="checkbox"/> Autre

## Annexe 6 / Questionnaire patient

**Enquête nationale de prévalence 2022**  
**Questionnaire patient**





NOM et Prénom du patient  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Etablissement et services**

Finess géographique  Date de l'enquête

Code du service  Spécialité du service

ID patient   
Donné par l'application

**Patient**

ID patient  Donné par l'application Sexe :  F  H Age (années)  Age (mois)   
si âge < 24 mois

Spécialité du patient  Date hospitalisation  Poids de naissance (g)   
si nouveau-né

Chirurgie depuis l'admission :  Non  Oui

Score de McCabe (MC) :  MC0  MC1  MC2  Inconnu

Immunodépression :  Non  Oui  Inconnu

Cancer évolutif :  Non  Tumeur solide  Hémopathie  Inconnu

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

Si oui à DI	Sonde urinaire : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Intubation : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Cathéter(s) : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <small>(un ou plusieurs)</small>	Si oui à cathéter(s)	Veineux périphérique : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Midline : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Artériel : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Sous-cutané : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Veineux central : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Veineux ombilical : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui PICC : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Chambre implantable : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
-------------	---	----------------------	---

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

Molécule (DCI)	Voie d'administration	Date de début du traitement	Contexte de prescription	Diagnostic	Justification dossier	Changement d'AI + Raison
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

	IN 1	IN 2
Site de l'infection :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dispositif invasif concerné :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu
IN présente à l'admission :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu
Diagnostic différé :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Origine de l'infection :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date des premiers signes :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Si bactériémie, origine :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code MO :	<input type="text"/> MO1 <input type="text"/> MO2 <input type="text"/> MO3	<input type="text"/> MO1 <input type="text"/> MO2 <input type="text"/> MO3
Sensibilité MO (ATB - SIR) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Au verso, la liste des MO et des résistances à renseigner	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Annexe 7 / Information du patient



### ENQUÊTE NATIONALE DE PRÉVALENCE DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS ET DES TRAITEMENTS ANTI-INFECTIEUX EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ, MAI-JUIN 2022

#### Information au patient hospitalisé

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

Selon les recommandations du Ministère de la Santé et afin de renforcer la qualité des soins prodigués dans nos services, une étude sur les infections nosocomiales, c'est-à-dire contractées lors de l'hospitalisation, a lieu dans l'ensemble des établissements publics et privés français, un jour donné entre le lundi 16 mai et le jeudi 30 juin 2022. Commanditée au niveau Européen par l'*European Center For Diseases Control* (ECDC), cette étude est coordonnée au niveau national par Santé Publique France et le réseau des Centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPias).

#### DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Cette étude requiert le recueil d'informations médicales et épidémiologiques à l'aide d'un questionnaire standardisé, chez les personnes qui ont été présentes dans l'établissement le jour de l'enquête. Ce recueil d'information est réalisé par le personnel soignant de l'établissement de santé. Cette étude se base sur un recueil de données relatives aux patients, issues de leur dossier médical : âge et sexe, données sur le séjour du patient ainsi que des données portant sur les éventuelles infections nosocomiales et les traitements anti-infectieux prescrits aux patients. Les données collectées font l'objet d'un traitement statistique au niveau régional et national menée par Santé publique France.

Cette enquête nécessite l'informatisation de données médicales vous concernant. Toutefois, les données permettant de vous identifier directement (nom, prénom) ne sortiront pas de l'établissement où une anonymisation sera réalisée. Seul l'établissement de votre hospitalisation le jour de l'enquête détient les données permettant de vous identifier directement.

#### VOS DROITS

La participation à cette étude n'est pas obligatoire. Vous pouvez vous opposer à la transmission de vos données, sans que cela n'influence la qualité des soins qui vous seront prodigués. Vous pouvez également demander l'accès à vos données, en demander la rectification ou la limitation du traitement.

Les modalités d'exercices de ces droits ainsi que des informations complémentaires sur le traitement de données à caractère personnel mis en œuvre pour cette étude, sont détaillées dans l'annexe intitulée « Traitement des données » de ce document.



## Traitement des données

### Responsable du traitement

Santé publique France est responsable du traitement des données à caractère personnel mis en œuvre pour la réalisation de l'étude.

### Base légale du traitement

Ce traitement de données est fondé sur la réalisation d'une mission d'intérêt public.

### Caractère obligatoire

Le traitement de données n'est pas obligatoire.

### Données collectées

Le traitement porte sur les données à caractère personnel relatives aux patients hospitalisés dans les établissements de santé au cours de la période d'étude du 16 mai 2022 au 30 juin 2022. Les données collectées à partir de leur dossier médical sont les suivantes : âge, sexe, date d'admission dans l'établissement, facteurs de risque d'infection, dispositifs invasifs, site anatomique de l'infection, microorganismes isolés de l'infection, résistance des micro-organismes à certains antibiotiques, traitements anti-infectieux prescrits au patient.

### Destinataires des données :

Une équipe en charge du recueil des données sera mise en place dans chaque établissement de santé participant. Elle effectuera le recueil des données à partir des dossiers médicaux des patients.

Les données collectées seront saisies et conservées de façon sécurisée dans une application de Santé publique France (PreVIAS). Les CPIAS, relais de l'enquête au niveau régional, seront également utilisateurs de l'application. Seuls les agents compétents de l'équipe en charge de l'enquête dans les établissements et Santé publique France y accéderont à des fins d'analyse.

L'ECDC recevra, pour la réalisation de ses missions de surveillance européenne, une partie des données collectées sans la mention de l'établissement participant.

### Durée de conservation des données collectées

Les données collectées sur les questionnaires sur support papier seront conservées pendant toute la période d'enquête et seront détruites le 31 décembre 2022.

### Droits des personnes sur leurs données

#### *Droit d'opposition :*

Conformément aux dispositions de l'article de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez exercer votre droit d'opposition au traitement de vos données ou des données de la personne dont vous êtes représentant légal, en vous adressant au délégué à la protection des données de cette agence : [dpo@santepubliquefrance.fr](mailto:dpo@santepubliquefrance.fr) et mentionner : « ENP-ES 2022 ».

#### *Droit d'accès, de rectification, de limitation :*

Conformément aux dispositions des articles et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez selon ces mêmes modalités exercer vos droits d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation du traitement de vos données.

### Contact délégué à la protection des données

Pour toute information sur le traitement de vos données par Santé publique France, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données de cette agence : [dpo@santepubliquefrance.fr](mailto:dpo@santepubliquefrance.fr).

### Réclamation auprès de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL)

Si vous estimez que les droits sur vos données ne sont pas respectés par Santé publique France, vous pouvez déposer une plainte auprès de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL).

## Annexe 8 / Recommandations

### RECOMMANDATIONS À L'ATTENTION DES COORDONNATEURS DE L'ENQUÊTE DANS LES ÉTABLISSEMENTS CONCERNANT LE TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Le coordonnateur de l'enquête au sein de l'établissement est chargé de la supervision du recueil de données relatif à l'ENP 2022, en respectant le protocole établi par Santé publique France.

Conformément au protocole, il est rappelé que le coordonnateur de l'enquête s'engage à :

- **Veiller à informer les patients lors de leur inclusion dans cette enquête.** Le document d'information mis à disposition en annexe 7 doit leur être remis à leur inclusion (ou à défaut à la personne de confiance désignée ou au représentant légal). Une information collective peut être également effectuée par un affichage dans les services enquêtés. Le document d'information prévoit un exercice du droit d'opposition auprès du délégué à la protection des données de santé publique France. Si un patient ou son représentant légal :
  - o s'oppose auprès de l'établissement de santé à sa participation, lors de l'inclusion, le coordonnateur ne doit pas inclure les données le concernant ;
  - o exerce auprès de l'établissement de santé ses droits d'opposition, d'accès, de rectification, de suppression et de limitation, en cours d'enquête, le coordonnateur de l'enquête dans l'établissement doit transmettre cette demande de façon pseudonymisée au délégué à la protection des données de Santé publique France ([dpo@santepubliquefrance.fr](mailto:dpo@santepubliquefrance.fr)).
- **Veiller au respect de la confidentialité et de la sécurité des données collectées sur support papier et numérique** pour les besoins de cette enquête. Ainsi, ces données devront être conservées dans un espace sécurisé (pour les questionnaires sur support papier, une armoire fermée à clé est recommandée), accessibles uniquement aux personnes, soumises au respect du secret professionnel, en charge du recueil et de leur saisie. Les transmissions des données à Santé publique France s'effectue uniquement à l'aide de l'application de saisie en ligne PreVIAS dédiée au recueil des données des enquêtes nationales de prévalence disponible à partir de l'URL suivant : <https://previas.santepubliquefrance.fr>.
- **Supprimer les questionnaires sur support papier établis pour cette enquête au plus tard le 31 décembre 2022.**

Pour toute question relative au traitement de données à caractère personnel (notamment droits des personnes, sécurité des données), il peut solliciter le délégué à la protection des données de Santé publique France ([dpo@santepubliquefrance.fr](mailto:dpo@santepubliquefrance.fr)).

Pour toute question sur la mise en œuvre du protocole, le coordonnateur peut solliciter Santé publique France ou le référent de l'enquête de prévalence au niveau de sa région identifié dans chaque CPias (cf. annexe 9).

## Annexe 9 / Coordonnées

### Référents régionaux de l'enquête dans les Centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPias)

CPias Auvergne-Rhône-Alpes	Anaïs Machut	<a href="mailto:anais.machut@chu-lyon.fr">anais.machut@chu-lyon.fr</a>
CPias Bourgogne-Franche-Comté	Karine Astruc	<a href="mailto:karine.astruc@chu-dijon.fr">karine.astruc@chu-dijon.fr</a>
CPias Bretagne	Sitty Oumari	<a href="mailto:sitty.oumari@chu-rennes.fr">sitty.oumari@chu-rennes.fr</a>
CPias Centre-Val de Loire	Jérôme Santasouk	<a href="mailto:j.santasouk@chu-tours.fr">j.santasouk@chu-tours.fr</a>
CPias Corse	Aba Mahamat	<a href="mailto:aba.mahamat@ch-ajaccio.fr">aba.mahamat@ch-ajaccio.fr</a>
CPias Grand Est	Émilie Poirier	<a href="mailto:e.poirier@chru-nancy.fr">e.poirier@chru-nancy.fr</a>
CPias Guadeloupe	Bruno Jarrige	<a href="mailto:bruno.jarrige@chu-guadeloupe.fr">bruno.jarrige@chu-guadeloupe.fr</a>
CPias Guyane	Pétronille Kouassi Jupiter	<a href="mailto:petronille.kouassi@ch-cayenne.fr">petronille.kouassi@ch-cayenne.fr</a>
CPias Hauts-de-France	Pierre Paroux	<a href="mailto:pierre.paroux@chu-lille.fr">pierre.paroux@chu-lille.fr</a>
CPias Île-de-France	Hervé Blanchard	<a href="mailto:herve.blanchard@aphp.fr">herve.blanchard@aphp.fr</a>
CPias La Réunion et Mayotte	Catherine Morvan	<a href="mailto:catherine.morvan@chu-reunion.fr">catherine.morvan@chu-reunion.fr</a>
CPias Martinique	Karima Jebblaoui	<a href="mailto:karima.jebblaoui@chu-martinique.fr">karima.jebblaoui@chu-martinique.fr</a>
CPias Normandie	Pascal Thibon	<a href="mailto:thibon-p@chu-caen.fr">thibon-p@chu-caen.fr</a>
CPias Nouvelle-Aquitaine	Muriel Pefau	<a href="mailto:muriel.pefau@chu-bordeaux.fr">muriel.pefau@chu-bordeaux.fr</a>
CPias Occitanie	Cécile Mourlan	<a href="mailto:c-mourlan@chu-montpellier.fr">c-mourlan@chu-montpellier.fr</a>
CPias Pays de la Loire	Céline Poulain	<a href="mailto:cepoulain@chu-nantes.fr">cepoulain@chu-nantes.fr</a>
CPias Provence-Alpes-Côte d'Azur	Jean-Christophe Delarozière	<a href="mailto:Jean-christophe.delaroziere@ap-hm.fr">Jean-christophe.delaroziere@ap-hm.fr</a>

### Santé publique France

Question sur la mise en œuvre du protocole : Côme Daniau : [come.daniau@santepubliquefrance.fr](mailto:come.daniau@santepubliquefrance.fr)

Question sur le traitement de données à caractère personnel : Clothilde Hachin [dpo@santepubliquefrance.fr](mailto:dpo@santepubliquefrance.fr)

### Application PreVIAS

URL de l'application : <https://previas.santepubliquefrance.fr/>

Email du support applicatif : [previas-support@santepubliquefrance.fr](mailto:previas-support@santepubliquefrance.fr)

### Information sur l'enquête

URL du site de Santé publique France : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enquete-nationale-de-prevalence-des-infections-nosocomiales-et-des-traitements-anti-infectieux-en-etablissement-de-sante-2022>

URL du site du Répias : <https://www.preventioninfection.fr/actualites/enquete-nationale-de-prevalence-des-infections-nosocomiales-et-des-traitements-anti-infectieux-en-es-2022>