



ENP 2022

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

Présentation générale

Formation des enquêteurs

PLAN

CONTEXTE ET OBJECTIFS
NOUVEAUTÉS DE L'ENP 2022
MÉTHODE ET ORGANISATION
DÉFINITION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES
QUESTIONNAIRES

ENP 2022 : PARTIE 1

MÉTHODE

ENQUÊTE RÉALISÉE TOUS LES 5 ANS (DONNÉES BRUTES)

	1996	2001	2006	2012	2017
Nombre d'ES	830	1 533	2 337	1 938	403*
Nombre de patients	236 334	305 656	433 847	300 330	80 988
Prév. des patients infectés	6,7%	6,9%	5,0%	5,1%	5,0%
Prévalence des IN	7,6%	7,5%	5,4%	5,3%	5,2%
Prév. des patients traités par AI	-	16%	15,9%	16,9%	15,4%
Prévalence des traitements AI	-	-	21,6%	23,0%	20,7%

* Échantillon d'établissements de santé tirés au sort

ANALYSES DE TENDANCE (MULTIVARIÉES)

- **Prévalence des patients infectés** stable entre 2012 et 2017, alors qu'elle avait diminué régulièrement entre 2001 et 2012 (résultats d'analyses multivariées)
- Légère diminution de la **prévalence des patients traités par ATB** entre 2012 et 2017 alors qu'elle était stable entre 2006 et 2012

- Pilotée par le **Réseaux de prévention des infections associées aux soins (Répias)**
- Portée par le **Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS 2015)** qui est remplacé par la **Stratégie nationale 2022-2025 de Prévention des infections et de l'antibiorésistance*** du ministère des solidarités et de la santé.
- Réalisée dans le cadre du protocole de l'enquête européenne de l'**European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)** : Point Prevalence Survey 2022-2023 (PPS-3)
- Réflexion/adaptation nationale du protocole menée par un **groupe de travail** constitué de CPIas et d'établissements de santé

* Stratégie nationale 2022-2025 accessible sur le site :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_2022-2025_prevention_des_infections_et_de_l_antibioresistance.pdf

DÉCRIRE LA PRÉVALENCE

- Des infections nosocomiales (IN),
- Stratifiée par type d'établissement, service, et 1) pour les IN par site infectieux, micro-organismes, etc. 2) pour les AI par molécule, indication, raison du changement, etc.
- A différentes échelles géographique : locale (ES), régionale, nationale

CONNAÎTRE ET FAIRE CONNAÎTRE CES DONNÉES

- A l'ensemble de la communauté hospitalière et aux usagers
- Au niveau régional, national, européen afin d'évaluer les politiques de lutte contre les IAS et l'antibiorésistance

RENFORCER LA SENSIBILISATION

- De l'ensemble du personnel hospitalier
- A l'identification des IN (signalement, surveillance...)

COMPARER AUX RÉSULTATS

- Des enquêtes antérieures
- De l'enquête européenne entre les pays, au niveau national entre les régions

PRÉVALENCE DES PATIENTS INFECTÉS / TRAITÉS PAR ANTI-INFECTIEUX

- Proportion de patients présentant au moins une infection nosocomiale (IN) un jour donné exprimée pour 100 patients hospitalisés
- Proportion de patients traités par au moins un anti-infectieux (AI) un jour donné exprimée pour 100 patients hospitalisés

PRÉVALENCE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES / DES TRAITEMENTS

- Proportion d'IN un jour donné exprimée pour 100 patients hospitalisés
- Proportion d'AI un jour donné exprimée pour 100 patients hospitalisés

NOTION DE CAS PRÉVALENTS

- Les nouveaux cas = patients déclarant l'IN le jour de l'enquête, patients pour lesquels l'AI est prescrit le jour de l'enquête
- Les anciens cas = patients encore infectés le jour de l'enquête (non guéris), patients dont l'AI est en cours le jour de l'enquête

LE TAUX DE PRÉVALENCE DÉPEND DE :

- La durée de la maladie / du traitement
- La vitesse d'apparition des nouveaux cas

ENQUÊTE TRANSVERSALE

- **Recueil transversal, un jour donné**, de données à l'aide d'un **questionnaire standardisé** portant sur :
 - Les **caractéristiques de fonctionnement de l'établissement**
 - Les **caractéristiques du patient** :
 - son **séjour**
 - les **facteurs de risques d'infection**
 - les **dispositifs invasifs (DI)** chez le patient le jour de l'enquête
 - les **traitements anti-infectieux (AI)** en cours le jour de l'enquête
 - les **infections nosocomiales (IN)** présentes le jour de l'enquête

PRODUCTION DE RÉSULTATS

- Données **représentatives des établissements de santé (ES)** français : court, moyen et long séjour
- Résultats de **prévalence à différents niveaux** : local (ES), régional et national
- Contribution à **l'enquête européenne de l'ECDC** par l'envoi de données de 61 ES de court séjour tirés au sort

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

- Résultats dépendant de la **situation épidémiologique** du moment
→ modification des taux de prévalence liée au contexte épidémique au moment de l'enquête
- Tendance à la **surévaluation des taux**
→ surreprésentation des patients ayant des séjours longs, dont ceux atteints d'IN
- Effectif souvent **trop faible pour étudier des sous-groupes**
→ limite de l'interprétation des résultats obtenus dans des sous-groupe de faible effectif
- **Limite méthodologique des enquêtes transversales** dans l'interprétation des relations observées
→ Interprétation prudente de l'influence des facteurs de risques d'infection (caractéristiques du patient et de son séjour)

UTILISATION DES RÉSULTATS

- Permet de faire **un état des lieux** à un instant donné ("photographie")
- Identifie **des services où un effort de prévention** des IN doit être déployé
- Permet de **proposer des actions**, notamment mise en place
→ d'une surveillance dans les secteurs à risque (chirurgie, réanimation, hémodialyse, ...)
→ d'audits de pratiques

ENP 2022 : PARTIE 1

NOUVEAUTÉS DE L'ENP 2022

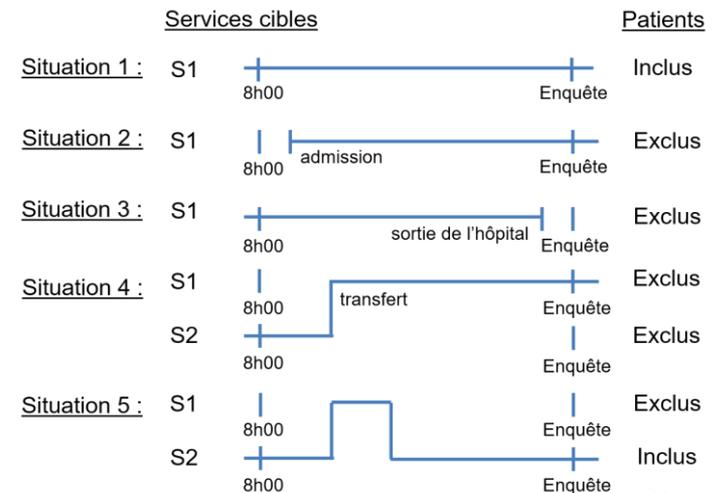
INCLUSION

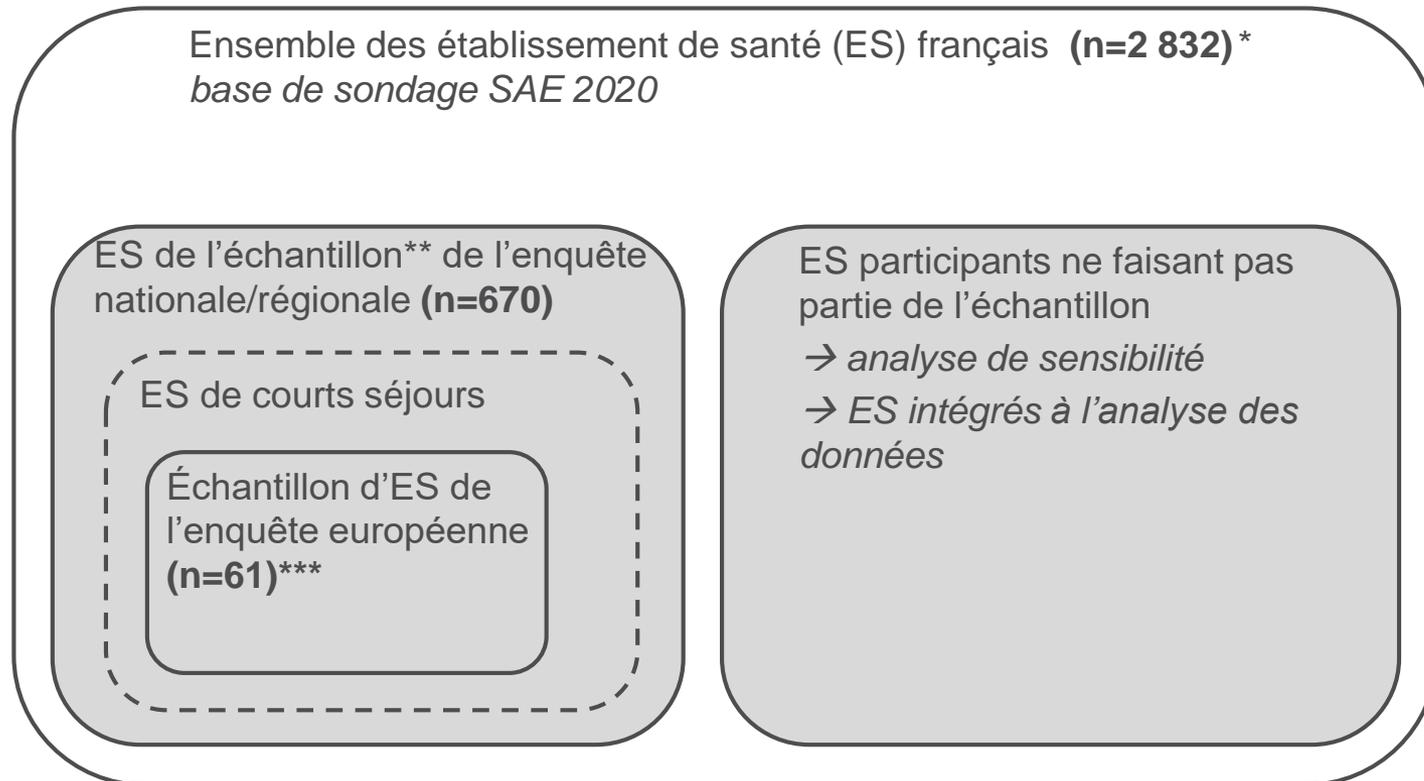
• Des établissements :

- **Constitution d'un échantillon** de 670 ES tirés au sort
- Mais **intégration de l'ensemble des ES participants dans l'analyse des données**
- Conduite d'une **analyse de sensibilité** du statut de l'ES TAS vs. non TAS sur les principaux indicateurs de prévalence

Objectifs : - exploitation de l'ensemble des données recueillies par les ES
 - améliorer la puissance des analyses notamment sur les analyses stratifiées au niveau régional

- **Des patients** : entrants du jour admis avant 8h (inchangé par rapport à 2017) et présent dans le service enquêté au moment de l'enquête





* Sur les 3 994 ES 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 déclarés au moins un lit d'hospitalisation complète

** Échantillonnage des établissements, par sondage aléatoire simple à un degré, stratifié sur la catégorie d'établissement, la taille de l'établissement et la région (170 strates)

*** Échantillon d'ES pour la France estimé par l'ECDC (cf. PPS-3 Protocol)

NB : Pas d'enquête de validation prévue pour cette ENP

ÉVOLUTION DU RECUEIL DES DONNÉES

- **Objectifs** : assurer la **comparabilité des résultats avec ceux des ENP antérieures** tout en **tenant compte des nouvelles recommandations** nationales et européennes répondant aux objectifs de l'ENP

QUESTIONNAIRE ÉTABLISSEMENT

- **Suppression** de questions :
 - Sections « Personnel en ETP » : nombre total d'IDE et d'IDE en réanimation ; nombre total d'AS et d'AS en réanimation
 - Section « Prévention et contrôle des infections » : procédure de réévaluation des prescriptions ATB
- **Modification** d'une question :
 - Participation à des réseaux de surveillance : **adaptée aux missions nationales de surveillance des IAS en ES** (SPICMI, SPIADI, SPARES, Autres)
- **Ajout** des questions :
 - **Nombre de cas de COVID-19 hospitalisés dans l'établissement et en réanimation au moment de l'enquête**
 - **Pratique du laboratoire de microbiologie au moment de l'enquête : version du CA-SFM utilisée**

QUESTIONNAIRE PATIENT

- **Définition des infections nosocomiales :**

- **COVID-19 nosocomial** défini selon la sévérité des symptômes (COVASY, COVLAM, COVSEV, COVINC)
- Précision des définitions des infections liées aux cathéters (cf. logigramme)

- **Codage de la sensibilité aux ATB de certains micro-organismes (MO) :**

- Pour chaque famille d'ATB séparément
- Souche de sensibilité intermédiaire (I) n'est plus assimilée à une souche résistante (R) (reco. de la SFM)
- Production de carbapénémase chez les entérobactéries résistantes aux carbapénèmes

Exemple pour les entérobactéries			
2017	Code	2022	Code
C3G-S, CAR-S	0		
C3G-R, non BSLE, CAR-S	1	C3G	S / I / R / INC
C3G-R, BLSE, CAR-S	2	BLSE	Non / Oui / INC
CAR-R	3	CAR	S / I / R / INC
		EPC	Non / Oui / INC
Inconnu	9		

- **Dispositifs invasifs :**

- Ajout des **cathéter Midline** parmi les types de cathéter

- **Suppression de 4 questions :** dose d'AI et de la date du premier AI prescrit s'il y a eu changement d'AI pour la même indication ; notion de **pan-résistance** du micro-organisme ; **code postal** de résidence du patient

NOUVELLE APPLICATION DE SAISIE

<https://previas.santepubliquefrance.fr>

- Gérée par Santé publique France
- Mise en production mi-mai (mail d'info)
- Assure les fonctionnalités de :
 - Saisie des données
 - Edition de rapports automatiques (ES)
 - Export de données
 - Gestion des utilisateurs par établissement
 - Suivi de l'enquête (CPias)
- 4 profils d'utilisateurs :
 - Un ou des utilisateurs par établissement au profil « **établissement** » pour la saisie des données
 - Un utilisateur au profil « **administrateur local** » dans chaque établissement avec des **droits de gestion de l'établissement et des utilisateurs**
 - Un ou plusieurs utilisateur au profil « **CPias** » avec des droit **de suivi de l'enquête** dans leur région
 - Profil administrateur « **SpFrance** »



PÉRIMÈTRE DE L'ENQUÊTE

- Déclarer un questionnaire établissement (QE) pour :
 - **Un établissement au sens du Finess géographique (recommandation)**
 - Mais possibilité de compléter un QE **pour un groupe d'établissements** (ex. groupe d'ES appartenant à la même entité juridique)
 - **Indiquer l'ensemble des établissements groupés dans le questionnaire établissement**
 - ➔ **Les ES participants qui souhaitent regrouper des établissements pour la réalisation de l'ENP communiquent à Santé publique France la liste des ES regroupés**
- Enquête réalisée dans :
 - **Tous les services de l'établissement participant (recommandation)**
 - Mais possibilité d'**exclure certains services de l'enquête**
 - **Indiquer le ou les services exclus de l'enquête**

ENP 2022 : PARTIE 3

MÉTHODE ET ORGANISATION

ENQUÊTE DU LUNDI 16 MAI AU JEUDI 30 JUIN 2022 INCLUS

RÉALISATION DANS UN ÉTABLISSEMENT

- Recueil exhaustif de tous les patients (infectés ET non infectés)
- Réalisé un jour donné dans un service (sur 1 semaine maximum dans l'ES)
- le mardi ou jeudi de préférence
- le même jour dans les services échangeant des patients

SAISIE DES DONNÉES

- Jusqu'au 30 septembre 2022
 - Après cette date il n'est plus possible de saisir de nouveaux questionnaires patient
 - A cette date le questionnaire établissement doit être validé

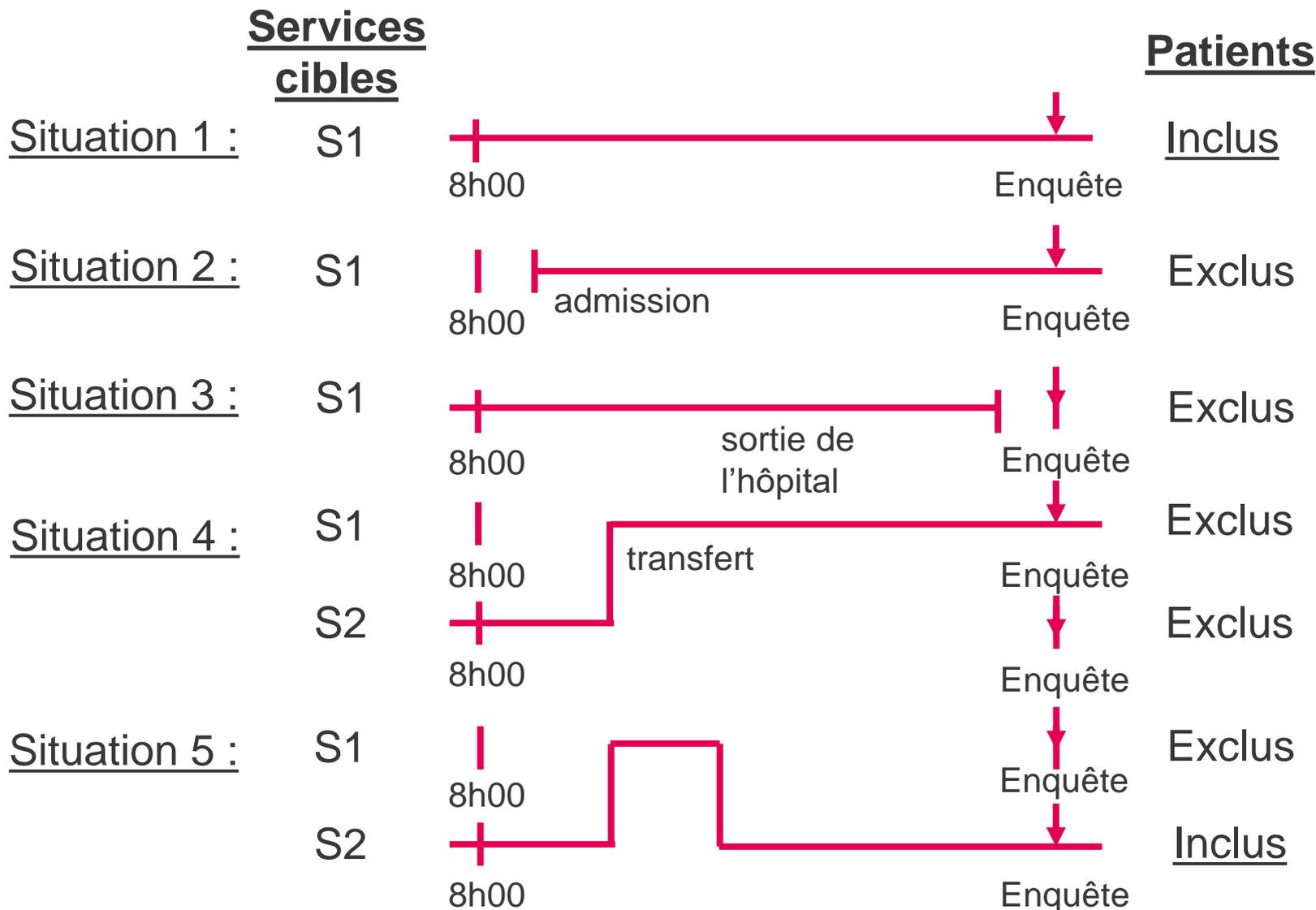
CLÔTURE DE L'ENQUÊTE

- Le 31 décembre 2022
 - Il est possible de valider les questionnaires patients jusqu'à cette date
 - Destruction des fiches sur support papier

POPULATION CIBLE EST IDENTIQUE À CELLE DE L'ENP 2017 (CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ IDENTIQUES)

	Inclus	Exclus
Établissements	<ul style="list-style-type: none"> • ES tirés au sort et non tirés au sort en France métropolitaine et DROM 	<ul style="list-style-type: none"> • HAD
Services	<ul style="list-style-type: none"> • Court-séjour • SSR/SMR • SLD 	<ul style="list-style-type: none"> • EHPAD rattaché ou non à un ES • HAD • Hospitalisation de jour, Dialyse, Urgence • Hospitalisation de nuit en CHS
Patients	<ul style="list-style-type: none"> • Présents le jour de l'enquête • En hospitalisation complète • Entrants du jour avant 8h (situation 1) • Entrés le lundi après permission du WE • Au bloc ou en examen • Mère et nouveaux nés (en maternité) sont comptés séparément 	<ul style="list-style-type: none"> • Admis en hôpital de jour • Entrants du jour après 8h (situation 2) • Sortis avant le passage de l'enquêteur (situation 3) • Transférés dans un autre service avant le passage de l'enquêteur (situation 4)

CRITÈRES D'INCLUSION DES PATIENTS



- **Tous les établissements de santé répondant aux critères d'éligibilité** peuvent participer → cf. tableau (diapo population cible)
- Participation recommandée dans les **ES tirés au sort** et encouragée dans les **ES non tirés au sort** → **l'ensemble des données recueillies par les ES sera exploité**
- Possibilité de réaliser l'enquête dans **tout ou partie des établissements d'une même entité juridique** → périmètre de l'enquête défini dans le questionnaire établissement
- Il est recommandé d'enquêter **dans l'ensemble des services d'un même établissement** → possibilité d'exclure certains services
- **La participation à l'enquête comprend :**
 - **recueil des données** de l'enquête
 - la **saisie** des données **dans l'application PreVIAS**
 - la **validation des questionnaires** saisies dans l'application

ESTIMATION SUR LA BASE DE L'ÉTUDE PILOTE DE L'ECDC

- collecte : 16 minutes en moyenne par questionnaire patient
- saisie : 5 minutes en moyenne par questionnaire patient

ADAPTER LE NOMBRE D'ENQUÊTEURS

à la taille de l'établissement

Exemple : 1 enquêteur peut recueillir les données de 24 patients en une demie journée

Sur la méthode d'enquête

- **Guide de l'enquêteur**
 - sur le site de SpFrance (cf. diapo 31)
- **Questionnaires établissements et patients**
- **Lettre d'information** des patients
- **FAQ** mise à jour tout au cours de l'enquête
- **Présentation de formation** :
 - présentation générale de l'ENP
 - cas cliniques

Sur l'application PreVIAS

- **Guide d'utilisation de PreVIAS** (en cours de rédaction)
- **Tutoriel vidéo** (à venir)
- **Présentation de formation**



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



UN COORDONNATEUR DE L'ENQUÊTE DANS L'ETABLISSEMENT

- Président CME, coordonnateur de la CLIN, membre de l'EOH

DES ENQUÊTEURS EXTERNES AUX SERVICES ENQUÊTÉ

- Médecin, pharmacien, étudiant en médecine ou pharmacie, cadre infirmier ou infirmier hygiéniste → formés par le coordonnateur de l'enquête

DES CORRESPONDANTS DANS CHAQUE SERVICE ENQUÊTÉ

- Un correspondant **médical**
- Et un correspondant **infirmier**

- Responsable de la **réalisation de l'enquête** dans l'établissement de sa **préparation jusqu'à la diffusion des résultats**
- Informe le **directeur de l'établissement et les personnels des services** de l'enquête
- Sélectionne et forme **les enquêteurs**
- Coordonne l'**équipe en charge de l'enquête**, du recueil et de la saisie des données
- Responsable de l'**information des patients** inclus
- Fournit les **questionnaires patient au format papier**
- Vérifie l'application des **critères d'éligibilité des patients** et de leur inclusion
- Facilite l'accès des enquêteurs aux **dossiers des patients**
- Anime les échanges pour le **diagnostic des infections nosocomiales**
- Coordonne **la saisie et de la validation des données** dans l'application PreVIAS
- Assure le rôle d'**administrateur local** dans l'application PreVIAS
- Complète les variables du **questionnaire établissement**
- Garant de **la protection des données personnelles**
- Relais du **référént régional de l'enquête en CPias**
- Responsable de l'**analyse des résultats** au niveau de l'établissement
- Responsable de **la diffusion des résultats** dans son établissement

AVANT L'ENQUÊTE

- Prend contact avec les **correspondants médical et infirmier** des services enquêtés

LE JOUR DE L'ENQUÊTE

- Informe les **patients** inclus
- **Récupère** dans chaque service les **questionnaires patient** préparés par le correspondant infirmier
- Remplit les **questionnaires patient** à partir :
 - **dossier médical** : pour renseigner la section « Infection(s) nosocomiale(s) » (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)
pour renseigner la section « Traitement(s) anti-infectieux » (molécule, voie d'administration, date de prescription)
 - **lit du patient** : pour renseigner la section « Dispositif(s) invasif(s) » le jour de l'enquête
- Etablit la liste des résultats en attente pour les IN identifiées

APRÈS L'ENQUÊTE

- Valide les **IN identifiées** avec le correspondant médical
- Participe à la **saisie des données** des questionnaires patient

LA VEILLE DE L'ENQUÊTE

- Inclus les **patients éligibles** dans son service
- Pré-remplit les **questionnaires patient** donnés par le coordonnateur avec les données des sections :
 - « Etablissement et service » : date de l'enquête, code du service (code interne à l'établissement fourni par le coordonnateur), spécialité du service
 - « Patient » : spécialité du patient, âge, sexe, date hospitalisation, chirurgie depuis l'admission
 - « Dispositif(s) invasif(s) » : sonde urinaire, intubation et types de cathéter chez le patient

LE JOUR DE L'ENQUÊTE

- Accompagne l'**enquêteur** dans son service pour :
 - l'**information des patients**
 - la **vérification des dispositifs invasifs**

LE JOUR DE L'ENQUÊTE

- Aide l'enquêteur au **recueil des données** des sections :
 - « Patient » : score de McCabe (indice de gravité des patients), immunodépression, chirurgie depuis l'admission (intervention chirurgicale), cancer évolutif
 - « Traitement(s) anti-infectieux » : contexte de prescription, le diagnostic et la raison du changement d'anti-infectieux en cas de changement
 - « Infection(s) nosocomiale(s) » : sensibilité du MO
- Valide le **diagnostic d'IN** recensée par l'enquêteur

CPIAS

- Identifier un référent de l'ENP-2022 au sein du CPIAS
- Contacter les ES tirés au sort pour leur indiquer qu'ils font partie de l'échantillon et les encourager à participer à l'enquête
- Transmettre la liste des ES de l'échantillon à l'ARS de leur région
- Organiser des formations aux ES et fournir les supports de formation aux coordinateurs de l'enquête dans les établissements
- Suivre la participation à l'enquête dans leur région (à l'aide de l'outil PreVIAS)
- Encourager tous les établissements à la réalisation de l'ENP 2022 (TAS et non TAS)
- Fournir une assistance méthodologique aux ES participants à l'enquête

SPFRANCE

- Coordonner la mise en œuvre de l'enquête au niveau national
- Assurer le support applicatif de PreVIAS
- Effectuer les regroupement des établissements dans PreVIAS communiqués par les coordinateurs
- Assurer la mise à disposition des outils d'enquête
- Réaliser l'analyse des données au niveaux régional et national
- Valoriser les résultats

RÉFÉRENTS RÉGIONAUX DE L'ENP-2022 EN CPIAS

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

SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

- **Question sur la mise en œuvre du protocole** : Côme Daniau
come.daniau@santepubliquefrance.fr
- **Question sur le traitement de données à caractère personnel** : Clothilde Hachin
dpo@santepubliquefrance.fr

APPLICATION PREVIAS

- **URL de l'application** : <https://previas.santepubliquefrance.fr> (mise en production mi-mai)
- **Question sur l'utilisation de l'application PreVIAS (support applicatif)** :
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>

SUR L'APPLICATION



Enquête de prévalence des
infections associées aux soins

SAISIE EN 2 ÉTAPES

1. Questionnaire « Etablissement » (QE) : saisir et enregistrer



➤ Enregistrer une 1^{ère} fois le QE pour pouvoir saisir des questionnaires patient

2. Questionnaire « Patient » (QP) : saisir et enregistrer

➤ Contrôle à la saisie et à l'enregistrement



VALIDER LES QUESTIONNAIRES





• Un questionnaire complet et comportant des données répondant aux critères de validité peut être validé

! Toute valeur manquante sera bloquante pour la validation du questionnaire

! Mise en œuvre de contrôle bloquant la validation du questionnaire

! Contrôle de cohérence des données et identification des doublons potentiels non bloquants

• Seules les questionnaires validés sont pris en compte dans :

➤ La production du rapport automatisé

➤ L'analyse des données au niveau régional et national

• Les questionnaires validés ne peuvent plus être modifiés (sauf si débloqués)

DÉBLOQUER DES QUESTIONNAIRES

DÉBLOQUER

DÉBLOQUER LA SÉLECTION



- Demander le déblocage d'un questionnaire validé pour pouvoir le modifier



- Un questionnaire au statut « Débloqué » peut être modifié puis validé à nouveau



EXPORTER DES DONNÉES

- Disposer d'une copie d'un **questionnaire au format .pdf**

EXPORT PDF

- Disposer d'un fichier de données d'un **ensemble de questionnaires sélectionnés au format .csv**

EXPORTER LA SÉLECTION

VALIDER DES DONNÉES D'UN ENSEMBLE DE QUESTIONNAIRE

- Valider un ensemble de questionnaires patient

VALIDER LA SÉLECTION



SUPPRIMER DES DONNÉES

- Supprimer un **seul questionnaire patient**
- Supprimer un **ensemble de questionnaires patient**

SUPPRIMER LA SÉLECTION

MESSAGES À DESTINATION DES FUTURS UTILISATEURS DE PREVIAS

- **Emailing envoyé par Santé publique France**

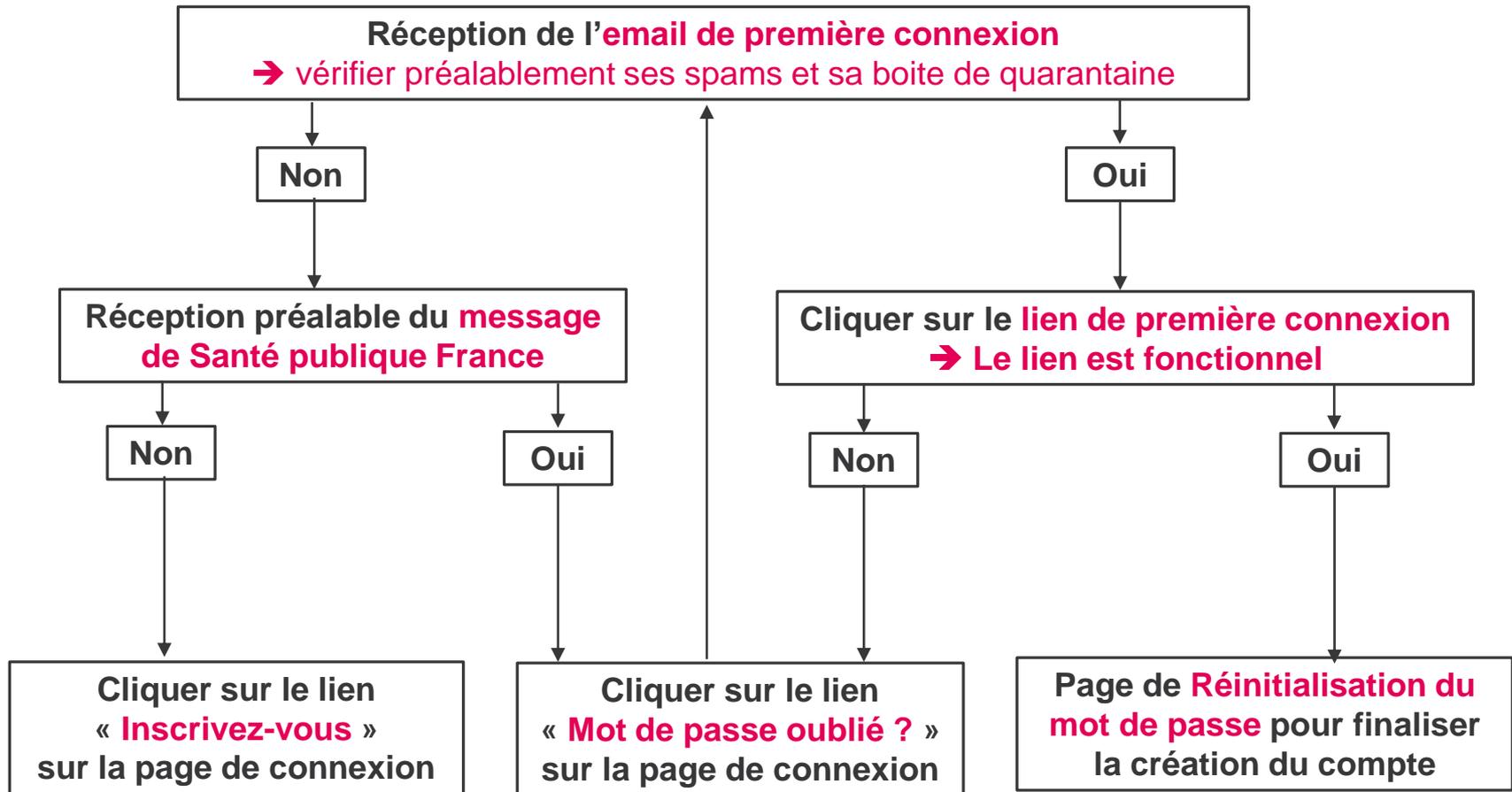
- Utilisateurs identifiés à partir de l'annuaire national des CPias → Importés dans l'application
- Contenu de l'email personnalisé :
 - Les établissements auxquels les utilisateurs auront accès
 - Le statut de l'utilisateur : « utilisateur établissement » ou « administrateur local »
 - Les modalités de première connexion

- **Email de première connexion**

- **Envoyé automatiquement par l'application** dans les 2 jours qui suivent la réception de l'emailing de SpFrance
- **Comporte un lien de première connexion** → conduit vers une page d'initialisation du mot de passe pour finaliser la création du compte

MOT DE PASSE OUBLIÉ ?

INSCRIPTION



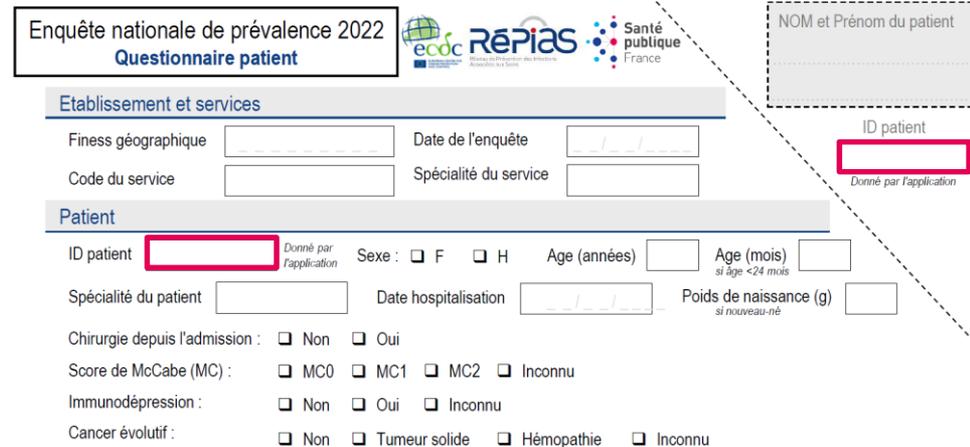
Vous n'avez pas de compte ?

[Inscrivez-vous](#)

[Mot de passe oublié ?](#)

UN NUMÉRO PAR FICHE PATIENT

- Attribué par l'application
 - ES2022-[ID QE]-[n° QP]
ex. : ES2022-2430-123
- À reporter à deux endroits [n° QP] sur la fiche patient :
 - Section « Patient »
 - Talon étiquette



Enquête nationale de prévalence 2022
Questionnaire patient

Etablissement et services

Finess géographique Date de l'enquête

Code du service Spécialité du service

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

NOM et Prénom du patient

ID patient
Donné par l'application

TALON AVEC ÉTIQUETTE PATIENT ET NUMÉRO DU QUESTIONNAIRE PATIENT

- À découper après la saisie
- À conserver jusqu'à la destruction des questionnaires par le coordonnateur au plus tard le 31 décembre 2022

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

- Aucune donnée directement nominative n'est saisie dans l'application
- Déclaration CNIL faite par SpFrance pour l'ensemble des ES

PRODUCTION DE RAPPORTS

- **Rapport automatisé** : au niveau de l'établissement ou du groupe d'ES (pour le QE)
 - Pour l'ensemble de l'établissement
 - Texte dynamique et tableau descriptif (effectif, prévalence, part relative)
 - Accessible directement en ligne sur l'application
- **Rapport national / synthèse régionale** : courant 2023

Rapport
automatisé

CONTENU DU RAPPORT AUTOMATISÉ PAR ÉTABLISSEMENT

- **Description des caractéristiques des patients** : âge, sexe, type de service, McCabe, immunodépression, intervention chirurgicale, affections malignes
- **Description de l'exposition aux dispositifs invasifs** : par type de DI, type de cathéter (par type de service)
- **Description des infections nosocomiales** : prévalence des patients infectés et prévalence des IN ; par origine ; par type de séjour ; par site anatomique ; selon les caractéristiques des patients ; selon l'exposition aux DI
- **Description des micro-organismes isolés d'infections** : par type de service ; pour certains sites infectieux ; résistance aux ATB
- **Descriptions des traitements anti-infectieux** : par famille et par molécule ; selon les contexte de prescription ; voie d'administration ; diagnostic des infections associés au traitement ; raison du changement d'AI

ENP 2022 : PARTIE 4

DÉFINITIONS DES INFECTIONS NOSOCOMIALES (IN)

DÉFINITION

- Infection contractée dans un établissement et ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge d'un patient

DÉLAI

- Premiers signes au moins 48h après l'admission (*définition selon protocole ECDC*)

CAS PARTICULIER DES ISO

- Intervention chirurgicale dans les 30 jours précédents l'infection
- Pose d'un implant ou d'une prothèse dans les 90 jours précédents l'infection (*définition selon protocole ECDC*)

IN CLINIQUE +/- EXAMENS PARACLINIQUES (MICROBIOLOGIQUES, RADIOLOGIQUES, SÉROLOGIQUES...)

- **Si examens en cours le jour de l'enquête**
 - attendre les résultats pour confirmer l'infection
 - ET noter « diagnostic différé »

IN ACTIVES : 2 TYPES

- **Nécessitant un traitement par voie générale**
 - non encore traitées ou en cours de traitement
- **Ne nécessitant pas de traitement antibiotique**
 - mais en cours de guérison
 - Exemple : infection locale sur cathéter, ISO superficielles...*

IN IMPORTÉE = ACQUISE DANS UN AUTRE ÉTABLISSEMENT

- Si patient est transféré d'un autre ES ou résident d'Ehpad
- **ET si IN :**
 - Présente à l'admission
 - Ou se déclarant dans : 1) les 48 premières heures du séjour 2) les 30 jours suivant une intervention chirurgicale 3) les 90 jours suivant la pose de matériel prothétique

A QUEL SERVICE/ÉTABLISSEMENT ATTRIBUER L'IN ?

- Pour une IN acquise dans un autre service de l'ES enquêté
 - Attribuée au service où le patient est hospitalisé le jour de l'enquête
- Pour une IN acquise dans l'ES enquêté lors d'un précédent séjour
 - Attribuée au service où le patient est hospitalisé le jour de l'enquête
 - Et indiquer l'origine importée : acquise dans l'ES au cours d'un séjour antérieur
- Pour une IN acquise dans un autre ES ou Ehpad
 - Attribuée à l'ES où le patient est hospitalisé le jour de l'enquête
 - Et indiquer l'origine importée : acquise dans un autre ES de court séjour ; dans un autre ES que de court séjour (PSY, SSR, SLD, HAD) ou en Ehpad

ENP 2022 : PARTIE 5

QUESTIONNAIRES

QUESTIONNAIRE ÉTABLISSEMENT (8 SECTIONS)

- Généralités
- Périmètre de l'enquête
- Personnel en ETP
- Capacité d'accueil
- Statistiques annuelles
- Situation COVID-19
- Pratique du laboratoire de microbiologie
- Prévention et contrôles des infections

QUESTIONNAIRE PATIENT (5 SECTIONS)

- Etablissement et service
- Patient
- Dispositif(s) invasif(s)
- Traitement(s) anti-infectieux
- Infection(s) nosocomiale(s)

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 Non Oui

Rapport annuel de prévention des IAS, validé et approuvé par la Direction/CME Non Oui

Participation à des systèmes de surveillance pendant l'année précédente : SPICMI SPIADI SPARES Autre

QUESTIONNAIRE ÉTABLISSEMENT (QE)

QUESTIONNAIRE ÉTABLISSEMENT

Enquête nationale de prévalence 2022
Questionnaire établissement

Généralités

Raison sociale :
 Finess géographique :
 Statut juridique :
 Région :
 Code Postal :
 Administrateur local :

Finess juridique :
 Catégorie d'établissement :
 Département :
 Commune :

Périmétrie de l'enquête

Données recueillies pour : Un seul établissement (indiquez à-dessus)
 Un groupe d'établissements

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

Raison sociale : Finess géographique : Finess juridique :
 Raison sociale : Finess géographique : Finess juridique :
 Raison sociale : Finess géographique : Finess juridique :
 Raison sociale : Finess géographique : Finess juridique :
 Raison sociale : Finess géographique : Finess juridique :

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

Si oui, préciser : Type de service : Nombre de lits :
 Type de service : Nombre de lits :
 Type de service : Nombre de lits :

Personnel (en ETP) au moment de l'enquête

Nombre d'infirmières hygiénistes : Nombre de référents antibiotiques :
 Nombre de praticiens hygiénistes :

Capacité d'accueil au moment de l'enquête

Nombre de lits de médecine : Nombre de lits de SSR :
 Nombre de lits de chirurgie : Nombre de lits de ELD :
 Nombre de lits d'obstétrique : Nombre total de lits : Densité d'équipement par patient :
 Nombre de lits de réanimation : Nombre total de chambres :
 Nombre de lits de psychiatrie : Nombre de chambres individuelles :

Statistiques annuelles au 31/12/2021

Nombre d'admissions par an : Nombre de tests à la recherche de Clostridium difficile réalisés par an :
 Nombre de journées d'hospitalisation par an : Consommation totale annuelle de PHA :
 Nombre d'hémodiures réalisées par an :

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 :

Pratique du laboratoire de microbiologie au moment de l'enquête

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

Prévention et contrôle des infections au 31/12/2021

Exposition annuel de prévention des AIS, validé et approuvé par la Direction CHSE : Non Oui
 Exposé annuel de prévention des AIS, validé et approuvé par la Direction CHSE : Non Oui
 Participation à deux systèmes de surveillance pendant l'année précédente : SPCMI SPADI SPARES Autre

SECTION GÉNÉRALITÉS

• Les données concernent les données administratives de l'établissement de santé enquêté :

- Raison sociale, numéro de Finess géographique et de Finess juridique
- Région, Département, Commune et Code postal
- Utilisateur au profil « Administrateur local » pour l'établissement (utilisateur disposant de droits de gestion de l'établissement et des utilisateurs de l'ES)

Enquête nationale de prévalence 2022 Questionnaire établissement

Généralités

Raison sociale :

Finess géographique :

Statut juridique :

Région :

Code Postal :

Administrateur local (PrevIAS) :

Finess juridique :

Catégorie d'établissement :

Département :

Commune :

Enquête nationale de prévalence 2022
Questionnaire établissement

Généralités

Raison sociale: _____
 Finess géographique: _____
 Raison sociale: _____
 Finess géographique: _____
 Raison sociale: _____
 Finess géographique: _____
 Finess juridique: _____
 Catégorie d'établissement: _____
 Département: _____
 Commune: _____

Périmétrie de l'enquête

Données recueillies pour: Un seul établissement (indique 0-début)
 Un groupe d'établissements

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

Raison sociale: _____ Finess géographique: _____ Finess juridique: _____
 Raison sociale: _____ Finess géographique: _____ Finess juridique: _____
 Raison sociale: _____ Finess géographique: _____ Finess juridique: _____
 Raison sociale: _____ Finess géographique: _____ Finess juridique: _____

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

Où: service: _____ Type de service: _____ Nombre de lits: _____
 Type de service: _____ Nombre de lits: _____
 Type de service: _____ Nombre de lits: _____
 Type de service: _____ Nombre de lits: _____

Personnel (en ETP) au moment de l'enquête

Nombre d'infirmières diplômées: _____ Nombre de référents antibiotiques: _____
 Nombre de praticiens hygiénistes: _____

Capacité d'accueil au moment de l'enquête

Nombre de lits de médecine: _____ Nombre de lits de SSR: _____
 Nombre de lits de chirurgie: _____ Nombre de lits de SLD: _____
 Nombre de lits d'obstétrique: _____ Nombre total de lits: _____
 Nombre de lits de réanimation: _____ Nombre total de chambres: _____
 Nombre de lits de psychiatrie: _____ Nombre de chambres industrielles: _____

Statistiques annuelles au 31/12/2021

Nombre d'admissions par an: _____ Nombre de tests à la recherche de Clostridium difficile réalisés par an: _____
 Nombre de journées d'hospitalisation par an: _____ Consommation total annuelle de PHA: _____
 Nombre d'hémodiures réalisées par an: _____

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: _____

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

Exposition annuel de prévention des AIS, validé et approuvé par la Direction DCE: Non Oui
 Exposé annuel de prévention des AIS, validé et approuvé par la Direction DCE: Non Oui
 Participation à deux systèmes de surveillance pendant l'année précédente: SPCHS SPACI SPARES Autre

SECTION GÉNÉRALITÉS

• Les données sont pré-remplies dans l'application

- Elles sont à vérifier au moment de la saisie
 - Elles ne peuvent pas être modifiées directement dans le QE
 ➔ Seul l'utilisateur au profil « **Administrateur local** » peut **modifier ces données dans le menu « Administration/Gestion des établissements »**
 - Dans le cas d'une **erreur sur les numéros de Finess géographique et Finess juridique**
 ➔ L'administrateur local contacte le support applicatif de PreVIAS
- Si le QE est complété pour un groupe d'établissements, **l'établissement indiqué dans cette section (ES référent) correspond à celui :**
 1. dont la **catégorie est représentative de l'activité du groupe d'établissements enquêtés**
 2. qui **regroupe la plupart des lits** du groupe d'établissements enquêtés

QUESTIONNAIRE ÉTABLISSEMENT

Enquête nationale de prévalence 2022
Questionnaire établissement

Généralités

Raison sociale : _____
 Finess géographique : _____
 Finess juridique : _____
 Catégorie d'établissement : _____
 Région : _____
 Département : _____
 Code Postal : _____
 Commune : _____
 Administrateur local : _____

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 : _____	Finess géographique : _____	Finess juridique : _____
Raison sociale : _____	Finess géographique : _____	Finess juridique : _____
Raison sociale : _____	Finess géographique : _____	Finess juridique : _____
Raison sociale : _____	Finess géographique : _____	Finess juridique : _____

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

Si oui, préciser :

Type de service : _____	Nombre de lits : _____
Type de service : _____	Nombre de lits : _____
Type de service : _____	Nombre de lits : _____
Type de service : _____	Nombre de lits : _____

Personnel (en ETP) au moment de l'enquête

Nombre d'infirmières diplômées : _____
 Nombre de praticiens hospitaliers : _____

Capacité d'accueil au moment de l'enquête

Nombre de lits de soins de suite et de soins intensifs (SSSI) : _____
 Nombre de lits de soins de suite et de soins intensifs (SSSI) : _____
 Nombre de lits de soins de suite et de soins intensifs (SSSI) : _____
 Nombre de lits de soins de suite et de soins intensifs (SSSI) : _____

Qualité de l'établissement

Nombre d'administrateurs : _____
 Nombre de diplômés : _____
 Nombre de diplômés : _____
 Nombre de diplômés : _____

Situation COVID-19 au moment de l'enquête

Nombre de cas de COVID-19 hospitalisés : _____
 Nombre de cas de COVID-19 hospitalisés : _____

Pratique du laboratoire

Version du CA-SFM utilisée : _____

Prévention et contrôle

Exposition annuelle de prévalence et d'approvisionnement par le SSI : _____
 Exposition annuelle de prévalence et d'approvisionnement par le SSI : _____
 Exposition annuelle de prévalence et d'approvisionnement par le SSI : _____

SECTION GÉNÉRALITÉS

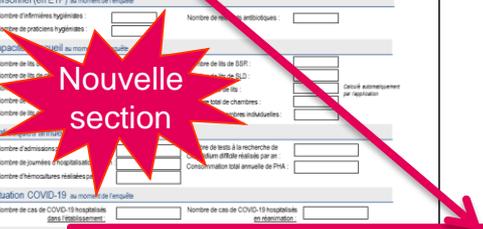
• Indiquer si les données sont recueillies :

➤ Pour un seul établissement (au sens du Finess géographique)

➤ Pour un groupe d'établissements

1. Communiquer les établissements regroupés au support applicatif

2. Indiquer l'ensemble des établissements groupés dans le QE :
 Nom, Finess géographique et juridique de chaque ES
 (à l'exception de l'établissement référent)



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 : _____	Finess géographique : _____	Finess juridique : _____
Raison sociale : _____	Finess géographique : _____	Finess juridique : _____
Raison sociale : _____	Finess géographique : _____	Finess juridique : _____
Raison sociale : _____	Finess géographique : _____	Finess juridique : _____
Raison sociale : _____	Finess géographique : _____	Finess juridique : _____

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

Si oui, préciser :

Type de service : _____	Nombre de lits : _____
Type de service : _____	Nombre de lits : _____
Type de service : _____	Nombre de lits : _____
Type de service : _____	Nombre de lits : _____

Enquête nationale de prévalence 2022
Questionnaire établissement

Généralités

Raison sociale : _____
 Finess géographique : _____
 Finess juridique : _____
 Région : _____
 Code Postal : _____
 Département : _____
 Commune : _____
 Administrateur local : _____

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 : _____	Finess géographique : _____	Finess juridique : _____
Raison sociale : _____	Finess géographique : _____	Finess juridique : _____
Raison sociale : _____	Finess géographique : _____	Finess juridique : _____
Raison sociale : _____	Finess géographique : _____	Finess juridique : _____

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

Si oui, préciser :

Type de service : _____	Nombre de lits : _____
Type de service : _____	Nombre de lits : _____
Type de service : _____	Nombre de lits : _____
Type de service : _____	Nombre de lits : _____

Personnel (en ETP) au moment de l'enquête

Nombre d'infirmières diplômées : _____
 Nombre de praticiens hospitaliers : _____
 Nombre de médecins généralistes : _____
 Nombre de médecins spécialistes : _____
 Nombre de pharmaciens : _____
 Nombre de biologistes : _____
 Nombre de kinésithérapeutes : _____
 Nombre de psychologues : _____
 Nombre de nutritionnistes : _____
 Nombre de diététiciens : _____
 Nombre de techniciens de laboratoire : _____
 Nombre de techniciens de soins : _____
 Nombre de techniciens de radiologie : _____
 Nombre de techniciens de soins infirmiers : _____
 Nombre de techniciens de soins dentaires : _____
 Nombre de techniciens de soins infirmiers spécialisés : _____
 Nombre de techniciens de soins infirmiers de nuit : _____
 Nombre de techniciens de soins infirmiers de jour : _____
 Nombre de techniciens de soins infirmiers de nuit : _____
 Nombre de techniciens de soins infirmiers de jour : _____

Capacités

Nombre de lits de soins de suite et de réhabilitation : _____
 Nombre de lits de soins de suite et de réhabilitation de jour : _____
 Nombre de lits de soins de suite et de réhabilitation de nuit : _____
 Nombre de lits de soins de suite et de réhabilitation de jour et de nuit : _____
 Nombre de lits de soins de suite et de réhabilitation de jour et de nuit : _____
 Nombre de lits de soins de suite et de réhabilitation de jour et de nuit : _____
 Nombre de lits de soins de suite et de réhabilitation de jour et de nuit : _____

Qualité des soins

Nombre d'administrations de médicaments : _____
 Nombre de journées d'hospitalisation : _____
 Nombre d'hémodialyses réalisées par an : _____
 Nombre de consultations de soins infirmiers : _____
 Concomitance totale annuelle de PNH : _____

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 : _____

Pratique du laboratoire

Version du CA-SFM utilisée : _____
 Prévention et contrôle des infections : _____
 Évaluation annuelle de prévalence et d'incidence par le SSI : _____
 Évaluation annuelle de prévalence et d'incidence par le SSI : _____
 Évaluation annuelle de prévalence et d'incidence par le SSI : _____
 Évaluation annuelle de prévalence et d'incidence par le SSI : _____

SECTION GÉNÉRALITÉS

- Indiquer **le ou les services exclus** de l'enquête :
 - Exclusion de certains services ? : « Oui » ou « Non »
 - ➔ **il est recommandé d'enquêter dans l'ensemble des services de l'établissement ou du groupe d'établissements enquêté**
 - Si oui, préciser le **type de service** (MCO, réanimation, SMR, SLD, Psy) et le **nombre de lits concernés de chaque service exclu**

Nouvelle section

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 : _____	Finess géographique : _____	Finess juridique : _____
Raison sociale : _____	Finess géographique : _____	Finess juridique : _____
Raison sociale : _____	Finess géographique : _____	Finess juridique : _____
Raison sociale : _____	Finess géographique : _____	Finess juridique : _____
Raison sociale : _____	Finess géographique : _____	Finess juridique : _____

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

Si oui, préciser :

Type de service : _____	Nombre de lits : _____
Type de service : _____	Nombre de lits : _____
Type de service : _____	Nombre de lits : _____
Type de service : _____	Nombre de lits : _____
Type de service : _____	Nombre de lits : _____

Enquête nationale de prévalence 2022
Questionnaire établissement

Généralités

Raison sociale: _____
 Finesse géographique: _____
 État juridique: _____
 Région: _____
 Code Postal: _____
 Administrateur local (Pré-AIS): _____

Finesse juridique: _____
 Catégorie d'établissement: _____
 Département: _____
 Commune: _____

Périmétrie de l'enquête

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

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

Raison sociale: _____ Finesse géographique: _____ Finesse juridique: _____
 Raison sociale: _____ Finesse géographique: _____ Finesse juridique: _____
 Raison sociale: _____ Finesse géographique: _____ Finesse juridique: _____
 Raison sociale: _____ Finesse géographique: _____ Finesse juridique: _____

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

Si oui, préciser: Type de service: _____ Nombre de lits: _____
 Type de service: _____ Nombre de lits: _____
 Type de service: _____ Nombre de lits: _____

Personnel (en ETP) au moment de l'enquête

Nombre d'infirmières hygiénistes: _____ Nombre de référents antibiotiques: _____
 Nombre de praticiens hygiénistes: _____

Capacité d'accueil au moment de l'enquête

Nombre de lits de médecine: _____ Nombre de lits de SSR: _____
 Nombre de lits de chirurgie: _____ Nombre de lits de SLD: _____
 Nombre de lits d'obstétrique: _____ Nombre de lits de lits: _____
 Nombre de lits de réanimation: _____ Nombre de lits de chambres: _____
 Nombre de lits de psychiatrie: _____ Nombre de lits de services ambulatoires: _____

Statistiques annuelles au 31/12/2021

Nombre d'admissions par an: _____ Nombre de lits de recherche de
 Classification DRG: _____ réalisés par an: _____
 Nombre de journées d'hospitalisation par an: _____
 Nombre d'hémodialyses réalisées par an: _____ Consommation collective de PhK: _____

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: _____

Pratique du laboratoire de microbiologie au moment de l'enquête

Version du CA-SPM utilisé: Antérieure au CA-SPM 2020 CA-SPM 2020 ou postérieur

Prévention et contrôle des infections au 31/12/2021

Exposition annuel de prévention des AIS, validé et approuvé par la Direction CHIE: Non Oui

Exposé annuel de prévention des AIS, validé et approuvé par la Direction CHIE: Non Oui

Participation à des systèmes de surveillance pendant l'année précédente: SPICM SPADI SPARES Autre

SECTION PERSONNEL (EN ETP)

- Par rapport à 2017 : 4 questions ont été exclues (nombre total d'IDE et d'IDE en réanimation ; nombre total d'aide soignant et d'AS en réanimation)
- Recueillir les données **en équivalent temps plein (ETP)**
 - Possibilité de saisir des décimales (exemple : 1,25 ETP)
 - Comptabiliser l'ensemble du personnel salarié dans l'établissement ou le groupe d'établissements enquêtés, quel que soit le statut d'emploi (CDI, CDD, interim) au moment de l'enquête
 - Seul le personnel des services éligibles à l'enquête (CS, SSR, SLD, PSY) est pris en compte (sans exclure le personnel des services éligibles exclus)
- Données collectées auprès de l'administration
- Données les plus récentes par rapport au moment de l'enquête

Personnel (en ETP) au moment de l'enquête

Nombre d'infirmières hygiénistes

Nombre de référents antibiotiques

Nombre de praticiens hygiénistes

QUESTIONNAIRE ÉTABLISSEMENT

Enquête nationale de prévalence 2022
Questionnaire établissement

Généralités

Raison sociale: _____
 Finesse géographique: _____
 Sexe juridique: _____
 Région: _____
 Code Postal: _____
 Administrateur local (Pré-AJD): _____

Finesse juridique: _____
 Catégorie d'établissement: _____
 Département: _____
 Commune: _____

Périmétrie de l'enquête

Données recueillies pour: Un seul établissement (indique si-dessus) Un groupe d'établissements

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

Raison sociale: _____ Finesse géographique: _____ Finesse juridique: _____
 Raison sociale: _____ Finesse géographique: _____ Finesse juridique: _____
 Raison sociale: _____ Finesse géographique: _____ Finesse juridique: _____
 Raison sociale: _____ Finesse géographique: _____ Finesse juridique: _____
 Raison sociale: _____ Finesse géographique: _____ Finesse juridique: _____

Exclusion de certains services: Oui (si situation classique) Non

Si Oui, préciser: Type de service: _____ Nombre de lits: _____
 Type de service: _____ Nombre de lits: _____
 Type de service: _____ Nombre de lits: _____
 Type de service: _____ Nombre de lits: _____

Personnel (en ETP) au moment de l'enquête

Nombre d'infirmières diplômées: _____
 Nombre de praticiens hygiénistes: _____
 Nombre de visiteurs ambulatoires: _____

Capacité d'accueil au moment de l'enquête

Nombre de lits de médecine: _____ Nombre de lits de SSR: _____
 Nombre de lits de chirurgie: _____ Nombre de lits de SLD: _____
 Nombre de lits d'obstétrique: _____ Nombre total de lits: _____
 Nombre de lits de réanimation: _____ Nombre total de chambres: _____
 Nombre de lits de psychiatrie: _____ Nombre de chambres individuelles: _____

Statistiques annuelles au 31/12/2021

Nombre d'admissions par an: _____ Nombre de lits à la recherche de Couverture (MRE) réalisés par an: _____
 Nombre de journées d'hospitalisation par an: _____ Couverture totale annuelle de PMA: _____
 Nombre d'hémodialyses réalisées par an: _____

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: _____

Pratique du laboratoire de microbiologie au moment de l'enquête

Version du CA-SPM utilisé: Antérieure au CA-SPM 2020 CA-SPM 2020 ou supérieure

Prévention et contrôle des infections au 31/12/2021

Exposition annuel de prévention des AIS, validé et approuvé par la Direction CHIE: Non Oui
 Exposé annuel de prévention des AIS, validé et approuvé par la Direction CHIE: Non Oui
 Participer à des systèmes de surveillance pendant l'année précédente: SPCMI SPADI SPARES Autre

SECTION CAPACITÉ D'ACCUEIL

- Indiquer le nombre de lits d'hospitalisation complète par types de service
- Indiquer le nombre total de chambres et de chambres individuelles
 - Données en partie **pré-remplies** dans l'application à vérifier
 - **Si un groupe d'établissements est enquêté** : les données correspondent au **nombre de lits et de chambres dans l'ensemble des établissements du groupe**
 - **Ne pas exclure les lits des services exclus**
- Données collectées auprès de l'administration
- Données les plus récentes par rapport au moment de l'enquête

Capacité d'accueil au moment de l'enquête

Nombre de lits de médecine

Nombre de lits de SSR

Nombre de lits de chirurgie

Nombre de lits de SLD

Nombre de lits d'obstétrique

Nombre total de lits

Calculé automatiquement par l'application

Nombre de lits de réanimation

Nombre total de chambres

Nombre de lits de psychiatrie

Nombre de chambres individuelles

Enquête nationale de prévalence 2022
Questionnaire établissement

Généralités

Raison sociale: _____
 Fines géographique: _____
 Lieu juridique: _____
 Région: _____
 Code Postal: _____
 Administrateur local (Prénoms): _____

Fines juridique: _____
 Catégorie d'établissement: _____
 Département: _____
 Commune: _____

Périmétrie de l'enquête

Données recueillies pour: Un seul établissement (indique si-dessus) Un groupe d'établissements

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

Raison sociale: _____ Fines géographique: _____ Fines juridique: _____
 Raison sociale: _____ Fines géographique: _____ Fines juridique: _____
 Raison sociale: _____ Fines géographique: _____ Fines juridique: _____
 Raison sociale: _____ Fines géographique: _____ Fines juridique: _____

Exclusion de certains services: Oui (si situation classique) Non

Si Oui, préciser: Type de service: _____ Nombre de lits: _____
 Type de service: _____ Nombre de lits: _____
 Type de service: _____ Nombre de lits: _____
 Type de service: _____ Nombre de lits: _____

Personnel (en ETP) au moment de l'enquête

Nombre d'infirmières diplômées: _____ Nombre de médecins: _____
 Nombre de praticiens hospitaliers: _____

Capacité d'accueil au moment de l'enquête

Nombre de lits de médecine: _____ Nombre de lits de SSR: _____
 Nombre de lits de chirurgie: _____ Nombre de lits de SLD: _____
 Nombre de lits d'ostéopathe: _____ Nombre total de lits: _____
 Nombre de lits de réanimation: _____ Nombre total de chambres: _____
 Nombre de lits de psychiatrie: _____ Nombre de chambres individuelles: _____
 Saisie administrative par établissement

Statistiques annuelles au 31/12/2021

Nombre d'admissions par an: _____ Nombre de tests à la recherche de Clostridium difficile réalisés par an: _____
 Nombre de journées d'hospitalisation par an: _____ Consommation totale annuelle de PHA: _____
 Nombre d'hémocultures réalisées par an: _____

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: _____

Pratique du laboratoire de microbiologie au moment de l'enquête

Version du CA-SPM utilisé: Antérieur au CA-SPM 2020 CA-SPM 2020 ou postérieur

Prévention et contrôle des infections au 31/12/2021

Équipement annuel de prévention des AIS, validé et approuvé par la Direction CHIE: Non Oui
 Équipement annuel de prévention des AIS, validé et approuvé par la Direction CHIE: Non Oui
 Participation à deux systèmes de surveillance pendant l'année précédente: SPCMI SPADI SPAREC Autre

SECTION STATISTIQUES ANNUELLES

- Recueillir des données statistiques de l'établissement sur l'année précédant l'enquête au 31/12/2021
 - Données en partie **pré-remplies dans l'application** (pour nombre d'admissions et de JH) à vérifier
 - **Si les données sont recueillies pour un groupe d'établissements**, les statistiques correspondent à celle de l'ensemble des établissements du groupe
 - **L'exclusion de certains services n'affectent pas les statistiques annuelles**
- Données collectées auprès de l'administration

Statistiques annuelles au 31/12/2021

Nombre d'admissions par an

Nombre de tests à la recherche de *Clostridium difficile* réalisés par an

Nombre de journées d'hospitalisation par an

Consommation total annuelle de PHA

Nombre d'hémocultures réalisées par an

SECTION SITUATION COVID-19

- Recueillir la **situation de l'établissement ou du groupe d'établissements enquêtés en matière de prise en charge des cas de COVID-19 hospitalisés au moment de l'enquête**
 - **Tous les cas de COVID-19 hospitalisés sont comptés, quel que soit le motif d'hospitalisation, que le patient soit symptomatique ou non**
- Données collectées par le coordonnateur auprès de l'administration
- Données 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

Enquête nationale de prévalence 2022
Questionnaire établissement

Généralités

Raison sociale: _____
 Fines géographique: _____
 Région: _____
 Code Postal: _____
 Administrateur local (Pré-AIS): _____

Fines juridique: _____
 Catégorie d'établissement: _____
 Département: _____
 Commune: _____

Périmétrie de l'enquête

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

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

Raison sociale: _____ Fines géographique: _____ Fines juridique: _____
 Raison sociale: _____ Fines géographique: _____ Fines juridique: _____
 Raison sociale: _____ Fines géographique: _____ Fines juridique: _____
 Raison sociale: _____ Fines géographique: _____ Fines juridique: _____

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

Si oui, préciser: Type de service: _____ Nombre de lits: _____
 Type de service: _____ Nombre de lits: _____
 Type de service: _____ Nombre de lits: _____
 Type de service: _____ Nombre de lits: _____

Personnel (en ETP) au moment de l'enquête

Nombre d'infirmiers diplômés: _____ Nombre de relais/soins ambulatoires: _____
 Nombre de praticiens hygiénistes: _____

Capacité d'accueil au moment de l'enquête

Nombre de lits de médecine: _____ Nombre de lits de SSR: _____
 Nombre de lits de chirurgie: _____ Nombre de lits de SLD: _____
 Nombre de lits d'obstétrique: _____ Nombre total de lits: _____
 Nombre de lits de réanimation: _____ Nombre total de chambres: _____
 Nombre de lits de psychiatrie: _____ Nombre de chambres individuelles: _____

Statistiques annuelles au 31/12/2021

Nombre d'admissions par an: _____ Nombre de tests à la recherche de Clostridium difficile réalisés par an: _____
 Nombre de journées d'hospitalisation par an: _____ Consommation totale annuelle de PNA: _____
 Nombre d'émoultures réalisées par an: _____

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: _____

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

Exposition annuel de prévention des AIS, validé et approuvé par la Direction CHSE: Non Oui

Exposé annuel de prévention des AIS, validé et approuvé par la Direction CHSE: Non Oui

Participation à des systèmes de surveillance pendant l'année précédente: SPCSI SPADI SPARES Autre

SECTION PRATIQUE DU LABORATOIRE DE MICROBIOLOGIE

- Indiquer la **version des recommandations du Comité de l'antibiogramme de la société Française de microbiologie (CA-SFM) utilisée par le laboratoire de microbiologie de référence de l'établissement ou du groupe d'établissements enquêtés au moment de l'enquête**
 - Nécessaire à la **définition des catégories cliniques pour l'interprétation des tests de sensibilité in vitro**
 - Cocher version « **Antérieure au CA-SFM 2020** » ou « **CA-SFM 2020 ou postérieure** »
- Données collectées par le coordonnateur auprès du laboratoire de microbiologie de référence de l'établissement ou du groupe d'établissements enquêtés



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

Enquête nationale de prévalence 2022
Questionnaire établissement

Généralités

Raison sociale: _____
 Fines géographique: _____
 Raison sociale: _____
 Région: _____
 Code Postal: _____
 Administrateur local (Pré-AIS): _____

Fines juridique: _____
 Catégorie d'établissement: _____
 Département: _____
 Commune: _____

Périmétrie de l'enquête

Données recueillies pour: Un seul établissement (indique 0 par défaut) Un groupe d'établissements

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

Raison sociale: _____ Fines géographique: _____ Fines juridique: _____
 Raison sociale: _____ Fines géographique: _____ Fines juridique: _____
 Raison sociale: _____ Fines géographique: _____ Fines juridique: _____
 Raison sociale: _____ Fines géographique: _____ Fines juridique: _____

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

Où, préciser: Type de service: _____ Nombre de lits: _____
 Type de service: _____ Nombre de lits: _____
 Type de service: _____ Nombre de lits: _____
 Type de service: _____ Nombre de lits: _____

Personnel (en ETP) au moment de l'enquête

Nombre d'infirmières diplômées: _____ Nombre de référents antibiotiques: _____
 Nombre de praticiens hygiénistes: _____

Capacité d'accueil au moment de l'enquête

Nombre de lits de médecine: _____ Nombre de lits de SSR: _____
 Nombre de lits de chirurgie: _____ Nombre de lits de SLD: _____
 Nombre de lits d'ostéopathe: _____ Nombre total de lits: _____
 Nombre de lits de réanimation: _____ Nombre total de chambres: _____
 Nombre de lits de psychiatrie: _____ Nombre de chambres individuelles: _____

Statistiques annuelles au 31/12/2021

Nombre d'admissions par an: _____ Nombre de tests à la recherche de Clostridium difficile réalisés par an: _____
 Nombre de journées d'hospitalisation par an: _____ Consommation total annuelle de PNA: _____
 Nombre d'inocultures réalisées par an: _____

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: _____

Pratique du laboratoire de microbiologie au moment de l'enquête

Version du CA-SPM utilisé: Antérieur au CA-SPM 2020 CA-SPM 2020 ou postérieur

Prévention et contrôle des infections au 31/12/2021

Exposant annuel de prévention des IAS, validé et approuvé par la Direction/CME: Non Oui
 Rapport annuel de prévention des IAS, validé et approuvé par la Direction/CME: Non Oui
 Participation à des systèmes de surveillance pendant l'année précédente: SPICMI SPIADI SPARES Autre

SECTION PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

- *Par rapport à 2017* : suppression de la question sur procédure de réévaluation des prescriptions antibiotiques
- Indiquer **les actions mises en œuvre pour la prévention et le contrôle des IAS l'année précédant l'enquête au 31/12/2021**
 - **Programme et rapport annuel de prévention des IAS validé et approuvé par la direction et la CME**
 - **Participation à des systèmes de surveillance pendant l'année précédant l'enquête (SPICMI, SPIADI, SPARES, Autre système de surveillance des IAS)**
- Données collectées par le coordonnateur auprès de l'EOH de l'établissement ou du groupe d'établissements enquêtés

Prévention et contrôle des infections au 31/12/2021

Programme annuel de prévention des IAS, validé et approuvé par la Direction/CME

Non Oui

Rapport annuel de prévention des IAS, validé et approuvé par la Direction/CME

Non Oui

Participation à des systèmes de surveillance pendant l'année précédente :

SPICMI SPIADI SPARES Autre

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	Sonde urinaire : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui à cathéters	Veineux périphérique : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	Intubation : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Midline : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	Cathéter(s) : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <small>(un ou plusieurs)</small>		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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sensibilité MO (ATB - SIR) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Au verso, la liste des MO et des résistances à renseigner

QUESTIONNAIRE PATIENT (QP)

SECTION ÉTABLISSEMENT ET SERVICE

- **Finess géographique** pré-rempli non modifiable
- Indiquer la **date de l'enquête (JJ/MM/AAAA)**
 - L'enquête se déroule le même jour pour tous les patients d'un service enquêté → champ pré-complété à partir de la date saisie dans le QP précédent
- Indiquer le **code ou nom du service** en usage interne à l'ES
 - Champ facultatif (limité à 30 caractères)
 - Champ utilisé pour distinguer différents services ayant la même spécialité, faciliter la gestion des QP, réaliser une analyse locale des données
- Indiquer la **spécialité du service dans lequel le patient est admis**

Enquête nationale de prévalence 2022
Questionnaire patient



Etablissement et services

Finess géographique

Pré-rempli __

Date de l'enquête

Pré-rempli __

Code du service

Facultatif

Spécialité du service

QUESTIONNAIRE PATIENT

Enquête nationale de prévalence 2022
Questionnaire patient



Etablissement et services

Finess géographique

Pré-rempli

Date de l'enquête

Pré-rempli

Code du service

Facultatif

Spécialité du service

Codes inchangés
par rapport à 2017

Liste des Codes
en annexe 1

	53 codes	
Médecine	15 codes	
Chirurgie	18 codes	Chirurgie pédiatrique / infantile Stomatologie ≠ chirurgie maxillo-faciale
Réanimation	7 codes	Réa néonatal / pédiatrique
Gynécologie / Obstétrique / Maternité	4 codes	Chirurgie gynéco
Pédiatrie	3 codes	
Autres	6 codes	SSR / SLD / psy / urgences / brûlés

- Indiquer la **spécialité du service dans lequel le patient est admis**
- Identique pour tous les patients d'un même service enquêté (reporté dans l'application)
- Les **services ou unités de soins intensifs (USI) ou de surveillance continue (USC)** sont **associés à la spécialité médicale ou chirurgicale correspondante**

Exemple : USI de cardiologie → cardiologie médicale (MEDCAR) ou chirurgicale (CHICAR)

USI de néonatalogie → service de néonatalogie (PEDNEO)

USC polyvalente → médecine générale ou polyvalente (MEDGEN)

Service avec activité polyvalente médecine/chirurgie → MEDGEN

Enquête nationale de prévalence 2022
Questionnaire patient

ECOC REPIAS Santé publique France

NOM et Prénom du patient

Établissement et services

Finess géographique : Date de l'enquête :

Code du service : Spécialité du service :

ID patient :

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

Deposits(s) invasifs : Non Oui

Soins (soins) :

Soins sévères :

Soins critiques :

Traitement(s) anti-infectieux : Non Oui

Molécule (DC) : Voie d'administration : Date de début du traitement : Contenance de prescription : Diagnostic : Justification : Changement d'AI :

Infection(s) nosocomiales

Site de l'infection :

Dispositif invasif concerné :

Présente à l'admission : Oui Non

Diagnostique (diffé) :

Origine de l'infection :

Date des premiers signes :

Si bactériémie, origine :

Code MO :

Sensibilité MO (ATB - SIR) :

Au sein, si le site de l'IC et des infections à surveiller

SECTION PATIENT

- Renseigner les caractéristiques du patient et de son séjour
 - *Par rapport à 2017* : suppression du code postal du patient
- A partir du dossier patient (médical, infirmier, prescriptions)
- Renseigné par l'enquêteur et complété par le correspondant infirmier du service

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

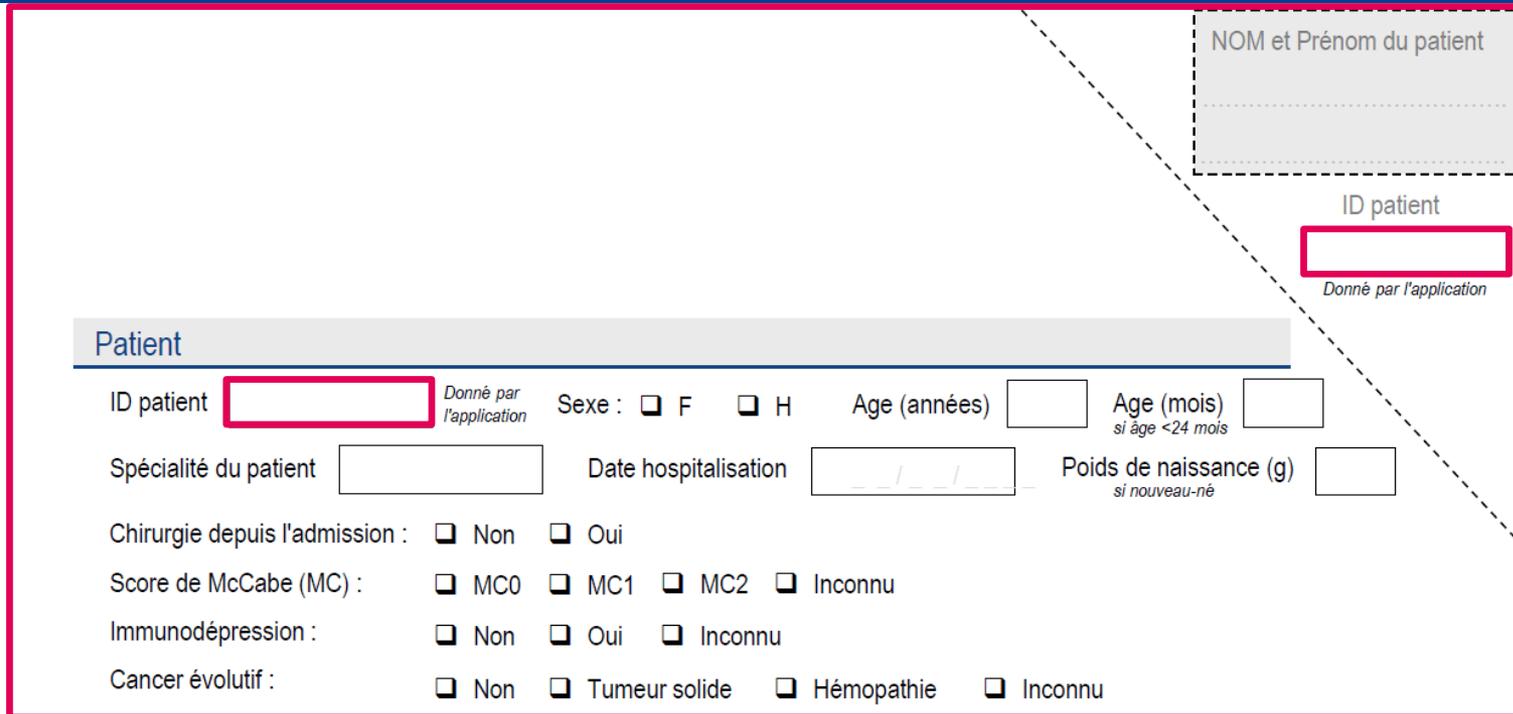
Spécialité du patient Date hospitalisation Poids de naissance (g) si nouveau-né

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



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

- Reporter l'**identifiant du patient généré par l'application**
 - L'identifiant généré est unique et composite au format : **ES2022-[ID QE]-[n° QP]**
n° QP est unique pour un établissement et une ENP
→ **Reporter uniquement le n° QP sur le questionnaire patient sur support papier**
 - dans le **champ ID patient de la section Patient**
 - dans le **champ ID patient de la partie à découper (coupon)**
- Exemple : ID patient généré par l'application : ES2022-1067-123 → reporter « 123 »

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

- Renseigner la **spécialité du service prenant en charge le patient**

- Code de spécialité du service (53 codes en annexe 1)
- Ne pas chercher ici à attribuer l'infection au service dans lequel elle a été acquise
- Les **services ou unités de soins intensifs (USI)** ou de **surveillance continue (USC)** sont associés à la spécialité médicale ou chirurgicale correspondante

Exemple : patient en USI de cardiologie → cardiologie médicale (MEDCAR) ou chirurgicale (CHICAR)

patient en USI de néonatalogie → service de néonatalogie (PEDNEO)

patient en USC polyvalente → spécialité correspondante

- Réponse inconnue n'est pas admise

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

- Renseigner la **date d'hospitalisation** au format **JJ/MM/AAAA**
 - Si le patient est hospitalisé depuis plus d'un an → noter la date une année précédant la date de l'enquête

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

- Renseigner **le sexe et l'âge du patient en années**
 - Le champ Age (en années) est à compléter **en années révolues**
 - Noter **INC** si âge (en année) inconnu

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

- **Si âge du patient (en année) = 0 ou 1**

- **Renseigner l'âge du patient en mois**

- Le champ « Age (en mois) » est à compléter uniquement **pour les enfants de 23 mois ou moins en années révolues**

Exemple : Pour un enfant de plus de ans → Age (en années) = 2 et ne pas renseigner Age (en mois)

Pour un enfant d'un an révolu → Age (en années) = 1 et Age (en mois) = 12 à 23

Pour un enfant de moins de 1 an → Age (en années) = 0 et Age (en mois) = 0 à 11

Pour un nouveau-né de moins de 1 mois → Age (en années) = 0 et Age (en mois) = 0

- Noter **INC** si âge (en mois) inconnu

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

- **Si Age du patient en mois = 0**
- Renseigner **le poids de naissance des nouveaux-nés en gramme**
 - À compléter uniquement **pour les enfants de 28 jours ou moins**
 - Noter **INC** si poids de naissance inconnu

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

- Renseigner **si le patient a été opéré depuis son entrée dans l'établissement**

- Liste des interventions exclues des interventions chirurgicales (p. 41)
- Réponse inconnue n'est pas admise

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

- Renseigner **l'indice de gravité de l'état de santé du patient**

- Si pas d'IN → indique score McCabe le jour de l'enquête
- Si le patient présente une IN → indiquer l'état du patient avant l'IN (à revoir *a posteriori*)

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

- Exemples de codage du score McCabe selon la maladie (p. 42) (selon le protocole européen)

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

- Indiquer **le statut immunitaire du patient**
- Définition de l'immunodépression :
 - 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 $CD4 < 500/mm^3$.

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

- Indiquer **si le patient est atteint d'un cancer évolutif**
- Un cancer est dit évolutif dans les situations suivantes (p. 42) :
 - 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

Enquête nationale de prévalence 2022
Questionnaire patient

ecoc REPIAS Santé publique France

Établissement et services
Finess géographique : _____ Date de l'enquête : _____ ID patient : _____
Code du service : _____ Spécialité du service : _____ Date par rapport : _____

Patient
ID patient : _____ Sexe : F H Age (années) : _____ Age (mois) à 0-12 mois : _____
Spécialité du patient : _____ Date hospitalisation : _____ Poids de naissance (kg) : _____
Chirurgie depuis l'admission : Non Oui
Score de McCabe (MC) : MC0 MC1 MC2 Inconnu
Immunodépression : Non Oui Inconnu
Cancer évolutif : Non Tumeur solide Hémapathie Inconnu

Dispositif(s) invasif(s) Non Oui

Si oui à DI	Sonde urinaire	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui à cathéter(s)	Veineux périphérique	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	Intubation	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Midline	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	Cathéter(s) (un ou plusieurs)	<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 (DC)	Vie d'administration	Date de début du traitement	Contexte de prescription	Diagnostic	Justification dossier	Changement d'AI à l'échelle

Infection(s) nosocomiale(s) Non Oui

Site de l'infection : _____ IN1 _____ IN2 _____

Dispositif invasif concerné : Non Oui Inconnu Non Oui Inconnu
 Ill présente à l'admission : Non Oui Inconnu Non Oui Inconnu
 Diagnostic différent : Non Oui Non
 Origine de l'infection : _____

SECTION DISPOSITIF(S) INVASIF(S)

- Renseigner **le ou les dispositifs invasifs à demeure chez le patient le jour de l'enquête**
 - *Par rapport à 2017 : ajout du cathéter « Midline »*
- A partir du dossier patient et **confirmé le jour de l'enquête au passage au lit du patient au moment de l'enquête**
- Renseigné par l'enquêteur et complété par le **correspondant infirmier du service**

Dispositif(s) invasif(s) Non Oui

Si oui à DI

- Sonde urinaire : Non Oui
- Intubation : Non Oui
- Cathéter(s) : Non Oui
(un ou plusieurs)

Si oui à cathéter(s)

- Veineux périphérique : Non Oui
- Midline : Non Oui
- Artériel : Non Oui
- Sous-cutané : Non Oui
- Veineux central : Non Oui
- Veineux ombilical : Non Oui
- PICC : Non Oui
- Chambre implantable : Non Oui

QUESTIONNAIRE PATIENT

Dispositif(s) invasif(s) Non Oui

Si oui à DI

Sonde urinaire : Non Oui

Intubation : Non Oui

Cathéter(s) : Non Oui
(un ou plusieurs)

Si oui à cathéter(s)

Veineux périphérique : Non Oui

Midline : Non Oui

Artériel : Non Oui

Sous-cutané : Non Oui

Veineux central : Non Oui

Veineux ombilical : Non Oui

PICC : Non Oui

Chambre implantable : Non Oui

- Indiquer si **le patient est porteur d'au moins un dispositif invasif le jour de l'enquête** (cathéter, sonde urinaire ou intubation)
 - Réponse inconnue n'est pas admise

Dispositif(s) invasif(s) Non Oui

Si oui à DI

Sonde urinaire : Non Oui

Intubation : Non Oui

Cathéter(s) : Non Oui
(un ou plusieurs)

Si oui à cathéter(s)

Veineux périphérique : Non Oui

Midline : Non Oui

Artériel : Non Oui

Sous-cutané : Non Oui

Veineux central : Non Oui

Veineux ombilical : Non Oui

PICC : Non Oui

Chambre implantable : Non Oui

• Si Oui

• Indiquer si le patient est porteur d'une sonde urinaire le jour de l'enquête

- **Inclure** uniquement les **sondage urétraux à demeure**
- **Exclure** les cathéters sus-pubiens, les sondes urétrales, les sondages intermittents (autosondages ou hétérosondages)
- *Exemple : pour les patients sondés dans les 7 derniers jours mais pas le jour de l'enquête, il faut coder « Non ». Mais si le patient a une infections urinaires (URIIN1 et URIIN2) → Dispositif invasif concerné = Oui*
- Réponse inconnue n'est pas admise Dispositif(s) invasif(s) = Oui

Dispositif(s) invasif(s) Non Oui

Si oui à DI

Sonde urinaire : Non Oui

Intubation : Non Oui

Cathéter(s) : Non Oui
(un ou plusieurs)

Si oui à cathéter(s)

Veineux périphérique : Non Oui

Midline : Non Oui

Artériel : Non Oui

Sous-cutané : Non Oui

Veineux central : Non Oui

Veineux ombilical : Non Oui

PICC : Non Oui

Chambre implantable : Non Oui

- **Si Oui**

- Indiquer si **le patient est sous ventilation mécanique (intermittente ou non) par intubation endotrachéale ou trachéotomie le jour de l'enquête**

- La seule recherche de la présence d'une intubation ou trachéotomie est insuffisante pour renseigner cette variable, ces dernières pouvant être en ventilation spontanée
- Réponse inconnue n'est pas admise Dispositif(s) invasif(s) = Oui

Dispositif(s) invasif(s) Non Oui

Si oui à DI

Sonde urinaire : Non Oui

Intubation : Non Oui

Cathéter(s) : Non Oui
(un ou plusieurs)

Si oui à cathéter(s)

Veineux périphérique : Non Oui

Midline : Non Oui

Artériel : Non Oui

Sous-cutané : Non Oui

Veineux central : Non Oui

Veineux ombilical : Non Oui

PICC : Non Oui

Chambre implantable : Non Oui

- **Si Oui**

- Indiquer si **le patient est porteur d'au moins un cathéter à demeure le jour de l'enquête** (Exclusion des cathéters sus-pubiens)

- Réponse inconnue n'est pas admise Dispositif(s) invasif(s) = Oui

- **ET** renseigner le **type de cathéter** parmi les 8 indiqués

- Liste des cathéters et leur définition dans le guide (p.44)

- Renseigner au moins un type de cathéter si Cathéter(s) = Oui

Enquête nationale de prévalence 2022
Questionnaire patient

Établissement et services
Finess géographique : _____ Date de l'enquête : _____ ID patient : _____
Code du service : _____ Spécialité du service : _____

Patient
ID patient : _____ Sexe : F H Age (années) : _____ Age (mois) à 0-14 ans : _____
Spécialité du patient : _____ Date hospitalisation : _____ Poids de naissance (g) : _____
Chirurgie depuis l'admission : Non Oui
Score de McCabe (MC) : MC0 MC1 MC2 Inconnu
Immunodépression : Non Oui Inconnu
Cancer évolutif : Non Tumeur solide Hémapathie Inconnu

Dispositif(s) invasif(s) Non Oui
Sonde urinaire : Non Oui
Intubation : Non Oui
Cathéters (sur vasculature) : Non Oui
Ventreu périphérique : Non Oui
Méduse : Non Oui
Arrière : Non Oui
Sous-cutané : Non Oui
Ventreu central : Non Oui
Ventreu ombilical : Non Oui
PICC : Non Oui
Chambre (ventriculaire) : Non Oui

Traitement(s) anti-infectieux Non Oui
Molécule (DCI) Voie Date de début du traitement Contexte de prescription Diagnostic Justification dossier Changement d'AI + Raison

Infection(s) nosocomiale(s) Non Oui
Site de l'infection : _____
Dispositif invasif concerné : Non Oui Inconnu
Ili présente à l'admission : Non Oui Inconnu
Diagnostic défini : Non Oui
Origine de l'infection : _____
Date des premiers signes : _____
Si bactériémie, origine : _____
Code MO : _____
Sensibilité MO (ATB - SIR) : _____
Au sein d'un des MO et des résistances à enregistrer

SECTION TRAITEMENT(S) ANTI-INFECTIEUX

- Renseigner le ou les traitement anti-infectieux administrés par voie générale au patient le jour de l'enquête
 - *Par rapport à 2017* : suppression de la dose d'AI ; la date du 1^{er} AI prescrit pour la même indication
- A partir du dossier patient et **confirmé le jour de l'enquête au passage au lit du patient au moment de l'enquête**
- Renseigné par l'enquêteur et complété par le **correspondant médical** du service

Traitement(s) anti-infectieux Non Oui

Molécule (DCI)	Voie administration	Date début AI	Contexte de prescription	Diagnostic	Justification dossier	Changement d'AI + Raison
		___/___/___				
		___/___/___				
		___/___/___				
		___/___/___				

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"/>

- **Recueillir les informations sur les AI 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** ou contexte de prescription et le **diagnostic** si nécessaire
4. Pour chaque indication répertoriée, vérifier s'il y a eu précédemment un **autre anti-infectieux administré** que celui répertorié le jour de l'enquête **pour la même indication**
5. Pour les traitements ayant été modifiés pour la même indication, documenter la **raison du changement** du traitement AI administré le jour de l'enquête

Traitement(s) anti-infectieux <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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"/>

- Indiquer si **le patient reçoit au moins un traitement anti-infectieux à usage systémique le jour de l'enquête**

- **Inclure :**
 - les **traitements intermittents** (en alternance)
 - les **traitements en prophylaxie**
- **Exclure :**
 - les traitements antiviraux
 - les traitements AI locaux, dont intra-camérulaire
- Réponse inconnue n'est pas admise

Traitement(s) anti-infectieux Non Oui

Molécule (DCI)	Voie administration	Date début AI	Contexte de prescription	Diagnostic	Justification dossier	Changement d'AI + Raison
		/ /				
		/ /				
		/ /				
		/ /				

- Si Traitement(s) AI = Oui : renseigner au moins traitement AI
- Indiquer la dénomination commune internationale (DCI) ou la classe ATC du traitement anti-infectieux administré au patient le jour de l'enquête
 - Pas de saisie possible de noms commerciaux
 - Liste alphabétique des DCI et noms commerciaux → correspondance code ATC (annexe 2 p. 58)
 - Liste alphabétique des code ATC par famille d'AI → correspondance DCI (annexe 2 p. 61)
- Possibilité de documenter jusqu'à **4 traitements AI par patient** (inchangé par rapport à 2017)
 - Si plus de 4 traitements, les molécules prioritaires sont :
 - les bêta-lactamines (si plusieurs bêta-lactamines prescrites, citer en priorité les pénicillines, les céphalosporines et les carbapénèmes)
 - les fluoroquinolone
 - les aminosides
 - et les antibiotiques anti-staphylocoques méticillino-résistant (e.g. glycopeptides, linézolide)
 - Réponse inconnue n'est pas admise

QUESTIONNAIRE PATIENT

Traitement(s) anti-infectieux Non Oui

Molécule (DCI)	Voie administration	Date début AI	Contexte de prescription	Diagnostic	Justification dossier	Changement d'AI + Raison
		/ /				
		/ /				
		/ /				
		/ /				

- Indiquer la voie d'administration de l'anti-infectieux administré au patient le jour de l'enquête

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

QUESTIONNAIRE PATIENT

Traitement(s) anti-infectieux Non Oui

Molécule (DCI)	Voie administration	Date début AI	Contexte de prescription	Diagnostic	Justification dossier	Changement d'AI + Raison
		/ /				
		/ /				
		/ /				
		/ /				

- Indiquer **la date du début du traitement anti-infectieux** administré au patient le jour de l'enquête, au format **JJ/MM/AAA**
 - Indiquer la **date d'admission, si le patient recevait le traitement au moment de son admission** (prescription avant son admission par le médecin généraliste par exemple)
 - Noter **INC** si la date est inconnue

Traitement(s) anti-infectieux <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> 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"/>

- Indiquer **le contexte de prescription du traitement anti-infectieux** administré au patient le jour de l'enquête
 - **Valider par le correspondant médicale** du service
 - **11 contextes de prescription** (inchangé par rapport à 2017) :
 - curatif : infection communautaire, acquise en court séjour, en SSR/SLD, en EMS
 - antibioprophylaxie chirurgicale : monodose, 1J, 2J, >2J
 - prophylaxie des infections opportunistes
 - indications multiples, autres, inconnu

Traitement(s) anti-infectieux <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> 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"/>

- **Pour les traitements curatif d'infection** (contexte de prescription = IC, ICS, IAS)
 - De doit pas être renseigné pour les traitements prophylactiques
- Indiquer **le diagnostic associé au traitement anti-infectieux** administré au patient le jour de l'enquête
 - Correspond à l'infection que le prescripteur pense traiter :
 - **nosocomiale**, associée aux soins ou communautaire
 - **documentée ou non**
 - Rapporté **dans le dossier patient et confirmé par le correspondant médical** du service
 - **Attention !** l'enquêteur n'a pas à discuter les motifs de prescription
 - **20 codes** (sans correspondance avec les sites infectieux des définitions IN)

QUESTIONNAIRE PATIENT

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"/>

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

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="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

- Indiquer par « Oui » ou « Non » **selon que le motif de prescription du traitement (Diagnostic) est indiqué ou non dans le dossier du patient le jour de l'enquête**
 - Le motif de prescription correspond à :
 - **Diagnostic associé au traitement** anti-infectieux indiqué dans le champ précédent
 - **Tout signe clinique ayant entraîné la prescription** (fièvre, ...)

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"/>

- **Pour les traitements ayant été modifiés pour la même indication** (*i.e.* pour le schéma thérapeutique complet de l'épisode infectieux)
- Indiquer **la raison du changement d'anti-infectieux** administré le jour de l'enquête
 - Si le traitement AI a été modifié plus d'une fois pour la même indication, seul le dernier changement sera rapporté dans le questionnaire
 - **5 catégories** de raison de changement d'AI (inchangé par rapport à 2017) :
 - **NON** : traitement anti-infectieux **non modifié**
 - **ESC** : traitement AI modifié avec **escalade thérapeutique**
 - **DES** : traitement AI modifié avec **désescalade thérapeutique**
 - **CHG** : traitement AI modifié avec **changement de voie d'administration**
 - **IND** : traitement AI modifié **en raison d'effets secondaires indésirables**
 - **AUT** : traitement AI modifié pour **d'autres raisons ou raisons inconnues**
 - *Exemple dans les cas cliniques*

QUESTIONNAIRE PATIENT

Enquête nationale de prévalence 2022
Questionnaire patient

ECOC REPIAS Santé publique France

Établissement et services
Finess géographique : _____ Date de l'enquête : _____ ID patient : _____
Code du service : _____ Spécialité du service : _____ Dossiers par établissement : _____

Patient
ID patient : _____ Sexe : F H Age (années) : _____ Age (mois) à 0-14 ans : _____
Spécialité du patient : _____ Date d'hospitalisation : _____ Poids de naissance (g) : _____
Chirurgie depuis l'admission : Non Oui
Score de McCabe (MC) : MC0 MC1 MC2 Inconnu
Immunodépression : Non Oui Inconnu
Cancer évolutif : Non Tumeur solide Hémapathie Inconnu

Dispositif(s) invasif(s) Non Oui
Sonde urinaire : Non Oui
Intubation : Non Oui
Cathéters (sur vasculature) : Non Oui
Veneux périphérique : Non Oui
Médine : Non Oui
Arrière : Non Oui
Sous-cutané : Non Oui
Veneux central : Non Oui
Veneux orbital : Non Oui
PICC : Non Oui
Chambre implantable : Non Oui

Traitement(s) anti-infectieux Non Oui
Molécule (DC) : _____ Voie d'administration : _____ Date de début du traitement : _____ Contexte de prescription : _____ Diagnostic : _____ Justification dossier : _____ Changement d'AI : _____
Régime : _____

Infection(s) nosocomiale(s) Non Oui
Site de l'infection : _____ IN 1 _____ IN 2 _____
Dispositif invasif concerné : Non Oui Inconnu Non Oui Inconnu
IN présente à l'admission : Non Oui Inconnu Non Oui Inconnu
Diagnostic différé : Non Oui Non Oui

Origine de l'infection : _____
Date des premiers signes : _____
Si bactériémie, origine : _____
Code MO : _____
Sensibilité MO (ATB - SIR) : _____
Au verso, la liste des MO et des résistances à renseigner

SECTION INFECTION(S) NOSOCOMIALE(S)

• Documenter le ou les infection(s) nosocomiale(s) chez le patient le jour de l'enquête

- *Par rapport à 2017* : ajout du COVID-19 nosocomial parmi les définitions d'IN ; codage différent de la sensibilité des MO à certains AI ; suppression de la pan-résistance des MO
- Renseigné par l'enquêteur (dossier patient) et **confirmé le jour de l'enquête par le correspondant médical et infirmier**

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 :	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Sensibilité MO (ATB - SIR) :	<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"/>

Au verso, la liste des MO et des résistances à renseigner

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"> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	<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"/>														
<i>Au verso, la liste des MO et des résistances à renseigner</i>														

- **Recueillir les informations sur les IN de la manière suivante :**

1. Définir le **site de l'infection** et indiquer la **date des premiers signes**
2. Indiquer si l'**IN** était **présente à l'admission** et renseigner l'**origine de l'infection**
3. Indiquer si un **dispositif invasif** est éventuellement **concerné**
4. Dans le cas des bactériémies renseigner la **porte d'entrée**
5. Mentionner si le **diagnostic** de l'IN a nécessité la prise en compte de résultats d'exams paracliniques obtenus de manière **différé**
6. Renseigner les **micro-organismes isolés** des prélèvements à visée diagnostique et leur **sensibilité** à certains AI

Infection(s) nosocomiale(s) <input type="checkbox"/> Non <input checked="" 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"> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	<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"/>														
<i>Au verso, la liste des MO et des résistances à renseigner</i>														

- Si Infection(s) nosocomiale(s) = Oui : renseigner au moins une IN
- Renseigner le site anatomique de l'infection nosocomiale chez le patient le jour de l'enquête
 - Liste des 62 codes d'IN p.52 et définition en annexe 3 (*Exemple dans les cas cliniques*)
 - par rapport à 2017 : 4 nouveaux codes de COVID-19 nosocomiaux selon la sévérité (COVASY, COVILAM, COVSEV, COVINC)
 - Réponse inconnue n'est pas admise
- Possibilité de documenter jusqu'à **2 IN par patient** (inchangé par rapport à 2017)

Infection(s) nosocomiale(s) <input type="checkbox"/> Non <input checked="" 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"> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	<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"/>														
<i>Au verso, la liste des MO et des résistances à renseigner</i>														

- **Uniquement pour les infections urinaires (URIIN1 et 2) les pneumonies (RSPPN 1 à 5) et les bactériémies (SANBAC, NNBAC1 et 2)**

➤ Ne sont pas concernées :

- les pneumonies chez un patient de gériatrie hors court séjour (PSPPNG)
- les infections bactériémiques sur cathéter central ou périphérique (KTCBAC et KTPBAC)

- Documenter **la présence d'un dispositif invasif chez le patient atteint d'une IN**

Coder Oui si :

- Infection urinaire ET sondage urinaire dans les 7 jours précédents
- pneumonie ET intubation/trachéotomie dans les 48h précédentes
- bactériémie ET CVC ou **CVP** en place dans les 48h précédentes (**Attention ! CVP ajouté en 2022**)

Infection(s) nosocomiale(s) <input type="checkbox"/> Non <input checked="" 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"> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	<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"/>														
<i>Au verso, la liste des MO et des résistances à renseigner</i>														

- Indiquer **l'origine de l'IN**

- **5 catégories** (inchangé par rapport à 2017 mais **origine HAD et Ehpad vraiment appliquée en 2022**) :

- **ES** : Acquisée dans l'établissement de santé au cours de ce séjour

- **SA** : Acquisée dans l'établissement de santé au cours d'un séjour antérieur

- **CS** : Acquisée dans un autre ES de court séjour

- **AU** : Acquisée dans un autre ES autre que court séjour (psychiatrie, SMR/SSR, SLD, HAD) ou en **Ehpad**

- **INC** : Origine de l'infection non déterminée

- *Exemple : Si IN présente à l'admission, alors origine de l'IN = SA ou CS ou AU ou INC*

Infection(s) nosocomiale(s) <input type="checkbox"/> Non <input checked="" 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"> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	<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"/>														
<i>Au verso, la liste des MO et des résistances à renseigner</i>														

- Indiquer **la date des premiers signes de l'IN**

- **Par ordre de priorité suivant :**

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 est inconnue

- Réponse inconnue n'est pas admise si Origine de l'infection = ES

Infection(s) nosocomiale(s) <input type="checkbox"/> Non <input checked="" 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"> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	<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"/>														
<i>Au verso, la liste des MO et des résistances à renseigner</i>														

- **Uniquement si site de l'IN = SANBAC**

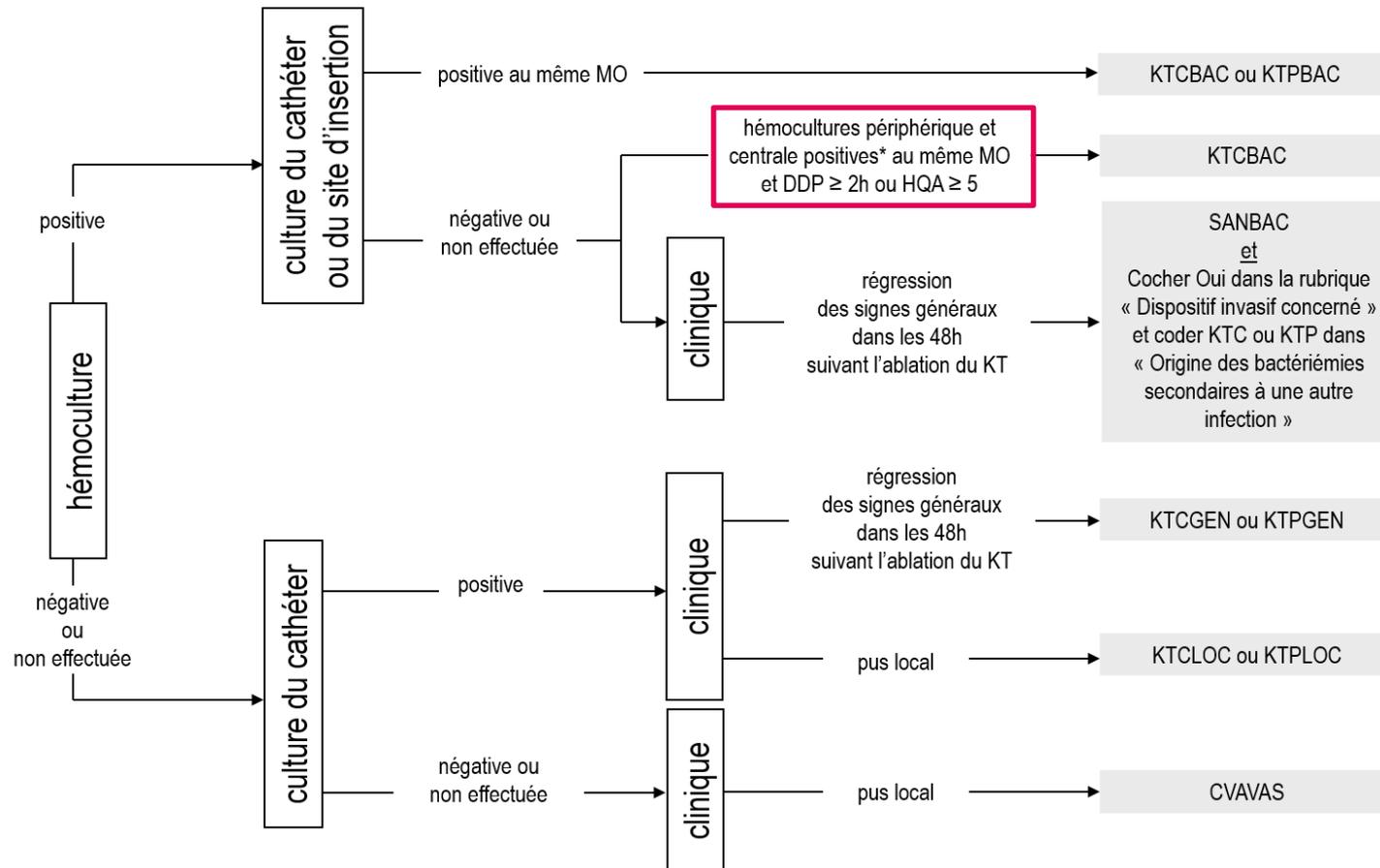
- **Indiquer l'origine des bactériémies**

- **10 origines** (inchangées par rapport à 2017) :

- **KTC** : Bactériémie consécutive à une infection suspectée sur cathéter central
- **KTP** : Bactériémie consécutive à une infection suspectée sur cathéter périphérique
- **URI** : Infection urinaire
- **ISO** : Infection du site opératoire
- **PEA** : Infection de la peau et des tissus mous
- **NON** : Non secondaire à une infection et non liée à un cathéter → **on sait qu'il n'y a pas d'infection associées**
- **INC** : Origine indéterminée → **on ne sait pas s'il existe une infection associée**
- **PNO** : Infection pulmonaire
- **DIG** : Infection digestive
- **AUT** : Autre infection

DÉMARCHE DE CODAGE DES INFECTIONS LIÉES AUX CATHÉTERS

Nouveauté 2022 : Prise en compte dans le logigramme des résultats des hémocultures quantitatives appariées (HQA) et du délai différentiel de positivité (DDP) des hémocultures centrale/périphérique



* 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(s) nosocomiale(s) <input type="checkbox"/> Non <input checked="" 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 :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sensibilité MO (ATB - SIR) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Au verso, la liste des MO et des résistances à renseigner</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- Indiquer **le micro-organisme isolé des prélèvements à visée diagnostique pour l'IN**
 - Cas particuliers :
 - **NONEFF** – Culture non effectuée : si aucun prélèvement n'a été réalisé
 - **EXASTE** – Examen stérile : si un prélèvement a été réalisé et mis en culture, mais est revenu stérile
 - **NONIDE** – Non identifié : si un prélèvement a été réalisé et est positif, mais que l'identification n'est pas retrouvée
- Possibilité de documenter jusqu'à **3 MO par IN** (inchangé par rapport à 2017)

QUESTIONNAIRE PATIENT

Micro-organisme	Antibiotique testé	Résistance				
Staphylococcus aureus	Oxacilline (OXA) ¹	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant		INC - Inconnue
	Glycopeptides (GLY) ²	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant		INC - Inconnue
Enterococcus faecium Enterococcus faecalis	Glycopeptides (GLY) ²	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant		INC - Inconnue
Entérobactéries : Enterobacter spp. Escherichia coli Citrobacter spp. Hafnia spp. Klebsiella spp. Morganella spp. Proteus spp. Providencia spp. Salmonella spp. Serratia spp. Shigella spp. Yersinia spp.	Céphalosporines de troisième génération (C3G) ³	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant		INC - Inconnue
	Production de β -lactamase à spectre étendu (BLSE) ⁴			Non BLSE	BLSE	INC – Inconnue
	Carbapénèmes (CAR) ⁵	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant		INC - Inconnue
	Production de carbapénémase (EPC) ⁶			Non	Oui	INC – Inconnue
Acinetobacter spp. Pseudomonas spp.	Ceftazidime (CAZ)	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant		INC - Inconnue
	Carbapénèmes (CAR)	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant		INC - Inconnue

¹ SARM si elle est résistante à l'oxacilline (OXA-R) et SASM si elle est sensible à l'oxacilline (OXA-S)

² Souche résistante aux glycopeptides (GLY-R) si la souche est résistante à la vancomycine ou à la téicoplanine

³ Souche résistantes aux C3G (C3G-R) si la souche est résistante à au moins l'une des C3G suivantes : la céfotaxime ou la ceftriaxone

⁴ Pour les souches résistantes aux C3G uniquement

⁵ Souche 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

⁶ Pour les souches d'entérobactéries résistantes aux carbapénèmes uniquement

QUESTIONNAIRE PATIENT

Infection(s) nosocomiale(s) <input type="checkbox"/> Non <input checked="" 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 :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sensibilité MO (ATB - SIR) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Au verso, la liste des MO et des résistances à renseigner

- Indiquer **si l'inclusion de l'IN a nécessité la prise en compte de résultats d'examens paracliniques (microbiologie, imagerie, etc.) disponibles seulement après le passage de l'enquêteur**
 - Réponse inconnue n'est pas admise

- **Rapport d'étude.** Santé publique France (270 p)
- **Synthèse nationale.** Santé publique France (5 p)
- **Synthèses régionales.** Santé publique France (110 p)
- Infections associées aux soins en établissement de santé : résultats de l'Enquête nationale de prévalence 2017, France. **Bull Epidemiol Hebd.** 2020;(21):412-23.
- Traitements antibiotiques en établissement de santé : résultats de l'Enquête nationale de prévalence 2017, France. **Bull Epidemiol Hebd.** 2020;(21):424-36
- Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017. **Euro Surveill.** 2018;23(46):pii=1800516
- Antimicrobial use in European acute care hospitals: results from the second point prevalence survey (PPS) of healthcare-associated infections and antimicrobial use, 2016 to 2017. **Euro Surveill.** 2018;23(46):pii=1800393
- Patterns of antibiotic use in hospital-acquired infections. **J Hosp Inf.** 2021;114:104-10
- Epidemiology of Clostridioides difficile infections, France, 2010 to 2017. **Euro Surveill.** 2019;24(35):pii=1800638.
- Evolution of antibiotic treatments for healthcare-associated infections due to extended-spectrum beta-lactamase-producing Enterobacteriaceae in France (en cours de soumission)

Pour en savoir plus : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-associees-aux-soins-et-resistance-aux-antibiotiques/infections-associees-aux-soins>

GROUPE DE TRAVAIL ET DE PILOTAGE DE L'ENP 2022



Groupe de travail

Serge Alfandari	CH Tourcoing
Marion Angibaud	CPias Bretagne
Odile Bajolet	CHU Reims
Anne Berger-Carbonne	Santé publique France
Hervé Blanchard	CPias Île-de-France
Côme Daniau	Santé publique France
Jean-Christophe Delarozière	CPias Provence-Alpes-Côte d'Azur
Christine Lawrence	AP-HP - Hôpital Raymond-Poincaré
Anaïs Machut	CPias Auvergne-Rhône-Alpes
Cécile Mourlan	CPias Occitanie
Béatrice Nkoumazok	CPias Île-de-France
Muriel Pefau	CPias Nouvelle-Aquitaine
Emmanuel Piednoir	CPias Bretagne
Émilie Poirier	CPias Grand Est
Anne Savey	CPias Auvergne-Rhône-Alpes

Groupe de pilotage

Pascal Astagneau	MN Spicmi
Raoul Baron	SF2H
Meiem Bejaoui	HAS
Anne Berger-Carbonne	Santé publique France - DMI
Gabriel Birgand	MN PRIMO
Isabelle Bonmarin	Santé publique France - DPPS
Jean Christophe Delarozière	CPias PACA
Christine Godin	DGS
Cécile Mourlan	CPias Occitanie
Michèle Nion-Huang	Santé publique France - DMI
Pierre Parneix	MN Matis
Emmanuel Piednoir	Spilf
Loïc Simon	MN Spares
Nathalie Van der Mée	MN Spiadi
Béatrice Van Oost	Cnam