

---

**ENQUÊTE NATIONALE DE PRÉVALENCE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES ET DES TRAITEMENTS  
ANTI-INFECTIEUX EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ, FRANCE, MAI-JUIN 2017.**

---

**RÉPONSES AUX QUESTIONS LES PLUS FRÉQUENTES PAR LES ÉTABLISSEMENTS – 19/05/2017**

---

1.	LES QUESTIONS SUR LE CODE IDENTIFIANT DE L'ÉTABLISSEMENT .....	6
1.1.	Comment s'inscrire dans l'application web pour un établissement nouvellement créé ?.....	6
1.2.	Que faire lorsque le code identifiant ne correspond pas au bon établissement ?.....	6
1.3.	À quel site géographique d'un établissement de santé multi-sites correspond le code établissement utilisé lors de l'inscription à l'ENP 2017 ?.....	6
1.4.	Pour un établissement de santé hors échantillon présentant plusieurs sites, faut-il remplir autant de fiches « établissement » qu'il comprend de sites ? .....	6
2.	LES QUESTIONS SUR L'INFORMATION DES PATIENTS.....	7
2.1.	Le courrier d'information au patient hospitalisé doit-il être remis à chaque patient ?.....	7
2.2.	Le courrier d'information au patient hospitalisé doit-il être lu à chaque patient ?.....	7
2.3.	Comment informer un patient sous tutelle ou n'étant pas en capacité de recevoir l'information (patient inconscient en réanimation par exemple) ?.....	7
2.4.	Doit-on recueillir le consentement individuel des patients pour leur participation à l'ENP 2017 ? .....	7
2.5.	Doit-on inclure un patient hospitalisé qui refuse de participer à l'enquête ? .....	7
3.	LES QUESTIONS SUR L'ORGANISATION DE L'ENQUÊTE .....	8
3.1.	Quelles sont les obligations de déclaration à la Cnil pour un établissement de santé participant à l'ENP 2017 ? .....	8
3.2.	Quelles sont les garanties concernant l'anonymat des informations transmises dans le cadre de l'ENP 2017 ? .....	8
3.3.	Faut-il assurer une traçabilité dans le dossier médical de l'information recueillie dans le cadre de l'ENP ?	8
3.4.	Un établissement qui n'a pas été tiré au sort dans le cadre de l'échantillon national mais qui participe à l'enquête doit-il respecter la période d'enquête indiquée dans le guide ?.....	8
3.5.	Combien de temps faut-il prévoir pour remplir une fiche patient ?.....	8
3.6.	Combien de temps les établissements de santé doivent-ils conserver les fiches papiers ? .....	9
3.7.	Pourquoi utiliser le code du service ? .....	9
4.	LES QUESTIONS SUR L'ENQUÊTE EUROPÉENNE .....	9
4.1.	Les établissements participant à l'échantillon européen doivent-ils limiter leur enquête au court-séjour ? ...	9
4.2.	La participation à l'échantillon européen est-elle une contrainte ?.....	9
4.3.	Qu'est-ce que l'étude de validation de l'enquête européenne ? .....	10
4.4.	Comment sait-on que son établissement a été ou non tiré au sort (TAS) dans l'échantillon européen ? ..	10
5.	LES QUESTIONS SUR L'INCLUSION DES SERVICES.....	10
5.1.	Est-il possible qu'un seul ou quelques services d'un établissement participent à l'ENP 2017 ?.....	10
5.2.	Les services des urgences sont-ils concernés par l'enquête ? .....	10
5.3.	Un ES ayant une activité exclusive de chirurgie ambulatoire peut-il s'inscrire à l'ENP 2017 ?.....	10
5.4.	Faut-il inclure les établissements d'accueil et d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) dans cette enquête ?.....	10
5.5.	Faut-il inclure Les structures d'hospitalisation à domicile dans l'ENP 2017 ?.....	11
5.6.	Un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) peut-il s'inscrire à l'ENP 2017 ? .....	11
5.7.	Les centres de dialyse ambulatoire sont-ils inclus dans le champ de l'enquête ? .....	11
5.8.	Les pouponnières et maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECSA) sont-elles incluses dans l'ENP 2017 ? .....	11
5.9.	Les centres de postcure pour malades mentaux et les centre de postcure pour alcooliques sont-ils inclus dans l'ENP 2017 ? .....	11

5.10.	Les appartements thérapeutiques, sont-ils inclus dans l'ENP 2017 ?.....	11
6.	LES QUESTIONS SUR L'INCLUSION DES PATIENTS .....	12
6.1.	Faut-il remplir une fiche pour tous les patients présents dans un service ?.....	12
6.2.	Quels patients sont éligibles pour être inclus dans cette enquête ? .....	12
6.3.	Faut-il inclure les patients sortants le jour de l'enquête ? .....	12
6.4.	Faut-il inclure les patients transférés d'un service cible à un autre le jour de l'enquête ?.....	12
6.5.	Pour un Patient au bloc opératoire au moment du passage de l'enquêteur, quelles informations sont à recueillir ?.....	12
6.6.	Faut-il inclure les patients en permission au moment du passage de l'enquêteur ?.....	13
6.7.	Si un patient est concerné par une intervention exclue pour le codage de la variable « Chirurgie depuis l'admission » doit-il être exclu de l'enquête ?.....	13
6.8.	Faut-il inclure les enfants nés le jour de l'enquête ? .....	13
6.9.	Faut-il inclure un patient d'un établissement "B", ayant été hospitalisé précédemment dans un établissement "A" et qui a déjà été enquêté une première fois pour l'ENP ?.....	13
7.	LES QUESTIONS SUR LA FICHE « ÉTABLISSEMENT ».....	13
7.1.	Comment renseigner la fiche « établissement » pour un établissement n'ayant jamais fourni de données pour le tableau de bord des IN ?.....	13
7.2.	Comment modifier des données déjà pré-remplies dans la fiche « établissement » ? .....	14
7.3.	Quelle année de référence des données choisir pour compléter la fiche établissement ? .....	14
7.4.	L'effectif du personnel en équivalent temps plein doit-il être renseigné pour tout l'établissement ? .....	14
7.5.	Pour les effectifs du personnel, que doit-on comptabiliser ?.....	14
7.6.	Doit-on inclure les assistantes puéricultrices dans le décompte des effectifs du personnel ? .....	14
7.7.	Doit-on inclure les cadres de santé dans le décompte des infirmières ? .....	14
7.8.	Comment renseigner des décimales d'équivalents temps pleins dans la rubrique sur les effectifs du personnel ? .....	14
7.9.	Les nombres totaux de lits et de chambres doivent ils porter sur l'ensemble de l'établissement ou uniquement sur les services cibles ? .....	15
7.10.	Doit-on exclure les chambres d'hospitalisation de jour et d'ambulatoire dans le décompte du nombre de chambres ? .....	15
7.11.	Doit-on compter comme chambres individuelles les chambres d'isolement psychiatrique ?.....	15
7.12.	Doit-on exclure les chambres fermées pour travaux ou par manque de personnel dans le décompte du nombre de chambres ? .....	15
7.13.	Faut-il soustraire le nombre de lits de réanimation du nombre de lits de médecine ou de chirurgie (selon l'orientation de l'activité du ou des services) ? .....	15
7.14.	Dans quel secteur doit-on comptabiliser les lits des différents services de l'établissement ?.....	15
7.15.	Doit-on tenir compte Des lits d'hospitalisation de jour dans le décompte des lits ? .....	15
7.16.	Doit-on tenir compte Des lits de néonatalogie et de pédiatrie dans le décompte des lits ? .....	16
7.17.	Comment renseigner le nombre d'hémocultures réalisées (NBHEMO) dans un établissement de santé avec des services d'urgences, portes, et de jour .....	16
7.18.	Comment doit-on comptabiliser le nombre de recherche de <i>Clostridium difficile</i> ?.....	16
7.19.	La consommation de PHA doit-elle porter sur tout l'établissement ?.....	16
7.20.	La réévaluation des antibiotiques à 72 heures doit-elle être réalisée par une tierce personne.....	16
8.	LES QUESTIONS SUR LES CARACTÉRISTIQUES DU PATIENT .....	16
8.1.	Pourquoi renseigner le code postal de la commune de résidence du patient ?.....	16
8.2.	Quand et comment remplir le champ « Age en mois » ? .....	17
8.3.	Comment code-t-on si l'année de naissance est inconnue ?.....	17
8.4.	Quelle affectation doit-on donner aux patients admis en unité de surveillance continue ? .....	17
8.5.	Comment coder la spécialité des patients hospitalisés en unité de soins intensifs ou de surveillance continue ? .....	17
8.6.	Quel est le codage du service de spécialité pour une USI polyvalente ?.....	17
8.7.	Quelle différence entre la médecine interne, la médecine polyvalente et la médecine générale dans le codage de la spécialité du service ou du patient ?.....	18
8.8.	Comment coder la spécialité d'un service de médecine interne avec une aile orientation pneumologie et une aile orientation rhumatologie par exemple ? .....	18
8.9.	Comment classer un patient hospitalisé en service de soins palliatifs ?.....	18
8.10.	Comment coder la spécialité d'un patient de médecine hébergé en chirurgie ?.....	18

8.11.	Quelle spécialité du patient choisir en réanimation pédiatrique polyvalente ? .....	18
8.12.	Comment coder la spécialité des patients hospitalisés dans un service de chirurgie polyvalente ? .....	18
8.13.	Comment coder la spécialité des patients en SSPI (salle de soins post-interventionnels) ? .....	18
8.14.	Quelle date d'admission renseigner pour un patient séjournant habituellement dans l'EHPAD adossée à l'établissement de sante mais admis au moment de l'enquête en court séjour ou SSR ou Psychiatrie ? .....	18
8.15.	Immunodépression : la définition ne prend pas en compte des états connus pour être associés à une immunodépression (ex : grande prématurité, diabète évolué....). Faut-il noter "oui" pour ce type de patient ? .....	19
8.16.	Comment coter l'indice de gravité de Mc Cabe pour un patient hospitalisé pour un choc septique gravissime ? .....	19
8.17.	Chirurgie depuis l'admission : doit-on prendre en compte les interventions réalisées en dehors du bloc opératoire qui ne sont pas décrites dans la liste d'exclusion ? .....	19
8.18.	Chirurgie depuis l'admission : si un patient est hébergé dans l'ES depuis plus d'un an (ex : USLD, SSR), doit-on rechercher la trace d'une intervention dans l'année précédente ou au-delà ? .....	19
8.19.	Une coloscopie sans polypectomie au bloc opératoire est-elle une intervention chirurgicale ? .....	19
8.20.	La pose de Stent est-elle une intervention chirurgicale ? .....	20
8.21.	La pose d'une sonde double J (JJ) est-elle à considérer comme une intervention chirurgicale ? .....	20
8.22.	Est-il possible de cocher pour un même patient la présence de tumeur solide et d'hémopathie maligne ? ..	20
9.	LES QUESTIONS SUR LES DISPOSITIFS INVASIFS .....	20
9.1.	Comment coder les variables dispositifs invasifs (sonde urinaire, cathéters, intubation/trachéotomie) si l'information n'est pas connue ? .....	20
9.2.	Doit-on prendre en compte l'utilisation d'un DI ou sa seule présence ? .....	20
9.3.	Peut-on comptabiliser les dispositifs invasifs qui ne sont pas présents au moment du passage de l'enquêteur, en particulier dans certains services ? .....	20
9.4.	Doit-on compter les DI posés au bloc opératoire et qui ne sont plus en place (patients opérés le jour de l'enquête) ? .....	20
9.5.	A quoi fait référence la variable « intubation » ? .....	20
9.6.	Comment coder un patient intubée précédemment dans la journée mais pas lors du passage de l'enquêteur ? .....	21
9.7.	Faut-il renseigner que le patient est porteur d'une sonde urinaire si celle-ci est absente le jour de l'enquête mais présente dans les 7 jours auparavant ? .....	21
9.8.	Les sondes double J (JJ) sont-elles à prendre en compte comme des sondes urinaires ? .....	21
9.9.	Code-t-on une trachéostomie comme une trachéotomie ? .....	21
9.10.	Comment classer les cathéters (canules) utilisés pour une oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO) ? .....	21
9.11.	Comment classer les cathéters sur fistule d'hémodialyse (service de néphrologie) ? .....	22
9.12.	PICC : quels dispositifs sont concernés ? .....	22
9.13.	Comptabilise-t-on un PICC non branché ou une chambre à cathéter implantable sans aiguille de Hubert ? .....	22
9.14.	que coder pour un patient présentant un garde veine sans perfusion en cours au moment du passage de l'enquêteur ? .....	22
9.15.	Les cathéters midline sont à inclure dans quelle catégorie de cathéter ? .....	22
9.16.	Faut-il coder les cathéters sus-pubiens ? .....	22
9.17.	Dans quelle catégorie doit-on classer les cathéters péri-nerveux ? .....	22
10.	LES QUESTIONS SUR LES TRAITEMENTS ANTI-INFECTIEUX .....	22
10.1.	Quelles molécules renseigner, lorsqu'un traitement anti-infectieux associe plus de 4 molécules chez un même patient ? .....	22
10.2.	Comptabilise-t-on les traitements prescrits et administrés le jour de l'enquête mais après le passage de l'enquêteur ? .....	23
10.3.	Concernant le BACTRIM, étant donné qu'il s'agit d'un mélange de deux antibiotiques, quelle molécule indiquer pour la posologie ? .....	23
10.4.	Concernant le RIFATER, étant donné qu'il s'agit d'un mélange de deux antibiotiques, Quelle molécule indiquer pour la posologie ? .....	23
10.5.	Comment noter la dose d'un anti-infectieux exprimée en unité internationale ? .....	23
10.6.	Quelle voie d'administration indiquer pour les antibiothérapies injectées via les poches de dialyse péritonéale ? .....	24

10.7.	L'injection de céfazoline avant la pose de Prothèse mammaire est-elle bien comptabilisée comme prophylaxie chirurgicale ? .....	24
10.8.	Comment coder le contexte de prescription dans les situations de prophylaxie dite médicale (prévention des infections dans des situations médicales à risque) ? .....	24
10.9.	Comment coder une antibioprophyllaxie contre le streptocoque A lors d'un accouchement ? .....	24
10.10.	Comment coder l'indication d'un traitement antibiotique qui ne répond pas aux recommandations, par exemple un traitement antibiotique d'une colonisation urinaire ? .....	24
10.11.	En quoi consiste une prophylaxie des infections opportunistes ? .....	24
10.12.	Pour un patient qui va passer au bloc opératoire lors du passage de l'enquêteur, que doit-on coder pour l'antibioprophyllaxie chirurgicale ? .....	25
10.13.	Doit-on prendre en compte l'antibioprophyllaxie dentaire ? .....	25
10.14.	Où trouver l'information sur la durée de l'antibioprophyllaxie chirurgicale ? .....	25
10.15.	Un traitement à la Céfazoline a été délivré en intention de prévenir une ISO. S'agit-il bien d'une antibioprophyllaxie (notion élargie d'ITT) ? .....	25
10.16.	Quel diagnostic choisir pour une médiastinite et pour une infection sur prothèse endOvasculaire ? ...	25
10.17.	Les modes d'organisation peuvent entraîner l'absence ou un décalage dans le temps de la traçabilité du motif de prescription d'un anti-infectieux dans le dossier médical (informatisation, compte-rendu de fin d'hospitalisation, protocolisation de l'antibioprophyllaxie,...). Que faire dans ces cas pour la justification dossier ? ..	25
10.18.	Justification dossier (traçabilité du motif de prescription) : est-ce qu'un antibiogramme peut servir de justification ? .....	26
11.	LES QUESTIONS SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES .....	26
11.1.	Comment prioriser les infections nosocomiales lorsqu'un patient présente plus de deux IN ? .....	26
11.2.	Prescription d'anti-infectieux : le diagnostic de l'infection doit-il être renseigné pour les infections communautaires ? .....	26
11.3.	Comment coder les infections de cathéter sans bactériémie chez les nourrissons ? .....	26
11.4.	Comment coder les infections digestives à <i>Clostridium difficile</i> ? .....	26
11.5.	Une endométrite après césarienne est-elle une ISO ? .....	26
11.6.	Doit-on considérer les infections materno-fœtales comme des IN ? .....	27
11.7.	En cas de bactériémie à point de départ urinaire ou pulmonaire ou autre, faut-il remplir les informations des 2 infections ? .....	27
11.8.	Comptabilise-t-on les Infections nosocomiales suspectées mais dont la confirmation est effectuée après le passage de l'enquêteur ? .....	27
11.9.	Origine de l'infection : que signifie non déterminée (INC) ? .....	27
11.10.	Doit-on prendre en compte un ECBU réalisé à titre systématique, lorsqu'il est positif le jour de l'enquête ? .....	27
11.11.	Comment interpréter un ECBU positif chez un patient porteur d'une vessie iléale type « BRICKER » et admis avec des urines stérilisées par traitement antibiotique avant son entrée ? .....	27
11.12.	Doit-on considérer comme nosocomiale une infection contractée dans un établissement exclu de l'enquête (par exemple une maison de retraite, HAD) ? .....	28
11.13.	Les Infections acquises dans un EHPAD sont-elles bien considérées comme infections nosocomiales comme le suggère l'item origine de l'infection où l'EHPAD est cité comme origine possible ? .....	28
11.14.	Faut-il considérer comme pan-résistantE une bactérie pour laquelle il n'y a pas d'Antibiotique dans l'établissement mais qui va être commandé par la pharmacie pour traiter le patient ? .....	28
11.15.	Comment procéder pour renseigner la fiche patient lors d'un Diagnostic différé ? .....	28
12.	SAISIE DES DONNÉES – APPLICATION INFORMATIQUE .....	28
12.1.	Peut-on saisir une fiche patient incomplète ? .....	28
12.2.	La saisie par une même équipe des données de plusieurs établissements de santé permettra-t-elle de générer un rapport par établissement ? .....	29
12.3.	Les établissements de santé pourront-ils réutiliser l'application informatique conçue pour l'ENP 2017, afin de réaliser d'autres enquêtes de prévalence des infections nosocomiales les années suivantes ? .....	29
12.4.	Un établissement peut-il importer des données existantes directement dans l'application web ? .....	29
12.5.	Un établissement peut-il exporter Les données de l'ENP 2017 qu'il a saisies dans l'application web ? .....	29
12.6.	Pourquoi la place du champ portant sur le Diagnostic différé n'est pas placé au même endroit dans la fiche patient papier et sur l'application informatique ? .....	29



## 1. LES QUESTIONS SUR LE CODE IDENTIFIANT DE L'ÉTABLISSEMENT

### 1.1. COMMENT S'INSCRIRE DANS L'APPLICATION WEB POUR UN ÉTABLISSEMENT NOUVELLEMENT CRÉÉ ?

Il est nécessaire de s'inscrire au préalable dans l'annuaire mis en œuvre par le CClin-Ouest pour obtenir un code identifiant permettant l'inscription dans l'application web de saisie des données.

### 1.2. QUE FAIRE LORSQUE LE CODE IDENTIFIANT NE CORRESPOND PAS AU BON ÉTABLISSEMENT ?

Il est nécessaire de contacter votre CClin ou votre Arlin qui relayeront l'information au CClin-Ouest afin de corriger le code identifiant permettant l'inscription de l'établissement dans l'application web.

### 1.3. À QUEL SITE GÉOGRAPHIQUE D'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ MULTI-SITES CORRESPOND LE CODE ÉTABLISSEMENT UTILISÉ LORS DE L'INSCRIPTION À L'ENP 2017 ?

Le code identifiant utilisé dans l'application web mise en œuvre par le CClin-Ouest lors de l'inscription à l'ENP 2017 regroupe, pour certaines entités juridiques (Code Finess juridique), plusieurs établissements ou sites géographiques (Code Finess géographique). Dans la plupart des cas, le code identifiant utilisé pour l'inscription correspond à l'ensemble des sites géographiques d'une même entité juridique si ceux-ci répondent aux critères d'inclusion de l'ENP (*i.e.* après exclusion des sites sans lit d'hospitalisation complète ou Ehpad rattaché à l'entité juridique par exemple). Des exceptions existent comme l'Assistance publique - Hôpitaux de Marseille, les Hospices civils de Lyon, et l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris, pour lesquels un code est attribué par site géographique.

La fiche « établissement » indique la structure (raison sociale et code finess juridique) correspondant au code identifiant utilisé pour l'inscription de l'établissement. Toutefois, en cas de doute, l'établissement peut à tout moment de l'enquête demander à son CClin ou à SpFrance la liste des sites géographiques (*i.e.* codes Finess géographiques) associés au code identifiant utilisé pour l'inscription à l'ENP 2017.

### 1.4. POUR UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ HORS ÉCHANTILLON PRÉSENTANT PLUSIEURS SITES, FAUT-IL REMPLIR AUTANT DE FICHES « ÉTABLISSEMENT » QU'IL COMPREND DE SITES ?

C'est au moment de l'inscription de l'établissement dans l'application web que s'est fait l'attribution d'un ou de plusieurs code identifiant pour l'établissement (login et code de connexion). Ainsi, selon les modalités d'inscription, le nombre de fiches « établissement » sera différent. Si l'ES s'est inscrit pour l'entité juridique entière, une seule fiche sera complétée par l'établissement pour tous les sites de la structure. En revanche, si l'ES a inscrit, de manière distincte, plusieurs sites de son entité juridique, alors l'établissement complètera autant de fiche que de sites inscrits.

Ces modalités d'inscription relèvent de la stratégie de l'établissement, notamment vis-à-vis des enjeux que constituent la restitution aux personnels et aux représentants des usagers (notion de lisibilité).

## 2. LES QUESTIONS SUR L'INFORMATION DES PATIENTS

### 2.1. LE COURRIER D'INFORMATION AU PATIENT HOSPITALISÉ DOIT-IL ÊTRE REMIS À CHAQUE PATIENT ?

Le courrier d'information au patient hospitalisé, proposé en annexe 7 du guide de l'enquêteur, peut être utilisé comme support pour l'information individuelle du patient. Lors du passage au lit du patient, l'enquêteur peut le lui remettre en cas de demande.

Pendant la période de recueil des données, le courrier d'information peut aussi être affiché dans le hall d'accueil, aux admissions, dans les unités ciblées par l'enquête, dans le hall des ascenseurs, sur le(s) panneau(x) ou s'effectue(nt) habituellement l'affichage des informations à destination des patients et des personnels.

### 2.2. LE COURRIER D'INFORMATION AU PATIENT HOSPITALISÉ DOIT-IL ÊTRE LU À CHAQUE PATIENT ?

Le guide de l'enquêteur précise qu'une information individuelle et/ou collective doit être communiquée auprès de chaque patient inclus dans l'ENP au moment de la réalisation de l'enquête (cf. § 7.8 page 21 du Guide de l'enquêteur). Au minimum un affichage du courrier d'information doit être réalisé dans chaque établissement participant. Elle peut l'être également au niveau de chaque service pour une meilleure lisibilité. Mais en aucun cas, le courrier d'information au patient hospitalisé doit-être systématiquement lu à chaque patient, sauf en cas de demande exceptionnelle (incapacité).

### 2.3. COMMENT INFORMER UN PATIENT SOUS TUTELLE OU N'ÉTANT PAS EN CAPACITÉ DE RECEVOIR L'INFORMATION (PATIENT INCONSCIENT EN RÉANIMATION PAR EXEMPLE) ?

L'information peut être délivrée à la personne de confiance du patient.

### 2.4. DOIT-ON RECUEILLIR LE CONSENTEMENT INDIVIDUEL DES PATIENTS POUR LEUR PARTICIPATION À L'ENP 2017 ?

L'enquête ne génère aucun examen biologique ou exploration paraclinique supplémentaire à ceux effectués dans le cadre de la prise en charge du patient et ne conduit pas les enquêteurs à interroger le patient. Dans la mesure où l'enquête exploite uniquement des données déjà disponibles (dossier du patient, observation au lit du patient), seule une information des patients sans recueil de consentement individuel est requise. Cependant, un patient hospitalisé peut refuser de participer à l'enquête.

### 2.5. DOIT-ON INCLURE UN PATIENT HOSPITALISÉ QUI REFUSE DE PARTICIPER À L'ENQUÊTE ?

Non, le respect de ce refus est impératif. La fiche patient n'est alors ni renseignée ni saisie. En revanche, il ne faut modifier ni le nombre total de lits de l'établissement ni le nombre de lits du service dans lequel le patient est hospitalisé. Il est conseillé de comptabiliser ces refus pour pouvoir en tenir compte lors de la validation des données en lien avec le CClin.

### 3. LES QUESTIONS SUR L'ORGANISATION DE L'ENQUÊTE

#### 3.1. QUELLES SONT LES OBLIGATIONS DE DÉCLARATION À LA CNIL POUR UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ PARTICIPANT À L'ENP 2017 ?

L'établissement n'a pas de démarche spécifique à effectuer auprès de la Cnil dans le cadre de la participation à l'ENP 2017. SpFrance a effectué une demande d'autorisation d'un traitement automatisé d'informations ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé (n° d'autorisation 2037002). Conjointement, le CClin Ouest qui a développé et héberge l'application web de saisie des données a fait une déclaration auprès de la Cnil (n° de déclaration 1783161) assurant la sécurité du stockage des données saisies par les établissements.

#### 3.2. QUELLES SONT LES GARANTIES CONCERNANT L'ANONYMAT DES INFORMATIONS TRANSMISES DANS LE CADRE DE L'ENP 2017 ?

Les données relatives à l'ENP 2017, recueillies et saisies dans l'application informatique, sont indirectement identifiantes : aucune donnée nominative ne sera exploitée. En outre, en conformité avec la Cnil, le stockage, le transfert et la conservation des données informatiques seront réalisés selon des modalités garantissant la confidentialité et l'intégrité des données.

#### 3.3. FAUT-IL ASSURER UNE TRAÇABILITÉ DANS LE DOSSIER MÉDICAL DE L'INFORMATION RECUEILLIE DANS LE CADRE DE L'ENP ?

Non, les données recueillies dans le cadre de l'ENP ne doivent en aucun cas être conservées et/ou archivées dans le dossier du médical du patient. Selon les recommandations du guide de l'enquêteur, les fiches patients au format papier doivent être conservées par l'établissement de santé dans une armoire, accessible uniquement au coordonnateur de l'enquête, jusqu'à la validation définitive des données.

#### 3.4. UN ÉTABLISSEMENT QUI N'A PAS ÉTÉ TIRÉ AU SORT DANS LE CADRE DE L'ÉCHANTILLON NATIONAL MAIS QUI PARTICIPE À L'ENQUÊTE DOIT-IL RESPECTER LA PÉRIODE D'ENQUÊTE INDIQUÉE DANS LE GUIDE ?

Un établissement qui n'a pas été tiré au sort mais qui souhaite répondre au questionnaire de l'ENP 2017 n'a pas l'obligation de respecter la période d'enquête indiquée du 15 mai au 30 juin inclus. L'application web de saisie des données peut être utilisée tous les ans et à n'importe quel moment de l'année pour l'inscription et la saisie des données.

Cependant, si l'établissement souhaite comparer ses résultats avec les résultats de prévalence régionale et nationale qui serviront de référence, il est préférable de respecter la même période d'enquête. Vous ne pourrez pas vous situer par rapport aux établissements de la même catégorie que la vôtre.

#### 3.5. COMBIEN DE TEMPS FAUT-IL PRÉVOIR POUR REMPLIR UNE FICHE PATIENT ?

Les ENP réalisées précédemment ont montré qu'il était nécessaire de prévoir 16 minutes en moyenne pour le recueil des données d'une fiche « patient » et 5 minutes en moyenne pour leur saisie. Il faut remplir une fiche pour chaque patient présent mais la fiche patient n'est pas à remplir intégralement pour chaque patient :

- pour une majorité de patients (85%), seules les caractéristiques du patient, la réalisation d'une chirurgie depuis l'admission, et la présence d'un dispositif invasif sont à renseigner,
- pour 5% des fiches seulement, la partie infection nosocomiale est à remplir,
- pour 15% des fiches seulement, la partie traitement anti-infectieux est à renseigner.



### 3.6. COMBIEN DE TEMPS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DOIVENT-ILS CONSERVER LES FICHES PAPIERS ?

Les fiches papiers sont à conserver par les établissements de santé au moins jusqu'à validation définitive de la base de données en lien avec leur CClin jusqu'au 30 septembre 2017. Les fiches « patients » au format papier et leur coupon seront détruites au plus tard en décembre 2017. Un message de SpFrance sera transmis ultérieurement aux établissements leur indiquant la date définitive de destruction des données identifiantes sur support physiques.

### 3.7. POURQUOI UTILISER LE CODE DU SERVICE ?

Le code service permet à l'établissement de santé de produire des résultats pour chaque service référencé à l'aide de ce code. Il sert lors de l'analyse des données et l'édition d'un rapport automatisé. Si un rapport est souhaité :

- pour chaque service, alors choisir un code par service,
- pour chaque pôle (pour les ES organisés en pôles), alors choisir un code pôle et utiliser ce code pour chaque service du pôle,
- pour chaque site (dans le cas d'un ES multi sites ayant fait une seule inscription), alors choisir un code site pour chaque site et utiliser ce code pour chaque service du site.

Une réflexion en amont de l'enquête est nécessaire dans chaque ES pour choisir le niveau d'analyse souhaité, le plus utile et le plus pertinent. Quel que soit le niveau d'analyse choisi, une analyse par spécialité du patient est possible. L'analyse par service, pôle ou site peut également être réalisée par exportation des données avec une analyse locale des données à effectuer par l'ES (cf. Question 12.5).

Le code du service n'est pas utilisé pour les analyses régionales ou nationales car ce niveau d'analyse n'est pas pertinent.

## 4. LES QUESTIONS SUR L'ENQUÊTE EUROPÉENNE

### 4.1. LES ÉTABLISSEMENTS PARTICIPANT À L'ÉCHANTILLON EUROPÉEN DOIVENT-IL LIMITER LEUR ENQUÊTE AU COURT-SÉJOUR ?

Non, l'enquête européenne est limitée au court-séjour mais l'ENP concerne tous les services d'un ES, les ES de l'échantillon européen étant tirés au sort à partir de l'échantillon national. Les données de court séjour des ES de l'échantillon européen seront extraites par SpFrance pour transmission à l'ECDC.

### 4.2. LA PARTICIPATION À L'ÉCHANTILLON EUROPÉEN EST-ELLE UNE CONTRAINTE ?

Non, contrairement à l'ENP 2012, il n'y a pas de contrainte de calendrier. Que l'établissement participe à l'échantillon européen en plus de l'échantillon national ne modifie pas le délai de transmission des données de l'enquête. Ainsi, la saisie et la modification des données par les établissements seront acceptées dans l'application jusqu'au **30 septembre 2017**, y compris les établissements faisant partie de l'échantillon de l'enquête européenne.

En outre, le questionnaire (fiches « établissement » et « patient ») est identique pour les établissements ne participant qu'au titre de l'échantillon national et pour les établissements participant également à l'échantillon de l'enquête européenne.

#### 4.3. QU'EST-CE QUE L'ÉTUDE DE VALIDATION DE L'ENQUÊTE EUROPÉENNE ?

Réalisée dans 5 établissements tirés au sort parmi ceux de l'échantillon de l'enquête européenne, l'étude de validation a pour objectif d'assurer la robustesse des comparaisons inter-pays réalisées par l'ECDC. Pour cela, il est nécessaire d'évaluer la validité et la fiabilité des données recueillies par chaque pays. Rendue obligatoire en 2017 par l'ECDC, cette enquête requiert un double recueil des données réalisé par des enquêteurs extérieurs le même jour que l'équipe d'enquêteurs de l'établissement.

Les établissements tirés au sort pour participer à cette étude de validation seront contactés directement par SpFrance et des représentants du réseau CClin-Arlin. Un binôme de 2 enquêteurs, constitué d'un moniteur d'étude clinique de SpFrance et d'un représentant des CClin, procédera au recueil et à la saisie des données indépendamment de l'enquête menée par l'établissement.

#### 4.4. COMMENT SAIT-ON QUE SON ÉTABLISSEMENT A ÉTÉ OU NON TIRÉ AU SORT (TAS) DANS L'ÉCHANTILLON EUROPÉEN ?

Suivant la méthode d'échantillonnage, l'échantillon européen est extrait de l'échantillon national (cf. figure 2 page 13 du Guide de l'enquêteur). Les établissements concernés seront directement informés par SPFrance.

Il est rappelé que le protocole d'enquête est identique quelle que soit l'échantillon auquel l'établissement participe : ES de l'échantillon national, ES de l'échantillon national et européen, ES volontaire mais non tiré au sort dans l'un ou l'autre des échantillons précédents.

### 5. LES QUESTIONS SUR L'INCLUSION DES SERVICES

#### 5.1. EST-IL POSSIBLE QU'UN SEUL OU QUELQUES SERVICES D'UN ÉTABLISSEMENT PARTICIPENT À L'ENP 2017 ?

Non, l'ENP 2017 vise l'exhaustivité au sein des établissements de santé qui acceptent de participer. Si les données transmises au CClin n'apparaissent pas exhaustives, le CClin, après vérification, pourra ne pas les inclure dans la base de données destinée aux analyses régionales et nationales. Il en informera alors l'établissement.

#### 5.2. LES SERVICES DES URGENCES SONT-ILS CONCERNÉS PAR L'ENQUÊTE ?

Oui, les services des urgences, figurent dans la liste des spécialités de services concernés par l'ENP 2017, mais seules les lits d'hospitalisation complète (*i.e.* hospitalisation de plus de 24h) des unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ou des zones d'hospitalisation de très courte durée (ZHTCD) correspondant aux « lits portes » sont concernés par l'enquête.

#### 5.3. UN ES AYANT UNE ACTIVITÉ EXCLUSIVE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE PEUT-IL S'INSCRIRE À L'ENP 2017 ?

Non, mais il est conseillé à ces ES de s'orienter vers le réseau de surveillance de l'incidence des ISO (ISO-Raisin).

#### 5.4. FAUT-IL INCLURE LES ÉTABLISSEMENTS D'ACCUEIL ET D'HÉBERGEMENT DE PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES (EHPAD) DANS CETTE ENQUÊTE ?

Non, les établissements d'accueil et d'hébergement de personnes âgées dépendantes (Ehpad), qu'ils soient indépendants ou rattachés à un établissement sanitaire sont exclus de l'ENP 2017. Une enquête de prévalence Prév'Ehpad a été réalisée de manière spécifique pour ces établissements en 2016.

#### 5.5. FAUT-IL INCLURE LES STRUCTURES D'HOSPITALISATION À DOMICILE DANS L'ENP 2017 ?

Non, les structures d'hospitalisation à domicile (HAD), que ce soit des services ou des établissements d'HAD, sont exclues du champ de l'ENP 2017. En effet, l'étude de la prévalence des infections nosocomiales (IN) dans ces structures réalisée en 2012 avait nécessité une adaptation des définitions des IN et une organisation spécifique pour le recueil des données.

#### 5.6. UN SERVICE DE SOINS INFIRMIERS À DOMICILE (SSIAD) PEUT-IL S'INSCRIRE À L'ENP 2017 ?

Non, l'ENP 2017 ne cible que les établissements de santé.

#### 5.7. LES CENTRES DE DIALYSE AMBULATOIRE SONT-ILS INCLUS DANS LE CHAMP DE L'ENQUÊTE ?

Non, les centres de dialyse ambulatoire et les structures alternatives à la dialyse en centre ne sont pas inclus dans le champ de l'ENP 2017. La question est similaire à celle des HAD : le protocole de l'ENP 2017 n'est pas adapté à ce type de patients (séances). Les centres souhaitant néanmoins tester le protocole de l'ENP 2017 peuvent le faire de manière indépendante.

Il est conseillé à cet ES de s'orienter vers un réseau spécialisé de surveillance de l'incidence des IN (ex : DIALIN coordonné par le CClin SE et ouvert à l'ensemble des ES français).

#### 5.8. LES POUPONNIÈRES ET MAISONS D'ENFANTS À CARACTÈRE SANITAIRE (MECSA) SONT-ELLES INCLUSES DANS L'ENP 2017 ?

Oui, ces établissements (catégories 163, 173 et 179 de la nomenclature Drees) sont inclus dans le champ de l'ENP 2017 s'ils disposent de lits d'hospitalisation complète.

#### 5.9. LES CENTRES DE POSTCURE POUR MALADES MENTAUX ET LES CENTRE DE POSTCURE POUR ALCOOLIQUES SONT-ILS INCLUS DANS L'ENP 2017 ?

Oui, ces établissements (catégories 430 et 431 de la nomenclature Drees) sont inclus dans le champ de l'ENP 2017 s'ils disposent de lits d'hospitalisation complète.

#### 5.10. LES APPARTEMENTS THÉRAPEUTIQUES, SONT-ILS INCLUS DANS L'ENP 2017 ?

En psychiatrie, les appartements thérapeutiques sont des unités de soins dont l'objectif est la réinsertion par le logement. Bien qu'ils correspondent à un mode d'hospitalisation complète en psychiatrie, ils ne sont pas inclus dans le cadre de l'ENP ; aucun soin somatique n'y étant dispensé à l'exception de la dispensation de médicaments par voie orale.

## 6. LES QUESTIONS SUR L'INCLUSION DES PATIENTS

### 6.1. FAUT-IL REMPLIR UNE FICHE POUR TOUS LES PATIENTS PRÉSENTS DANS UN SERVICE ?

Oui, sous réserve de répondre aux critères d'inclusion, et même pour les patients ne présentant pas d'IN ni de traitement anti-infectieux, tous les patients d'un service, admis avant 8 heures et présents au moment du passage des enquêteurs, doivent faire l'objet d'une fiche « patient ». La prévalence des IN et des traitements anti-infectieux se calcule sur le nombre total de patients présents (dénominateur).

En outre, ce type d'enquête cherche à recueillir pour chaque patient présent dans un service, ses caractéristiques et celles de son séjour, la présence d'IN, de traitements AI et de dispositifs invasifs.

### 6.2. QUELS PATIENTS SONT ÉLIGIBLES POUR ÊTRE INCLUS DANS CETTE ENQUÊTE ?

Tous les patients présents le jour de l'enquête et admis avant 8 heures du matin dans les services ciblés par l'enquête doivent être inclus.

Les services d'hospitalisation ciblés sont ceux de court séjour (y compris les unités d'hospitalisation de semaine), de soins de suite et de réadaptation (SSR) ou les unités de soins de longue durée (USLD).

En revanche, les services ou établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) sont exclus de l'ENP 2017. Sont également exclus du champ de l'enquête, les places et lits d'hospitalisation de jour, les lits d'hospitalisation de nuit dans les centres hospitaliers spécialisés (CHS), les établissements d'accueil et d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD), qu'ils soient indépendants ou rattachés à un ES.

### 6.3. FAUT-IL INCLURE LES PATIENTS SORTANTS LE JOUR DE L'ENQUÊTE ?

Oui, si les patients sont arrivés avant 8h00 dans des services cibles enquêtés et si leur sortie est programmée après le passage de l'enquêteur.

### 6.4. FAUT-IL INCLURE LES PATIENTS TRANSFÉRÉS D'UN SERVICE CIBLE À UN AUTRE LE JOUR DE L'ENQUÊTE ?

Non, un patient transféré d'un service cible "A" vers un service cible "B" après 8 heures du matin et avant le passage de l'enquêteur est exclu de l'enquête.

En revanche, un patient transféré d'un service cible "A" vers un service cible "B" après 8 heures du matin et avant le passage de l'enquêteur, mais revenu dans le service cible "A" avant le passage de l'enquêteur est inclus au titre du service cible "A" (cf. figure 1 page 12 du Guide de l'enquêteur).

### 6.5. POUR UN PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE AU MOMENT DU PASSAGE DE L'ENQUÊTEUR, QUELLES INFORMATIONS SONT À RECUEILLIR ?

Un patient au bloc opératoire au moment du passage de l'enquêteur doit faire l'objet d'une fiche patient. Dans ce cas la fiche patient est à renseigner avec les informations disponibles avant son passage au bloc. S'il s'agit de la première intervention depuis son admission, il ne doit pas être considéré comme opéré (coder "Non" pour l'intervention chirurgicale depuis l'admission). S'il avait un dispositif invasif, un traitement anti-infectieux ou une infection nosocomiale avant son passage au bloc, ces éléments sont à renseigner comme pour les autres patients. Les dispositifs invasifs éventuellement mis en place au cours de l'intervention ne sont pas à prendre en compte. Pour ce patient, il n'est pas demandé de recueillir l'information relative à l'antibioprophylaxie administrée au bloc.

## 6.6. FAUT-IL INCLURE LES PATIENTS EN PERMISSION AU MOMENT DU PASSAGE DE L'ENQUÊTEUR ?

Non, les patients en permission au moment du passage de l'enquêteur sont exclus de l'enquête.

## 6.7. SI UN PATIENT EST CONCERNÉ PAR UNE INTERVENTION EXCLUE POUR LE CODAGE DE LA VARIABLE « CHIRURGIE DEPUIS L'ADMISSION » DOIT-IL ÊTRE EXCLU DE L'ENQUÊTE ?

Non, les critères d'inclusion des patients ne tiennent pas compte du type d'intervention auquel le patient a été soumis.

Exemple : ce n'est pas parce que les interventions dentaires sont exclues de la définition de la variable « chirurgie depuis l'admission » qu'il faut exclure de l'enquête les patients concernés : une fiche « patient » est à remplir avec chirurgie depuis l'admission codé "Non".

## 6.8. FAUT-IL INCLURE LES ENFANTS NÉS LE JOUR DE L'ENQUÊTE ?

Les nouveaux nés dont la naissance est survenue avant 8 heures du matin le jour de l'enquête sont considérés comme des entrants du jour : ils sont donc à inclure dans l'enquête en plus de la mère. Les enfants nés après 8 heures du matin ne sont pas à inclure ; une fiche sera alors renseignée pour la mère uniquement.

## 6.9. FAUT-IL INCLURE UN PATIENT D'UN ÉTABLISSEMENT "B", AYANT ÉTÉ HOSPITALISÉ PRÉCÉDEMMENT DANS UN ÉTABLISSEMENT "A" ET QUI A DÉJÀ ÉTÉ ENQUÊTÉ UNE PREMIÈRE FOIS POUR L'ENP ?

Oui, il faut aussi inclure ce patient à la fois dans l'établissement "A" et dans l'établissement "B" afin que ce dernier puisse recenser de manière exhaustive ses patients. Lors de l'analyse régionale et nationale des données de l'ENP, ces patients seront effectivement comptabilisés deux fois. C'est un biais inhérent de l'enquête, mais qui ne devrait concerner qu'une très faible proportion de patients.

# 7. LES QUESTIONS SUR LA FICHE « ÉTABLISSEMENT »

## 7.1. COMMENT RENSEIGNER LA FICHE « ÉTABLISSEMENT » POUR UN ÉTABLISSEMENT N'AYANT JAMAIS FOURNI DE DONNÉES POUR LE TABLEAU DE BORD DES IN ?

Contrairement à l'ENP 2012, les données à renseigner sur la fiche « établissement » ne sont pas pré-remplies pour l'ENP 2017 à l'exception des données de la première rubrique (*i.e.* rubrique relative aux données administratives) portant sur la raison sociale de l'établissement, le nom et le code postal de la commune, le type et le statut de l'établissement, ainsi que le code Finess juridique et le code anonymat utilisé pour l'inscription de l'établissement dans l'application web (annuaire).

Pour tous les établissements, les autres champs de la fiche « établissement » présentée dans l'application seront vierges. Il conviendra de collecter auprès de l'administration les informations relatives à l'effectif du personnel, à la capacité de l'établissement, au nombre d'admissions et de journées d'hospitalisation et à la consommation de PHA. Les données sur le nombre d'hémocultures et de recherche de *Clostridium difficile* sont recueillies auprès du laboratoire de référence de l'établissement. Les informations sur le bon usage des ATB et sur les actions mises en œuvre pour la prévention et le contrôle des IAS sont collectées auprès de l'EOH.

## 7.2. COMMENT MODIFIER DES DONNÉES DÉJÀ PRÉ-REPLIES DANS LA FICHE « ÉTABLISSEMENT » ?

Dans la situation où les données administratives relatives à l'établissement pré-remplies sont inexactes, l'établissement contactera le CClin dont il dépend afin qu'il effectue les modifications dans la base de données de l'annuaire national.

## 7.3. QUELLE ANNÉE DE RÉFÉRENCE DES DONNÉES CHOISIR POUR COMPLÉTER LA FICHE ÉTABLISSEMENT ?

Contrairement à l'ENP 2012, l'ENP 2017 ne prévoit pas de choisir une année de référence pour compléter la fiche établissement. Les effectifs du personnel salarié (en ETP) et la capacité d'accueil de l'établissement au moment de l'enquête sont renseignés.

Les statistiques annuelles (nombre d'admissions par an, de journées d'hospitalisation par an, d'hémocultures réalisées par an, de recherches de *C. difficile* toxigène par an) et les informations relatives aux actions de prévention et de contrôle des infections associées aux soins sont recueillies au 31 décembre 2016.

## 7.4. L'EFFECTIF DU PERSONNEL EN ÉQUIVALENT TEMPS PLEIN DOIT-IL ÊTRE RENSEIGNÉ POUR TOUT L'ÉTABLISSEMENT ?

Non, les effectifs du personnel sont renseignés pour l'ensemble des services de l'établissement de court séjour, de soins de suite et de réadaptation (SSR) et des unités de soins de longue durée (SLD) inclus dans l'enquête. Ils ne tiennent pas compte des effectifs des autres services de l'établissement exclus de l'ENP 2017, comme les unités Ehpad lorsque celles-ci sont rattachés à un établissement.

## 7.5. POUR LES EFFECTIFS DU PERSONNEL, QUE DOIT-ON COMPTABILISER ?

Le nombre de professionnels salariés, quel que soit le statut d'emploi (CDI, CDD, interim, etc.), au moment de l'enquête – et non le nombre de professionnels présents/travaillant le jour de l'enquête – doit être recueillies. Ces données sont disponibles au niveau de l'administration de l'établissement.

## 7.6. DOIT-ON INCLURE LES ASSISTANTES PUÉRICULTRICES DANS LE DÉCOMPTE DES EFFECTIFS DU PERSONNEL ?

Oui, les auxiliaires de puéricultures sont à compter parmi les aides-soignants.

## 7.7. DOIT-ON INCLURE LES CADRES DE SANTÉ DANS LE DÉCOMPTE DES INFIRMIÈRES ?

Non, les cadres de santé non IDE ne sont pas à inclure dans le décompte du nombre total d'infirmières ou du nombre d'infirmière en réanimation.

En revanche, si un cadre de santé médicoteknique fait partie de l'EOH, celui-ci devrait-être compté.

## 7.8. COMMENT RENSEIGNER DES DÉCIMALES D'ÉQUIVALENTS TEMPS PLEINS DANS LA RUBRIQUE SUR LES EFFECTIFS DU PERSONNEL ?

Il est possible de renseigner jusqu'à deux décimales dans les différents champs relatifs aux effectifs du personnel (en ETP). Le séparateur des chiffres des décimales et des entiers est préférentiellement le point (plutôt que la virgule).

**7.9. LES NOMBRES TOTAUX DE LITS ET DE CHAMBRES DOIVENT ILS PORTER SUR L'ENSEMBLE DE L'ÉTABLISSEMENT OU UNIQUEMENT SUR LES SERVICES CIBLES ?**

Dans la rubrique sur la capacité d'accueil de l'établissement, les nombres totaux de lits et de chambres doivent porter sur l'ensemble des lits d'hospitalisation complète et des chambres installées de l'établissement à l'exception des lits d'Ehpad.

**7.10. DOIT-ON EXCLURE LES CHAMBRES D'HOSPITALISATION DE JOUR ET D'AMBULATOIRE DANS LE DÉCOMPTE DU NOMBRE DE CHAMBRES ?**

Non, les nombres de chambres sont pris en compte globalement pour l'établissement. Ainsi, les chambres d'hospitalisation de jour et d'ambulatoire, dans le cas où il s'agit de chambres installées, sont comptabilisées dans le nombre total de chambres et le nombre de chambres individuelles de la rubrique relative aux capacités d'accueil de l'établissement. Alors que pour l'inclusion des patients, ces secteurs sont exclus de l'enquête.

**7.11. DOIT-ON COMPTER COMME CHAMBRES INDIVIDUELLES LES CHAMBRES D'ISOLEMENT PSYCHIATRIQUE ?**

Non, si ces chambres sont utilisées en cas de besoin, en plus des chambres d'hospitalisation.

**7.12. DOIT-ON EXCLURE LES CHAMBRES FERMÉES POUR TRAVAUX OU PAR MANQUE DE PERSONNEL DANS LE DÉCOMPTE DU NOMBRE DE CHAMBRES ?**

Non, les chambres fermées pour travaux ou par manque de personnel répondent à la définition de chambres installées, c'est-à-dire en état de recevoir des malades mais fermées temporairement. Elles sont comptabilisées dans le nombre total de chambres et le nombre de chambres individuelles.

**7.13. FAUT-IL SOUSTRAIRE LE NOMBRE DE LITS DE RÉANIMATION DU NOMBRE DE LITS DE MÉDECINE OU DE CHIRURGIE (SELON L'ORIENTATION DE L'ACTIVITÉ DU OU DES SERVICES) ?**

Oui, les lits de réanimation sont à compter indépendamment des autres catégories de lits (médecine ou chirurgie). Il est donc nécessaire de soustraire le nombre de lits de réanimation du nombre de lits de médecine ou de chirurgie.

**7.14. DANS QUEL SECTEUR DOIT-ON COMPTABILISER LES LITS DES DIFFÉRENTS SERVICES DE L'ÉTABLISSEMENT ?**

La répartition du nombre de lits d'hospitalisation complète dans l'établissement de santé par secteurs ou catégories d'activité (médecine, chirurgie, obstétrique, réanimation, psychiatrie, SSR, SLD) sont des données administratives à demander auprès de la direction de l'établissement. Leur répartition n'a pas à être modifiée.

**7.15. DOIT-ON TENIR COMPTE DES LITS D'HOSPITALISATION DE JOUR DANS LE DÉCOMPTE DES LITS ?**

Le nombre de lits à renseigner dans la rubrique sur la capacité d'accueil de l'établissement correspond au nombre de lits d'hospitalisation complète défini pour des hospitalisations dont la durée excède généralement 24 heures (même si le séjour de certains patients dans ces lits peut durer moins de 24 heures) et les hospitalisations dites de semaine. Il s'agit des lits autorisés par l'ARS et dont l'autorisation est renouvelée et validée chaque année.

Les lits d'hôpitaux de jour sont à considérer, de la même manière que les lits d'ambulatoire, comme des emplacements, c'est-à-dire des places autorisées (HdJ, séances de chimiothérapie, dialyses, transfusion ...) et ne sont donc pas à prendre en compte.

#### 7.16. DOIT-ON TENIR COMPTE DES LITS DE NÉONATOLOGIE ET DE PÉDIATRIE DANS LE DÉCOMPTE DES LITS ?

En maternité, les nouveaux nés ne sont pas hospitalisés administrativement, aussi seuls les lits d'obstétrique sont à comptabiliser. En revanche, en néonatalogie, les emplacements avec berceaux ou incubateurs (fermés ou ouverts) sont à comptabiliser dans les différents secteurs (médecine néonatale, soins intensifs et réanimation néonatale) dont les lits des unités mère-enfant dans lesquelles les bébés sont hospitalisés administrativement.

#### 7.17. COMMENT RENSEIGNER LE NOMBRE D'HÉMOCULTURES RÉALISÉES (NBHEMO) DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ AVEC DES SERVICES D'URGENCES, PORTES, ET DE JOUR

Il faut comptabiliser le nombre total d'hémocultures réalisées sur l'ensemble de l'établissement, comprenant également les services exclus de l'ENP.

#### 7.18. COMMENT DOIT-ON COMPTABILISER LE NOMBRE DE RECHERCHE DE CLOSTRIDIUM DIFFICILE?

Noter le nombre d'analyses de selles à la recherche spécifique d'une infection à *Clostridium difficile*, réalisées dans l'établissement au cours de l'année 2016 (i.e. information au 31 décembre 2016) par le laboratoire de l'établissement de santé, correspondant au laboratoire interne ou externe qui réalise les analyses pour l'ES (e.g. laboratoires microbiologiques, bactériologiques ou spécialisés). Les analyses pour lesquelles

#### 7.19. LA CONSOMMATION DE PHA DOIT-ELLE PORTER SUR TOUT L'ÉTABLISSEMENT ?

Oui, la consommation de PHA doit porter sur tout l'établissement y compris les services exclus de l'enquête.

#### 7.20. LA RÉÉVALUATION DES ANTIBIOTIQUES À 72 HEURES DOIT-ELLE ÊTRE RÉALISÉE PAR UNE TIERCE PERSONNE

Selon la définition de l'ECDC, on entend par réévaluation du traitement antibiotique, la vérification dans les 72 heures – le plus souvent entre la 24<sup>e</sup> heure et la 72<sup>e</sup> heure – à partir de la dispensation initiale, par une autre personne ou équipe que le prescripteur. Une vérification de la prescription effectuée par le prescripteur ne correspond donc pas à la définition d'une réévaluation du traitement antibiotique et ne doit pas être codée comme telle.

## 8. LES QUESTIONS SUR LES CARACTÉRISTIQUES DU PATIENT

### 8.1. POURQUOI RENSEIGNER LE CODE POSTAL DE LA COMMUNE DE RÉSIDENCE DU PATIENT ?

Dans le cadre de la réforme territoriale visant à réduire les inégalités du territoire, une analyse descriptive de la prévalence des IN selon des indicateurs socio-économiques disponibles à l'échelle géographique de la commune



sera effectuée. C'est la raison pour laquelle une variable portant sur le code postal de la commune de résidence du patient a été ajoutée dans la fiche patient (rubrique sur les caractéristiques *du patient et du séjour*).

Un code spécifique est attribué pour les patients résidant à l'étranger (coder 88888) et inconnu ou sans domicile fixe (coder 99999).

## 8.2. QUAND ET COMMENT REMPLIR LE CHAMP « AGE EN MOIS » ?

Pour un adulte, ne renseigner que le champ « Age (en années) ».

Pour les enfants de moins de 2 ans :

- remplir le champ « Age (en années) » par la valeur "0" pour un enfant de moins de 12 mois et "1" si l'enfant à 1 an révolu ;
- ET remplir le champ « Age (en mois) » en convertissant l'âge de l'enfant en nombre de mois révolu.

Exemple :

- pour un enfant de moins de 1 an, coder "0" pour l'année, l'âge en mois révolus va de 0 à 11 ;
- pour un enfant de 1 an, coder "1" pour l'année, l'âge en mois révolus va de 12 à 23 mois ;
- pour un nouveau-né de moins de "1" mois, coder "0" pour l'âge en années et "0" pour l'âge en mois.

## 8.3. COMMENT CODE-T-ON SI L'ANNÉE DE NAISSANCE EST INCONNUE ?

Si la date de naissance du patient n'est pas connue, renseigner l'âge en année estimée pour le patient.

## 8.4. QUELLE AFFECTATION DOIT-ON DONNER AUX PATIENTS ADMIS EN UNITÉ DE SURVEILLANCE CONTINUE ?

Concernant la spécialité du service, la dénomination telle que formulée par l'administration sera utilisée. Ainsi, les USI et USC sont associés administrativement à une spécialité médicale et chirurgicale. Il ne s'agit pas de services de réanimation.

La spécialité du patient sera codée selon la spécialité du service prenant en charge le patient.

## 8.5. COMMENT CODER LA SPÉCIALITÉ DES PATIENTS HOSPITALISÉS EN UNITÉ DE SOINS INTENSIFS OU DE SURVEILLANCE CONTINUE ?

La spécialité (service et patient) ne doit pas être codée en réanimation mais dans la spécialité médicale ou chirurgicale dont relèvent les patients.

Exemple :

- USI cardiologie ⇒ cardiologie médicale (MEDCAR) ou chirurgicale (CHICAR)
- USI néonatale ⇒ néonatalogie (PEDNEO)
- USC polyvalente ⇒ réaffecter les patients dans leurs spécialités respectives : pneumologie, neurologie, gastro-entérologie, etc.

## 8.6. QUEL EST LE CODAGE DU SERVICE DE SPÉCIALITÉ POUR UNE USI POLYVALENTE ?

Une USI correspond à la spécialité de service « Service de médecine générale » (MEDGEN).

**8.7. QUELLE DIFFÉRENCE ENTRE LA MÉDECINE INTERNE, LA MÉDECINE POLYVALENTE ET LA MÉDECINE GÉNÉRALE DANS LE CODAGE DE LA SPÉCIALITÉ DU SERVICE OU DU PATIENT ?**

La médecine interne codée [MEDINT] correspond à un service spécialisé dans la prise en charge de maladies systémiques, auto-immunes, ...

La médecine polyvalente, codée dans le cadre de cette enquête de la même manière que la médecine générale [MEDGEN], correspond à des services assurant plusieurs spécialités de médecine.

**8.8. COMMENT CODER LA SPÉCIALITÉ D'UN SERVICE DE MÉDECINE INTERNE AVEC UNE AILE ORIENTATION PNEUMOLOGIE ET UNE AILE ORIENTATION RHUMATOLOGIE PAR EXEMPLE ?**

La spécialité à attribuer au patient est celle du lit dans lequel il est hébergé.

Le code du service (à usage interne de l'établissement) permettra de regrouper les lits de ce service en une seule et même entité.

**8.9. COMMENT CLASSER UN PATIENT HOSPITALISÉ EN SERVICE DE SOINS PALLIATIFS ?**

Les services de soins palliatifs entrent dans la spécialité médecine générale polyvalente. Pour les patients relevant de soins palliatifs hospitalisés dans un service d'une autre spécialité, renseigner la spécialité du service.

**8.10. COMMENT CODER LA SPÉCIALITÉ D'UN PATIENT DE MÉDECINE HÉBERGÉ EN CHIRURGIE ?**

La spécialité à attribuer au patient est celle du lit (cf. page 38 du Guide de l'enquêteur) dans lequel il est hébergé, indépendamment de son motif d'hospitalisation. Il faut donc coder chirurgie.

**8.11. QUELLE SPÉCIALITÉ DU PATIENT CHOISIR EN RÉANIMATION PÉDIATRIQUE POLYVALENTE ?**

Si l'enfant est prématuré ou a moins de 1 mois, il est demandé de choisir la réanimation néo-natale comme spécialité du patient. Pour les autres enfants, garder la spécialité réanimation pédiatrique.

**8.12. COMMENT CODER LA SPÉCIALITÉ DES PATIENTS HOSPITALISÉS DANS UN SERVICE DE CHIRURGIE POLYVALENTE ?**

Il existe un code spécialité pour la médecine polyvalente et la réanimation polyvalente mais pas pour la chirurgie polyvalente. Dans ce dernier cas, choisir la catégorie « chirurgie générale » pour la spécialité service et la spécialité adaptée pour chaque patient (digestive, cardiaque, ...).

**8.13. COMMENT CODER LA SPÉCIALITÉ DES PATIENTS EN SSPI (SALLE DE SOINS POST-INTERVENTIONNELS) ?**

Ces patients sont inclus dans l'enquête et relèvent de la spécialité chirurgicale concernée.

**8.14. QUELLE DATE D'ADMISSION RENSEIGNER POUR UN PATIENT SÉJOURNANT HABITUELLEMENT DANS L'EHPAD ADOSSÉE À L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ MAIS ADMIS AU MOMENT DE L'ENQUÊTE EN COURT SÉJOUR OU SSR OU PSYCHIATRIE ?**

Pour un patient séjournant habituellement en Ehpad adossé à un établissement mais admis dans un service du secteur sanitaire du même établissement au cours de l'enquête, c'est la date d'admission du patient dans le service du secteur sanitaire qui doit être indiquée.

8.15. IMMUNODÉPRESSION : LA DÉFINITION NE PREND PAS EN COMPTE DES ÉTATS CONNUS POUR ÊTRE ASSOCIÉS À UNE IMMUNODÉPRESSION (EX : GRANDE PRÉMATURITÉ, DIABÈTE ÉVOLUÉ...). FAUT-IL NOTER "OUI" POUR CE TYPE DE PATIENT ?

Non, il est demandé de se limiter à la définition proposée par le guide de l'enquêteur (cf. page 43 du Guide de l'enquêteur).

8.16. COMMENT COTER L'INDICE DE GRAVITÉ DE MC CABE POUR UN PATIENT HOSPITALISÉ POUR UN CHOC SEPTIQUE GRAVISSIME ?

Codé par le correspondant médical du service, l'indice de gravité de Mc Cabe décrit la situation du patient le jour de l'enquête, sauf si le patient présente une infection nosocomiale. Dans ce cas il faut prendre en compte pour l'indice l'état du patient avant cette infection nosocomiale (cf. page 42 du Guide de l'enquêteur). Si par contre le choc septique est en relation avec une infection à l'origine de l'admission, il faut en tenir compte pour déterminer la valeur de cet indice.

8.17. CHIRURGIE DEPUIS L'ADMISSION : DOIT-ON PRENDRE EN COMPTE LES INTERVENTIONS RÉALISÉES EN DEHORS DU BLOC OPÉRATOIRE QUI NE SONT PAS DÉCRITES DANS LA LISTE D'EXCLUSION ?

Non, seules sont prises en compte celles réalisées au bloc opératoire (cf. page 41 du Guide de l'enquêteur).

Exemple : l'autogreffe de peau en pastille est classée comme acte de chirurgie dans la CCAM mais elle n'est pas prise en compte si elle n'est pas réalisée au bloc opératoire.

8.18. CHIRURGIE DEPUIS L'ADMISSION : SI UN PATIENT EST HÉBERGÉ DANS L'ES DEPUIS PLUS D'UN AN (EX : USLD, SSR), DOIT-ON RECHERCHER LA TRACE D'UNE INTERVENTION DANS L'ANNÉE PRÉCÉDENTE OU AU-DELÀ ?

Dans l'année précédente uniquement.

8.19. UNE COLOSCOPIE SANS POLYPECTOMIE AU BLOC OPÉRATOIRE EST-ELLE UNE INTERVENTION CHIRURGICALE ?

Non, on entend par intervention la mise en œuvre d'une (ou plusieurs) procédure(s) chirurgicale(s) effectuée(s) sur un patient lors d'un seul passage au bloc opératoire. Une procédure chirurgicale est un traitement chirurgical défini par un code de la nomenclature des actes médicaux français qui : soit nécessite une incision cutanée ; soit est un acte thérapeutique endoscopique pratiqué par les voies naturelles dans un bloc opératoire (cf. page 42 du Guide de l'enquêteur). Une coloscopie à visée diagnostique au bloc opératoire n'est donc pas codée comme une intervention chirurgicale. Si elle inclut une polypectomie (ou un autre geste thérapeutique) au bloc opératoire, elle est par contre codée comme une intervention chirurgicale.

#### 8.20. LA POSE DE STENT EST-ELLE UNE INTERVENTION CHIRURGICALE ?

Non, il s'agit d'un acte de radiologie interventionnelle qui est exclu de la définition « intervention chirurgicale » de l'ENP 2017 (cf. page 42 du Guide de l'enquêteur).

#### 8.21. LA POSE D'UNE SONDE DOUBLE J (JJ) EST-ELLE À CONSIDÉRER COMME UNE INTERVENTION CHIRURGICALE ?

Non, cela fait partie des interventions exclues, à ne pas prendre en compte (cf. page 42 du Guide de l'enquêteur).

#### 8.22. EST-IL POSSIBLE DE COCHER POUR UN MÊME PATIENT LA PRÉSENCE DE TUMEUR SOLIDE ET D'HÉMOPATHIE MALIGNE ?

Non, il n'est pas possible de cocher pour un même patient la présence à la fois d'une tumeur solide et d'une hémopathie maligne. Un patient atteint des deux types de cancers évolutifs est une situation rare.

### 9. LES QUESTIONS SUR LES DISPOSITIFS INVASIFS

#### 9.1. COMMENT CODER LES VARIABLES DISPOSITIFS INVASIFS (SONDE URINAIRE, CATHÉTERS, INTUBATION/TRACHÉOTOMIE) SI L'INFORMATION N'EST PAS CONNUE ?

Cette circonstance n'est pas prévue dans le guide de l'enquêteur. L'information sur les dispositifs invasifs est obligatoire.

#### 9.2. DOIT-ON PRENDRE EN COMPTE L'UTILISATION D'UN DI OU SA SEULE PRÉSENCE ?

Qu'ils soient en cours d'utilisation ou non, tous les DI présents le jour de l'enquête sont à prendre en compte, ce qui inclut tout dispositif enlevé ou arraché le jour de l'enquête avant le passage de l'enquêteur, mais dont l'enquêteur a connaissance. Ceci est valable pour les CCI (chambres implantables), les PICC, etc.

#### 9.3. PEUT-ON COMPTABILISER LES DISPOSITIFS INVASIFS QUI NE SONT PAS PRÉSENTS AU MOMENT DU PASSAGE DE L'ENQUÊTEUR, EN PARTICULIER DANS CERTAINS SERVICES ?

Par exemple, en gériatrie une majorité de cathéters sont posés le soir ou la nuit et en psychiatrie les cathéters ne sont pas laissés en place même si le traitement est prolongé (cathéter intermittent). Dans ces services en particulier tous les dispositifs présents le jour de l'enquête sont comptabilisés.

#### 9.4. DOIT-ON COMPTER LES DI POSÉS AU BLOC OPÉRATOIRE ET QUI NE SONT PLUS EN PLACE (PATIENTS OPÉRÉS LE JOUR DE L'ENQUÊTE) ?

Oui, sont tracés tous les DI en place le jour de l'enquête y compris ceux qui ne sont plus présents au moment du passage de l'enquêteur mais dont l'enquêteur a connaissance.

#### 9.5. A QUOI FAIT RÉFÉRENCE LA VARIABLE « INTUBATION » ?

Il existe une ambiguïté dans le libellé de la variable « Intubation » et sa définition : cocher "Oui" si le patient est sous ventilation mécanique [...] le jour de l'enquête [...]. Nota : la seule recherche de la présence d'une intubation ou

trachéotomie est insuffisante pour renseigner cette variable. Le libellée ne doit pas faire oublier la définition de la variable qui reste à privilégier.

L'enquêteur devrait facilement avoir en service réanimation un interlocuteur et donc la possibilité de considérer si une sonde d'intubation (IOT ou INT) est un DI ou non.

Exemples :

- si le sevrage est clairement en cours avec extubation dans quelques minutes cocher "Non" ;
- si le sevrage est en cours sur un mode de ventilation mécanique intermittente (séances de VS et mises sous respirateur alternées) cocher "Oui".

#### 9.6. COMMENT CODER UN PATIENT INTUBÉE PRÉCÉDEMMENT DANS LA JOURNÉE MAIS PAS LORS DU PASSAGE DE L'ENQUÊTEUR ?

Oui, car la personne a été intubée le jour de l'enquête. Ce principe est aussi valable pour les cathéters vasculaires et les sondes urinaires.

#### 9.7. FAUT-IL RENSEIGNER QUE LE PATIENT EST PORTEUR D'UNE SONDE URINAIRE SI CELLE-CI EST ABSENTE LE JOUR DE L'ENQUÊTE MAIS PRÉSENTE DANS LES 7 JOURS AUPARAVANT ?

Non, si le patient n'est pas porteur d'une sonde urinaire le jour de l'enquête la variable relative à la présence d'une sonde urinaire chez le patient (SONDU) est codé "Non".

Cependant, pour les sondes urinaires, leur présence est à documenter sur une période de 7 jours précédant le jour de l'enquête de manière à renseigner, dans la situation où le patient présente une infection urinaire le jour de l'enquête, la présence d'une sonde urinaire en place dans les 7 jours précédant l'infection.

#### 9.8. LES SONDES DOUBLE J (JJ) SONT-ELLES À PRENDRE EN COMPTE COMME DES SONDES URINAIRES ?

Non, les sondes double J, comme toutes les sondes urétérales ou sus-pubiennes, ne sont pas à considérer comme des sondes à demeure. Seuls les sondages urétraux à demeure sont pris en compte comme sonde urinaire.

#### 9.9. CODE-T-ON UNE TRACHÉOSTOMIE COMME UNE TRACHÉOTOMIE ?

Oui, s'il s'agit d'une trachéostomie avec canule. La mise en place d'un dispositif invasif est l'élément discriminant pour la cotation de la variable relatif au dispositif invasif. En l'absence de canule, coder "Non" pour le dispositif invasif.

#### 9.10. COMMENT CLASSER LES CATHÉTERS (CANULES) UTILISÉS POUR UNE OXYGÉNATION PAR MEMBRANE EXTRACORPORELLE (ECMO) ?

Les cathéters (canules) utilisés pour une ECMO sont à coder comme des cathéters veineux centraux (KTVC).

#### 9.11. COMMENT CLASSER LES CATHÉTERS SUR FISTULE D'HÉMODIALYSE (SERVICE DE NÉPHROLOGIE) ?

Les cathéters sur fistule d'hémodialyse sont à classer dans la catégorie des cathéters veineux périphériques (KTVP). En effet, il s'agit le plus souvent de cathéters branchés sur une veine, la veine radiale. Dans le cas de la fistule, cette veine est artérialisée par anastomose avec l'artère radiale.

#### 9.12. PICC : QUELS DISPOSITIFS SONT CONCERNÉS ?

Que ce soit chez l'adulte ou chez l'enfant (épicutanéocave ou « nouille » pédiatrique), classer en PICC tout cathéter central à insertion périphérique.

#### 9.13. COMPTABILISE-T-ON UN PICC NON BRANCHÉ OU UNE CHAMBRE À CATHÉTER IMPLANTABLE SANS AIGUILLE DE HUBERT ?

Pour un PICC non branché ou une chambre à cathéter implantable sans aiguille de Hubert, le dispositif invasif est quand même comptabilisé.

#### 9.14. QUE CODER POUR UN PATIENT PRÉSENTANT UN GARDE VEINE SANS PERFUSION EN COURS AU MOMENT DU PASSAGE DE L'ENQUÊTEUR ?

Si un KTVP est en place, connecté ou non à une perfusion, il constitue un DIV « exposant » à un risque infectieux et doit être considéré comme présent.

#### 9.15. LES CATHÉTERS MIDLINE SONT À INCLURE DANS QUELLE CATÉGORIE DE CATHÉTER ?

Les cathéters MIDLINE sont à inclure dans la catégorie des cathéters veineux périphériques.

#### 9.16. FAUT-IL CODER LES CATHÉTERS SUS-PUBIENS ?

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

#### 9.17. DANS QUELLE CATÉGORIE DOIT-ON CLASSER LES CATHÉTERS PÉRI-NERVEUX ?

Les cathéters péri-nerveux sont exclus du champ de cette enquête. Ils ne sont à renseigner dans aucune catégorie, il ne s'agit pas de dispositifs intravasculaires ou intra urétraux.

## 10. LES QUESTIONS SUR LES TRAITEMENTS ANTI-INFECTIEUX

#### 10.1. QUELLES MOLÉCULES RENSEIGNER, LORSQU'UN TRAITEMENT ANTI-INFECTIEUX ASSOCIE PLUS DE 4 MOLÉCULES CHEZ UN MÊME PATIENT ?

Le nombre de molécules qu'il est possible de renseigner est porté à 4 dans l'ENP 2017 - contre 5 molécules en 2012 - en cohérence avec le protocole européen. L'ENP 2012 montre que 0,7% des patients traités par antibiotiques recevaient plus de 3 molécules et seulement 0,1% recevaient plus de 4 molécules. La situation de patients dont le

traitement anti-infectieux associe plus de 4 molécules est donc rare, la polythérapie antibiotique se limitant généralement à 2 ou 3 molécules simultanées.

Le guide de l'enquêteur propose une liste de molécules prioritaires à citer, dans le cas où le patient a reçu plus de 4 traitements le jour de l'enquête :

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

Dans le cas, ou cette liste ne suffit pas, et après avoir réuni les informations sur l'ensemble des molécules, une réflexion avec le correspondant médical et le coordonnateur de l'enquête permettra de sélectionner les anti-infectieux à documenter.

Il est rappelé que les traitements locaux et les traitements anti-viraux ne sont pas à prendre en compte.

#### 10.2. COMPTABILISE-T-ON LES TRAITEMENTS PRESCRITS ET ADMINISTRÉS LE JOUR DE L'ENQUÊTE MAIS APRÈS LE PASSAGE DE L'ENQUÊTEUR ?

L'enquête est réalisée un jour donné. Les fiches sont le plus souvent préparées la veille du jour de passage des enquêteurs et remplies au cours de la journée.

Si, au moment du passage des enquêteurs, le patient présente des signes d'appels infectieux et se trouve en attente de décision concernant un traitement ATB qui lui sera prescrit et administré le jour de l'enquête, il en sera tenu compte dans la fiche patient. Le champ correspondant au traitement anti-infectieux sera coché "Oui" et l'antibiothérapie sera renseignée a postériori.

#### 10.3. CONCERNANT LE BACTRIM, ÉTANT DONNÉ QU'IL S'AGIT D'UN MÉLANGE DE DEUX ANTIBIOTIQUES, QUELLE MOLÉCULE INDIQUER POUR LA POSOLOGIE ?

Concernant le Bactrim, il faut indiquer la posologie du Sulfamethoxazole (cp à 400 et 800, ampoules à 400).

#### 10.4. CONCERNANT LE RIFATER, ÉTANT DONNÉ QU'IL S'AGIT D'UN MÉLANGE DE DEUX ANTIBIOTIQUES, QUELLE MOLÉCULE INDIQUER POUR LA POSOLOGIE ?

Concernant le Rifater et le Rifinah, il faut indiquer la posologie de la Rifampicine.

#### 10.5. COMMENT NOTER LA DOSE D'UN ANTI-INFECTIEUX EXPRIMÉE EN UNITÉ INTERNATIONALE ?

Compte tenu de l'ordre de grandeur des doses exprimées en unités internationales (UI), toutes les doses sont à renseigner en **milliers d'unités internationales (MUI)** avec arrondi des centaines.

Exemple : pour une dose de 20 500 UI d'un ATB administrée par jour à un patient, noter 21 dans le champ Dose AI quotidienne et cocher pour l'unité "UI".

10.6. QUELLE VOIE D'ADMINISTRATION INDIQUER POUR LES ANTIBIOTHÉRAPIES INJECTÉES VIA LES POUCHES DE DIALYSE PÉRITONÉALE ?

Pour les antibiotiques injectés via les poches de dialyse péritonéale, la voie d'administration ne correspond à aucun des codes proposés et doit être codée en "inconnue".

10.7. L'INJECTION DE CÉFAZOLINE AVANT LA POSE DE PROTHÈSE MAMMAIRE EST-ELLE BIEN COMPTABILISÉE COMME PROPHYLAXIE CHIRURGICALE ?

Même si la pose de prothèse mammaire n'est pas enregistrée comme une intervention chirurgicale, la Céfazoline étant délivrée en intention de prévenir une ISO, il s'agit bien d'une antibioprofylaxie.

10.8. COMMENT CODER LE CONTEXTE DE PRESCRIPTION DANS LES SITUATIONS DE PROPHYLAXIE DITE MÉDICALE (PRÉVENTION DES INFECTIONS DANS DES SITUATIONS MÉDICALES À RISQUE) ?

Il est demandé de les coder AM, le même code que la prophylaxie des infections opportunistes.

Exemples de prophylaxie dite médicale :

- accouchement par voie basse avec colonisation de la mère à Streptocoque B ;
- accouchement par voie basse avec rupture prématurée des membranes ;
- asplénie (absence de rate) ;
- rupture de varices œsophagiennes ;
- infection urinaire chez la personne âgée.

Nota : attention, dans ce cas, il n'y a pas de diagnostic à identifier puisque celui-ci est limité au contexte curatif.

10.9. COMMENT CODER UNE ANTIBIOPROPHYLAXIE CONTRE LE STREPTOCOQUE A LORS D'UN ACCOUCHEMENT ?

Une antibioprofylaxie contre le streptocoque A lors d'un accouchement doit être codée en tant qu'« antibioprofylaxie chirurgicale ».

10.10. COMMENT CODER L'INDICATION D'UN TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE QUI NE RÉPOND PAS AUX RECOMMANDATIONS, PAR EXEMPLE UN TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE D'UNE COLONISATION URINAIRE ?

L'ENP 2017 a pour objectif de documenter les traitements antibiotiques prescrits. Elle n'a pas pour objectif d'évaluer leur pertinence. Il faut donc coder selon l'indication du prescripteur, et dans ce cas soit « curatif pour infection communautaire ou nosocomiale » (IC, ICS ou IAS), soit « prophylaxie des infections opportunistes » (AM) selon l'indication du prescripteur.

10.11. EN QUOI CONSISTE UNE PROPHYLAXIE DES INFECTIONS OPPORTUNISTES ?

Il s'agit de la prophylaxie des infections chez les personnes immunodéprimées. Par exemple, prescription de sulfaméthoxazole-triméthoprime pour prophylaxie de la pneumocystose chez un patient VIH.



10.12. POUR UN PATIENT QUI VA PASSER AU BLOC OPÉRATOIRE LORS DU PASSAGE DE L'ENQUÊTEUR, QUE DOIT-ON CODER POUR L'ANTIBIOPROPHYLAXIE CHIRURGICALE ?

Il faut coder "Oui" à l'item « antibioprofylaxie chirurgicale » si le patient en reçoit une le jour de l'enquête.

10.13. DOIT-ON PRENDRE EN COMPTE L'ANTIBIOPROPHYLAXIE DENTAIRE ?

Oui, uniquement si elle est administrée par voie générale.

10.14. OÙ TROUVER L'INFORMATION SUR LA DURÉE DE L'ANTIBIOPROPHYLAXIE CHIRURGICALE ?

Il peut être nécessaire d'aller voir dans le dossier d'anesthésie ce qui a été prescrit les jours précédents l'intervention.

10.15. UN TRAITEMENT À LA CÉFAZOLINE A ÉTÉ DÉLIVRÉ EN INTENTION DE PRÉVENIR UNE ISO. S'AGIT-IL BIEN D'UNE ANTIBIOPROPHYLAXIE (NOTION ÉLARGIE D'ITT) ?

Il s'agit d'un traitement antibiotique prescrit et délivré en intention de prévenir la survenue d'une ISO, au décours d'une intervention chirurgicale, traitement prolongé au-delà de ce qui est recommandé.

Il est nécessaire de renseigner la molécule (Céfazoline) et de préciser le contexte de prescription (AC2, AC3 ou AC4) en fonction de la durée de prescription

10.16. QUEL DIAGNOSTIC CHOISIR POUR UNE MÉDIASTINITE ET POUR UNE INFECTION SUR PROTHÈSE ENDOVASCULAIRE ?

Le code à utiliser pour cette situation est celui de l'infection cardio-vasculaire (CVA). Plus généralement, pour les diagnostics non envisagés dans le thésaurus, choisir le code se rapprochant le plus de l'indication (par appareil).

10.17. LES MODES D'ORGANISATION PEUVENT ENTRAÎNER L'ABSENCE OU UN DÉCALAGE DANS LE TEMPS DE LA TRAÇABILITÉ DU MOTIF DE PRESCRIPTION D'UN ANTI-INFECTIEUX DANS LE DOSSIER MÉDICAL (INFORMATISATION, COMPTE-RENDU DE FIN D'HOSPITALISATION, PROTOCOLISATION DE L'ANTIBIOPROPHYLAXIE,...). QUE FAIRE DANS CES CAS POUR LA JUSTIFICATION DOSSIER ?

Il est demandé de prendre en compte les informations disponibles le jour de l'enquête, même si la justification est inscrite à une date ultérieure à la prescription. Pour être prise en compte, la justification du traitement doit être notée dans le dossier médical.

S'agissant des traitements curatifs, il est rappelé que tout signe clinique évocateur d'infection retrouvé dans le dossier médical peut être pris en compte comme motif de prescription. S'agissant de l'antibioprofylaxie, la présence d'un protocole écrit décrivant les situations nécessitant une antibioprofylaxie peut être considérée comme une réponse positive à cette question.

#### 10.18. JUSTIFICATION DOSSIER (TRAÇABILITÉ DU MOTIF DE PRESCRIPTION) : EST-CE QU'UN ANTIBIOGRAMME PEUT SERVIR DE JUSTIFICATION ?

Non, l'antibiogramme sert à caractériser la résistance des souches identifiées, mais ne justifie pas à lui seul le traitement.

### 11. LES QUESTIONS SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

#### 11.1. COMMENT PRIORISER LES INFECTIONS NOSOCOMIALES LORSQU'UN PATIENT PRÉSENTE PLUS DE DEUX IN ?

Le nombre d'infections nosocomiales qu'il est possible de renseigner est porté à 2 en 2017 (contre 3 IN en 2012) en cohérence avec le protocole européen. Pour information, l'ENP 2012 montre que, parmi les patients infectés, 5,0% avaient 2 IN et 0,3% présentaient au moins 3 IN.

Dans le cas où la situation d'un patient présentant plus de deux IN, après avoir réuni toutes les informations sur les IN, une réflexion avec le correspondant médical et le coordonnateur de l'enquête permettra de sélectionner les IN à documenter.

#### 11.2. PRESCRIPTION D'ANTI-INFECTIEUX : LE DIAGNOSTIC DE L'INFECTION DOIT-IL ÊTRE RENSEIGNÉ POUR LES INFECTIONS COMMUNAUTAIRES ?

Oui, pour chaque anti-infectieux, le code du diagnostic de l'infection doit être renseigné, que l'infection soit nosocomiale ou communautaire.

Nota : La mention dans le guide de l'enquêteur en couleur orange prête à confusion : « [! OBLIGATOIRE si la patient reçoit un traitement AI et si le traitement est curatif pour IN] » ; lire plutôt : « ... si le traitement est curatif pour infection nosocomiale ou non ».

#### 11.3. COMMENT CODER LES INFECTIONS DE CATHÉTER SANS BACTÉRIÉMIE CHEZ LES NOURRISSONS ?

Pour les infections de cathéter sans bactériémie chez les nourrissons il faut utiliser les définitions des IN pour les nourrissons : Sepsis clinique du nouveau-né [NNSEPS].

#### 11.4. COMMENT CODER LES INFECTIONS DIGESTIVES À *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* ?

Contrairement à l'ENP 2012, une nouvelle modalité de siège d'infection est proposée pour coder les infections digestives à *Clostridium difficile*. Dans l'ENP 2017, les infections digestives à *Clostridium difficile* sont codées en [GASICD] parmi les infections du tractus gastro-intestinal (page 72 du guide de l'enquêteur) et ne doivent pas être classé avec les gastro-entérites GASENT comme en 2012.

#### 11.5. UNE ENDOMÉTRITE APRÈS CÉSARIENNE EST-ELLE UNE ISO ?

Oui a priori, le codage d'une infection du site opératoire primant toujours sur celui d'un autre site. Cependant, en cas de doute, il est rappelé que le diagnostic d'infection de l'organe ou de l'espace concerné par le site opératoire est porté par le chirurgien ou le praticien en charge du patient (cf. Guide de l'enquêteur, page 68).

#### 11.6. DOIT-ON CONSIDÉRER LES INFECTIONS MATERNO-FŒTALES COMME DES IN ?

Non, les infections materno-fœtales ne sont pas des infections nosocomiales. Le contexte de prescription pour une antibiothérapie éventuellement en cours pour une telle infection doit être codée « curatif pour infection communautaire ».

#### 11.7. EN CAS DE BACTÉRIÉMIE À POINT DE DÉPART URINAIRE OU PULMONAIRE OU AUTRE, FAUT-IL REMPLIR LES INFORMATIONS DES 2 INFECTIONS ?

S'il est avéré que les deux sites d'infections sont liées, il faut renseigner une seule infection : la bactériémie [SANBAC] et indiquer l'infection urinaire ou pulmonaire comme étant l'origine de la bactériémie : bactériémie consécutive à une infection urinaire [URI] ou pulmonaire [PNO] car l'infection urinaire ou pulmonaire constitue la porte d'entrée de la bactériémie. Il s'agit cliniquement d'un même épisode infectieux qui ne doit être comptabilisé qu'une seule fois dans le calcul de la prévalence des IN.

En revanche, s'il n'y a pas d'indication quant à la liaison possible des deux infections, il s'agit alors de deux épisodes distincts. Deux sièges d'IN sont alors renseignés : [SANBAC] pour la bactériémie et [URIN\_] ou [RSPPN1\_] pour l'infection urinaire ou pulmonaire respectivement.

#### 11.8. COMPTABILISE-T-ON LES INFECTIONS NOSOCOMIALES SUSPECTÉES MAIS DONT LA CONFIRMATION EST EFFECTUÉE APRÈS LE PASSAGE DE L'ENQUÊTEUR ?

L'enquête est réalisée un jour donné. Les fiches sont le plus souvent préparées la veille du jour de passage des enquêteurs et remplies au cours de la journée.

Si, au moment du passage des enquêteurs, le patient présente des signes d'appels infectieux et se trouve en attente de décision concernant le diagnostic d'une infection nosocomiale posé le jour de l'enquête, il en sera tenu compte dans la fiche patient. Le champ correspondant aux infections nosocomiales sera coché "Oui" et l'IN décrite à postériori.

#### 11.9. ORIGINE DE L'INFECTION : QUE SIGNIFIE NON DÉTERMINÉE (INC) ?

Ce code est à utiliser pour une infection nosocomiale dont les éléments disponibles ne permettent pas de déterminer le lieu de l'acquisition.

#### 11.10. DOIT-ON PRENDRE EN COMPTE UN ECBU RÉALISÉ À TITRE SYSTÉMATIQUE, LORSQU'IL EST POSITIF LE JOUR DE L'ENQUÊTE ?

Si la bactériurie est asymptomatique, ce résultat n'est pas à prendre en compte comme IN.

#### 11.11. COMMENT INTERPRÉTER UN ECBU POSITIF CHEZ UN PATIENT PORTEUR D'UNE VESSIE ILÉALE TYPE « BRICKER » ET ADMIS AVEC DES URINES STÉRILISÉES PAR TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE AVANT SON ENTRÉE ?

Dans ce cas, la validation de l'éventuelle infection par le clinicien (*i.e.* correspondant médical) semble indispensable, en tenant compte des symptômes du patient. D'une manière générale, il est rappelé que le guide de l'enquêteur prévoit que le correspondant médical valide toutes les infections nosocomiales avec l'enquêteur.

**11.12. DOIT-ON CONSIDÉRER COMME NOSOCOMIALE UNE INFECTION CONTRACTÉE DANS UN ÉTABLISSEMENT EXCLU DE L'ENQUÊTE (PAR EXEMPLE UNE MAISON DE RETRAITE, HAD) ?**

S'il s'agit d'une structure qui n'est pas un établissement de santé, la réponse est NON. Dans le cas contraire, il faut tenir compte des définitions des IN (cf. pages 53 et 54 du Guide de l'enquêteur).

**11.13. LES INFECTIONS ACQUISES DANS UN EHPAD SONT-ELLES BIEN CONSIDÉRÉES COMME INFECTIONS NOSOCOMIALES COMME LE SUGGÈRE L'ITEM ORIGINE DE L'INFECTION OÙ L'EHPAD EST CITÉ COMME ORIGINE POSSIBLE ?**

Non, cela ne correspond pas à la définition classique et donnée dans le guide de l'enquêteur d'infection nosocomiale. Une infection acquise dans une Ehpads doit être considérée comme une infection communautaire dont l'information n'est pas renseignée dans la rubrique sur les « Infection(s) nosocomiale(s) » réservée aux seules IN acquises dans un établissement de santé.

*Nota* : il existe une ambiguïté car il est mentionné, page 57, dans les codages possible de l'« Origine de l'infection » (ORIG\_) le code "AU" pour une infection « acquise dans autre ES autre que court séjour (psychiatrie, SSR, SLD, HAD) ou EHPAD ». Lire à la place e code "AU" : infection « acquise dans autre ES autre que court séjour (psychiatrie, SSR, SLD) ». Les origines d'une infection acquise en HAD et Ehpads ne sont pas compatible avec la documentation d'une Infection nosocomiale.

**11.14. FAUT-IL CONSIDÉRER COMME PAN-RÉSISTANTE UNE BACTÉRIE POUR LAQUELLE IL N'Y A PAS D'ANTIBIOTIQUE DANS L'ÉTABLISSEMENT MAIS QUI VA ÊTRE COMMANDÉ PAR LA PHARMACIE POUR TRAITER LE PATIENT ?**

Non, une bactérie pan-résistante est une bactérie résistante à tous les ATB testés à l'hôpital. Le fait que les ATB ne soit pas disponibles dans l'hôpital n'est pas un critère permettant de considérer la bactérie pan-résistante.

**11.15. COMMENT PROCÉDER POUR RENSEIGNER LA FICHE PATIENT LORS D'UN DIAGNOSTIC DIFFÉRÉ ?**

Dans la situation où il est nécessaire de prendre en compte des résultats d'examens paracliniques (microbiologiques, imagerie, etc.) pour renseigner la fiche patient mais qui ne sont pas encore disponibles au moment du passage de l'enquêteur, le recours à un diagnostic différé sera coché "Oui". Dans ce cas, la fiche patient sera conservée à part, de manière à pouvoir être complétée lorsque les résultats d'examens seront connus.

## **12. SAISIE DES DONNÉES – APPLICATION INFORMATIQUE**

**12.1. PEUT-ON SAISIR UNE FICHE PATIENT INCOMPLÈTE ?**

Oui, il est possible d'ouvrir à nouveau une fiche « patient » pour en compléter la saisie dans l'application web.

En revanche, pour enregistrer une fiche, il faut qu'elle soit complète sur l'ensemble des données obligatoires et que les données saisies répondent aux règles de cohérence implémentées dans l'application.

**12.2. LA SAISIE PAR UNE MÊME ÉQUIPE DES DONNÉES DE PLUSIEURS ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PERMETTRA-T-ELLE DE GÉNÉRER UN RAPPORT PAR ÉTABLISSEMENT ?**

Oui, une équipe d'hygiène qui a en charge plusieurs établissements peut saisir les données de chacun d'entre eux sur la même base. Chaque établissement est repéré par un code qui lui est propre. Les résultats locaux seront produits directement, de manière standardisée, par l'application informatique fournie, en sélectionnant un établissement par son code.

On entend ici par établissement une entité juridique, sauf cas particuliers AP-HM, AP-HP, HCL (cf. Q 1.3).

**12.3. LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ POURRONT-ILS RÉUTILISER L'APPLICATION INFORMATIQUE CONÇUE POUR L'ENP 2017, AFIN DE RÉALISER D'AUTRES ENQUÊTES DE PRÉVALENCE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES LES ANNÉES SUIVANTES ?**

Oui, les établissements de santé pourront utiliser l'application informatique créée pour l'ENP 2017 pour des enquêtes internes ultérieures s'ils le souhaitent. Cependant, ni SpFrance ni le CClin Ouest n'assurera de support pour l'utilisation de l'outil web de saisie, en dehors de celui prévu pour l'ENP 2017.

**12.4. UN ÉTABLISSEMENT PEUT-IL IMPORTER DES DONNÉES EXISTANTES DIRECTEMENT DANS L'APPLICATION WEB ?**

Non, il n'est pas possible d'importer des fichiers de données dans l'application Web. Celle-ci est utilisée exclusivement pour effectuer la saisie en ligne de données.

**12.5. UN ÉTABLISSEMENT PEUT-IL EXPORTER LES DONNÉES DE L'ENP 2017 QU'IL A SAISIÉS DANS L'APPLICATION WEB ?**

Oui, l'exportation ou extraction de données est possible avec l'application Web. L'extraction selon les modalités prévues à la question Q 3.6 est effectuée au format .csv.

**12.6. POURQUOI LA PLACE DU CHAMP PORTANT SUR LE DIAGNOSTIC DIFFÉRÉ N'EST PAS PLACÉ AU MÊME ENDROIT DANS LA FICHE PATIENT PAPIER ET SUR L'APPLICATION INFORMATIQUE ?**

Pour des raisons de structure de table, le diagnostic différé doit être complété avant de saisir l'information sur les micro-organismes. C'est pour cette raison que le champ sur le diagnostic différé est complété au moment de la saisie après celui sur l'origine des bactériémies. Alors que la logique veut que lorsqu'on renseigne l'infection, le recours au diagnostic différé porte sur l'ensemble des données de l'infection, y compris les micro-organismes.