

Enquête nationale de prévalence 2006 des infections nosocomiales. Mai-juin 2006

Réponse aux questions les plus fréquentes des établissements de santé

1 – Doit-on demander des examens complémentaires spécifiquement pour l'ENP ? Notamment pour valider une éventuelle infection nosocomiale ?

Oui, si ces examens complémentaires sont prescrits dans le cadre de la prise en charge du patient, décidée par le médecin qui en est responsable ; les résultats seront alors en attente et à récupérer. Non, si ces examens complémentaires étaient uniquement prescrits aux fins de l'enquête.

2 – Comment informer un patient sous tutelle ?

Il faut informer la personne de confiance nommée dans le dossier patient.

3 – Combien de temps doit-on conserver les fiches papiers de l'ENP 2006 ?

Ces fiches sont à conserver jusqu'à la fin de la validation et analyse des données interrégionales par le CCLin et nationales par l'InVS (donc jusqu'en avril 2007).

4 – Qu'appelle-t-on le jour de l'enquête pour l'ENP 2006 ?

Le jour de l'enquête est le jour du passage de l'enquêteur dans le service. Sa définition doit être aisément reproductible et ne peut pas tenir compte des horaires des équipes paramédicales ou médicales, variables selon les services. Ce jour commence donc à 0h00 et se termine, pour des raisons pratiques, lorsque l'enquêteur quitte le service (23h59 au plus tard).

Cette notion est importante à retenir, notamment lorsqu'il faut décider de compter ou non un dispositif invasif présent ou un traitement anti-infectieux reçu le jour de l'enquête. Exemple : si le patient avait un dispositif invasif ou recevait un traitement anti-infectieux à 8h00 du matin et que l'enquêteur passe entre 14h00 et 17h00, coder OUI même si entre temps le dispositif a été retiré ou le traitement arrêté (lors de la visite par exemple). Les dispositifs mis en place ou traitements reçus après 17h00 ne doivent pas être comptés.

A. Rectificatifs

A1 - RECTIFICATIF - Comment coder les infections de cathéter sans bactériémie chez les nourrissons ?

Pour les infections de cathéter sans bactériémie, la définition disponible en page 41 du guide de l'enquêteur renvoie à une définition spécifique des nourrissons située en page 57. Il faut utiliser cette définition pour les nourrissons, mais utiliser les codes 06 (ou 56) et non pas le code 21.

A2 - RECTIFICATIF - Comment coder les variables dispositifs invasifs (sonde urinaire, cathéters, intubation/trachéotomie) si l'information n'est pas connue ?

Dans cette circonstance non prévue dans le guide de l'enquêteur (p. 14), il faut coder « inconnu ».

A3 – Rectificatif – Pour les EHPAD (établissement public social ou médico-social) qui acceptent de participer à l'ENP, comment coder la spécialité des lits?

Un code spécialité spécifique, non prévu dans la version du protocole diffusée aux établissements, est nécessaire pour identifier ces patients : utiliser le code NONETS. Par ailleurs, dans la fiche établissement, noter le nombre de lits dans la rubrique SLD.

B. Etablissements et services

B1 - Les structures d'hospitalisation à domicile sont-elles incluses dans le champ de l'ENP 2006 ?

Non, les structures d'hospitalisation à domicile (HAD) sont exclues du champ de l'ENP 2006. En effet, l'étude de la prévalence des infections nosocomiales (IN) dans ces structures nécessiterait une adaptation des définitions des IN et une organisation spécifique pour le recueil des données. Certaines HAD ont toutefois décidé de tester, en parallèle de l'ENP 2006 et de manière indépendante, le protocole proposé par le Raisin. Les données recueillies ne seront pas intégrées dans les résultats régionaux ou nationaux de l'ENP, mais cette expérimentation pourra conduire, à l'avenir, à un protocole plus adapté à ces structures.

Pour plus d'informations sur les enquêtes de prévalence des IN en HAD, consulter l'article suivant : Patte R, Drouvot V, Quenon JL, Denic L, Briand V, Patris S. Prevalence of hospital-acquired infections in a home care setting. J Hosp Infect 2005;59(2):148-51.

B2 - Les pouponnières et maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECSA) sont-elles incluses dans le champ de l'ENP 2006 ?

Oui, ces établissements (catégories 173 et 179 de la nomenclature Drees) sont inclus dans le champ de l'ENP 2006 s'ils disposent de lits d'hospitalisation.

B3 - Les centres de postcure pour malades mentaux et les centres de postcure pour alcooliques sont-ils inclus dans le champ de l'ENP 2006 ?

Oui, ces établissements (catégories 430 et 431 de la nomenclature Drees) sont inclus dans le champ de l'ENP 2006 s'ils disposent de lits d'hospitalisation.

B4 - 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 2006. La question est similaire à celle des HAD (B1) : le protocole de l'ENP 2006 n'est pas adapté à ce type de patients (séances). Les centres souhaitant néanmoins tester le protocole de l'ENP 2006 peuvent le faire de manière indépendante.

B5 - Faut-il attribuer un code établissement à chaque site géographique d'un établissement de santé multi-sites lors de son inscription à l'ENP 2006 ?

Non, le principe général pour l'attribution des codes identifiants aux établissements de santé participant à l'ENP 2006 est le suivant : 1 Clin = 1 entité juridique = 1 code établissement = 1 rapport. Ce principe est valide pour la plupart des établissements dont les résultats sont regroupés par entité juridique au niveau CClin. Les seules exceptions sont l'Assistance publique - Hôpitaux de Marseille, les Hospices civils de Lyon, et l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris, pour lesquels un code sera attribué par site géographique. Au niveau local, lors de l'analyse des données par l'établissement, il sera possible d'effectuer des regroupements par sites géographiques à partir des codes « Service » de la fiche patient (codes à usage interne à l'établissement).

B6 - A quoi sert le code service s'il est seulement à usage interne de l'établissement ?

Le code service permettra à l'établissement de santé de produire des résultats pour chaque service référencé à l'aide de ce code. Il n'est pas utilisé pour les analyses régionales ou nationales car ce niveau de détail n'est alors pas pertinent.

B7 - Dans la fiche Etablissement, 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 : pour l'ENP 2006, les lits de réanimation ne sont pas à compter dans les autres catégories de lits (médecine ou chirurgie). Les données relatives au nombre de lits installés dans l'établissement de santé sont à demander auprès de la direction. Le nombre TOTAL de lits installés (demandé en premier sur la fiche) doit être égal à la somme des lits par spécialités, puisque les lits d'hôpitaux de jour et les places d'hébergement sont exclus (guide de l'enquêteur, page 11).

B8 - Est-il possible qu'un seul ou quelques services d'un établissement participent à l'ENP 2006 ?

Non, l'ENP 2006 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.

B9 - Comment coder la spécialité d'un patient de médecine hébergé en chirurgie ?

La spécialité à attribuer au patient est celle du lit (Protocole, page 12) dans lequel il est hébergé, indépendamment de son motif d'hospitalisation. Il faut donc coder chirurgie.

B10 - 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 (Protocole, page 12) dans lequel il est hébergé. Il faut donc coder « Pneumologie » ou « Rhumatologie » selon que ce lit est dans une aile ou dans l'autre. Le code du service (à usage interne de l'établissement) permettra de regrouper les lits de ce service en une seule et même entité.

B11 - Dans quelle catégorie doit-on comptabiliser les lits de gynécologie, de néonatalogie, et les lits d'urgence porte ?

Les données relatives au nombre de lits installés dans l'établissement de santé sont des données administratives à demander auprès de sa direction. Les lits de gynécologie, néonatalogie et d'urgence porte seront comptabilisés par cette direction et les enquêteurs n'ont pas à les modifier.

B12 - Comment coder le type pour un établissement réunissant des activités de MCO et de SSR ?

En cas de doute sur le type d'établissement, le responsable de l'enquête s'adressera à la direction de son établissement qui statuera.

B13 – En psychiatrie, faut-il compter les lits d'isolement ?

Non, ces lits sont utilisés de façon ponctuelle pour des malades très agités ou dangereux, qui sont déjà hébergés dans un autre lit. Ils ne sont pas a priori comptés dans les lits installés.

B14 – COMPLEMENT - Comment coder la spécialité d'un établissement de santé de type SSR pédiatrique ou pédopsychiatrie ?

L'exploitation des données pédiatriques de l'ENP pourra se faire en sélectionnant les fiches sur l'âge des patients. L'information SSR ou PSY n'est par contre accessible que par le code spécialité. Donc : dans le premier cas, coder SSRREE ou SSRAUT plutôt que PEDPED ou PEDAUT. Dans le second cas, coder PSYPSY.

B15 – Comment coder les spécialités pour un établissement de gériatrie gérant SSR, SLD et court-séjour ?

Coder MEDGER (Gériatrie) pour les lits de court-séjour, SSRREE (SSR, rééducation et réadaptation fonctionnelle) ou SSRAUT (SSR, autre) pour les lits de SSR, SLDSL (Soins de longue durée) pour les lits de SLD.

B16 – Un établissement qui contient des lits de SLD mélangés à des lits de maison de retraite doit-il exclure ces derniers ?

Oui, en théorie, car les maisons de retraite des hôpitaux sont exclues du champ de l'ENP 2006 (guide de l'enquêteur, page 3). Toutefois, étant donné que l'établissement bénéficie des services d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, il est possible d'inclure tous les lits de cet établissement, afin d'éviter des erreurs et faciliter la validation des données de l'enquête. Dans ce cas, utiliser pour identifier les patients en maison de retraite le code spécialité NONETS (cf. question-réponse A3).

B17 – Comment coder la spécialité des lits d'une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ?

Il faut la coder en PRTURG (Guide de l'enquêteur, page 20).

B18 - COMPLEMENT - Comment coder la spécialité du service dans lequel séjourne un nouveau-né ?

Utiliser le code spécialité OBSOBS si le nouveau-né est hospitalisé avec sa mère, le code de la spécialité d'accueil du service dans les autres cas. Toutefois, pour les unités de type « Kangourou », la spécialité du service d'accueil des enfants est à coder « PEDNEO », pour néonatalogie.

B19 - Comment coder la chirurgie proctologique ?

Utiliser le code spécialité « chirurgie digestive » plutôt que « chirurgie générale ».

B20 - Comment coder la spécialité des unités de soins intensifs de cardiologie (USIC) ?

Les services ou unités de soins intensifs ou de surveillance continue sont rattachés à la spécialité médicale ou chirurgicale correspondante. Ces services ne doivent pas être confondus avec les services ou unités de réanimation (Cf. Guide de l'enquêteur, page 13). Dans ce cas précis coder MEDCAR (médecine cardiologie).

C. Patient**C1 - Faut-il inclure les enfants nés le jour de l'enquête ?**

Non, les enfants nés le jour de l'enquête sont considérés comme « entrants » le jour de l'enquête. Ils sont donc exclus du recueil de données de l'ENP 2006.

C2 - Dans un établissement « B », faut-il inclure des patients ayant été hospitalisés précédemment dans un établissement "A" et qui ont déjà été enquêtés une première fois pour l'ENP ?

Oui, il faut aussi inclure ces patients 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.

C3 - Comment code-t-on si l'année de naissance est inconnue ?

Si la date de naissance du patient n'est connue, le codage suivant sera appliqué : jour de naissance : 15 ; mois de naissance : 06 ; année de naissance : déterminée en fonction de l'âge estimé du patient.

C4 - 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 (Guide de l'enquêteur, page 13). 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.

C5 - Une coloscopie sans polypectomie au bloc opératoire est-elle une intervention chirurgicale ?

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 (Guide de l'enquêteur, page 14). 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.

C6 - 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 (Guide de l'enquêteur, page 39). 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 (Guide de l'enquêteur, page 43).

C7 - Que faire si un patient hospitalisé refuse de participer à l'enquête ?

Le respect de ce refus est impératif. La fiche patient n'est alors ni renseignée ni saisie. Il ne faut pas par contre modifier le nombre de lits total de l'établissement inscrit dans la fiche Etablissement. Il est conseillé de comptabiliser ces refus pour pouvoir en tenir compte lors de la validation des données en lien avec le CClin.

C8 - 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 2006 (Protocole, page 14).

C9 - Un patient est hospitalisé en clinique MCO et passe en SSR dans le même établissement. Le jour de l'enquête il est en SSR, mais son étiquette Patient a changé. Quelle est la date d'entrée dans l'établissement ?

La date d'entrée dans l'établissement est celle de l'entrée du patient en clinique MCO (le changement d'étiquette ne correspondant en effet qu'à un changement administratif de tarification).

C10 - Une personne est hospitalisée 2 mois auparavant pour intervention digestive. Elle a une reprise chirurgicale pour infection du site opératoire. Que renseigner pour les variables "Intervention chirurgicale" et "infection nosocomiale" ?

Il faut coder intervention chirurgicale "OUI" si la reprise ou l'acte initial a eu lieu dans les 30 jours précédant l'enquête (cf. E5) et infection nosocomiale "OUI" ; cette infection sera codée "Acquise dans l'établissement" si l'acte initial a eu lieu dans le même établissement et "Acquise dans un autre établissement" si l'acte initial a eu lieu dans un autre établissement.

C11 – Un patient rentrant de permission à son domicile le jour de l'enquête doit-il être pris en compte ?

Oui, car il est toujours considéré comme hospitalisé. Il n'est donc pas entrant le jour de l'enquête et doit donc être inclus (protocole, page 5).

C12 – Un patient réadmis dans l'hôpital le jour de l'enquête après un séjour dans un autre hôpital doit-il être pris en compte ?

Non, car il s'agit d'un transfert et le patient est alors considéré comme entrant.

C13 - Comment coder l'immunodépression pour une personne sous chimiothérapie le jour de l'enquête ?

Il n'y a pas de règles plus précises que celles formulées dans le guide de l'enquêteur (page 13). En dernier ressort, l'avis du clinicien évaluant l'état d'immunodépression de son patient prime pour coder cet item.

C14 - Un curetage de la cavité de l'utérus est-t-il une intervention chirurgicale ?

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 (Guide de l'enquêteur, page 14). Si ce curetage est effectué au bloc opératoire à visée thérapeutique, il faut le considérer comme une intervention chirurgicale. Il s'agit de la même règle que celle évoquée en C5 pour les coloscopies.

C15 - Comment coder l'item « Immunodépression » pour un patient recevant des corticoïdes en aérosols, dans le cadre d'un asthme par exemple ?

Coder 0 (Non), en l'absence d'un critère d'immunodépression tel que défini en page 13 du guide de l'enquêteur. L'administration de corticoïdes en aérosols ne peut en effet être comparée à la dose délivrée par un corticoïde administré par voie générale.

D. Dispositif invasif

D1 - Pourquoi préciser « périphérique » pour les cathéters sous-cutanés, sur le questionnaire patient ?

Il n'existe pas de cathéters sous-cutanés « centraux ». Cette mention peut donc paraître effectivement superflue.

D2 - 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 l'item dispositif invasif. En l'absence de canule, coder NON pour le dispositif invasif.

D3 - A la question présence de trachéotomie ou intubation le jour de l'enquête, faut-il coder OUI si la personne était intubée précédemment dans la journée mais ne l'est plus lors du passage de l'enquêteur ?

Oui, car la personne était intubée le jour de l'enquête. Ce principe est aussi valable pour les cathéters vasculaires. Pour les sondes urinaires, leur présence est à documenter sur une période de 7 jours précédant l'enquête. Note : ce principe ne s'applique pas aux dispositifs invasifs posés sur une durée très limitée lors d'une anesthésie générale (cf. [QR D15](#)).

D4 - Doit-on considérer une sonde double J comme une sonde à demeure ?

Non, les sondes double J, comme toutes les sondes urétérales ou sus-pubiennes, ne sont pas à considérer comme des sondes à demeure. Seules les sondes urétrales sont à considérer comme des sondes à demeure dans le cadre de l'ENP 2006.

D5 - Dans quelle catégorie doit-on classer les cathéters péri-nerveux ?

La présence de ce dispositif n'est pas à renseigner car non prévu par le protocole de l'ENP 2006.

D6 - Comment coder un cathéter artériel en périphérique ou en central ?

Tous les cathéters artériels sont codés dans la catégorie « périphérique » sauf la sonde de Swan-Ganz qui est codée dans la catégorie « central ».

D7 – Doit-on compter la pose d'une perfusion la nuit (sous-cutanée pour réhydratation, par exemple) si celle-ci est enlevée dans la journée ?

Oui, si la perfusion était en place le jour de l'enquête (guide de l'enquêteur, page 14 & définition du jour de l'enquête en QR 4).

D8 – Faut-il coder une chambre implantable qui n'est pas branchée le jour de l'enquête ?

Non, il ne faut pas coder cette chambre implantable car elle n'est pas branchée et donc non considérée comme un cathéter central actif.

D9 – Une cystoscopie par voie naturelle (ou une coloscopie) non faite 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. Les actes de radiologie interventionnelle ne rentrent pas dans cette catégorie.

Ici, la cystoscopie (ou la coloscopie) est faite hors du bloc opératoire. Si elle avait été réalisée au bloc, il faudrait en outre s'assurer qu'elle avait un but thérapeutique pour la retenir comme intervention chirurgicale.

D10 – Faut-il cocher « cathéter vasculaire » pour un patient qui a eu un acte avec cathétérisme vasculaire et pose de stent ?

Non, car ce cathétérisme (artériel) est un acte de radiologie interventionnelle et le cathéter est retiré après l'acte. Il ne correspond pas à la définition d'un cathéter vasculaire pour l'ENP. Ce type de patient est par contre souvent perfusé en périphérique : il faut donc compter ce type de cathéter si tel est le cas.

D11 – La pose d'une sonde en double J est-elle une intervention chirurgicale ?

Oui, si elle est posée au bloc opératoire. Il s'agit d'un petit tuyau placé entre le rein et la vessie, qui permet à l'urine de s'écouler librement. Il s'agit d'un acte thérapeutique, et la sonde est habituellement mise en place sous anesthésie, par les voies naturelles ou par voie percutanée.

D12 – L'épisiotomie est-elle une intervention chirurgicale ?

Non, si elle est réalisée en salle de travail, qui n'est pas un bloc opératoire. Note : l'infection sur épisiotomie n'est pas à coder en ISO mais en infection génitale (code 18, guide de l'enquêteur, page 53).

D13 – Une réparation de déchirure périnéale est-elle une intervention chirurgicale ?

Non, si elle est réalisée en salle de travail, qui n'est pas un bloc opératoire.

D14 – Doit-on compter les dispositifs invasifs qui seront retirés le jour de l'enquête ?

Oui, car ils étaient présents le jour de l'enquête avant le passage de l'enquêteur (guide de l'enquêteur, page 14 & définition du jour de l'enquête en QR 4).

D15 – Doit-on compter les dispositifs invasifs (intubation, cathéter, sonde urinaire) posés lors d'une anesthésie générale du patient le jour de l'enquête et retirés avant son retour en chambre ?

Non, car ces dispositifs sont posés sur une durée très limitée (le temps de l'anesthésie générale).

D16 - Les poses de voies veineuses centrales réalisées au bloc opératoire sont-elles à considérer comme des actes opératoires ?

OUI, s'il s'agit de la pose d'une voie tunnelisée ou d'une chambre implantable ; NON dans les autres cas.

D17 - Comment coder un cathéter mis en place dans une fistule artério-veineuse en hémodialyse?

Coder OUI pour l'item « cathéter vasculaire » et OUI pour l'item « périphérique veineux ».

D18 – Une sonde mise en place dans une vessie iléale (Bricker) doit-elle être codée comme une sonde urinaire ?

OUI, en tenant compte pour le codage des indications du guide de l'enquêteur (page 14).

D19 - Faut-il prendre en compte l'utilisation pluriquotidienne de microperfuseurs pour injection?

OUI : coder 1 (Oui) pour cathéter vasculaire et 1 (Oui) à la rubrique périphérique veineux.

E. Anti-infectieux

E1 - Comment coder les antiviraux et les antiparasitaires sur la fiche patient ?

Il ne faut pas coder les antiparasitaires et les antiviraux sur la fiche patient. Comme en 2001, seule la consommation des antibiotiques dans les établissements de santé doit être documentée.

E2 - Comment coder l'indication d'un traitement antibiotique qui ne répond pas aux recommandations, par exemple traitement antibiotique d'une colonisation urinaire ?

L'ENP 2006 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 « curatif pour infection communautaire ou nosocomiale » selon le type de l'infection traitée.

E3 - 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.

E4 - Comment coder une antibioprofylaxie contre le streptocoque A lors d'un accouchement ?

Coder « antibioprofylaxie chirurgicale ».

E5 - Pour un patient qui va passer au bloc opératoire lors du passage de l'enquêteur, que doit-on coder pour l'antibioprofylaxie chirurgicale et pour l'intervention chirurgicale ?

Il faut coder « OUI » à l'item « antibioprofylaxie chirurgicale » si le patient en reçoit une le jour de l'enquête, et « NON » pour l'intervention chirurgicale puisque celle-ci a lieu le jour de l'enquête. Le guide de l'enquêteur (page 14) précise qu'il faut se limiter aux 30 derniers jours PRECEDANT l'enquête.

E6 - Chez certains patients tétra- ou paraplégique sont diagnostiquées des infections urinaires "asymptomatiques" que le médecin en charge du patient peut décider de traiter. Que faut-il coder en terme de traitement et d'infection ?

Il faut documenter le traitement mais pas l'infection (s'il s'agit bien d'une infection urinaire asymptomatique) car les infections urinaires asymptomatiques sont hors champ de l'ENP 2006. La confrontation des définitions du guide à l'avis du correspondant médical du service est ici nécessaire : il faut en effet vérifier si le traitement a été prescrit par un clinicien considérant qu'il s'agissait d'une infection symptomatique.

E7 – Comment coder une antibioprofylaxie prolongée après intervention (antibiothérapie dite "de couverture") en l'absence de signes évidents d'infection nosocomiale?

L'ENP n'a pas pour objectif d'évaluer la qualité ou l'indication d'une antibiothérapie. Si le motif de la prescription est "prophylaxie chirurgicale", il faut alors le coder tel quel, même si l'enquête a lieu plusieurs jours après l'intervention.

E8 – Faut-il documenter une antibioprofylaxie par collyre chez un nouveau-né ?

Non, il s'agit d'un traitement anti-infectieux local (guide de l'enquêteur, page 15).

E9 – Faut-il compter un traitement anti-infectieux reçu par le patient le matin de l'enquête, mais interrompu lors de la visite de son médecin ?

Oui, car le patient recevait ce traitement le jour de l'enquête (Guide de l'enquêteur, page 15 & définition du jour de l'enquête en QR 4).

E10 - Comment coder un traitement antibiotique dont l'indication n'est pas curative, mais ne correspond pas à une prophylaxie ni chirurgicale ni des infections opportuniste ?

Il s'agit en général de situations où l'antibiothérapie n'est pas nécessairement justifiée comme par exemple la prévention d'une hypothétique pneumopathie après une fausse route. Coder 9 (indication inconnue) puisqu'il est impossible de trouver un code correspondant à l'indication.

E11 - Comment coder la prophylaxie oslérienne lors d'une intervention chirurgicale ou un acte endoscopique ?

Coder 3 (antibioprofylaxie chirurgicale) pour l'indication d'un anti-infectieux prescrit dans cette situation.

E12 - Comment coder une antibioprofylaxie après rupture prématurée de la poche des eaux ?

Cette situation n'est pas prévue par le protocole de l'ENP 2006 : coder 9 (autre-inconnu) pour l'indication d'un anti-infectieux prescrit dans cette situation.

E13 - Comment coder l'indication d'un traitement anti-infectieux pour élimination d'Helicobacter pylori ?

Coder 1 : curatif pour infection communautaire.

E14 - Une antibiothérapie administrée par voie trachéale doit-elle être prise en compte dans l'ENP 2006 ?

NON. Il s'agit d'une antibiothérapie par voie locale et les traitements anti-infectieux locaux ne sont pas à prendre en compte.

E15 - Comment coder l'antibiothérapie d'un nouveau-né pour infection materno-fœtale ?

Coder 1 : « curatif pour infection communautaire ». Les infections materno-fœtales ne sont en effet pas des infections nosocomiales (protocole national, page 11).

F. Infection nosocomiale

F1 - L'ENP 2006 utilisera-t-elle les définitions des infections nosocomiales actuellement en cours d'actualisation par le CTINILS ?

Non, l'actualisation par un groupe de travail du CTINILS des définitions des infections nosocomiales est une réflexion menée de façon indépendante de l'élaboration du protocole ENP 2006. Elle a pour objectif de mettre à jour les définitions utilisées pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales à partir des connaissances scientifiques récentes et de permettre une prise en compte des infections jusqu'ici considérées comme communautaires mais survenant à l'occasion ou dans les suites d'une prise en charge médicale en dehors d'un établissement de santé.

Les propositions formulées par le CTINILS dans le cadre de cette réflexion vont faire l'objet d'une consultation publique sous la forme d'une mise en ligne, du mois d'avril au mois de juin 2006 inclus. Compte tenu de l'objectif de l'ENP 2006 (mobilisation la plus large possible des établissements de santé, comparabilité de la méthode avec l'ENP 2001) et du caractère non définitif des propositions du CTINILS à la date de l'enquête, ce sont donc les définitions utilisées pour l'ENP 2001, à quelques ajustements près, qui ont été reprises pour l'ENP 2006 (cf. F2).

F2 - Les critères diagnostiques des pneumopathies utilisés pour l'ENP sont-ils ceux utilisés par le réseau REA-Raisin de surveillance des IN en réanimation ?

Non, ces critères diffèrent en partie. Pour les pneumopathies, le réseau REA-Raisin utilise les mêmes définitions que celles proposées pour l'ENP, à l'exception d'un critère (n°2) faisant référence à une bactériologie quantitative des sécrétions bronchiques avec seuil de 106 UFC/ml ; ce critère n'est pas retenu pour l'ENP 2006.

Les critères de définition des IN utilisés pour l'ENP 2006 sont ceux définis par le CTIN en 1999 ; seules les définitions d'infection sur cathéter, ayant fait l'objet d'une réactualisation de la XIIème conférence de consensus SRLF en 2003, ont été modifiées. La révision de l'ensemble des définitions CTIN de 1999 est actuellement en cours dans le cadre d'un groupe de travail du CTINILS. Ces nouvelles définitions ne seront toutefois pas disponibles en juin 2006 pour l'ENP.

F3 - 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 pour l'ENP 2006.

F4 - 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 (= correspondant médical) semble indispensable, en tenant compte des symptômes du patient. D'une manière générale, il est rappelé que le protocole prévoit que le correspondant médical valide toutes les infections nosocomiales avec l'enquêteur.

F5 - Doit-on considérer comme nosocomiale une infection contractée dans un établissement exclu de l'enquête (par ex. maison de retraite, HAD) ?

S'il s'agit d'une structure qui n'est pas un établissement de santé, il faut coder "NON". Si cette structure est un établissement de santé (maison de retraite médicalisée ou HAD), il faut coder "OUI" si l'infection est active à l'admission et a été acquise dans l'établissement d'origine (tenir compte des définitions du protocole, pages 8 et 9).

F6 - Certains patients tétra- ou paraplégique peuvent présenter un bactériémie secondaire à une infection urinaire asymptomatique. Faut-il coder 2 infections ou seulement la bactériémie ?

L'infection urinaire n'est plus asymptomatique puisqu'il y a un syndrome infectieux. Il faut coder le site primaire puis la bactériémie/septicémie (protocole, page 9). Si le clinicien est d'avis que la porte d'entrée est les urines (par exemple si présence d'un même germe dans les urines et les hémocultures), il code en (1) l'infection urinaire et en (2) la bactériémie. Si la porte d'entrée est autre, il code l'éventuelle autre porte d'entrée puis la bactériémie.

F7 – Faut-il retenir le diagnostic d'infection de cathéter périphérique en présence d'une veinite faisant suite à un cathéter enlevé la veille ?

Non, en l'absence de bactériémie. Oui, si bactériémie et culture positive du site d'insertion au même micro-organisme (Guide de l'enquêteur, page 41).

Note : ces définitions ont été rédigées pour les cathéters centraux et exigent une culture de l'orifice du cathéter. Elles sont peu adaptées aux cathéters périphériques, très rarement cultivés, mais ces définitions étaient les seules disponibles lors de la rédaction du protocole. Dans l'attente de définitions plus adaptées, le respect du protocole national doit rester la règle.

F8 – Quel code utiliser pour le siège d'une infection chez un patient neutropénique fébrile sous antibiothérapie curative (cas fréquent en hématologie)?

Utiliser le code 22 (infection systémique), seul code se rapprochant le plus du tableau clinique présenté par le patient (pas de signe d'une localisation unique de l'infection).

F9 – Comment coder une pneumopathie à pneumocoque diagnostiquée par antigène soluble ?

Il faut la coder en 04, cas n°2 des pneumopathies infectieuses (Guide de l'enquêteur, page 40).

F10 – Comment coder une pneumopathie dont le diagnostic fait appel aux résultats microbiologiques d'une aspiration trachéale ?

Il faut la coder en 05, cas n°3 des pneumopathies infectieuses (Guide de l'enquêteur, page 40).

F11 – Doit-on considérer comme infection nosocomiale toute aplasie fébrile traitée ?

F11 – NON, il faut tenir compte de la définition des infections nosocomiales du protocole de l'ENP 2006 (page 8). Si un patient est traité par chimiothérapie et présente une aplasie fébrile au moins 48 heures après son hospitalisation, l'infection sera considérée comme nosocomiale. Dans le cas contraire, si l'aplasie fébrile était présente dans les 48 premières heures d'hospitalisation, l'infection ne sera pas considérée comme nosocomiale.

F12 – Les infections locales survenant au décours de la pose d'un pacemaker peuvent-elles être codées comme des infections du site opératoire (ISO)?

F12 – OUI. Les salles techniques de cardiologie ne sont pas des blocs opératoires stricto sensu, mais leur environnement est celui d'une salle d'opération. Pour l'ENP 2006, la pose d'un pacemaker dans une salle technique est donc considérée comme une intervention chirurgicale et les éventuelles infections locales qui y font suite sont à classer en ISO.

F13- Comment coder la date de diagnostic d'une infection nosocomiale lorsque la date du prélèvement à visée bactériologique n'est pas connue ?

Pour l'inscription de la date de diagnostic d'une infection nosocomiale, il est conseillé, en fonction des données disponibles et par ordre de préférence : la date de diagnostic clinique, ou la date du prélèvement, ou enfin la date de mise en route du traitement. Si aucune de ces informations n'est disponible, laisser le champ « date de diagnostic » vierge.

F14 - Comment coder une pneumopathie diagnostiquée par le clinicien mais ne répondant pas aux critères de définitions ?

Il s'agit en général de situations où il n'y a pas de documentation radiologique et/ou bactériologique.

- En l'absence de documentation bactériologique mais avec documentation radiologique, possibilité de coder 05 (page 40 du guide)

de l'enquêteur).

- En l'absence de documentation radiologique mais avec documentation bactériologique, possibilité de coder 13 « infection des voies respiratoires hors pneumopathie » (page 44 du guide de l'enquêteur).
- En l'absence de documentation radiologique et sans documentation bactériologique, et seulement en gériatrie hors court séjour, possibilité de coder 13 «infection des voies respiratoires hors pneumopathie» (page 44 du guide de l'enquêteur).
- En l'absence de documentation radiologique et sans documentation bactériologique, dans les autres cas, ne pas retenir le diagnostic d'infection.

L'ENP 2006 est destinée à une large participation et le recueil de données doit être le plus homogène possible. Dans une telle démarche de surveillance, la règle est de respecter les définitions du protocole. Ces définitions (celles de 1999 déjà utilisées en 2001) sont simples et reproductibles. Elles n'ont pas de valeur prédictive individuelle pour le patient.

F15 : Doit-on prendre en compte les onychomycoses?

NON – Le protocole de l'ENP 2006 ne prévoit pas le recueil de ces infections.

G. Application informatique

G1 - Quelles sont les obligations de déclaration à la Cnil pour un établissement de santé participant à l'ENP 2006 ?

L'InVS a déposé à la Cnil un dossier de demande d'autorisation d'un traitement automatisé d'informations nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé. L'autorisation de la Cnil reçue en mars 2006 porte le n°901 037. Parallèlement, les Cclin ont fait les déclarations adéquates dans le cadre de leurs réseaux de surveillance interrégionaux. Concernant les établissements de santé : s'ils ont participé, avant l'ENP 2006, à des surveillances des infections nosocomiales organisées par leur Cclin (réseaux en incidence ou enquêtes de prévalence précédentes), ils ont (normalement) déjà rempli une telle déclaration et ne doivent pas la renouveler. Dans le cas contraire, ils doivent déposer une déclaration auprès de la Cnil, en utilisant à cet effet le modèle disponible auprès de leur Cclin.

G2 - La fiche d'information au patient hospitalisé (annexe 5 du protocole national) doit-elle être lue à chaque patient ?

Le protocole national précise que la fiche d'information au patient hospitalisé doit être apposée dans chaque établissement. Elle peut l'être également au niveau de chaque service pour une meilleure lisibilité. Lors de l'entretien avec le patient, l'enquêteur peut la lui remettre en cas de demande.

G3 -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. B5).

G4 - Les établissements de santé pourront-ils réutiliser l'application informatique conçue pour l'ENP 2006, 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 2006 pour des enquêtes internes ultérieures s'ils le souhaitent. Cependant, ni l'Institut de veille sanitaire (InVS) ni les Cclin n'assureront de support pour ce logiciel en dehors de celui prévu pour l'ENP 2006.

G5 - Un gros établissement souhaite réaliser la saisie sur 2 ordinateurs : aura-t-il possibilité de fusionner ces 2 fichiers pour réaliser son rapport final ?

Oui, l'établissement pourra exporter les fichiers des 2 ordinateurs utilisés puis les ré-importer sur un seul, en utilisant les procédures d'export et import de données de l'application. CEPENDANT, IL EST IMPORTANT DE SAVOIR QUE LES FICHES CORRESPONDANTES SERONT RENUMEROTEES DANS LA BASE DE DONNÉES OBTENUES AU FINAL. Cette procédure de fusion doit donc avoir lieu SEULEMENT lorsque les données saisies séparément sont validées, afin de pouvoir revenir aux questionnaires papier si nécessaire. Les établissements de santé souhaitant saisir les données de l'ENP sur plusieurs ordinateurs doivent soigneusement peser les avantages et inconvénients de cette solution.

G6 : Comment crypter mes données avant de les adresser au CCLIN ?

En 2006, les établissements de santé participant à l'ENP peuvent transmettre leurs données aux Cclin par courrier électronique (e-mail). Afin de garantir la confidentialité des données transmises, il est nécessaire de crypter les données en utilisant l'application de cryptage livrée avec l'application de saisie et d'analyse des données. La « notice d'installation et d'utilisation de GPG » se trouve dans le sous-répertoire « Cryptage données patients » du répertoire dans lequel l'application ENP 2006 a été installée (par défaut : C:\Program Files\ENP 2006).

Pour crypter les fichiers avant envoi au Cclin, suivez les étapes décrites ci-dessous :

1. Installez le logiciel de cryptage : lancer (une seule fois) le fichier install.exe se trouvant dans le répertoire « Cryptage données patients ». Attention : ne réinstallez pas l'application ENP 2006 (fichier instal_ENP.exe) car sinon les données déjà saisies seraient effacées.
2. Générez les fichiers nécessaires à l'export Cclin en cliquant sur le bouton « Exporter pour le CCLIN » (en rouge dans le menu de l'application de saisie et d'analyse). La base de données ainsi créée ne contient pas la date de naissance des patients (remplacée par l'âge en années) ni le code service (inutile pour les analyses interrégionales ou nationales).
3. Ces fichiers sont stockés dans le sous-répertoire « Export » du répertoire dans lequel l'application ENP 2006 a été installée (par défaut : C:\Program Files\ENP 2006). Ils se nomment patients.txt et etablissement.txt. Attention : ne pas transmettre au Cclin les fichiers patientsInterne.txt ou patients.dbf, qui sont réservés à l'usage interne de l'établissement.
4. Cryptez les deux fichiers patients.txt et etablissement.txt au moyen du logiciel de cryptage. Lancez ce logiciel (WinPT). Utilisez ensuite son gestionnaire de fichier : il est accessible par l'option « File Manager » dans le menu qui apparaît en cliquant avec le bouton droit de la souris sur l'icône en forme de clef située en bas à droite de votre écran. Faites glisser l'icône du fichier à crypter dans la fenêtre qui apparaît, puis choisissez « Encrypt » dans le menu « File » de cette fenêtre. Reportez vous au manuel d'installation et d'utilisation du logiciel GPG pour plus de détails sur cette procédure.
5. Une fois le cryptage effectué, vous obtenez deux fichiers : patients.txt.gpg et etablissement.txt.gpg ; ce sont ces deux fichiers qui doivent être transmis au Cclin.