

Code de l'établissement [ \_\_\_\_\_ ]

Période d'enquête: du :\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ au: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
 jj/ mm / aaaa jj/ mm / aaaa

Nombre total de lits

Nombre de lits en soins aigus

Nombre de lits en soins intensifs

Y-a-t'il de services exclus de l'enquête?

Non  Oui, les services suivants ont été exclus:

Nombre des lits dans les services participants:

Nombre total des patients dans l'enquête:

Secteur d'activité

Primaire (1°)  Secondaire (2°)  Tertiaire (3°)

Hôpital pédiatrique

Spécialisé: \_\_\_\_\_

Publique  Privé, à but non lucratif

Privé, à but lucratif  Autre/inconnu

	Nombre	An	Inc./ Total (1)
Nombre d'admissions/sorties par an			Inc Tot
Nombre de jours-patients par an			
Consommation de produit hydro-alcoolique (Litres/an)			Inc Tot
Nombre d'observations de l'hygiène des mains par an			Inc Tot
Nombre d'hémocultures (paires) par an			Inc Tot
Nombre d'analyses pour <i>C. difficile</i>			Inc Tot
Nombre d'infirmiers en équivalents plein temps (EPT) en PCI			Inc Tot
Nombre de médecins en EPT en PCI			
Nombre de soignants en EPT responsables de l' <i>antibiotic stewardship</i>			
Nombre de cas COVID à l'hôpital l'an dernier			
Nombre de clusters COVID nosocomiaux l'an dernier			
Nombre de cas actuels COVID à l'hôpital			
Nombre de cas actuels COVID aux SI			
Couverture vaccinale COVID des soignants en % (au 31.3.2023)			
Couverture vaccinale grippe des soignants en %			
Nombre de chambres d'isolement aérosol			

Code de l'établissement [ \_\_\_\_\_ ]

Période d'enquête: du : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ au: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
 jj / mm / aaaa jj / mm / aaaa

### Prévention et contrôle de l'infection (PCI) :

L'établissement dispose d'un plan sur les objectives PCI, accordé par la direction générale:  Oui  Non

L'établissement dispose d'un rapport PCI, approuvé par la direction générale:  Oui  Non

### Participation à un réseau de surveillance :

Pendant l'année précédente, à quel programme de surveillance dans le domaine de PCI votre établissement a-t-il participé ?

SSI  SI  CDI  Résistance aux antibiotiques

Utilisation d'antimicrobiens  Aucun

Autres : \_\_\_\_\_

### Microbiologie/performance diagnostique

Peut-on commander de tests microbiologiques de routine et recevoir des résultats pendant les week-ends?

Examens cliniques :  Samedi  Dimanche

Screenings (ex. MRSA):  Samedi  Dimanche

### Prévention COVID-19 :

Le port de masque universel est-il actuellement obligatoire dans l'établissement?

Non

Oui, uniquement dans les secteurs de soins

Oui, dans les secteurs de soins ainsi que dans tous les secteurs communs (bureaux, salles de conférences)

### Niveau de surveillance automatisée des IAS :

Surveillance	Entièrement manuelle	Dénominateur automatisé*	Semi-automatique	Entièrement automatisée	Autre	Pas de surveillance
Infection du site chirurgical						
Bactériémie nosocomiale						
Bactériémie en lien avec un cathéter vasculaire central						
Infection urinaire nosocomiale						
Pneumonie nosocomiale						
Pneumonie associée à la ventilation (endotrachéale ou non invasive)						
Infection à <i>Clostridoides difficile</i>						

Données	Disponibles sous forme électronique**	Structurées et bien définies***
Procédures chirurgicales (code ICD-10, date de l'intervention)		
Dates d'admission et de sortie, niveau hôpital		
Dates d'admission et de sortie, niveau unité		
Utilisation de cathéters centraux (dates d'insertion/extraction, type)		
Ventilation mécanique (dates de début et fin)		
Utilisation de cathéters urinaires (dates d'insertion/extraction)		
Résultats des cultures microbiologiques (résultats, dates, matériaux)		
Prescriptions d'antimicrobiens (code ATC, dates de début et fin)		

SSI: Infections post-chirurgicales; SI: Soins intensifs (n'importe quel type d'infections nosocomiales aux soins intensifs); CDI: Infection à *Clostridoides difficile*.

nombre de patients, nombre de jours ; \*\* OH= oui, dans tout l'hôpital; OU= oui, sur quelques unités; N=Non; I=inconnu; \*\*\* O=oui; N=Non; NA=non applicable; I=inconnu

Code de l'établissement [ \_\_\_\_\_ ]

Période d'enquête: du : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ au: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
jj / mm / aaaa jj / mm / aaaa

*Veillez remplir le questionnaire sous ce lien : <https://fr.surveymonkey.com/r/CHPPS2022FR>*

*Avez-vous rempli le questionnaire MEPCI (Modèle pour l'évaluation de la prévention et du contrôle des infections (PCI))?*

Oui  Non

Code de l'établissement [ \_\_\_\_\_ ]

Période d'enquête: du : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ au: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
*jj / mm / aaaa      jj / mm / aaaa*

**Optionnel: Données des services, applicables à tout hôpital**

	Nombre	Inc/Total <sup>1</sup>
Nombre de lits équipés d'un distributeur de solution hydro-alcoolique (dans la zone patient)		
Nombre de lits évalués pour la présence d'un distributeur de solution hydro-alcoolique		
Nombre de chambres dans l'hôpital		
Nombre de chambres individuelles dans l'hôpital		
Nombre de lits occupés à 00:01 le jour de l'enquête (ou alternativement un jour à choix – mardi à vendredi – pendant l'enquête)		
Nombre de lits évalués pour l'occupation à 00:01 un jour pendant l'enquête (mardi à vendredi)		

Est-ce que dans votre hôpital les soignants portent des flacons de solution hydro-alcoolique?

Non  0-25% des soignants  25-50% des soignants  50-75% des soignants  >75% des soignants  Oui, proportion non-estimable

Y-a-t'il dans votre établissement une procédure formelle (en écrit) de réévaluation de l'antibiothérapie 72 heures après son introduction (revue post-prescription)?

Non  Dans tous les services  Dans quelques services  Aux soins intensifs exclusivement

<sup>1</sup>Inc = Données pour l'ensemble des services inclus dans l'enquête (recommandé); Tot = Données pour tout l'hôpital; si tous les services sont inclus (Inc = Tot): indiquer « Inc ».

**Jour de l'enquête<sup>1</sup>:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ **Code de l'établissement** [ \_\_\_\_\_ ] **Code du service** [ \_\_\_\_\_ ]  
*jj / mm / aaaa*

**Spécialité du service<sup>2</sup>**  PED  NEO  ICU  MED  SUR  G/O  GER  PSY  RHB  LTC  OTH  MIX

**Nombre des patients dans le service<sup>3</sup>** [ \_\_\_\_\_ ]

Y-a-t'il une procédure formelle (en écrit) à réévaluer tout thérapie antibiotique après 72 heures?  Oui  Non

	Nombre	An <sup>4</sup>
Nombre de jours-patients par an dans le service		
Consommation de solution hydro-alcoolique par an dans le service (Litres/an)		
Nombre d'observations de l'hygiène des mains par an dans le service		
Nombre de lits (disponibles) dans le service		
Nombre des lits équipés d'un distributeur de solution hydro-alcoolique (zone patient)		
Nombre de soignants le jour de l'enquête		
Nombre de soignants portant des flacons de solution hydro-alcoolique		
Nombre de chambres patients dans le service		
Nombre de chambres individuelles dans le service		
Nombre des lits occupés à 00:01 dans le service le jour de l'enquête		

<sup>1</sup>L'enquête doit être faite pendant un seul jour; <sup>2</sup>Spécialité majeure du service : ≥ 80% des patients représentent cette spécialité (si non: indiquer « MIX ») ; <sup>3</sup>Nombre total des patients qui sont entrés avant 08:00 le jour de l'enquête et qui ne quitteront pas le service pendant le jour de l'enquête ; <sup>4</sup>An : L'année la plus récente pour laquelle les données sont disponibles.

Code de l'établissement [ ] Code du service [ ]

Date de l'enquête : \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

Code patient [ ]

Age (ans) : [ ] ans ; Age < 2 ans : [ ] mois

Genre :  M  F

Date d'admission : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ (jj/mm/aaaa)

Spécialité du patient [ ]

Intervention chirurgicale depuis l'admission :

Non  Intervention mini-invasive/non-NHSN  Pas d'information

Intervention NHSN → [ ]

McCabe score:

Pathologie non-fatale  Pathologie avec évolution fatale dans 5 ans

Pathologie avec évolution fatale dans 12 mois  Pas d'information

Vaccination contre COVID-19 :

Non  Partielle  Complete -> doses supplémentaires  1  ≥2

Inconnu

Nouveau-né, Poids de naissance : [ ] grammes

Enfant <16 ans, poids: [ ] taille: [ ]

Cathéter central :  Non  Oui  ?

Sonde urinaire :  Non  Oui  ?

Ventilation (intubé) :  Non  Oui  ?

Le patient reçoit des antimicrobiens <sup>(1)</sup>:  Non  Oui

Le patient a une infection associée

aux soins (IAS)<sup>(2)</sup>:  Non  Oui

Antimicrobien (AM) (Substance)	Voie	Indication	Diagnostic	Indication documentée	Changement de l'AM (raison)

Voie: P: parentérale, O: orale, R: rectale, I: inhalée; Indication: infection communautaire (CI), infection acquise à un service de soins de longue durée (LI), infection associée aux soins aigus (HI); prophylaxie chirurgicale: SP1: dose simple, SP2: pendant 1 jour, SP3: > 1 jour; MP: prophylaxie médicale; O: autre indication; UI: ?; Diagnostic: voir liste; Indication documentée (dans le dossier du patient): Oui/Non; Changement de l'AM (+ cause): N = pas de changement; E = escalade; D = descalade; S = changement iv-oral; A = effet indésirable; OU = autre cause; U = ? \* établissement de soins de longue durée

	IAS 1				IAS 2			
Code IAS								
Dispositif pertinent <sup>(3)</sup>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ?			
Présente à l'admission	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si présente à l'admission, séjour lié à la IAS?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ?			
Début de l'IAS <sup>(4)</sup>	/ / (jj/mm/aaaa)				/ / (jj/mm/aaaa)			
Attribution	<input type="checkbox"/> Cet hôpital <input type="checkbox"/> Autre hôpital <input type="checkbox"/> ESLD* <input type="checkbox"/> ?				<input type="checkbox"/> Cet hôpital <input type="checkbox"/> Autre hôpital <input type="checkbox"/> ESLD <input type="checkbox"/> ?			
IAS associée à ce service	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ?			
Traitement vasopresseur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ?			
Si BSI: Source <sup>(5)</sup>								
	Code MO	Résistance		P D R	Code MO	Résistance		P D R
		AB <sup>(6)</sup>	SIR			AB <sup>(6)</sup>	SIR	
Microorganisme 1								
Microorganisme 2								
Microorganisme 3								

(1) Le jour de l'enquête; exception : prophylaxie chirurgicale → 24h avant 08:00 du jour de l'enquête – si oui : remplir la section « antimicrobien » ; si > 3 antimicrobiens sont appliqués, rajouter une formulaire supplémentaire; (2) [Début de l'infection ≥ jour 3 OU critères applicables pour infections du site chirurgical (intervention chirurgicale dans les derniers 30/90 jours) OU sortie de l'hôpital mais réadmission < 48h OU infection à C. difficile après une sortie < 28 jours OU début < 3 après procédure/dispositif invasifs à J1 ou J2] ET [les critères d'une IAS sont requis le jour de l'enquête OU un traitement pour une IAS au jour de l'enquête est installé (après avoir rempli les critères d'une IAS avant)] – si oui : remplir la section « infection associée aux soins » ; si > 2 IAS, rajouter une formulaire supplémentaire.

(3) Dispositif pertinent avant l'IAS (tube endo-trachéal pour PN1-PN5, CVC/CVP pour sepsis [BSI, NEO-LCBI, NEO-CNSB], sonde urinaire pour UTI-A et UTI-B); (4) Si l'infection n'est pas présente à l'admission; (5) C-CVC, C-PVC, S-PUL, S-UTI, S-DIG, S-SSI, S-SST, S-OTH, UO, UNK; (6) AB: S. aureus: OXA+ GLY; Enterococcus sp.: GLY; Enterobacteriaceae: C3G + CAR; P. aeruginosa und Acinetobacter sp.: CAR; SIR: S=sensible, I= sensible en dosage élevé, R=résistant, U=?; PDR: résistant contre tous les antibiotiques: N = Non, P = potentiellement, C=confirmé, U=? \* établissement de soins de longue durée