

Questions fréquemment posées

PD Dr Walter Zingg
Dre Aliko Metsini
Dre Ashlesha Sonpar

Dernière révision : 26.03.2024

Critères d'inclusion/exclusion

1. **Les services de réhabilitation qui font partie de l'hôpital de soins aigus peuvent être inclus à l'enquête ?**

Oui, ils peuvent être inclus.

2. **Les patients qui sont prévus de sortir de l'hôpital le jour de l'enquête sont-ils inclus ?**

Non, ils ne sont pas inclus à l'enquête.

Indicateurs

Formulaire H1

3. **Sur les formulaires H1 et H3, il y a la possibilité de rapporter les indicateurs soit pour les services inclus à l'enquête (Inc) soit pour tout l'hôpital (Total). Quelle option dois-je choisir ?**

Vous êtes libres de choisir l'option qui vous paraît la plus convenable mais il faut indiquer TOUS les indicateurs soit Total soit Inc.

4. **Si mon hôpital ne dispose pas de données sur un indicateur demandé dans les formulaires hôpital/service, est-ce que je peux laisser cette case vide ?**

Non, il n'est pas possible de laisser la case vide puisque vous n'allez pas pouvoir valider le formulaire sur la base de données. Si c'est impossible de récupérer de données à ce sujet, il faut mettre sur cette case le chiffre zéro.

5. Ou pourrais-je trouver les informations sur la consommation de la solution hydro-alcoolique ?

La pharmacie de votre hôpital/clinique va être certainement en mesure de vous dire quelle est la quantité de la solution hydro-alcoolique livrée dans les différents sites et/ou services. Les chiffres de commande correspondent souvent aux chiffres de livraison et d'utilisation.

6. Où pourrais-je trouver mon code d'établissement ?

Le centre de coordination de l'enquête de prévalence va vous attribuer les codes des hôpitaux.

Concernant les codes des services, ils peuvent contenir des lettres et/ou des chiffres. Toutefois, ils ne doivent à aucun cas suggérer les services en question (en contenant p.ex. l'abréviation du service) puisque ceci serait une violation du protocole par rapport à la protection de données de patients.

7. Comment compter les jours-patients de notre hôpital ?

Il y a trois façons de rapporter les jours-patients dans un établissement. Les jours-patients calendrier totaux (tous les jours calendrier ou le patient est hospitalisé même que pour une partie de la journée), les jours-patients calendrier en déduisant soit le jour d'entrée soit le jour de sortie (pour compenser une surestimation des jours-patients) et les jours-patients réels (calculés par heure et rapportés par jour).

Merci de rapporter les jours-patients calendrier. Si votre établissement utilise une autre façon pour calculer les jours-patients, merci de nous le signaler par e-mail : pps@swisnoso.ch.

Données du patient

Formulaire P

8. Quel code choisir pour les patients ?

Les numéros (valeurs) choisis doivent désormais être uniques et valables pour un hôpital et non plus seulement pour un service comme c'était le cas auparavant.

9. Il y a des patients qui portent une trachéostomie même en dehors des Soins Intensifs (service ORL, médecin interne). Est-ce que celle-ci doit être considérée comme une intubation et, par conséquent, dois-je cocher l'option "oui" sur la question 'Ventilation (intubé)' du formulaire-patient ?

Oui. Tout patient qui présente une intubation avec ou sans ventilation mécanique (tube endotrachéal ou trachéotomie) et indépendamment du service ou il séjourne doit être rapporté sur cette question. La présence d'une trachéostomie comporte un risque d'infection des voies respiratoires inférieures et consiste en un dispositif pertinent pour ce type de risque.

10. Mon patient a subi deux opérations NHSN. Faut-il faire un choix ? Si oui, laquelle à choisir ?

Si le patient a plusieurs chirurgies NHSN depuis son admission, veuillez choisir celle avec l'indice de risque le plus élevé (réf : Surgical wound infection rates by wound class, operative procedure, and patient risk index. National Nosocomial Infections Surveillance System., Am J Med. 1991 Sep 16;91(3B):152S-157S.)

11. Quelle spécialité-patient dois-je utiliser pour les mères et leurs nouveau-nés qui séjournent ensemble au service de maternité ?

Les mères qui séjournent aux services de maternité-obstétrique et leurs nouveau-nés en bonne santé qui sont dans le même service doivent être enregistrés avec de codes différents. CAD, code GOOBS pour la mère, GOBAB pour le nouveau-né. Le code du service est le même pour les deux (G/O).

12. Il n'y a pas de choix pour rapporter l'âge en jours mais seulement en mois pour les enfants de moins de deux ans. Concrètement, pour les nouveau-nés (moins de 28 jours de vie), quel âge dois-je rapporter ?

Veuillez mettre 0 mois pour tout nouveau-né (moins de 28 jours de vie).

13. Pour un nourrisson qui est entré en tant que nouveau-né dans un service de néonatalogie (sans tenir compte son âge réel), quelle spécialité-patient dois-je rapporter ?

Lorsqu'un nouveau/né ou nourrisson est hospitalisé dans un service de néonatalogie, même s'il a plus que 28 jours de vie, il faut toujours utiliser les codes de néonatalogie (PEDNEO, ICUNEO).

14. Je ne trouve pas la pathologie précise de mon patient sur la liste de pathologies pour définir le pronostic vital selon score McCabe.

La liste de pathologies pour estimer le score McCabe est par intention non exhaustive et est plutôt indicative. Le pronostic vital du patient doit être estimé par ses pathologies de base. Veuillez tenir compte pour cette estimation l'influence de l'événement aigu qui l'a mené à l'hôpital mais ne pas tenir compte l'influence de l'IAS, s'il y en a.

15. Le formulaire relatif aux données des patients exige l'indication du poids de naissance des nouveau-nés. Cette information est-elle également nécessaire pour les nourrissons (âge > 28 jours) traités en néonatalogie ou dans une unité de soins intensifs de néonatalogie ou de gynécologie-obstétrique ?

Oui, cette indication est nécessaire pour tous les nouveau-nés, quel que soit leur âge, ainsi que pour tous les nourrissons pris en charge dans une unité de néonatalogie ou de gynécologie-obstétrique.

16. Dans notre établissement, les opérations de la liste NHSN sont souvent réalisées par laparoscopie. Est-ce que c'est toujours une opération NHSN ?

Les opérations NHSN peuvent aussi être effectuées en utilisant un laparoscope / assistance robotique.

17. Un cathéter à chambre implantable (port-a-cath) non utilisé, est-ce qu'il doit être rapporté ?

Non, un port-a-cath non fonctionnel, sans aiguille dedans ne doit pas être rapporté.

18. Les cathéters sus-pubiens pour les sondes urinaires sont-ils également inclus ?

Oui, les cathéters sus-pubiens sont inclus.

Utilisation des antimicrobiens

19. Qu'est-ce qui est inclus dans les antimicrobiens ?

Les antibiotiques, les antifongiques et les antiviraux.

20. Notre patient est transféré depuis un établissement médico-social avec une pneumonie ; est-ce que cette infection doit être attribuée à l'établissement médico-social ?

Si le patient présente à l'admission des symptômes d'infection et qu'il est sorti depuis moins de 48 heures d'un établissement de soins de santé (y compris les établissements de réadaptation et de soins de longue durée), l'infection est considérée comme une IAS.

21. Notre patient est sous un antibiotique pour deux indications différentes (deux infections différentes). Est-ce que je dois le déclarer un ou deux fois sur le formulaire patient ?

Pour simplifier cette question, il faut dire que la partie 'utilisation des antibiotiques' du formulaire patient a été développée dans le but de rapporter quels antibiotiques sont utilisés et pour quelles raisons. Ainsi, si un antibiotique est utilisé pour deux raisons différentes (p.ex. clindamycine pour une infection dentaire et en même temps pour une cellulite), il faut le rapporter deux fois avec les deux indications.

22. Dois-je déclarer les antiviraux ?

Afin de pouvoir évaluer l'utilisation des antiviraux contre les virus en circulation (par exemple, grippe, COVID), nous avons ajouté les antiviraux les plus courants à la liste des antimicrobiens. Il convient toutefois de noter que les traitements antiviraux chroniques (par exemple pour le VIH) ne font pas l'objet de la présente enquête et ne doivent donc pas être mentionnés.

23. Un antibiotique est utilisé pour une infection mais il y a deux diagnostics (p.ex. bactériémie et infection urinaire dans le contexte de urosepsis). Toutefois, dans le formulaire-patient, j'ai le droit de mettre qu'un code. Lequel à privilégier ?

Il n'y a pas de directive claire à ce sujet mais il faut essayer de mettre toujours le diagnostic qui serait le premier dans un ordre hypothétique d'importance descendante (p.ex. bactériémie > infection urinaire).

24. Une patiente est traitée par un antibiotique X mais selon le dossier médical, l'indication retenue est celle d'une infection communautaire, alors que selon les définitions du protocole de la PPS, cette infection entre dans les critères d'une infection associée aux soins. Comment dois-je la rapporter sur la partie 'utilisation des antibiotiques' du formulaire patient ?

Il est très important de savoir que l'utilisation d'antibiotiques doit être rapportée selon le dossier médical, et que l'évaluation des soignants n'est pas toujours objective (p.ex. une utilisation pour laquelle nous ne sommes pas d'accord en tant qu'œil extérieur). Dans ce cas-là, vous gardez l'indication que les soignants ont retenu, c.à.d. infection communautaire. Si l'infection entre dans les définitions d'une infection associée aux soins, il faut aussi la rapporter dans la partie 'IAS' du formulaire patient.

25. Si un antimicrobien est rajouté au traitement initial par un autre antimicrobien, est-ce que ceci est considéré comme escalade thérapeutique ?

Tout dépend de l'indication. Si un deuxième antimicrobien est rajouté pour la même indication, on doit considérer une escalade pour les deux antibiotiques. Si un deuxième antimicrobien est rajouté mais pour une autre indication, ceci n'est pas une escalade thérapeutique.

Infection associée aux soins (IAS)

26. Si le jour de l'enquête de prévalence, la microbiologie d'une IAS est toujours en cours, dois-je revenir sur le cas quelques jours après pour compléter la partie concernant l'identification ou non d'un microorganisme ?

Oui, les résultats de la microbiologie en cours devraient être attendus s'ils se sont liés à une IAS.

27. Si l'infection associée aux soins est présente à l'admission, est-ce que je suis obligé de remplir la case 'Début de l'IAS' ?

Non, vous n'êtes pas obligés de remplir cette case puisque, par défaut, la date du début de l'infection est plus ancienne que la date d'admission.

28. Au cas où l'IAS a de multiples sites, dois-je rapporter seulement la localisation primaire (p.ex. bactériémie et arthrite septique) ?

Si toutes les localisations entrent dans les critères de IAS (BSI et BJ-JNT), toutes les définitions doivent être rapportées.

29. Un patient a une pneumonie associée aux soins. Dans le prélèvement respiratoire, il y a plusieurs germes. Dois-je les rapporter ?

Oui, sauf si le laboratoire de microbiologie considère les résultats soit une contamination soit la flore orale (p.ex. trois ou plusieurs germes). En cas de plusieurs prélèvements, on doit rapporter les microorganismes du prélèvement qui est le plus évident à expliquer l'IAS. (Normalement, le prélèvement au début de l'IAS en absence des antibiotiques).

30. Selon le livret de codes, une radiographie thoracique ou un CT-scan pour l'épisode actuel est suffisant pour la définition d'une pneumonie associée aux soins chez des patients connus pour maladie cardiaque et/ou pulmonaire, si cet examen peut être comparé avec un examen

radiologique antérieur. Pendant combien de temps la radiographie et/ou CT-scan antérieur sont considérés comme valides ?

La radiographie thoracique ou le CT-scan thoracique de comparaison ne doivent pas être plus anciens qu'une année.

31. Un patient qui a subi une chirurgie dans un service A est transféré dans un service B. 72 heures après son transfert au service B, il présente une IAS de type infection du site chirurgical. A quel service dois-je attribuer l'infection ?

Il n'y a pas de règle générale à appliquer dans ces situations. Par ailleurs : une infection incisionnelle superficielle du site chirurgical (SSI-S) est (sauf exception) attribuée au service B ; une infection du site chirurgical organe/espace (SSI-O) est toujours attribuée au service A. Restent les infections incisionnelles profondes du site chirurgical (SSI-D) : l'attribution peut varier, p. ex. une telle infection avec cicatrice intacte est plutôt attribué au service A, tandis que une infection du site chirurgical avec cicatrice avec n'importe quel degré de déhiscence (ou drain extérieur en place) sera attribué plutôt au service B.

32. Le drain ventriculaire est considéré comme un dispositif pertinent ?

Non.

33. Il y a quelques définitions spécifiques pour les nouveau-nés mais pas pour tous les types d'infections associées aux soins. Si un nouveau-né présente une IAS qui entre dans les autres définitions, comment dois-je la rapporter ?

Veillez utiliser les définitions générales des IAS si les critères sont requis.

34. Est-ce que je dois appliquer un seuil de détection d'un pathogène dans les urines dans la considération d'une infection urinaire chez les enfants ?

Oui. Le seuil de détection d'une infection urinaire chez l'enfant dépend de la technique du prélèvement des urines ($\geq 10^4$ colonies/ml pour sondage, $\geq 10^5$ colonies/ml pour urines de jet).

35. Pour la définition de l'acquisition du COVID, les critères ECDC suivants s'appliquent :

1. Cas COVID-19 d'acquisition communautaire :
 - Symptômes à l'admission ou apparition le jour 1 ou 2 après l'admission.
 - Apparition des symptômes entre les jours 3 à 7 après l'admission et forte suspicion de transmission communautaire.
2. Cas COVID-19 associé aux soins possible :
 - Apparition des symptômes les jours 3 à 7 après l'admission, avec des informations insuffisantes sur la source de l'infection, ce qui permettrait l'affectation dans une catégorie.

3. Cas COVID-19 associé aux soins probable :
 - Début des symptômes entre les jours 8 et 14 après l'admission.
 - Apparition des symptômes entre les 3 et 7 après l'admission et forte suspicion d'une transmission nosocomiale.

4. Cas COVID-19 associé aux soins confirmé :
 - Apparition des symptômes dès le jour 14 après l'admission.

Un cas COVID-19 est considéré associé aux soins - probable ou confirmé selon les définitions ci-dessus. Deux codes d'infections associées aux soins doivent être utilisés :

- soit PN3 s'il y a une imagerie suggestive (Rx thorax ou CT scan),
- soit LRI-PNEU s'il n'y a pas d'imagerie.
- Soit EENT-UR si il s'agit d'une infection des voies respiratoires supérieures

Dans les deux cas, le SARS-CoV-2 doit être mentionné dans la microbiologie (VIRCOV).