

Prevalence ponctuelle suisse sur les Infections Associées aux Soins et l'Utilisation des Antimicrobiens

Walter Zingg
Aliko Metsini



1



1. Introduction PPS 2021

2

Objectives
PPS

- Estimer la prévalence des IAS et l'utilisation des antimicrobiens
- Évaluer l'implémentation des éléments clés pour la prévention des IAS et de la résistance antimicrobienne

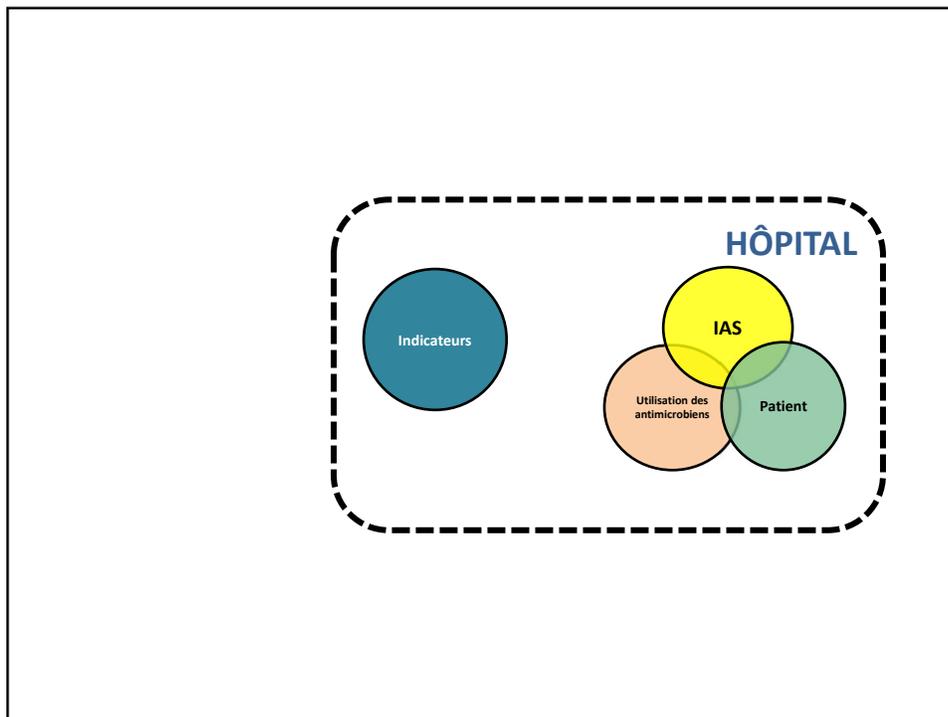
- Pour 2021:
 - Comparaison avec les années précédentes

3

Indicateurs

2.
Indicateurs des hôpitaux et des services

4



5

Élément-clés	Indicateurs
1 An effective infection-control programme in an acute care hospital must include as a minimum standard at least one full-time specifically trained infection-control nurse per up to 250 beds , a dedicated physician trained in infection control, microbiological support, and data management support	Continuous review of surveillance and prevention programmes, outbreaks, and audits; infection control committee in place, inclusion of infection control on the hospital administration agenda, and defined goals; appropriate staffing and budget for infection control
2 Ward occupancy must not exceed the capacity for which it is designed and staffed; staffing and workload of frontline staff must be adapted to acuity of care, and the number of pool or agency nurses and physicians used kept to a minimum	Average bed occupancy at midnight, average numbers of frontline workers, and the average proportion of pool or agency professionals
3 Sufficient availability of and easy access to materials and equipment, and optimisation of ergonomics	Availability of alcohol-based hand rub at the point of care and sinks stocked with soap and single-use towels
4 Use of guidelines in combination with practical education and training	Adaptation of guidelines to local situation, number of new staff trained with the local guidelines, teaching programmes are based on local guidelines
5 Education and training involves frontline staff and is team and task oriented	Education and training programmes should be audited and combined with knowledge and competency assessments
6 Organising audits as a standardised (scored) and systematic review of practice with timely feedback	Measurement of the number of audits (overall, and stratified by departments, units and topics) for specified time periods
7 Participating in prospective surveillance and offering active feedback, preferably as part of a network	Participation in national and international surveillance initiatives, number and type of wards with a surveillance, regular review of the feedback strategy
8 Implementing infection-control programmes following a multimodal strategy , including tools such as bundles and checklists developed by multidisciplinary teams, and taking into account local conditions	Verification that programmes are multimodal; measurement of process indicators; measurement of outcome indicators
9 Identifying and engaging champions in the promotion of intervention strategies	Interviews with frontline staff and infection-control professionals
10 A positive organisational culture by fostering working relationships and communication across units and staff groups	Questionnaires about work satisfaction, crisis management, and human resource assessments of absenteeism and staff turnover

Zingg W Lancet Infect Dis 2015;15:212

6

Éléments clés	Indicateurs
1 An effective infection-control programme in an acute care hospital must include as a minimum standard at least one full-time specifically trained infection-control nurse per up to 250 beds , a dedicated physician trained in infection control, microbiological support, and data management support	Continuous review of surveillance and prevention programmes, outbreaks, and audits; infection control committee in place, inclusion of infection control on the hospital administration agenda and defined goals appropriate staffing and budget for infection control
2 Ward occupancy must not exceed the capacity for which it is designed and staffed; staffing and workload of frontline staff must be adapted to acuity of care, and the number of pool or agency nurses and physicians used kept to a minimum	Average bed occupancy at midnight, average numbers of frontline workers , and the average proportion of pool or agency professionals
3 Sufficient availability of and easy access to materials and equipment, and optimisation of ergonomics	Availability of alcohol-based hand rub at the point of care and sinks stocked with soap and single-use towels
4 Use of guidelines in combination with practical education and training	Adaptation of guidelines to local situation, number of new staff trained with the local guidelines, teaching programmes are based on local guidelines
5 Education and training involves frontline staff and is team and task oriented	Education and training programmes should be audited and combined with knowledge and competency assessments
6 Organising audits as a standardised (scored) and systematic review of practice with timely feedback	Measurement of the number of audits (overall, and stratified by departments, units and topics) for specified time periods
7 Participating in prospective surveillance and offering active feedback, preferably as part of a network	Participation in national and international surveillance initiatives , number and type of wards with a surveillance, regular review of the feedback strategy
8 Implementing infection-control programmes following a multimodal strategy , including tools such as bundles and checklists developed by multidisciplinary teams, and taking into account local conditions	Verification that programmes are multimodal ; measurement of process indicators ; measurement of outcome indicators
9 Identifying and engaging champions in the promotion of intervention strategies	Interviews with frontline staff and infection-control professionals
10 A positive organisational culture by fostering working relationships and communication across units and staff groups	Questionnaires about work satisfaction, crisis management, and human resource assessments of absenteeism and staff turnover

Zingg W *Lancet Infect Dis* 2015;15:212

7

Formulaire H1 – Fiche Établissement

Code de l'établissement ()

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

Nombre total de lits ()

Nombre de lits de soins aigus ()

Nombre de lits de 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°)
 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			

L'établissement fait partie d'un groupe hospitalier (GH):
 Non Oui → Groupe: _____ Code GH _____

Les données s'appliquent à : L'établissement GH ()

Secteur d'activité du GH : 1° 2° 3° Spécialité

Nombre total de lits total au GH ()

Nombre de lits de soins aigus au GH ()




Hôpitaux
Universitaires
Genève

Nationales Zentrum
für Infektions prevention

8

Formulaire H2 – Fiche Établissement

Code de l'établissement [_____]

Période d'enquête: du: __/__/__ au: __/__/__
jj/mm/aaaa jj/mm/aaaa

Prévention et contrôle de l'infection (PCI):
 Y-a-t'il un plan annuel concernant les objectifs de PCI, approuvé par la direction de l'établissement? Oui Non
 Y-a-t'il un rapport PCI annuel, approuvé par la direction de l'établissement? Oui Non

Participation à un réseau de surveillance:
 Pendant l'année précédente, à quel réseau de surveillance dans le domaine de PCI votre établissement a-t-il participé ?
 SSI SI CDI Résistance aux antibiotiques
 Utilisation d'antimicrobiens Non Autres : _____

Microbiologie/performance diagnostique
 Pendant les weekends, est-ce que l'équipe peut commander de tests microbiologiques de routine et recevoir de résultats?
 Examens cliniques : Samedi Dimanche
 Screenings (ex. MRSA): Samedi Dimanche

Lesquels des programmes suivants sont établis dans votre établissement ? (O = Oui; N = Non; P = Pas d'information)

	Guidelines	Mesures de prévention basées sur l'évidence	Formation	Checklist	Audit	Surveillance	Feed-back
Soins intensifs							
Pneumonie							
Sepsis							
Infections urinaires							
Utilisation des antimicrobiens							
Tout hôpital/autres services							
Pneumonie							
Sepsis							
SSI							
Infections urinaires							
Utilisation des antimicrobiens							

Mesures de prévention basées sur l'évidence : 3-5 Mesures pour la prévention d'une infection associée aux soins dont il y a l'évidence de son efficacité dans la littérature.

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

swissnos **HUG** Hôpitaux Universitaires Genève
Nationales Zentrum für Infektionsprävention

9

Formulaire H2 – Fiche Établissement

Code de l'établissement [_____]

Période d'enquête: du: __/__/__ au: __/__/__
jj/mm/aaaa jj/mm/aaaa

Prévention et contrôle de l'infection (PCI):
 Y-a-t'il un plan annuel concernant les objectifs de PCI, approuvé par la direction de l'établissement? Oui Non
 Y-a-t'il un rapport PCI annuel, approuvé par la direction de l'établissement? Oui Non

Participation à un réseau de surveillance:
 Pendant l'année précédente, à quel réseau de surveillance dans le domaine de PCI votre établissement a-t-il participé ?
 SSI SI CDI Résistance aux antibiotiques
 Utilisation d'antimicrobiens Non Autres : _____

Microbiologie/performance diagnostique
 Pendant les weekends, est-ce que l'équipe peut commander de tests microbiologiques de routine et recevoir de résultats?
 Examens cliniques : Samedi Dimanche
 Screenings (ex. MRSA): Samedi Dimanche

Lesquels des programmes suivants sont établis dans votre établissement ? (O = Oui; N = Non; P = Pas d'information)

	Guidelines	Mesures de prévention basées sur l'évidence	Formation	Checklist	Audit	Surveillance	Feed-back
Soins intensifs							
Pneumonie							
Sepsis							
Infections urinaires							
Utilisation des antimicrobiens							
Tout hôpital/autres services							
Pneumonie							
Sepsis							
SSI							
Infections urinaires							
Utilisation des antimicrobiens							

Mesures de prévention basées sur l'évidence : 3-5 Mesures pour la prévention d'une infection associée aux soins dont il y a l'évidence de son efficacité dans la littérature.

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

swissnos **HUG** Hôpitaux Universitaires Genève
Nationales Zentrum für Infektionsprävention

10

Formulaire H2 – Fiche Établissement

Code de l'établissement [_____]

Période d'enquête: du: __/__/__ au: __/__/__
jj/mm/aaaa jj/mm/aaaa

Prévention et contrôle de l'infection (PCI):
 Y-a-t'il un plan annuel concernant les objectifs de PCI, approuvé par la direction de l'établissement? Oui Non
 Y-a-t'il un rapport PCI annuel, approuvé par la direction de l'établissement? Oui Non

Participation à un réseau de surveillance:
 Pendant l'année précédente, à quel réseau de surveillance dans le domaine de PCI votre établissement a-t-il participé ?
 SSI SI CDI Résistance aux antibiotiques
 Utilisation d'antimicrobiens Non Autres : _____

Microbiologie/performance diagnostique
 Pendant les weekends, est-ce que l'équipe peut commander de tests microbiologiques de routine et recevoir de résultats?
 Examens cliniques : Samedi Dimanche
 Screenings (ex. MRSA): Samedi Dimanche

Lesquels des programmes suivants sont établis dans votre établissement ? (O = Oui; N = Non; P = Pas d'information)

	Guidelines	Mesures de prévention basées sur l'évidence	Formation	Checklist	Audit	Surveillance	Feed-back
Soins intensifs							
Pneumonie							
Sepsis							
Infections urinaires							
Utilisation des antimicrobiens							
Tout hôpital/autres services							
Pneumonie							
Sepsis							
SSI							
Infections urinaires							
Utilisation des antimicrobiens							

Mesures de prévention basées sur l'évidence : 3-5 Mesures pour la prévention d'une infection associée aux soins dont il y a l'évidence de son efficacité dans la littérature.

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

swissnos⁺ HUG Hôpitaux Universitaires Genève
Nationales Zentrum für Infektionsprävention

11

Formulaire H3 – Fiche Établissement

¹Inc = 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 ».

swissnos⁺ HUG Hôpitaux Universitaires Genève
Nationales Zentrum für Infektionsprävention

12

Formulaire S – Service

Jour de l'enquête¹: ___ / ___ / ____ **Code de l'établissement** (_____) **Code du service** (_____)

jj / mm / aaaa

Spécialité du service²: PED NEO ICU MED SUR G/O GER PSY RHB LTC OTH MIX

Nombre des patients dans le service³ (_____)

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

¹L'enquête doit être faite pendant un seul jour; ²Spécialité majeur du service : $\geq 80\%$ des patients représentent cette spécialité (si non: indiquer « MIX »); ³Nombre 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; ⁴An : L'année la plus récente pour laquelle les données sont disponibles.



 Hôpitaux
Universitaires
Genève

13

3.

Base de données

14

Comment la base de données est-elle structurée ?

- La base de données électronique est interactive (saisie et analyse des données).
- La base de données est basée sur les formulaires H1-H3, S, P
- La base de données a été développée par le NRZ à Berlin et utilisée pour le PPS 2016 en Allemagne.

Comment s'inscrire ?

- <https://haipps.org>
- On peut s'inscrire en spécifiant un hôpital (nom d'utilisateur, adresse électronique).
- L'activation est effectuée par le centre de coordination - ce n'est qu'ensuite que les données peuvent être saisies.
- Idéalement, pas plus de 3 personnes par hôpital devraient avoir accès à la base de données.
- Il est possible d'avoir accès à plusieurs hôpitaux (par exemple, un coordinateur régional).

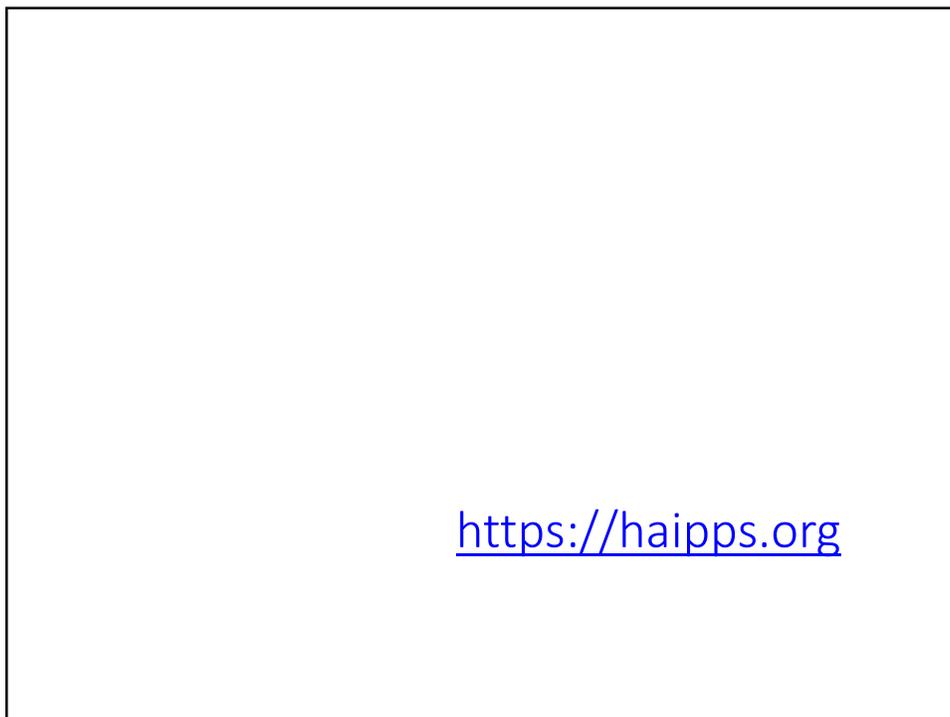
15

- L'identifiant de l'hôpital est attribué par le centre de coordination.
- La création des codes pour les services et les patients relèvent de la compétence des hôpitaux.
- Il est important de le savoir :
 - Identifiant du patient : l'identifiant doit être anonyme et composé de chiffres.
 - Identifiant du service: l'ID peut être composé de chiffres et de lettres. Si les données sont saisies sous la forme d'un groupe hospitalier, les ID des services doivent contenir une référence à l'emplacement.

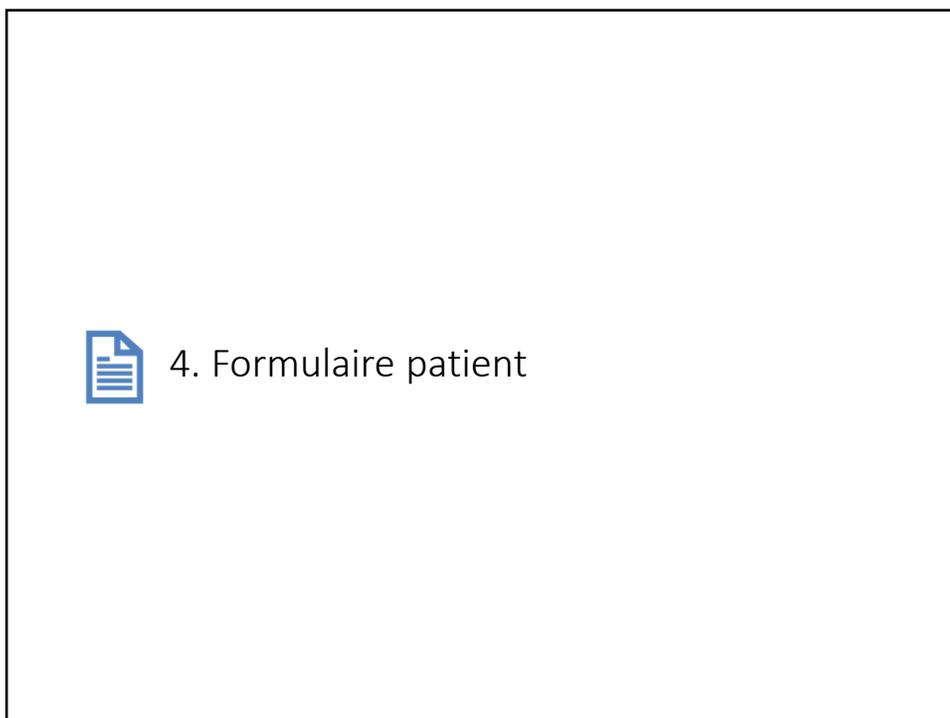
ID de l'hôpital



16



17



18

Utilisation des antimicrobiens

- La raison de l'utilisation des antimicrobiens doit être rapportée **selon le dossier médical** et n'est pas toujours objective!
- La pertinence d'une prescription ne sera pas mise en question!
- Indication ≠ Diagnostic!
 - ✓ Indication: traitement? prophylaxie? autre indication?
 - ✓ Diagnostic: par site anatomique
- Où rechercher les informations : dossier médical/notes, au besoin demander au personnel soignant en charge du patient

23

Antimicrobien (AM) (Substance)	voie		Dose par jour		
			Applications (par jour)	Dose individuelle	mg/g/IU

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 = desescalade; S = changement iv-oral; A = effet indésirable; OU = autre cause; U = ?; **Si changement : Date du début 1^{er} AM :** concerne le 1^{er} antimicrobien pour la même indication; **Dose par jour:** ex. 3 x 1 g; g = gramme, mg = milligramme, IU = unités internationales

24

	IAS 1				IAS 2			
Code IAS								
Dispositif pertinent ⁽³⁾	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ?			
Présent 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 ⁽⁴⁾	/ / (jj/mm/aaaa)				/ / (jj/mm/aaaa)			
Attribution	<input type="checkbox"/> Cet hôpital <input type="checkbox"/> Autre hôpital <input type="checkbox"/> ?				<input type="checkbox"/> Cet hôpital <input type="checkbox"/> Autre hôpital <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"/> ?			
Si BSI: Source ⁽⁵⁾								
	Code MO	Résistance		P D R	Code MO	Résistance		P D R
		AB ⁽⁶⁾	SIR			AB ⁽⁶⁾	SIR	
Microorganisme 1								
Microorganisme 2								
Microorganisme 3								

27



5. Définitions

28

SSI : Infection du site chirurgical

L'infection survient dans les 30 jours après une intervention chirurgicale

Infection incisionnelle superficielle (SSI-S)

peau, tissus sous-cutanés

ET au moins 1 critères suivants :

- Ecoulement purulent du site de l'incision avec ou sans confirmation microbiologique
- Microorganismes isolés à partir d'une culture d'un tissu ou liquide obtenu par incision superficielle et aseptique
- Au moins un des signes ou symptômes suivants : douleur ou sensibilité, tuméfaction localisée, rougeur ou chaleur **ET** ouverture délibérée de la plaie par le chirurgien, sauf si la culture du frottis de plaie est négative
- Diagnostic de l'infection suite à une incision superficielle effectué par un chirurgien ou un médecin traitant

L'infection survient dans les 30 jours après une intervention chirurgicale si aucun implant n'est laissé en place, ou dans les 90 jours si un implant est en place

Infection incisionnelle profonde (SSI-D)

tissus mous profonds de l'incision (p.ex. fascia, muscle)

ET au moins un des critères suivants :

- Ecoulement purulent au niveau de l'incision profonde
- Déhiscence spontanée de la plaie ou ouverture délibérée par un chirurgien lorsque le patient présente au moins 1 des suivants : > 38 °C, dl ou sensibilité à la palpation, sauf si culture frottis de plaie(-)
- Abscess ou autre signe d'infection profonde détectée l'examen direct, lors d'une ré-intervention ou à l'examen pathologique ou Rx
- Dg établi par le chirurgien ou le médecin traitant

L'infection survient dans les 30 jours après une intervention chirurgicale si aucun implant n'est laissé en place, ou dans les 90 jours si un implant est en place

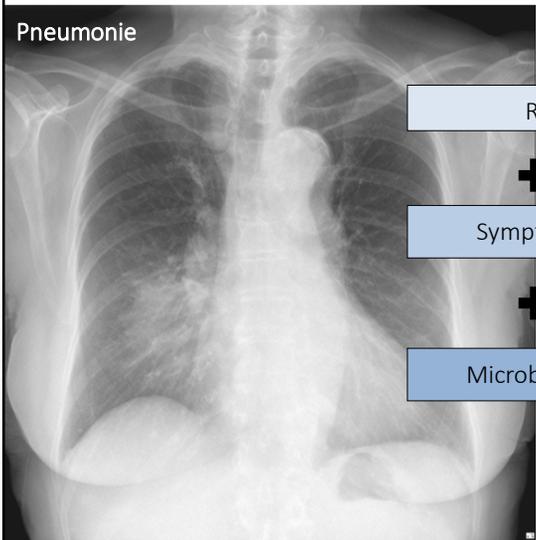
Infection d'organe et/ou d'espace (SSI-O)

n'importe quelle partie anatomique qui était ouverte ou manipulée lors de l'intervention **ET** au moins un des critères suivants :

- Ecoulement purulent par un drain qui est placé à travers d'une plaie dans un organe et/ou espace
- Microorganismes isolés aseptiquement depuis l'organe et/ou l'espace
- Abscess ou autre preuve d'infection impliquant l'organe et/ou l'espace qui est trouvé à l'examen direct, lors d'une ré-intervention ou par examen pathologique ou Rx
- Dg par un chirurgien ou un médecin traitant

29

Pneumonie



RX

+

Symptômes

+

Microbiologie

30

RX	<p>≥ 2 Rx thorax ou CT-scans thoraciques consécutifs montrant une pneumonie chez un patient ayant une maladie cardiaque ou pulmonaire sous-jacente (si pas de cardiopathie/maladie pulmonaire, 1 Rx thorax ou CT scan est suffisante)</p>
Symptômes	<ul style="list-style-type: none"> • Fièvre > 38 °C sans autre cause ; • Leucopénie (<4000 WBC / mm³) ou leucocytose (12000 WBC / mm³) • ET au moins un des éléments suivants (ou au moins deux si la pneumonie est seulement clinique = PN 4 et PN 5): <ul style="list-style-type: none"> ➢ Apparition récente d'une expectoration purulente ou changement d'aspect de l'expectoration (couleur, odeur, quantité, consistance) ➢ Toux ou dyspnée ou tachypnée ➢ Auscultation indicative pour une pneumonie ➢ Aggravation d'échanges de gaz
Microbiologie	<p>A. Tests bactériologiques réalisés :</p> <p>Culture quantitative d'un prélèvement peu contaminé des voies respiratoires inférieures (PN1) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • LBA > 10⁴ UFC / ml OU ≥ 5% des cellules du LBA contenant des bactéries intracellulaires à l'examen direct • Brossage bronchique protégé > 10³ UFC / ml • Aspiration distale protégée > 10³ UFC / ml <p>Culture quantitative d'un prélèvement possiblement contaminé de voies respiratoires inférieures (PN2) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Culture quantitative d'un prélèvement de voies respiratoires inférieures (p.ex. aspiration endotrachéale) ≥ 10⁶ UFC / ml <p>B. Méthodes microbiologiques alternatives (PN3) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hémoculture positive sans relation avec une autre infection • Culture d'un épanchement pleural + pour de microorganismes • Abscès pulmonaire ou empyème avec culture positive par aspiration à l'aiguille • Evidance d'une pneumonie dans un examen histologique • Pneumonie par virus ou germes spécifiques (<i>Legionella</i>, <i>Aspergillus</i>, mycobacteria, mycoplasma, <i>Pneumocystis carinii</i>) : <ul style="list-style-type: none"> - Antigène ou anticorps viral par sécrétions respiratoires (e.g. EIA, FAMA, shell vial assay, PCR) - Résultat positif dans l'examen direct ou dans une culture des sécrétions bronchiques ou de tissu ; - Séroconversion (p.ex. Influenza, <i>Legionella</i>, <i>Chlamydia</i>); - Détection d'un antigène dans les urines (p.ex. <i>Legionella</i>) <p>C. Autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Culture d'expectorations positive ou culture non quantitative positive d'un prélèvement de voies respiratoires inférieures (PN4) • Sans microbiologie ou sans test positif (PN5)

31

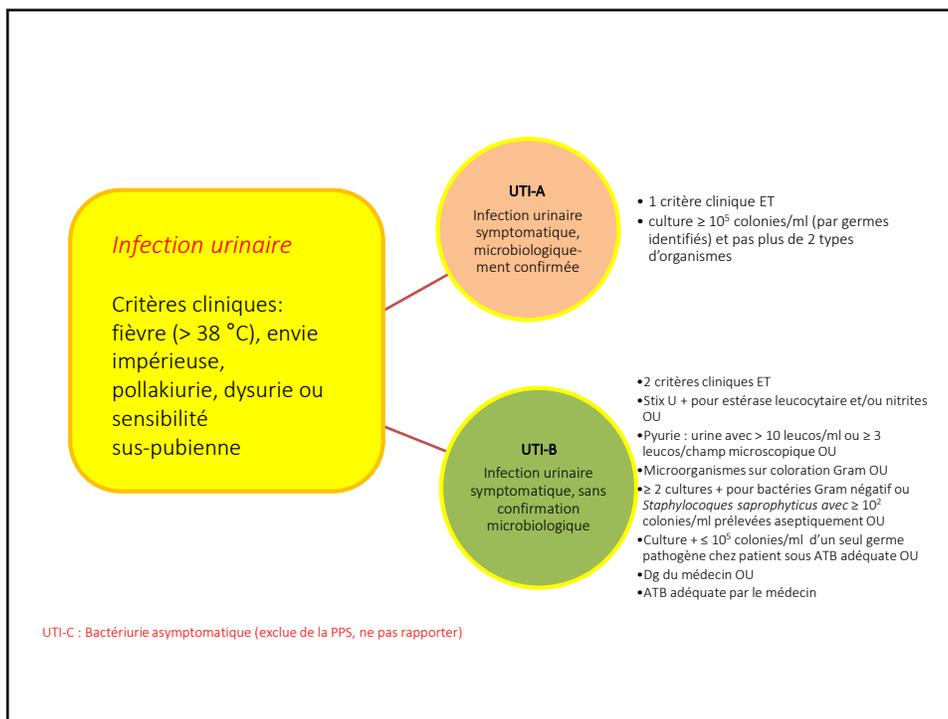
Nouveau diagnostic: LRI-PNEU

LRI-PNEU : Pneumonie virale ou atypique sans documentation radiologique

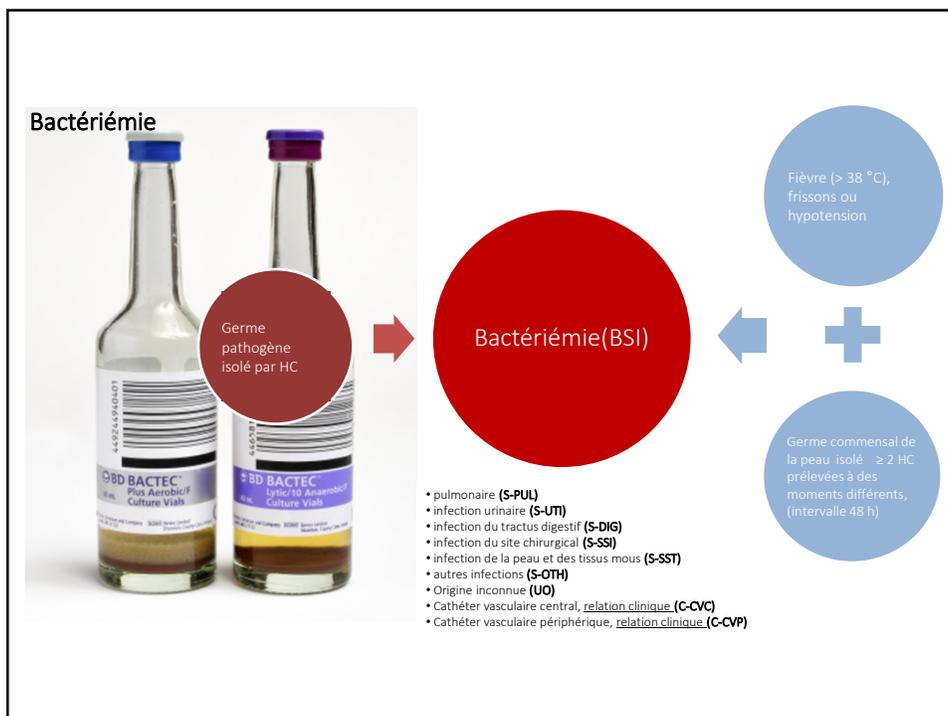
- Ces infections doivent satisfaire aux critères suivants:
- Le patient se présente avec une péjoration de l'échange d'oxygène (diminution de la saturation), et le patient a au moins **deux** des signes ou symptômes suivants : fièvre (> 38 °C), toux, apparition récente ou augmentation des sécrétions respiratoires, râles ronflants, tachypnée, dyspnée* **ET UN** des critères suivants :
- Germe isolé par culture de matériel dans l'aspiration trachéale profonde ou dans une bronchoscopie
- Tests d'antigènes ou PCR positifs dans de sécrétions respiratoires

*nouveau-nés, nourrissons : tirage intercostal, gémissement, Battement des ailes du nez

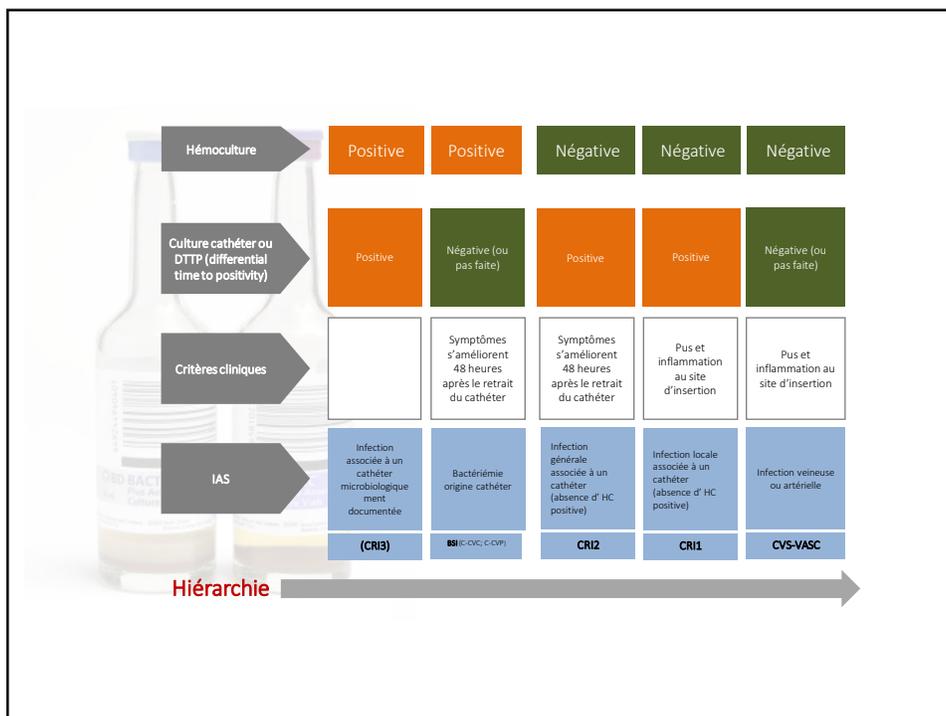
32



33



34



35

SARS-CoV-2

- 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.
 1. **Cas COVID-19 d'association indéterminée :**
 - 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.
 1. **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.
 1. **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.
- Dans les deux cas, le SARS-CoV-2 doit être mentionné dans la microbiologie (VIRSAR)

36



6. Cas cliniques

37

Cas clinique 1

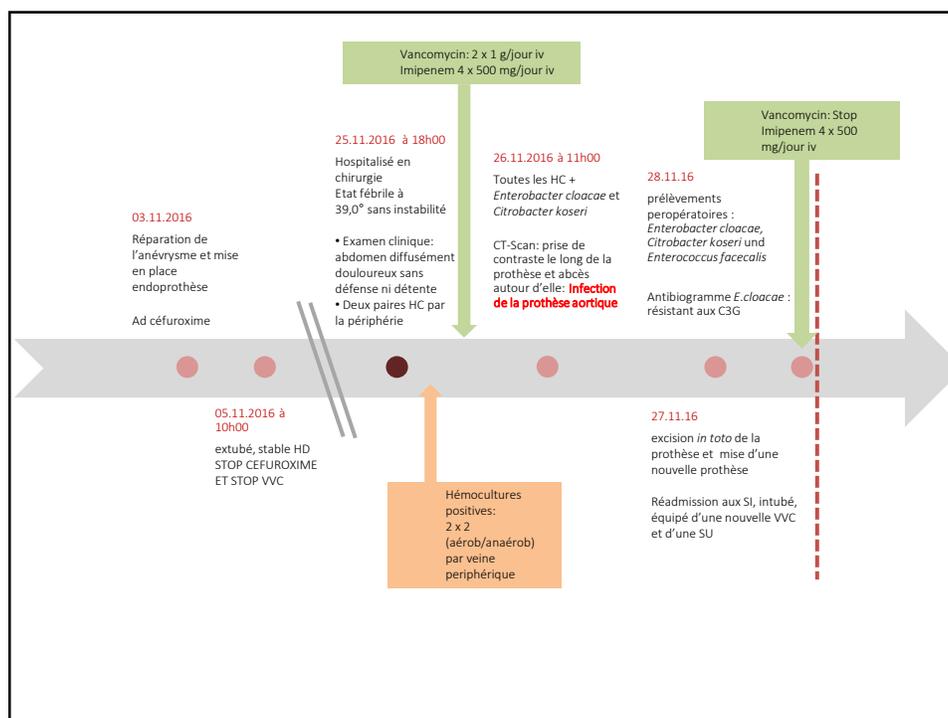
- **Le 21.10.2016 à 08h00**: Patient de 83 ans, BPCO de stade II, se présente aux Urgences en raison d'un EF à 38.6°C avec dyspnée, toux et expectorations verdâtres depuis 2 jours.
- **Anamnèse**: PTH Dte mise le 02.09.16 (hospitalisation du 01.09.2016 au 20.09.2016)
- **Status**:
 - Hémodynamiquement stable
 - Fébrile à 38.5°
 - Saturation à l'O₂ à 88%: mise sous 2l d'O₂, râles crépitants bilatéraux
- **Labo**: leucocytes à 16.3 G/l, CRP 198 mg/l
- **Rx thorax**: foyer basal gauche
- **Pneumonie basale gauche**
- **Traitement**: Co-amoxicilline 2.2 g 3 x/j IV
- Mise en place d'une VVC et admission au service de médecine interne.
- **Evolution le 23.10.2016**:
 - Afébrile, 2 l de O₂ par 24 heures. Il n'y a aucun changement d'attitude selon les dernières notes médicales
 - Culture d'expectorations prélevée à l'admission positive pour *Haemophilus influenzae* en forte quantité
- Vous réalisez l'enquête de prévalence le 23.10.2016 à 11h00.

38

Cas clinique 3

- **03.11.2016** : Patient de 75 ans, amené par ambulance aux Urgences après avoir présenté le même jour de fortes douleurs abdominales et thoraciques
- **Status** :
 - Inconscient
 - Hémodynamiquement instable
- **Anamnèse** : diabète de type II insulino-traité, artériopathie avec s/p mise de plusieurs stents aux MI, maladie coronarienne de 2 vaisseaux avec s/p PTCA en 2014
- Rapidement équipé avec un cathéter veineux jugulaire droit.
- **CT-scan** : dissection aortique de type A
- **Diagnostic** : dissection aortique de type A
- **Chirurgie** :
 - résection de la crosse aorte et de l'aorte descendante et mise en place d'une endoprothèse.
 - prophylaxie de céfuroxime pendant 48 h
- **Transfert aux SI**
- **Evolution....**

43



44

Formulaire P – Patient

Code de l'établissement [NE03] Code du service [101]
 Date de l'enquête: 07 / 02 / 2017 (jj/mm/aaaa)
 Code patient [52674]
 Age (ans): [27] ans; Age < 2 ans: [] mois
 Genre: M F
 Date d'admission: 02 / 02 / 2017 (jj/mm/aaaa)
 Spécialité du patient [SURURO]

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 12mois Pas d'information

Nouveau-né, Poids de naissance: [] grammes

Cathéter central: Non Oui ?
Cathéter périphérique: Non Oui ?
Sonde urinaire: Non Oui ?
Ventilation (Intubé): Non Oui ?

Le patient reçoit des antimicrobiens⁽¹⁾: Non Oui
 Le patient a une infection associée aux soins (IAS)⁽²⁾: Non Oui

Antimicrobien (AM) (Substance)	Voie	Indication	Diagnostic	Indication documentée	Date début de l'antimicrobien	Changement (FAM/AM)	Si changement: P: Oui, U: Non, I: AM	Antimicrobe par jour	Dose Individuelle (mg/kg/j)
Piperacillin/Tazobactam	P	HI	BAC	O	05/02/2017	N	/	3	4.5

Voie: parentérale, O: orale, R: rectale, I: intralésionnelle. **Indication:** infection communautaire (CI), infection acquise à un service de soins de longue durée (IS), infection associée aux soins (IAS), prophylaxie chirurgicale (SC), durée limitée (DL), pendant (P), sous (S), long (L), AM: antibiotique médicalisé. **Di:** autre indication. **U:** Diagnostic: oui/non. **Indication documentée:** (dans le dossier du patient): O: Oui, U: Non. **Changement de FAM (F: cause):** F: pas de changement, E: nouvelle, D: remplacement, S: changement de site, A: autre indication. **CI:** infection associée à CI. **Si changement:** Code du vieux: I: AM, Code nouveau: I: antimicrobiens pour la même indication. **Dose par jour:** ex: 3 x 3 g, q: 3 grammes, mg: milligramme, SI: unités internationales.

Code IAS	IAS 1		IAS 2			
	UTI-A		BSI			
Dispositif pertinent ⁽⁴⁾	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ?		
Présent à l'admission	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non		
Début de l'IAS ⁽⁴⁾	<u>05 / 02 / 2017</u> (jj/mm/aaaa)		<u>05 / 02 / 2017</u> (jj/mm/aaaa)			
Attribution	<input checked="" type="checkbox"/> Cet hôpital <input type="checkbox"/> Autre hôpital <input type="checkbox"/> ?		<input checked="" type="checkbox"/> Cet hôpital <input type="checkbox"/> Autre hôpital <input type="checkbox"/> ?			
IAS associée à ce service	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ?		<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ?			
SI BSI: Source ⁽⁵⁾	S-UTI					
Microorganisme 1	Code MO	Résistance AB ⁽⁶⁾ SIR	P D R	Code MO	Résistance AB ⁽⁶⁾ SIR	P D R
		PRTMIR CSG CAR	R S N	PRTMIR	CSG CAR	R S N
Microorganisme 2						
Microorganisme 3						

(1) Le jour de l'enquête, prescription: prophylaxie chirurgicale → 24h avant 08:00 du jour de l'enquête; si oui, remplir la section « antimicrobiens »; si
 (2) Les infections sont éligibles, regarder une formule équivalente. (3) Début de l'infection à jour 0: 02 critères applicables pour infection de site chirurgical (intervention chirurgicale dans les 48h ou 30/90 jours de l'hôpital mais réadmission < 48h ou infection à C. difficile après une sortie < 24 jours de début de l'épisodes d'admission); à la 24 et 48 heures. Les critères Code MO sont remplis le jour de l'enquête. (4) Un traitement pour une IAS au jour de l'enquête est initialisé/liges avant rempli les critères d'une IAS avant/à la 24h; si oui, remplir la section « infection associée aux soins ». (5) S: SIRS, reporter une formule supplémentaire.
 (6) présente à l'admission; (S) C-CV, C-PVC, S-P, S-P, S-PT, S-S, S-S, S-OTN, LD, LNK; (R) AB: S: amoxicilline; D: amoxicilline; G: gentamicine; SIR: S: ampicilline; R: ampicilline; N: non; P: potentiellement; C: confirmé, U: autre.

47



Prevalence Ponctuelle Suisse 2019 sur les Infections Associées aux Soins et l'Utilisation des Antimicrobiens

Cours de formation
Printemps 2021

48