ENP 2024 EN EHPAD

ÉTUDES DE CAS CLINIQUES

Formation des enquêteurs

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

Santé publique France — RéPiAS — ecdc

Identification du résident

Date de l'enquête : __ __ / __ __ / __ __ __ __ ID résident : _____ *Donné par l'application*

NOM et Prénom du résident :

Caractéristiques du résident *(à compléter pour tous les résidents)*

Année de naissance : __ __ __ __ Sexe : ❑ Féminin ❑ Masculin

Code de l'unité de vie : _____ Accueil en unité adaptée : ❑ Non ❑ Oui-USA ❑ Oui-UGD ❑ Oui-UHR

Hospitalisation : (dans les 3 mois) ❑ Non ❑ Oui ❑ Inconnu Intervention chirurgicale : (dans les 30 jours) ❑ Non ❑ Oui ❑ Inconnu

Présence d'escarre : ❑ Non ❑ Oui *Si oui*, préciser le grade : ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4

Désorientation : ❑ Non ❑ Oui ❑ Inconnu

Mobilité : ❑ Ambulant ❑ En fauteuil roulant ❑ Alité ❑ Inconnu

Incontinence : ❑ Non ❑ Oui ❑ Inconnu

Dispositif(s) invasif(s) ❑ Non ❑ Oui

Sonde urinaire : ❑ Non ❑ Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) : ❑ Non ❑ Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :

❑ Veineux périphérique ❑ Midline ❑ Sous-cutané ❑ Veineux central ❑ PICC ❑ Chambre implantable

Traitement(s) anti-infectieux ❑ Non ❑ Oui

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :				
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :				
Durée prévue du traitement (en jours) :				
Contexte de prescription (Curatif, Proph.) :				
Diagnostic associé au traitement :				
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)				
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :				

Infection(s) associée(s) aux soins ❑ Non ❑ Oui

	Infection associée aux soins n°1	Infection associée aux soins n°2	Infection associée aux soins n°3
Site(s) infectieux :			
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :	❑ Certaine ❑ Possible	❑ Certaine ❑ Possible	❑ Certaine ❑ Possible
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)			

	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Micro-organisme(s) :									
Sensibilité MO (ATB - SIR) :									

Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner

CAS CLINIQUE N° 1

Date enquête : 22/05/2024 après-midi

Mme Odile Soulié, 89 ans, est hébergée à temps plein à l'EHPAD des Jolies Fleurs depuis plus d'un an. Elle se porte généralement bien et n'a pas été hospitalisée depuis qu'elle est dans l'EHPAD. Elle était au lit à 8h du matin. Elle a besoin d'un fauteuil roulant. Elle n'a pas de sonde urinaire ni de cathéter vasculaire ni d'escarre et ni de plaie. Elle est orientée et continente.

- Le 15/05 : elle s'est plainte de douleurs à la miction. Par ailleurs, elle allait bien et n'avait pas de température. Le test de bandelette urinaire a montré un résultat positif pour les nitrites et les leucocytes.

- Le 16/05 : un ECBU a été réalisé et a été envoyé au laboratoire pour analyse le même jour.

- Le 17/05 : Les résultats microbiologiques identifient *Escherichia coli* > 10^5 UFC sensible à tous les antibiotiques testés sans autre mention du laboratoire. Le médecin traitant lui prescrit le jour même de l'Amoxicilline 1 g trois fois par jour pendant 7 jours.

- Le 19/05 : le médecin traitant est revenu voir Mme Soulié qui se sent bien et ne présente plus de signes cliniques.

- Le 22/05, le jour de l'enquête Mme Soulié va bien. Dans son dossier médical, il n'y aucune mention relative à son traitement antibiotique depuis la prescription initiale d'amoxicilline.

CAS CLINIQUE N° 1

Santé publique France

QUESTIONS À SE POSER

LA RÉSIDENTE A-T- ELLE ÉTÉ INFORMÉE DE CETTE ENQUÊTE ?

- OUI : l'EHPAD a informé les résidents et leur famille de la réalisation de l'enquête et la résidente n'a pas exercé son droit d'opposition à la transmission de ses données ; je peux étudier son éligibilité à l'enquête

LA RÉSIDENTE EST-ELLE ÉLIGIBLE À L'ENQUÊTE ?

- Hébergement permanent
- Présente à 8h le matin dans l'EHPAD

- OUI : je renseigne les parties « Identification du résident » et « Caractéristiques du résident »

LA RESIDENTE A-T-ELLE UN DISPOSITIF INVASIF ?

- Pas de de sonde urinaire
- Pas de cathéters vasculaires

- NON : je coche juste la case NON en face de « Dispositif(s) invasif(s) » et passe à la partie suivante « Traitement(s) anti-infectieux »

LA RESIDENTE A-T-ELLE UN TRAITEMENT ANTI-INFECTIEUX ?

- Amoxicilline prescrit le jour du traitement
- Classe d'anti-infectieux ciblée par l'enquête

- OUI : je coche OUI en face de « Traitement(s) anti-infectieux » et je renseigne la partie dédiée

LA RESIDENTE A-T-ELLE UNE INFECTION ASSOCIEE AUX SOINS ?

- Absence de signes cliniques MAIS traitement général de l'infection toujours en cours

- OUI : je coche OUI en face de « Infection(s) associée(s) aux soins » » et je renseigne la partie dédiée

CAS CLINIQUE N° 1

Santé publique France

INFECTIONS URINAIRES

❒ Résident **sans** cathéter urinaire

↓

SIGNES/SYMPTÔMES

*AU MOINS **UN** DES CRITÈRES SUIVANTS (1, 2 ou 3) :*

❒ 1. Dysurie OU douleur aiguë, gonflement ou sensibilité des testicules, de l'épididyme ou de la prostate

❒ 2. Fièvre* OU leucocytose**
ET au moins **un** des signes de localisation urinaires suivants :
- ☐ Douleur/sensibilité aiguë à l'angle costo-vertébral
- ☐ Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne
- ☐ Hématurie macroscopique
- ☐ Aggravation/apparition d'une incontinence
- ☐ Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle
- ☐ Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle

❒ 3. Absence de fièvre* et de leucocytose**
ET au moins **deux** des signes de localisation urinaires suivants :
- ☐ Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne
- ☐ Hématurie macroscopique
- ☐ Aggravation/apparition d'une incontinence
- ☐ Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle
- ☐ Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle

↓

EXAMEN CYTOBACTÉRIOLOGIQUE DES URINES (ECBU)

❒ Non réalisé, négatif ou résultats inconnus

OU

❒ ECBU réalisé **ET** :
- ☐ Au moins 10^3 UFC/ml d'un maximum de 2 espèces de micro-organismes dans un échantillon d'urine mictionnelle
  OU
- ☐ Au moins 10^2 UFC/ml d'un nombre quelconque d'organismes dans un échantillon prélevé par sondage

↓ ↓

CONFIRMATION DE L'INFECTION

❒ Signes/symptômes **ET ECBU positif** : *INFECTION URINAIRE **CONFIRMÉE** (URI1)*

❒ Signes/symptômes **ET ECBU non réalisé, négatif ou résultats inconnus** : *INFECTION URINAIRE **PROBABLE** (URI2)*

CAS CLINIQUE N° 1

Santé publique France

INFECTIONS URINAIRES

❒ Résident **sans** cathéter urinaire

↓

SIGNES/SYMPTÔMES

*AU MOINS **UN** DES CRITÈRES SUIVANTS (1, 2 ou 3) :*

☒ 1. Dysurie OU douleur aiguë, gonflement ou sensibilité des testicules, de l'épididyme ou de la prostate

❒ 2. Fièvre* OU leucocytose**
ET au moins **un** des signes de localisation urinaires suivants :
- ☐ Douleur/sensibilité aiguë à l'angle costo-vertébral
- ☐ Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne
- ☐ Hématurie macroscopique
- ☐ Aggravation/apparition d'une incontinence
- ☐ Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle
- ☐ Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle

☒ 3. Absence de fièvre* et de leucocytose**
ET au moins **deux** des signes de localisation urinaires suivants :
- ☐ Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne
- ☐ Hématurie macroscopique
- ☐ Aggravation/apparition d'une incontinence
- ☐ Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle
- ☐ Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle

↓

EXAMEN CYTOBACTÉRIOLOGIQUE DES URINES (ECBU)

❒ Non réalisé, négatif ou résultats inconnus

OU

❒ ECBU réalisé **ET** :
- ☐ Au moins 10^5 UFC/ml d'un maximum de 2 espèces de micro-organismes dans un échantillon d'urine mictionnelle
  OU
- ☐ Au moins 10^2 UFC/ml d'un nombre quelconque d'organismes dans un échantillon prélevé par sondage

↓ ↓

CONFIRMATION DE L'INFECTION

❒ Signes/symptômes **ET ECBU positif** : *INFECTION URINAIRE CONFIRMÉE (URI1)*

❒ Signes/symptômes **ET ECBU non réalisé, négatif ou résultats inconnus** : *INFECTION URINAIRE PROBABLE (URI2)*

CAS CLINIQUE N° 1

Santé publique France

INFECTIONS URINAIRES

❒ Résident **sans** cathéter urinaire

↓

SIGNES/SYMPTÔMES

*AU MOINS **UN** DES CRITÈRES SUIVANTS (1, 2 ou 3) :*

☒ 1. Dysurie OU douleur aiguë, gonflement ou sensibilité des testicules, de l'épididyme ou de la prostate

❒ 2. Fièvre* OU leucocytose**
ET au moins **un** des signes de localisation urinaires suivants :
- ☐ Douleur/sensibilité aiguë à l'angle costo-vertébral
- ☐ Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne
- ☐ Hématurie macroscopique
- ☐ Aggravation/apparition d'une incontinence
- ☐ Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle
- ☐ Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle

☒ 3. Absence de fièvre* et de leucocytose**
ET au moins **deux** des signes de localisation urinaires suivants :
- ☐ Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne
- ☐ Hématurie macroscopique
- ☐ Aggravation/apparition d'une incontinence
- ☐ Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle
- ☐ Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle

↓

EXAMEN CYTOBACTÉRIOLOGIQUE DES URINES (ECBU)

❒ Non réalisé, négatif ou résultats inconnus

OU

☒ ECBU réalisé **ET** :
- ☐ Au moins 10^5 UFC/ml d'un maximum de 2 espèces de micro-organismes dans un échantillon d'urine mictionnelle
  OU
- ☐ Au moins 10^2 UFC/ml d'un nombre quelconque d'organismes dans un échantillon prélevé par sondage

↓ ↓

CONFIRMATION DE L'INFECTION

❒ Signes/symptômes **ET ECBU positif** : *INFECTION URINAIRE **CONFIRMÉE** (URI1)*

❒ Signes/symptômes **ET ECBU non réalisé, négatif ou résultats inconnus** : *INFECTION URINAIRE **PROBABLE** (URI2)*

CAS CLINIQUE N° 1

Santé publique France

INFECTIONS URINAIRES

❒ Résident **sans** cathéter urinaire

↓

SIGNES/SYMPTÔMES

*AU MOINS **UN** DES CRITÈRES SUIVANTS (1, 2 ou 3) :*

☒ 1. Dysurie OU douleur aiguë, gonflement ou sensibilité des testicules, de l'épididyme ou de la prostate

❒ 2. Fièvre* OU leucocytose**
ET au moins **un** des signes de localisation urinaires suivants :
- ☐ Douleur/sensibilité aiguë à l'angle costo-vertébral
- ☐ Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne
- ☐ Hématurie macroscopique
- ☐ Aggravation/apparition d'une incontinence
- ☐ Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle
- ☐ Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle

☒ 3. Absence de fièvre* et de leucocytose**
ET au moins **deux** des signes de localisation urinaires suivants :
- ☐ Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne
- ☐ Hématurie macroscopique
- ☐ Aggravation/apparition d'une incontinence
- ☐ Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle
- ☐ Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle

↓

EXAMEN CYTOBACTÉRIOLOGIQUE DES URINES (ECBU)

❒ Non réalisé, négatif ou résultats inconnus

OU

☒ ECBU réalisé **ET** :
- ☒ Au moins 10^5 UFC/ml d'un maximum de 2 espèces de micro-organismes dans un échantillon d'urine mictionnelle
  OU
- ☐ Au moins 10^2 UFC/ml d'un nombre quelconque d'organismes dans un échantillon prélevé par sondage

↓ ↓

CONFIRMATION DE L'INFECTION

❒ Signes/symptômes **ET ECBU positif** : *INFECTION URINAIRE **CONFIRMÉE** (URI1)*

❒ Signes/symptômes **ET ECBU non réalisé, négatif ou résultats inconnus** : *INFECTION URINAIRE **PROBABLE** (URI2)*

CAS CLINIQUE N° 1

Santé publique France

INFECTIONS URINAIRES

❒ Résident **sans** cathéter urinaire

↓

SIGNES/SYMPTÔMES

*AU MOINS **UN** DES CRITÈRES SUIVANTS (1, 2 ou 3) :*

☒ 1. Dysurie OU douleur aiguë, gonflement ou sensibilité des testicules, de l'épididyme ou de la prostate

❒ 2. Fièvre* OU leucocytose**
ET au moins **un** des signes de localisation urinaires suivants :
- ☐ Douleur/sensibilité aiguë à l'angle costo-vertébral
- ☐ Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne
- ☐ Hématurie macroscopique
- ☐ Aggravation/apparition d'une incontinence
- ☐ Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle
- ☐ Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle

☒ 3. Absence de fièvre* et de leucocytose**
ET au moins **deux** des signes de localisation urinaires suivants :
- ☐ Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne
- ☐ Hématurie macroscopique
- ☐ Aggravation/apparition d'une incontinence
- ☐ Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle
- ☐ Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle

↓

EXAMEN CYTOBACTÉRIOLOGIQUE DES URINES (ECBU)

❒ Non réalisé, négatif ou résultats inconnus

OU

☒ ECBU réalisé **ET** :
- ☒ Au moins 10^5 UFC/ml d'un maximum de 2 espèces de micro-organismes dans un échantillon d'urine mictionnelle
  OU
- ☐ Au moins 10^2 UFC/ml d'un nombre quelconque d'organismes dans un échantillon prélevé par sondage

↓ ↓

CONFIRMATION DE L'INFECTION

☒ Signes/symptômes **ET ECBU positif** : *INFECTION URINAIRE CONFIRMÉE (URI1)*

❒ Signes/symptômes **ET ECBU non réalisé, négatif ou résultats inconnus** : *INFECTION URINAIRE PROBABLE (URI2)*

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

Santé publique France — RéPiAS — ecdc

Identification du résident

Date de l'enquête : 22/05/2024 ID résident : [ ] *Donné par l'application* SOULIÉ Odile

Caractéristiques du résident *(à compléter pour tous les résidents)*

Année de naissance : 1935 Sexe : ☒ Féminin ☐ Masculin

Code de l'unité de vie : 1 Accueil en unité adaptée : ☒ Non ☐ Oui-USA ☐ Oui-UGD ☐ Oui-UHR

Hospitalisation : (dans les 3 mois) ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu Intervention chirurgicale : (dans les 30 jours) ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Présence d'escarre : ☒ Non ☐ Oui *Si oui*, préciser le grade : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Désorientation : ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Mobilité : ☐ Ambulant ☒ En fauteuil roulant ☐ Alité ☐ Inconnu

Incontinence : ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Dispositif(s) invasif(s) ☒ Non ☐ Oui

Sonde urinaire : ☐ Non ☐ Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) : ☐ Non ☐ Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :

☐ Veineux périphérique ☐ Midline ☐ Sous-cutané ☐ Veineux central ☐ PICC ☐ Chambre implantable

Traitement(s) anti-infectieux ☐ Non ☒ Oui → p.36

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :				
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :				
Durée prévue du traitement (en jours) :				
Contexte de prescription (Curatif, Prophy.) :				
Diagnostic associé au traitement :				
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)				
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :				

Infection(s) associée(s) aux soins ☐ Non ☒ Oui

	Infection associée aux soins n°1	Infection a	
Site(s) infectieux :			
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :	☐ Certaine ☐ Possible	☐ Certaine ☐ Possible	☐ Certaine ☐ Possible
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)			

p.41

	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Micro-organisme(s) :									
Sensibilité MO (ATB - SIR) : *Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner*									

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

Santé publique France — RéPiAS — ecdc

Identification du résident

Date de l'enquête : 22/05/2024 ID résident : *Donné par l'application* SOULIÉ Odile

Caractéristiques du résident *(à compléter pour tous les résidents)*

Année de naissance : 1935 Sexe : ☒ Féminin ☐ Masculin

Code de l'unité de vie : 1 Accueil en unité adaptée : ☒ Non ☐ Oui-USA ☐ Oui-UGD ☐ Oui-UHR

Hospitalisation : (dans les 3 mois) ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu Intervention chirurgicale : (dans les 30 jours) ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Présence d'escarre : ☒ Non ☐ Oui *Si oui*, préciser le grade : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Désorientation : ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

9.2.4 Traitement(s) anti-infectieux

Tous les traitements anti-infectieux ciblés dans le cadre de l'enquête **ET administrés par voie générale aux résidents le jour de l'enquête** doivent être rapportés et documentés. Les classes d'anti-infectieux ciblés par l'enquête sont les suivantes (*cf.* annexe 3) :

Cathéter(s) vasculaire(s) : ☐ Non ☐ Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :
☐ Veineux périphérique ☐ Midline ☐ Sous-cutané ☐ Veineux central ☐ PICC ☐ Chambre implantable

Traitement(s) anti-infectieux ☐ Non ☒ Oui → p.36

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :				
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :				
Durée prévue du traitement (en jours) :				
Contexte de prescription (Curatif, Prophy.) :				
Diagnostic associé au traitement :				
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)				
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :				

Infection(s) associée(s) aux soins ☐ Non ☒ Oui → p.41

	Infection associée aux soins n°1	Infection associée aux soins n°2	Infection associée aux soins n°3
Site(s) infectieux :			
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :	☐ Certaine ☐ Possible	☐ Certaine ☐ Possible	☐ Certaine ☐ Possible
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)			

	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Micro-organisme(s) :									
Sensibilité MO (ATB - SIR) : *Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner*									

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

Santé publique France — RéPiAS — ecdc

Identification du résident

Date de l'enquête : 22/05/2024 ID résident : (Donné par l'application) SOULIÉ Odile

Caractéristiques du résident *(à compléter pour tous les résidents)*

Année de naissance : 1935 Sexe : ☒ Féminin ☐ Masculin

Code de l'unité de vie : 1 Accueil en unité adaptée : ☒ Non ☐ Oui-USA ☐ Oui-UGD ☐ Oui-UHR

Hospitalisation : (dans les 3 mois) ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Présence d'escarre : ☒ Non ☐ Oui *Si oui*, pré

Désorientation : ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Mobilité : ☐ Ambulant ☒ En fauteuil roula

Incontinence : ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Dispositif(s) invasif(s) ☒ Non ☐ Oui

Sonde urinaire : ☐ Non ☐ Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) : ☐ Non ☐ Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :

☐ Veineux périphérique ☐ Midline ☐ Sous-cut ... ntable

Traitement(s) anti-infectieux ☐ Non ☒ Oui

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :	J01CA04 ou amoxicilline → p.51			
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :	O → p.38			
Durée prévue du traitement (en jours) :	7 → p.38			
Contexte de prescription (Curatif, Prophylaxie)				
Diagnostic associé au traitement :				
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)				
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :				

Infection(s) associée(s) aux soins ☐ Non ☒ Oui → p.41

	Infection associée aux soins n°1	Infection associée aux soins n°2	Infection associée aux soins n°3
Site(s) infectieux :			
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :	☐ Certaine ☐ Possible	☐ Certaine ☐ Possible	☐ Certaine ☐ Possible
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)			

	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Micro-organisme(s) :									
Sensibilité MO (ATB - SIR) : *Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner*									

Annexe 3. Liste des anti-infectieux

p.51

Les dénominations communes internationales (DCI) et leur classification ATC.

Liste alphabétique des DCI et noms commerciaux

Libellé DCI / nom commercial	Code ATC
ABBOTICINE	J01FA01
ABELCET	J02AA01
ACIDE FUSIDIQUE	J01XC01
ADIAZINE	J01EC02
ALFATIL	J01DC04
AMBISOME	J02AA01
AMIKACINE	J01GB06
AMIKLIN	J01GB06
AMODEX	J01CA04
AMOXICILLINE	J01CA04
AMOXICILLINE / AC. CLAVULANIQUE	J01CR02

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

Santé publique France — RéPiAS — ecdc

Identification du résident

Date de l'enquête : 22/05/2024 ID résident : Donné par l'application SOULIÉ Odile

Caractéristiques du résident *(à compléter pour tous les résidents)*

Année de naissance : 1935 Sexe :

Code de l'unité de vie : 1 Accueil

Hospitalisation : (dans les 3 mois) ☐ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Présence d'escarre : ☐ Non ☐ Oui *Si oui*, pré

Désorientation : ☐ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Mobilité : ☐ Ambulant ☐ En fauteuil roula

Incontinence : ☐ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Dispositif(s) invasif(s) ☐ Non ☐ Oui

Sonde urinaire : ☐ Non ☐ Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) : ☐ Non ☐ Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :

☐ Veineux périphérique ☐ Midline ☐ Sous-cut

Code	Diagnostics associés aux traitements anti-infectieux
URI	Infection urinaire basse (cystites, etc.)
PYE	Infection urinaire haute (pyélonéphrites aigues, abcès rénaux)
BAC	Bactériémie confirmée microbiologiquement (avec hémocultures positives)
BRO	Bronchite aiguë ou exacerbation de bronchite chronique
PNE	Pneumonie
DIG	Infection digestive : gastro-intestinale (salmonellose, diarrhée associée aux antibiotiques) ou intra abdominale (péritonite, infection hépatobiliaire)
FEB	Fièvre inexpliquée, neutropénie fébrile non cliniquement ou microbiologiquement documenté ou autre forme de manifestation de l'infection chez un immunodéprimé (par exemple, chimiothérapie) sans localisation identifiée
GEN	Infection génitale (infection gynécologique, prostatites, orchite, épididymite, infection sexuellement transmissible)
OPH	Infection oculaire (endophtalmie)
ORL	Infection de l'oreille, de la bouche, du nez, de la gorge ou du larynx (ORL)
OST	infection ostéo-articulaire (arthrite septique y compris prothèse articulaire, ostéomyélite, ostéite)
PTM	infection de la peau et des tissus mous (cellulite, infection de plaies et d'escarre, infection des tissus mous profonds sans atteinte osseuse)
SNC	Infection du système nerveux central
SYS	Infection systémique
INC	Diagnostic inconnu

p.39

Traitement(s) anti-infectieux ☐ Non ☐ Oui p.36

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :	J01CA04 ou amoxicilline	p.51		
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :	O	p.38		
Durée prévue du traitement (en jours) :	7	p.38		
Contexte de prescription (Curatif, Prophy.) :	Curatif	p.38		
Diagnostic associé au traitement :	URI	p.39		
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)	NON	p.40		
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	EMS	p.40		

Infection(s) associée(s) aux soins ☐ Non ☐ Oui p.41

	Infection associée aux soins n°1	Infection associée aux soins n°2	Infection associée aux soins n°3
Site(s) infectieux :			
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :	☐ Certaine ☐ Possible	☐ Certaine ☐ Possible	☐ Certaine ☐ Possible
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)			

	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Micro-organisme(s) :									
Sensibilité MO (ATB - SIR) : *Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner*									

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

Santé publique France — RéPiAS — ecdc

Identification du résident

Date de l'enquête : 22/05/2024 ID résident : (Donné par l'application) SOULIÉ Odile

Caractéristiques du résident *(à compléter pour tous les résidents)*

Année de naissance : 1935 Sexe : ☒ Féminin ☐ Masculin

Code de l'unité de vie : 1 Accueil en unité adaptée : ☒ Non ☐ Oui-USA ☐ Oui-UGD ☐ Oui-UHR

Hospitalisation : (dans les 3 mois) ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu Intervention chirurgicale : (dans les 30 jours) ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Présence d'escarre : ☒ Non ☐ Oui *Si oui*, préciser le grade : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Désorientation : ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Mobilité : ☐ Ambulant ☒ En fauteuil roulant ☐ Alité ☐ Inconnu

Incontinence : ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Dispositif(s) invasif(s) ☒ Non ☐ Oui

Sonde urinaire : ☐ Non ☐ Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) : ☐ Non ☐ Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :

☐ Veineux périphérique ☐ Midline ☐ Sou

Traitement(s) anti-infectieux ☐ Non ☒ O

	Anti-infectieux
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :	J01CA04
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :	O
Durée prévue du traitement (en jours) :	7
Contexte de prescription (Curatif, Prophy.) :	Curatif
Diagnostic associé au traitement :	URI
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)	NON
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	EMS

Infection(s) associée(s) aux soins ☐ Non

	Infection associée aux soin		
Site(s) infectieux :	URI1 → p.43, p.56 et **57**		
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :	☐ Certaine ☐ Possible	☐ Certaine ☐ Possible	☐ Certaine ☐ Possible

CONFIRMATION DE L'INFECTION

☒ Signes/symptômes ET ECBU positif : *INFECTION URINAIRE CONFIRMÉE (URI1)*

☐ Signes/symptômes ET ECBU non réalisé, négatif ou résultats inconnus : *INFECTION URINAIRE PROBABLE (URI2)*

résistances sont à renseigner

Localisation	Code	Libellé
Infections urinaires	URI1	**Infection urinaire confirmée** microbiologiquement (ECBU positif)
	URI2	**Infection urinaire probable** sans confirmation microbiologique (ECBU non fait, non retrouvé ou négatif)
Infections gastro-intestinales	GAST	**Gastro-entérite**
	CLOD	**Infection à *Clostridioides difficile***
Infections respiratoires	PNE1	**Pneumonie confirmée** (par examen radiologique)
	PNE2	**Pneumonie probable** (par diagnostic clinique)
	RESP	**Infection respiratoire basse** hors pneumonie (trachéo-bronchite, bronchite, exacerbation bronchite chronique)
	GRI1	**Grippe confirmée** (par diagnostic viral ou lien épidémiologique)
	GRI2	**Grippe probable** (syndrome grippal)
	COVA	**Covid-19 asymptomatique**
	COVL	**Covid-19 symptômes légers à modérés**
	COVS	**Covid-19 symptômes sévères**
Infections ORL	ANGI	**Angine à streptocoque du groupe A**
	ORAL	**Infection buccale / candidose buccale**
Infections cutanées	IPTM	**Infection de la peau et des tissus mous / cellulite**
	HERP	**Herpès simplex ou zona**
	FONG	**Infection fongique**
	IESC	**Infection d'escarre / plaie chronique**
	GAL1	**Gale confirmée** (par dermatologue et/ou diagnostic parasitologique)
	GAL2	**Gale probable**
	ICAT	**Infection liée à un cathéter**
Bactériémie	BACT	**Bactériémie confirmée** microbiologiquement
Fièvre inexpliquée	FIEV	**Épisode fébrile inexpliqué**

p.43

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

Santé publique France — RéPiAS — ecdc

Identification du résident

Date de l'enquête : 22/05/2024 ID résident : (Donné par l'application) SOULIÉ Odile

Caractéristiques du résident *(à compléter pour tous les résidents)*

Année de naissance : 1935 Sexe : ☒ Féminin ☐ Masculin

Code de l'unité de vie : 1 Accueil en unité adaptée : ☒ Non ☐ Oui-USA ☐ Oui-UGD ☐ Oui-UHR

Hospitalisation : (dans les 3 mois) ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu Intervention chirurgicale : (dans les 30 jours) ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Présence d'escarre : ☒ Non ☐ Oui *Si oui*, préciser le grade : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Désorientation : ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Mobilité : ☐ Ambulant ☒ En fauteuil roulant ☐ Alité ☐ Inconnu

Incontinence : ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Dispositif(s) invasif(s) ☒ Non ☐ Oui

Sonde urinaire : ☐ Non ☐ Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) : ☐ Non ☐ Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :

☐ Veineux périphérique ☐ Midline ☐ Sous-cutané ☐ Veineux central ☐ PICC ☐ Chambre implantable

Traitement(s) anti-infectieux ☐ Non ☒ Oui → p.36

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :	J01CA04 ou amoxicilline → p.51			
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :	O → p.38			
Durée prévue du traitement (en jours) :	7 → p.38			
Contexte de prescription (Curatif, Prophy.) :	Curatif → p.38			
Diagnostic associé au traitement :	URI → p.39			
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)	NON → p.40			
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	EMS → p.40			

Infection(s) associée(s) aux soins ☐ Non ☒ Oui → p.41

	Infection associée aux soins n°1	Infection associée aux soins n°2	Infection associée aux soins n°3
Site(s) infectieux :	URI1 → p.43, p.56 et 57		
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :	☐ Certaine ☐ Possible	☐ Certaine ☐ Possible	☐ Certaine ☐ Possible
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)			

	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Micro-organisme(s) :	ESCCOL (*Escherichia coli*)								
Sensibilité MO (ATB - SIR) *Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner*									

p.66

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

Santé publique France — RéPiAS — ecdc

Identification du résident

Date de l'enquête : 22/05/2024 ID résident : (Donné par l'application) SOULIÉ Odile

Caractéristiques du résident *(à compléter pour tous les résidents)*

Année de naissance : 1935 Sexe : ☒ Féminin ☐ Masculin

Code de l'unité de vie : 1 Accueil en unité adaptée : ☒ Non ☐ Oui-USA ☐ Oui-UGD ☐ Oui-UHR

Hospitalisation : (dans les 3 mois) ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu Intervention chirurgicale : (dans les 30 jours) ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Présence d'escarre : ☒ Non ☐ Oui *Si oui*, préciser le grade : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Désorientation : ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Mobilité : ☐ Ambulant ☒ En fauteuil roulant ☐ Alité ☐ Inconnu

Incontinence : ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Micro-organisme	Antibiotique testé	Résistance			
Staphylococcus aureus	Oxacilline (OXA) [1]	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant	INC - Inconnue
	Glycopeptides (GLY) [2]	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant	INC - Inconnue
Enterococcus faecium *Enterococcus faecalis*	Glycopeptides (GLY) [2]	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant [8]	INC - Inconnue
Entérobactéries [7]	Céphalosporines de troisième génération (C3G) [3]	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant	INC - Inconnue
	Production de ß-lactamase à spectre étendu (BLSE) [4]	Non BLSE	BLSE		INC – Inconnue
	Carbapénèmes (CAR) [5]	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant [8]	INC - Inconnue
	Production de carbapénémase (EPC) [6]	Non	Oui		INC – Inconnue
Acinetobacter spp. *Pseudomonas* spp.	Ceftazidime (CAZ)	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant	INC - Inconnue
	Carbapénèmes (CAR)	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant	INC

p. 46

Site(s) infectieux : URI1 → p.43, p.56 et 57

Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement : ☐ Certaine ☐ Possible ☐ Certaine ☐ Possible ☐ Certaine ☐ Possible

Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)

	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2
Micro-organisme(s) :	ESCCOL (*Escherichia coli*)				
Sensibilité MO (ATB - SIR) *Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner*					

p.6

Céphalosporines de troisième génération (C3G) [3]	S - Sensible
Production de ß-lactamase à spectre étendu (BLSE) [4]	Non BLSE
Carbapénèmes (CAR) [5]	S - Sensible
Production de carbapénémase (EPC) [6]	Non

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

Santé publique France — RéPiAS — ecdc

Identification du résident

Date de l'enquête : 22/05/2024 ID résident : (Donné par l'application) SOULIÉ Odile

Caractéristiques du résident *(à compléter pour tous les résidents)*

Année de naissance : 1935 Sexe : ☒ Féminin ☐ Masculin

Code de l'unité de vie : 1 Accueil en unité adaptée : ☒ Non ☐ Oui-USA ☐ Oui-UGD ☐ Oui-UHR

Hospitalisation : (dans les 3 mois) ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu Intervention chirurgicale : (dans les 30 jours) ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Présence d'escarre : ☒ Non ☐ Oui *Si oui*, préciser le grade : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Désorientation : ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Mobilité : ☐ Ambulant ☒ En fauteuil roulant ☐ Alité ☐ Inconnu

Incontinence : ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Dispositif(s) invasif(s) ☒ Non ☐ Oui

Sonde urinaire : ☐ Non ☐ Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) : ☐ Non ☐ Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :
☐ Veineux périphérique ☐ Midline ☐ Sous-cutané ☐ Veineux central ☐ PICC ☐ Chambre implantable

Traitement(s) anti-infectieux ☐ Non ☒ Oui → p.36

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :	J01CA04 ou amoxicilline → p.51			
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :	O → p.38			
Durée prévue du traitement (en jours) :	7 → p.38			
Contexte de prescription (Curatif, Prophy.) :	Curatif → p.38			
Diagnostic associé au traitement :	URI → p.39			
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)	NON → p.40			
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	EMS → p.40			

Infection(s) associée(s) aux soins ☐ Non ☒ Oui → p.41

	Infection associée aux soins n°1	Infection associée aux soins n°2	Infection associée aux soins n°3
Site(s) infectieux :	URI1 → p.43, p.56 et 57		
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :	☐ Certaine ☐ Possible	☐ Certaine ☐ Possible	☐ Certaine ☐ Possible
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)			

	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Micro-organisme(s) :	**ESCCOL** (*Escherichia coli*) → p.66								
Sensibilité MO (ATB - SIR) : *Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner*	S Non BLSE S Non			→ p.46 et 67					

CAS CLINIQUE N° 2

Date enquête : 22/05/2024 après-midi

Mme Anne DUCROS, 90 ans, est hébergée à temps plein à l'EHPAD du Laurier-Thym depuis 2022. Elle est incontinente et dépendante pour la toilette. Elle n'a pas de sonde urinaire ni de cathéter vasculaire ni d'escarre et ni de plaie. Elle est orientée et se déplace en fauteuil.

- Le 17 mai, lors de la réalisation de la toilette, l'aide soignante constate lors de l'ablation du change que les urines sont malodorantes. Après avis pris de l'IDE, une bandelette urinaire (BU) est réalisée. La BU revient positive aux leucocytes ++. L'IDE prévient le médecin traitant qui prescrit un Examen Cytobactériologique des Urines (ECBU)

- Le 22 mai, lors du passage de l'enquêteur, les résultats de l'ECBU n'ont pas encore été transmis au médecin traitant.

- Le lendemain de l'enquête, l'enquêteur est appelé par l'IDE car elle vient de recevoir les résultats de l'ECBU qui montrent la présence d'un *Escherichia coli* à un taux de 10^3 UFC/ml présentant une résistance aux *Bêtalactamines* (BLSE) associée à un taux de leucocytes à 10^4 /ml.

- La résidente ne présente aucun signe clinique en faveur d'un épisode infectieux ni de signes de désorientation ou de plaintes inhabituelles depuis le 17 mai.

CAS CLINIQUE N° 2

QUESTIONS À SE POSER

LA RÉSIDENTE A-T-ELLE ÉTÉ INFORMÉE DE CETTE ENQUÊTE ?

- Oui, l'EHPAD a informé les résidents et leur famille de la réalisation de l'enquête en précisant que sauf avis contraire de leur part, le résident serait inclus dans l'enquête. Le résident n'a pas exercé son droit d'opposition à la transmission de ses données

LA RÉSIDENTE EST-ELLE ÉLIGIBLE À L'ENQUÊTE ?

- OUI : je renseigne les parties « Identification du résident » et « Caractéristiques du résident »

LA RESIDENTE A-T-ELLE UN DISPOSITIF INVASIF ?

- Pas de de sonde urinaire
- Pas de cathéters vasculaires

- NON : je coche juste la case NON en face de « Dispositif(s) invasif(s) » et passe à la partie suivante « Traitement(s) anti-infectieux »

LA RESIDENTE A-T-ELLE UN TRAITEMENT ANTI-INFECTIEUX ?

- NON : je coche la case NON en face de « Traitement(s) anti-infectieux » et je passe à la partie « Infection associée aux soins »

LA RESIDENTE A-T-ELLE UNE INFECTION ASSOCIEE AUX SOINS ?

- Absence de signes cliniques le jour de l'enquête MALGRE une BU et un ECBU positifs
- Je vérifie les critères retenus pour l'infection urinaire

- NON : je coche NON en face de « Infection(s) associée(s) aux soins » **et la fiche est complète et validée** ☺

CAS CLINIQUE N° 2

Santé publique France

INFECTIONS URINAIRES

❒ Résident **sans** cathéter urinaire

↓

SIGNES/SYMPTÔMES

*AU MOINS **UN** DES CRITÈRES SUIVANTS (1, 2 ou 3) :*

❒ 1. Dysurie OU douleur aiguë, gonflement ou sensibilité des testicules, de l'épididyme ou de la prostate

❒ 2. Fièvre* OU leucocytose**
ET au moins **un** des signes de localisation urinaires suivants :
- ☐ Douleur/sensibilité aiguë à l'angle costo-vertébral
- ☐ Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne
- ☐ Hématurie macroscopique
- ☐ Aggravation/apparition d'une incontinence
- ☐ Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle
- ☐ Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle

❒ 3. Absence de fièvre* et de leucocytose**
ET au moins **deux** des signes de localisation urinaires suivants :
- ☐ Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne
- ☐ Hématurie macroscopique
- ☐ Aggravation/apparition d'une incontinence
- ☐ Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle
- ☐ Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle

↓

EXAMEN CYTOBACTÉRIOLOGIQUE DES URINES (ECBU)

❒ Non réalisé, négatif ou résultats inconnus

OU

❒ ECBU réalisé **ET** :
- ☐ Au moins 10^5 UFC/ml d'un maximum de 2 espèces de micro-organismes dans un échantillon d'urine mictionnelle
  OU
- ☐ Au moins 10^2 UFC/ml d'un nombre quelconque d'organismes dans un échantillon prélevé par sondage

↓ ↓

CONFIRMATION DE L'INFECTION

❒ Signes/symptômes **ET** ECBU positif : *INFECTION URINAIRE CONFIRMÉE (URI1)*

❒ Signes/symptômes **ET** ECBU non réalisé, négatif ou résultats inconnus : *INFECTION URINAIRE PROBABLE (URI2)*

p. 57

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

Santé publique France — RéPiAS — ecdc

Identification du résident

Date de l'enquête : 22/05/2024 ID résident : [ ] *Donné par l'application* N DUCROS Anne

Caractéristiques du résident *(à compléter pour tous les résidents)*

Année de naissance : 1934 Sexe : ☒ Féminin ☐ Masculin

Code de l'unité de vie : 1 Accueil en unité adaptée : ☒ Non ☐ Oui-USA ☐ Oui-UGD ☐ Oui-UHR

Hospitalisation : (dans les 3 mois) ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu Intervention chirurgicale : (dans les 30 jours) ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Présence d'escarre : ☒ Non ☐ Oui *Si oui*, préciser le grade : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Désorientation : ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Mobilité : ☐ Ambulant ☒ En fauteuil roulant ☐ Alité ☐ Inconnu

Incontinence : ☐ Non ☒ Oui ☐ Inconnu

Dispositif(s) invasif(s) ☒ Non ☐ Oui

Sonde urinaire : ☐ Non ☐ Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) : ☐ Non ☐ Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :

☐ Veineux périphérique ☐ Midline ☐ Sous-cutané ☐ Veineux central ☐ PICC ☐ Chambre implantable

Traitement(s) anti-infectieux ☒ Non ☐ Oui

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :				
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :				
Durée prévue du traitement (en jours) :				
Contexte de prescription (Curatif, Prophyl.) :				
Diagnostic associé au traitement :				
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)				
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :				

Infection(s) associée(s) aux soins ☒ Non ☐ Oui

	Infection associée aux soins n°1	Infection associée aux soins n°2	Infection associée aux soins n°3
Site(s) infectieux :			
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :	☐ Certaine ☐ Possible	☐ Certaine ☐ Possible	☐ Certaine ☐ Possible
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)			

	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Micro-organisme(s) :									
Sensibilité MO (ATB - SIR) : *Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner*									

la fiche est complète et validée ☺

CAS CLINIQUE N° 4

Date enquête : 22/05/2024 matin

M. Claude JEAN, âgé de 84 ans, vit à l'EHPAD des Roses depuis 1 mois après une hospitalisation de 15 jours en SSR. Il est dénutri et présente des difficultés de déglutition depuis son admission à l'UHR. Il est dépendant pour la prise des repas, souvent désorienté et déambulant. Il est incontinent et porte un étui pénien.

- Le 12 mai, il a présenté une hyperthermie (Température : 38,5 °C) associée à l'apparition d'une toux et des expectorations purulentes. Devant la présence d'une désaturation (SaO2 à 80%), M. Jean a été adressé au service des urgences du Centre hospitalier du territoire de santé.
- Du 12 mai au 20 mai, il est hospitalisé en court séjour gériatrie.
- Le 20 mai, il revient en EHPAD avec un traitement par Ceftriaxone 1g par jour en IM pour une durée restante de 48h00.
- Lors du passage de l'enquêteur, le résident est à J5 du traitement par antibiotique (la dernière prise étant prévue le soir même)
- Il présente une évolution favorable (T° ≤ 37,8 °C, FC≤ 100/min, SaO2 ≥ 90%).
- L'enquêteur demande au médecin coordonnateur de récupérer auprès du Centre Hospitalier les résultats des examens de laboratoire et le compte-rendu d'hospitalisation. Ces éléments confirment la présence d'une pneumonie. L'ECBC réalisé aux urgences a permis d'identifier un *Escherichia coli* sensible ≥ 10^7 UFC/ml associé à des polynucléaires neutrophiles (> 25/champ). Dans le compte-rendu est indiqué une réévaluation clinique de l'efficacité de l'ATB le 19/05/2024.

CAS CLINIQUE N° 4

QUESTIONS À SE POSER

LE RÉSIDENT EST-IL INFORMÉ ET ELIGIBLE ?

- OUI : je renseigne les parties « Identification du résident » et « Caractéristiques du résident »

LE RESIDENT A-T-IL UN DISPOSITIF INVASIF ?

- Pas de de sonde urinaire
- Pas de cathéters vasculaires
- L'étui pénien n'est pas un dispositif invasif

- NON : je coche juste la case NON en face de « Dispositif(s) invasif(s) » et passe à la partie suivante « Traitement(s) anti-infectieux »

LE RESIDENT A-T-IL UN TRAITEMENT ANTI-INFECTIEUX ?

- Ceftriaxone depuis 5j (dernière injection le jour de l'enquête)
- Classe d'anti-infectieux ciblée par l'enquête

- OUI : je coche OUI en face de « Traitement(s) anti-infectieux » et je renseigne la partie dédiée

LE RESIDENT A-T-IL UNE INFECTION ASSOCIEE AUX SOINS ?

- Absence de signes cliniques le jour de l'ENP MAIS traitement général de l'infection toujours en cours

- OUI : je coche OUI en face de « Infection(s) associée(s) aux soins » » et je renseigne la partie dédiée

CAS CLINIQUE N° 4

Santé publique France

PNEUMONIE

SIGNES/SYMPTÔMES

LES DEUX CRITÈRES SUIVANTS DOIVENT ÊTRE REMPLIS :

❒ 1. Au moins **un** des signes ou symptômes respiratoires suivants :
- ☐ Apparition/aggravation récente d'une toux
- ☐ Apparition/aggravation récente d'expectorations purulentes
- ☐ Saturation en O_2 < 94 % ou réduite de > 3 % par rapport à l'inclusion
- ☐ Examen pulmonaire anormal (nouveau ou modifié)
- ☐ Douleur thoracique pleurétique
- ☐ Fréquence respiratoire ≥ 25 respirations/min

ET

❒ 2. Au moins **un** des signes/symptômes constitutionnels :
- ☐ Fièvre *
- ☐ Leucocytose **
- ☐ Altération brutale de l'état mental §
- ☐ Perte brutale d'autonomie §§

Absence d'autres pathologies, telles qu'une insuffisance cardiaque chronique, pouvant expliquer les symptômes

↓

❒ Résident **avec** une radiographie thoracique POSITIVE pour une pneumonie ou un nouvel infiltrat

OU

❒ Diagnostic de l'infection fait par le clinicien

↓

CONFIRMATION DE L'INFECTION

❒ Critères des signes/symptômes remplis **ET radiographie thoracique positive :**
PNEUMONIE CONFIRMÉE (PNE1)

❒ Critères des signes/symptômes remplis **ET diagnostic fait par le clinicien :**
PNEUMONIE PROBABLE (PNE2)

PNEUMOPATHIE D'INHALATION

Les **troubles de la déglutition conduisant à des pneumopathies d'inhalation** sont codées comme **pneumonies probables (PNE2)**.

p. 59

CAS CLINIQUE N° 4

Santé publique France

PNEUMONIE

SIGNES/SYMPTÔMES

LES DEUX CRITÈRES SUIVANTS DOIVENT ÊTRE REMPLIS :

- [x] 1. Au moins un des signes ou symptômes respiratoires suivants :
  - [x] Apparition/aggravation récente d'une toux
  - [x] Apparition/aggravation récente d'expectorations purulentes
  - [x] Saturation en O_2 < 94 % ou réduite de > 3 % par rapport à l'inclusion
  - [ ] Examen pulmonaire anormal (nouveau ou modifié)
  - [ ] Douleur thoracique pleurétique
  - [ ] Fréquence respiratoire ≥ 25 respirations/min

ET

- [x] 2. Au moins un des signes/symptômes constitutionnels :
  - [x] Fièvre *
  - [ ] Leucocytose **
  - [ ] Altération brutale de l'état mental §
  - [ ] Perte brutale d'autonomie §§

Absence d'autres pathologies, telles qu'une insuffisance cardiaque chronique, pouvant expliquer les symptômes

- [ ] Résident avec une radiographie thoracique POSITIVE pour une pneumonie ou un nouvel infiltrat

OU

- [x] Diagnostic de l'infection fait par le clinicien

CONFIRMATION DE L'INFECTION

- [ ] Critères des signes/symptômes remplis **ET radiographie thoracique positive :**
  PNEUMONIE CONFIRMÉE (PNE1)
- [x] Critères des signes/symptômes remplis **ET diagnostic fait par le clinicien :**
  PNEUMONIE PROBABLE (PNE2)

PNEUMOPATHIE D'INHALATION

Les **troubles de la déglutition conduisant à des pneumopathies d'inhalation** sont codées comme **pneumonies probables (PNE2)**.

p. 59

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

Santé publique France — RéPiAS — ecdc

Identification du résident

Date de l'enquête : 22/05/2024 ID résident : [ ] *Donné par l'application* JEAN Claude

Caractéristiques du résident *(à compléter pour tous les résidents)*

Année de naissance : 1940 Sexe : ☐ Féminin ☒ Masculin

Code de l'unité de vie : [ ] Accueil en unité adaptée : ☐ Non ☐ Oui-USA ☐ Oui-UGD ☒ Oui-UHR

Hospitalisation : (dans les 3 mois) ☐ Non ☒ Oui ☐ Inconnu Intervention chirurgicale : (dans les 30 jours) ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Présence d'escarre : ☒ Non ☐ Oui *Si oui*, préciser le grade : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Désorientation : ☐ Non ☒ Oui ☐ Inconnu

Mobilité : ☒ Ambulant ☐ En fauteuil roulant ☐ Alité ☐ Inconnu

Incontinence : ☐ Non ☒ Oui ☐ Inconnu

Dispositif(s) invasif(s) ☒ Non ☐ Oui

Sonde urinaire : ☐ Non ☐ Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) : ☐ Non ☐ Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :

☐ Veineux périphérique ☐ Midline ☐ Sous-cutané

Traitement(s) anti-infectieux ☐ Non ☒ Oui

	Anti-infectieux n°1	A		
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial)	J01DD04 ou CEFTRIA			
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :	IM			
Durée prévue du traitement (en jours) :	5 jours			
Contexte de prescription (Curatif, Proph.) :	Curatif			
Diagnostic associé au traitement :	PNE			
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)	OUI p.40			
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	ES			

Code	Diagnostics associés aux traitements anti-infectieux
URI	Infection urinaire basse (cystites, etc.)
PYE	Infection urinaire haute (pyélonéphrites aigues, abcès rénaux)
BAC	Bactériémie confirmée microbiologiquement (avec hémocultures positives)
BRO	Bronchite aiguë ou exacerbation de bronchite chronique
PNE	Pneumonie
DIG	Infection digestive : gastro-intestinale (salmonellose, diarrhée associée aux antibiotiques) ou intra abdominale (péritonite, infection hépatobiliaire)
FEB	Fièvre inexpliquée, neutropénie fébrile non cliniquement ou microbiologiquement documenté ou autre forme de manifestation de l'infection chez un immunodéprimé (par exemple, chimiothérapie) sans localisation identifiée
GEN	Infection génitale (infection gynécologique, prostatites, orchite, épididymite, infection sexuellement transmissible)
OPH	Infection oculaire (endophtalmie)
ORL	Infection de l'oreille, de la bouche, du nez, de la gorge ou du larynx (ORL)
OST	infection ostéo-articulaire (arthrite septique y compris prothèse articulaire, ostéomyélite, ostéite)
PTM	infection de la peau et des tissus mous (cellulite, infection de plaies et d'escarre, infection des tissus mous profonds sans atteinte osseuse)
SNC	Infection du système nerveux central
SYS	Infection systémique
INC	Diagnostic inconnu

p. 39

Infection(s) associée(s) aux soins ☐ Non ☒ Oui

	Infection associée aux soins n°1	Infection associée aux soins n°2	Infection associée aux soins n°3
Site(s) infectieux :			
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :	☐ Certaine ☐ Possible	☐ Certaine ☐ Possible	☐ Certaine ☐ Possible
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)			

	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Micro-organisme(s) :									
Sensibilité MO (ATB - SIR) : *Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner*									

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

Santé publique France — RéPiAS — ecdc

Identification du résident

Date de l'enquête : 22/05/2024 ID résident : [ ] *Donné par l'application* JEAN Claude

Caractéristiques du résident *(à compléter pour tous les résidents)*

Année de naissance : 1940 Sexe : ☐ Féminin ☒ Masculin

Code de l'unité de vie : [ ] Accueil en unité adaptée : ☐ Non ☐ Oui-USA ☐ Oui-UGD ☒ Oui-UHR

Hospitalisation : (dans les 3 mois) ☐ Non ☒ Oui ☐ Inconnu Intervention chirurgicale : (dans les 30 jours) ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Présence d'escarre : ☒ Non ☐ Oui *Si oui*, préciser le grade : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Désorientation : ☐ Non ☒ Oui ☐ Inconnu

Mobilité : ☒ Ambulant ☐ En fauteuil roulant ☐ Alité ☐ Inconnu

Incontinence : ☐ Non ☒ Oui ☐ Inconnu

Dispositif(s) invasif(s) ☒ Non ☐ Oui

Sonde urinaire : ☐ Non ☐ Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) : ☐ Non ☐ Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :

☐ Veineux périphérique ☐ Midline ☐ Sous-cutané ☐ Veineux central ☐ PICC ☐ Chambre implantable

Traitement(s) anti-infectieux ☐ Non ☒ Oui

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial)	J01DD04 ou CEFTRIAXONE p.51			
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :	IM			
Durée prévue du traitement (en jours) :	5 jours			
Contexte de prescription (Curatif, Prophy.) :	Curatif			
Diagnostic associé au traitement :	PNE			
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)	OUI p.40			
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	ES			

Infection(s) associée(s) aux soins ☐ Non ☒ Oui

	Infection associée aux soins n°1	Infec
Site(s) infectieux :	PNE2 : PN probable	
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :	☐ Certaine ☐ Possible	☐
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)		

	MO1	MO2	MO3	M
Micro-organisme(s) :				
Sensibilité MO (ATB - SIR) : *Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner*				

Localisation	Code	Libellé
Infections urinaires	URI1	**Infection urinaire confirmée** microbiologiquement (ECBU positif)
	URI2	**Infection urinaire probable** sans confirmation microbiologique (ECBU non fait, non retrouvé ou négatif)
Infections gastro-intestinales	GAST	**Gastro-entérite**
	CLOD	**Infection à *Clostridioides difficile***
Infections respiratoires	PNE1	**Pneumonie confirmée** (par examen radiologique)
	PNE2	**Pneumonie probable** (par diagnostic clinique)
	RESP	**Infection respiratoire basse** hors pneumonie (trachéo-bronchite, bronchite, exacerbation bronchite chronique)
	GRI1	**Grippe confirmée** (par diagnostic viral ou lien épidémiologique)
	GRI2	**Grippe probable** (syndrome grippal)
	COVA	**Covid-19 asymptomatique**
	COVL	**Covid-19 symptômes légers à modérés**
	COVS	**Covid-19 symptômes sévères**
Infections ORL	ANGI	**Angine à streptocoque du groupe A**
	ORAL	**Infection buccale / candidose buccale**
Infections cutanées	IPTM	**Infection de la peau et des tissus mous / cellulite**
	HERP	**Herpès simplex ou zona**
	FONG	**Infection fongique**
	IESC	**Infection d'escarre / plaie chronique**
	GAL1	**Gale confirmée** (par dermatologue et/ou diagnostic parasitologique)
	GAL2	**Gale probable**
	ICAT	**Infection liée à un cathéter**
Bactériémie	BACT	**Bactériémie confirmée** microbiologiquement
Fièvre inexpliquée	FIEV	**Épisode fébrile inexpliqué**

p. 43

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

Santé publique France — RéPiAS — ecdc

Identification du résident

Date de l'enquête : 22/05/2024 ID résident : [ ] *Donné par l'application* JEAN Claude

Caractéristiques du résident *(à compléter pour tous les résidents)*

Année de naissance : 1940 Sexe : ☐ Féminin ☒ Masculin

Code de l'unité de vie : [ ] Accueil en unité adaptée : ☐ Non ☐ Oui-USA ☐ Oui-UGD ☒ Oui-UHR

Hospitalisation : (dans les 3 mois) ☐ Non ☒ Oui ☐ Inconnu Intervention chirurgicale : (dans les 30 jours) ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Présence d'escarre : ☒ Non ☐ Oui *Si oui*, préciser le grade : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Désorientation : ☐ Non ☒ Oui ☐ Inconnu

Mobilité : ☒ Ambulant ☐ En fauteuil roulant ☐ Alité ☐ Inconnu

Incontinence : ☐ Non ☒ Oui ☐ Inconnu

Dispositif(s) invasif(s) ☒ Non ☐ Oui

Sonde urinaire : ☐ Non ☐ Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) : ☐ Non ☐ Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :
☐ Veineux périphérique ☐ Midline ☐ Sous-cutané ☐ Veineux central ☐ PICC ☐ Chambre implantable

Traitement(s) anti-infectieux ☐ Non ☒ Oui

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial)	J01DD04 ou CEFTRIAXONE p.51			
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :	IM			
Durée prévue du traitement (en jours) :	5 jours			
Contexte de prescription (Curatif, Prophy.) :	Curatif			
Diagnostic associé au traitement :	PNE			
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)	OUI p.40			
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	ES			

Infection(s) associée(s) aux soins ☐ Non ☒ Oui

Infection associée

Site(s) infectieux : PNE2 : PI

Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement : ☐ Certaine ☐ P

Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)

MO1 MO

Micro-organisme(s) : ESCCOL (E

Sensibilité MO (ATB - SIR) :
Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner

Entérobactéries [7]	Céphalosporines de troisième génération (C3G) [3]	S - Sensible
	Production de ß-lactamase à spectre étendu (BLSE) [4]	Non BLSE
	Carbapénèmes (CAR) [5]	S - Sensible
	Production de carbapénémase (EPC) [6]	Non

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

Santé publique France — RéPiAS — ecdc

Identification du résident

Date de l'enquête : 22/05/2024 ID résident : [ ] *Donné par l'application* JEAN Claude

Caractéristiques du résident *(à compléter pour tous les résidents)*

Année de naissance : 1940 Sexe : ☐ Féminin ☒ Masculin

Code de l'unité de vie : [ ] Accueil en unité adaptée : ☐ Non ☐ Oui-USA ☐ Oui-UGD ☒ Oui-UHR

Hospitalisation : (dans les 3 mois) ☐ Non ☒ Oui ☐ Inconnu Intervention chirurgicale : (dans les 30 jours) ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Présence d'escarre : ☒ Non ☐ Oui *Si oui*, préciser le grade : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Désorientation : ☐ Non ☒ Oui ☐ Inconnu

Mobilité : ☒ Ambulant ☐ En fauteuil roulant ☐ Alité ☐ Inconnu

Incontinence : ☐ Non ☒ Oui ☐ Inconnu

Dispositif(s) invasif(s) ☒ Non ☐ Oui

Sonde urinaire : ☐ Non ☐ Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) : ☐ Non ☐ Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :
☐ Veineux périphérique ☐ Midline ☐ Sous-cutané ☐ Veineux central ☐ PICC ☐ Chambre implantable

Traitement(s) anti-infectieux ☐ Non ☒ Oui

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial)	J01DD04 ou CEFTRIAXONE p.51			
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :	IM			
Durée prévue du traitement (en jours) :	5 jours			
Contexte de prescription (Curatif, Prophy.) :	Curatif			
Diagnostic associé au traitement :	PNE			
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)	OUI p.40			
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	ES			

Infection(s) associée(s) aux soins ☐ Non ☒ Oui

	Infection associée	
Site(s) infectieux :	PNE2 : PN	
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :	☐ Certaine ☐ P	
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)		
	MO1	MO2
Micro-organisme(s) :	ESCCOL (E	
Sensibilité MO (ATB - SIR) : *Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner*	S Non BLSE S Non	

Entérobactéries [7]	Céphalosporines de troisième génération (C3G) [3]	S - Sensible
	Production de ß-lactamase à spectre étendu (BLSE) [4]	Non BLSE
	Carbapénèmes (CAR) [5]	S - Sensible
	Production de carbapénémase (EPC) [6]	Non

CAS CLINIQUE N° 5

Date enquête : 30/05/2024 matin

Madame Aline PONS est résidente de l'EHPAD du Pilat depuis 2 ans et âgée de 85 ans. Elle est suivie par l'Oncopole pour un cancer colorectal.

Elle est autonome pour ses déplacements, ne présente pas d'escarre et elle est orientée et continente. Elle a bénéficié, il y a 5 ans de la pose d'une chambre à cathéter implanté.

- Le 27 mai, Elle a été hospitalisée en ambulatoire pour bilan dans le cadre du suivi de son cancer.
- 24 h après son retour d'hospitalisation (28/05), elle a présenté un état grippal avec céphalées, maux de gorge et myalgies. Un test de diagnostic rapide (TROD) a été réalisé et confirme la présence d'un SARS-CoV-2.
- Le jour de l'enquête, l'enquêteur demande à l'IDE de mesurer la saturation en O2 (SaO2 = 95 %).
- Par ailleurs, lors de son hospitalisation, en ambulatoire, l'oncologue a prescrit de l'aciclovir en pommade en raison d'un herpès labial évoluant depuis quelques jours (durée de traitement 7 jours).

CAS CLINIQUE N° 5

Santé publique France

QUESTIONS À SE POSER

LA RÉSIDENTE EST-ELLE INFORMÉE ET ELIGIBLE ?

- OUI : je renseigne les parties « Identification du résident » et « Caractéristiques du résident »

LA RESIDENTE A-T-ELLE UN DISPOSITIF INVASIF ?

Cathéter à chambre implantable

- OUI : je coche juste la case OUI en face de « Dispositif(s) invasif(s) » et je précise le type

LA RESIDENTE A-T-ELLE UN TRAITEMENT ANTI-INFECTIEUX ?

Les traitements antiinfectieux **locaux** ne sont **pas ciblés** dans l'ENP

- NON : je coche la case NON en face de « Traitement(s) anti-infectieux » et je passe à la partie « Infection associée aux soins »

LA RESIDENTE A-T-ELLE UNE INFECTION ASSOCIEE AUX SOINS ?

2 IAS à documenter :

- **COVID-19** : Début des signes cliniques 24 h après son hospitalisation en ambulatoire, durée d'incubation moyen pour la COVID-19 (5 jours). Donc exposition en EHPAD et non en ambulatoire. Je vérifie les critères retenus pour les infections COVID-19
- **Herpès labial**

- OUI : je coche OUI en face de « Infection(s) associée(s) aux soins » et je renseigne la partie dédiée

CAS CLINIQUE N° 5

Santé publique France

COVID-19

- ❒ Le résident dispose d'une analyse biologique confirmant la COVID-19 (ciblage de l'ARN viral ou détection antigénique à partir d'un écouvillon oropharyngé ou nasal ou de tout autre échantillon clinique approprié), ou conformément aux définitions nationales des infections en vigueur au moment du suivi

↓

- ❒ **Asymptomatique** : aucun signe ou symptôme d'une infection ni aucune altération de l'état ne sont rapportés)
- ❒ **Légère/modérée** :
  - ☐ Tout signe ou symptôme compatible avec la COVID-19 [1]

  ET
  - ☐ Sans nécessité d'une oxygénothérapie et avec une saturation en oxygène ≥ 92 %)
- ❒ **Sévère** :
  - ☐ Signes ou symptômes compatibles avec la COVID-19 [1]

  ET
  - ☐ Nécessité d'une oxygénothérapie en raison d'un essoufflement dû à la COVID-19 et/ou taux de saturation en oxygène < 92 %)

↓

CONFIRMATION DE L'INFECTION

- ❒ Critères d'infection entièrement remplis : *COVID-19 ASYMPTOMATIQUE* (COVA)
- ❒ Critères d'infection entièrement remplis : *COVID-19 SYMPTÔMES LÉGERS À MODÉRÉS* (COVL) ET rapporter séparément le site de l'infection conformément aux définitions de cas spécifique au site
- ❒ Critères d'infection entièrement remplis : *COVID-19 SYMPTÔMES SÉVÈRES* (COVS) ET rapporter séparément le site de l'infection conformément aux définitions de cas spécifique au site

p. 60

INFECTION PAR L'HERPÈS SIMPLEX OU ZONA

*LES **DEUX** CRITÈRES SUIVANTS DOIVENT ÊTRE REMPLIS :*

- ❒ 1. Éruption cutanée vésiculaire

ET

- ❒ 2. Diagnostic du médecin ou confirmation biologique

↓

CONFIRMATION DE L'INFECTION

- ❒ Critères d'infection entièrement remplis : *INFECTION CONFIRMÉE* (HERP)

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

Santé publique France — RéPiAS — ecdc

Identification du résident

Date de l'enquête : 30/05/2024 ID résident : Donné par l'application PONS Aline

Caractéristiques du résident *(à compléter pour tous les résidents)*

Année de naissance : 1939 Sexe : ☒ Féminin ☐ Masculin

Code de l'unité de vie : Accueil en unité adaptée : ☒ Non ☐ Oui-USA ☐ Oui-UGD ☐ Oui-UHR

Hospitalisation : (dans les 3 mois) ☐ Non ☒ Oui ☐ Inconnu Intervention chirurgicale : (dans les 30 jours) ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Présence d'escarre : ☒ Non ☐ Oui *Si oui*, préciser le grade : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Désorientation : ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Mobilité : ☒ Ambulant ☐ En fauteuil roulant ☐ Alité ☐ Inconnu

Incontinence : ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Dispositif(s) invasif(s) ☐ Non ☒ Oui

Sonde urinaire : ☒ Non ☐ Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) : ☐ Non ☒ Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :
☐ Veineux périphérique ☐ Midline ☐ Sous-cutané ☐ Veineux central

Traitement(s) anti-infectieux ☒ Non ☐ Oui

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :		
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :		
Durée prévue du traitement (en jours) :		
Contexte de prescription (Curatif, Proph.) :		
Diagnostic associé au traitement :		
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)		
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :		

☐ **Asymptomatique** : aucun signe ou symptôme d'une infection ni aucune altération de l'état ne sont rapportés)

☐ **Légère/modérée** :
- ☐ Tout signe ou symptôme compatible avec la COVID-19 [1]

ET
- ☐ Sans nécessité d'une oxygénothérapie et avec une saturation en oxygène ≥ 92 %

☐ **Sévère** :
- ☐ Signes ou symptômes compatibles avec la COVID-19 [1]

ET
- ☐ Nécessité d'une oxygénothérapie en raison d'un essoufflement dû à la COVID-19 et/ou taux de saturation en oxygène < 92 %)

CONFIRMATION DE L'INFECTION

☐ Critères d'infection entièrement remplis : *COVID-19 ASYMPTOMATIQUE* (COVA)

☒ Critères d'infection entièrement remplis : *COVID-19 SYMPTÔMES LÉGERS À MODÉRÉS* (COVL)
ET rapporter séparément le site de l'infection conformément aux définitions de cas spécifique au site

☐ Critères d'infection entièrement remplis : *COVID-19 SYMPTÔMES SÉVÈRES* (COVS)
ET rapporter séparément le site de l'infection conformément aux définitions de cas spécifique au site

Infection(s) associée(s) aux soins ☐ Non ☒ Oui

	Infection associée aux soins n°1	Infection associée aux soins n°2	Infection associée aux soins n°3
Site(s) infectieux :	COVL	HERP	
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :	☐ Certaine ☐ Possible	☐ Certaine ☐ Possible	☐ Certaine ☐ Possible
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)			

	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Micro-organisme(s) :									
Sensibilité MO (ATB - SIR) :									

Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

Santé publique France — RéPiAS — ecdc

Identification du résident

Date de l'enquête : 30/05/2024 ID résident : Donné par l'application PONS Aline

Caractéristiques du résident *(à compléter pour tous les résidents)*

Année de naissance : 1939 Sexe : ☒ Féminin ☐ Masculin

Code de l'unité de vie : Accueil en unité adaptée : ☒ Non ☐ Oui-USA ☐ Oui-UGD ☐ Oui-UHR

Hospitalisation : (dans les 3 mois) ☐ Non ☒ Oui ☐ Inconnu Intervention chirurgicale : (dans les 30 jours) ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Présence d'escarre : ☒ Non ☐ Oui *Si oui*, préciser le grade : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Désorientation : ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Mobilité : ☒ Ambulant ☐ En fauteuil roulant ☐ Alité ☐ Inconnu

Incontinence : ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Dispositif(s) invasif(s) ☐ Non ☒ Oui

Sonde urinaire : ☒ Non ☐ Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) : ☐ Non ☒ Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :

☐ Veineux périphérique ☐ Midline ☐ Sous-cutané ☐ Veineux central ☐ PICC ☒ Chambre implantable

Traitement(s) anti-infectieux ☒ Non ☐ Oui

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :				
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :				
Durée prévue du traitement (en jours) :				
Contexte de prescription (Curatif, Prophy.) :				
Diagnostic associé au traitement :				
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)				
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :				

Infection(s) associée(s) aux soins ☐ Non ☒ Oui

	Infection associée aux soins n°1	Infection associée :
Site(s) infectieux :	COVL	HERP
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :	☐ Certaine ☐ Possible	☐ Certaine ☐ P
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)		
Micro-organisme(s) :	MO1 / MO2 / MO3	MO1 / MO
Sensibilité MO (ATB - SIR) : *Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner*		

INFECTION PAR L'HERPÈS SIMPLEX OU ZONA

*LES **DEUX** CRITÈRES SUIVANTS DOIVENT ÊTRE REMPLIS :*

☐ 1. Éruption cutanée vésiculaire

ET

☐ 2. Diagnostic du médecin ou confirmation biologique

CONFIRMATION DE L'INFECTION

☒ Critères d'infection entièrement remplis : *INFECTION CONFIRMÉE* (**HERP**)

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

Santé publique France — RéPiAS — ecdc

Identification du résident

Date de l'enquête : 30/05/2024 ID résident : (Donné par l'application) PONS Aline

Caractéristiques du résident *(à compléter pour tous les résidents)*

Année de naissance : 1939 Sexe : ☒ Féminin ☐ Masculin

Code de l'unité de vie : Accueil en unité adaptée : ☒ Non ☐ Oui-USA ☐ Oui-UGD ☐ Oui-UHR

Hospitalisation : (dans les 3 mois) ☐ Non ☒ Oui ☐ Inconnu Intervention chirurgicale : (dans les 30 jours) ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Présence d'escarre : ☒ Non ☐ Oui *Si oui*, préciser le grade : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Désorientation : ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Mobilité : ☒ Ambulant ☐ En fauteuil roulant ☐ Alité ☐ Inconnu

Incontinence : ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Dispositif(s) invasif(s) ☐ Non ☒ Oui

Sonde urinaire : ☒ Non ☐ Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) : ☐ Non ☒ Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :

☐ Veineux périphérique ☐ Midline ☐ Sous-cutané ☐ Veineux central ☐ PICC ☒ Chambre implantable

Traitement(s) anti-infectieux ☒ Non ☐ Oui

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :				
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :				
Durée prévue du traitement (en jours) :				
Contexte de prescription (Curatif, Proph.) :				
Diagnostic associé au traitement :				
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)				
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :				

Infection(s) associée(s) aux soins ☐ Non ☒ Oui

	Infection associée aux soins n°1	Infection associée aux soins n°2	Infection associée aux soins n°3
Site(s) infectieux :	COVL	HERP	
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :	☐ Certaine ☐ Possible	☐ Certaine ☐ Possible	☐ Certaine ☐ Possible
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)			

	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Micro-organisme(s) :	VIRCOV			VIRHSV					
Sensibilité MO (ATB - SIR) :									

Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

Santé publique France — RéPiAS — ecdc

Identification du résident

Date de l'enquête : 30/05/2024 ID résident : (Donné par l'application) PONS Aline

Caractéristiques du résident *(à compléter pour tous les résidents)*

Année de naissance : 1939 Sexe : ☒ Féminin ☐ Masculin

Code de l'unité de vie : Accueil en unité adaptée : ☒ Non ☐ Oui-USA ☐ Oui-UGD ☐ Oui-UHR

Hospitalisation : (dans les 3 mois) ☐ Non ☒ Oui ☐ Inconnu Intervention chirurgicale : (dans les 30 jours) ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Présence d'escarre : ☒ Non ☐ Oui *Si oui*, préciser le grade : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Désorientation : ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Mobilité : ☒ Ambulant ☐ En fauteuil roulant ☐ Alité ☐ Inconnu

Incontinence : ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Dispositif(s) invasif(s) ☐ Non ☒ Oui

Sonde urinaire : ☒ Non ☐ Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) : ☐ Non ☒ Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :

☐ Veineux périphérique ☐ Midline ☐ Sous-c

Traitement(s) anti-infectieux ☒ Non ☐ Oui

	Anti-infectieux n°			
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :				
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :				
Durée prévue du traitement (en jours) :				
Contexte de prescription (Curatif, Proph.) :				
Diagnostic associé au traitement :				
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)				
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :				

Code	Micro-organisme
VIRCOV	SARS-CoV-2
VIRENT	Enterovirus (polio, coxsackie, echo)
VIRHAV	Hépatite virale A
VIRHBV	Hépatite virale B
VIRHCV	Hépatite virale C
VIRHSV	Virus Herpes simplex
VIRINF	Grippe (virus influenzae)
VIRNSP	Virus non spécifié
VIRROT	Rotavirus
VIRVIH	VIH (virus de l'immunodéficience humaine)
VIRVRS	VRS (virus respiratoire syncytial)
VIRVZV	Virus de la Varicelle et du Zona
YERSPP	*Yersinia* spp.

Infection(s) associée(s) aux soins ☐ Non ☒ Oui

	Infection associée aux soins n°1	Infection associée aux soins n°2	Infection associée aux soins n°3
Site(s) infectieux :	COVL	HERP	
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :	☐ Certaine ☐ Possible	☐ Certaine ☐ Possible	☐ Certaine ☐ Possible
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)			

	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Micro-organisme(s) :	VIRCOV			VIRHSV					
Sensibilité MO (ATB - SIR) :									

Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner

CAS CLINIQUE N° 6

Date enquête : 28/06/2024 matin

Monsieur Fernand SIROT, 98 ans, est hébergé à temps plein à l'EHPAD d'Orgeat en UP depuis 1 mois. Il a été hospitalisé le mois précédent son hospitalisation pour AVC ischémique. A l'heure actuelle, il garde des séquelles de cet AVC sur le plan moteur et cognitif. Il souffre d'une insuffisance rénale légère et d'une leucémie lymphoïde chronique évoluant depuis 3 ans. Il est très asthénique, désorienté et incontinent. Il reste alité le plus souvent. Il est porteur d'une sonde urinaire et présente une escarre de grade 2 au niveau inter-fessier. Il n'a pas de de cathéter vasculaire.

- Le 27 mai : jour de l'admission de Monsieur Sirot en provenance du service de gériatrie du CH de recours. Monsieur Sirot ne présente pas de signes cliniques particuliers. Dans son dossier, un prélèvement superficiel de son escarre indique la présence d'un *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline sans traitement associé ni mention d'infection.
- Le 22 juin : Monsieur Sirot présente des signes cliniques d'infection respiratoire aiguë sans signes de gravité et le test antigénique Covid revient positif. Le médecin traitant lui prescrit du Paxlovid® pendant 5 jours.
- Le 24 juin : il est hospitalisé au CH de proximité en raison d'une dégradation sur le plan respiratoire.
- Le 28/06 : jour de l'enquête, Monsieur Sirot est toujours hospitalisé.

CAS CLINIQUE N° 6

QUESTIONS À SE POSER

LE RÉSIDENT EST-IL INFORMÉ ?

- OUI

LE RÉSIDENT EST-IL ÉLIGIBLE À L'ENQUÊTE ?

- Hébergement permanent
- Mais **absent** à 8h le matin de l'EHPAD et ce, depuis plus de 48h

- NON : je ne renseigne pas le questionnaire.
- Ce résident est exclu de l'enquête.

CAS CLINIQUE N° 7

Date enquête : 28/06/2024 matin

Monsieur Alain GIRARD, 95 ans, est hébergé à temps plein à l'EHPAD des Lilas. Il est autonome et continent. Il est traité pour une insuffisance cardiaque et une hypertension artérielle associées à une insuffisance rénale légère. Il n'a pas de sonde urinaire ni de cathéter vasculaire ni d'escarre et ni de plaie. Il a besoin d'un appui à la marche.

- L'EHPAD connait depuis trois semaines une épidémie de Covid et un dépistage de tous les résidents a été réalisé quelques jours avant l'enquête avec des tests antigéniques. Monsieur Girard n'a pas présenté de symptômes de Covid mais son test s'est révélé positif le 23 juin.
- Le 28/06 (jour de l'enquête), Monsieur Girard est présent dans l'EHPAD à 8 heures va bien et n'a pas de traitement anti-infectieux prescrit.

CAS CLINIQUE N° 7

QUESTIONS À SE POSER

LE RESIDENT EST-IL INFORMÉ ET ELIGIBLE ?

- OUI : je renseigne les parties « Identification du résident » et « Caractéristiques du résident »

LE RESIDENT A-T-IL UN DISPOSITIF INVASIF ?

- Pas de de sonde urinaire
- Pas de cathéters vasculaires

- NON : je coche juste la case NON en face de « Dispositif(s) invasif(s) » et passe à la partie suivante « Traitement(s) anti-infectieux »

LE RESIDENT A-T-IL UN TRAITEMENT ANTI-INFECTIEUX ?

- Pas de prescription d'anti-infectieux ciblés par l'enquête

- NON : je coche NON en face de « Traitement(s) anti-infectieux » et passe à la partie suivante « Infection(s) associée(s) aux soins »

LE RESIDENT A-T-IL UNE INFECTION ASSOCIEE AUX SOINS ?

- Absence de signes cliniques et test Covid positif 5 jours auparavant

- OUI : je coche OUI en face de « Infection(s) associée(s) aux soins » et je renseigne la partie dédiée.

CAS CLINIQUE N°7

Santé publique France

COVID-19

❒ Le résident dispose d'une **analyse biologique confirmant la COVID-19** (ciblage de l'ARN viral ou détection antigénique à partir d'un écouvillon oropharyngé ou nasal ou de tout autre échantillon clinique approprié), ou conformément aux définitions nationales des infections en vigueur au moment du suivi

❒ **Asymptomatique :** aucun signe ou symptôme d'une infection ni aucune altération de l'état ne sont rapportés)

❒ **Légère/modérée :**

- ☐ Tout signe ou symptôme compatible avec la COVID-19 [1]

ET

- ☐ Sans nécessité d'une oxygénothérapie et avec une saturation en oxygène ≥ 92 %)

❒ **Sévère :**

- ☐ Signes ou symptômes compatibles avec la COVID-19 [1]

ET

- ☐ Nécessité d'une oxygénothérapie en raison d'un essoufflement dû à la COVID-19 et/ou taux de saturation en oxygène < 92 %)

↓

CONFIRMATION DE L'INFECTION

❒ Critères d'infection entièrement remplis :
COVID-19 ***ASYMPTOMATIQUE*** (COVA)

❒ Critères d'infection entièrement remplis :
COVID-19 ***SYMPTÔMES LÉGERS À MODÉRÉS*** (COVL)
ET rapporter séparément le site de l'infection conformément aux définitions de cas spécifique au site

❒ Critères d'infection entièrement remplis :
COVID-19 ***SYMPTÔMES SÉVÈRES*** (COVS)
ET rapporter séparément le site de l'infection conformément aux définitions de cas spécifique au site

p. 60

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

Santé publique France — RéPiAS — ecdc

Identification du résident

Date de l'enquête : 28/06/2024 ID résident : [ ] *Donné par l'application* GIRARD Alain

Caractéristiques du résident *(à compléter pour tous les résidents)*

Année de naissance : 1928 Sexe : ☐ Féminin ☒ Masculin

Code de l'unité de vie : Violette Accueil en unité adaptée : ☒ Non ☐ Oui-USA ☐ Oui-UGD ☐ Oui-UHR

Hospitalisation : (dans les 3 mois) ☐ Non ☒ Oui ☐ Inconnu Intervention chirurgicale : (dans les 30 jours) ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Présence d'escarre : ☒ Non ☐ Oui *Si oui*, préciser le grade : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Désorientation : ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Mobilité : ☒ Ambulant ☐ En fauteuil roulant ☐ Alité ☐ Inconnu

Incontinence : ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Dispositif(s) invasif(s) ☒ Non ☐ Oui

Sonde urinaire : ☐ Non ☐ Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) : ☐ Non ☐ Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :

☐ Veineux périphérique ☐ Midline ☐ Sous-cutané ☐ Veineux central ☐ PICC ☐ Chambre implantable

Traitement(s) anti-infectieux ☒ Non ☐ Oui

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :				
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :				
Durée prévue du traitement (en jours) :				
Contexte de prescription (Curatif, Prophyl.) :				
Diagnostic associé au traitement :				
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)				
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :				

Infection(s) associée(s) aux soins ☐ Non ☒ Oui

	Infection associée aux soins n°1	Infection associée aux soins n°2	Infection associée aux soins n°3
Site(s) infectieux :	COVA		
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :	☐ Certaine ☐ Possible	☐ Certaine ☐ Possible	☐ Certaine ☐ Possible
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)			

	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Micro-organisme(s) :	VIRCOV								
Sensibilité MO (ATB - SIR) : *Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner*									

CAS CLINIQUE N° 8

Date enquête : 18/06/2024 matin

Monsieur Alphonse DURAND, 97 ans, est hébergé à l'EHPAD de la Joie en UHR (Lavandes) depuis 1 an. Il est désorienté et incontinent. Il se déplace en fauteuil roulant. Depuis son admission, il présente des ulcères variqueux dans un contexte HTA et insuffisance veineuse sévère.

- Lors de la dernière consultation médicale, le médecin remplaçant a prescrit un prélèvement cutané des ulcères par écouvillonnage. L'examen clinique retrouve un écoulement séreux, rougeur, chaleur et léger gonflement.
- Le 15 juin, le résultat du prélèvement est revenu positif à *Staphylococcus aureus* méticilline sensible.
- L'IDE a contacté le prescripteur qui est passé le 17 juin (la veille de l'enquête) et a prescrit un traitement oral par amoxicilline /ac. clavulanique pour 10 jours. Le résident est bien sous traitement le jour de l'enquête.
- Le bilan biologique réalisé la veille de l'enquête est sans anomalie (Taux de GB : 11 000/mm^3 et CRP à 30 mg/l).

CAS CLINIQUE N° 8

Santé publique France

QUESTIONS À SE POSER

LE RESIDENT EST-IL INFORMÉ ET ELIGIBLE ?

- OUI : je renseigne les parties « Identification du résident » et « Caractéristiques du résident »

LE RESIDENT A-T-IL UN DISPOSITIF INVASIF ?

- NON : je coche la case NON en face de « Dispositif(s) invasif(s) » et passe à la partie suivante « Traitement(s) anti-infectieux »

LE RESIDENT A-T-IL UN TRAITEMENT ANTI-INFECTIEUX ?

Traitement par amoxicilline /ac. clavulanique depuis le 17/06 et pour 10 jours

- OUI : je coche OUI en face de « Traitement(s) anti-infectieux » et renseigne la partie dédiée

LE RESIDENT A-T-IL UNE INFECTION ASSOCIEE AUX SOINS ?

- OUI : je coche OUI en face de « Infection(s) associée(s) aux soins » et renseigne la partie dédiée

CAS CLINIQUE N° 8

Santé publique France

INFECTIONS D'ESCARRE OU DE PLAIE CHRONIQUE

SIGNES/SYMPTÔMES

*AU MOINS **UN** DES CRITÈRES SUIVANTS (*1 ou 2) *:*

- ❒ 1. Pus au niveau d'une escarre ou d'une plaie chronique (non chirurgicale)
- ❒ 2. Au moins **quatre** signes/symptômes nouveaux ou croissants au niveau du site touché :
  - ☐ Chaleur
  - ☐ Sensibilité ou douleur
  - ☐ Rougeur
  - ☐ Écoulement séreux
  - ☐ Gonflement
  - ☐ Un signe/symptôme constitutionnel (fièvre *, leucocytose **, confusion §, déclin fonctionnel aigu §§)

↓

CONFIRMATION DE L'INFECTION

❒ Critères d'infection entièrement remplis :
*INFECTION **CONFIRMÉE*** (**IESC**)

p. 62

CAS CLINIQUE N° 8

Santé publique France

INFECTIONS D'ESCARRE OU DE PLAIE CHRONIQUE

SIGNES/SYMPTÔMES

*AU MOINS **UN** DES CRITÈRES SUIVANTS (*1 ou 2) *:*

- ☒ 1. Pus au niveau d'une escarre ou d'une plaie chronique (non chirurgicale)
- ☒ 2. Au moins **quatre** signes/symptômes nouveaux ou croissants au niveau du site touché :
  - ☒ Chaleur
  - ☐ Sensibilité ou douleur
  - ☒ Rougeur
  - ☒ Écoulement séreux
  - ☒ Gonflement
  - ☐ Un signe/symptôme constitutionnel (fièvre *, leucocytose **, confusion §, déclin fonctionnel aigu §§)

↓

CONFIRMATION DE L'INFECTION

☒ Critères d'infection entièrement remplis :
*INFECTION **CONFIRMÉE*** (**IESC**)

p. 62

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

Santé publique France — RéPiAS — ecdc

Identification du résident

Date de l'enquête : 18/06/2024 ID résident : *Donné par l'application* NOM et Prénom du résident : DURAND Alphonse

Caractéristiques du résident *(à compléter pour tous les résidents)*

Année de naissance : 1927 Sexe : ☐ Féminin ☒ Masculin

Code de l'unité de vie : Lavandes Accueil en unité adaptée : ☐ Non ☐ Oui-USA ☐ Oui-UGD ☒ Oui-UHR

Hospitalisation : (dans les 3 mois) ☐ Non ☒ Oui ☐ Inconnu Intervention chirurgicale : (dans les 30 jours) ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Présence d'escarre : ☒ Non ☐ Oui *Si oui*, préciser le grade : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Désorientation : ☐ Non ☒ Oui ☐ Inconnu

Mobilité : ☐ Ambulant ☒ En fauteuil roulant ☐ Alité ☐ Inconnu

Incontinence : ☐ Non ☒ Oui ☐ Inconnu

Dispositif(s) invasif(s) ☒ Non ☐ Oui

Sonde urinaire : ☐ Non ☐ Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) : ☐ Non ☐ Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :

☐ Veineux périphérique ☐ Midline ☐ Sous-cutané ☐ Veineux central ☐ PICC ☐ Chambre implantable

Traitement(s) anti-infectieux ☐ Non ☒ Oui

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :	J01CR02 p. 51			
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :	O			
Durée prévue du traitement (en jours) :	10 J			
Contexte de prescription (Curatif, Prophyl.) :				
Diagnostic associé au traitement :				
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)				
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :				

Infection(s) associée(s) aux soins ☐ Non ☐ Oui

	Infection associée aux soins n°1	Infection associée aux soins n°2	Infection associée aux soins n°3
Site(s) infectieux :			
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :	☐ Certaine ☐ Possible	☐ Certaine ☐ Possible	☐ Certaine ☐ Possible
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)			

	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Micro-organisme(s) :									
Sensibilité MO (ATB - SIR) : *Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner*									

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

Santé publique France — RéPiAS — ecdc

Identification du résident

Date de l'enquête : 18/06/2024 ID résident : [ ] *Donné par l'application*

NOM et Prénom du résident : DURAND Alphonse

Caractéristiques du résident *(à compléter pour tous les résidents)*

Année de naissance : 1927 Sexe : ☐ Féminin ☒ Masculin

Code de l'unité de vie : Lavandes Accueil en unité adaptée : ☐ Non ☐ Oui-USA ☐ Oui-UGD ☒ Oui-UHR

Hospitalisation : ☐ Non ☒ Oui ☐ Inconnu
(dans les 3 mois)

Intervention chirurgicale : ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu
(dans les 30 jours)

Présence d'escarre : ☒ Non ☐ Oui *Si oui*, pré

Désorientation : ☐ Non ☒ Oui ☐ Inconnu

Mobilité : ☐ Ambulant ☒ En fauteuil roul

Incontinence : ☐ Non ☒ Oui ☐ Inconnu

Code	Diagnostics associés aux traitements anti-infectieux
URI	Infection urinaire basse (cystites, etc.)
PYE	Infection urinaire haute (pyélonéphrites aigues, abcès rénaux)
BAC	Bactériémie confirmée microbiologiquement (avec hémocultures positives)
BRO	Bronchite aiguë ou exacerbation de bronchite chronique
PNE	Pneumonie
DIG	Infection digestive : gastro-intestinale (salmonellose, diarrhée associée aux antibiotiques) ou intra abdominale (péritonite, infection hépatobiliaire)
FEB	Fièvre inexpliquée, neutropénie fébrile non cliniquement ou microbiologiquement documenté ou autre forme de manifestation de l'infection chez un immunodéprimé (par exemple, chimiothérapie) sans localisation identifiée
GEN	Infection génitale (infection gynécologique, prostatites, orchite, épididymite, infection sexuellement transmissible)
OPH	Infection oculaire (endophtalmie)
ORL	Infection de l'oreille, de la bouche, du nez, de la gorge ou du larynx (ORL)
OST	infection ostéo-articulaire (arthrite septique y compris prothèse articulaire, ostéomyélite, ostéite)
PTM	infection de la peau et des tissus mous (cellulite, infection de plaies et d'escarre, infection des tissus mous profonds sans atteinte osseuse)
SNC	Infection du système nerveux central
SYS	Infection systémique
INC	Diagnostic inconnu

Dispositif(s) invasif(s) ☒ Non ☐ Oui

Sonde urinaire : ☐ Non ☐ Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) : ☐ Non ☐ Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :
☐ Veineux périphérique ☐ Midline ☐ Sous-cu

Traitement(s) anti-infectieux ☐ Non ☒ Oui

	Anti-infectieux n°1			
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :	J01CR02			
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :	O			
Durée prévue du traitement (en jours) :	10 J			
Contexte de prescription (Curatif, Prophyl.) :	Curatif			
Diagnostic associé au traitement :	PTM p. 39			
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)	NON car TTT depuis 24h. p.40			
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	EMS			

Infection(s) associée(s) aux soins ☐ Non ☒ Oui

	Infection associée aux soins n°1	Infection associée aux soins n°2	Infection associée aux soins n°3
Site(s) infectieux :			
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :	☐ Certaine ☐ Possible	☐ Certaine ☐ Possible	☐ Certaine ☐ Possible
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)			

	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Micro-organisme(s) :									
Sensibilité MO (ATB - SIR) : *Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner*									

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

Santé publique France — RéPiAS — ecdc

Identification du résident

Date de l'enquête : 18/06/2024 ID résident : (Donné par l'application) NOM et Prénom du résident : DURAND Alphonse

Caractéristiques du résident *(à compléter pour tous les résidents)*

Année de naissance : 1927 Sexe : ☐ Féminin ☒ Masculin

Code de l'unité de vie : Lavandes Accueil en unité adaptée : ☐ Non ☐ Oui-USA ☐ Oui-UGD ☒ Oui-UHR

Hospitalisation : (dans les 3 mois) ☐ Non ☒ Oui ☐ Inconnu Intervention chirurgicale : (dans les 30 jours) ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Présence d'escarre : ☒ Non ☐ Oui *Si oui*, préciser le grade : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Désorientation : ☐ Non ☒ Oui ☐ Inconnu

Mobilité : ☐ Ambulant ☒ En fauteuil roulant ☐ Alité ☐ Inconnu

Incontinence : ☐ Non ☒ Oui ☐ Inconnu

Dispositif(s) invasif(s) ☒ Non ☐ Oui

Sonde urinaire : ☐ Non ☐ Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) : ☐ Non ☐ Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :
☐ Veineux périphérique ☐ Midline ☐ Sous-cutané ☐ Veineux central ☐ PICC ☐ Chambre implantable

Traitement(s) anti-infectieux ☐ Non ☒ Ou

	Anti-infectieux n
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :	J01CR02
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :	O
Durée prévue du traitement (en jours) :	10 J
Contexte de prescription (Curatif, Prophyl.) :	Curatif
Diagnostic associé au traitement :	PTM p.
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)	NON car
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	EMS

Infection(s) associée(s) aux soins ☐ Non

	Infection associée aux soins
Site(s) infectieux :	IESC →
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :	☐ Certaine ☐ Possible
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)	

	MO1	MO2	
Micro-organisme(s) :			
Sensibilité MO (ATB - SIR) : *Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner*			

INFECTIONS D'ESCARRE OU DE PLAIE CHRONIQUE

SIGNES/SYMPTÔMES

*AU MOINS **UN** DES CRITÈRES SUIVANTS (*1 ou 2) *:*

☒ 1. Pus au niveau d'une escarre ou d'une plaie chronique (non chirurgicale)

☒ 2. Au moins **quatre** signes/symptômes nouveaux ou croissants au niveau du site touché :
- ☒ Chaleur
- ☐ Sensibilité ou douleur
- ☒ Rougeur
- ☒ Écoulement séreux
- ☒ Gonflement
- ☐ Un signe/symptôme constitutionnel (fièvre *, leucocytose **, confusion §, déclin fonctionnel aigu §§)

CONFIRMATION DE L'INFECTION

☒ Critères d'infection entièrement remplis :
*INFECTION **CONFIRMÉE*** (**IESC**) p. 62

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

Santé publique France — RéPiAS — ecdc

Identification du résident

Date de l'enquête : 18/06/2024 ID résident : (Donné par l'application) NOM et Prénom du résident : DURAND Alphonse

Caractéristiques du résident *(à compléter pour tous les résidents)*

Année de naissance : 1927 Sexe : ☐ Féminin ☒ Masculin

Code de l'unité de vie : Lavandes Accueil en unité adaptée : ☐ Non ☐ Oui-USA ☐ Oui-UGD ☒ Oui-UHR

Hospitalisation : (dans les 3 mois) ☐ Non ☒ Oui ☐ Inconnu Intervention chirurgicale : (dans les 30 jours) ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Présence d'escarre : ☒ Non ☐ Oui *Si oui*, préciser le grade : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Désorientation : ☐ Non ☒ Oui ☐ Inconnu

Mobilité : ☐ Ambulant ☒ En fauteuil roulant ☐ Alité ☐ Inconnu

Incontinence : ☐ Non ☒ Oui ☐ Inconnu

Dispositif(s) invasif(s) ☒ Non ☐ Oui

Sonde urinaire : ☐ Non ☐ Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) : ☐ Non ☐ Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :

☐ Veineux périphérique ☐ Midline ☐ Sous-cutané ☐ Veineux central ☐ PICC ☐ Chambre implantable

Traitement(s) anti-infectieux ☐ Non ☒ Oui

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :	J01CR02 p. 51			
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :	O			
Durée prévue du traitement (en jours) :	10 J			
Contexte de prescription (Curatif, Prophyl.) :	Curatif			
Diagnostic associé au traitement :	PTM p. 39			
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)	NON car TTT depuis 24h. p.40			
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	EMS			

Infection(s) associée(s) aux soins ☐ Non ☒ Oui

	Infection associée aux soins n°1	Infection associée aux soins n°2	Infection associée aux soins n°3
Site(s) infectieux :	IESC		
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :	☐ Certaine ☐ Possible	☐ Certaine ☐ Possible	☐ Certaine ☐ Possible
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)			

	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Micro-organisme(s) :	STAAUR p. 69								
Sensibilité MO (ATB - SIR) : *Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner*	S								
	S								

Staphylococcus aureus	Oxacilline (OXA) [1]	S - Sensible
	Glycopeptides (GLY) [2]	S - Sensible

CAS CLINIQUE N° 10

Date enquête : 18/06/2024 matin

Madame Louise RIEU, 84 ans, est hébergée à temps plein à l'EHPAD des Sources depuis 1 mois. Elle a été adressée à l'EHPAD après une hospitalisation en SSR de 15 jours qui a fait suite à une fracture du col du fémur opéré le début mai. Elle est orientée et porte une sonde « double J ». Elle se déplace avec un déambulateur.

Il y a 10 jours, la résidente a été victime d'un arrêt cardio respiratoire et prise en charge en réanimation. Elle est revenue en EHPAD, le 17 juin (veille de l'ENP). A son admission en REA, un dépistage digestif a identifié la présence d'une Bactérie Hautement Résistante aux antibiotiques émergente (BHRe) : *Klebsiella pneumoniae (*OXA 48). Le jour de l'enquête, la résidente ne présente pas de signes cliniques en faveur d'une infection. Elle présente une escarre de grade 2 au niveau inter-fessier.

CAS CLINIQUE N° 10

QUESTIONS À SE POSER

LA RESIDENTE EST-ELLE INFORMÉE ET ELIGIBLE ?

- OUI : je renseigne les parties « Identification du résident » et « Caractéristiques du résident »

LA RESIDENTE A-T-ELLE UN DISPOSITIF INVASIF ?

On entend par sonde urinaire, tout dispositif endo-urinaire : sonde vésicale, cathétérisme sus-pubien, sonde endo-urétrale ou tout autre matériel présent dans les voies urinaires.

- OUI : je coche la case OUI en face de « Dispositif(s) invasif(s) » et renseigne la partie dédiée.

LA RESIDENTE A-T-ELLE UN TRAITEMENT ANTI-INFECTIEUX ?

- NON : je coche NON en face de « Traitement(s) anti-infectieux » et passe à la partie suivante « Infection(s) associée(s) aux soins »

LA RESIDENTE A-T-ELLE UNE INFECTION ASSOCIEE AUX SOINS ?

- NON : je coche NON en face de « Infection(s) associée(s) aux soins » **et la fiche est complète et validée ☺**

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

Santé publique France — RéPiAS — ecdc

Identification du résident

Date de l'enquête : 18/06/2024 ID résident : [ ] *Donné par l'application* RIEU Louise

Caractéristiques du résident *(à compléter pour tous les résidents)*

Année de naissance : 1940 Sexe : ☒ Féminin ☐ Masculin

Code de l'unité de vie : [ ] Accueil en unité adaptée : ☒ Non ☐ Oui-USA ☐ Oui-UGD ☐ Oui-UHR

Hospitalisation : (dans les 3 mois) ☐ Non ☒ Oui ☐ Inconnu Intervention chirurgicale : (dans les 30 jours) ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Présence d'escarre : ☐ Non ☒ Oui *Si oui*, préciser le grade : ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4

Désorientation : ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Mobilité : ☒ Ambulant ☐ En fauteuil roulant ☐ Alité ☐ Inconnu

Incontinence : ☒ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Dispositif(s) invasif(s) ☐ Non ☒ Oui

Sonde urinaire : ☐ Non ☒ Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) : ☒ Non ☐ Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :

☐ Veineux périphérique ☐ Midline ☐ Sous-cutané ☐ Veineux central ☐ PICC ☐ Chambre implantable

Traitement(s) anti-infectieux ☒ Non ☐ Oui

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :				
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :				
Durée prévue du traitement (en jours) :				
Contexte de prescription (Curatif, Prophyl.) :				
Diagnostic associé au traitement :				
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)				
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :				

Infection(s) associée(s) aux soins ☒ Non ☐ Oui

	Infection associée aux soins n°1	Infection associée aux soins n°2	Infection associée aux soins n°3
Site(s) infectieux :			
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :	☐ Certaine ☐ Possible	☐ Certaine ☐ Possible	☐ Certaine ☐ Possible
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)			

	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Micro-organisme(s) :									
Sensibilité MO (ATB - SIR) : *Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner*									

la fiche est complète et validée ☺