



**ENP 2024**

**Enquête nationale de prévalence  
des infections associées aux soins et des  
traitements anti-infectieux  
en établissements d'hébergement pour  
personnes âgées dépendantes**

**Présentation sur la méthode d'enquête**

**Formation des enquêteurs**

# ENP 2024 : PARTIE 1

## CONTEXTE ET OBJECTIFS

## Deux précédentes ENP en EHPAD en France

- Coordonnées par l'ECDC au niveau européen : *Healthcare-Associated infections in Long-Term care facilities (HALT)*
- Coordonnées par le CPias ARA (2016) et SpFrance (2010)

➤ *HALT-2 a été réalisée en 2013 dans 19 pays de l'UE (la France n'a pas participé)*

	2010 HALT-1	2016 HALT-3 Prev'Ehpad
Nombre d'EHPAD	65	367
Nombre de résidents	6 255	28 277
Prévalence des résidents infectés	3,93%	2,93%
Prévalence des IAS	4,12%	3,04%
Prévalence des résidents traités par ATB	3,13%	2,76%

## Des résultats difficilement comparables

- Sites infectieux différents
- Périodes d'enquêtes différentes : juin-sept. pour HALT-1 et mai-juin pour HALT-3

- Réalisée dans le cadre du protocole de l'enquête européenne de l'**European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)**
  - ↳ Enquête ponctuelle sur la prévalence des infections nosocomiales et de l'utilisation d'antimicrobiens dans les établissements de soins de longue durée européens (HALT-4)
- Pilotée par le **Réseau de prévention des infections associées aux soins (RéPIAS)**
- Portée par la **Stratégie nationale 2022-2025 de Prévention des infections et de l'antibiorésistance\*** du ministère des solidarités et de la santé
- Réflexion/adaptation nationale du protocole européen menée par un **groupe de travail** constitué de représentants de CPIas, d'EHPAD, d'ARS, de la DGCS et de sociétés savantes

\* Stratégie nationale 2022-2025 accessible sur le site :

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie\\_nationale\\_2022-2025\\_prevention\\_des\\_infections\\_et\\_de\\_l\\_antibioresistance.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_2022-2025_prevention_des_infections_et_de_l_antibioresistance.pdf)

## Groupe de travail

**Marion ANGIBAUD**  
**Didier ARMAINGAUD**  
**Isabelle ATTALI**  
**Anne BERGER-CARBONNE**  
**Caroline BERVAS**  
**François BERTIN-HUGAULT**  
**Hervé BLANCHARD**  
**Sandrine CANOUE**  
**Catherine CHAPUIS**  
**Margaux CHARTIER**  
**Côme DANIAU**  
**François DEPARIS**  
**Sylvain DIAMANTIS**  
**Chantal ERAULT**  
**Gaëtan GAVAZZI**  
**Yann LE STRAT**  
**Anaïs MACHUT**  
**Cécile MARIE**  
**Cécile MOURLAN**  
**Coralie NOËL**  
**Ivana NOVAKOVA**  
**Adeline PAUMIER**  
**Muriel PÉFAU**  
**Céline POULAIN**  
**Anne SAVEY**

CPias Bretagne  
Groupe Clariane  
Groupe ACPPA  
Santé publique France  
CPias Nouvelle-Aquitaine  
Groupe Orpea  
CPias Île-de-France  
CPias Occitanie  
Hospices civils de Lyon  
CPias Bretagne  
Santé publique France  
Groupe associatif Arpavie  
Centre hospitalier Melun – Groupe Hospitalier Sud IdF  
Direction générale de la cohésion sociale - DGCS  
CHU Grenoble – SFGG et Spilf  
Santé publique France  
CPias Auvergne-Rhône-Alpes  
ARS Auvergne-Rhône-Alpes  
CPias Occitanie  
Centre hospitalier Melun – Groupe Hospitalier Sud IdF  
Groupe associatif Adef Résidences  
Santé publique France  
CPias Nouvelle-Aquitaine  
CPias Pays de la Loire  
CPias Auvergne-Rhône-Alpes

## Groupe de pilotage

**Pascal ASTAGNEAU**  
**Raoul BARON**  
**Meriem BEJAOU**  
**Anne BERGER-CARBONNE**  
**Gabriel BIRGAND**  
**Julien MORIN**  
**Cécile MOURLAN**  
**Catherine MORVAN**  
**Michèle NION-HUANG**  
**Pierre PARNEIX**  
**Emmanuel PIEDNOIR**  
**Loïc SIMON**  
**Nathalie VAND DER MÉE**  
**Béatrice VAN OOST**

Mission nationale Spicmi  
Société française d'hygiène hospitalière - SF2H  
Haute Autorité de santé  
Santé publique France  
Mission nationale Primo  
MMPIA  
CPias Occitanie  
CPias Océan Indien  
Santé publique France  
Mission nationale Matis  
CRAtb Normandie - Spilf  
Mission nationale Spares  
Mission nationale Spiadi  
Cnam

- Produire des indicateurs de prévalence des IAS et des traitements ATB prescrits aux et en mesurer l'évolution depuis 2016
  
- Décrire les infections et les traitements
  - Pour les IAS : les sites infectieux, les micro-organismes, leur résistance aux ATB
  - Pour les AI : les molécules, les voies d'administration, les durées, les contextes de prescription, les indications, l'origine de la prescription
  
- Renforcer la sensibilisation au risque infectieux et au bon usage des ATB (BUA)
  - A l'ensemble des professionnels et des prescripteurs des EHPAD
  - Renforcer la culture de sécurité des soins des résidents
  
- Mettre à disposition les données
  - Contribuer à l'enquête européenne de l'ECDC et aux niveaux local, régional, national
  - Dégager des priorités d'action en matière de PRI et de BUA

## Pour l'établissement:

- Participer à l'évaluation des politiques régionales et nationales de lutte contre les IAS et l'ATB Résistance
- Mobiliser l'ensemble des professionnels et des prescripteurs sur un projet de surveillance
- Impulser une politique de prévention du risque infectieux
- Disposer d'une évaluation des indicateurs de la surveillance des IAS et des traitements AI de l'établissement et se comparer au niveau régional et national
- Dégager des priorités d'actions en matière de PRI et du BUA fondées sur des résultats de surveillance en ciblant des actions sur des secteurs et unité de vie,
- Améliorer la fiabilité des résultats produits (plus le nombre d'établissement est important plus la fiabilité est élevée)

# ENP 2024 : PARTIE 2

## MÉTHODE D'ENQUÊTE



## Type de d'étude

- **Enquête transversale** à visée descriptive sur **un jour donné exprimée pour 100 résidents**

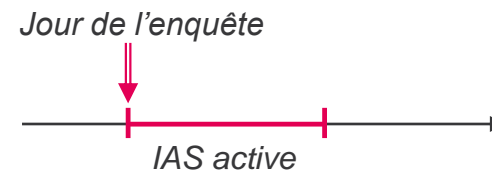
## Prévalence des résidents infectés (IAS) / traités par antibiotique

- Proportion de résidents présentant au moins une IAS jusqu'à 3 IAS par résident
- Proportion de résidents traités par au moins un ATB jusqu'à 4 AI par résident

## Notion de cas prévalent

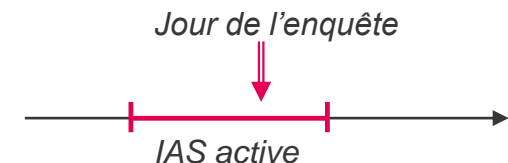
### • Nouveau cas

- Résident **déclarant une IAS le jour de l'enquête**
- ↪ le **traitement AI est prescrit le jour de l'enquête**



### • Ancien cas

- Résident **encore infecté le jour de l'enquête** (infection toujours active ; le résident n'est pas guéri)
- ↪ le **traitement AI est toujours en cours le jour de l'enquête**



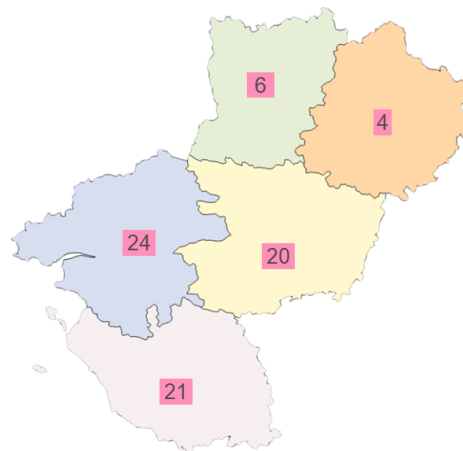
## Le taux de prévalence dépend de :

- La **durée** de l'infection / du traitement
- La **vitesse** d'apparition des nouveaux cas

## Échantillonnage

- Constitution d'un **échantillon** n=940 d'EHPAD par tirage au sort (base FINESS)

- Région PDL: **75 EHPAD/582**



## Participation

- Tous les EHPAD sont invités à participer à l'enquête sur la base du **volontariat**

## D'autres EMS ciblés en plus des EHPAD



**Établissements pour adultes handicapés** : Les foyers d'accueil médicalisés (**FAM**) ou établissements d'accueil médicalisés (**EAM**) et les maisons d'accueil spécialisées (**MAS**)

## Tous les EMS peuvent participer!

- Un échantillon d'EHPAD a été réalisé pour garantir une représentativité des EHPAD, mais les données de l'ensemble des EMS participants seront analysées

## La participation des établissements à l'ENP 2024 comprend :

- La réalisation de l'enquête dans l'ensemble des secteurs et unités de vie de l'établissement
  - ↪ Le recueil, la saisie et la validation des données du questionnaire établissement
- Chaque résident fait l'objet d'un questionnaire résident que le résident présente ou non une IAS ou un traitement AI
  - ↪ Un questionnaire résident est complété pour chaque résident

## Résidents éligibles

- **Sont éligibles** à l'enquête tous les résidents de l'établissement :
  - En **hébergement complet** au moment de l'enquête
  - ET **présents à 8h00 du matin le jour de l'enquête dans l'établissement**
  - ET **présents au moment du passage de l'enquêteur**
    - OU **temporairement absents** pour consultation, examens médicaux, traitements ambulatoires chroniques
    - OU **absents dans le cadre d'une sortie temporaire** avec la famille/visiteurs
    - OU **transférés dans un autre secteur ou unité de vie de l'établissement** enquêté
- **Sont exclus** de l'enquête, les résidents :
  - En accueil de jour ou en accueil temporaire
  - **OU** absents à 8h00 du matin le jour de l'enquête
  - **OU** admis en établissement de santé pour une durée de plus de 24 heures
  - **OU** qui demandent à ne pas participer à l'enquête

## ENP 2024 : PARTIE 3

# ORGANISATION DE L'ENQUÊTE

## Recueil des données

- Recueil **un jour donné** entre le 15 mai et le 28 juin 2024 inclus
  - Possibilité d'un recueil sur plusieurs jours selon la taille de l'établissement
  - Pour chaque secteur ou unité de vie, l'enquête se déroule sur une journée
- Recueil des données par **questionnaires standardisés** :
  - Questionnaire établissement : données **agrégées** au niveau de l'établissement
  - Questionnaire résident : données **individuelles** concernant les résidents

## Saisie des données

- Jusqu'au 30 septembre 2024
  - Après cette date il ne sera plus possible de saisir de nouveaux questionnaires résident
  - A cette date le questionnaire établissement doit être validé

## Clôture de l'enquête

- Au 31 décembre 2024
  - Il est possible de **valider les questionnaires résident jusqu'à cette date**
  - **Destruction des questionnaires sur support papier**

**Informez la direction de l'établissement** de la programmation de l'enquête  
(et le **délégué à la protection des données** si l'établissement ou le groupe  
d'établissements en dispose)



**Contactez les responsables des secteurs et unités de vie** pour s'accorder sur le  
jour de l'enquête entre le 15/05 et 28/06/24

**Informez la direction de l'établissement** de la programmation de l'enquête  
(et le **délégué à la protection des données** si l'établissement ou le groupe  
d'établissements en dispose)



**Contactez les responsables des secteurs et unités de vie** pour s'accorder sur le  
jour de l'enquête entre le 15/05 et 28/06/24



**Réunissez et formez les enquêteurs** et **mettez à disposition les outils** nécessaires à  
l'enquête

**Constituer une équipe  
en charge de l'enquête**



**Informez la direction** de l'établissement de la programmation de l'enquête (et le **délégué à la protection des données** si l'établissement ou le groupe d'établissements en dispose)



**Contactez les responsables des secteurs et unités de vie** pour s'accorder sur le jour de l'enquête entre le 15/05 et 28/06/24



**Réunissez et formez les enquêteurs** et **mettez à disposition les outils** nécessaires à l'enquête



**Identifiez les résidents éligibles** répondant aux critères d'inclusion : en hébergement complet, présents avant 8h00, non sortis au moment de l'enquête



**Informez les résidents** ou leurs **représentants légaux** de la réalisation de l'enquête (cf. *lettre d'information des résidents*)

**Comment informer les résidents ?**

**Informez la direction** de l'établissement de la programmation de l'enquête (et le **délégué à la protection des données** si l'établissement ou le groupe d'établissements en dispose)



**Contactez les responsables des secteurs et unités de vie** pour s'accorder sur le jour de l'enquête entre le 15/05 et 28/06/24 (*l'enquête se déroule sur une seule journée dans l'unité et n'excède pas une semaine dans l'ensemble de l'EHPAD*)



**Réunissez et formez les enquêteurs** et **mettez à disposition les outils** nécessaires à l'enquête



**Identifiez les résidents éligibles** répondant aux critères d'inclusion : en hébergement complet, présents avant 8h00, non sortis au moment de l'enquête



**Informez les résidents** ou leurs **représentants légaux** de la réalisation de l'enquête (*cf. lettre d'information des résidents*)

**Comment informer les résidents ?**

**Informez la direction** de l'établissement de la programmation de l'enquête (et le **délégué à la protection des données** si l'établissement ou le groupe d'établissements en dispose)

**Contactez les responsables des secteurs et unités de vie** pour s'accorder sur le jour de l'enquête entre le 15/05 et 28/06/24 (*l'enquête se déroule sur une seule journée dans l'unité et n'excède pas une semaine dans l'ensemble de l'EHPAD*)

**Réunissez et formez les enquêteurs** et **mettez à disposition les outils** nécessaires à l'enquête




**Identifiez les résidents éligibles** répondant aux critères d'inclusion : en hébergement complet, présents avant 8h00, non sortis au moment de l'enquête

**Informez les résidents** ou leurs **représentants légaux** de la réalisation de l'enquête (*cf. lettre d'information des résidents*)

**Recueillir les informations relatives à l'établissement**

## Comment compléter le questionnaire établissement ?

Enquête nationale de prévalence 2024  
Questionnaire établissement

**Données administratives**

Raison sociale :  Finess géographique :  Finess juridique :

Région :  Département :  Code Postal :  Commune :

Statut juridique :  Public  ESPIC  Privé Catégorie d'établissement :  EHPAD  Aue ESMS (FAM/EM/ MAS)

Option tarifaire :  Global  Partiel  Inconnu Rattachement à un établissement de santé :  Non  Oui  Inconnu

Administrateur local (PreViAS) :

**Périmètre de l'enquête**

Données recueillies pour :  Un seul établissement (indiqué ci-dessus)  Un groupement d'établissements

*Si les données sont recueillies pour un groupe d'établissements, indiquer les établissements regroupés dans ce questionnaire :*

Raison sociale : <input type="text"/>	Finess géographique : <input type="text"/>	Finess juridique : <input type="text"/>
Raison sociale : <input type="text"/>	Finess géographique : <input type="text"/>	Finess juridique : <input type="text"/>
Raison sociale : <input type="text"/>	Finess géographique : <input type="text"/>	Finess juridique : <input type="text"/>
Raison sociale : <input type="text"/>	Finess géographique : <input type="text"/>	Finess juridique : <input type="text"/>

**Capacité et charge en soins**

Capacité autorisée :  (en nombre de lits d'internat complet) Nombre de jours annuel d'hébergement en 2023 :  (en nombre de jours d'hébergement complet ou partiel)

GIR moyen pondéré :  (le plus récent) PATHOS moyen pondéré :  (le plus récent)

**Organisation des soins**

Présence d'un médecin coordonnateur :  Non  Oui Présence d'une IDEC :  Non  Oui  Inconnu

Présence d'un correspondant en hygiène :  Non  Oui  Inconnu Accès à une expertise en hygiène :  Non  Oui  Inconnu

Accès à un référent en antibiothérapie :  Non  Oui  Inconnu Procédure de réévaluation des prescriptions antibiotiques :  Non  Oui  Inconnu

Présence d'unité adaptée (USA, UVP, CANTOU, USD, UDF, UHF) :  Non  Oui Consommation totale annuelle de SHA en 2023 : (en lre)

Version du CA-SFM utilisée : (par le laboratoire de microbiologie de référence de l'établissement)  Antérieure au CA-SFM 2020  CA-SFM 2020 ou postérieure

Accompagnement de l'établissement par un professionnel de hygiène pour la réalisation de l'enquête :  Non  Oui

*Si oui, le professionnel spécialisé en hygiène appartient à :*

EMS  EMH  ECH  CPlas  Aue

Validation des infections et des traitements anti-infectieux :  Non  Oui

# LE JOUR DE L'ENQUÊTE

Vérifier les critères d'inclusion des résidents

Rassembler l'ensemble des éléments des dossiers des résidents  
à partir des dossiers médicaux, dossiers soignants, ...

Renseigner un questionnaire résident papier pour chaque résident éligible

Enquête nationale de prévalence 2024  
Questionnaire résident

Santé publique France | REPIAS | ecoc

Identification du résident  
Date de l'enquête : [ ] ID résident : [ ] donné par le résident 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 :  Non  Oui  Inconnu Intervention chirurgicale :  Non  Oui  Inconnu  
(dans les 3 mois) (dans les 30 jours)

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

Désorientation :  Non  Oui  Inconnu

Mobilité :  Ambulant  En fauteuil roulant  Allé  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 (cc, ATC, non commercial) :	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Voie d'administration (iv, sc, o, s) :	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Durée prévue du traitement (en jours) :	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Contexte de prescription (curatif, prophyl) :	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Diagnostic associé au traitement :	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Réévaluation de l'antibiothérapie (non, oui - sans ATB, oui - après 48h) :	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Lieu de prescription (avis, 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/Quand acquisition de l'infection dans l'établissement : <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	[ ]	[ ]	[ ]
Si/Cat type de cathéter à l'origine de l'infection : (civ, ligne, csc, cvc, picc, cc)	[ ]	[ ]	[ ]
Micro-organisme(s) :	MO1 MO2 MO3	MO1 MO2 MO3	MO1 MO2 MO3
Sensibilité MO (ATB - SIR) : <small>Au vu de la sensibilité aux antibiotiques, les résistances sont à renseigner</small>	[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]

# LE JOUR DE L'ENQUÊTE

Vérifier les critères d'inclusion des résidents

Rassembler l'ensemble des éléments des dossiers des résidents  
à partir des dossiers médicaux, dossiers soignants, ...

Renseigner un questionnaire résident papier pour chaque résident éligible

Compléter les caractéristiques de tous les résidents éligibles : âge, sexe, unité, hospitalisation, intervention, escarre, désorientation, mobilité, incontinence

## Comment compléter la section « Caractéristiques du résident » ?

Identification du résident

Date de l'enquête :  ID résident :  donné par le résident 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 (dans les 3 mois)

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

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

Désorientation :  Non  Oui  Inconnu

Mobilité :  Ambulant  En fauteuil roulant  Allé  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 (cc, ATC, non commercial) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Voie d'administration (iv, sc, o, s) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Durée prévue du traitement (en jours) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Contexte de prescription (curatif, prophyl.) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnostic associé au traitement :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Réévaluation de l'antibiothérapie (oui, non ou sans en TB, Oui = jamais en TB) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu de prescription (avis, ES, Autre) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Si/Quand acquisition de l'infection dans l'établissement : <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Si/CAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (civ, ligne, csc, cvc, pcc, cc)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Micro-organisme(s) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sensibilité MO (ATB - SIR) : <small>Au vu de la sensibilité aux antibiotiques, les résistances sont à renseigner</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

# LE JOUR DE L'ENQUÊTE

Vérifier les critères d'inclusion des résidents

Rassembler l'ensemble des éléments des dossiers des résidents

à partir des dossiers médicaux, dossiers soignants, ...

Renseigner un questionnaire résident papier pour chaque résident éligible

Compléter les caractéristiques de tous les résidents éligibles : âge, sexe, unité, hospitalisation, intervention, escarre, désorientation, mobilité, incontinence

**Le résident présente-t-il :**

- 1) Un ou plusieurs dispositif(s) invasif(s) ?
- 2) Un ou plusieurs traitement(s) anti-infectieux ?
- 3) Une ou plusieurs infection(s) associée(s) aux soins ?

Enquête nationale de prévalence 2024  
Questionnaire résident

Santé publique France REPIAS ecoc

Identification du résident  
Date de l'enquête : [ ] ID résident : [ ] 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  Allé  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 (cc, atc, non commercial) :	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Voie d'administration (iv, iv, sc, o, g) :	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Durée prévue du traitement (en jours) :	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Contexte de prescription (curatif, prophyl) :	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Diagnostic associé au traitement :	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Réévaluation de l'antibiothérapie (oui, oui - sans en TB, Oui - sans en TB) :	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Lieu de prescription (avis, es, Auv) :	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

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/Quand acquisition de l'infection dans l'établissement : <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	[ ]	[ ]	[ ]
Si/CAT, type de cathéter à l'origine de l'infection (civ, ligne, csc, cvc, picc, cc) :	[ ]	[ ]	[ ]
Micro-organisme(s) :	MO1 MO2 MO3	MO1 MO2 MO3	MO1 MO2 MO3
Sensibilité MO (ATB - SIR) :	[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]

Au vu de, si une des MO avec les résistances sont à renseigner

# LE JOUR DE L'ENQUÊTE

Vérifier les critères d'inclusion des résidents

Rassembler l'ensemble des éléments des dossiers des résidents

à partir des dossiers médicaux, dossiers soignants, ...

Renseigner un questionnaire résident papier pour chaque résident éligible

Compléter les caractéristiques de tous les résidents éligibles : âge, sexe, unité, hospitalisation, intervention, escarre, désorientation, mobilité, incontinence

Le résident présente-t-il :

- 1) Un ou plusieurs dispositif(s) invasif(s) ? **SI OUI**
- 2) Un ou plusieurs traitement(s) anti-infectieux ?
- 3) Une ou plusieurs infection(s) associée(s) aux soins ?

Enquête nationale de prévalence 2024  
Questionnaire résident

Identification du résident  
Date de l'enquête : [ ] ID résident : [ ] Donné par [ ]  
NOM et Prénom du résident : [ ]

**Comment compléter la section « Dispositif(s) invasif(s) » ?**

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 (cc, atc, non commercial) :				
Voie d'administration (iv, iv, sc, o, s) :				
Durée prévue du traitement (en jours) :				
Contexte de prescription (curatif, prophyl) :				
Diagnostic associé au traitement :				
Réévaluation de l'antibiothérapie (oui, oui - sans en TB, Oui - sans en TB) :				
Lieu de prescription (avis, es, Auv) :				

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/Quand acquisition de l'infection dans l'établissement : <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible			
Si/Cat type de cathéter à l'origine de l'infection : (civ, ligne, cdc, cvc, pcc, cc)			
Micro-organisme(s) :	MO1 MO2 MO3	MO1 MO2 MO3	MO1 MO2 MO3
Sensibilité MO (ATB - SIR) : <small>Au vu de la date de l'ICD avec les résidences sont à renseigner</small>			

# LE JOUR DE L'ENQUÊTE

Vérifier les critères d'inclusion des résidents

Rassembler l'ensemble des éléments des dossiers des résidents

à partir des dossiers médicaux, dossiers soignants, ...

Renseigner un questionnaire résident papier pour chaque résident éligible

Compléter les caractéristiques de tous les résidents éligibles : âge, sexe, unité, hospitalisation, intervention, escarre, désorientation, mobilité, incontinence

Le résident présente-t-il :

- 1) Un ou plusieurs dispositif(s) invasif(s) ?
- 2) Un ou plusieurs traitement(s) anti-infectieux ? ➡ **SI OUI**
- 3) Une ou plusieurs infection(s) associée(s) aux soins ?

Enquête nationale de prévalence 2024  
Questionnaire résident

Santé publique France REPIAS ecoc

Identification du résident  
Date de l'enquête : [ ] ID résident : [ ] donné par repatriation 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

**Comment compléter la section « Traitement(s) anti-infectieux » ?**

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 (cc, atc, non commercial) :	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Voie d'administration (iv, sc, o, g) :	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Durée prévue du traitement (en jours) :	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Contexte de prescription (curatif, prophyl) :	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Diagnostic associé au traitement :	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Réévaluation de l'antibiothérapie (non, oui - sans et TB, Oui - selon le TS) :	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Lieu de prescription (aus, es, Aus) :	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

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

Site(s) infectieux : [ ]  
SIC/COQ acquisition de l'infection dans l'établissement :  Certaine  Possible  Certaine  Possible  Certaine  Possible  
SICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (civ, ligne, csc, cvc, pcc, cc) [ ]

	Infection associée aux soins n°1			Infection associée aux soins n°2			Infection associée aux soins n°3		
	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Micro-organisme(s) :	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Sensibilité MO (ATB - SIR) <small>Au vu de la sensibilité aux antibiotiques, les résistances sont à renseigner</small>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]



# LE JOUR DE L'ENQUÊTE

Vérifier les critères d'inclusion des résidents

Rassembler l'ensemble des éléments des dossiers des résidents

à partir des dossiers médicaux, dossiers soignants, ...

Renseigner un questionnaire résident papier pour chaque résident éligible

Compléter les caractéristiques de tous les résidents éligibles : âge, sexe, unité, hospitalisation, intervention, escarre, désorientation, mobilité, incontinence

**Le résident présente-t-il :**

- 1) Un ou plusieurs dispositif(s) invasif(s) ?
- 2) Un ou plusieurs traitement(s) anti-infectieux ?
- 3) Une ou plusieurs infection(s) associée(s) aux soins ? **⇒ SI OUI**

Enquête nationale de prévalence 2024  
Questionnaire résident

Santé publique France REPIAS ecoc

Identification du résident  
Date de l'enquête : [ ] ID résident : [ ] 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  Allé  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

**Comment compléter la section « Infection(s) associée(s) aux soins » ?**

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

Site(s) infectieux : [ ] Infection associée aux soins n°1 Infection associée aux soins n°2 Infection associée aux soins n°3

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

Si OUI, type de cathéter à l'origine de l'infection : [ ]

Micro-organisme(s) :

	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Sensibilité MO (ATB - SIR) :									

Au vu de, si une des 10 cases ne renseignées sont à renseigner

# LE JOUR DE L'ENQUÊTE

Vérifier les critères d'inclusion des résidents

Rassembler l'ensemble des éléments des dossiers des résidents

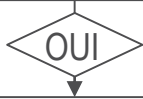
à partir des dossiers médicaux, dossiers soignants, ...

Renseigner un questionnaire résident papier pour chaque résident éligible

Compléter les caractéristiques de tous les résidents éligibles : âge, sexe, unité, hospitalisation, intervention, escarre, désorientation, mobilité, incontinence

Le résident présente-t-il :

- 1) Un ou plusieurs dispositif(s) invasif(s) ?
- 2) Un ou plusieurs traitement(s) anti-infectieux ?
- 3) Une ou plusieurs infection(s) associée(s) aux soins ?



Documenter les **dispositif(s) invasif(s) et/ou les traitements anti-infectieux et/ou les infections associées aux soins**

Enquête nationale de prévalence 2024  
Questionnaire résident

Santé publique France | REPIAS | ecoc

Identification du résident  
Date de l'enquête : [ ] ID résident : [ ] donné par repatriation 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  Allé  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 (cc, atc, non commercial) :	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Voie d'administration (iv, sc, o, s) :	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Durée prévue du traitement (en jours) :	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Contexte de prescription (curatif, prophyl) :	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Diagnostic associé au traitement :	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Réévaluation de l'antibiothérapie (non, oui - cours en T2, Oui - terminé en T2) :	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Lieu de prescription (EHS, 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/Quand acquisition de l'infection dans l'établissement : <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	[ ]	[ ]	[ ]						
Si/CAT type de cathéter à l'origine de l'infection (CVC, Méline, CSC, CVC, PICC, CC) :	[ ]	[ ]	[ ]						
Micro-organisme(s) :	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Sensibilité MO (ATB - SIR) : <small>Au vu de la sensibilité aux antibiotiques, les résistances sont à renseigner</small>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

**Compléter** les **résultats d'examens paracliniques**  
**(microbiologiques, imagerie)** pour les sites infectieux  
documentés

**Compléter** les **résultats d'examens paracliniques (microbiologiques, imagerie)** pour les sites infectieux documentés



**Valider les données par le correspondant médical :**

- 1) Le diagnostic des sites d'infectieux
- 2) Le contexte de prescription et indications de traitements
- 3) La réévaluation des traitements anti-infectieux



# CAS CLINIQUE

**Compléter** les **résultats d'examens paracliniques (microbiologiques, imagerie)** pour les sites infectieux documentés

**Valider les données par le correspondant médical :**

- 1) Le diagnostic des sites d'infectieux
- 2) Le contexte de prescription et indications de traitements
- 3) La réévaluation des traitements anti-infectieux

**Saisir et enregistrer** les **questionnaires résident (QR)** dans PrevlAS avant le 30/09/24

**Valider les QR** dans PrevlAS avant le 31/12/24

NON

OUI

**Recueillir les informations manquantes des questionnaires des résidents** à partir des dossiers médicaux, dossiers soignants

**Saisir et enregistrer** le **questionnaire établissement (QE)** dans PrevlAS avant le 30/09/24

**Valider le QE** dans PrevlAS avant le 30/09/24

OUI

NON

**Recueillir les informations manquantes du questionnaire établissement** avec l'appui de l'administration de l'établissement

**Générer le rapport automatisé** des résultats de l'enquête dans l'établissement et **exporter les données**

## Constitution de l'équipe

- Une **équipe en charge de l'enquête** est constituée **dans chaque établissement** participant
- Si l'EMS dispose d'un temps de **praticien ou d'infirmier hygiéniste**, ces personnes seront systématiquement **associées à l'organisation de l'enquête**

## Composition de l'équipe

- La composition de l'équipe peut **varier selon la taille de l'établissement**
  - Un **réfèrent de l'enquête** : **médecin ou infirmier coordonnateur, cadre de l'établissement, hygiéniste de l'établissement**
  - Un ou plusieurs **enquêteurs** : **professionnels de santé de l'établissement** (hygiéniste, IDEC, IDE)
  - Un **correspondant médical** de l'établissement : **médecin coordonnateur, médecin traitant des résidents enquêtés**



➔ Le référent est responsable de la réalisation de l'enquête dans l'établissement de sa préparation jusqu'à la diffusion des résultats

➤ Assure le relais auprès du CPias et de SpFrance de toute demande concernant l'enquête

## Avant l'enquête

- Informe le directeur de l'établissement et les personnels de l'établissement de l'enquête
- Organise la diffusion de l'information aux résidents inclus ou aux représentants légaux
- Identifie, coordonne et forme les enquêteurs
- Assure le rôle d'administrateur local dans l'application PreVIAS
- Détermine le périmètre de l'enquête (groupement d'établissements ou non)
- Établit par secteur ou unité de vie la liste des résidents éligibles à l'enquête
- Renseigne les informations relatives au questionnaire établissement

## Le jour de l'enquête

- Fournit aux enquêteurs **la liste des résidents éligibles** à l'enquête
- S'assure de la bonne application des **critères d'inclusion des résidents**
- Fournit aux enquêteurs **les questionnaires résident au format papier**
- Coordonne le **recueil des données** des questionnaires résident
- Anime les **échanges** pour le diagnostic des IAS et la documentation des traitements AI
- Facilite l'**accès** des enquêteurs **aux dossiers des résidents**

## Le plus proche possible du jour de l'enquête

- S'assure de la **validation clinique des diagnostics d'infection et des prescriptions d'anti-infectieux par le correspondant médical**
- Vérifie que le **nombre de questionnaires résident** complétés par secteur ou unité de vie correspond au nombre de résidents éligibles
- Valide le **contenu des questionnaires résidents (toutes les données)**
- Organise **la saisie des questionnaires résidents** dans PreVIAS et la validation des données
- Effectue la **saisie du questionnaire établissement** dans PreVIAS
- Garantit **la protection des données personnelles** (*cf. annexe 9 du guide de l'enquêteur page 84*)

## Après la saisie des données

- Garantit l'archivage des questionnaires résidents et leur destruction à la clôture de l'enquête
- Vérifie que l'ensemble des questionnaire (établissement et résidents) sont au statut « validé » dans PreVIAS
- Edite le rapport automatisé et exporte les données
- Organise la restitution des résultats dans l'établissement et propose des pistes d'amélioration, des plans d'actions et programme de PCI et BUA dans l'établissement
- Supprime les questionnaires sur support papier au plus part le 31/12/2024

→ Chargé du recueil et d'alimenter les données des questionnaires résidents

## Avant l'enquête

- S'assure avoir reçu la formation à l'enquête

## Le jour de l'enquête

- Récupère auprès du référent la liste des résidents éligibles
- Vérifier les critères d'inclusion des résidents support papier
- Complète les questionnaires résidents sur support papier à partir :
  - De plusieurs sources d'information (dossier soignant, dossier médical)
- Etablit la liste des résultats microbiologiques en attente pour les IAS identifiées
- Remet les questionnaires complétés de l'ensemble des résidents au référent de l'enquête

➔ Confirme les infections associées aux soins et les traitements anti-infectieux

## Le jour de l'enquête ou le plus proche possible de l'enquête

- Confirme le diagnostic des infections associées aux soins (variable « sites infectieux »)
- Confirme l'indication des traitements anti-infectieux (variables « contexte de prescription » et « diagnostic associé aux traitement »)
- Confirme l'indication de réévaluation des prescriptions d'anti-infectieux (variable « réévaluation de l'antibiothérapie »)

↪ En l'absence de correspond médical, le référent de l'enquête mentionne dans le questionnaire établissement en cochant « Non » à la question : « Validation des infections et des traitements anti-infectieux »

↪ Reprendre la présentation  
[Partie 3 : organisation de l'enquête](#)  
[– en amont de l'enquête](#)

## Santé publique France

- **Question sur la mise en œuvre du protocole** : Côme Daniau  
[come.daniau@santepubliquefrance.fr](mailto:come.daniau@santepubliquefrance.fr)
- **Question sur le traitement de données à caractère personnel** : Clothilde Hachin  
[dpo@santepubliquefrance.fr](mailto:dpo@santepubliquefrance.fr)


## Support applicatif PreVIAS

- **Question sur l'utilisation de l'application PreVIAS** :  
[previas-support@santepubliquefrance.fr](mailto:previas-support@santepubliquefrance.fr)

## CPias PDL /

Référente : Céline POULAIN

- Effectuée **en amont de l'enquête** (ou lors du passage dans les unités et secteurs de vie le jour de l'enquête)
- Deux **modalités d'information** :
  - **individuelle** réalisée par distribution de la lettre d'information
  - **collective** par affichage de la lettre d'information
- La lettre d'information prévoit au résident d'exercer leur **droit d'opposition**



**ENQUÊTE NATIONALE DE PREVALENCE  
DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS ET DES TRAITEMENTS ANTI-INFECTIEUX  
EN ÉTABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES  
MAI-JUIN 2024**

**Information aux résidents ou représentants légaux**

Vous êtes résident(e) ou représentant légal d'une personne résidente dans notre établissement médico-social.

Santé publique France et le réseau de Prévention des infections associées aux soins réalisent une étude de surveillance des infections et des traitements anti-infectieux en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Commanditée au niveau Européen par le Centre européen de

## VOS DROITS

La participation à cette étude n'est pas obligatoire. Vous pouvez vous opposer à la transmission de vos données, sans que cela n'influence la qualité des soins qui vous seront prodigués. Vous pouvez également demander l'accès à vos données, en demandant la rectification ou la limitation du traitement.

Les modalités d'exercices de ces droits ainsi que des informations complémentaires sur le traitement de données à caractère personnel mis en œuvre pour cette étude, sont détaillées dans l'annexe intitulée « Traitement des données » de ce document.

↩ Reprendre la présentation  
[Partie 3 : organisation de l'enquête  
– en amont de l'enquête](#)



## • Rapport automatisé :

Rapport  
automatisé

- **Généré automatiquement** (menu « Rapport automatisé ») par PreVIAS à partir des données des questionnaires établissement et résidents validées
- Présente les résultats de l'enquête **au niveau de l'établissement ou du groupement multisites** (si mentionné dans le questionnaire établissement)
- Résultats (effectif, prévalence, part relative) sous la forme de **texte dynamique, de graphiques et de tableaux** descriptifs
- Résultats permettent la **comparaison avec ceux de l'enquête Prev'Ehpad 2016**
  - Description de **l'établissement** (ou des établissements dans le cas d'un groupement multisites)
  - Résumé des **indicateurs** (« dénominateurs résidents éligibles »)
  - Description des **caractéristiques des résidents** : répartition selon le sexe, l'âge (graphique), l'état de santé (6 variables), l'exposition aux DI
  - Description des **infections associées aux soins** : répartition des résidents infectés et des infections par unité ou secteur de vie, selon les caractéristiques des résidents ; description des sites infectieux, des MO isolés et de la sensibilité aux ATB de certains MO
  - Description des **traitements anti-infectieux** : description par famille d'ATB ; répartition des résidents traités par ATB et des traitements par unité ou secteur de vie, selon les caractéristiques des résidents ; répartition des familles et molécules d'antibiotiques selon le contexte de prescription ; répartition des antibiotiques selon la durée prévue du traitement ; description de la réévaluation de l'antibiothérapie

## • Rapport des résultats nationaux / synthèses des données régionales : année 2025

## Sur la méthode d'enquête

- Guide de l'enquêteur
  - sur le site de SpFrance / études et enquêtes  
<https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes>
- Questionnaires établissement et résident
- Lettre d'information des résidents
- FAQ mise à jour au cours de l'enquête
- Présentation de formation :
  - méthode d'enquête
  - cas cliniques

## Sur l'application PreVIAS

- <https://previas.santepubliquefrance.fr>
- Annexe 4 du guide de l'enquêteur
- Guide d'utilisation de PreVIAS
- Présentation de formation



DÉCEMBRE 2023



MÉTHODE ET REPÈRES

## ENQUÊTE NATIONALE DE PRÉVALENCE 2024 DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS ET DES TRAITEMENTS ANTI-INFECTIEUX EN ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

Guide de l'enquêteur. Mai - juin 2024



# ENP 2024 : PARTIE 4




## QUESTIONNAIRE ÉTABLISSEMENT

 Retour vers le [sommaire](#)

## 4 sections :

- Données administratives
- Périmètre de l'enquête
- Capacité et charge en soins
- Organisation des soins

Enquête nationale de prévalence 2024  
Questionnaire établissement

### Données administratives

Raison sociale :  Finess géographique :  Finess juridique :

Région :  Département :  Code Postal :  Commune :

Statut juridique :  Public  ESPIC  Privé    Catégorie d'établissement :  EHPAD  Autre ESMS (FAM/EAM, MAS)

Option tarifaire :  Global  Partiel  Inconnu    Rattachement à un établissement de santé :  Non  Oui  Inconnu

Administrateur local (PrevIAS) :

### Périmètre de l'enquête

Données recueillies pour :  Un seul établissement (indiqué ci-dessus)  Un groupement d'établissements

*Si les données sont recueillies pour un groupe d'établissements, indiquer les établissements regroupés dans ce questionnaire :*

Raison sociale : <input type="text"/>	Finess géographique : <input type="text"/>	Finess juridique : <input type="text"/>
Raison sociale : <input type="text"/>	Finess géographique : <input type="text"/>	Finess juridique : <input type="text"/>
Raison sociale : <input type="text"/>	Finess géographique : <input type="text"/>	Finess juridique : <input type="text"/>
Raison sociale : <input type="text"/>	Finess géographique : <input type="text"/>	Finess juridique : <input type="text"/>
Raison sociale : <input type="text"/>	Finess géographique : <input type="text"/>	Finess juridique : <input type="text"/>

### Capacité et charge en soins

Capacité autorisée :   
(en nombre de lits d'internat complet)

Nombre de jours annuel d'hébergement en 2023 :   
(en nombre de jours d'hébergement complet ou partiel)

GIR moyen pondéré :   
(le plus récent)

PATHOS moyen pondéré :   
(le plus récent)

### Organisation des soins

Présence d'un médecin coordonnateur :  Non  Oui

Présence d'un correspondant en hygiène :  Non  Oui  Inconnu

Accès à un référent en antibiothérapie :  Non  Oui  Inconnu

Présence d'unité adaptée (USA, UVP, CANTOU, UGD, UDF, UHR) :  Non  Oui

Présence d'une IDEC :  Non  Oui  Inconnu

Accès à une expertise en hygiène :  Non  Oui  Inconnu

Procédure de réévaluation des prescriptions antibiotiques :  Non  Oui  Inconnu

Consommation totale annuelle de SHA en 2023 : (en litre)

Version du CA-SFM utilisée : (par le laboratoire de microbiologie de référence de l'établissement)  Antérieure au CA-SFM 2020  CA-SFM 2020 ou postérieure

Accompagnement de l'établissement par un professionnel de hygiène pour la réalisation de l'enquête :  Non  Oui

*Si oui, le professionnel spécialisé en hygiène appartient à :*

EMS  EMH  EOH  CPIas  Autre

Validation des infections et des traitements anti-infectieux :  Non  Oui

Enquête nationale de prévalence 2024  
Questionnaire établissement

Données administratives

Raison sociale :  Finess géographique :  Finess juridique :

Région :  Département :  Code Postal :  Commune :

Statut juridique :  Public  ESPIC  Privé    Catégorie d'établissement :  EHPAD  Autre EMS (FAM/EAM, MAS)

Option tarifaire :  Global  Partiel  Inconnu    Rattachement à un établissement de santé :  Non  Oui  Inconnu

Administrateur local (PreVIAS) :

Périphérie de l'enquête

Données recueillies pour :  Un seul établissement (indiqué ci-dessus)  Un groupe d'établissements

Si les données sont recueillies pour un groupe d'établissements, indiquer les établissements regroupés dans ce questionnaire :

Raison sociale :	<input type="text"/>	Finess géographique :	<input type="text"/>	Finess juridique :	<input type="text"/>
Raison sociale :	<input type="text"/>	Finess géographique :	<input type="text"/>	Finess juridique :	<input type="text"/>
Raison sociale :	<input type="text"/>	Finess géographique :	<input type="text"/>	Finess juridique :	<input type="text"/>
Raison sociale :	<input type="text"/>	Finess géographique :	<input type="text"/>	Finess juridique :	<input type="text"/>

Capacité et charge en soins

Capacité autorisée :  (en nombre de lits d'internat complet)    Nombre de jours annuel d'hébergement en 2023 :  (en nombre de jours d'hébergement complet ou partiel)

GR moyen pondéré :  (le plus récent)    PATHCO moyen pondéré :  (le plus récent)

Organisation des soins

Présence d'un médecin coordonnateur :  Non  Oui    Présence d'une IDEC :  Non  Oui  Inconnu

Présence d'un correspondant en hygiène :  Non  Oui  Inconnu    Accès à une expertise en hygiène :  Non  Oui  Inconnu

Accès à un référent en antibiothérapie :  Non  Oui  Inconnu    Procédure de réévaluation :  Non  Oui  Inconnu

Présence d'une unité adaptée (USA, UVP, CANTOU, USO, U...)

Version du CA-SFM utilisée de microbiologie de référence :

Accompagnement de l'établissement :

Si oui, le professionnel :  EMS  EMP

Validation des infections :

## SECTION « DONNÉES ADMINISTRATIVES »

- Les données sont pré-remplies dans l'application
- Le référent de l'enquête dans l'établissement vérifie les données pré-remplies dans le questionnaire au moment de la saisie dans PreVIAS

### Données administratives

Raison sociale :  Finess géographique :  Finess juridique :

Région :  Département :  Code Postal :  Commune :

Statut juridique :  Public  ESPIC  Privé    Catégorie d'établissement :  EHPAD  Autre EMS (FAM/EAM, MAS)

Option tarifaire :  Global  Partiel  Inconnu    Rattachement à un établissement de santé :  Non  Oui  Inconnu

Administrateur local (PreVIAS) :

## Données administratives

Raison sociale :	<input type="text"/>	Finess géographique :	<input type="text"/>	Finess juridique :	<input type="text"/>		
Région :	<input type="text"/>	Département :	<input type="text"/>	Code Postal :	<input type="text"/>	Commune :	<input type="text"/>
Statut juridique :	<input type="checkbox"/> Public	<input type="checkbox"/> ESPIC	<input type="checkbox"/> Privé	Catégorie d'établissement :	<input type="checkbox"/> EHPAD	<input type="checkbox"/> Autre EMS (FAM/EAM, MAS)	

Option tarifaire :  Global  Partiel  Inconnu    Rattachement à un établissement de santé :  Non  Oui  Inconnu

Administrateur local (PreVIAS) :

### ➤ **Données administratives de l'établissement :**

↪ Données **pré-remplies dans l'application** à partir des données Finess

↪ Dans le cas d'un groupement multi-sites, les données administratives correspondent à celles de **l'établissement référent du groupement**

↪ **Le référent de l'enquête vérifie les données pré-remplies auprès de l'administration**

➔ Dans PreVIAS : Les données peuvent être modifiées dans PreVIAS par l'administrateur local dans le menu *Administration / Gestion des établissements*

➤ Dans le cas d'une erreur sur les numéros de Finess géographique ou juridique, l'administrateur local contacte le support applicatif de PreVIAS

## Données administratives

Raison sociale :  Finess géographique :  Finess juridique :

Région :  Département :  Code Postal :  Commune :

Statut juridique :  Public  ESPIC  Privé      Catégorie d'établissement :  EHPAD  Autre EMS (FAM/EAM, MAS)

Option tarifaire :  Global  Partiel  Inconnu      Rattachement à un établissement de santé :  Non  Oui  Inconnu

Administrateur local (PrevIAS) :

### ➤ Renseigner l'option tarifaire de l'établissement

↪ Cocher tarif « **Global** » ou tarif « **Partiel** »

↪ Donnée **pré-remplie dans l'application** à partir des données Finess

↪ Si l'information n'est pas disponible, cocher « Inconnu »

## Données administratives

Raison sociale :  Finess géographique :  Finess juridique :

Région :  Département :  Code Postal :  Commune :

Statut juridique :  Public  ESPIC  Privé      Catégorie d'établissement :  EHPAD  Autre EMS (FAM/EAM, MAS)

Option tarifaire :  Global  Partiel  Inconnu      Rattachement à un établissement de santé :  Non  Oui  Inconnu

Administrateur local (PrevIAS) :

### ➤ Indiquer **si l'établissement est rattaché à un établissement de santé**

↺ Cocher « **Non** » ou « **Oui** »

↺ Donnée **pré-remplie dans l'application** à partir des données Finess

↺ Si l'information n'est pas disponible, cocher « Inconnu »



## Données administratives

Raison sociale :  Finess géographique :  Finess juridique :

Région :  Département :  Code Postal :  Commune :

Statut juridique :  Public  ESPIC  Privé      Catégorie d'établissement :  EHPAD  Autre EMS (FAM/EAM, MAS)

Option tarifaire :  Global  Partiel  Inconnu      Rattachement à un établissement de santé :  Non  Oui  Inconnu

Administrateur local (PreVIAS) :

### ➤ Utilisateur au profil « Administrateur local » pour l'établissement

↪ Données **pré-remplies dans l'application** à partir de l'annuaire national des CPIas

↪ L'administrateur local est préférentiellement le **réfèrent de l'enquête** dans l'établissement

↪ L'administrateur local dispose de **droits de gestion de l'établissement et des utilisateurs** de l'établissement (*cf. Annexe 6 page 72 pour le détail du profil de l'administrateur local*)

➔ Dans PreVIAS : Si aucun utilisateur n'est indiqué comme administrateur local, le réfèrent de l'enquête contacte le support applicatif de PreVIAS pour indiquer le Prénom, Nom et email de la personne désignée comme administrateur

# QUESTIONNAIRE ÉTABLISSEMENT

Enquête nationale de prévalence 2024  
Questionnaire établissement

Données administratives

Raison sociale : \_\_\_\_\_ Finess géographique : \_\_\_\_\_ Finess juridique : \_\_\_\_\_

Région : \_\_\_\_\_ Département : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Statut juridique :  Public  EPIC  Privé Catégorie d'établissement :  EHPAD  Awe ESMS (FAMEAM, MAS)

Option tarifaire :  Global  Partiel  Inconnu Rattachement à un établissement de santé :  Non  Oui  Inconnu

Administrateur local (PreVIAS) : \_\_\_\_\_

**Périmètre de l'enquête**

Données recueillies pour :  Un seul établissement (indiqué ci-dessus)  Un groupement d'établissements

*Si les données sont recueillies pour un groupe d'établissements, indiquer les établissements regroupés dans ce questionnaire :*

Raison sociale : _____	Finess géographique : _____	Finess juridique : _____
Raison sociale : _____	Finess géographique : _____	Finess juridique : _____
Raison sociale : _____	Finess géographique : _____	Finess juridique : _____
Raison sociale : _____	Finess géographique : _____	Finess juridique : _____
Raison sociale : _____	Finess géographique : _____	Finess juridique : _____

Capacité et charge en soins

Capacité autorisée : \_\_\_\_\_ Nombre de jours annuel d'hébergement en 2023 : \_\_\_\_\_  
(en nombre de lits d'internat complet) (en nombre de jours d'hébergement complet ou partiel)

GR moyen pondéré : \_\_\_\_\_ PATHCO moyen pondéré : \_\_\_\_\_  
(le plus récent) (le plus récent)

Organisation des soins

Présence d'un médecin coordonnateur :  Non  Oui Présence d'une IDEC :  Non  Oui  Inconnu

Présence d'un correspondant en hygiène :  Non  Oui  Inconnu Accès à une expertise en hygiène :  Non  Oui  Inconnu

Accès à un référent en antibiothérapie :  Non  Oui  Inconnu Procédure de réévaluation des prescriptions antibiotiques :  Non  Oui  Inconnu

Présence d'unité adaptée (USA, UVP, CANTOU, USQ, UDF, UHR) :  Non  Oui Consommation totale annuelle de SHA en 2023 (en lit-j) : \_\_\_\_\_

Version du CA-SFM utilisée : (par le laboratoire de microbiologie de référence de l'établissement)  Antérieur au CA-SFM 2020  CA-SFM 2020 ou postérieur

Accompagnement de l'établissement par un professionnel de hygiène pour la réalisation de l'enquête :  Non  Oui

*Si oui, le professionnel spécialisé en hygiène appartient à :*

EMS  EMH  ECH  CPas  Awe

Validation des infections et des traitements anti-infectieux :  Non  Oui

## SECTION « PÉRIMÈTRE DE L'ENQUÊTE »

- Le référent de l'enquête indique dans cette section si le questionnaire établissement est complété pour un seul établissement au sens du Finess géographique ou pour un groupement d'établissements
- Si le questionnaire établissement est complété pour un groupement multisites le référent de l'enquête **communiquera au support applicatif de PreVIAS la liste des établissements regroupés** (! Le rapport automatisé sera généré pour le groupement !)

### Périmètre de l'enquête

Données recueillies pour :  Un seul établissement (indiqué ci-dessus)  Un groupement d'établissements

*Si les données sont recueillies pour un groupe d'établissements, indiquer les établissements regroupés dans ce questionnaire :*

Raison sociale : _____	Finess géographique : _____	Finess juridique : _____
Raison sociale : _____	Finess géographique : _____	Finess juridique : _____
Raison sociale : _____	Finess géographique : _____	Finess juridique : _____
Raison sociale : _____	Finess géographique : _____	Finess juridique : _____
Raison sociale : _____	Finess géographique : _____	Finess juridique : _____

## Périmètre de l'enquête

Données recueillies pour :  Un seul établissement (indiqué ci-dessus)  Un groupement d'établissements

*Si les données sont recueillies pour un groupe d'établissements, indiquer les établissements regroupés dans ce questionnaire :*

Raison sociale :	<input type="text"/>	Finess géographique :	<input type="text"/>	Finess juridique :	<input type="text"/>
Raison sociale :	<input type="text"/>	Finess géographique :	<input type="text"/>	Finess juridique :	<input type="text"/>
Raison sociale :	<input type="text"/>	Finess géographique :	<input type="text"/>	Finess juridique :	<input type="text"/>
Raison sociale :	<input type="text"/>	Finess géographique :	<input type="text"/>	Finess juridique :	<input type="text"/>
Raison sociale :	<input type="text"/>	Finess géographique :	<input type="text"/>	Finess juridique :	<input type="text"/>

### ➤ Indiquer si le questionnaire établissement est renseigné pour un seul établissement

↪ Cocher « **Un seul établissement** » (recommandé) si le questionnaire établissement est renseigné pour un établissement au sens du Finess géographique

↪ Cocher « **Un groupement d'établissements** » si le questionnaire établissement est renseigné pour plusieurs établissements ou groupement multi-sites :

- appartenant à la **même entité juridique**
- présentant une **proximité géographique** (même département)
- présentant une **homogénéité d'organisation des soins**

➔ Saisie dans PreVIAS : si la case « Un groupement d'établissements » est cochée, il est obligatoire de renseigner au moins un établissement regroupé

## Périmètre de l'enquête

Données recueillies pour :  Un seul établissement (indiqué ci-dessus)  Un groupement d'établissements

*Si les données sont recueillies pour un groupe d'établissements, indiquer les établissements regroupés dans ce questionnaire :*

Raison sociale :	<input type="text"/>	Finess géographique :	<input type="text"/>	Finess juridique :	<input type="text"/>
Raison sociale :	<input type="text"/>	Finess géographique :	<input type="text"/>	Finess juridique :	<input type="text"/>
Raison sociale :	<input type="text"/>	Finess géographique :	<input type="text"/>	Finess juridique :	<input type="text"/>
Raison sociale :	<input type="text"/>	Finess géographique :	<input type="text"/>	Finess juridique :	<input type="text"/>
Raison sociale :	<input type="text"/>	Finess géographique :	<input type="text"/>	Finess juridique :	<input type="text"/>

*Si le questionnaire établissement fait l'objet d'un groupement d'établissements ou groupement multisites et après avoir communiqué à SpFrance la liste des établissements regroupés :*

➤ **Renseigner l'ensemble des établissements regroupés** dans le questionnaire établissement

↪ Ne pas indiquer l'établissement référent du groupement dans cette section dont les données sont indiquées dans la section « Données administratives »

➔ Saisie dans PreVIAS : le référent indique **l'ensemble des établissements groupés dans le questionnaire établissement**

La saisie des établissements regroupés s'effectue par **saisie prédictive** à partir soit de la raison sociale, soit du Finess géographique, soit du Finess juridique

Enquête nationale de prévalence 2024  
Questionnaire établissement

Données administratives

Raison sociale :  Finess géographique :  Finess juridique :

Région :  Département :  Code Postal :  Commune :

Statut juridique :  Public  EPIC  Privé Catégorie d'établissement :  EHPAD  Autre ESMS (FAMEAM, MAS)

Option tarifaire :  Global  Partiel  Inconnu Rattachement à un établissement de santé :  Non  Oui  Inconnu

Administrateur local (PheVAS) :

Périmètre de l'enquête

Données recueillies pour :  Un seul établissement (indiqué ci-dessus)  Un groupement d'établissements

Si les données sont recueillies pour un groupe d'établissements, indiquer les établissements regroupés dans ce questionnaire :

Raison sociale	<input type="text"/>	Finess géographique	<input type="text"/>	Finess juridique	<input type="text"/>
Raison sociale	<input type="text"/>	Finess géographique	<input type="text"/>	Finess juridique	<input type="text"/>
Raison sociale	<input type="text"/>	Finess géographique	<input type="text"/>	Finess juridique	<input type="text"/>
Raison sociale	<input type="text"/>	Finess géographique	<input type="text"/>	Finess juridique	<input type="text"/>
Raison sociale	<input type="text"/>	Finess géographique	<input type="text"/>	Finess juridique	<input type="text"/>

Capacité et charge en soins

Capacité autorisée :  (en nombre de lits d'internat complet) Nombre de jours annuel d'hébergement en 2023 :  (en nombre de jours d'hébergement complet ou partiel)

GIR moyen pondéré :  (le plus récent) PATHOS moyen pondéré :  (le plus récent)

Organisation des soins

Présence d'un médecin coordonnateur :  Non  Oui Présence d'un ESC :  Non  Oui  Inconnu

Présence d'un correspondant en hygiène :  Non  Oui  Inconnu Accès à une expertise en hygiène :  Non  Oui  Inconnu

Accès à un référent en antibiothérapie :  Non  Oui  Inconnu Procédure de réévaluation des prescriptions antibiotiques :  Non  Oui  Inconnu

Présence d'une unité adaptée (USA, UVP, CANTOU, USO, UDF, UHR) :  Non  Oui Consommation totale annuelle de SHA en 2023 (en lits) :

Version du CA-SFM utilisée : (par le laboratoire de microbiologie de référence de l'établissement)  Antérieure au CA-SFM 2020  CA-SFM 2020  CA-SFM 2020 ou postérieur

Accompagnement de l'établissement par un professionnel de hygiène pour la réalisation de l'enquête :  Non  Oui

Si oui, le professionnel spécialisé en hygiène appartient à :  EMS  EMH  ECH  CPas  Autre

Validation des infections et des traitements antibiotiques :  Non  Oui

## SECTION « CAPACITÉ ET CHARGE EN SOINS »

- Le référent de l'enquête dans l'établissement recueille les données auprès de son administration
- Pour un groupe multisites, les données sont recueillies pour l'ensemble des établissements du groupement

### Capacité et charge en soins

Capacité autorisée :   
(en nombre de lits d'internat complet)

Nombre de jours annuel d'hébergement en 2023 :   
(en nombre de jours d'hébergement complet ou partiel)

GIR moyen pondéré :   
(le plus récent)

PATHOS moyen pondéré :   
(le plus récent)

## Capacité et charge en soins

Capacité autorisée :   
(en nombre de lits d'internat complet)

Nombre de jours annuel d'hébergement en 2023 :   
(en nombre de jours d'hébergement complet ou partiel)

GIR moyen pondéré :   
(le plus récent)

PATHOS moyen pondéré :   
(le plus récent)

### ➤ Indiquer la capacité autorisée de l'établissement au moment de l'enquête

↪ Renseigner la capacité en nombre de lits d'internat complet

↪ Donnée pré-remplie dans l'application à partir des données Finess

➔ Saisie dans PreVIAS : Le référent de l'enquête vérifie la donnée pré-remplie auprès de l'administration

## Capacité et charge en soins

Capacité autorisée :   
(en nombre de lits d'internat complet)

GIR moyen pondéré :   
(le plus récent)

Nombre de jours annuel d'hébergement en 2023 :   
(en nombre de jours d'hébergement complet ou partiel)

PATHOS moyen pondéré :   
(le plus récent)

➤ **Indiquer le nombre de jours annuel d'hébergement en 2023**

↪ Renseigner en **jours d'hébergement complet** (permanent ou temporaire) **ou partiel**

## Capacité et charge en soins

Capacité autorisée :   
(en nombre de lits d'internat complet)

Nombre de jours annuel d'hébergement en 2023 :   
(en nombre de jours d'hébergement complet ou partiel)

GIR moyen pondéré :   
(le plus récent)

PATHOS moyen pondéré :   
(le plus récent)

➤ **Indiquer les dernières estimations connues du GIR et du PATHOS moyens pondérés de l'EHPAD par rapport à la date de l'enquête**

↔ Renseigner en **jours d'hébergement complet** (permanent ou temporaire) **ou partiel**

↔ A renseigner **uniquement pour les EHPAD**

➔ Saisie dans PreVIAS : Les champs sont grisés non cliquables pour les catégories d'établissement hors EHPAD

Le GIR doit être compris entre 250 et 1000

Le PATHOS doit être compris entre 100 et 400

Si l'information n'est pas disponible, coder « INC » sur le questionnaire au format papier et cocher « Inconnu » sur le questionnaire numérique



# QUESTIONNAIRE ÉTABLISSEMENT



## SECTION « ORGANISATION DES SOINS »

- Le référent de l'enquête dans l'établissement recueille les données auprès de son administration
- Pour un groupe multisites, les données sont recueillies pour l'ensemble des établissements du groupement

**Données administratives**

Raison sociale :  Finess géographique :  Finess juridique :

Région :  Département :  Code Postal :  Commune :

Statut juridique :  Public  ESPIG  Privé  Catégorie d'établissement :  EHPAD  Aule EMS (FAMEAM, MAS)

Option sanitaire :  Global  Paris  Paris  Inconnu  Rattachement à un établissement de santé :  Non  Oui  Inconnu

Administrateur local (PheVAS) :

**Périmètre de l'enquête**

Données recueillies pour :  Un seul établissement (indiqué ci-dessus)  Un groupement d'établissements

*Si les données sont recueillies pour un groupe d'établissements, indiquer les établissements regroupés dans ce questionnaire :*

Raison sociale :	Finess géographique :	Finess juridique :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Raison sociale :	Finess géographique :	Finess juridique :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Raison sociale :	Finess géographique :	Finess juridique :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Raison sociale :	Finess géographique :	Finess juridique :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Capacité et charge en soins**

Capacité autorisée :  Nombre de jours annuels d'hébergement en 2023 :   
(en nombre de lits d'admission complet) (en nombre de jours d'hébergement complet ou partie)

QIP moyen pondéré :  PACTICB moyen pondéré :   
(le plus récent) (le plus récent)

**Organisation des soins**

Présence d'un médecin coordonnateur :  Non  Oui  Inconnu  Présence d'une IDEC :  Non  Oui  Inconnu

Présence d'un correspondant en hygiène :  Non  Oui  Inconnu  Accès à une expertise en hygiène :  Non  Oui  Inconnu

Accès à un référent en antibiothérapie :  Non  Oui  Inconnu  Procédure de réévaluation des prescriptions antibiotiques :  Non  Oui  Inconnu

Présence d'unité adaptée (USA, UVP, CANTOU, UGD, UDF, UHR) :  Non  Oui  Consommation totale annuelle de SHA en 2023 : (en litre)

Version du CA-SFM utilisée : (par le laboratoire de microbiologie de référence de l'établissement)  Antérieure au CA-SFM 2020  CA-SFM 2020 ou postérieure

Accompagnement de l'établissement par un professionnel de l'hygiène pour la réalisation de l'enquête :  Non  Oui

*Si oui, le professionnel spécialisé en hygiène appartient à :*

EMS  EMH  EOH  CPias  Autre

Validation des infections et des traitements anti-infectieux :  Non  Oui

### Organisation des soins

Présence d'un médecin coordonnateur :  Non  Oui

Présence d'une IDEC :  Non  Oui  Inconnu

Présence d'un correspondant en hygiène :  Non  Oui  Inconnu

Accès à une expertise en hygiène :  Non  Oui  Inconnu

Accès à un référent en antibiothérapie :  Non  Oui  Inconnu

Procédure de réévaluation des prescriptions antibiotiques :  Non  Oui  Inconnu

Présence d'unité adaptée : (USA, UVP, CANTOU, UGD, UDF, UHR)  Non  Oui

Consommation totale annuelle de SHA en 2023 : (en litre)

Version du CA-SFM utilisée : (par le laboratoire de microbiologie de référence de l'établissement)  Antérieure au CA-SFM 2020  CA-SFM 2020 ou postérieure

Accompagnement de l'établissement par un professionnel de l'hygiène pour la réalisation de l'enquête :  Non  Oui

*Si oui, le professionnel spécialisé en hygiène appartient à :*

EMS  EMH  EOH  CPias  Autre

Validation des infections et des traitements anti-infectieux :  Non  Oui

## Organisation des soins

Présence d'un médecin coordonnateur :  Non  Oui

Présence d'une IDEC :  Non  Oui  Inconnu

Présence d'un correspondant en hygiène :  Non  Oui  Inconnu

Accès à une expertise en hygiène :  Non  Oui  Inconnu

Accès à un référent en antibiothérapie :  Non  Oui  Inconnu

Procédure de réévaluation des prescriptions antibiotiques :  Non  Oui  Inconnu

Présence d'unité adaptée :  Non  Oui  
(USA, UVP, CANTOU, UGD, UDF, UHR)

Consommation totale annuelle de SHA en 2023 : (en litre)

Version du CA-SFM utilisée : (par le laboratoire de microbiologie de référence de l'établissement)  Antérieure au CA-SFM 2020  CA-SFM 2020 ou postérieure

Accompagnement de l'établissement par un professionnel de l'hygiène pour la réalisation de l'enquête :  Non  Oui

Si oui, le professionnel spécialisé en hygiène appartient à :

EMS  EMH  EOH  CPias  Autre

Validation des infections et des traitements anti-infectieux :  Non  Oui

➤ **Indiquer si un médecin coordonnateur est nommé dans l'établissement**

↩ Cocher « **Non** » ou « **Oui** »

↩ La réponse inconnue n'est pas admise

➤ **Indiquer si une infirmière diplômée d'état de coordination (IDEC) ou cadre ou référente paramédicale exerce dans l'établissement**

↩ Cocher « **Non** » ou « **Oui** »

## Organisation des soins

Présence d'un médecin coordonnateur :  Non  Oui

Présence d'une IDEC :  Non  Oui  Inconnu

Présence d'un correspondant en hygiène :  Non  Oui  Inconnu

Accès à une expertise en hygiène :  Non  Oui  Inconnu

Accès à un référent en antibiothérapie :  Non  Oui  Inconnu

Procédure de réévaluation des prescriptions antibiotiques :  Non  Oui  Inconnu

Présence d'unité adaptée :  Non  Oui  
(USA, UVP, CANTOU, UGD, UDF, UHR)

Consommation totale annuelle de SHA en 2023 : (en litre)

Version du CA-SFM utilisée : (par le laboratoire de microbiologie de référence de l'établissement)  Antérieure au CA-SFM 2020  CA-SFM 2020 ou postérieure

Accompagnement de l'établissement par un professionnel de l'hygiène pour la réalisation de l'enquête :  Non  Oui

Si oui, le professionnel spécialisé en hygiène appartient à :

EMS  EMH  EOH  CPias  Autre

Validation des infections et des traitements anti-infectieux :  Non  Oui

➤ **Indiquer si au moins un correspondant ou référent en hygiène est identifié parmi le personnel de l'établissement**

↪ Cocher « **Non** » ou « **Oui** »

➤ **Indiquer si l'établissement dispose de l'accès à une expertise en hygiène au moment de l'enquête**

↪ Possibilité d'obtenir une intervention d'un professionnel de santé spécialisé en hygiène dédiée ou contractualisée ou au moyen d'une convention : **équipe opérationnelle in situ, ou inter-établissements ou d'une EMH**

↪ Exclure le recours au personnel du CPias

↪ Cocher « **Non** » ou « **Oui** »

## Organisation des soins

Présence d'un médecin coordonnateur :  Non  Oui

Présence d'une IDEC :  Non  Oui  Inconnu

Présence d'un correspondant en hygiène :  Non  Oui  Inconnu

Accès à une expertise en hygiène :  Non  Oui  Inconnu

Accès à un référent en antibiothérapie :  Non  Oui  Inconnu

Procédure de réévaluation des prescriptions antibiotiques :  Non  Oui  Inconnu

Présence d'unité adaptée :  Non  Oui  
(USA, UVP, CANTOU, UGD, UDF, UHR)

Consommation totale annuelle de SHA en 2023 : (en litre)

Version du CA-SFM utilisée : (par le laboratoire de microbiologie de référence de l'établissement)  Antérieure au CA-SFM 2020  CA-SFM 2020 ou postérieure

Accompagnement de l'établissement par un professionnel de l'hygiène pour la réalisation de l'enquête :  Non  Oui

Si oui, le professionnel spécialisé en hygiène appartient à :

EMS  EMH  EOH  CPias  Autre

Validation des infections et des traitements anti-infectieux :  Non  Oui

➤ Indiquer si l'établissement dispose d'un accès à un référent en antibiothérapie au moment de l'enquête

↪ Possibilité d'obtenir rapidement un conseil diagnostique ou thérapeutique (par téléphone ou consultation) auprès d'un professionnel de santé spécialisé ou formé en antibiothérapie : infectiologue d'un ES ; référent ATB d'une EMA

↪ Exclure le recours aux professionnel des CRAtb

↪ Cocher « Non » ou « Oui »

➤ Indiquer si l'établissement dispose d'une procédure formelle de réévaluation de l'antibiothérapie

↪ Document de bonne pratique visant la maîtrise de la consommation d'antibiotiques

↪ Cocher « Non » ou « Oui »

## Organisation des soins

Présence d'un médecin coordonnateur :  Non  Oui

Présence d'une IDEC :  Non  Oui  Inconnu

Présence d'un correspondant en hygiène :  Non  Oui  Inconnu

Accès à une expertise en hygiène :  Non  Oui  Inconnu

Accès à un référent en antibiothérapie :  Non  Oui  Inconnu

Procédure de réévaluation des prescriptions antibiotiques :  Non  Oui  Inconnu

Présence d'unité adaptée :  Non  Oui  
(USA, UVP, CANTOU, UGD, UDF, UHR)

Consommation totale annuelle de SHA en 2023 : (en litre)

Version du CA-SFM utilisée : (par le laboratoire de microbiologie de référence de l'établissement)  Antérieure au CA-SFM 2020  CA-SFM 2020 ou postérieure

Accompagnement de l'établissement par un professionnel de l'hygiène pour la réalisation de l'enquête :  Non  Oui

*Si oui*, le professionnel spécialisé en hygiène appartient à :

EMS  EMH  EOH  CPias  Autre

Validation des infections et des traitements anti-infectieux :  Non  Oui

➤ **Indiquer si l'établissement comporte au moins une unité d'hébergement complet aménagée, adaptée à la prise en charge des résidents en situation de perte d'autonomie psychique ou physique**

↪ Concerne **uniquement les EHPAD**

↪ Concerne les unités de soins adaptés (USA), unités de vie protégées (UVP), CANTOU, unités grands dépendants (UGD), unités grands fragiles (UGF), unités Cocooning, unités d'hébergement renforcées (UHR)

➔ Saisie dans PreVIAS : Champ grisé et non accessible si l'établissement n'est pas un EHPAD (FAM, MAS, EAM)

## Organisation des soins

Présence d'un médecin coordonnateur :  Non  Oui

Présence d'une IDEC :  Non  Oui  Inconnu

Présence d'un correspondant en hygiène :  Non  Oui  Inconnu

Accès à une expertise en hygiène :  Non  Oui  Inconnu

Accès à un référent en antibiothérapie :  Non  Oui  Inconnu

Procédure de réévaluation des prescriptions antibiotiques :  Non  Oui  Inconnu

Présence d'unité adaptée :  Non  Oui  
(USA, UVP, CANTOU, UGD, UDF, UHR)

Consommation totale annuelle de SHA en 2023 : (en litre)

Version du CA-SFM utilisée : (par le laboratoire de microbiologie de référence de l'établissement)  Antérieure au CA-SFM 2020  CA-SFM 2020 ou postérieure

Accompagnement de l'établissement par un professionnel de l'hygiène pour la réalisation de l'enquête :  Non  Oui

*Si oui*, le professionnel spécialisé en hygiène appartient à :

EMS  EMH  EOH  CPias  Autre

Validation des infections et des traitements anti-infectieux :  Non  Oui

➤ **Renseigner la quantité de solution hydro-alcoolique utilisée par l'établissement pour l'hygiène des mains des soignants et/ou résidents**

↪ **Au cours de l'année 2023**

↪ **Exprimer en litres**

↪ Remplacer par la **quantité de SHA achetée** si l'information sur la quantité utilisée n'est pas disponible

➔ **Saisie dans PreVIAS** : Champ grisé non accessible si EMS hors EHPAD (FAM, MAS, EAM)

## Organisation des soins

Présence d'un médecin coordonnateur :  Non  Oui

Présence d'une IDEC :  Non  Oui  Inconnu

Présence d'un correspondant en hygiène :  Non  Oui  Inconnu

Accès à une expertise en hygiène :  Non  Oui  Inconnu

Accès à un référent en antibiothérapie :  Non  Oui  Inconnu

Procédure de réévaluation des prescriptions antibiotiques :  Non  Oui  Inconnu

Présence d'unité adaptée : (USA, UVP, CANTOU, UGD, UDF, UHR)  Non  Oui

Consommation totale annuelle de SHA en 2023 : (en litre)

Version du CA-SFM utilisée : (par le laboratoire de microbiologie de référence de l'établissement)  Antérieure au CA-SFM 2020  CA-SFM 2020 ou postérieure

Accompagnement de l'établissement par un professionnel de l'hygiène pour la réalisation de l'enquête :  Non  Oui

Si oui, le professionnel spécialisé en hygiène appartient à :

EMS  EMH  EOH  CPias  Autre

Validation des infections et des traitements anti-infectieux :  Non  Oui

➤ **Indiquer la version des recommandations du Comité de l'antibiogramme de la société française de microbiologie (CA-SFM) utilisée par le laboratoire de microbiologie de référence de l'établissement**

↪ Indiquer la **version utilisée au moment de l'enquête**

↪ Donnée acquise auprès du laboratoire de microbiologie de référence de l'établissement

↪ Nécessaire pour le codage de la sensibilité des Micro organismes

## Organisation des soins

Présence d'un médecin coordonnateur :  Non  Oui

Présence d'une IDEC :  Non  Oui  Inconnu

Présence d'un correspondant en hygiène :  Non  Oui  Inconnu

Accès à une expertise en hygiène :  Non  Oui  Inconnu

Accès à un référent en antibiothérapie :  Non  Oui  Inconnu

Procédure de réévaluation des prescriptions antibiotiques :  Non  Oui  Inconnu

Présence d'unité adaptée :  Non  Oui  
(USA, UVP, CANTOU, UGD, UDF, UHR)

Consommation totale annuelle de SHA en 2023 : (en litre)

Version du CA-SFM utilisée : (par le laboratoire de microbiologie de référence de l'établissement)  Antérieure au CA-SFM 2020  CA-SFM 2020 ou postérieure

Accompagnement de l'établissement par un professionnel de l'hygiène pour la réalisation de l'enquête :  Non  Oui

Si oui, le professionnel spécialisé en hygiène appartient à :

EMS  EMH  EOH  CPias  Autre

Validation des infections et des traitements anti-infectieux :  Non  Oui

➤ **Indiquer la réalisation de l'ENP 2024 dans l'établissement a été accompagnée par un ou plusieurs professionnels de santé spécialisé en hygiène**

↪ Le professionnel de santé spécialisé en hygiène **doit avoir pris part à l'enquête en tant que membre de l'équipe en charge de l'enquête ou en tant que soutien de l'équipe**

*Si le champ « Accompagnement de l'établissement par un professionnel de l'hygiène pour la réalisation de l'enquête » est coché « Oui » :*

➤ **Renseigner l'appartenance du professionnel de santé spécialisé en hygiène**

↪ Cocher l'une des 5 propositions : **EMS** (établissement enquêté), **EMH**, **EOH**, **CPias**, **Autre**



## Organisation des soins

Présence d'un médecin coordonnateur :  Non  Oui

Présence d'une IDEC :  Non  Oui  Inconnu

Présence d'un correspondant en hygiène :  Non  Oui  Inconnu

Accès à une expertise en hygiène :  Non  Oui  Inconnu

Accès à un référent en antibiothérapie :  Non  Oui  Inconnu

Procédure de réévaluation des prescriptions antibiotiques :  Non  Oui  Inconnu

Présence d'unité adaptée :  Non  Oui  
(USA, UVP, CANTOU, UGD, UDF, UHR)

Consommation totale annuelle de SHA en 2023 : (en litre)

Version du CA-SFM utilisée : (par le laboratoire de microbiologie de référence de l'établissement)  Antérieure au CA-SFM 2020  CA-SFM 2020 ou postérieure

Accompagnement de l'établissement par un professionnel de l'hygiène pour la réalisation de l'enquête :  Non  Oui

Si oui, le professionnel spécialisé en hygiène appartient à :

EMS  EMH  EOH  CPias  Autre

Validation des infections et des traitements anti-infectieux :  Non  Oui

↩ Reprendre la présentation

[Partie 3 : organisation de l'enquête – en amont de l'enquête](#)

### ➤ Indiquer si la validation des IAS et des traitements AI renseignés dans les questionnaires résident a été réalisé par un médecin

↩ Médecin traitant des résidents enquêtés, médecin coordonnateur, médecin hygiéniste, etc.

↩ cf. rôle du correspondant médical page 15

↩ La réponse inconnue n'est pas admise

# ENP 2024 : PARTIE 5

## QUESTIONNAIRE RÉSIDENT




 Retour vers le [sommaire](#)

# QUESTIONNAIRE RÉSIDENT

## 5 sections :

- Identification du résident
- Caractéristiques du résident
- Dispositif(s) invasif(s)
- Traitement(s) anti-infectieux
- Infection(s) associée(s) aux soins

Enquête nationale de prévalence 2024  
Questionnaire résident

---

**Identification du résident**

Date de l'enquête :  ID résident :  Donné par l'applicateur 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 :  Non  Oui  Inconnu Intervention chirurgicale :  Non  Oui  Inconnu  
(dans les 3 mois) (dans les 30 jours)

Présence d'escarre :  Non  Oui Si Oui préciser le grade :  1  2  3  4

Désorientation :  Non  Oui  Inconnu

Mobilité :  Ambulant  En fauteuil roulant  Allié  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 (PCI, ATC, nom commercial) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Durée prévue du traitement (en jours) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Contexte de prescription (Curatif, Prophyl.) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnostic associé au traitement :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Réévaluation de l'antibiothérapie : <small>(Non, Oui - dans les 72h, Oui - au-delà de 72h)</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

---

**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 :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<u>Si CLOD</u> , acquisition de l'infection dans l'établissement : <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible
<u>Si CAT</u> , type de cathéter à l'origine de l'infection : <small>(CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Micro-organisme(s) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sensibilité MO (ATB - SIR) : <small>Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

# QUESTIONNAIRE RÉSIDENT

Enquête nationale de prévalence 2024  
Questionnaire résident

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 - UOD  Oui - UHR  
Hospitalisation (des 3 mois) :  Non  Oui  Inconnu Intervention chirurgicale :  Non  Oui  Inconnu (des 30 jours)  
Présence d'escarre :  Non  Oui *Si oui préciser le grade : 1 2 3 4*  
Déorientation :  Non  Oui  Inconnu  
Mobilité :  Ambulant  En fauteuil roulant  ABB  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  Membre  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 (ou ATC non commercial)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Voie d'administration (ou M, SC, O, I)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Durée prévue du traitement (en jours)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Contexte de prescription (court, moyen)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnostic associé au traitement	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Réévaluation de l'antibiothérapie : Oui - sans motif <input type="checkbox"/> Oui - avec motif <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu de prescription (avis, ex, aux)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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*

Stévo infectieux :  Oui  Non  
*Stévo acquisition de l'infection dans l'établissement*  
 Oui  Non  Inconnu  
*Stévo type de cathéter à l'origine de l'infection (VAP, Membre, CDC, CIV, PICC, CVC)*

Micro-organisme(s) :   
Sensibilité MO (ATB - SIR) :   
*Au moins, si l'un des MO doit se déclarer sans antibiotique*

## SECTION « IDENTIFICATION DU RÉSIDENT »

- **Sur support papier** : permet de relier le questionnaire résident au dossier médical du résident
- **Sur support numérique** : permet d'anonymiser les données saisies dans PreVIAS

### Identification du résident

Date de l'enquête :

ID résident :

*Donné par l'application*

NOM et Prénom du résident :

# IDENTIFICATION DU RÉSIDENT



## Identification du résident

Date de l'enquête :

ID résident :

*Donné par  
l'application*

NOM et Prénom du résident :

➤ **Noter la date du jour de l'enquête pour le résident inclus**

↶ Noter la date **au format JJ/MM/AAAA**

↶ Date identique dans un même secteur ou unité de vie

➔ Saisie dans PreVIAS : mémorisation de la date du dernier questionnaire enregistré reportée dans les questionnaires suivants

## Identification du résident

Date de l'enquête :

ID résident :

*Donné par  
l'application*

NOM et Prénom du résident :

➤ Inscrire **le NOM et le prénom du résident** au moment du recueil de données

↪ Coupon présent **uniquement sur le questionnaire au format papier**

➔ Saisie dans PreVIAS : ce champ n'est pas présent sur le questionnaire résident dans l'application PreVIAS pour anonymiser les données

## Identification du résident

Date de l'enquête :

ID résident :

*Donné par  
l'application*

NOM et Prénom du résident :

➤ **Reporter l'identifiant du questionnaire résident** généré automatiquement par l'application PreVIAS **sur le questionnaire résident au format papier**

↳ L'application PreVIAS génère à l'enregistrement / validation du questionnaire un identifiant unique « **EMS2024 - ID QE - ID QR** », dont seule la dernière partie est à reporter

*Exemple : ID généré par l'application après la saisie d'un questionnaire :*

***EMS2024-2365-0012** → reporter sur le questionnaire papier « 12 »*

↳ *Le couple ID résident – Nom Prénom du résident sur chaque questionnaire résident sur support papier permet de faire la correspondance entre le questionnaire sur support numérique (saisi dans PreVIAS) et le dossier médical du résident dans l'établissement*

➔ Saisie dans PreVIAS : l'identifiant du questionnaire résident ne peut pas être modifié dans l'application

Enquête nationale de prévalence 2024  
Questionnaire résident

Identification du résident  
Date de l'enquête : [ ] ID résident : [ ] Zoned par région : [ ] 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  Membre  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 (ou, ATC, non commercial)				
Voie d'administration (ou, M, SC, O, I)				
Durée prévue du traitement (en jours)				
Contexte de prescription (court, moyen)				
Diagnostic associé au traitement				
Réévaluation de l'antibiothérapie (oui, oui sans en CI, oui - arrêté de TR)				
Lieu de prescription (avis, en, aux)				

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*

Stevens infectieux :  Non  Oui  
SICUQ acquisition de l'infection dans l'établissement :  Non  Oui  
SICUQ type de cathéter à l'origine de l'infection (CVC, Membre, CVC, CVC, PICC, CVC)  
Micro-organisme(s) : [ ]  
Sensibilité MO (ATB - SIR) : [ ]  
Au verso, si lieu des ICI doit être renseigné sans antériorité

## SECTION « CARACTÉRISTIQUES DU RÉSIDENT »

### • A compléter pour tous les résidents éligibles

- Par rapport à Prev'Ehpad 2016 : informations renseignées dans la fiche récapitulative (tableau) et par questionnaire uniquement pour les résidents infectés ou traités par anti-infectieux
- Complété par **les enquêteurs** à partir du **dossier du résident** (médical, infirmier, prescriptions...)

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

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





# QUESTIONNAIRE RÉSIDENT

➤ **Exemple** : pour un **résident sans dispositif invasif, sans traitements AI, sans IAS**

Enquête nationale de prévalence 2024  
Questionnaire résident







---

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

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

---

Traitement(s) anti-infectieux  Non  Oui

---

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

Partie à compléter

Cocher non  
(coché non par défaut dans PreVIAS)

## 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 :  Non  Oui  Inconnu  
(dans les 3 mois)

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

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

### ➤ Renseigner l'année de naissance du résident au moment de l'enquête

↪ Noter l'année de naissance au format AAAA

↪ L'année de naissance remplace la date de naissance dans Prev'Ehpad 2016

➔ Saisie dans PrevlAS : Saisir une année comprise entre 1904 et 1990

Si l'information n'est pas disponible, coder « INC » sur le questionnaire au format papier et cocher « Inconnu » sur le questionnaire numérique

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

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

➤ **Cocher la case correspondant au **sexe du résident****

↔ Cocher « **Féminin** » ou « **Masculin** »

↔ La réponse inconnue n'est pas admise

➔ Saisie dans PreVIAS : cocher obligatoirement une case

## 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 :  Non  Oui  Inconnu (dans les 3 mois)

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

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

➤ **Noter le code ou le nom du secteur ou unité de vie prenant en charge le résident**

↪ **Champ facultatif** (à usage interne à l'établissement)

↪ Utilisé pour stratifier les résultats dans le rapport automatisé

➔ Saisie dans PreVIAS : limité à 30 caractères

Il est possible de laisser le champ vide

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

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

### ➤ Indiquer si le résident est pris en charge dans une unité adaptée à la perte d'autonomie psychique et/ou physique

↪ Cocher l'une des 4 propositions :

**Oui - USA** : le résident est pris en charge dans une unité de soins adaptés (USA) ou une unité protégée (UP) ou un CANTOU ou apparenté

**Oui - UGD** : le résident est pris en charge dans une unité grand dépendant (UGD) ou une unité grand fragile (UGF) ou une unité Cocooning ou apparenté

**Oui - UHR** : le résident est pris en charge dans une unité d'hébergement renforcée (UHR)

**Non** : le résident n'est pas pris en charge dans l'une ou l'autre de ces unités adaptées

➔ Saisie dans PreVIAS : cocher obligatoirement une case si l'établissement présente une unité adaptée, c'est-à-dire si la variable du QE « Présence d'unité adapté » est codée « Oui »

Le champ est pré-rempli par « Non » si la variable du QE « Présence d'unité adapté » est codée « Non » ou est grisée (*i.e.* l'établissement n'est pas un EHPAD)

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

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

➤ **Indiquer si le résident a été hospitalisé dans un établissement de santé**

↪ **Au cours de 3 mois précédant le jour de l'enquête**

↪ **Cocher « Non » ou « Oui »**

➔ **Saisie dans PreVIAS** : cocher obligatoirement une case

Cocher « Inconnu » si l'information n'est pas disponible

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

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

### ➤ Indiquer si le **résident a été opéré**

↪ Dans les 30 jours précédant le jour de l'enquête

↪ Mise en œuvre d'une (ou plusieurs) procédure(s) chirurgicale(s) effectuée(s) lors d'un seul passage au bloc opératoire (cf. *guide de l'enquêteur page 33 pour la liste des actes réalisés en interventionnel exclus*)

↪ Cocher « **Non** » ou « **Oui** »

➔ Saisie dans PreVIAS : cocher obligatoirement une case  
Cocher « Inconnu » si l'information n'est pas disponible

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

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

Documenter la présence d'escarre chez le résident le jour de l'enquête :

➤ **Indiquer si le résident présente une escarre le jour de l'enquête**

↳ Cocher « Non » ou « Oui »

Si le champ « Présence d'escarre » est coché « Oui » :

➤ **Indiquer le grade (ou stade) de l'escarre codé de 1 à 4** (cf. guide de l'enquêteur page 34 pour la description des grades d'escarre)

➔ Saisie dans PreVIAS : cocher obligatoirement une case pour « Présence d'escarre » et cocher obligatoirement une case pour le champ « Préciser le grade » si « Présence d'escarre » est coché « Oui »



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

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

➤ **Indiquer si le résident présente des périodes de confusion et/ou des troubles neurocognitifs au moment de l'enquête**

↪ Cocher « Non » ou « Oui »

➔ Saisie dans PreVIAS : cocher obligatoirement une case

Cocher « Inconnu » si l'information n'est pas disponible

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

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

### ➤ Indiquer la mobilité du résident au moment de l'enquête

↪ Cocher l'une des 3 situations : « Ambulant », « En fauteuil roulant » ou « alité »

➔ Saisie dans PreVIAS : cocher obligatoirement une case  
Cocher « Inconnu » si l'information n'est pas disponible

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

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

➤ **Cocher « Oui » si le résident est incontinent au moment de l'enquête**

↪ Incontinence urinaire ou fécale

↪ Cocher « Non » ou « Oui »

➔ Saisie dans PreVIAS : cocher obligatoirement une case

Cocher « Inconnu » si l'information n'est pas disponible

↪ Reprendre la présentation  
[Partie 3 : organisation de l'enquête](#)  
– le jour de l'enquête

Enquête nationale de prévalence 2024  
Questionnaire résident

Identification du résident  
Date de l'enquête : [ ] ID résident : [ ] Domicile par rapport : [ ] 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 - UOD  Oui - LHR  
Hospitalisation (des 3 mois) :  Non  Oui  Inconnu Intervention chirurgicale :  Non  Oui  Inconnu (des 30 jours)  
Présence d'escarre :  Non  Oui  Inconnu Si oui, préciser le grade : 1  2  3  4  
Déorientation :  Non  Oui  Inconnu  
Mobilité :  Ambulant  En fauteuil roulant  ABB  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 (ou ATC, non commercial)				
Voie d'administration (ou, si, SC, O, I)				
Durée prévue du traitement (en jours)				
Contexte de prescription (court, moyen)				
Diagnostic associé au traitement				
Réévaluation de l'antibiothérapie : Oui - sans en CI, Oui - avec en CI, Non				
Lieu de prescription (avis, en, aux)				

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 : [ ]  
SICUO acquisition de l'infection dans l'établissement :  Certaine  Possible  Certaine  Possible  Certaine  Possible  
SICUO type de cathéter à l'origine de l'infection : [ ]  
MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3

Micro-organisme(s) : [ ]  
Sensibilité MO (ATB - SIRS) : [ ]

## SECTION « DISPOSITIF(S) INVASIF(S) »

- Renseigner le ou les dispositifs invasifs à demeure chez le résident le jour de l'enquête
- A partir du dossier médical du résident et confirmé le jour de l'enquête auprès du résident au moment de l'enquête
- Renseigné par l'enquêteur et confirmé par le personnel de santé du secteur ou unité de vie

**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

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

## ➤ Indiquer si le résident est porteur d'au moins un dispositif invasif le jour de l'enquête

↵ Sonde urinaire ou cathéters vasculaires

↵ Cocher « **Non** » ou « **Oui** »

↵ La réponse inconnue n'est pas admise

➔ Saisie dans PreVIAS : la section est cochée « Non » par défaut dans PreVIAS

Si le champ « Dispositif(s) invasif(s) » est coché « Oui », la section s'ouvre et propose l'ensemble des champs de la section

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

*Si le champ « Dispositif(s) invasif(s) » est coché « Oui » :*

➤ Indiquer si le **résident est porteur d'une sonde urinaire à demeure le jour de l'enquête**

↪ **Inclure tout dispositif endo-urinaire (sonde vésicale, cathéter sus-pubien, sonde urétérale)**

↪ **Exclure** les sondages évacuateurs ou intermittents (auto-sondage ou hétéro-sondage) et dispositifs externe (étui pénien) coché « Non »

➔ **Saisie dans PreVIAS** : cocher obligatoirement une case pour le champ « Sonde urinaire » si « Dispositif(s) invasif(s) est coché « Oui »

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

Si le champ « Dispositif(s) invasif(s) » est coché « Oui » :

➤ **Indiquer si résident est porteur d'au moins un cathéter à demeure le jour de l'enquête**

↪ Inclure tous les **cathéters vasculaires en place le jour de l'enquête**

↪ Cocher « **Non** » ou « **Oui** » :

➤ **Renseigner le type de cathéter**

↪ Cocher **un ou plusieurs cathéters parmi les 6 indiqués** : cathéter veineux périphérique, cathéter Midline, cathéter sous cutané, cathéter veineux central, cathéter central à insertion périphérique (PICC), chambre à cathéter implantable (*cf. guide de l'enquêteur page 36 pour la définition des cathéters*)

↪ Les fistules artério-veineuses sont codées comme cathéter veineux périphérique

↪ Possibilité de sélectionner **plusieurs cathéters**

➔ Saisie dans PreVIAS : cocher obligatoirement une case pour le champ « Cathéter(s) vasculaire(s) » si « Dispositif(s) invasif(s) » est coché « Oui »  
Cocher obligatoirement au moins un type de cathéter si « Cathéter(s) vasculaire(s) » est coché « Oui »

↪ Reprendre la présentation  
[Partie 3 : organisation de l'enquête – le jour de l'enquête](#)

# QUESTIONNAIRE RÉSIDENT

Enquête nationale de prévalence 2024  
Questionnaire résident

Identification du résident  
Date de l'enquête : [ ] ID résident : [ ] Zone par réponse : [ ] 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 :  Non  Oui Inconnu Intervention chirurgicale :  Non  Oui Inconnu (dans les 30 jours)  
Présence d'escarre :  Non  Oui Si oui préciser le grade :  1  2  3  4  
Désorientation :  Non  Oui Inconnu  
Mobilité :  Ambulant  En fauteuil roulant  AM  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) :  
 Hémo cathéter  Médi  Sierpinski  Veine central  PICC  Cathéter artériel

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  
Si oui acquisition de l'infection dans l'établissement :  Certaine  Possible  Certaine  Possible  Certaine  Possible  
Si oui type de cathéter à l'origine de l'infection :  
MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3  
Micro-organisme(s) :  
Sensibilité MO (ATB - SIR) :  
Au sein, si date plus tôt que sa dernière soit à compléter

## SECTION « TRAITEMENT(S) ANTI-INFECTIEUX »

- Renseigner le ou les traitement anti-infectieux administrés par voie générale au résident le jour de l'enquête
  - renseignés 4 AI
- Renseigné par l'enquêteur à partir du dossier du résident avec l'appui du personnel de santé du secteur ou unité de vie
- Le correspondant médical confirme le contexte de prescription, l'indication et la réévaluation de l'antibiothérapie

Traitement(s) anti-infectieux <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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) :				



Traitement(s) anti-infectieux  Non  Oui

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

➤ **Indiquer si le résident reçoit au moins un traitement anti-infectieux parmi ceux ciblés et administrés par voir générale le jour de l'enquête**

*(cf. la liste complète des AI ciblés en annexe 3 du guide de l'enquêteur page 51-55)*

↪ Si « Traitement(s) anti-infectieux » est coché « Oui », renseigner au moins un traitement AI et **jusqu'à 4 anti-infectieux**

↪ Les traitements différés (*i.e.* non administrés au résident le jour de l'enquête) pour une infection présente chez le résident le jour de l'enquête ne doivent pas être documentés

↪ Cocher « **Non** » ou « **Oui** »

➔ Saisie dans PreVIAS : la section est cochée « Non » par défaut dans PreVIAS

Si le champ « Traitement(s) anti-infectieux » est coché « Oui », la section s'ouvre et propose l'ensemble des champs de la section pour le 1<sup>er</sup> AI ; il est possible d'ajouter jusqu'à 3 autres AI

# TRAITEMENT(S) ANTI-INFECTIEUX

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) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Durée prévue du traitement (en jours) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Contexte de prescription (Curatif, Prophyl.) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnostic associé au traitement :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si le champ « Traitement(s) anti-infectieux » est coché « Oui » :

➤ Indiquer le **nom de l'anti-infectieux administré au résident**  
**le jour de l'enquête**

↳ Noter la **dénomination commune internationale (DCI)** ou le **nom commercial** ou **code ATC** de l'anti-infectieux

↳ Les anti-infectieux ciblés incluent les antimycosiques, antifongiques, antituberculeux et anti-viraux pour la COVID-19

➔ Saisie dans PreVIAS : la recherche du nom de l'AI à sélectionner dans le menu déroulant peut être effectuée à partir de la saisie, même partielle, du code ATC, de la DCI ou du nom commercial

# TRAITEMENT(S) ANTI-INFECTIEUX

Traitement(s) anti-infectieux  Non  Oui

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

## ➤ Indiquer la **voie d'administration de l'anti-infectieux**

↳ Noter la **voie parmi les 5 codes proposés**

➔ Saisie dans PreVIAS : la recherche de la voie à sélectionner peut être effectuée à partir du code ou du libellé de la voie

Si l'information n'est pas disponible, coder « INC » sur le questionnaire au format papier et sélectionner la proposition « Inconnu » dans la liste déroulante sur le questionnaire numérique

# TRAITEMENT(S) ANTI-INFECTIEUX

Traitement(s) anti-infectieux  Non  Oui

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

## ➤ Indiquer la **durée prévue de la prescription d'anti-infectieux en intention de traiter**

↪ Noter la **durée en jours de prescription qui figure dans le dossier du résident**

↪ La durée en intention de traiter diffère de la durée effective de traitement qui était renseignée dans Prev'Ehpad 2016

➔ Saisie dans PreVIAS : Si la durée n'est pas indiquée ou ne peut pas être calculée à partir des informations (date de début et date de fin du traitement) dans le dossier du résident, coder « INC » sur le questionnaire au format papier et cocher « Inconnu » sur le questionnaire numérique

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) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Durée prévue du traitement (en jours) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Contexte de prescription (Curatif, Prophyl.) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnostic associé au traitement :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

➤ **Indiquer le contexte ou motif de prescription de l'AI administré au résident le jour de l'enquête**

↳ Noter si le traitement est : « **curatif** » (*i.e.* pour traiter une infection : présence de signes/symptômes ; traitements documentés microbiologiquement et traitements empiriques ou probabilistes)

ou « **prophylactique** » (*i.e.* pour prévenir une infection : aucun symptôme/signe clinique au moment de la prescription)

➔ Saisie dans PreVIAS : Sélectionner la proposition « Indication inconnue » dans la liste déroulante si l'information n'est pas disponible

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) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Durée prévue du traitement (en jours) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Contexte de prescription (Curatif, Prophyl.) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnostic associé au traitement :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Uniquement pour traitements anti-infectieux **curatifs** d'infection :

➤ **Indiquer le diagnostic, la cible ou l'indication du traitement administré au résident le jour de l'enquête**

↪ Noter le diagnostic associé au traitement **parmi 15 sites infectieux**

↪ Le diagnostic est celui qui **figure dans le dossier du résident ou celui qui est rapporté par l'équipe soignante**

↪ Le diagnostic est **confirmé par le correspondant médical**

➔ Saisie dans PreVIAS : la recherche du diagnostic à sélectionner peut être effectuée à partir du code ou du libellé complet

Coder « INC » si le diagnostic de l'infection ne figure pas dans le dossier du résident et n'est pas connu de l'équipe soignante

# TRAITEMENT(S) ANTI-INFECTIEUX

Traitement(s) anti-infectieux  Non  Oui

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

*Uniquement pour traitements anti-infectieux curatifs de plus de 3 jours (72 heures) :*

➤ **Indiquer si l'antibiothérapie a fait l'objet d'une réévaluation par un médecin ET tracée dans le dossier du résident**

↪ Sélectionner l'une des **3 réponses** : « Oui - dans les 72 heures » ; « Oui - au-delà de 72 heures » ; « Non » (si aucune réévaluation par un médecin réalisée ou si non tracée dans le dossier du résident)

↪ Compléter la réévaluation de l'antibiothérapie au 3<sup>e</sup> jours **après la date de l'enquête** pour les traitements AI de plus de 3j qui sont administrés le jour de l'enquête depuis moins de 3j

↪ La réévaluation de l'antibiothérapie est **confirmée par le correspondant médical**

➔ Saisie dans PreVIAS : la réponse inconnue n'est pas admise pour les AI curatifs de plus de 3 jours en intention de traiter

Traitement(s) anti-infectieux  Non  Oui

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

## ➤ Renseigner le lieu où le prescripteur a initialement prescrit l'anti-infectieux

↪ Renseigner l'une des **3 situations** suivantes :

**EMS** : AI a été prescrit dans l'établissement médico-social enquêté par le médecin coordonnateur de l'établissement ou un médecin intervenant dans l'établissement

**ES** : AI a été prescrit dans un établissement de santé dans lequel le résident a été préalablement hospitalisé

**Autre lieu** : AI a été prescrit dans un autre lieu que l'EMS enquêté ou un ES (e.g. SOS médecin)

➔ Saisie dans PreVIAS : Si le lieu de prescription n'est pas connu, coder « INC » sur le questionnaire au format papier et sélectionner « Lieu inconnu » dans la liste déroulante sur le questionnaire numérique

↪ Reprendre la présentation  
[Partie 3 : organisation de l'enquête – le jour de l'enquête](#)



Identification du résident  
Date de l'enquête : [ ] ID résident : [ ]  
Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)  
Année de naissance : [ ] Sexe :  Féminin  Masculin  
Code de l'unité de vie : [ ] Accueilli en unité adaptée :  Non  Oui - USA  Oui - UOD  Oui - UHR  
Hospitalisation :  Non  Oui  Inconnu Intervention chirurgicale :  Non  Oui  Inconnu (dans les 30 jours)  
Présence d'escame :  Non  Oui Si oui préciser le grade :  1  2  3  4  
Désorientation :  Non  Oui  Inconnu  
Mobilité :  Ambulant  En fauteuil roulant  Alé  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 (AO, ATC, non commercial) : [ ] [ ] [ ] [ ]  
Voie d'administration (V, IM, SC, O, I) : [ ] [ ] [ ] [ ]  
Durée prévue du traitement (en jours) : [ ] [ ] [ ] [ ]  
Contexte de prescription (court/long) : [ ] [ ] [ ] [ ]  
Diagnostic associé au traitement : [ ] [ ] [ ] [ ]  
Réévaluation de l'antibiothérapie : [ ] [ ] [ ] [ ]  
Lieu de prescription aux ES : [ ] [ ] [ ] [ ]

Infection(s) associée(s) aux soins  Non  Oui  
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 : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
Micro-organismes(s) :  
Sensibilité MO (ATB - SIR) : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner

# QUESTIONNAIRE RÉSIDENT



## SECTION « INFECTION(S) ASSOCIÉE(S) AUX SOINS »

- Renseigner **le ou les infections associées aux soins actives chez le résident le jour de l'enquête**
- Renseigné par l'enquêteur à partir du dossier du résident avec l'appui du personnel de santé du secteur ou unité de vie
- Le correspondant médical confirme le diagnostic de l'infection

### 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 :	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible			<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible			<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible		
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)	[ ] [ ] [ ]			[ ] [ ] [ ]			[ ] [ ] [ ]		
Micro-organisme(s) :	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Sensibilité MO (ATB - SIR) :	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

## • Définition de cas

Toutes les **infections associées aux soins** **ET** **actives le jour de l'enquête** doivent être rapportées

➤ Une infection est **associée aux soins** si :

- elle survient au cours ou au décours de la prise en charge du résident ET elle n'était ni présente ni en incubation au début de la prise en charge (inclut les soins de la vie quotidienne (nursing, prévention des complications), l'hébergement (restauration collective, vie en collectivité) et l'accompagnement (activités thérapeutiques, occupationnelles, loisirs)

**OU**

- les signes et/ou symptômes de l'infection débutent au-delà de 48 heures (*i.e.* à compter du 3<sup>e</sup> jour) après l'admission ou la réadmission du résident dans l'établissement enquêté

➤ Une infection est **active le jour de l'enquête** si :

- les signes et/ou symptômes de l'infection sont présents le jour de l'enquête

**OU**

- les signes et/ou symptômes étaient présents dans le passé et le résident reçoit (toujours) un traitement pour cette infection le jour de l'enquête

## • Exception aux critères de définition de cas : COVID-19 associées aux soins

➤ Le résident dispose dans son dossier médical d'une **analyse biologique confirmant la COVID-19** réalisée **dans les 14 jours précédant le jour de l'enquête**

➤ **ET** Le résident présente **l'un des 3 critères suivants** :

- apparition des symptômes 8 jours et plus après l'admission
- apparition des symptômes 3 à 7 jours après l'admission avec forte suspicion de transmission croisée
- résultat de la première analyse biologique confirmant la Covid-19 obtenu 8 jours et plus après l'admission

# INFECTION(S) ASSOCIÉE(S) AUX SOINS

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 :	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
<i>Si CLOD</i> , acquisition de l'infection dans l'établissement :	<input type="checkbox"/> Certaine	<input type="checkbox"/> Possible		<input type="checkbox"/> Certaine	<input type="checkbox"/> Possible		<input type="checkbox"/> Certaine	<input type="checkbox"/> Possible	
<i>Si ICAT</i> , type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Micro-organisme(s) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sensibilité MO (ATB - SIR) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

➤ **Indiquer si le résident présente au moins une infection associée aux soins, active le jour de l'enquête**

*(cf. liste des IAS ciblées page 43 du guide de l'enquêteur et annexe 4 pages 56-64 pour les algorithmes décisionnels des infections ciblés)*

↪ Si « Infection(s) associée(s) aux soins » est coché « Oui », renseigner au moins une IAS

➔ Saisie dans PreVIAS : la section est cochée « Non » par défaut dans PreVIAS

Si le champ « Infection(s) associée(s) aux soins » est coché « Oui », la section s'ouvre et propose l'ensemble des champs de la section pour la 1<sup>ère</sup> IAS ; il est possible d'ajouter jusqu'à 2 autres IAS

# INFECTION(S) ASSOCIÉE(S) AUX SOINS

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 :									
<i>Si CLOD</i> , acquisition de l'infection dans l'établissement :	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible
<i>Si ICAT</i> , type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)									
Micro-organisme(s) :	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Sensibilité MO (ATB - SIR) :									
<i>Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner</i>									

Si le champ « Infection(s) associée(s) aux soins » est coché « Oui » :

➤ **Indiquer le site de l'infection associée aux soins active chez le résident active le jour de l'enquête**

➤ Renseigner les localisations infectieuses à partir des **algorithmes décisionnels** (annexe 4 pages 56 à 64 du guide de l'enquêteur)

➤ Il est possible de renseigner **jusqu'à 3 IAS**

➤ Compléter le site infectieux après la date de l'enquête, si les résultats d'examens paracliniques (microbiologie, imagerie, etc.) nécessaires pour inclure une IAS ne sont pas disponibles le jour de l'enquête

➤ Les sites infectieux sont **confirmés par le correspondant médical**

➔ Saisie dans PreVIAS : la recherche du site infectieux à sélectionner dans le menu déroulant peut s'effectuer à partir de la saisie, même partielle, du code de l'infection (4 lettres), du nom du site infectieux

# INFECTION(S) ASSOCIÉE(S) AUX SOINS

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 :									
<i>Si CLOD</i> , acquisition de l'infection dans l'établissement :	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible
<i>Si ICAT</i> , type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)									
Micro-organisme(s) :	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Sensibilité MO (ATB - SIR) :									
<i>Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner</i>									

Uniquement pour les infections à *C. difficile* (CLOD) :

➤ **Préciser le degré de certitude que l'infection soit acquise dans l'établissement**

**Certaine** : les causes de l'acquisition dans l'établissement enquêté ont été établies par l'équipe en charge de l'enquête (e.g. l'infection a été acquise au cours ou des suites d'un traitement antibiotique administré dans l'établissement, d'une transmission croisée dans l'établissement). De plus, le résident n'est pas sorti de l'établissement, même temporairement, depuis plus de 28 jours

**Possible** : l'infection correspond à la définition de cas (i.e. survenue des symptômes au-delà de 48 heures après l'admission ou la réadmission), mais les causes de l'acquisition n'ont pas été établies par l'équipe en charge de l'enquête. Des arguments en faveur d'une acquisition dans un autre établissement sont avancés (e.g. le début des symptômes de l'infection à *C. difficile* survient dans les 28 jours après un séjour dans un autre établissement)

↳ L'évaluation est **confirmée par le correspondant médical**

➔ **Saisie dans PreVIAS** : la réponse inconnue n'est pas admise

# INFECTION(S) ASSOCIÉE(S) AUX SOINS

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 :	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Si <u>CLOD</u> , acquisition de l'infection dans l'établissement :	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible
Si <u>ICAT</u> , type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Micro-organisme(s) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sensibilité MO (ATB - SIR) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Uniquement pour les infections liées aux cathéters (ICAT) :

➤ Renseigner le **type de cathéter mis en cause**

**CVP** – cathéter veineux périphérique

**MID** – cathéter Midline (ajouté par rapport à Prev'Ehpad 2016)

**CSC** – cathéter sous-cutané

**CVC** – cathéter veineux centra

**PICC** – cathéter central à insertion périphérique

**CCI** – chambre à cathéter implantable

**INC** – type de cathéter inconnu

# INFECTION(S) ASSOCIÉE(S) AUX SOINS

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 :	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
<i>Si CLOD</i> , acquisition de l'infection dans l'établissement :	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible
<i>Si ICAT</i> , type de cathéter à l'origine de l'infection : <small>(CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)</small>	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Micro-organisme(s) :	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Sensibilité MO (ATB - SIR) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Pour chaque site infectieux rapporté :

➤ **Documenter le (ou les) micro-organisme(s) isolé(s) de l'infection**

(cf. liste des MO annexe 5 pages 66 à 71 du guide de l'enquêteur)

↪ **A renseigner pour tous les sites infectieux**

↪ Il est possible de renseigner **jusqu'à 3 MO par site infectieux**

↪ Compléter le MO **après la date de l'enquête**, si les résultats d'examens microbiologies ne sont pas disponibles le jour de l'enquête

↪ Renseigner **au moins un MO** pour les sites infectieux avec confirmation microbiologique (**BACT, URI1**)

↪ En l'absence de MO isolé de l'infection indiquer : **EXASTE** (examen stérile), **NONIDE** (identification non retrouvée) ou **NONEFF** (culture non effectuée)

➔ **Saisie dans PreVIAS** : la recherche du micro-organisme à sélectionner dans le menu déroulant peut s'effectuer à partir de la saisie, même partielle, du code du MO (6 lettres) ou du nom du MO <sup>103</sup>

# INFECTION(S) ASSOCIÉE(S) AUX SOINS

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 :	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Si <u>CLOD</u> , acquisition de l'infection dans l'établissement :	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible
Si <u>ICAT</u> , type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Micro-organisme(s) :	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Sensibilité MO (ATB - SIR) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Pour les micro-organismes dont la sensibilité à certains antibiotiques est à renseigner (cf. annexe 4 page 80 à 83 les MO marqués par un « S ») :

➤ **Indiquer la sensibilité à l'antibiotique testé (ou des antibiotiques) du (ou des) micro-organisme(s) isolé(s) de l'infection**

↪ La sensibilité d'un MO est renseignée de manière indépendante pour chaque ATB testé

↪ Compléter la sensibilité **après la date de l'enquête**, si les résultats des tests de sensibilité du ou des MO aux antibiotiques ne sont pas disponibles le jour de l'enquête

➔ Saisie dans PreVIAS : après avoir renseigné le MO dont la sensibilité est à renseigner, des champs spécifiques aux ATB testés s'affichent automatiquement à l'écran



Micro-organisme	Antibiotique testé	Résistance			
<b>Staphylococcus aureus</b>	Oxacilline (OXA) <sup>1</sup>	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant	INC - Inconnue
	Glycopeptides (GLY) <sup>2</sup>	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant	INC - Inconnue
<b>Enterococcus faecium</b> <b>Enterococcus faecalis</b>	Glycopeptides (GLY) <sup>2</sup>	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant	INC - Inconnue
<b>Entérobactéries</b> <sup>5</sup>	Céphalosporines de troisième génération (C3G) <sup>3</sup>	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant	INC - Inconnue
	Production de $\beta$ -lactamase à spectre étendu (BLSE)	Non BLSE		BLSE	INC - Inconnue
	Carbapénèmes (CAR) <sup>4</sup>	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant	INC - Inconnue
	Production de carbapénémase (EPC)	Non		Oui	INC - Inconnue
<b>Acinetobacter spp.</b> <b>Pseudomonas spp.</b>	Ceftazidime (CAZ)	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant	INC - Inconnue
	Carbapénèmes (CAR)	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant	INC - Inconnue

<sup>1</sup> SARM si elle est résistante à l'oxacilline (OXA-R) et SASM si elle est sensible à l'oxacilline (OXA-S)

<sup>2</sup> Souche résistante aux glycopeptides (GLY-R) si la souche est résistante à la vancomycine ou à la téicoplanine

<sup>3</sup> Souche résistantes aux C3G (C3G-R) si la souche est résistante à la céfotaxime ou à la ceftriaxone

<sup>4</sup> Souche résistante aux carbapénèmes (CAR-R) si la souche est résistante à l'imipénème, au méropénème ou au doripénème

<sup>5</sup> Listes des entérobactéries (indiqués par la lettre « S » en annexe 5) :

*Enterobacter spp.* ; *Escherichia coli* ; *Citrobacter spp.* ; *Hafnia spp.* ;

*Klebsiella spp.* ; *Morganella spp.* ; *Proteus spp.* ; *Providencia spp.* ;

*Salmonella spp.* ; *Serratia spp.* ; *Shigella spp.* ; *Yersinia spp.*

↩ Reprendre la présentation  
[Partie 3 : organisation de l'enquête – le jour de l'enquête](#)