INFECTIONS LIÉES AUX SOINS ET UTILISATION DES ANTIMICROBIENS DANS LES INSTITUTIONS DE SOINS DE LONG SÉJOUR : PROTOCOLE DE LA QUATRIÈME ÉTUDE DE PRÉVALENCE PONCTUELLE EUROPÉENNE (HALT-4)

Protocole Belge

Juin 2023

CONTENU

CONTENU **2**
ABRÉVIATIONS **3**
INTRODUCTION **4**
1. L'ÉTUDE DE PRÉVALENCE PONTUELLE : PLANNIFICATION **6**
1.1 Quand ? 6
1.2 Quelles informations doivent être collectées au cours de l'étude ? 6
1.2.1 Qui doit collecter ces informations ? 7
1.3 Population de l'étude 7
1.3.1 Quelles institutions de soins de long séjour peuvent participer à l'étude ? 7
1.3.2 Quels résidents sont éligibles pour cette étude? 7
1.3.3 Pour quels résidents le questionnaire du résident doit-il être complété ? 8
1.3.3.1 Quel traitement antimicrobien systémique est inclus dans cette étude? 8
1.3.3.2 Quelles infections sont inclues dans cette étude ? 9
2. LA COLLECTE DE DONNÉES **10**
2.1 Le questionnaire institutionnel 10
2.2 La liste des services 13
2.3 La liste du résident 14
2.3.1. Caractéristiques du résident 14
2.3.2. Traitement antimicrobien 14
2.3.3. Infections liées aux soins 16
2.3.4. Micro-organismes isolés et résistance aux antimicrobiens 23
3. ASPECTS PARTIQUES **26**
3.1 LimeSurvey 26
3.2 Organisation de l'étude et charge de travail 26
3.3 Aspects éthiques 26
3.4 Confidentialité des données 27
3.5 Traitement des données de l'étude 27
CONTACT **28**
ANNEXES **29**
A – Questionnaire institutionnel **29**
B – Liste des services **29**
C – Questionnaire du résident **29**
D – Liste de codes des micro-organismes **29**

ABRÉVIATIONS

ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control (Centre européen de prévention et de contrôle des maladies)
HALT	Healthcare-associated infections and Antimicrobial use in Long-Term care facilities
IPC	Infection Prevention and Control (Prévention et contrôle des infections)
LTCF	Long-Term Care Facilities (Institution de soins de long séjour)
MCC	Médecin Coordinateur et Conseil
MR(S)	Maison de Repos (et de Soins)
PPS	Point Prevalence Study (Étude ponctuelle de prévalence)

INTRODUCTION

Depuis 2009, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (European Centre for Disease Prevention and Control ou ECDC) organise, en collaboration avec Sciensano (l'ancien institut scientifique de Santé publique) des études dans des institutions de soins de long séjour européenne. Ces études, également appelées HALT (**H**ealthcare-associated Infections and **A**ntimicrobial use in **L**ong-**T**erm Care Facilities), ont pour but de mesurer la prévalence des infections liées aux soins et l'utilisation des antimicrobiens dans les institutions de soins de long séjour européennes à l'aide d'une méthodologie standardisée. Cela permet de suivre les tendances des institutions de soins et de déterminer les besoins d'intervention, de formation et/ou de ressources additionnelles pour la prévention et le contrôle des infection (IPC). Ainsi, la protection de la sécurité des résidents des institutions de long séjour et celle des personnes âgées en générale est assurée.

Après une étude pilote en novembre 2009, une première étude européenne HALT à grande échelle s'est déroulée de mai à septembre 2010. L'étude a été de nouveau organisé en Europe en avril-mai 2013 (HALT-2) et en 2016 et 2017 (HALT-3; septembre à novembre 2016 en Belgique). De septembre à novembre 2021, une étude HALT PPS a été de nouveau organisée (HALT 2021). Cette étude supplémentaire a été menée afin d'obtenir des résultats récents sur le problème des infections liées aux soins et à l'utilisation des antimicrobiens dans les institutions de soins de long séjour belges dans l'attente de la prochaine étude européenne à grande échelle HALT (2023-2024) ainsi que pour estimer l'impact de la crise COVID-19 sur cette problématique.

Le tableau 1 reprend les caractéristiques et les principales conclusions des études HALT en Belgique.

Tableau 1: Récapitulatif des résultats belges dans les études HALT européennes

	HALT (2010)	HALT-2 (2013)	HALT-3 (2016)	HALT 2021
Nombre de pays	25	17	24 + 2*	-
Nombre de LTCF participants en Europe	722	1 181	3 052 + 10*	-
Nombre de LTCF participants en Belgique	111	88	165**	35
Maisons de repos (et de soins) (MR(S))	107	87	158	31
Institutions de soins psychatriques	1	0	3	3
Centres de revalidation	2	1	4	1
Nombre de résidents éligibles en MR(S) belges	11 911	8 756	16 215	2 607
Prévalence brute de résidents ayant au moins une infection liée aux soins	2,7%	3,6%	3,4%	2,7%
Nombre d'infections liées aux soins	344	325	557	73
Infections respiratoires (%)	48	37	43	26
Infections urinaires (%)	10	34	31	30
Infections de la peau et des plaies (%)	19	14	16	14
Prévalence brute de résidents ayant au moins un traitement antimicrobien (%)	4,3%	5,1%	5,6%	4,8%
Nombre de traitements antimicrobiens J01* **	514	476	861	126
J01X autre traitement antibactérien (%)	39	48	41	44
J01C beta-lactamines, penicillines (%)	28	24	27	18
J01M quinolones (%)	21	15	15	10

Pratiques de prévention et de contrôle des infections (IPC)				
MR(S) avec des personnes avec une formation en IPC	51%	66%	71%	77%
MR(S) qui peut formellement faire appel à une équipe d'IPC externe	77%	78%	80%	94%
MR(S) qui déclare que la désinfection des mains avec une solution hydro-alcoolique est la méthode d'hygiène des mains la plus fréquente lorsque la contamination des mains n'est pas clairement visible	-	80%	92%	90%
MR(S) avec un programme de surveillance des infections liées aux soins	43%	40%	40%	23%
Politique antimicrobienne				
MR(S) avec un comité antimicrobien	3%	7%	11%	3%
MR(S) avec un programme de surveillance pour mesurer l'utilisation des antimicrobiens	13%	23%	19%	26%
MR(S) avec un programme de surveillance pour le suivi de la résistance des micro-organismes	67%	73%	59%	19%

*Pays hors EU/EEA: République de la Macédoine du Nord et la Serbie; **Pour éviter la surreprésentation de la Belgique, seules 86 institutions ont été sélectionnées pour le rapport européen; LTCF: long-term care facility (Institution de soins de long séjour)

Pour continuer à surveiller l'évolution des infections liées aux soins et l'utilisation des antimicrobiens, une surveillance systématique des institutions de soins de long séjour (belge) est nécessaire. La quatrième étude européenne HALT à grande échelle se déroulera durant trois périodes de surveillance préétablies : d'avril à juin 2023, de septembre à novembre 2023 et/ou d'avril à juin 2024. Afin d'avoir la meilleure comparaison avec les études précédentes, il a été décidé d'organiser HALT-4 en Belgique de septembre à novembre 2023.

Chères institutions participantes, nous tenons à vous remercier d'avance pour votre participation au projet.

1. L'ÉTUDE DE PRÉVALENCE PONTUELLE : PLANNIFICATION

1.1 Quand ?

L'étude de prévalence ponctuelle devrait avoir lieu entre le **1 octobre en 30 novembre 2023.**

Par définition, les **données** doivent être collectées **en une journée** (= prévalence ponctuelle).
Les grandes institutions peuvent, éventuellement, étaler la collecte de données sur plusieurs jours, mais il est important que **les données des résidents d'un même service soient collectées en une seule journée**.

Au vu de la charge de travail additionnelle, il est recommandé de faire appel à du personnel supplémentaire le jour de l'étude.

L**'échéance de la soumission des données est fixée au 15 décembre 2023**. Les données reçues au-delà de cette date ne seront pas analysées.

1.2 Quelles informations doivent être collectées au cours de l'étude ?

Les informations seront collectées à l'aide de deux questionnaires en ligne (via LimeSurvey). Afin de se faire une idée du contenu des questions, une version papier a été ajoutée en annexe.

- **Questionnaire institutionnel (Annexe A)** – Chaque institution participante doit remplir le questionnaire institutionnel. Ce questionnaire collecte des informations importantes sur les caractéristiques structurelles et opérationnelles, les caractéristiques des résidents de l'institution (données du dénominateur) et les pratiques de préventions d'infections et d'utilisation des antibiotiques dans les institutions. Ce questionnaire ne doit pas, obligatoirement, être complété le jour de l'étude. Il peut aussi être complété un peu avant ou après le jour de l'étude, à l'exception des données du dénominateur.
  - **La liste du service (Annexe B)** a été conçue afin d'aider les services à recueillir les caractéristiques (charge de travail et facteurs de risque) de l'ensemble des résidents permanents de l'institution, présents à 08h le jour de l'étude et pas absent au moment de l'étude (données du dénominateur). L'utilisation de cette liste est *optionnelle et doit rester dans le service*.
- **Le questionnaire du résident (Annexe C)** doit être complété pour chaque résident présent le jour de l'étude qui:
  - reçoit au moins un traitement antimicrobien systémique *(voir 1.3.3.1)*

  ET/OU
  - présente des signes/symptômes d'au moins une infection active liée aux soins *(voir 1.3.3.2)*

1.2.1 Qui doit collecter ces informations ?

Les institutions de soins participantes sont responsables de compléter les questionnaires. Au sein de chaque institution, un coordinateur local (ex. une infirmière (chef), un coordinateur de qualité, médecin coordinateur, …) est désigné pour coordonner l'étude et échanger avec Sciensano. Ce coordinateur local doit être un professionnel de la santé qui travaille dans l'institution. Sciensano doit, au début de la période de surveillance, dispenser une formation à ce coordinateur local sur la méthodologie de l'étude et la meilleure façon de compléter les questionnaires.

1.3 Population de l'étude

1.3.1 Quelles institutions de soins de long séjour peuvent participer à l'étude ?

Toutes les institutions de soins de long séjour dans lesquelles les résidents vivent en permanence peuvent participer à l'étude.

Les institutions suivantes sont exclues: service des soins chroniques dans les hôpitaux, habitations protégées, centres de jour, les soins à domicile et les résidences-services.

1.3.2 Quels résidents sont éligibles pour cette étude?

Les résidents sont inclus s'ils:
- Résident en permanence dans l'institution

ET

- Sont présents à 08h le matin de l'étude de la PPS

ET

- Ne sont pas absents au moment de l'étude.

Qui n'est pas inclus dans l'étude ?

- Les résidents qui ne vivent pas en permanence dans l'institution (ex. visiteurs centre de jour) ;
- Les résidents qui ne sont pas présent à 08h du matin (ex. Un résident qui est en congé ou hospitalisé (= un patient qui passe au moins une nuit dans un hôpital aigu)) ;

Veuillez noter que les résidents suivants doivent être inclus dans l'étude:

- Les résidents qui sont, au moment de l'étude, à l'hôpital pour des soins ambulatoires (ex. dialyse, chimiothérapie, …) et non pour une hospitalisation ;
- Les résidents qui sont, au moment de l'étude, temporairement en dehors de l'institution (ex. Un résident qui rend visite à un ami ou de la famille, est chez le coiffeur, le dentiste,…) ;
- Les résidents qui passent un court séjour dans une MRS.

1.3.3 Pour quels résidents le questionnaire du résident doit-il être complété ?

Le questionnaire du résident doit être complété pour chaque résident qui remplit les critères suivants :

Recevoir **au moins un traitement antimicrobien systémique** le jour de l'étude *(voir 1.3.3.1)*
ET/OU
Présenter des signes/symptômes d'au moins une infection active liée aux soins *le jour de l'étude (voir 1.3.3.2)*

1.3.3.1 Quel traitement antimicrobien systémique est inclus dans cette étude?

Tous les traitements antimicrobiens systémiques doivent être enregistrés le jour de l'étude.

Cela concerne les **traitements systémiques**, c'est-à-dire administrés par voie :

- Orale
- Intraveineuse (IV)
- Intramusculaire (IM)
- Sous-cutanée (SC)
- Rectale
- Par inhalation (aérosol)

Les **traitements antimicrobiens** suivants doivent être inclus:

- Antibiotiques (contre les infections bactériennes)
- Antiviraux contre la COVID-19 uniquement: PF-07321332/ritonavir/nirmatrelvir (Paxlovid™), remdesivir (Veklury™), et tixagevimab/cilgavimab (Evusheld™).
- Antimycotiques et antifongiques (contre les maladies fongiques)
- Antiparasitaires (antiprotozoaire) (contre les parasites)
- Antimycobactériens (traitements utilisés pour traiter la tuberculose)

Les traitements suivants **ne** doivent **pas** être collectés :

- Antimicrobiens utilisés localement (ex. onguents, gouttes, spray,…)
- Antiviraux systémiques (en dehors de la COVID-19)
- Traitements antiseptiques/désinfectants

Si le traitement antimicrobien se termine le jour de l'étude, un « questionnaire du résident » doit quand même être complété si le résident a reçu au moins une dose le jour de l'étude.

Les traitements antimicrobiens comprennent également les antimicrobiens administrés régulièrement (prophylactiques/thérapeutiques)

- Exemple 1: Le résident X prend chaque première semaine du mois une dose unique de fosfomycine (monuril) ; l'étude de la PPS a lieu la seconde semaine du mois.
- Exemple 2: Le résident Y reçoit chaque lundi une injection de pénicilline V ; l'étude de la PPS a lieu de mardi.

⇨ Ces résidents répondent aux critères d'inclusion : les résidents sont présents le jour de l'étude et reçoivent un traitement antimicrobien systémique.

1.3.3.2 Quelles infections sont inclues dans cette étude ?

Toutes les **infections actives liées aux soins** présentes le jour de l'étude doivent être collectées.

Une infection est considérée **active**:

- lorsque des signes/symptômes d'une infection sont présents le jour de l'étude
  OU
- lorsque des signes/symptômes d'une infection étaient présents chez le résident et que le jour de l'étude, il reçoit encore un traitement pour cette même infection
  OU
- lorsqu'un test COVID-19 (PCR ou antigénique) a été réalisé dans les 14 jours précédant le jour de l'étude.

Dans les deux derniers cas, la présence de signes/symptômes (les plus graves) doit être vérifiée jusqu'à 14 jours (à compter du jour de la PPS) pour déterminer si l'infection traitée répond à l'une des définition d'une infection liée aux soins.

Une infection est considérée comme une **infection liée aux soins** lorsque des signes/symptômes sont apparus 48h après l'admission ou la réadmission dans l'institution (= exclusion des infections déjà présentes ou en incubation au moment de l'(la) (ré)admission).

- **Exception 1**: pour les infections de plaies post-opératoires sans implant, une période de 30 jours est d'application, càd que ce type d'infection doit être inclus uniquement si les signes/symptômes apparaissent au-delà d'un mois post-opératoire. Pour les infections de plaies post-opératoires avec un implant, une période de 90 jours est d'application, càd que ce type d'infection doit être inclus uniquement si les signes/symptômes apparaissent au-delà de trois mois post-opératoires.
- **Exception 2**: pour les infections avec un *Clostridioides (Clostridium) difficile,* une période de 28 jours est d'application après l'(la) (ré)admission dans l'institution, càd que ce type d'infection doit inclus que uniquement les signes/symptômes apparaissent 28 au-delà d'un séjour dans un hôpital ou une autre institution.

Quels signes/symptômes doivent être collectés ?

- **Tous les signes/symptômes** (ex. Fièvre, rougeur, douleur, gonflement, diarrhée, nausée,…) d'infections présents le jour de la PPS (ou si c'était le cas et le résident nécessite encore un traitement le jour de la PPS)
- Uniquement des symptômes aigus ou d'aggravation qui ne sont pas liés à une éventuelle cause non-infectieuse
- Toutes les sites d'infections possibles sont inclus

- La confirmation du diagnostic d' « infection » par un médecin ou son inscription dans le dossier du résident n'est pas nécessaire.

2. LA COLLECTE DE DONNÉES

2.1 Le questionnaire institutionnel

Chaque institution participante doit compléter un **questionnaire institutionnel (Annexe A)**. Chaque institution reçoit un numéro d'étude unique au début de l'étude (ex.101).
Il est primordial de compléter ce questionnaire, car ce document rassemble des informations sur les caractéristiques structurelles et opérationnelles, les données du dénominateur, les pratiques de prévention des infections et de l'utilisation des antibiotiques dans l'institution.

Le questionnaire comprend les parties suivantes:
A – Information générale
B – Données du dénominateur
C – Soins médicaux et coordination
D – Pratique de prévention et de contrôle des infections
E – Politique antimicrobienne

Ce questionnaire ne doit pas nécessairement être complété le jour de l'étude. Il peut être complété un jour avant ou après l'étude, à l'exception de la partie B – Données du dénominateur.

Variables	Description/définition
A – Information générale	
Nombre total de chambres de résident	La somme de toutes les chambres de résidents, y compris les chambres doubles.
Nombre total de chambres individuelles	Le nombre de chambres individuelles dans l'institution. Les chambres doubles (partenaires) ne doivent pas être considérées comme des chambres individuelles.
B – Données du dénominateur	
Lits dans l'institution	Le nombre total de lits de résidents dans l'institution, aussi bien occupés qu'inoccupés. Les lits occupés par des couples doivent compter double.
Lits occupés	Le nombre total de lits occupés par des résidents le jour de l'étude. Ce chiffre comprend également les lits occupés par des résidents absents le jour de la PPS car ils sont hospitalisés, en vacances, chez leur famille, etc. Les lits occupés par des couples doivent compter double.
Résidents éligibles	Le nombre total de résidents permanents dans l'institution, présents à 08h du matin le jour de l'étude et pas absents au moment de l'étude.
Agés de plus de 85 ans	Le nombre total de résidents éligibles qui ont plus de 85 ans le jour de la PPS
Résidents masculins	Le nombre total de résidents masculins éligibles le jour de l'étude

Résident avec un cathéter urinaire	Le nombre total de résidents éligibles avec un cathéter urinaire le jour de l'étude. Est considéré comme cathéter urinaire tout tube inséré dans le corps permettant de drainer ou recueillir de l'urine de la vessie (ex. sonde urinaire, cathéter sus-pubien ou abdominal, cystostomie). Les cathéters externes (ex. étuis péniens) ne collectent pas l'urine directement dans la vessie, ils ne doivent donc pas être considérés comme des cathéters urinaires.
Résidents avec un cathéter vasculaire	Le nombre total de résidents éligibles avec un cathéter vasculaire le jour de l'étude. Est considéré comme cathéter vasculaire tout tube inséré dans un vaisseau sanguin (veine ou artère) pour administrer des liquides ou des traitements. Ex. Un cathéter intraveineux périphérique ou un dispositif vasculaire implantable (port-à-cath) ou tout autre dispositif vasculaire (y compris les fistules artérioveineuses).
Résidents avec une plaie de décubitus	Le nombre total de résidents éligibles avec une plaie de décubitus (escarre) le jour de l'étude. Renseigner tous les grades de plaies de décubitus, même les rougeurs non compressibles sur une peau intacte (grade le plus bas).
Résidents avec une autre plaies	Le nombre total de résidents éligibles avec une autre plaie (ex. Ulcère de la jambe, plaies traumatiques ou chirurgicales à l'exception d'escarres) le jour de l'étude. Les site d'insertion (ex. Gastrostomie, trachéostomie, urostomie, colonostomie, cathéter sus-pubien ou péritonéal) sont également considérés comme des plaies.
Résidents ayant subi une intervention chirurgicale au cours des 30 derniers jours	Le nombre total de résidents éligibles ayant subi une intervention chirurgicale au cours des 30 derniers jours précédant la PPS. La chirurgie est définie comme une procédure dans laquelle une incision est faite (pas seulement une ponction à l'aiguille) à travers la peau et/ou les muqueuses (y compris les procédures laparoscopiques). La procédure ne doit pas nécessairement avoir lieu dans une salle d'opération, mais peut également avoir lieu dans des salles de radiographie interventionnelle, de cathétérisme cardiaque ou d'endoscopie.
Résidents désorientés dans le temps et/ou l'espace	Le nombre total de résidents éligibles souffrant de période confusion temporelle, spatiale ou pour identifier une personne. Ex. Le résident ne sait plus retourner dans sa chambre, il n'a plus la notion du temps, il ne reconnait plus les personnes qui lui sont familières ?
Résidents en chaise roulante ou alités	Le nombre total de résidents éligibles nécessitant une chaise roulante ou étant alités.
Résidents incontinents (pour les urines et/ou les fèces)	Le nombre total de résidents éligibles qui sont incontinents pour les urines, pour les fèces ou pour les deux. L'incontinence est un manque de contrôle des muscules du sphincter de la vessie et/ou de l'intestin qui résulte, respectivement, en une perte incontrôlée d'urines ou de fèces. Cette variable mesure la charge de travail, un résident avec un cathéter urinaire est considéré continent.
Résidents avec un traitement antimicrobien systémique	Le nombre total de résidents éligibles avec au moins un traitement antimicrobien systémique le jour de l'étude (voir 1.3.3.1).
Résidents avec des signes/symptômes d'une	Le nombre total de résidents éligibles avec (des signes/symptômes) au moins une infection (suspectée) liée aux soins le jour de l'étude (voir 1.3.3.2).

infection active liée aux soins	
C – Soins médicaux et coordination	
Médecins coordinateurs (consultants) (MCC)	Un médecin chargé de la coordination des activités médicales et de la standardisation de la pratique/politique des soins dans l'institution.
Vaccination complète de la COVID-19	Les résidents, les membres du personnel ont reçu les doses nécessaires de l'un des vaccins contre la COVID-19 (1/1 ou 2/2).
D – Pratique de prévention et de contrôle des infections	
Personne avec une formation en prévention et contrôle des infections (IPC)	L'agent chargé de la prévention et de contrôle des infections (IPC) est généralement une infirmière, un médecin ou un autre professionnel de la santé diplômé en soins de santé ayant une formation spécialisée en prévention et en contrôle des infections et étant responsable des tâches de contrôle des infections telles que la formation des autres agents, la conception et l'exécution des procédures de contrôle des infections, la gestion (exécution, suivi, évaluation) des activités de contrôle des infections, les vérifications et l'évaluation des performances, les procédures de désinfection des dispositifs médicaux, etc. Cette personne peut se consacrer à temps plein au contrôle et la prévention des infections ou combiner cette activité avec d'autres tâches telles que les tâches d'une infirmière, d'une chef infirmière, d'un agent chargé de l'assurance de la qualité, etc. Cette personne est disponible pour le personnel de l'institution, elle peut aussi bien être interne qu'externe à l'institution. Dans la mesure du possible, indiquez si le collaborateur chargé de l'IPC est une infirmière ou un médecin, ou si les deux sont disponibles.
Pratique de prévention et de contrôle des infections	Ensemble cohérent de mesures (de précaution) prises pour prévenir ou limiter l'apparition d'infections et la transmission de germes au sein d'une population.
Comité de prévention et de contrôle des infections	Un comité multidisciplinaire composé de médecins, d'infirmières, d'experts en prévention des infections, de coordonnateurs de la qualité, d'experts en gestion des risques, de représentants en microbiologie, de la chirurgie, de la stérilisation, de la pharmacie, du personnel d'entretien, etc. est impliqué dans la prévention et le contrôle des IPC.
D – Politique antimicrobienne	
Politique antimicrobienne	Recommandations et pratiques pour l'utilisation appropriée des antimicrobiens basées sur les connaissances actuelles et pertinentes afin d'éviter les traitements inutiles ou inefficaces.
Comité antimicrobien	Une équipe composée de médecins, d'un pharmacien, d'un médecin coordinateur et d'un expert en prévention des infections et, dans la mesure du possible, d'un microbiologiste. Ce comité est chargé d'élaborer des recommandations et des protocoles locaux pour l'utilisation des antimicrobiens dans l'institution.
Recommandations écrites sur l'utilisation appropriée des antimicrobiens (bonnes pratiques)	Recommandations pour le traitement empirique et ciblé des infections les plus fréquentes, y compris la dose, la voie d'administration et la durée du traitement. Habituellement, un deuxième et un troisième choix de traitement sont également proposés.
Données sur la consommation annuelle d'antimicrobiens	Un rapport sur la quantité d'antimicrobiens utilisés au cours de la dernière année, classés par classe.

Profils de résistance aux antimicrobiens	Suivi de l'évolution des schémas de résistance des différents micro-organismes dans l'institution afin d'orienter le choix des antibiotiques pour le traitement. Les données sont obtenues par la surveillance des profils de résistance obtenus grâce à des protocoles microbiologiques.
Formule thérapeutique	Liste de médicaments qui peut être utilisée pour certaine maladie, conçue pour aider les médecins à prescrire des médicaments. La liste thérapeutique devrait contenir au moins un chapitre spécifique sur le traitement antibiotique.

2.2 La liste des services

La **liste des services** (annexe B) a été conçue pour aider l'agent à collecter les caractéristiques (charge de travail et facteurs de risque) de tous les résidents éligibles. Ces données sont demandées dans la partie B « données du dénominateur » du questionnaire institutionnel et sont utilisées pour calculer, entre autres, des prévalences.

L'utilisation de cette liste du service n'est **pas obligatoire**, mais peut aider à collecter toutes les données du dénominateur simplement et de manière systématique. Si la liste des services est utilisée, elle ne peut **PAS** être envoyée au coordonnateur national de l'étude. La liste contient les noms des résidents (colonne 2), ce qui pourrait compromettre à la confidentialité des données.

Une liste des service différente peut être utilisée pour chaque service. Les totaux par service doivent ensuite être additionnés et retranscrits dans le questionnaire institutionnel. Si l'institution n'a pas plusieurs services, toutes les données peuvent être collectées dans une seule liste.

Chaque résident doit se voir attribuer **un numéro d'étude unique** (colonne 3). Veuillez noter que ce numéro d'étude peut ne pas permettre l'identification la personne en question (ex. pas de numéro de registre national). Il faut donc une bonne communication entre les services! Par exemple, le service « A » utilise la lettre « A » en combinaison avec un chiffre (A1 pour le premier résident de la liste, A2 pour le second, etc.), la section « B » utilise la lettre « B » (par exemple. B1, B2...).

Il est important que l'institution **puisse à tout moment établir un lien entre le résident et le numéro d'étude qui lui a été attribué** (ex. si le coordinateur national de l'étude a encore besoin d'information sur le résident...). Si la liste des services n'est pas utilisée, il est préférable de créer une liste distincte (par service) dans laquelle chaque résident est inscrit avec son nom et son numéro d'étude. Cette liste reste également en permanence dans l'institution et n'est en aucun cas transmise au coordonnateur national de l'étude.

Indiquez une croix dans la colonne 4 pour tous les résidents permanents de l'institution **ET** qui sont présents à 08h le jour de l'étude **ET** qui ne sont pas absents au moment de l'étude (c.-à-d. les résidents éligibles; voir 1.3.2). Lorsque la colonne 4 est cochée, les autres caractéristiques qui s'appliquent au résident peuvent alors être cochées (colonnes 5 à 15; voir définitions au point 2.1 « B - Données du dénominateur »). **Veuillez noter**: Si le résident n'est pas éligible (si la colonne 4 n'est pas cochée), le reste des colonnes ne doit PAS être rempli.

2.3 La liste du résident

La **liste du résident (Annexe C)** ne doit être complétée que si le résident répond aux critères suivants :

recevoir **au moins un traitement antimicrobien systémique** le jour de l'étude *(voir 1.3.3.1)*

ET/OU

présenter des **signes/symptômes d'au moins une infection active liée aux soins** le jour de l'étude *(voir 1.3.3.2)*

Dans la liste des service c'est à ce moment que les colonnes 14 et/ou 15 ont été cochées.

2.3.1. Caractéristiques du résident

Variables	Description/définition
Durée de séjour dans l'institution	Le résident a-t-il été admis dans l'institution depuis au moins 1 an ?
Hospitalisation au cours des 3 derniers mois	Le résident a-t-il été admis dans un hôpital aigu (hôpital avec d'au moins un service médical ou chirurgical) au cours des trois mois précédant l'étude ? Seuls les admissions d'au moins une nuit doivent être prises en compte.
Mobilité	Le résident est-il ambulatoire (il peut marcher avec ou sans canne, béquilles ou déambulateur), a-t-il besoin d'un fauteuil roulant pour faire ses déplacements ou est-il alité le jour de la PPS ?

Voir le point 2.1 *le questionnaire institutionnel « B – Données du dénominateur »* pour les définitions des autres variables de l'étude.

2.3.2. Traitement antimicrobien

Tous les traitements antimicrobiens systémiques doivent être collectés le jour de l'étude (voir 1.3.3.1).

<u>Les sources de données dépendent de l'organisation au sein de l'institution :</u>

- Délivrance par la pharmacie :

Si, dans l'institution, tous les médicaments sont fournis par la même pharmacie, cette dernière peut fournir une liste électronique de tous les résidents qui prennent un antimicrobien le jour de l'étude.

-La liste de traitement de chaque résident du service :

Si la précédente option n'est pas possible, l'agent devra effectuer la collecte de données lui-même. Dans la plupart des institutions, il existe une liste de traitement pour chaque résident sur laquelle les médicaments en cours sont notés. Si ces données sont systématiquement conservées, c'est une source fiable pour la collecte de données le jour de l'étude.

Si un traitement électronique est disponible dans le service, il peut être imprimé pour tous les résidents qui utilisent un antimicrobien le jour de l'étude. Si un traitement électronique n'est pas disponible, mais seulement un traitement manuscrite, l'agent devra vérifier toutes les feuilles une par une afin de trouver les résidents sous

antimicrobiens. Dans les grandes institutions, les données peuvent, être collectées par une infirmière responsable de chaque service ou la collecte de données peut s'étaler sur quelques jours.

- *Le dossier médical ou infirmier de chaque résident:*

Si aucune liste de médicament n'est disponible et que le traitement n'a été noté que dans les dossiers, tous les dossiers doivent être vérifiés le jour de l'étude.

Remarque : Parfois, les résidents gèrent eux-mêmes leurs médicaments et peuvent donc éventuellement utiliser un traitement antimicrobien sans que cela soit noté quelque part. Pour les résidents indépendants, cette possibilité doit être prise en compte.

Variables	Description/définition
Nom de l'antimicrobien	Le nom commercial ou le nom de la molécule de l'antimicrobien prescrit est requis. De la place pour quatre antimicrobiens différents est prévue. Si le résident prend plus de quatre antimicrobiens le jour de l'étude, nous suggérons d'utiliser un deuxième questionnaire. N'oubliez pas d'indiquer clairement le numéro d'étude unique du résident concerné sur ce nouveau questionnaire.
Voie d'administration	Comment l'antimicrobien est-il administré au résident le jour de l'étude ? Par voie orale (par voie orale : pilules, capsules ou sous forme liquide), parentérale (intramusculaire (IM), intraveineuse (IV) ou sous-cutanée (SC)) ou d'une autre manière (ex. inhalation, rectale)?
Date de fin ou de révision du traitement connue ?	Le dossier médical ou infirmier du résident indique-t-il clairement quand le traitement antimicrobien doit être arrêté (date de fin) ou quand le traitement doit être revu par le prescripteur (date de révision)?
Type de traitement	Pour quelle indication l'antimicrobien a-t-il été prescrit? Les antimicrobiens ont-ils été prescrits pour prévenir le développement d'une infection (***traitement prophylactique***) ou pour traiter une infection existante (***traitement thérapeutique***)?
Traitement antimicrobien pour ?	Le traitement antimicrobien prophylactique ou thérapeutique prescrit couvre quel système ou affection ?
Où a-t-il été prescrit	Le traitement antimicrobien a-t-il été prescrit dans l'institution actuel, dans un hôpital ou ailleurs?

2.3.3. Infections liées aux soins

Toutes les infections actives liées aux soins doivent être collectées le jour de l'étude (voir 1.3.3.2).

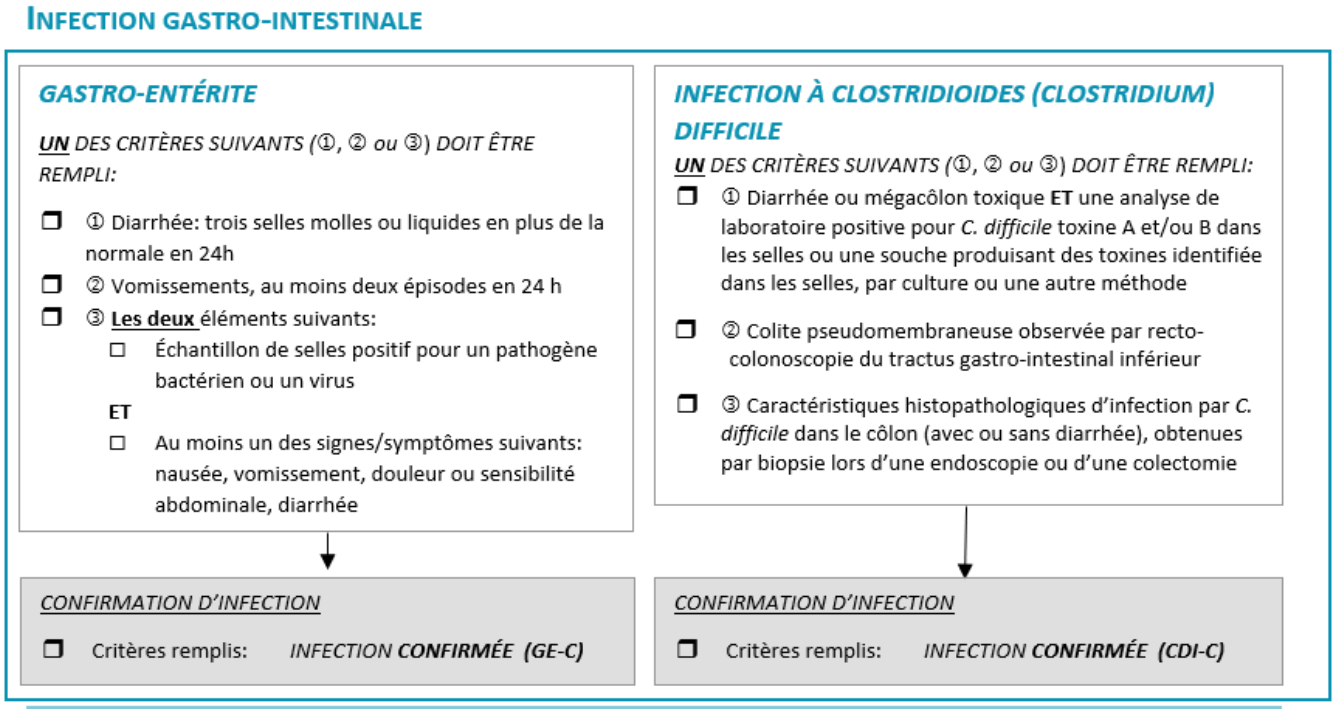
Comment faire le relever des données des infections?

Il existe des différences dans la collecte de données entre le questionnaire en ligne et la version papier. Dans la version papier, toutes les définitions sont clairement et entièrement écrites. La version en ligne contient les mêmes définitions, mais est plus automatisée. Pour plus de clarté, les deux manières de collecte de données sont décrites. Remarque : les données devront toutes être transmises via le système en ligne.

Version papier

Au cours de l'étude, les définitions pour la surveillance des infections dans les institutions de soins de long séjour (critères McGeer révisés) devront être appliquées.[1] Pour faciliter leur application, un arbre décisionnel a été élaboré pour chaque type d'infection qui est affiché schématiquement dans le questionnaire destiné aux résidents. Dans l'arbre décisionnel, tous les signes/symptômes présents doivent être cochés. À la fin, l'arbre indique si l'infection est confirmée ou non par la définition : y avait-il suffisamment de signes/symptômes présents pour répondre aux critères?

Exemple d'un arbre décisionnel:



[1] Stone MD, Ashraf MS, Calder J, et al. (2012) Surveillance definitions of infections in long-term care facilities: Revisiting the McGeer criteria. *Infect Control Hosp Epidemiol.* **10**: 965-977

- Si vous soupçonnez une ou plusieurs infections chez le résident, recherchez les signes/symptômes présents le jour de l'étude. Recherchez également dans le dossier du résident les signes/symptômes qui étaient présents au cours des 14 derniers jours si le résident ne présente plus de signes/symptômes, mais qu'il reçoit toujours un traitement pour cette même infection le jour de l'étude ou si le résident a eu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19 au cours des 14 derniers jours.

- Dans le questionnaire du résident, allez dans la case correspondant au site anatomique infecté (ex. voies urinaires, peau, voies respiratoires...) et indiquez **tous** les signes et/ou symptômes présents. Parfois, il est également nécessaire de vérifier le résultat des tests pertinents (ex. résultat d'un RX en cas de suspicion d'une infection des voies respiratoires basses ou d'une culture d'urine en cas de suspicion d'une infection des voies urinaires).

  Remarque : La confirmation du diagnostic d'« infection » par un médecin (ou l'inscription au dossier) n'est pas nécessaire.

- **Collectez toutes les infections.** Un résident peut présenter plus d'une infection le jour de la PPS. Si les signes/symptômes ne peuvent pas être classés, choisissez « autre » et mentionnez l'infection.

- Si tous les critères d'infection sont remplis, passez à la case grise « CONFIRMATION DE L'INFECTION » et cochez la case à côté de « Critères entièrement remplis : *INFECTION* ***CONFIRMÉE*** *(XXX-C)* ».

Attention: dans la définition d'une infection urinaire ou d'une infection COVID-19, il existe plusieurs possibilités:

Infections des voies urinaires :

- ❒ Signes et symptômes ET culture d'urine positive: *INFECTION* ***CONFIRMÉE (UTI-C)***
- ❒ Signes et symptômes ET culture d'urine non prélevée, négative ou résultats inconnus: : *INFECTION* ***PROBABLE (UTI-P)***

Infections à la COVID-19 :

- ❒ Test SARS-CoV-2 Positif ET ne présente aucun singe/symptôme: *INFECTION* ***CONFIRMÉE (COV-ASY)***
- ❒ Test SARS-CoV-2 Positif ET présente de légers singes/symptômes sans oxygénothérapie: *INFECTION* ***CONFIRMÉE (COV-MM)***
- ❒ Test SARS-CoV-2 Positif ET présente des signes/symptômes graves avec la nécessité d'oxygénothérapie : *INFECTION* ***CONFIRMÉE (COV-SEV)***

- Ensuite, passez à la partie B (p.2) du questionnaire, remplissez le code d'infection et complétez les autres questions.

B – LES INFECTIONS LIÉES AUX SOINS ACTIVES					
		INFECTION 1	INFECTION 2	INFECTION 3	INFECTION 4
CODE DE L'INFECTION		⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋
DATE DE DÉBUT DE L'INFECTION (JJ/MM/AA)		⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋	⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋	⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋	⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋
A. NOM DU GERME ISOLÉ (UTILISEZ LA LISTE DES CODES)	1. A	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋
	B	⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌋	⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌋	⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌋	⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌋
B. ANTIBIOTIQUE TESTÉ[1] ET RÉSISTANCE[2] SEULEMENT POUR STAAUR, ENC***, ACIBAU, PSEAER ET LES ENTÉRO-BACTÉRIES (CIT***, ENB***, ESCCOL, KLE***, MOGSPP, PRT***, SER***)	2. A	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋
	B	⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌋	⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌋	⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌋	⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌋
	3. A	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋
	B	⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌋	⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌋	⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌋	⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌋

[1] Antibiotique testé: STAAUR: l'oxacilline (OXA) et glycopeptides (GLY); ENC***: GLY; Les Entérobactéries: céphalosporines de 3eme génération (C3G) et carbapénèmes (CAR); PSEAER et ACIBAU: CAR. [2] Résistance: S=sensible à la posologie standard, I= Sensible à une forte posologie, R=résistant (non sensible), U=inconnue

- Dans le cas où le résident présente des signes/symptômes d'une infection le jour de l'étude ou a montré des signes/symptômes dans le passé, mais qu'il est toujours traité pour cette même infection le jour de l'étude (cf. définition d'une infection active), tous les signes/symptômes pertinents doivent être indiqués dans l'arbre décisionnel d'infection approprié. Toutefois, si le résident ne répond pas à tous les critères, la case grise « CONFIRMATION DE L'INFECTION » peut ne pas être remplie. La partie B du questionnaire ne doit alors pas être remplie (à moins qu'une autre infection ne soit présente).

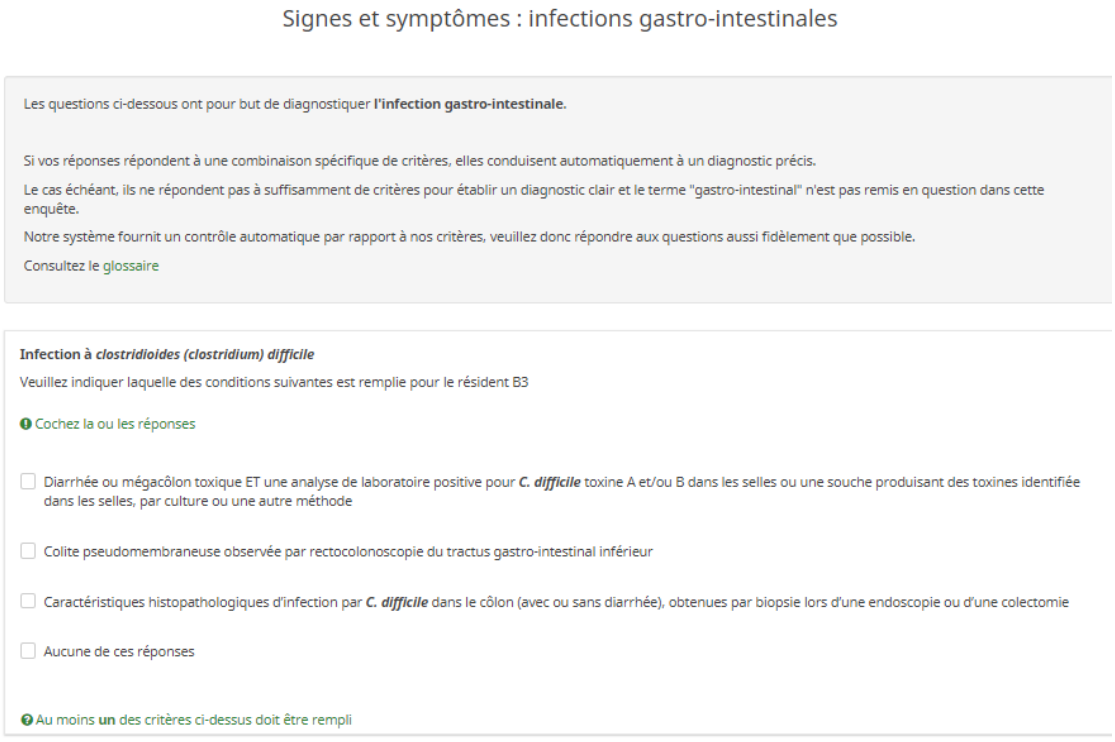
Questionnaire en ligne

- Avec le questionnaire en ligne, vous arrivez d'abord à une page dans laquelle vous devez indiquer quelle(s) infection(s) vous suspectez chez le résident. Vous rechercherez les signes/symptômes qui sont présents le jour de l'étude ou les signes/symptômes qui étaient présents au cours des 14 derniers jours si le résident n'en présente le jour de l'étude, mais qu'il reçoit toujours un traitement pour cette même infection ou pour les signes/symptômes qui étaient présents chez le résident avec un test COVID-19 positif au cours des 14 derniers jours.

- Vous vous rendrez automatiquement dans les cases correspondant au site anatomique infecté indiqué (ex. voies urinaires, peau, voies respiratoires...). Indiquez ici **tous** les signes et/ou symptômes présents. Parfois, il est également nécessaire de vérifier le résultat des tests pertinents (ex. résultat d'un RX en cas de suspicion d'une infection des voies respiratoires basses ou d'une culture d'urine en cas de suspicion d'une infection des voies urinaires).

Remarque : La confirmation du diagnostic d'« infection » par un médecin (ou l'inscription au dossier) n'est pas nécessaire.

- **Enregistrez toutes les infections.** Un résident peut présenter plus d'une infection liée aux soins le jour de la PPS.
- Si les signes/symptômes ne peuvent pas être classés, choisissez « autre » et mentionnez l'infection.
- Si tous les critères d'infection sont remplis, vous recevrez automatiquement un diagnostic (de surveillance).



Infection	Niveau de confirmation	Code de l'infection
Infections des voies urinaires	Confirmé / Suspecté	UTI-C / UTI-P
Infections des voies respiratoires (IVR)		
• Rhum/pharyngite	Confirmé	COLD-C
• Syndrome grippal	Confirmé	FLU-C
• Pneumonie	Confirmé	PNEU-C
• Autre IVR basse	Confirmé	LRTI-C
Infection à la COVID-19 (coronavirus; SARS-CoV-2)		
• Asymptomatique	Confirmé	COV-ASY
• Symptomatique sans oxygénothérapie	Confirmé	COV-MM
• Symptomatique avec oxygénothérapie	Confirmé	COV-SEV
Infections de la peau		
• Cellulite/infections tissus mous ou plaies	Confirmé	SKIN-C
• Gale	Confirmé	SCAB-C
• Infection à herpès simplex ou au zona	Confirmé	HERP-C
• Infection fongique	Confirmé	FUNG-C
Infections yeux, oreilles, nez et bouche		
• Conjonctivite	Confirmé	CONJ-C
• Infection des oreilles	Confirmé	EAR-C
• Sinusite	Confirmé	SINU-C
• Candidose buccale (muguet)	Confirmé	ORAL-C
Infections gastro-intestinale		
• Gastro-entérite	Confirmé	GE-C
• Infection à *Clostridioides (Clostridium) difficile*	Confirmé	CDI-C
Infections systémiques	Confirmé	BSI-C
Épisode de fièvre inexpliquée	Confirmé	FUO-C
Autre(s) infection(s)		OTHER

-C = confirmé (confirmed); -P = suspecté (probable); -ASY = asymptomatique; -MM = moyen (moyen/modéré); -SEV = sévère (severe)

Variables	Description/définition
Symptômes constitutionnels	
Fièvre	1) > 37.8°C mesure buccale/tympanique/axillaire 1 seule fois **ou** 2) mesures répétées > 37.2°C buccale/axillaire ou > 37.5°C rectale **ou** 3) > 1.1°C comparé à la température habituelle à partir de n'importe quel site (buccal, tympanique, axillaire)
Leucocytose	Un plus grand nombre de globules blancs (leucocytes) dans le sang que la normale

Altération aigue de l'état mental par rapport à l'état mental habituel	Début aigu **et** évolution fluctuante **et** inattention **et** raisonnement désorganisé ou altération de l'état de conscience. Nouvelles difficultés rencontrées ou détérioration des capacités cognitives (ex. oublier quelque chose plus rapidement, problèmes à reconnaître les personnes familières, être confus plus rapidement...)
Déclin fonctionnel aigu	Augmentation de la dépendance sur l'échelle de mesure (ex. KATZ) utilisée dans l'institution. Nouvelles difficultés ou détérioration rencontrées par le résident pour effectuer les activités de la vie quotidienne (ex. besoin d'aide pour se laver, s'habiller, aller aux toilettes, se déplacer ou manger)
Arbre décisionnel	
Infection des voies urinaires	Peut inclure une infection du pelvis rénal, de l'uretère, de la vessie et de l'urètre
Angle costo-vertébral	Transition de la côte à la vertèbre
Région sub-pubienne	Région au-dessus de l'os pubien
Infection des voies respiratoires	Infection du système respiratoire: peut être divisée en: Infection des voies respiratoires hautes/supérieures : comprend les infections du (naso)pharynx ((naso)pharyngite) et des amygdales (amygdalite) Infection des voies respiratoires basses et inférieures : comprend les infections de la trachée et des grandes branches de la trachée (bronchite), des branches plus fines de la trachée (bronchiolite) et des poumons (vésicules) (pneumonie)
Adénopathie cervicale	Anomalies (généralement accompagnées de gonflement et de douleur) des ganglions lymphatiques appartenant au cou
Infiltrat	Dépôt de liquide (sang, lymphe, pus..) dans les tissus et les cellules
Crachat	Fluide craché des voies respiratoires inférieures (ce n'est pas de la salive !!)
Auscultation	Écouter les sons dans le corps (ex. respiration, souffle pulmonaire, rythme cardiaque) à l'aide d'un stéthoscope ou en plaçant l'oreille contre le corps du patient.
Crépitations	Bruits de crépitement interrompus dans les poumons et les bronches en raison des mouvements d'air
Ronchi	Bruits continus dans les voies respiratoires inférieures
Sifflement	Sifflement doux ou sifflement lors de l'expiration est difficile
Douleur pleurale	Douleur thoracique lors de l'inspiration, ce qui peut entraîner une respiration superficielle rapide pour réduire la douleur
Dyspnée	Essoufflement/étouffement
Anosmie aigue	Perte soudaine d'odorat
Dysgueusie aigue	Changement soudain de goût
Rhinite	Inflammation de la muqueuse nasale avec des plaintes telles que nez qui coule, éternuements, congestion nasale
Anorexie	Manque d'appétit
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ou maladie pulmonaire chronique est une affection dans laquelle les petites voies respiratoires sont (chroniquement) enflammées pendant une longue période. On l'appelle « maladie pulmonaire obstructive », car cette inflammation rétrécit les voies respiratoires.
Cellulite	Infection du tissu conjonctif sous-cutané

Tissus mous	Tissus qui relient, entourent ou soutiennent d'autres structures et organes du corps. Ceux-ci comprennent les muscles, les tendons, les ligaments, les nerfs, les vaisseaux sanguins, la graisse, le tissu fibreux, le tissu conjonctif (fascia) et les membranes
Exsudat	Liquide visqueux libéré en raison de l'inflammation
Gale	Maladie de la peau contagieuse et qui démange sévèrement causée par un acarien
Éruption maculopapillaire	Éruption cutanée tachetée et grumeleuse sur la peau
Herpès simplex	L'herpès est causé par un virus: une éruption cutanée (souvent au niveau des lèvres, du nez) constituée de petites cloques remplies d'un liquide clair qui se forment en groupes et se dessèchent rapidement (populairement: bouton de fièvre)
Zona	Est causée par un virus: une éruption cutanée généralement douloureuse en forme de cloque dans les zones où de nombreux nerfs sensoriels courent (visage, poitrine, épaule et hanche)
Conjonctivite	Infection de la conjonctive due à une bactérie ou à un virus
Sinusite	Infection des sinus paranasaux
Infection gastro-intestinale	Infection de l'estomac et/ou de l'intestin
Clostridioides (Clostridium) difficile	C. difficile, une bactérie (bacille à Gram positif) qui peut causer une diarrhée persistante et une colite pseudomembraneuse
Mégacôlon toxique	Un mégacôlon est caractérisé par un gros intestin dilaté et élargi. Un mégacôlon toxique se produit lorsque l'inflammation aiguë se produit dans un intestin aussi large. Une complication possible d'un mégacôlon toxique est la rupture de l'intestin (perforation) entraînant une péritonite et un empoisonnement du sang (septicémie).
Toxine	Une substance nocive formée par des bactéries
PCR	Polymerase Chain Reaction ou réaction en chaîne de la polymérase, une technique utilisée en laboratoire pour multiplier de très petites quantités d'ADN dans un échantillon jusqu'à ce qu'il y en ait assez pour analyser
Colite pseudomembraneuse	Une inflammation du côlon qui se produit souvent avec un traitement antibiotique et s'accompagne de diarrhée, de douleurs abdominales et de fièvre
Endoscopie	Recherche dans laquelle un tube mince ou un endoscope peut être utilisé pour regarder dans le corps à travers une ouverture naturelle (bouche ou anus)
Colectomie	Intervention chirurgicale dans laquelle le côlon est partiellement ou complètement enlevé
Infection systémique	Une infection, causée par un micro-organisme, qui se propage à différents organes dans les différents systèmes du corps
Contaminant	Contamination par une substance chimique ou biologique (p. ex. bactérie)

Comment compléter « B – Infections actives liées aux soins de santé » du questionnaire du résident?

Variables	Description/définition
Code de l'infection	Ce code se trouve dans la case grise « CONFIRMATION DE L'INFECTION » pour la ou les infections pertinentes d'un résident qui répond à tous les critères d'infection. **Ce code apparaîtra automatiquement en ligne.**

	Pour les infections confirmées, ce code se termine par -C (**C**onfirmed). Pour une infection urinaire suspectée, ce code se termine par -P (**P**robable). Pour une « autre » infection, ce code est « OTHER ». **N'oubliez pas de préciser cette infection dans l'encadré gris à la p. 7 du questionnaire du résident.**
Date de début de l'infection (JJ/MM/AA)	Veuillez entrer la date à laquelle les premiers signes/symptômes de l'infection en question sont apparus. Si cette date n'est pas connue, elle peut également être le début du traitement (antimicrobien) de l'infection en question ou la date à laquelle un échantillon a été envoyé à un laboratoire microbiologique pour examen.
Nom du micro-organisme	Voir 2.3.4
Antibiotique et résistance testé	Voir 2.3.4

2.3.4. Micro-organismes isolés et résistance aux antimicrobiens

Après avoir posé le bon diagnostic (de surveillance), des données sur les micro-organismes isolés et la résistance aux antimicrobiens sont collectées. Il existe également une différence entre la collecte de données sur papier et en ligne.

Version papier
Notez sous « B – Infections actives liées aux soins » :

Si un échantillon a été prélevé pour des tests microbiologiques, le résultat de ce test doit être collecté. La liste des codes des micro-organismes (**annexe D – liste des micro-organismes**) ou l'un des codes ci-dessous peut être utilisé:

_NOEXA	PAS D'ANALYSE RÉALISÉE	Aucun échantillon diagnostic prélevé ou pas d'analyse microbiologique réalisée
_NA	RÉSULTAT NON DISPONIBLE	Les résultats microbiologiques ne sont pas encore disponibles ou n'ont pas été trouvés/consultés
_NONID	MICRO-ORGANISME NON IDENTIFIABLE	Des analyses microbiologiques ont été effectuées, mais les micro-organismes n'ont pas pu être classés correctement
_STERI	ÉCHANTILLON STERILE	Des analyses microbiologiques ont été réalisées, mais le résultat était négatif (ex: une culture négative)

Un maximum de trois micro-organismes peut être déclaré. Si un micro-organisme indiqué en surbrillance rouge dans la liste de codes des micro-organismes est signalé, la sensibilité est en outre indiquée:

S	Sensible à la posologie standard	I	Sensible une forte posologie
R	Résistant ou insensible	U	Inconnu ('unknown')

Le tableau suivant doit être suivi :

Micro-organisme	Antibiotique testé[1]	Résistance antimicrobienne			
Stafylococcus aureus (STAAUR)	Oxacilline (OXA)	Sensible à la posologie standard (S)		Résistant (R)	Inconnu (U)
	Glycopeptides (GLY)	Sensible à la posologie standard (S)	Sensible à une forte posologie (I)	Résistant (R)	Inconnu (U)
Enterococcus* species** (ENC)	Glycopeptides (GLY)	Sensible à la posologie standard (S)	Sensible à une forte posologie (I)	Résistant (R)	Inconnu (U)
Enterobacterales, incluant: *Escherichia coli (ESCCOL)* *Klebsiella* species (KLE***) *Enterobacter* species (ENB***) *Proteus* species (PRT***) *Citrobacter* species (CIT***) *Serratia* species (SER***) *Morganella* species (MOGSPP)	Céphalosporine 3ème génération (C3G)	Sensible à la posologie standard (S)	Sensible à une forte posologie (I)	Résistant (R)	Inconnu (U)
	Carbapénèmes (CAR)	Sensible à la posologie standard (S)	Sensible à une forte posologie (I)	Résistant (R)	Inconnu (U)
Pseudomonas aeruginosa (PSEAER)	Carbapénèmes (CAR)	Sensible à la posologie standard (S)	Sensible à une forte posologie (I)	Résistant (R)	Inconnu (U)
Acinetobacter baumannii (ACIBAU)	Carbapénèmes (CAR)	Sensible à la posologie standard (S)	Sensible à une forte posologie (I)	Résistant (R)	Inconnu (U)

[1]OXA: sensible à l'oxacilline ou tout autre marqueur du MRSA (ex. céfoxitine, cloxacilline, dicloxacilline, flucloxacilline, méticilline)
GLY: sensible aux glycopeptides: vancomycine ou teicoplanine
C3G: sensible aux céphalosporines de troisième génération : cefotaxime, ceftriaxone, ceftazidime
CAR: sensible aux carbapénèmes : imipenem, meropenem, doripénem.

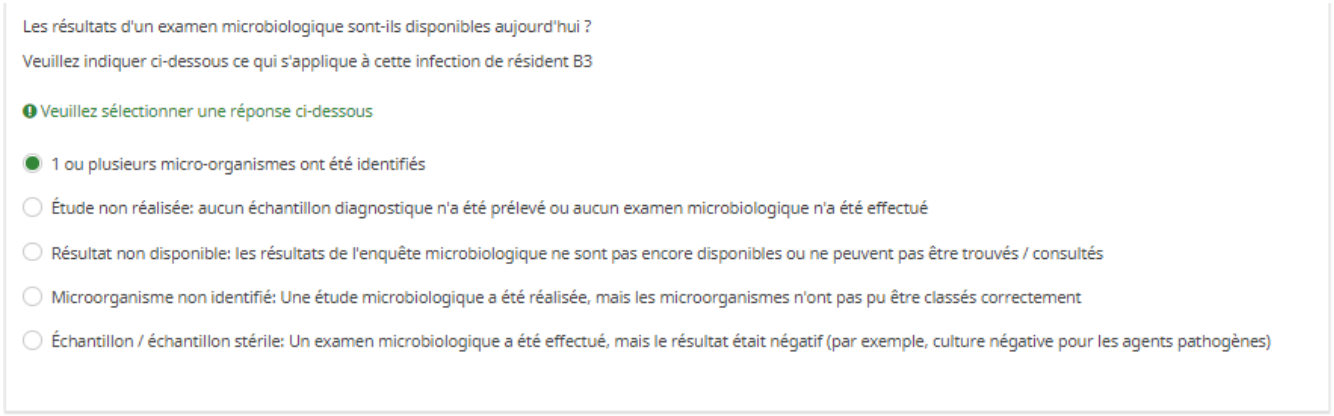
Exemple:

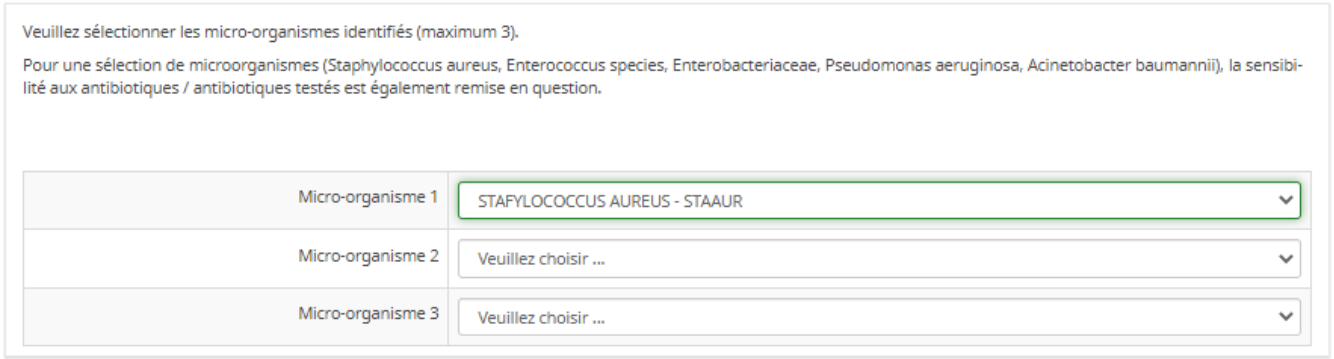
B – LES INFECTIONS LIÉES AUX SOINS					
		INFECTION 1	INFECTION 2	INFECTION 3	INFECTION 4
CODE DE L'INFECTION		U T I - C	S K I N - C	C O L D - C	
		..	...	...	...
A. NOM DU GERME ISOLÉ (UTILISEZ LA LISTE DES CODES)	1. A	E S C C O L	S T A A U R	_ N O E X A	
B. ANTIBIOTIQUE TESTÉ[1] ET RÉSISTANCE[2] SEULEMENT POUR STAAUR, ENC***, ACIBAU, PSEAER ET LES ENTÉRO-BACTÉRIES (CIT***, ENB***, ESCCOL, KLE***, MOGSPP, PRT***, SER***)	B	C 3 G R C A R U	O X A S G L Y S		
	2. A	E N C F A E	S T R H C G		
	B	G L Y S			
	3. A		P S E A E R		
	B		C A R U		

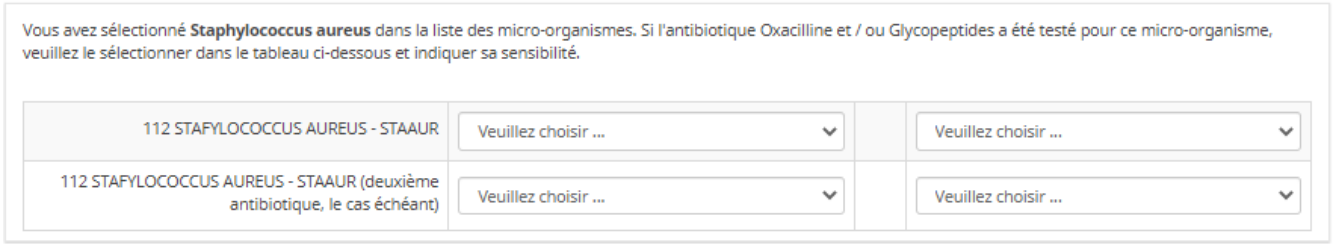
Questionnaire en ligne

Cette collecte de données suit le même principe que celle sur papier, à la différence que celle-ci est automatisée.

- Si un échantillon a été prélevé pour des tests microbiologiques, le résultat de cet examen doit être collecté.
- Sur la base de la liste déroulante, vous pouvez choisir le bon micro-organisme. Un maximum de 3 micro-organismes peuvent être saisis. Conseil: Tapez les trois premières lettres du micro-organisme pour trouver le résultat plus rapidement.
- Le profil de résistance est déterminé pour certains micro-organismes.







3. ASPECTS PARTIQUES

3.1 LimeSurvey

Au cours de l'étude, LimeSurvey est utilisé pour la collecte de données. L'institution reçoit plusieurs liens uniques vers LimeSurvey au début de la collecte de données. Le premier lien est une référence au questionnaire institutionnel. Le deuxième lien est le questionnaire destiné aux résidents. Les questionnaires en ligne seront également mis à la disposition des institutions participantes en version papier. Cependant, les données collectées ne peuvent être transmises que via LimeSurvey

3.2 Organisation de l'étude et charge de travail

- Il est conseillé de suivre une des séances d'information organisées par Sciensano. Les dates précises de ces sessions seront communiquées ultérieurement aux institutions participants, mais auront lieu au début de la période d'études.
- Il est, par ailleurs, conseillé d'organiser une séance d'information locale (dans l'institution) pour le personnel avant le début de l'étude.
- Une bonne préparation de l'étude et des listes de services bien remplies peuvent rendre la collecte de données plus rapide et plus facile et constituent des conditions de base pour une PPS réussie.
- Un questionnaire du résident ne doit être rempli que pour les résidents présentant des signes/symptômes d'infection et/ou qui prennent un antimicrobien le jour de la PPS. Pour un établissement de 100 lits, cela équivaut à environ 8 questionnaires. Le **consentement éclairé écrit** du patient est nécessaire.
- Le questionnaire institutionnel peut être complété avant ou après le jour de la PPS, à l'exception de la partie B – Données du dénominateur.
- Lorsqu'une infirmière est responsable de la collecte des données, les données collectées (principalement médicales) sont, de préférence, validées par un médecin (coordinateur).

3.3 Aspects éthiques

Conformément à la loi du 7 mai 2004 relative à l'expérimentation sur la personne humaine, dans le cadre d'une étude scientifique, le *consentement éclairé* doit être demandé aux participants pour lesquels un questionnaire du résident doit être rempli. Cela signifie que le résident et/ou les membres de sa famille doivent être clairement informés de l'étude (conseil des résidents, lettre d'information ou réunion) avant de donner son/leur consentement.

Le consentement ne peut être donné qu'en complétant et en signant le formulaire de consentement par le résident ou son représentant légal (une personne qui décide au nom du résident au cas où le résident serait incapable de le faire lui-même). Les données des résidents qui refusent de participer ne seront pas incluses dans l'étude.

Le formulaire d'information et de consentement sont fournis par Sciensano. Les formulaires de consentement doivent être conservés dans l'établissement jusqu'à la fin de l'étude. Ces documents ne peuvent en aucun cas être envoyés à Sciensano car ils contiennent les noms des résidents.

Afin d'éviter de demander à tous les résidents de l'institution un consentement écrit préalable (et donc également à ceux qui ne prennent pas de traitement antimicrobien ou qui présentent pas de signes/symptômes d'une infection active liée aux soins), la procédure est la suivante: le jour de la PPS, seuls les résidents qui prennent des antimicrobiens et/ou présentent des signes/symptômes d'une infection active liée aux soins seront invités à compléter et signer le formulaire d'information et de consentement afin que leurs données soient collectées pour l'étude. Si le résident n'est pas en mesure de donner son consentement, le formulaire de consentement sera envoyé (par courrier ou présenté) à son représentant légal (par exemple, un membre de la famille) et le formulaire de consentement devra être retourné à l'institution dans un délai préétabli. Si le résident est capable donner son consentement verbalement, mais ne peut pas signer le formulaire de consentement en raison d'une vision réduite, d'un handicap physique ou d'un analphabétisme, un témoin impartial signera le formulaire et indiquera son prénom, son nom et sa qualification.

Cette étude est soumis à un comité d'Éthique belge chargé de rendre un avis unique.

3.4 Confidentialité des données

Les données sont traitées dans le respect du RGPD et la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.
Chaque institution participante se voit attribuer un numéro d'étude unique par le coordonnateur national de l'étude HALT-4. Dans les rapports ou les publications où les résultats sont comparés entre les institutions, seul ce nombre sera utilisé.

Le nom du résident ne peut apparaître sur aucun questionnaire (papier). En remplacement, le numéro d'étude du résident, attribué par le coordonnateur local de l'étude, par exemple dans la liste des services, doit être utilisé.

3.5 Traitement des données de l'étude

S'il a été décidé de collecter les données d'abord sur papier, elles doivent être encodées en ligne (par la suite). Les données ne peuvent être transmises que via le système en ligne. La date limite de soumission des données est fixée au **15 décembre 2023**. Les données obtenues après cette date ne seront plus traitées.

Chaque institution reçoit un **compte rendu individuel avec les résultats** à la fin de l'étude. Un rapport d'étude national (en néerlandais et en français) sera établi sur la base de données agrégées. Les résultats de l'étude peuvent être utilisés sous forme agrégée dans des articles nationaux et/ou internationaux.

Les données nationales codées sont partagées avec l'ECDC via un « uplaod » dans le système de surveillance européen (TESSy), après cela elles peuvent être consultées en ligne.

CONTACT

Adresse e-mail générale : halt@sciensano.be

Katrien Latour
Sciensano
Healthcare-associated infections and antimicrobial resistance
Juliette Wytsmanstraat 14
1050 – Bruxelles
Tel: T + 32 2 642 57 62
E-mail: katrien.latour@sciensano.be

Najat Aïch
Sciensano
Healthcare-associated infections and antimicrobial resistance
Juliette Wytsmanstraat 14
1050 – Bruxelles
Tel: +32 2 642 54 03
E-mail: najat.aich@sciensano.be

ANNEXES

A – Questionnaire institutionnel

B – Liste des services

C – Questionnaire du résident

D – Liste de codes des micro-organismes