

C-CLIN Est



CENTRE DE
COORDINATION DE LA LUTTE CONTRE LES
INFECTIONS NOSOCOMIALES
DE L'EST

Hôpitaux de Brabois, Rue du Morvan, 54511 VANDOEUVRE Les NANCY CEDEX
Tél. : 03.83.15.34.73 - Fax : 03.83.15.39.73 – E-mail : cclin.est@chu-nancy.fr

PROTOCOLE DE SURVEILLANCE DES BACTERIEMIES Année 2008

D'après le protocole national du Raisin 2008

(Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales)

CClin Est : RESEAU DE SURVEILLANCE DES BACTERIEMIES NOSOCOMIALES

Coordination :

Véronique Bussy Malgrange, Resclin-Champagne-Ardenne

Tél. : 03 26 78 94 91 - Fax : 03 26 78 35 60 - E-mail : vbussymalgrange@chu-reims.fr

Karine Saby, Cclin Est

Tél. : 03 83 15 34 73 - Fax : 03 83 15 39 73 - E-mail : k.saby@chu-nancy.fr

Groupe de pilotage :

Véronique Bussy Malgrange, Resclin-Champagne-Ardenne, CHU Reims

Nathalie Floret, RFclin, CHU Besançon

Jacinthe Foegle, Hygiène hospitalière et Médecine préventive, CHU Strasbourg

Céline Hernandez, Hygiène hospitalière et Médecine préventive, CHU Strasbourg

Gilbert Laplatte, Réanimation médicale, Hôpital Civil, Colmar

Jean-Claude Réveil, Hygiène gestion des risques, CH Charleville Mézières

Vincent Stoeckel, Hygiène hospitalière, CH Châlons-en-Champagne

Loïc Simon, Cclin Est, CHU Nancy

septembre 2008

I. Objectifs

La surveillance des bactériémies et fongémies nosocomiales a été mise en place dans les CClin depuis quelques années. Le protocole minimum commun élaboré par le comité de pilotage du Raisin est utilisé. Les objectifs généraux de cette surveillance sont les suivants :

- Proposer un dénominateur commun à l'ensemble des services et établissements pour calculer la fréquence de ces infections pour 100 patients admis en entrée directe ou pour 1000 journées d'hospitalisation.

- Recueillir des données épidémiologiques sur ces infections nosocomiales souvent graves concernant préférentiellement des secteurs tels que la réanimation ou l'hématologie ou l'oncologie mais constituant un indicateur pour l'ensemble des services d'un établissement (la survenue d'un décès dans la semaine qui suit la bactériémie sera ainsi systématiquement recherchée).

- Faciliter la surveillance d'une infection nosocomiale grave, en particulier dans les services ne participant pas habituellement à des activités de surveillance continue.

- Constituer un observatoire permettant de suivre l'évolution des bactériémies nosocomiales au cours du temps et de faciliter l'identification des phénomènes épidémiques dans chaque établissement.

- Cibler plus particulièrement la place de certaines bactéries porteuses de marqueurs de résistance aux antibiotiques telles que *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline, *Pseudomonas aeruginosa* et entérobactéries à BLSE.

- Suivre l'évolution de la diffusion de certaines bactéries telles que *E. coli* BLSE et Entérocoques résistants aux glycopeptides.

- Identifier les portes d'entrée dans un but de prévention, notamment de façon plus spécifique les bactériémies liées à un acte invasif (cathéter, sonde urinaire, endoscopie, intervention chirurgicale...).

- Par l'intermédiaire des coordinations des antennes régionales, aider les établissements ayant des taux de bactériémies élevés ('outliers') à identifier les causes et à apporter des mesures correctives

- Par la surveillance de la fréquence des flacons contaminés, aider les établissements au suivi des bonnes pratiques de prélèvement des hémocultures et proposer la rédaction d'un protocole commun au niveau du CClin Est

A ces objectifs communs, peuvent s'ajouter :

- des objectifs locaux propres à chaque établissement (prescription et réalisation des hémocultures, antibiothérapie...).

II. Conditions de participation des hôpitaux

1. Accord du Clin de l'établissement

Le président du Clin a préalablement confirmé son accord par écrit. Le directeur de l'établissement et la CME ont été informés. Les résultats de chaque hôpital lui seront communiqués par l'intermédiaire du président du Clin et de l'investigateur principal de la surveillance ; les résultats seront utilisés de façon anonyme au niveau de l'étude inter-régionale.

2. Participation des établissements

Les établissements volontaires s'engagent à fournir des données pendant une durée minimale de 3 mois consécutifs. Les établissements participants doivent posséder un système informatique PC compatible permettant l'accès au logiciel Epi-info. Les données saisies devront être transmises **avant le 1^{er} mars 2009 au Cclin Est**. L'analyse de ces données sera ensuite effectuée par le Cclin Est.

3. Déclaration à la CNIL : une déclaration complète est effectuée par le Cclin Est.

4. Suivi des établissements

Si nécessaire, chaque établissement participant recevra une aide lui permettant :

- Le recueil informatisé (logiciel Epi-info et application spécifique pour la surveillance des bactériémies).

- L'établissement du dénominateur (annexe 2 ²⁰⁰⁸), en relation avec les données du D.I.M. et de l'administration.

- L'interprétation et la compréhension de ses résultats concernant les bactériémies nosocomiales de son établissement.

- Le classement des cas litigieux ou difficiles grâce à une **aide téléphonique** en cours de surveillance par une personne référente de la coordination.

III. Modalités de surveillance

La surveillance est proposée aux établissements par le Cclin sur la base du protocole minimum en vigueur au niveau national. Elle est prospective, multicentrique réunissant des hôpitaux choisis sur la base du volontariat ; elle est placée sous l'égide du Clin ou de la commission adéquate issue de la CME de chaque établissement. Tout type d'établissement d'hospitalisation pratiquant des hémocultures peut participer à cette surveillance. La surveillance est faite à partir des données des laboratoires de microbiologie et chaque cas positif est complété et validé avec des données cliniques. La durée minimale de participation prévue est de 3 mois consécutifs (du 1^{er} octobre au 31 décembre 2008) pour chaque établissement ; ***une surveillance continue tout au long de l'année est recommandée pour les établissements ayant un petit nombre de bactériémies ou fongémies nosocomiales car des effectifs trop faibles ne permettent pas d'interpréter correctement des variations observées au niveau de l'établissement.***

IV. Définitions

Les définitions des infections associées aux soins sont retenues (CTINILS, mai 2007). La reconnaissance d'une bactériémie repose sur la confrontation de données cliniques et microbiologiques.

1. Hémoculture positive

Une hémoculture (une série de flacons) est dite positive si un ou plusieurs flacons (aérobie, anaérobie ou levures) prélevés au même moment sont positifs. Si les hémocultures sont prélevées simultanément ou en moins de 1/4 d'heure en des sites différents on a une hémoculture différentes pour chaque site prélevé (exemple : réalisation d'hémocultures sur un cathéter central et une veine périphérique).

Le nombre d'hémocultures positives est le nombre de prélèvements positifs à des moments différents. Un patient ayant deux flacons positifs, prélevés au même moment et au même site, a une hémoculture positive. Un patient ayant deux flacons positifs sur des prélèvements effectués à des moments séparés ou en des sites différents a deux hémocultures positives.

2. Hémoculture contaminée

Une hémoculture est dite "souillée" ou "non significative" ou "contaminée", si une seule hémoculture ou un seul flacon est positif à un micro-organisme (contaminant probable) réputé non pathogène et pour laquelle aucun traitement antibiotique approprié n'a été mis en œuvre par le clinicien. Les principaux contaminants d'hémoculture sont des commensaux du revêtement cutané (staphylocoque à coagulase négative, *Corynebacterium* spp., *Propionibacterium* spp.) ainsi que *Micrococcus* spp., *Bacillus* spp., ou tout autre micro-organisme à potentiel pathogène comparable.

3. Bactériémie

Une bactériémie correspond à la présence d'une hémoculture positive lorsque celle-ci a été prélevée devant des signes cliniques (le plus souvent hyperthermie > 38° C et ou frissons et ou choc, mais aussi hypothermie). Ce terme englobe les épisodes bactériens et fongiques (parfois appelés fongémies).

▪ Cas général

On retient une bactériémie si on a au moins une hémoculture positive à un micro-organisme autre qu'un contaminant (voir liste ci-dessus), prélevée devant des signes cliniques évocateurs (fièvre > 38° C, frissons, choc, parfois hypothermie et voire chez l'enfant de moins de 12 mois apnée ou bradycardie).

▪ Hémoculture positive à un micro-organisme dit contaminant

Si le micro-organisme isolé fait partie des contaminants, on retient une bactériémie seulement si :

- le même micro-organisme est isolé sur 2 hémocultures prélevées à des moments différents ou des sites différents

Ou

- le micro-organisme est isolé sur une seule hémoculture alors que le patient est porteur d'un cathéter intravasculaire et qu'une antibiothérapie appropriée a été mise en route par le médecin ; si le patient est déjà sous antibiotique et que l'antibiothérapie n'est pas modifiée par le résultat de l'hémoculture, on retiendra une contamination sauf si l'antibiothérapie était déjà adaptée.

▪ **Les sepsis cliniques à hémoculture négative** ne sont pas comptabilisés dans les bactériémies.

4. Définition de l'épisode bactériémique

Un même patient peut présenter plusieurs épisodes bactériémiques au cours de la période de surveillance.

- S'il s'agit d'une nouvelle hémoculture positive avec un micro-organisme et ou une porte d'entrée différents, on considèrera deux épisodes de bactériémie.

- Si la nouvelle hémoculture est positive au même micro-organisme alors que tout traitement antibiotique a été interrompu et que le patient a bénéficié d'une période asymptomatique sur le plan clinique d'une durée minimale de 72 heures à compter de l'arrêt du traitement, on considèrera deux épisodes de bactériémie.

- Dans tous les autres cas, un seul épisode de bactériémie sera retenu.

5. Caractère nosocomial d'une bactériémie

Une bactériémie est nosocomiale si elle est liée à des soins dispensés au cours d'une hospitalisation (complète ou incomplète) ou à domicile ou au cabinet ambulatoire. Pour les patients hospitalisés, une infection est nosocomiale si elle n'était pas présente ou en incubation lors de l'admission du patient dans l'établissement de santé ; en l'absence d'élément d'orientation, un délai minimum de 48 heures entre l'entrée dans l'établissement et la bactériémie constitue une indication de son caractère nosocomial.

6. Classement en catégories d'épisode

Chaque épisode de bactériémie sera classé dans l'une des catégories suivantes :

- Contamination de l'hémoculture
- Bactériémie communautaire sans rapport avec des soins
- Bactériémie associée aux soins :
 - nosocomiale acquise en hospitalisation complète (hospitalisation dans un lit d'hospitalisation complète avec une durée de séjour supérieure à 24 heures),
 - nosocomiale acquise en hospitalisation incomplète (hospitalisation dans un lit d'hospitalisation incomplète ou hospitalisation de jour avec une durée de séjour inférieure à 24 heures, hôpital de jour, hémodialyse, séances de chimiothérapie....),
 - nosocomiale acquise dans un autre établissement.
 - iatrogène ambulatoire consécutive à des soins dispensés à domicile (hospitalisation à domicile ou soins à domicile) par des professionnels de santé libéraux ou en cabinet de soins

Rappel : selon la définition du CTINILS de mai 2007, l'infection associée aux soins englobe tout événement infectieux en rapport plus ou moins proche avec un processus, une structure, une démarche de soins, dans un sens très large.

Remarques :

- les bactériémies associées aux soins et nosocomiales survenant après la sortie de l'établissement et détectées lors d'une réadmission, seront classées en fonction de la nature du séjour au cours duquel la bactériémie nosocomiale a été acquise (hospitalisation complète ou incomplète) ;

- la diffusion bactériémique d'une infection présente à l'entrée n'est pas une bactériémie nosocomiale, sauf s'il y a changement de micro-organisme et sauf si des soins ont pu être à l'origine de la diffusion sanguine du microorganisme.

V. Organisation de la surveillance dans chaque établissement

Dans chaque établissement, la surveillance des bactériémies doit être organisée sous l'égide du Clin qui désignera une personne responsable de cette surveillance et une personne responsable du recueil des données ; l'implication du laboratoire de microbiologie est indispensable.

1. Conditions de participation

Période de surveillance : durée de 3 mois : du 1^{er} octobre au 31 décembre 2008.

Documents techniques : ces documents sont disponibles et téléchargeables à partir du site internet du CCLin Est (<http://www.cclin-est.org>) et comprennent :

- Le protocole de l'enquête avec ses fiches de recueils.
- Un accord de participation à retourner au CCLIN Est pour attribution du code anonymat de l'établissement.
- Le programme informatique (Epi-Info) de saisie des fiches Bactériémie ainsi que le guide d'utilisation du programme informatique. L'outil informatique permettra à chaque établissement d'éditer automatiquement un rapport d'analyse à l'issue de la saisie des données.

2. Recueil des données

Le laboratoire de microbiologie transmet au responsable du recueil des données la liste des hémocultures positives rendues aux services de façon quotidienne et en temps réel. Chaque hémoculture positive donne lieu à une enquête clinique auprès des médecins concernés au moyen de la fiche de recueil (annexe 2₂₀₀₈). Cette enquête doit être réalisée en temps réel pour assurer la fiabilité des données recueillies en interrogeant le clinicien alors que le séjour du patient est en cours. Au total, les renseignements recueillis sont de 3 ordres : administratif, microbiologique et clinique. Le classement du cas doit être effectué en concertation avec le médecin responsable du patient. Toutes les fiches doivent être validées par une personne compétente (si possible médecin ou pharmacien), informée du protocole d'enquête pour permettre le classement des cas. La fiche de recueil doit être remplie suivant les recommandations du **guide de l'enquêteur**.

Tout au long de la période de surveillance, il convient de vérifier que le recueil est exhaustif et que toutes les hémocultures rendues par le laboratoire ont bien été intégrées dans un épisode bactériémique et que chaque épisode a bien donné lieu au remplissage d'une fiche de recueil.

Les micro-organismes seront codés suivant l'annexe 3₂₀₀₈ (codage adopté au plan national pour l'ensemble des enquêtes des CClin).

3. Saisie et envoi des données

Quand les dossiers sont complets (notamment à J7 où la survenue du décès doit être recherchée), ils sont **saisis par une seule personne par centre** sur micro-ordinateur, grâce au masque de saisie téléchargeable sur le site du CClin Est. En cas d'impossibilité d'effectuer la saisie sur place, une solution sera étudiée avec la coordination de l'antenne ou avec le CClin. **Les données informatiques seront envoyées au terme des 3 mois au CClin Est, au maximum 60 jours après la fin de la période d'étude.**

Retour des fichiers informatiques (disquette ou courriel*) **avant le 1^{er} mars 2009** au CClin Est
* : Adresse électronique dédiée : bacteriemies-cclin.est@chu-nancy.fr

CClin Est
Hôpitaux de Brabois, Rue du Morvan, 54511 VANDOEUVRE LES NANCY
Tél. : 03.83.15.34.73 - Fax : 03.83.15.39.73 - E-mail : bacteriemies-cclin.est@chu-nancy.fr

Les documents papiers seront conservés par l'établissement jusqu'à l'édition définitive des résultats. Si besoin, le CClin pourra les demander à l'établissement. Dans ce cas, l'établissement adressera les **photocopies rendues anonymes** par découpage de la partie supérieure des fiches d'enquête.

NB : au moment de saisir les données, il ne reste qu'une fiche par épisode ; si le patient présente plusieurs épisodes de Bactériémies distincts, il donne lieu à l'ouverture d'une fiche par épisode différent.

4. Contrôle des données

Outre les contrôles effectués à la saisie, une vérification de la cohérence des données est nécessaire ; elle sera faite au moyen d'un programme spécifique, mis en œuvre par la coordination, permettant de mettre en évidence par exemple les données manquantes, de contrôler le classement des hémocultures par rapport à leur délai de survenue et de vérifier la cohérence de la porte d'entrée par rapport au classement. A la suite de ce contrôle, des informations complémentaires pourront être demandées aux établissements participants.

5. Traitement des données

La coordination effectuera le traitement des données selon le plan d'analyse suivant :

- caractéristiques des patients présentant des bactériémies nosocomiales
- description des portes d'entrée et des micro-organismes
- calcul des taux de bactériémies nosocomiales : le numérateur est constitué du nombre de cas de bactériémies nosocomiales en rapport avec une hospitalisation complète (les cas importés d'autres établissements ou acquis en hospitalisation incomplète ou à domicile ou consécutifs à des soins administrés au cabinet médical ne sont pas intégrés dans le calcul du taux) ; chaque établissement pourra suivre son taux de bactériémies nosocomiales au cours du temps, les comparaisons inter-établissements seront, dans l'état actuel des connaissances, réalisées avec

prudence ; les dénominateurs sont constitués du nombre de journées d'hospitalisation complète et du nombre d'entrées directes hors hospitalisation incomplète ; les établissements auront à transmettre les informations figurant en annexe 1₂₀₀₈ pour la période de surveillance. Chaque dénominateur sera établi par catégorie de services de l'établissement (médecine, chirurgie, réanimation, pédiatrie, soins de suite, soins de longue durée...) afin de pouvoir établir des taux spécifiques à chaque secteur.

Après agrégation des données inter-régionales, les résultats seront stratifiés par catégories d'établissements.

Le calcul du pourcentage de flacons contaminés au cours de la période permettra à chaque établissement d'évaluer la qualité de son protocole de prélèvement des hémocultures ou de son application.

6. Calendrier de la surveillance 2008

	Oct 2008	Nov 2008	Déc 2008	Jan 2009	Fév 2009	Mar 2009	Avr 2009	Mai 2009	Jun 2009	Jui 2009
<i>Inclusion des épisodes</i>										
<i>Envoi des données au CClin Est</i>										
<i>Contrôle de qualité des données</i>										
<i>Constitution et validation de la base de données C-CLIN</i>										
<i>Réunion physique ou téléphonique du comité de pilotage</i>							1 journée			
<i>Constitution du rapport CClin Est</i>										

Participation minimale : 3 mois : 1^{er} octobre – 31 décembre 2008

Date limite d'envoi des données au Cclin Est : 1^{er} mars 2009

Rapport : fin juillet 2009

Pour la période : du 1^{er} octobre 2008 au 31 décembre 2008

Données fournies par votre DIM ou par vos services administratifs

Nom de l'établissement :

Adresse :

CP et Ville :

Investigateur principal de l'étude :

Fonction : Tél : /_/_/_/_/_/_/_/_/ Fax : /_/_/_/_/_/_/_/_/

E-mail :

Statut de l'établissement : /_/_/_/_/_/_/_/_/ (Cf. annexe 5 ₂₀₀₈)	Nature de l'établissement : /_/_/_/_/_/_/_/_/ (Cf. annexe 5 ₂₀₀₈)
--	--

Ensemble des Services de :	Nb de lits	Nb d'entrées directes ⁽¹⁾ complètes ⁽²⁾	Nb de journées d'hospitalisation complètes ^{(2)*}
Médecine adulte (dont soins intensifs et surveillance continue)			
Pédiatrie (hors chirurgie et réanimation, dont soins intensifs et surveillance continue)			
Chirurgie adulte et infantile (dont soins intensifs et surveillance continue)			
Réanimation adulte, (hors soins intensifs et surveillance continue)			
Réanimation infantile et néonatale (hors soins intensifs et surveillance continue)			
Gynécologie et obstétrique, maternité			
Psychiatrie (adulte et enfant)			
Soins de suite et de réadaptation (Moyen séjour, Rééducation fonctionnelle,...)			
Soins de longue durée (Long Séjour)			
Total établissement (hospit complète)			

	Nb de lits	Nb d'entrées directes ⁽¹⁾	} Données optionnelles
Urgences / Services Portes			
Hospitalisation de jour			
Autres⁽³⁾ (dialyses, etc...) : _ _ _ _ _			

⁽¹⁾ = En provenance du domicile, d'une maison de retraite, d'un autre établissement, excluant les entrées par transfert d'un service à l'autre au sein d'un même établissement.

⁽²⁾ = Complètes = pour une durée supérieure à 24 heures.

⁽³⁾ = Autres services de votre établissement non mentionnés ci-dessus

*Pour chaque patient = date de sortie - date d'entrée + 1 ou chaque patient présent à 00h.

INTERPRÉTATION DU PROBLÈME DES CONTAMINATIONS

Nombre **total** de **flacons utilisés** pour l'ensemble des hémocultures de votre établissement
(tous positifs et tous négatifs)

DURANT TOUTE LA PERIODE : DU 01/10/2008 au 31/12/2008

/_/_/_/_/_/_/_/_/

Nom, Prénom:

-----Pour tout envoi : découper après photocopie----- Annexe 2₂₀₀₈

Fiche de recueil des Bactériémies, Enquête CCLin Est du 1^{er} octobre 2008 au 31 décembre 2008

1 Numéro de la fiche / _ / _ / _ / _ / _ /
2 Code CCLin / 3 /
3 Code Etablissement / _ / _ / _ / _ / _ /
4 Code service / _ / _ / _ / _ / _ /
(Intitulé propre à votre établissement)
(service où la 1^{ère} hémoculture positive a été prélevée)
5 Discipline et spécialité / _ / _ / _ / _ / _ / _ /
(Cf. annexe 4₂₀₀₈)

A) Données administratives du patient

6 Date de naissance / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /
(jj/mm/aaaa) **7** Sexe / _ / (1 = Masculin, 2 = Féminin)
8 Date d'entrée dans l'établissement / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /
(jj/mm/aaaa)

B) Données microbiologiques de l'épisode

9 Date prélèvement 1^{ère} hémoculture positive / _ / _ / _ / _ / _ / 2/0/0/8 /
(Une hémoculture positive comprend un ou plusieurs flacons positifs prélevés au même moment)
10 Nb d'hémocultures positives / _ / _ /
11 Nb de flacons positifs pour l'épisode / _ / _ /
12 Micro-organisme isolé N°1 / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /
(Code à 6 lettres (et un chiffre si phénotype), Cf. annexe 3₂₀₀₈)
13 Micro-organisme isolé N°2 / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /
(Code à 6 lettres (et un chiffre si phénotype), Cf. annexe 3₂₀₀₈)
14 Micro-organisme isolé N°3 / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /
(Code à 6 lettres (et un chiffre si phénotype), Cf. annexe 3₂₀₀₈)

C) Données cliniques

15 Classement a priori de l'épisode / _ /
0 = Contamination de l'hémoculture
1 = Communautaire sans rapport avec des soins
2 = Nosocomiale, acquise en hospitalisation complète
3 = Nosocomiale, acquise en hospitalisation incomplète
4 = Iatrogène ambulatoire, (soins dispensés à domicile ou en cabinet de soins).
5 = Nosocomiale acquise dans un autre établissement

16 Porte d'entrée (PE) de la bactériémie / _ / _ /

1 = Cutanée
2 = Site opératoire
3 = Pleuro-pulmonaire
4 = Urinaire
5 = Cathéter central
6 = Cathéter périphérique
7 = Chambre implantée
8 = Digestive / Abdominale
9 = Translocation digestive probable (=Porte d'entrée non décelée chez un patient neutropénique PNN <500G/l)
10 = Inconnue (=Porte d'entrée non décelée chez un patient non neutropénique PNN ≥ 500G/l)
11 = Materno-fœtale
12 = Autres cathéters et assimilés
20 = Autre porte d'entrée, **16a** Laquelle

17 Dispositif invasif transitoire ou à demeure présumé en cause dans la bactériémie / _ /
(à renseigner si la porte d'entrée (item 16) est codée 3, 4, 8 ou 20),
(à renseigner par 1 si l'item 16 est codé 5, 6, 7 ou 12) (1 = Oui, 2 = Non, 9 = Inconnu)

18 Porte d'entrée microbiologiquement documentée / _ / (1 = Oui, 2 = Non, 9 = Inconnu)

19 Immunosuppression / _ / (1 = Oui avec PNN < 500G/l, 2 = Oui avec PNN > à 500G/l, 3 = Non, 9 = Inconnu)

20 Devenir du patient (à 7j de la bactériémie) / _ /
(1 = Décédé, 2 = Présent dans l'établissement, 3 = Sorti de l'établissement, 9 = Inconnu)

20a Si décès, Imputabilité à la bactériémie / _ / (1 = Complète, 2 = Partielle, 3 = Non imputable)
(Se référer au guide méthodologique d'aide au signalement du critère 2 : « tout décès lié à une infection nosocomiale » du CTINILS)

ISTE DES CODES MICRO-ORGANISMES

Annexe 3₂₀₀₈ page 1/2

Entérobactéries

Micro-organisme	Code	Phénotype
<i>Citrobacter freundii</i>	CIT FRE	1 = Céfotax S 2 = Céfotax R avec BLSE 3 = Céfotax R sans BLSE 9 = ne sait pas
<i>Citrobacter Koseri</i>	CIT KOS	1 = Céfotax S 2 = Céfotax R avec BLSE 3 = Céfotax R sans BLSE 9 = ne sait pas
<i>Citrobacter</i> autres	CIT AUT	1 = Céfotax S 2 = Céfotax R avec BLSE 3 = Céfotax R sans BLSE 9 = ne sait pas
<i>Enterobacter cloacae</i>	ENT CLO	1 = Céfotax S 2 = Céfotax R avec BLSE 3 = Céfotax R sans BLSE 9 = ne sait pas
<i>Enterobacter aerogenes</i>	ENT AER	1 = Céfotax S 2 = Céfotax R avec BLSE 3 = Céfotax R sans BLSE 9 = ne sait pas
<i>Enterobacter</i> autres	ENT AUT	1 = Céfotax S 2 = Céfotax R avec BLSE 3 = Céfotax R sans BLSE 9 = ne sait pas
<i>Escherichia coli</i>	ESC COL	0 = Ampi S 1 = Ampi R et Céfotax S 2 = Céfotax R avec BLSE 3 = Céfotax R sans BLSE 9 = ne sait pas
<i>Hafnia</i>	HAF SPP	1 = Céfotax S 2 = Céfotax R avec BLSE 3 = Céfotax R sans BLSE 9 = ne sait pas
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	KLE PNE	1 = Céfotax S 2 = Céfotax R avec BLSE 3 = Céfotax R sans BLSE 9 = ne sait pas
<i>Klebsiella oxytoca</i>	KLE OXY	1 = Céfotax S 2 = Céfotax R avec BLSE 3 = Céfotax R sans BLSE 9 = ne sait pas

Micro-organisme	Code	Phénotype
<i>Klebsiella</i> autres	KLE AUT	1 = Céfotax S 2 = Céfotax R avec BLSE 3 = Céfotax R sans BLSE 9 = ne sait pas
<i>Morganella</i>	MOG SPP	1 = Céfotax S 2 = Céfotax R avec BLSE 3 = Céfotax R sans BLSE 9 = ne sait pas
<i>Proteus mirabilis</i>	PRT MIR	0 = Ampi S 1 = Ampi R et Céfotax S 2 = Céfotax R avec BLSE 3 = Céfotax R sans BLSE 9 = ne sait pas
<i>Proteus</i> autres	PRT AUT	1 = Céfotax S 2 = Céfotax R avec BLSE 3 = Céfotax R sans BLSE 9 = ne sait pas
<i>Providencia</i>	PRV SPP	1 = Céfotax S 2 = Céfotax R avec BLSE 3 = Céfotax R sans BLSE 9 = ne sait pas
<i>Salmonella typhi</i> ou <i>paratyphi</i>	SAL TYP	0 = Ampi S 1 = Ampi R et Céfotax S 2 = Céfotax R avec BLSE 3 = Céfotax R sans BLSE 9 = ne sait pas
<i>Salmonella</i> autre	SAL AUT	0 = Ampi S 1 = Ampi R et Céfotax S 2 = Céfotax R avec BLSE 3 = Céfotax R sans BLSE 9 = ne sait pas
<i>Serratia</i>	SER SPP	1 = Céfotax S 2 = Céfotax R avec BLSE 3 = Céfotax R sans BLSE 9 = ne sait pas
<i>Shigella</i>	SHI SPP	0 = Ampi S 1 = Ampi R et Céfotax S 2 = Céfotax R avec BLSE 3 = Céfotax R sans BLSE 9 = ne sait pas
Autres entérobactéries	ETB AUT	0 = Ampi S 1 = Ampi R et Céfotax S 2 = Céfotax R avec BLSE 3 = Céfotax R sans BLSE 9 = ne sait pas

Cocci Gram +**Bacilles Gram - non entérobactéries**

Micro-organisme	Code	Phénotype	Micro-organisme	Code	Phénotype
<i>Staphylococcus aureus</i>	STA AUR	0 = Méti S 1 = Méti R et Genta S 2 = Méti R et Genta R 9 = ne sait pas	<i>Acinetobacter baumannii</i>	ACI BAU	1 = Cefta S 2 = Cefta R 9 = ne sait pas
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	STA EPI	0 = Méti S 1 = Méti R et Genta S 2 = Méti R et Genta R 9 = ne sait pas	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	PSE AER	0 = Ticar S 1 = Ticar R et Cefta S 2 = Cefta R 9 = ne sait pas
<i>Staphylococcus haemolyticus</i>	STA HAE	0 = Méti S 1 = Méti R et Genta S 2 = Méti R et Genta R 9 = ne sait pas	<i>Stenotro maltophilia</i>	STE MAL	
Autre espèce identifiée de SCN.	STA AUT		<i>Legionella</i>	LEG SPP	
SCN. non spécifié	STA NSP		<i>Achromobacter</i>	ACH SPP	
Pneumocoque (<i>S. pneumoniae</i>)	STR PNE	0 = peni S 1 = peni I 2 = peni R 9 = ne sait pas	<i>Acinetobacter autre</i>	ACI AUT	
<i>Strepto agalactiae</i> (B)	STR AGA		<i>Aeromonas</i>	AEM SPP	
<i>Strepto pyogenes</i> (A)	STR PYO		<i>Agrobacterium</i>	AGR SPP	
Autres strepto hémolytiques (C, G)	STR HCG		<i>Alcaligenes</i>	ALC SPP	
Strepto (viridans) non groupables	STR NGR		<i>Campylobacter</i>	CAM SPP	
Strepto autres	STR AUT		<i>Flavobacterium</i>	FLA SPP	
<i>Enterococcus faecalis</i>	ENC FAE	0 = Ampi S 1 = Ampi R 2 = Vanco R 9 = ne sait pas	<i>Gardnerella</i>	GAR SPP	
<i>Enterococcus faecium</i>	ENC FAC	0 = Ampi S 1 = Ampi R 2 = Vanco R 9 = ne sait pas	<i>Haemophilus</i>	HAE SPP	
Enterococcus autre	ENC AUT		<i>Helicobacter pylori</i>	HEL PYL	
Enterococcus non spécifié	ENC NSP		<i>Pasteurella</i>	PAS SPP	
Autres cocci Gram +	CGP AUT		<i>Burkholderia cepacia</i>	BUR CEP	
			Autres <i>Pseudomonas</i> et apparentés	PSE AUT	
			Autre BG- non entérobac	BGN AUT	
			Anaérobies stricts		
			<i>Bacteroides fragilis</i>	BAT FRA	
			<i>Bacteroides autres</i>	BAT AUT	
			<i>Clostridium difficile</i>	CLO DIF	
			<i>Clostridium autres</i>	CLO AUT	
			<i>Prevotella</i>	PRE SPP	
			<i>Propionibacterium</i>	PRO SPP	
			Autres anaérobies	ANA AUT	
			Autres Bactéries		
			Mycobactérie atypique	MYC ATY	
			Mycobactérie complexe <i>tuberculosis</i>	MYC TUB	
			<i>Chlamydia</i>	CHL SPP	
			<i>Mycoplasma</i>	MYP SPP	
			<i>Actinomyces</i>	ACT SPP	
			<i>Nocardia</i>	NOC SPP	
			Autres bactéries	BCT AUT	
			Parasites		
			<i>Candida albicans</i>	CAN ALB	
			<i>Candida autre</i>	CAN AUT	
			<i>Aspergillus fumigatus</i>	ASP FUM	
			<i>Aspergillus autres</i>	ASP AUT	
			Levures autres	LEV AUT	
			Filaments autres	FIL AUT	
			Autres parasites	PAR AUT	

Cocci Gram -

<i>Moraxella</i>	MOR SPP	
<i>Neisseria meningitidis</i>	NEI MEN	
<i>Neisseria autres</i>	NEI AUT	
Autres cocci Gram -	CGN AUT	

Bacilles Gram +

Corynébactéries	COR SPP	
<i>Bacillus</i>	BAC SPP	
<i>Lactobacillus</i>	LAC SPP	
<i>Listeria monocytogenes</i>	LIS MON	
Autres bacilles Gram +	BGP AUT	

Codes des disciplines et des spécialités des services

Annexe 4₂₀₀₈

Code de discipline et spécialité : code à 6 caractères

Pédiatrie - Les soins intensifs en pédiatrie sont classés en surveillance continue pédiatrique	Code Discipline et Spécialité
Néonatalogie	PEDNEO
Hospitalisation de jour, pédiatrie	PEDJOU
Surveillance continue pédiatrique, soins intensifs pédiatriques	PEDSUR
Pédiatrie et spécialités pédiatriques	PEDPED
Pédiatrie, autre	PEDAUT
Réanimation Hors soins intensifs	
Réanimation néonatale	REANEO
Réanimation pédiatrique	REAPED
Réanimation médicale adultes	REAMED
Réanimation polyvalente	REAPOL
Réanimation chirurgicale adultes	REACHI
Réanimation spécialisée	REASPE
Réanimation autre	REAAUT
Médecine Les soins intensifs spécialisés médicaux sont classés avec les spécialités, sauf en cardiologie - Les soins intensifs polyvalents sont en surveillance continue médicale	
Médecine générale, polyvalente	MEDGEN
Médecine interne	MEDINT
Surveillance continue médicale, soins intensif médicaux Polyvalents	MEDSUR
Pneumologie	MEDPNE
Cardio-vasculaire, cardiologie,	MEDCAR
Unité de soins intensifs cardiologique	MEDUSI
Néphrologie	MEDNEP
Hépto-gastro-entérologie	MEDHGE
Dermatologie, vénérologie	MEDDER
Endocrinologie, diabétologie, nutrition, métabolisme	MEDNUT
Rhumatologie	MEDRHU
Neurologie	MEDNEU
Médecine carcinologique, Oncologie	MEDCAN
Radiothérapie, curiethérapie, médecine nucléaire	MEDRAD
Hématologie	MEDHEM
Médecine gériatrique	MEDGER
Maladies infectieuses, Médecine tropicale	MEDINF
Hospitalisation de jour, médecine adulte	MEDJOU
Autres médecine	MEDAUT

Chirurgie Les soins intensifs chirurgicaux sont codés en surveillance continue chirurgicale	Code Discipline et Spécialité
Chir. Thoracique et thoracique-cardio-vasculaire	CHITHO
Chir. Cardiaque	CHICAR
Chir. Vasculaire	CHIVAS
Chir. Cardio-vasculaire	CHICVA
Neurochirurgie	CHINEU
Chir. Digestive	CHIDIG
Chir. Générale	CHIGEN
Chir. Infantile	CHIPED
Orthopédie traumatologie	CHIORT
Chir. Plastique et reconstructive	CHIPLA
ORL	CHIORL
Ophthalmologie	CHIOPH
Chir. Thoracique et thoracique-cardio-vasculaire	CHITHO
Stomatologie, chir. Maxillo-faciale	CHISTO
Urologie	CHIURO
Chir. Carcinologique	CHICAN
Surveillance continue chirurgicale, soins intensifs chirurgicaux	CHISUR
Chirurgie ambulatoire	CHIAMB
Chir. transplantation	CHITRA
Autres chirurgie	CHIAUT
Gynécologie et obstétrique, maternité	
Gynécologie-obstétrique, Obstétrique	OBSOBS
Gynécologie chirurgicale	OBSCHI
Gynécologie, suivi de grossesse	OBSGYN
Autres, Gynécologie et obstétrique	OBSAUT
Soins de suite et de réadaptation	
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	SSRREE
Soins de suite et de réadaptation, autres	SSRAUT
Soins de Longue Durée	SLDSDL
Psychiatrie	PSYPSY
Autre	
Dialyse (hors néphrologie, réa), y compris ambulatoire	AUTDIA
Hospitalisation à domicile	AUTHAD
Urgences	AUTURG
Autre non MCO	AUTAUT

Liste des codes « statut » et « nature » des établissements

Annexe 5₂₀₀₈

Statut établissement

Statut de l'établissement	
Public	PUB
Privés participant au service public hospitalier ou privés à but non lucratif	PSP
Privés	PRI

Nature de l'établissement

Nature de l'établissement	Code
CHR/CHU <i>public seulement</i>	CHU
Centre hospitalier <i>public seulement</i>	CH
Hôpital local <i>public seulement</i>	LOC
Autres établissements de soins MCO <i>privés et PSPH seulement</i>	MCO
Etablissements de soins de suite et de réadaptation <i>privés et PSPH seulement</i>	SSR
Etablissements de soins de longue durée <i>privés et PSPH seulement</i>	SLD
Hôpitaux militaires	MIL
Etablissement d'hospitalisation psychiatrique	PSY
Centres de lutte contre le cancer	CAC
Hospitalisation à domicile et traitement à domicile	HAD
Autres	DIV

Remarque : Les centres hospitaliers publics SSR ou SLD sont codés en « CH ».