



Définitions des cas de surveillance des IAS 2020

Les définitions de cas suivantes pour la surveillance des infections associées aux soins de santé (IAS) sont utilisées par tous les hôpitaux de soins de courte durée qui participent au Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PC SIN)

phac.cnisp-pcsina.spc@canada.ca

Table des matières

Surveillance de l'infection à <i>Clostridium difficile</i> (CDI)	4
Définitions de cas du CDI	4
1. Définition primaire du cas CDI	4
2. Définition de cas récurrente du CDI	4
Classification des cas CDI	4
1. Soins de santé acquis dans votre établissement de soins aigus (HA-YAF)	5
2. Soins de santé associés acquis dans tout autre établissement de soins de santé (HA-Autre)	5
3. Associé aux soins de santé incapable de déterminer quel établissement (HA-inconnu)	5
4. Associés à la Communauté (CA)	6
5. Indéterminé	6
Surveillance des infections à <i>Staphylococcus aureus</i> résistantes à la méthicilline et sensibles à la méthicilline	7
Définitions des cas de SARM et de SASM	7
Critères d'inclusion des infections	7
Critères de détermination des NOUVEAUX SASM ou SARM BACTÉRIÉMIE	7
Critères d'exclusion des infections	7
Classification des cas de SARM et de SASM	7
1a. Définition de cas HA-YAF pour une BACTÉRIÉMIE SASM ou SARM :	7
1b. HA-YAF Définition de cas de nouveau-né pour une bactérie de type SASM ou SARM	8
2. HA-Autre définition de cas pour les bactériémies SARM :	8
3. Définition de cas associée à la Communauté (CA) pour les bactériémies liées au SARM :	8
Surveillance des organismes producteurs de carbapénase (CPO)	9
Admissibilité des cas de CPO	9
Considérations sur le laboratoire du CPO	9
Détermination de la résistance aux carbapénèmes et de la production de carbapénèmes chez les bacilles gram-négatifs : détermination de l'éligibilité pour l'inclusion des cas dans la surveillance	9
Surveillance des infections du sang associées aux cathéters centraux (CLABACTÉRIÉMIE)	10
Définitions de cas CLABACTÉRIÉMIE	10
1. Définition du cas BACTÉRIÉMIE :	10
2. CLABACTÉRIÉMIE	Error! Bookmark not defined.
3. CLABACTÉRIÉMIE lié aux soins intensifs	11
4. Rechute ou nouvelle infection	11
Surveillance des infections du sang par des entérocoques résistants à la vancomycine	12
Admissibilité des cas	12
Critères d'inclusion	12

Critères d'exclusion	12
Surveillance des infections du site chirurgical après une arthroplastie de la hanche et du genou.....	13
Admissibilité des cas de SSI de la hanche et du genou	13
Les critères d'inclusion suivants s'appliquent :	13
Les critères d'exclusion suivants s'appliquent :	13
Surveillance des infections associées aux shunts de liquide céphalorachidien (LCR)	14
Critères relatifs à la population de patients	14
Inclusion des patients :	14
Exclusions des patients :	14
Période de surveillance	14
Définitions de cas	14
Définition de cas d'infection du site opératoire associée à un shunt de PPC	14
Définition du cas de réinfection	14
Définition du cas de rechute	14
Surveillance des infections du site opératoire après une chirurgie cardiaque pédiatrique	15
Critères relatifs à la population de patients	15
Critères d'inclusion	15
Critères d'exclusion	15
Période de surveillance	15
Définitions de cas	15
Classification des affaires	15
1. SSI Incisionnel Superficiel.....	15
2. SSI à incision profonde	16
3. Organes/espace SSI	16
Surveillance de l'utilisation des antimicrobiens dans les hôpitaux du PCSIN	17
Numérateurs	17
Utilisation d'antimicrobiens en milieu hospitalier	17
Dénominateurs	17
Dénominateurs des jours-patients	17
Surveillance des données d'antibiogramme des hôpitaux du PCSIN.....	18
Spécimens inclus	18
Données minimales obligatoires	18
Résumé des variables obligatoires.....	18

Surveillance des infections à *Clostridium difficile* (ICD)

Définitions de cas des ICD

1. Définition primaire de cas ICD

Un épisode "primaire" d'ICD est défini comme étant soit le premier épisode d'ICD jamais vécu par le patient, soit un nouvel épisode d'ICD qui survient plus de huit (8) semaines après le diagnostic d'un épisode précédent chez le même patient.

Un patient est identifié comme ayant un ICD s'il répond à l'un des critères suivants :

Critère 1 : a de la diarrhée ou de la fièvre, des douleurs abdominales et/ou un iléus ET une confirmation en laboratoire d'un test de toxine positif ou d'une réaction en chaîne de la polymérase (PCR) positive pour le(s) gène(s) de la toxine de *C. difficile* (sans preuve raisonnable d'une autre cause de diarrhée).

La diarrhée est définie comme l'une des situations suivantes :

- ✓ 6 selles aqueuses/non formées ou plus sur une période de 36 heures
- ✓ 3 selles aqueuses/non formées ou plus sur une période de 24 heures, ce qui est nouveau ou inhabituel pour le patient (chez les patients adultes uniquement)

OU

Critère 2 : a un diagnostic de pseudomembranes à la sigmoïdoscopie ou à la coloscopie (ou après une colectomie) ou un diagnostic histologique/pathologique d'IDC.

OU

Critère 3 : est diagnostiqué avec un mégacôlon toxique (chez les patients adultes uniquement).

Exclusions

- Tout patient de moins d'un an.
- Tout patient pédiatrique (âgé de 1 an à moins de 18 ans) ayant une autre cause de diarrhée trouvée (c'est-à-dire rotavirus, norovirus, lavement ou médicaments, etc.) est exclu même si le résultat du test de diagnostic de *C. difficile* est positif.

*Note : A partir de 2017, nous n'accepterons plus les cas asymptomatiques identifiés uniquement par la confirmation en laboratoire d'un test toxique positif ou d'une PCR pour le *C. difficile* (c'est-à-dire qu'un patient doit avoir de la diarrhée ou de la fièvre, des douleurs abdominales et/ou un iléus ET une confirmation en laboratoire d'un test toxique positif ou d'une PCR pour le *C. difficile* pour être identifié comme ayant un CDI).*

2. Définition de cas d'ICD récurrente

Un cas récurrent de CDI est défini comme un épisode de CDI qui survient chez un patient moins de ou égal à huit (8) semaines après la date du test de diagnostic de l'épisode primaire de CDI, à condition que le patient ait été traité avec succès pour l'épisode primaire et que les symptômes de CDI aient complètement disparu.



REMARQUE : Un nouvel épisode d'ICD qui survient après huit (8) semaines suivant la date du test de diagnostic de l'épisode primaire d'ICD est considéré comme une nouvelle infection.

Classification des cas ICD

Une fois qu'un patient a été identifié comme ayant une ICD, l'infection sera classée de manière plus approfondie sur la base des critères suivants et du meilleur jugement clinique du praticien des soins de santé et/ou de la prévention et du contrôle des infections (PCI).

1. Associé aux soins de santé acquis dans votre établissement de courte durée (AS-VÉCD)

En rapport avec l'hospitalisation actuelle

- Les symptômes de l'ICD du patient se manifestent dans votre établissement de soins 3 jours ou plus (ou ≥ 72 heures) après l'admission.

Lié à une précédente hospitalisation

- **Hospitalisé** : Les symptômes de l'ICD du patient apparaissent moins de 3 jours après l'admission actuelle (ou < 72 heures) ET le patient a été précédemment hospitalisé dans votre établissement de soins et a reçu son congé dans les 4 semaines précédentes.
- **En consultation externe** : Le patient se présente avec des symptômes de CDI à vos urgences ou en consultation externe ET le patient a été précédemment hospitalisé dans votre établissement de santé et a reçu son congé au cours des 4 semaines précédentes.

Le terme "ambulatoire" englobe toutes vos consultations externes telles que la chimiothérapie, la radiothérapie, la dialyse, la chirurgie de jour, l'hôpital de jour, la clinique de transfusion ou la radiologie interventionnelle, mais il n'est pas exhaustif.

Lié à une exposition antérieure aux soins de santé dans votre établissement

- **Hospitalisé** : Les symptômes CDI du patient apparaissent moins de 3 jours après l'admission actuelle (ou < 72 heures) ET le patient a été exposé à des soins de santé dans votre établissement au cours des 4 semaines précédentes.
- **En consultation externe** : Le patient se présente avec des symptômes de CDI à votre service des urgences ou en consultation externe ET le patient a été exposé à des soins de santé dans votre établissement au cours des 4 semaines précédentes.

Exposition aux soins de santé : le patient a subi au moins deux interventions dans l'un des lieux suivants : chimiothérapie, radiothérapie, dialyse, chirurgie de jour, hôpital de jour, clinique de transfusion, radiologie interventionnelle ou service des urgences OU a eu une seule visite au service des urgences pendant une durée supérieure ou égale à 24 heures.

2. Associé aux soins de santé acquis dans tout autre établissement de soins de santé (AS-Autre)

Liées à une précédente hospitalisation dans un autre établissement de soins

- **Hospitalisé** : Les symptômes de l'ICD du patient apparaissent moins de 3 jours après l'admission actuelle (ou < 72 heures) ET le patient est connu pour avoir déjà été hospitalisé dans un autre établissement de soins de santé et avoir reçu son congé/transfert au cours des 4 semaines précédentes.
- **En consultation externe** : Le patient se présente avec des symptômes de CDI à votre service des urgences ou en consultation externe ET le patient est connu pour avoir été précédemment hospitalisé dans un autre établissement de soins de santé et avoir reçu son congé/transfert au cours des 4 semaines précédentes.

Lié à une exposition antérieure à des soins de santé dans tout autre établissement de soins de santé

- **Hospitalisé** : Les symptômes de l'ICD du patient apparaissent moins de 3 jours après l'admission actuelle (ou < 72 heures) ET le patient est connu pour avoir été exposé à des soins de santé dans un autre établissement de santé au cours des 4 semaines précédentes.
- **En consultation externe** : Le patient se présente avec des symptômes d'ICD à vos urgences ou en consultation externe ET le patient est connu pour avoir été exposé à des soins de santé dans un autre établissement de santé au cours des 4 semaines précédentes.

3. Associé aux soins de santé incapable de déterminer quel établissement (AS-inconnu)

- Le patient atteint de CDI répond à la fois aux définitions de soins de santé (acquis dans votre établissement) et de soins de santé (acquis dans tout autre établissement de soins), mais l'établissement auquel le cas est principalement imputable ne peut être déterminé.

Tout autre établissement de soins de santé qui comprend : un autre établissement de soins aigus, psychiatriques, de réadaptation ou de soins de longue durée.

4. Origine communautaire (OC)

- **Hospitalisé** : Les symptômes CDI du patient apparaissent moins de 3 jours (ou <72 heures) après l'admission, sans aucun antécédent d'hospitalisation ou d'autre exposition aux soins de santé au cours des 12 semaines précédentes.
- **En consultation externe** : Le patient se présente aux urgences ou en consultation externe avec des symptômes d'ICD, sans antécédents d'hospitalisation ou d'exposition à des soins de santé au cours des 12 semaines précédentes.

5. Indéterminé

- Le patient atteint de CDI ne répond à aucune des définitions énumérées ci-dessus pour les CDI associés aux soins de santé ou à la communauté. L'apparition des symptômes a eu lieu plus de 4 semaines mais moins de 12 semaines après la sortie du patient de tout établissement de soins de santé ou après que le patient ait été exposé à d'autres soins de santé.

Surveillance des infections à *Staphylococcus aureus* résistantes à la méthicilline et sensibles à la méthicilline

Définitions des cas de SASM et de SARM

SASM	SARM
<p>Isolement de <i>Staphylococcus aureus</i> à partir du sang</p> <p>ET</p> <p>Le patient doit être admis à l'hôpital</p> <p>ET</p> <p>Est une "infection à <i>S. aureus</i> nouvellement identifiée" dans un hôpital du PCSIN au moment de l'admission à l'hôpital ou identifiée pendant l'hospitalisation.</p>	<p>Isolement de <i>Staphylococcus aureus</i> à partir du sang</p> <p>ET</p> <p>Résistance de l'isolat à l'oxacilline et/ou confirmation en laboratoire du <i>mec</i> (phénotypique ou génotypique)</p> <p>ET</p> <p>Le patient doit être admis à l'hôpital</p> <p>ET</p> <p>Est une "infection au SARM nouvellement identifiée" dans un hôpital du PCSIN au moment de l'admission à l'hôpital ou identifiée pendant l'hospitalisation.</p>

Critères d'inclusion des infections

- Les cas de bactériémie de SASM ou de SARM ont été identifiés pour la première fois lors de cette hospitalisation.
- Les bactériémies SASM ou SARM qui ont déjà été identifiés sur votre site ou sur un autre site du PCSIN mais qui sont de nouvelles infections.

Critères de détermination des NOUVEAUX bactériémies SASM ou SARM

Une fois que le patient a été identifié comme souffrant d'une bactériémie due au SASM ou au SARM, il sera classé comme un nouveau infection s'il répond aux critères suivants : > 14 jours depuis le traitement antérieur de la bactériémie due au SASM ou au SARM et s'il représente une nouvelle infection selon l'avis des médecins et des praticiens de la lutte contre les infections

Critères d'exclusion des infections

- Les cas d'urgence, de clinique ou autres cas de consultation externe qui ne sont **PAS admis** à l'hôpital.

Classification des cas de SARM et de SASM

Une fois que le patient a été identifié comme étant atteint d'une bactérie de type SASM ou SARM, il sera classé dans l'une des catégories suivantes, en fonction des critères du cas et du meilleur jugement clinique du praticien de soins de santé et/ou de prévention et de contrôle des infections (PCI) :

1. **Associé aux soins - Votre établissement de courte durée (AS-VÉCD)**
 - a. AS-VÉCD
 - b. **AS-VÉCD Cas de nouveau-nés**
2. Associé aux soins - toute autre exposition liée aux soins de santé (AS-Autre)
3. Origine communautaire (OC)

1a. Définition de cas AS-VÉCD pour une bactériémie SASM ou SARM :

- Le patient est au jour 3 de son hospitalisation ou plus
- OU**
- Le patient a été hospitalisé dans votre établissement au cours des 7 derniers jours ou jusqu'à 90 jours selon la source de l'infection
- OU**

- Le patient a été exposé à des soins de santé dans votre établissement qui auraient entraîné cette bactériémie (selon le meilleur jugement clinique)

Par exemple, une bactériémie de SASM/SARM provenant d'une plaie chirurgicale qui survient 3 semaines après une intervention chirurgicale réalisée dans votre établissement doit être considérée comme une HA-YAF (jusqu'à 90 jours après l'intervention si elle est implantée). Une pneumonie bactériémie due au SASM/SARM survenant plus de 7 jours après la sortie de votre établissement ne doit pas être considérée comme une HA-YAF

1b. AS-VÉCD Définition de cas de nouveau-né pour une bactérie de type SASM ou SARM

- Le nouveau-né est au jour 3 de son hospitalisation ou plus

Le premier jour du calendrier est le jour de l'admission à l'hôpital

- La mère n'était **PAS** connue comme ayant le SARM lors de son admission et il n'y a aucune raison épidémiologique de suspecter que la mère ait été colonisée avant son admission, même si le nouveau-né est âgé de moins de 48 heures.
- Dans le cas d'un nouveau-né transféré d'un autre établissement, la bactériémie SASM ou le SARM peut être classé comme HA-YAF si la présence de l'organisme n'était PAS connue et qu'il n'y a aucune raison épidémiologique de suspecter que l'acquisition a eu lieu avant le transfert



REMARQUE : *Les définitions suivantes s'appliquent uniquement au SARM. À compter du 1er janvier 2020, nous ne collectons plus de données sur les cas de bactériémies liées au SARM acquises dans le cadre d'une autre exposition aux soins de santé ou d'une bactériémie acquise dans la communauté*

2. AS-Autre définition de cas pour les bactériémies SARM :

- Tout patient qui souffre d'une bactériémie non acquise dans votre établissement et que l'on pense être associée à toute autre exposition à des soins de santé (par exemple, un autre établissement de soins actifs, un établissement de soins de longue durée, un établissement de réadaptation, une clinique, une visite aux urgences ou une exposition à un dispositif médical).

3. Définition de cas d'origine communautaire (OC) pour les bactériémies SARM :

- Aucune exposition aux soins de santé qui aurait entraîné cette bactériémie (selon le meilleur jugement clinique) et ne répond pas aux critères d'une bactériémie liée aux soins de santé.

Il convient de prendre en considération la fréquence et la nature de l'exposition à un dispositif et/ou une procédure médicale. Par exemple, les patients pédiatriques qui se rendent à la clinique pour une otite moyenne, de l'asthme, un bébé en bonne santé, etc. peuvent ou non être considérés comme des patients AS, tandis que les patients pédiatriques qui se rendent à la clinique pour des procédures invasives ou une chirurgie d'un jour sont plus susceptibles d'être considérés comme des patients AS. Les patients adultes qui suivent une dialyse, une chimiothérapie, des consultations externes impliquant des procédures invasives ou une chirurgie d'un jour peuvent être plus susceptibles d'être considérés comme des patients AS par rapport aux patients adultes qui se rendent occasionnellement en consultation externe ou dans une clinique de santé communautaire.

Surveillance des organismes producteurs de carbapénase (OPC)

Admissibilité des cas OPC

1. Patient admis dans un hôpital participant au PCSIN **OU dans le** service des urgences d'un hôpital du PCSIN **OU dans une** clinique externe d'un hôpital du PCSIN.
2. Confirmation en laboratoire de la résistance aux carbapénèmes ou de la production de carbapénèmes chez *Enterobacterales* et *Acinetobacter spp.*



REMARQUE : après les tests moléculaires, seuls les isolats dont on a déterminé qu'ils contiennent une carbapénémase seront inclus dans la surveillance.

Considérations laboratoires pour les OPC

Détermination de la résistance aux carbapénèmes et de la production de carbapénèmes chez les bacilles gram-négatifs : détermination de l'éligibilité pour l'inclusion des cas dans la surveillance

Tous les *Enterobacterales* et *Acinetobacter spp.* qui répondent à au moins **UN** des critères suivants doivent être soumis au LNM :

1. Testé **entièrement résistant** à un carbapénème sur la base des diamètres de zone CLSI.2019.M100-ED29 actuels et/ou des valeurs MIC comme indiqué ci-dessous :

Au moins UN des carbapénèmes suivants :	<i>Enterobacterales</i> :		<i>Acinetobacter</i> :	
	MIC ($\mu\text{g/ml}$)	Diffusion sur disque (mm)	MIC ($\mu\text{g/ml}$)	Diffusion sur disque (mm)
Imipenem	≥ 4	< 19	≥ 8	< 18
Meropenem	≥ 4	< 19	≥ 8	< 14
Doripenem	≥ 4	< 19	≥ 8	< 14
Ertapenem	≥ 2	< 18	s/o	

CLSI. Normes de performance pour les tests de sensibilité aux antimicrobiens ; 24e supplément d'information. CLSI document M11-S27. CLSI, Wayne, PA.

2. Testé **positif** pour une carbapénémase dans les **laboratoires qui effectuent des tests moléculaires** (PCR) ou des tests immunochromatographiques à flux latéral pour des enzymes spécifiques (par exemple *K-Set*).

Les laboratoires doivent savoir que les essais commerciaux peuvent ne porter que sur les carbapénémases les plus courantes, à savoir la *KPC*, l'*OXA-48* et la *NDM*, et non sur les plus rares, à savoir la *VIM*, l'*IMP*, la *GES*, la *NMC-A/IMI*, la *SME* et autres.

Si le test moléculaire est négatif mais qu'un laboratoire suspecte la présence d'une carbapénémase, l'isolat doit être soumis à des tests supplémentaires par le laboratoire qui l'a soumis, son laboratoire provincial ou le LNM. Les isolats dont il est confirmé qu'ils contiennent une carbapénémase peuvent être inclus dans la surveillance.

3. Testé **positif** pour la production de carbapénémase par un **test phénotypique** tel que le mCIM, CARBA-NP ou un équivalent commercial, ou le test Beta-Carba. Ces tests peuvent aider à déterminer si une CPO suspectée d'être négative par un test moléculaire est en fait porteuse d'une carbapénémase.

Il convient toutefois de noter que ces essais peuvent produire des faux négatifs pour des enzymes mal exprimées (ayant probablement des CMI faibles), des enzymes qui n'hydrolysent que lentement les carbapénèmes (par exemple, groupe *OXA-48*, type *GES*), ou une non-spécificité de l'essai pour certaines enzymes (par exemple, *PME*, *NMC-A/IMI*, type *GES* par l'essai Beta-Carba).

Surveillance des infections sanguines associées aux cathéters centraux (ISACC)

Définitions de cas ISACC

Seuls les postes de travail associés aux cathéters centraux et liés à une admission dans une unité de soins intensifs doivent être déclarés

1. Définition du cas BACTÉRIÉMIE :

La bactérie n'est PAS liée à une infection sur un autre site et elle répond à l'un des critères suivants :

Critère 1 : Agent pathogène reconnu, cultivé à partir d'au moins une hémoculture, sans lien avec une infection sur un autre site.

OU

Critère 2 : au moins un des éléments suivants : fièvre (>38°C au cœur), frissons, hypotension ; si l'âge est inférieur à 1 an : fièvre (>38°C au cœur), hypothermie (<36°C au cœur), apnée ou bradycardie ET un contaminant cutané commun mis en culture à partir de 2 ≥hémocultures prélevées à des occasions distinctes, ou sur des sites différents, sans lien avec une infection sur un autre site.

Des agents pathogènes reconnus : Diphtéroïdes (*Corynebacterium* spp. et non *C. diphtérie*), *Bacillus* spp. (et non *B. anthracis*), *Propionibacterium* spp., staphylocoques à coagulase négative, (y compris *S. epidermidis*) streptocoques du groupe des viridans, *Aerococcus* spp., *Micrococcus* spp. et *Rhodococcus* spp.

Les différents sites peuvent comprendre des veines périphériques, des CVC ou les lumières séparées d'un cathéter multilumen. Les différents moments comprennent deux hémocultures prélevées le même jour civil ou des jours civils consécutifs par des ponctions veineuses ou des entrées de cathéter séparées. La date de collecte de la première hémoculture positive est la date utilisée pour identifier la date de la culture positive. Deux flacons d'hémoculture positive remplis à la même entrée de ponction veineuse ou de cathéter ne constituent qu'une seule hémoculture positive.

01-Janvier-2019	02-Janvier-2019	03-Janvier-2019	04-Jan-2019	Date de l'hémoculture positive = 03-Janvier-2019
CL en place Fièvre > 38° C, cœur	CL en place	CL en place <i>S. epidermidis</i> (1 des 2 hémocultures)	CL en place <i>S. epidermidis</i> (1 des 2 hémocultures)	

2. ISACC

Un ISACC doit répondre à l'un des critères suivants :

Critère 1 : une infection du sang confirmée en laboratoire (ISACC) pour laquelle un cathéter central (CC) ou un cathéter ombilical (CO) était en place depuis plus de 2 jours civils à la date de l'hémoculture positive, le jour de la pose du dispositif étant le 1er jour.

OU

Critère 2 : un ISACC où la CC ou la CO était en place >2 jours civils et ensuite retiré le jour ou un jour avant la prise d'une culture sanguine positive.



NOTE : Si l'enfant est admis ou transféré dans un établissement où un CC/CO est en place (par exemple, un cathéter central tunnelisé ou implanté), le jour du premier accès est considéré comme le jour 1.


3. ISACC lié aux soins intensifs

Un ISACC est lié à une unité de soins intensifs s'il répond à l'un des critères suivants :

Critère 1 : apparition d'un ISACC après deux jours de séjour en soins intensifs

OU

Critère 2 : si le patient est libéré ou transféré hors de l'unité de soins intensifs, l'ISACC serait attribuable à l'unité de soins intensifs s'il se produisait le jour du transfert ou le jour civil suivant le transfert hors de l'unité.

 **NOTE** : Si le patient est transféré dans l'unité de soins intensifs avec le CL et que l'hémoculture était positive le jour du transfert ou le jour civil suivant, l'ISACC serait attribué à l'unité où la ligne a été insérée.

Exclusions : Infection déjà présente lors de l'admission à l'unité de soins intensifs.

4. Rechute ou nouvelle infection

Le même micro-organisme (dans la mesure où les données disponibles le permettent - par exemple, l'espèce, la sensibilité aux antibiotiques, etc.) isolé d'une culture sanguine ultérieure :

- Si le délai est inférieur ou **égal à 10 jours** après une culture négative **OU inférieur ou égal à 10 jours** après la fin d'un traitement antibiotique approprié, il faut considérer qu'il s'agit d'une rechute et **NE PAS FAIRE DE RAPPORT**.
- Si **plus de 10 jours après** une culture négative (si la culture a été faite) **ET plus de 10 jours** après la fin d'un traitement antibiotique approprié, SIGNALER **comme une NOUVELLE infection**

Surveillance des infections du sang par des entérocoques résistants à la vancomycine

Admissibilité des cas

Critères d'inclusion

Critère 1 : isolement d'*Enterococcus faecalis* ou de fèces du sang

ET

Critère 2 : CMI de la vancomycine ≥ 8 ug/ml

ET

Critère 3 : Le patient doit être admis à l'hôpital

ET

Critère 4 : est un "**BACTÉRIÉMIE ERV nouvellement identifié**" dans un hôpital du CNISP au moment de l'admission à l'hôpital ou identifié pendant l'hospitalisation.



Un cas de bactériémie à ERV nouvellement identifié est défini comme un isolat sanguin à ERV positif > 14 jours après la fin du traitement d'une infection antérieure et considéré comme n'ayant aucun lien avec l'infection antérieure selon le meilleur jugement clinique des médecins et des praticiens de la lutte contre les infections

Critères d'exclusion

Les cas d'urgence, de clinique ou autres cas de consultation externe qui ne sont **PAS admis** à l'hôpital.

Surveillance des infections du site opératoire après une arthroplastie de la hanche ou du genou

Admissibilité des cas d'ISO de la hanche ou du genou

Les critères d'inclusion suivants s'appliquent :

- ✓ Arthroplasties primaires totales, hémi et autres (par exemple unicondyles)
- ✓ Seules les procédures propres
- ✓ Patients admis et patients subissant une intervention chirurgicale le jour même

Les critères d'exclusion suivants s'appliquent :

- ⊗ Révisions et resurfacages
- ⊗ Les opérations au cours desquelles le patient est décédé en salle d'opération ou dans les 24 heures suivant l'opération.
- ⊗ Les opérations où l'incision de la peau n'est pas entièrement fermée à la fin de la procédure.

Surveillance des infections associées aux dérivations de liquide céphalorachidien (LCR)

Critères relatifs à la population de patients

Inclusion des patients :

Personne de tout âge admise dans un hôpital du PCSIN et qui subit la mise en place ou la révision d'un dispositif de dérivation du LCR

ET a une infection qui survient dans les **90 jours** (3 mois) suivant l'opération.

Les patients adultes : Personnes âgées de 18 ans et plus

Les patients pédiatriques : Moins de 18 ans

Exclusions des patients :

- Les patients munis d'un dispositif de dérivation transcutané ou externe ou d'un dispositif sans dérivation (par exemple, le réservoir Ommaya).
- Les patients dont le LCR était positif en culture (bactérienne ou fongique) au moment de la mise en place du shunt.
- Les infections dans lesquelles le dispositif associé à l'organisme positif n'a pas été placé à l'hôpital où l'infection a été identifiée, c'est-à-dire que l'hôpital ne doit pas signaler l'infection.

Période de surveillance

Les infections associées aux shunts de PPC qui se développent dans les **90 jours** (3 mois) suivant la procédure de shunt seront incluses.

Définitions de cas

Définition de cas d'infection du site opératoire associée à une dérivation du LCR

Un patient est identifié comme souffrant d'une infection de dérivation du LCR si le patient répond aux critères suivants :

Critère 1 : un dispositif de dérivation du LCR est en place

ET

Critère 2 : un ou plusieurs pathogènes bactériens ou fongiques sont identifiés dans le liquide céphalorachidien

ET

Critère 3 : l'agent pathogène est associé à au moins **UN** des éléments suivants :

1. la fièvre (température $\geq 38^{\circ}$ C) ; **OU**
2. les signes ou symptômes neurologiques ; **OU**
3. les signes ou symptômes abdominaux ; **OU**
4. les signes ou symptômes de dysfonctionnement ou d'obstruction du shunt.

Définition du cas de réinfection

La réinfection d'un shunt est un épisode infectieux survenant après le diagnostic d'une infection du shunt du LCR et/ou la fin d'un traitement antibiotique, avec un isolat bactérien ou fongique du LCR *différent de l'infection précédente*. Un tel patient peut être considéré comme une nouvelle infection associée à un shunt de LCR.

Définition du cas de rechute

La rechute d'une infection de shunt est un épisode infectieux survenant dans le mois qui suit la fin du traitement avec un isolat du même genre. Cet événement n'est **PAS** éligible pour être comptabilisé comme une nouvelle infection de shunt du LCR.

La date de l'infection du site chirurgical associée au shunt de LCR est attribuée à la date de l'intervention.

Surveillance des infections du site opératoire après une chirurgie cardiaque chez les patients pédiatrique

Critères relatifs à la population de patients

Surveillance continue et prospective des ISO chez les enfants (< 18 ans) à la suite d'opérations cardiaques à cœur ouvert.

Critères d'inclusion

- ✓ Chirurgie effectuée sur votre site du PCSIN
- ✓ Les interventions chirurgicales où le patient subit un pontage cardio-pulmonaire
- ✓ L'ISO identifié dans votre site du PCSIN (si l'ISO est identifié dans votre hôpital mais que la chirurgie a été effectuée dans un autre site du PCSIN, veuillez signaler l'ISO à ce site du PCSIN)

Critères d'exclusion

Les opérations au cours desquelles le patient est décédé en salle d'opération ou dans les 24 heures suivant l'opération.

Période de surveillance

Les infections qui se développent dans les 90 jours (3 mois) suivant l'opération (ou 30 jours si elles sont classées comme des lésions superficielles) seront incluses et signalées rétrospectivement en fonction de la date de l'opération.

Définitions de cas

La principale mesure de résultat est une ISO associée aux soins de santé après une chirurgie à cœur ouvert avec pontage cardio-pulmonaire chez les patients pédiatriques, définie selon les définitions du 'National Health and Safety Network'.

Les patients de moins de 18 ans ayant subi une chirurgie cardiaque à cœur ouvert avec pontage cardio-pulmonaire seront identifiés dans chaque site du PCSIN grâce à la méthode la plus complète pour détecter les procédures et les cas de lésions traumatiques. Cette méthode peut comprendre :

- Examen des résultats des laboratoires de microbiologie
- Examen des dossiers des patients
- Examen des notes des médecins
- Notifications par le personnel clinique
- Examen des systèmes internes de collecte de données sur la sécurité des patients

Classification des cas

1. ISO Incision superficielle

L'infection se produit dans les 30 jours suivant l'intervention chirurgicale et ne concerne que la peau et les tissus sous-cutanés de l'incision et répond à au moins **UN** des critères suivants :

Critère 1 : Drainage purulent de l'incision superficielle.

Critère 2 : Organismes isolés à partir d'une culture aseptique de liquide ou de tissu provenant de l'incision superficielle.

Critère 3 : Le patient présente au moins un des signes ou symptômes suivants : douleur ou sensibilité localisée ; gonflement localisé ; érythème ; ou chaleur ET incision superficielle délibérément ouverte par un chirurgien, un médecin traitant* ou une autre personne désignée et l'incision superficielle ou les tissus sous-cutanés ne sont pas soumis à des tests de culture ou autres.

 *Un résultat de culture négatif ne répond pas à ce critère.*

Critère 4 : Diagnostic des lésions traumatiques superficielles par incision par le chirurgien ou le médecin traitant.

2. ISO à incision profonde

L'infection se produit dans les 90 jours (3 mois) suivant l'intervention chirurgicale et l'infection semble être liée à l'intervention chirurgicale **ET** implique des tissus mous profonds (par exemple, les couches du visage et des muscles) de l'incision **ET** le patient présente au moins **UN des éléments** suivants :

Critère 1 : Drainage purulent de l'incision profonde mais pas de l'organe/élément spatial du site chirurgical.

Critère 2 : L'incision profonde est spontanément désinquée ou est délibérément ouverte par le chirurgien, le médecin traitant* ou une autre personne désignée et est positive ou non à la culture et le patient présente au moins un des signes ou symptômes suivants : fièvre (>38°C), ou douleur ou sensibilité localisée.

! *Un résultat de culture négatif ne répond pas à ce critère.*

Critère 3 : Un abcès ou tout autre signe d'infection impliquant l'incision profonde est trouvé lors de l'examen direct, lors de la réopération, ou par examen histopathologique ou radiologique.

3. ISO organes/espace

L'infection se produit dans les 90 jours (3 mois) suivant l'intervention chirurgicale et l'infection semble être liée à l'intervention chirurgicale **ET** l'infection concerne toute partie du corps plus profonde que les couches fasciales/musculaires qui est ouverte ou manipulée pendant l'intervention chirurgicale **ET** le patient présente au moins **UN** des éléments suivants :

Critère 1 : Drainage purulent d'un drain placé dans l'organe/espace.

Critère 2 : Organismes isolés à partir d'une culture de fluide ou de tissu dans l'organe/espace à des fins de diagnostic ou de traitement clinique.

Critère 3 : un abcès ou tout autre signe d'infection de l'organe/espace découvert lors d'un examen direct, lors d'une réopération ou par un examen histopathologique ou radiologique.

ET répond à au moins un des critères suivants pour un site d'infection spécifique d'un organe ou d'un espace figurant dans le tableau ci-dessous :

Catégorie	Site spécifique	Catégorie	Site spécifique
BONE	Ostéomyélite	MED	Médiastinite
CARD	Myocardite ou péricardite	ENDO	Endocardite
IAB	Intraabdominal, non spécifié ailleurs	LUNG	Autres infections des voies respiratoires inférieures
VASC	Infection artérielle ou veineuse		

Surveillance de l'utilisation des antimicrobiens dans les hôpitaux du PCSIN

Numérateurs

Utilisation d'antimicrobiens (UAM) en milieu hospitalier

UAM séparées par les populations adultes et pédiatriques, par les voies d'administration parentérale et orale, et par les services de soins intensifs par rapport aux autres services. Les données sur l'UAM pédiatrique sont collectées en jours de thérapie. Les sites peuvent soumettre des données sur l'UAM adulte sous forme de "quantités d'antimicrobiens utilisées" (par exemple en grammes/UI) et/ou de doses journalières définies (DJD) ; il est demandé aux sites de soumettre des données sur les quantités afin que les changements de valeurs de DJD puissent être pris en compte dans le temps. Veuillez noter que :

- a) Les patients des urgences qui sont admis en tant que patients hospitalisés doivent être inclus dans la catégorie "autre" ou "non-USI" (selon le format de soumission des données) pour les données de l'UAM et des jours-patients.
- b) Les unités/récompenses désignées comme unités de soins de longue durée (SLD) ne doivent pas être incluses dans les données relatives à l'UAM ou aux jours-patients.

Dénominateurs

Dénominateurs des jours-patients

Jours-patients pour tous les groupes de pupilles ou de malades utilisés pour la transmission des données UAM ci-dessus.

Surveillance des données d'antibiogramme des hôpitaux du PCSIN

Spécimens inclus

Tous les isolats bactériens d'*E. coli*, *K. pneum*, *S. aureus* (SARM, SASM si possible) (échantillons soumis au dépistage dont les doubles ont été éliminés) doivent être inclus dans les données de l'antibiogramme annuel.

La période d'élimination des doublons est 365 jours par période de surveillance. Types de procédures d'élimination des doublons acceptées :

- a. *l'inclusion du premier isolat seulement par patient, quel que soit le type d'échantillon, ou*
- b. *inclusion du premier isolat par patient avec une hiérarchie par type d'échantillon, par exemple, isolat sanguin remplaçant l'isolat de tous les autres types d'échantillons du même patient pendant la période analysée, ou*
- c. *inclusion du premier isolat par patient par type d'échantillon spécifique dans la période analysée, c'est-à-dire inclusion du premier isolat sanguin et du premier isolat urinaire du même patient pendant la période analysée*
- d. *inclusion du premier isolat par patient et par site, mais possibilité de duplication des isolats d'un patient au sein du site ou du réseau hospitalier ou de l'autorité sanitaire, non différenciés par type d'échantillon*

Données minimales obligatoires

Résumé des variables obligatoires

✓ Population de patients

En fonction de la disponibilité des données, tous les patients peuvent être soumis comme l'un ou l'autre :

- a. Patients hospitalisés et externes combinés, OU
- b. Patients hospitalisés uniquement et/ou patients externes uniquement (en tant que groupes séparés).

Dans le cas des hôpitaux accueillant des adultes et des enfants, l'idéal serait que les données soient fournies séparément pour les groupes d'**enfants** et d'**adultes**, sinon "tous les patients" seront "tous les patients" sans distinction d'âge)

✓ Année civile

✓ Votre antibiogramme représente-t-il plus d'un hôpital du PCSIN (site du CCEH) ?

✓ Votre antibiogramme inclut-il les hôpitaux qui ne participent pas au PCSIN ?

✓ Allez-vous soumettre des données d'antibiogramme pour plus d'un site CCEH, d'un type de patient, d'un type d'échantillon et/ou d'une catégorie d'âge ?

✓ Identification unique

✓ # d'isolats testés contre des antibiotiques spécifiques

✓ # d'isolats sensibles à des antibiotiques spécifiques

✓ Type de spécimen

- Notez que "tous les types de spécimens" comprennent les échantillons cliniques (non sanguins tels que les échantillons respiratoires, de peau, de tissus mous, de sites chirurgicaux, etc.

✓ Critères d'inclusion pour les échantillons

- Type de critères d'inclusion pour les isolats inclus dans l'antibiogramme.

✓ Critères d'inclusion des patients

- Type de critères d'inclusion pour la population de patients inclus dans l'antibiogramme. Par exemple, "Patients hospitalisés et patients externes combinés (patients hospitalisés et patients vus dans les cliniques ou les services d'urgence d'un hôpital qui auraient pu ou non être admis)".