



Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales
Surveillance des infections du site opératoire (ISO) après une arthroplastie
de la hanche ou du genou

2025

Coordonnées

Veillez adresser toutes vos questions à :

Agence de la santé publique du Canada

Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN)

Courrier électronique : cnisp-pcsin@phac-aspc.gc.ca

Groupe de travail

Kris Cannon, John Conly, Ian Davis, Johan Delport, Jennifer Ellison, Tara Ferguson, Jennifer Happe†, Kevin C Katz, Dominik Mertz (Chair), Anada Silva*, Cassandra Lybeck*, Zainab Suleman* (Epi Lead), Stephanie W Smith, Senthuri Paramalingam

* Agence de la santé publique du Canada (ASPC)

† PCI Canada

Table des matières

OBJECTIFS	3
MÉTHODES	3
ÉLIGIBILITÉ.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
PÉRIODE DE SURVEILLANCE.....	3
NUMÉRATEURS	3
DÉNOMINATEURS.....	3
SOUMISSION DES DONNÉES.....	3
<i>Cas</i>	3
<i>Rapport Zéro</i>	4
<i>Dénominateurs</i>	4
ÉTHIQUE	4
CONFIDENTIALITÉ	5
ANNEXE 1 - CALENDRIER DE SURVEILLANCE	6
ANNEXE 2 - QUESTIONNAIRE POUR LES PATIENTS SOUFFRANT D'ISO DE LA HANCHE ET DU GENOU	7
ANNEXE 3 - DICTIONNAIRE DE DONNÉES	11
ANNEXE 4 - FORMULAIRE DE DÉNOMINATEUR DES HANCHES ET DES GENOUX	15
ANNEXE 5 - INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE DE DÉNOMINATEUR	16
ANNEXE 6 - TÉLÉCHARGEUR DE DONNÉES SUR LE RCRSP	17
HISTORIQUE DES RÉVISIONS	17

OBJECTIFS

1. Déterminer l'incidence des ISO complexes de la hanche et du genou chez les patients dont les interventions ont été réalisées dans les hôpitaux participant au PCSIN
2. Décrire la microbiologie et l'épidémiologie des ISO complexes de la hanche et du genou
3. Décrire les issues cliniques associées aux ISO complexes de la hanche et du genou
4. Fournir des données sur la résistance aux antimicrobiens

MÉTHODES

Admissibilité des sites

Tous les hôpitaux qui font partie du réseau du PCSIN et qui pratiquent des arthroplasties de la hanche ou du genou peuvent y participer.

Les critères d'inclusion suivants s'appliquent à l'intervention primaire :

- Les arthroplasties totales primaires, les héli-arthroplasties primaires, et autres arthroplasties (p. ex. unicompartimentales) (non urgentes ou urgentes)
- Seules les procédures propres seront incluses
- Patients hospitalisés et patients subissant une intervention chirurgicale de jour

Les critères d'exclusion suivants s'appliquent :

- Révisions/nouvelles interventions et resurfaçage (non considérés comme une intervention primaire pour la surveillance, mais des renseignements sont recueillis s'il s'agit d'une conséquence d'une intervention primaire ayant rempli les conditions d'admissibilité plus tôt au cours de la même période de surveillance).
- Les opérations au cours desquelles le patient est décédé en salle d'opération ou dans les 24 heures suivant l'opération
- Chirurgies où l'incision cutanée n'est pas entièrement fermée à la fin de la procédure

Période de surveillance

Les infections apparues dans les 90 jours (3 mois) suivant l'intervention primaire seront compilées dans le cadre de la surveillance et devront être signalées rétrospectivement, **selon la date de la chirurgie**.

Numérateurs

L'issue primaire mesurée est une ISO complexe associée aux soins de santé à la suite d'une arthroplastie de la hanche ou du genou. Veuillez remplir un questionnaire du patient (ANNEXE 2 - Questionnaire pour LES PATIENTS AVEC UNE ISO DE LA HANCHE OU DU genou) lorsqu'une infection est identifiée. Les définitions utilisées pour classer les ISO en tant qu'incisionnelles profondes ou organe/espace se trouvent dans {

ANNEXE 3 - DICTIONNAIRE DE données)

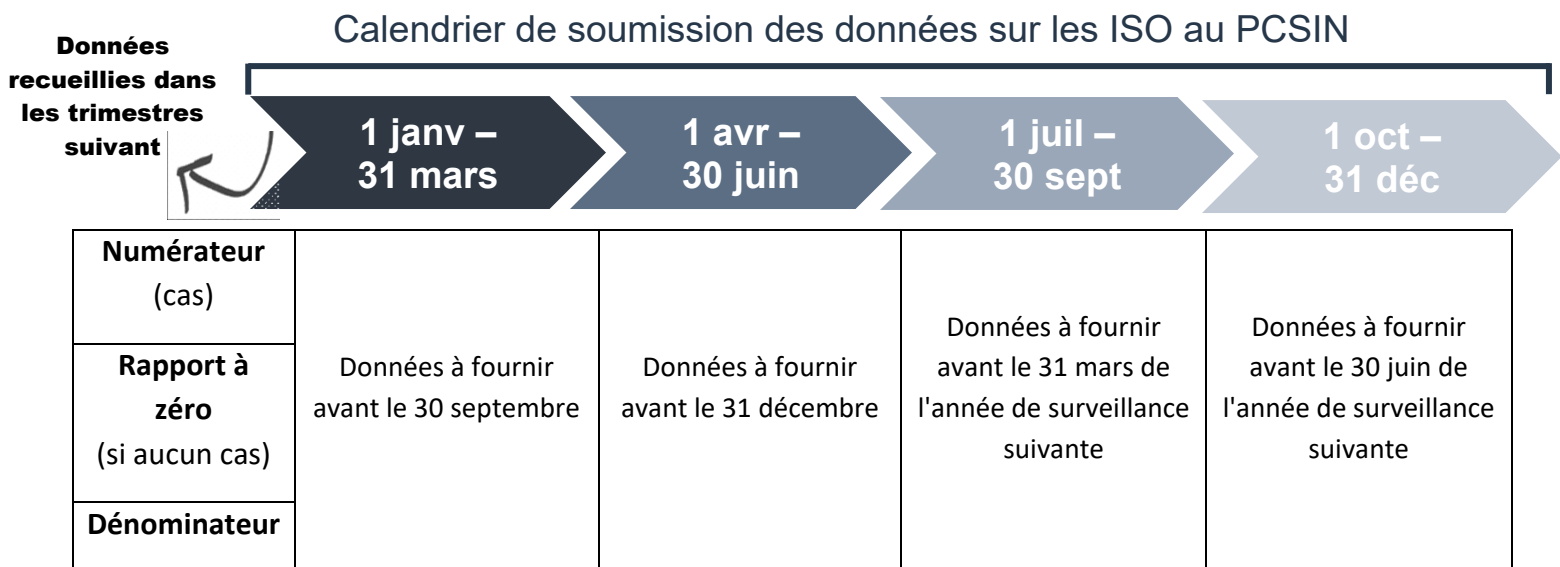
Dénominateurs

Chaque hôpital participant communiquera le nombre d'interventions non urgentes et urgentes pour les arthroplasties totales et héli-arthroplasties de la hanche et les arthroplasties totales, héli-arthroplasties et autres du genou. Les interventions de révision/nouvelles interventions doivent être exclues du dénominateur. Veuillez remplir un formulaire de dénominateur trimestriel ANNEXE 4 – FORMULAIRE DE DÉNOMINATEUR POUR LES ISO DE LA HANCHE ET DU GENOU.

Soumission des données

Cas

Toutes les données relatives aux patients doivent être saisies/téléversées en ligne par l'intermédiaire du Réseau canadien de renseignements sur la santé publique (RCRSP) à l'adresse www.cnphi-rcrsp.ca. Les instructions relatives au téléversement des données sur le RCRSP se trouvent à l'ANNEXE 6 - TÉLÉVERSEMENT DES DONNÉES SUR LE. Pour toute assistance technique, questions ou commentaires, veuillez contacter le PCSIN à l'adresse cnisp-pcsin@phac-aspc.gc.ca. Lorsque vous saisissez des données sur le RCRSP, veuillez-vous assurer que le cas est saisi dans la bonne année de surveillance en fonction de la date de la procédure et NON de la date à laquelle l'infection a été identifiée (par exemple, procédure 20 décembre 2019 ; infection identifiée 17 janvier 2020 - il s'agit d'un cas de 2019).



Rapport à Zéro

Pour tout trimestre sans cas, un rapport à zéro doit être soumis dans le module ISO de la hanche ou du genou du RCRSP afin que les trimestres avec des comptes à zéro puissent être différenciés des données manquantes. Si aucun cas n'est soumis et qu'il vous manque des rapports à zéro pour une année de surveillance, les données de votre hôpital ne seront pas incluses dans les taux.

Nouveau rapport à zéro

Un rapport Zéro est requis pour chaque trimestre

Sections obligatoires sont signalées par un astérisque (*)

Numéro du site*

Année*

2020

Trimestre*

Q1 Q2 Q3 Q4

Soumettre

Annuler

Dénominateurs

Les dénominateurs doivent être soumis trimestriellement sur le RCRSP sous la rubrique "Profils et dénominateurs".

ÉTHIQUE

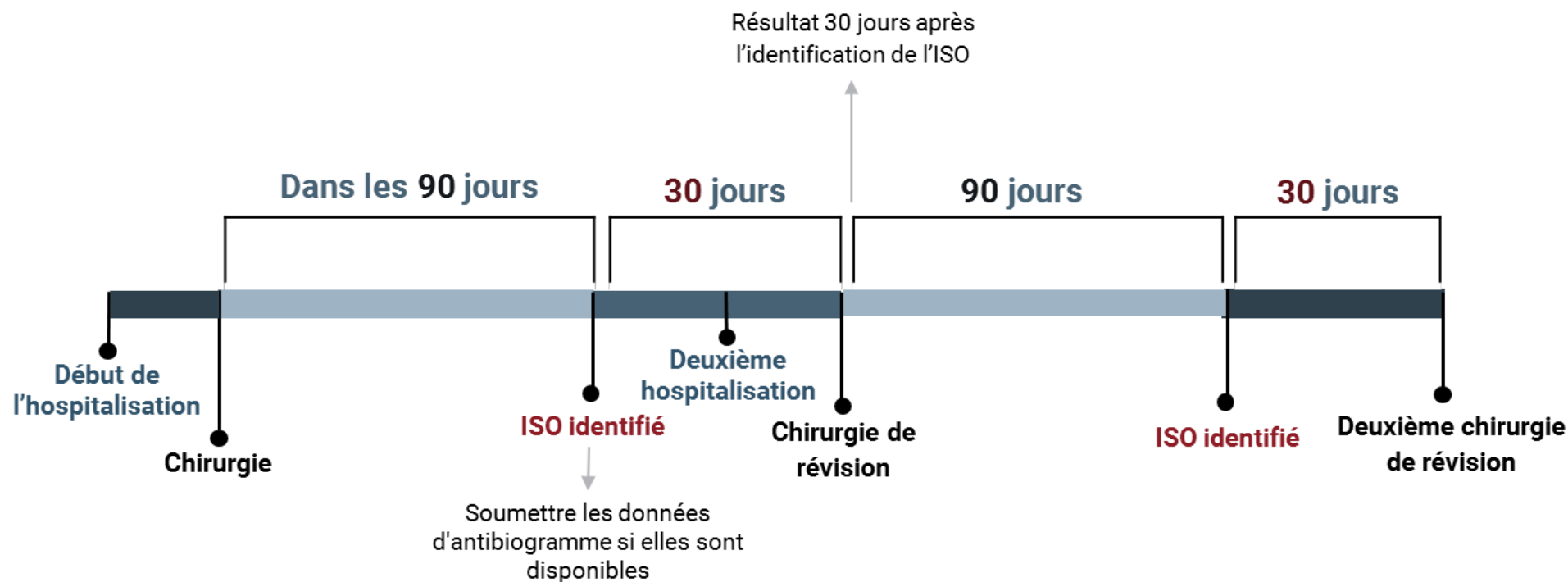
Ce projet de surveillance est basé sur l'observation et n'implique aucune altération des soins aux patients. La surveillance des infections associées aux soins de santé est un élément de routine de l'assurance qualité et des soins aux patients dans les établissements de santé canadiens et, par conséquent, le consentement éclairé ne sera pas nécessaire. Toutes les données soumises à l'Agence de la santé publique du Canada sont strictement confidentielles. Chaque questionnaire sera identifié par un numéro unique et aucun identifiant personnel ne sera transmis à l'Agence de la santé publique du Canada. Ce numéro unique sera lié au nom du patient ou au numéro de l'hôpital uniquement sur le site local du CCEH et sera gardé strictement confidentiel dans des conditions sécurisées.

CONFIDENTIALITÉ

Il existe actuellement une demande de divulgation publique des infections associées aux soins de santé. Toutes les données publiées par le PCSIN seront présentées sous forme de résumé et n'identifieront pas les hôpitaux individuels. Les administrateurs des hôpitaux doivent être informés que les données agrégées feront l'objet d'une déclaration nationale.

Annexe 1 – Chronologie de surveillance

ISO HG Protocole : Chronologie



REMARQUE : La chirurgie de révision/nouvelle intervention comprend le retrait ou le remplacement de la prothèse ou de ses composants, ou de simples lavages/irrigations avec ou sans débridement – sans retrait de la prothèse ou de ses composants.

Annexe 2 - Questionnaire pour les patients avec une ISO de la hanche ou du genou

À compléter pour tous les cas complexes d'ISO-HG. Veuillez consulter le dictionnaire de données (

ANNEXE 3 - Dictionnaire de données DE DONNÉES pour les définitions et les notes.

1.	Site CCEH : _____	
2.	Code d'identification unique du patient: _____ AA _____ (par exemple 99Z20001) (numéro du site CCEH) (année) (numéro de dossier)	
3.	Âge en années : _____ ans	
4.	Le sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
5.	S'agissait-il d'une intervention non urgente ou d'une opération urgente? <input type="checkbox"/> Non urgente <input type="checkbox"/> Urgente	
6.	a. Procédure (veuillez sélectionner l' une des options suivantes) : <input type="checkbox"/> Hanche - arthroplastie totale <input type="checkbox"/> Hanche - hémi-arthroplastie <input type="checkbox"/> Genou - arthroplastie totale <input type="checkbox"/> Genou - hémi-arthroplastie <input type="checkbox"/> Genou - Autre (par exemple, unicompartimentale) : _____	b. Veuillez sélectionner le nombre d'articulations remplacées au cours de la procédure : <input type="checkbox"/> Une <input type="checkbox"/> Deux <input type="checkbox"/> Inconnu
7.	Date d'hospitalisation : ____ / ____ / ____ JJ MMM AAAA	
8.	Chirurgie de jour : <input type="checkbox"/> Oui <i>*Si oui, veuillez indiquer la <u>même date</u> pour la date d'hospitalisation, de procédure et du congé</i> <input type="checkbox"/> Non	
9.	Date de la procédure : ____ / ____ / ____ JJ MMM AAAA	
10.	Date du congé : ____ / ____ / ____ JJ MMM AAAA	
11.	Date à laquelle l'infection a été identifiée : ____ / ____ / ____ JJ MMM AAAA	
12.	Ce patient a-t-il ou répond-il aux critères d'une (veuillez cocher UNE des cases suivantes) : <input type="checkbox"/> ISO incisionnelle PROFONDE <input type="checkbox"/> ISO ORGANE/ESPACE	

13.	<p>a. Est-ce qu'un antibiotique pour le traitement prophylactique a été prescrit ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Données non disponibles</p>	<p>b. Si OUI, l'antibiotique a-t-il été administré?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Données non disponibles</p>
14.	<p>Quelle a été l'évolution de l'état de santé 30 jours après l'identification de l'ISO ?</p> <p><input type="checkbox"/> Patient encore vivant et est sorti ou a été transféré de l'hôpital, veuillez préciser la date : ____ / ____ / ____</p> <p style="text-align: right;">JJ MMM AAAA</p> <p><input type="checkbox"/> Patient toujours vivant et hospitalisé</p> <p><input type="checkbox"/> Le patient est décédé, veuillez préciser la date : ____ / ____ / ____</p> <p style="text-align: right;">JJ MMM AAAA</p> <p><input type="checkbox"/> Inconnu</p>	
15.	<p>Si le patient est décédé dans les 30 jours suivant l'identification de l'ISO, veuillez indiquer la relation entre l'ISO et le décès.</p> <p><input type="checkbox"/> L'ISO est la cause du décès.</p> <p><input type="checkbox"/> Le décès n'est pas lié à l'ISO</p> <p><input type="checkbox"/> L'ISO a contribué au décès</p> <p><input type="checkbox"/> La causalité entre l'ISO et le décès ne peut être déterminée.</p>	
16.	<p>a. Le patient a-t-il été réadmis pour la prise en charge de l'ISO dans les 30 jours suivant son identification?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non *Si non ou inconnu, passez à la question 19</p> <p><input type="checkbox"/> Inconnu</p>	<p>b. Si OUI, date d'hospitalisation :</p> <p style="text-align: center;">____ / ____ / ____</p> <p style="text-align: center;">JJ MMM AAAA</p>
17.	<p>Le patient a-t-il bénéficié d'une révision chirurgicale/nouvelle intervention dans les 30 jours suivant l'identification de l'ISO ? Par exemple, remplacements articulaires, irrigation et débridement, et lavages articulaires?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non - *Si non ou inconnu, passez à la question 18</p> <p><input type="checkbox"/> Inconnu</p>	<p>a. Si OUI, date de la chirurgie de révision/intervention n°1 :</p> <p style="text-align: center;">____ / ____ / ____</p> <p style="text-align: center;">JJ MMM AAAA</p>
18.	<p>Une ISO a-t-elle été identifiée dans les 90 jours suivant une révision chirurgicale/nouvelle intervention?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non - *Si non ou inconnu, passez à la question 18</p> <p><input type="checkbox"/> Inconnu</p>	

19.	<p>a. Le patient a-t-il eu besoin d'une deuxième révision chirurgicale/intervention?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Inconnu</p>	<p>b. Si OUI, date de la chirurgie de révision/intervention n° 2 :</p> <p style="text-align: center;">____ / ____ / ____</p> <p style="text-align: center;">JJ MMM AAAA</p>																																																																																							
20.	<p>Date du congé (à la suite de la réadmission)</p> <p style="text-align: center;">____ / ____ / ____</p> <p style="text-align: center;">JJ MMM AAAA</p>																																																																																								
21.	<p>Veillez indiquer le ou les organismes ET leur sensibilité/résistance aux antimicrobiens/antifongiques suivants (R pour résistant, S pour sensible, I pour intermédiaire) :</p>																																																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Veillez préciser l'organisme :</th> <th style="width: 35%;">Organisme 1 :</th> <th style="width: 35%;">Organisme 2 :</th> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Amikacine</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td></tr> <tr><td>Amphotéricine B</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td></tr> <tr><td>Ampicilline</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td></tr> <tr><td>Amoxicilline-acide clavulanique</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td></tr> <tr><td>Caspofongine</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td></tr> <tr><td>Céfazoline (Ancef)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td></tr> <tr><td>Céphalexine (Keflex)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td></tr> <tr><td>Céfépime</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td></tr> <tr><td>Céfotaxime</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td></tr> <tr><td>Ceftriaxone</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td></tr> <tr><td>Céfuroxime</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td></tr> <tr><td>Ciprofloxacine</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td></tr> <tr><td>Clindamycine</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td></tr> <tr><td>Cloxacilline / Oxacilline</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td></tr> <tr><td>Ertapénem</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td></tr> <tr><td>Érythromycine</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td></tr> <tr><td>Fluconazole</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td></tr> <tr><td>Gentamicine</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td></tr> <tr><td>Imipénem</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td></tr> <tr><td>Levofloxacine</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td></tr> <tr><td>Linézolide</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td></tr> <tr><td>Méropénem</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td></tr> <tr><td>Micafungine</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td></tr> <tr><td>Moxifloxacine</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td></tr> <tr><td>Pénicilline</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td></tr> <tr><td>Piperacilline</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td></tr> <tr><td>Piperacilline-tazobactam</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S</td></tr> </tbody> </table>			Veillez préciser l'organisme :	Organisme 1 :	Organisme 2 :		_____	_____	Amikacine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	Amphotéricine B	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	Ampicilline	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	Amoxicilline-acide clavulanique	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	Caspofongine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	Céfazoline (Ancef)	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	Céphalexine (Keflex)	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	Céfépime	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	Céfotaxime	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	Ceftriaxone	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	Céfuroxime	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	Ciprofloxacine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	Clindamycine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	Cloxacilline / Oxacilline	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	Ertapénem	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	Érythromycine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	Fluconazole	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	Gentamicine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	Imipénem	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	Levofloxacine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	Linézolide	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	Méropénem	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	Micafungine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	Moxifloxacine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	Pénicilline	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	Piperacilline	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	Piperacilline-tazobactam	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Veillez préciser l'organisme :	Organisme 1 :	Organisme 2 :																																																																																							
	_____	_____																																																																																							
Amikacine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S																																																																																							
Amphotéricine B	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S																																																																																							
Ampicilline	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S																																																																																							
Amoxicilline-acide clavulanique	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S																																																																																							
Caspofongine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S																																																																																							
Céfazoline (Ancef)	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S																																																																																							
Céphalexine (Keflex)	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S																																																																																							
Céfépime	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S																																																																																							
Céfotaxime	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S																																																																																							
Ceftriaxone	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S																																																																																							
Céfuroxime	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S																																																																																							
Ciprofloxacine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S																																																																																							
Clindamycine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S																																																																																							
Cloxacilline / Oxacilline	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S																																																																																							
Ertapénem	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S																																																																																							
Érythromycine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S																																																																																							
Fluconazole	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S																																																																																							
Gentamicine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S																																																																																							
Imipénem	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S																																																																																							
Levofloxacine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S																																																																																							
Linézolide	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S																																																																																							
Méropénem	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S																																																																																							
Micafungine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S																																																																																							
Moxifloxacine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S																																																																																							
Pénicilline	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S																																																																																							
Piperacilline	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S																																																																																							
Piperacilline-tazobactam	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S																																																																																							

Rifampine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Ticarcilline-acide clavulanique	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Triméthoprim- sulfaméthoxazole	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Tobramycine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Vancomycine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Voriconazole	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Autre, précisez : _____	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S

Spécimen non recueilli Organisme non identifié, pas de croissance

Annexe 3 - Dictionnaire de données

1. Site CCEH

Il s'agit du code alphanumérique à **trois caractères** attribué à votre établissement. Il commence toujours par les deux (2) chiffres désignant le membre qui vous représente au CCEH (p. ex. 07, 15), suivis de la lettre attribuée par le membre du CCEH pour l'établissement en question (p. ex. A, B, C, etc.). Le numéro de chaque établissement affilié au CCEH doit demeurer le même pour l'ensemble des projets de surveillance du CCEH/PCSIN et doit toujours être constitué des trois (3) caractères uniques à chaque établissement (p. ex. 07A, 15A).

2. Code d'identification unique

Les 8 caractères doivent être composés du numéro de site CCEH à 3 caractères (par exemple 09A), de l'année de surveillance (par exemple 20) et d'un numéro consécutif commençant à 001 et augmentant avec chaque cas supplémentaire. Un exemple du premier cas dans un hôpital serait 09A20001. Un exemple du trente-cinquième cas serait 09A20035, et ainsi de suite.

3. Âge (années)

Veillez indiquer l'âge du patient en années.

4. Sexe

Cochez homme ou femme

5. Type de chirurgie

- a. Non urgente : une intervention qui a été programmée à l'avance.
- b. Urgente : une intervention qui était une chirurgie urgente ou d'urgence.

6. Procédure

- a. **Type de procédure** : Veillez indiquer si l'intervention est une arthroplastie primaire ou héli-arthroplastie de la hanche ou une arthroplastie primaire, héli-arthroplastie ou autre du genou.
- b. **Nombre d'articulations** : Veillez indiquer le nombre d'articulations remplacées au cours de la procédure.

7. Date d'hospitalisation

Veillez indiquer la date à laquelle le patient a été admis à l'hôpital.

8. Chirurgie de jour

Définie comme le patient a été admis et est sorti le même jour que la procédure. Si oui, veuillez indiquer la même date pour la date d'admission, de procédure et de congé.

9. Date de la procédure

Veillez indiquer la date de la procédure.

10. Date du congé

Veillez indiquer la date de sortie de l'hôpital du patient.

11. Date à laquelle l'infection a été identifiée

Veillez indiquer la date à laquelle l'infection a été identifiée. La date à laquelle l'infection a été identifiée peut être définie comme la date de début de l'infection, la date de la culture positive ou la date du diagnostic.

12. Catégorie d'ISO

Veillez sélectionner **UN** des types d'infection suivants : ***ISO incisionnelle profonde*** ou ***ISO touchant l'organe/espace***. Veillez noter que toutes les procédures incluses dans ces projets de surveillance impliquent un implant. Les ISO incisionnelles superficielles ne doivent plus être déclarées.

Un ISO incisionnelle profonde doit répondre aux critères suivants :

L'infection se produit dans les 90 jours suivant la procédure opératoire (où le jour 1 = date de la procédure)

ET

concerne les tissus mous profonds de l'incision (par exemple, les couches du visage et des muscles)

ET

le patient a au moins **UN** des éléments suivants :

- a) drainage purulent provenant de l'incision profonde ;
- b) une incision profonde en déhiscence spontanée ou qui est délibérément ouverte ou aspirée par le chirurgien, le médecin* ou une personne désignée par le médecin

ET

organisme(s) identifié(s) à partir des tissus mous profonds de l'incision par une méthode de culture ou de test microbiologique non fondée sur la culture qui est effectuée à des fins de diagnostic ou de traitement clinique, ou par une méthode de culture ou de test microbiologique non fondée sur la culture qui n'est pas effectuée. Une culture ou un test non fondé sur une culture des tissus mous profonds de l'incision qui donne un résultat négatif ne répond pas à ce critère.

ET

le patient présente au moins un des signes ou symptômes suivants : fièvre (>38°C) ; douleur ou sensibilité localisée ;

- c) un abcès ou tout autre signe d'infection impliquant une incision profonde qui est détecté lors d'un examen anatomique ou histopathologique grossier ou d'un test d'imagerie.

** Chirurgien, médecin spécialiste des maladies infectieuses, médecin urgentiste, autre médecin traitant ou personne désignée par le médecin (infirmier praticien ou assistant du médecin).*

Une ISO d'organe/espace doit répondre au critère suivant :

L'infection se produit dans les 90 jours suivant la procédure opératoire (où le jour 1 = date de la procédure)

ET

concerne toute partie du corps plus profonde que les couches aponévrotiques/musculaires qui est ouverte ou manipulée pendant la procédure opératoire

ET

le patient a au moins **UN** des éléments suivants :

- a) drainage purulent provenant d'un drain qui est placé dans l'organe/espace (par exemple, système de drainage par aspiration fermé, drain ouvert, drain en T, drainage guidé par tomodensitométrie) ;

- b) organisme(s) identifié(s) à partir d'un fluide ou d'un tissu dans l'organe/espace par une méthode d'analyse microbiologique en culture ou non qui est effectuée à des fins de diagnostic ou de traitement clinique ;
- c) un abcès ou tout autre signe d'infection impliquant l'organe/espace qui est détecté lors d'un examen anatomique ou histopathologique macroscopique, ou des preuves de test d'imagerie suggérant une infection.

ET

Répond au moins à **UN critère** pour un site d'infection d'organe/espace spécifique répertorié dans le tableau 3 et l'annexe A des définitions du NHSN pour les prothèses de hanche et de genou :

- Os – Ostéomyélite
- PIP – Primaire incisionnelle profonde
- IAP - Infection articulaire périprothétique

Adapté des définitions du NHSN 2023 : <https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/9pscscscurrent.pdf>

13. Prophylaxie antibiotique

- a. **Prophylaxie antibiotique prescrite** : Veuillez indiquer si une prophylaxie antibiotique a été prescrite avant l'intervention
- b. **Administration d'une prophylaxie antibiotique** : Veuillez indiquer si une prophylaxie antibiotique a été administrée avant l'intervention

14. Issue 30 jours après l'identification de l'infection

Veuillez indiquer l'issue clinique du patient à 30 jours après l'identification de la première ISO.

15. Lien entre l'ISO et le décès

Veuillez indiquer si l'ISO a été la cause du décès (c'est-à-dire que le patient ne présentait aucune autre pathologie qui aurait pu causer le décès pendant l'admission), si l'ISO a contribué au décès (c'est-à-dire que l'ISO a exacerbé une pathologie existante qui a conduit au décès du patient), si l'ISO n'a pas de lien avec le décès ou s'il est impossible de déterminer la causalité entre l'ISO et le décès.

16. Réadmission

- a. **Réadmission pour la prise en charge d'une ISO** : Veuillez indiquer si le patient a été réadmis dans les 30 jours suivant l'identification de l'ISO
- b. **Date de réadmission** : Si le patient a été réadmis, veuillez indiquer la date de réadmission.

17. Révision/nouvelle intervention

- a. **Révision chirurgicale/nouvelle intervention** : Veuillez indiquer si le patient a subi une révision chirurgicale/nouvelle intervention dans les 30 jours suivant l'identification de l'ISO.

REMARQUE : La chirurgie de révision/nouvelle intervention comprend le retrait ou le remplacement de la prothèse ou de ses composants, ou de simples lavages/irrigations avec ou sans débridement – sans retrait de la prothèse ou de ses composants.

- b. **Dates de la chirurgie de révision** : Si le patient a subi une révision chirurgicale/nouvelle intervention, veuillez indiquer la date de l'intervention.

18. ISO identifiée dans les 90 jours suivant une révision chirurgicale/nouvelle intervention

Veillez indiquer si une ISO profonde ou une ISO d'organe/espace a été identifiée dans les 90 jours suivant la révision chirurgicale/nouvelle intervention.

19. Deuxième révision/nouvelle intervention

- a. **Deuxième chirurgie de révision/nouvelle intervention** : Veuillez indiquer si le patient a eu besoin d'une deuxième chirurgie de révision/nouvelle intervention.
- b. **Dates de la deuxième chirurgie de révision** : Si le patient a subi une révision chirurgicale/nouvelle intervention, veuillez indiquer la date de l'intervention.

20. Date du congé après la réadmission

Si le patient a été réadmis, veuillez indiquer la date de sa sortie.

21. Résultats de l'antibiogramme pour la première infection

Veillez indiquer le ou les organismes ET leur sensibilité/résistance aux antibiotiques testés. (S = Sensible, I = Intermédiaire ou R = Résistant). Veuillez énumérer tous les micro-organismes identifiés pour la première infection, tels qu'ils ont été signalés par le laboratoire. Si un échantillon n'a pas été prélevé, veuillez préciser "échantillon non prélevé". Si un spécimen a été collecté mais qu'un organisme n'a pas été identifié, veuillez préciser "organisme non identifié, pas de croissance".

Annexe 4 - Formulaire de dénominateur des ISO des hanches et des genoux

Veuillez soumettre les données de dénominateur sur le RCRSP : www.cnphi-rcrsp.ca

Site du CCEH : _____

Période de surveillance (par exemple, du 1er janvier au 31 mars) : _____

Veuillez indiquer le nombre total d'interventions non urgentes ou urgentes (*à l'exclusion des révisions*) pour la période de surveillance précisée ci-dessus. S'il n'est pas possible de stratifier, veuillez préciser le nombre total d'interventions.

	Arthroplasties de la hanche		
	Total	Hémi	Autres
Interventions non urgentes			
Interventions urgentes			
Total des interventions¹			

	Arthroplasties du genou		
	Total	Hémi	Autres
Interventions non urgentes			
Interventions urgentes			
Total des interventions¹			

¹UNIQUEMENT si vous ne pouvez pas fournir les renseignements ci-dessus sur le type d'intervention.

Annexe 5 - Instructions pour remplir le formulaire de dénominateur

Site CCEH

Il s'agit du code alphanumérique à **trois caractères** attribué à votre établissement. Il commence toujours par les deux (2) chiffres désignant le membre qui vous représente au CCEH (p. ex. 07, 15), suivis de la lettre attribuée par le membre du CCEH pour l'établissement en question (p. ex. A, B, C, etc.). Le numéro de chaque établissement affilié au CCEH doit demeurer le même pour l'ensemble des projets de surveillance du CCEH/PCSIN et doit toujours être constitué des trois (3) caractères uniques à chaque établissement (p. ex. 07A, 15A).

Les opérations de révision sont exclues de la surveillance, veuillez donc exclure les procédures de révision du dénominateur.

Veuillez saisir/téléverser les données sur le RCRSP : www.cnphi-rcrsp.ca

Annexe 6 - Téléversement des données sur le RCRSP

RCRSP – TÉLÉVERSER LES DONNÉES

Comment soumettre des données en utilisant le téléchargement sur le RCRSP



Étape 1.

Surveillance

Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales



Étape 2.

Choisir une application



Étape 3.

Menu

Étape 4.

Téléverser les données



*** Choisir année de surveillance**

*** « Choose file »**

Étape 5.

Téléverser les données epi

Historique des révisions

Date	Révisions effectuées
20 janvier 2015	<ul style="list-style-type: none"> Mise à jour de la période de surveillance, qui passe de 12 mois à 90 jours. Seules les infections qui se développent dans les 90 jours suivant l'intervention doivent être signalées.
3 décembre 2015	<ul style="list-style-type: none"> La question 11 relative au(x) pathogène(s) identifié(s) a été supprimée car elle sera reprise dans la nouvelle question 12 relative aux résultats des antibiogrammes par pathogène. La question 12b sur le type, la dose et l'heure du ou des antibiotiques prophylactiques a été supprimée.
14 octobre 2017	<ul style="list-style-type: none"> Mise à jour du protocole pour tenir compte de la déclaration trimestrielle des infections et des données du dénominateur dans le CNPHI.
30 octobre 2017	<ul style="list-style-type: none"> Les mises à jour suivantes ont été apportées au protocole pour 2018 : <ul style="list-style-type: none"> La stratification des risques a été supprimée (score ASA, heure de début et de fin de la procédure). Cesser la surveillance des infections superficielles. Les résultats cliniques suivants ont été ajoutés : durée du séjour (dates d'admission et de sortie), réadmission, opérations de révision et issue à 30 jours. Suppression de la question sur la répétition de la dose peropératoire d'antibiotiques administrée pour les opérations d'une durée supérieure à 4 heures (Q14b). Sous type de procédure, ajout d'une option de réponse "autre".
18 octobre 2018	<ul style="list-style-type: none"> Ajout du code postal (3 premiers chiffres) au questionnaire sur les patients. Suppression des références à l'année civile.
14 novembre 2019	<ul style="list-style-type: none"> Suppression du code postal (3 premiers chiffres) du questionnaire destiné aux patients Prolongation d'un trimestre du délai de soumission Les patients admis ainsi que les patients subissant une intervention chirurgicale le jour même sont inclus Ajout de la question demandant si une ISO a été identifiée à la suite d'une chirurgie de révision
24 novembre 2020	<ul style="list-style-type: none"> Ajout d'une question pour relier les données des questionnaires sur la COVID-19 et sur les ISO de la hanche ou du genou
3 décembre 2021	<ul style="list-style-type: none"> Ajout d'une clarification à la question COVID-19 pour préciser qu'elle est liée à l'admission initiale pour l'arthroplastie de la hanche ou du genou du patient (et non à la réadmission).
26 octobre 2022	<ul style="list-style-type: none"> Ajout d'une question visant à déterminer le lien entre l'ISO et le décès.
8 novembre 2023	<ul style="list-style-type: none"> Ajout d'une question pour comptabiliser les interventions non urgentes et urgentes Ajout de précisions sur les critères d'exclusion et sur les suites de l'intervention primaire sur la hanche ou le genou. Ajout de précisions sur la question 17, définition des types d'interventions de révision à inclure dans la surveillance du PCSIN.

	<ul style="list-style-type: none">• Suppression de la question 21 pour établir un lien entre la question COVID-19 et les données du questionnaire sur les ISO de la hanche ou du genou.• Ajout d'une option pour stratifier les données du dénominateur en interventions non urgentes et urgentes.
13 décembre 2025	<ul style="list-style-type: none">• Mise à jour de la liste des membres du groupe de travail