



ENP 2024

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

Présentation sur la méthode d'enquête

Formation des enquêteurs



PLAN

<u>Contexte et objectifs</u>	(3 → 8)
<u>Méthode d'enquête</u>	(9 → 14)
<u>Organisation de l'enquête</u>	(15 → 42)
<u>Questionnaire établissement</u>	(43 → 66)
<u>Questionnaire résident</u>	(67 → 110)
<u>Application PrevIAS</u>	(111 → 117)
<u>Nouveautés en 2024</u>	(118 → 123)

ENP 2024 : PARTIE 1

CONTEXTE ET OBJECTIFS

 Retour vers le [sommaire](#)

Deux précédentes ENP en EHPAD en France

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

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

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

Des résultats difficilement comparables

- Sites infectieux différents : bactériémies, fièvres inexpliquées, gastro-entérites, infections ORL et infections respiratoires hautes absentes de l'enquête Prev'Ehpad 2016
- Périodes d'enquêtes différentes : juin-sept. pour HALT-1 et mai-juin pour HALT-3

- Réalisée dans le cadre du protocole de l'enquête européenne de l'**European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)**
→ *Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European long-term care facilities (HALT-4)*
- Pilotée par le **Réseau de prévention des infections associées aux soins (RéPIAS)**
- Portée par la **Stratégie nationale 2022-2025 de Prévention des infections et de l'antibiorésistance*** du ministère des solidarités et de la santé
- Réflexion/adaptation nationale du protocole européen menée par un **groupe de travail** constitué de représentants de CPIas, d'EHPAD, d'ARS, de la DGCS et de sociétés savantes

* Stratégie nationale 2022-2025 accessible sur le site :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_2022-2025_prevention_des_infections_et_de_l_antibioresistance.pdf

Groupe de travail

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

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

Groupe de pilotage

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

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

Produire des indicateurs de prévalence des IAS et des traitements ATB

- Mesurer un jour donné la prévalence des IAS et des traitements AI prescrits aux résidents des Ehpads français
- Mesurer la prévalence des IAS et des traitements ATB à **différentes échelles géographiques** : locale (EHPAD), régionale, nationale, européenne
- Mesurer l'**évolution temporelle** de la prévalence des IAS et des traitements AI en EHPAD (depuis 2016)

Décrire les infections et les traitements

- Pour les IAS : décrire les sites infectieux, les micro-organismes, leur résistance aux ATB
- Pour les AI : décrire les molécules, les voies d'administration, les durées, les contextes de prescription, les indications, l'origine de la prescription

Renforcer la sensibilisation au risque infectieux et au bon usage des ATB (BUA)

- Mobiliser l'ensemble des professionnels et des prescripteurs des EHPAD
- Renforcer la culture de sécurité des soins des résidents

Mettre à disposition les données

- Fournir des résultats aux niveaux national, régional, local
- Contribuer à l'enquête européenne de l'ECDC
- Dégager des priorités d'action en matière de PRI et de BUA

POURQUOI PARTICIPER À L'ENP 2024 ?



- Mobiliser l'ensemble des professionnels et des prescripteurs de l'établissement sur un projet de surveillance
- Impulser une politique de prévention du risque infectieux au sein de l'établissement
- Dégager des priorités d'actions en matière de PRI et du BUA fondées sur des résultats de surveillance
- Identifier des secteurs et unité de vie où un effort de prévention du risque infectieux (PRI) et du bon usage des antibiotique (BUA) est à déployer
- Disposer d'une évaluation des indicateurs de la surveillance des IAS et des traitements AI dans l'établissement (rapport de résultats produit pour chaque établissement)
- Comparer l'état des lieux de la prévalence des IAS et des traitements AI dans l'établissement au niveau régional et national
- Améliorer la fiabilité des résultats produits (plus le nombre d'établissement est important plus la fiabilité est élevée)
- Participer à l'évaluation des politiques régionales et nationales de lutte contre les IAS et l'ATBR
- Contribuer à la surveillance européenne (ECDC)

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

ENP 2024 : PARTIE 2

MÉTHODE D'ENQUÊTE

 Retour vers le [sommaire](#)

Type de d'étude

- **Enquête transversale** à visée descriptive

Prévalence des résidents infectés / traités par antibiotique

- Proportion de résidents présentant au moins une IAS un jour donné exprimée pour 100 résidents
- Proportion de résidents traités par au moins un ATB un jour donné exprimée pour 100 résidents

Prévalence des IAS / des traitements ATB

- Proportion d'IAS un jour donné exprimée pour 100 résidents (jusqu'à 3 IAS par résident)
- Proportion d'ATB un jour donné exprimée pour 100 résidents hospitalisés (jusqu'à 4 AI par résident)

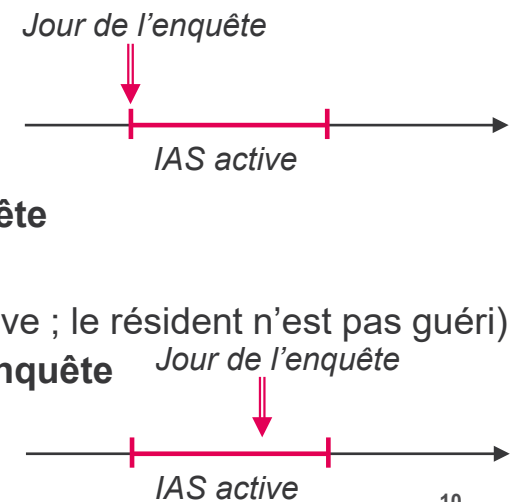
↪ Prévalence des IAS / traitements ATB > Prévalence des résidents infectés / traités par ATB

Notion de cas prévalent

- **Nouveau cas**
 - Résident **déclarant une IAS le jour de l'enquête**
 - Résident pour lequel le **traitement AI est prescrit le jour de l'enquête**
- **Ancien cas**
 - Résident **encore infecté le jour de l'enquête** (infection toujours active ; le résident n'est pas guéri)
 - Résident dont le **traitement AI est toujours en cours le jour de l'enquête**

Le taux de prévalence dépend de :

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



D'autres EMS ciblés en plus des EHPAD

- **Établissements pour adultes handicapés** : Les foyers d'accueil médicalisés (**FAM**) ou établissements d'accueil médicalisés (**EAM**) et les maisons d'accueil spécialisées (**MAS**) sont ciblés en plus des **EHPAD**

Tous les EMS ciblés peuvent participer

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

Un questionnaire résident est complété pour chaque résident éligible

- **Chaque résident** fait l'objet d'un **questionnaire résident** que le résident présente ou non une IAS ou un traitement AI
- Conséquence : les **données agrégées** (« dénominateurs résidents éligibles ») sont **calculées automatiquement** à partir des caractéristiques des résidents : il n'y a **plus de tableau récapitulatif** de tous les résidents éligibles à compléter

Évolution des questionnaires établissement et résident

➤ Voir le [détail des nouveautés en 2024](#)

Établissements ciblés

- **Tout EHPAD (catégorie 500) :**

- Comprenant un hébergement médicalisé de personnes âgées dépendantes
- Proposant un accueil complet internat
- De France métropolitaine et d'outre-mer

- **Autres établissements médico-sociaux (EMS) ciblés :**

- Etablissements accueillant des adultes handicapés :
 - foyers d'accueil médicalisés (FAM) (catégorie 437) ou établissements d'accueil médicalisés (EAM) (catégorie 448)
 - maisons d'accueil spécialisées (MAS) (catégorie 255)
- Proposant un accueil avec hébergement complet de résidents
- Nécessitant une surveillance 24h/24 pour recevoir des soins médicaux ou infirmiers qualifiés et/ou des soins à la personne et une assistance pour les activités de la vie quotidienne (Les établissements sans aucun type de soins infirmier, c'est-à-dire, sans infirmiers(ières) diplômés(ées) d'État (IDE) exerçant dans l'établissement sont exclus)
- De France métropolitaine et d'outre-mer

Résidents éligibles

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

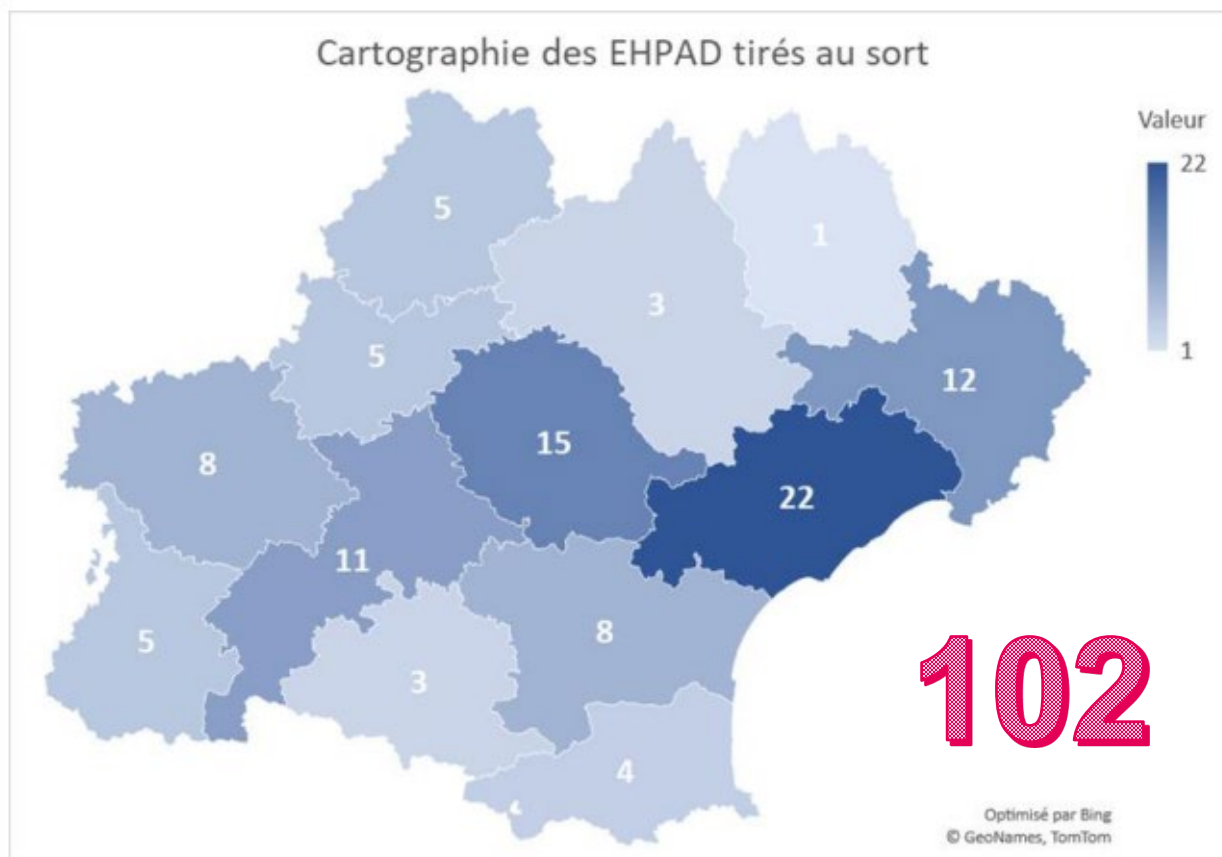
Échantillonnage

- Constitution d'un **échantillon d'EHPAD** (stratifié sur la région et la capacité de l'établissement) (n=940 EHPAD ; base de sondage FINESS)
 - Pour **assurer une représentativité de la diversité des EHPAD**

Participation

- **Tous les EHPAD** sont invités à participer à l'enquête sur la base du **volontariat**
- **Participation des FAM, EAM, MAS dans une démarche pilote** selon la **faisabilité de l'enquête évaluée au cas par cas** (ressources disponibles et compétences nécessaires à la réalisation de l'enquête)
- La **participation des établissements ciblés à l'ENP 2024 comprend** :
 - La réalisation de l'enquête **dans l'ensemble des secteurs et unités de vie de l'établissement**
 - Le **recueil, la saisie et la validation des données** du questionnaire établissement et de l'ensemble des questionnaires résident
 - Les **données de l'ensemble des EHPAD participants seront analysées** (analyse locale, régionale et nationale)

RÉPARTITION PAR DEPARTEMENT DES EHPAD TIRÉS AU SORT

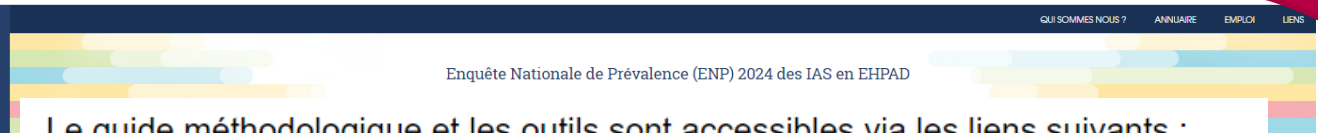


<https://cpias-occitanie.fr/audit-et-evaluation/enp-esms-2024/>



CPias Occitanie

- Animation – Formation
- Surveillance et évaluation
- Alerte et signalement
- Outils
- Agenda
- Actualités
- Réseau des Equipes Mobiles en Hygiène (EMH)
- CRAItb Occitanie
- Soins de Ville
- Usagers



QUI SOMMES NOUS ? ANNUAIRE EMPLOI LIENS

Enquête Nationale de Prévalence (ENP) 2024 des IAS en EHPAD

Le guide méthodologique et les outils sont accessibles via les liens suivants :

- [Guide méthodologique](#)

- [Outils ENP 2024](#)



Webinaires régionaux à venir :

2 sessions : **méthodologie et saisie** (ESMS et professionnels PCI) :

- 9 avril 2024 (14h-16h)
- 16 avril 2024 (14h-16h)

2 sessions : **cas cliniques** :

- 23 avril 2024 (14h-16h)
- 30 avril 2024 (14h-16h)

ENP 2024 : PARTIE 3

ORGANISATION DE L'ENQUÊTE

Recueil des données

- Recueil **un jour donné** entre le 15 mai et le 28 juin 2024 inclus
 - Possibilité d'un recueil sur plusieurs jours selon la taille de l'établissement
 - Pour chaque secteur ou unité de vie, l'enquête se déroule sur une journée
- Recueil des données par **questionnaires standardisés** :
 - Questionnaire établissement : données **agrégées** au niveau de l'établissement
 - Questionnaire résident : données **individuelles** concernant les résidents
- **Compléter les questionnaires résidents pour tous les résidents éligibles** (infectés ET non infectés ; traités par anti-infectieux ET non traités ; présentant un dispositif invasif ou non)

Saisie des données

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

Clôture de l'enquête

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

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



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

Pourquoi participer à l'enquête ?

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



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



Réunir et former les enquêteurs et **mettre à disposition les outils** nécessaires à
l'enquête

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

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



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



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



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



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

Quels sont les critères d'inclusion des résidents ?

Comment informer les résidents ?

EN AMONT DU RECUEIL DE DONNÉES

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

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

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


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

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

Recueillir les informations relatives à l'établissement

Comment compléter le questionnaire établissement ?

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire établissement



Données administratives

Raison sociale : Finess géographique : Finess juridique :

Région : Département : Code Postal : Commune :

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

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

Administrateur local (PreVAs) :

Périmètre de l'enquête

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

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

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

Capacité et charge en soins

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

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

Organisation des soins

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

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

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

Présence d'unité adaptée (USA, UVP, CANTOU, USO, UDF, UHF) : Non Oui Consommation totale annuelle de SHA en 2023 : (en l/te)

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

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

Si oui, le professionnel spécialisé en hygiène appartient à :

EMS EMH EOH CPlas Aue

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

LE JOUR DE L'ENQUÊTE

Vérifier les critères d'inclusion des résidents

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

Renseigner un questionnaire résident papier pour chaque résident éligible

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

Santé publique France REPIAS ecoc

Identification du résident

Date de l'enquête : ID résident : donné par le résident NOM et Prénom du résident :

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : Sexe : Féminin Masculin

Code de l'unité de vie : Accueil en unité adaptée : Non Oui - USA Oui - UGD Oui - UHR (dans les 3 mois)

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

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

Désorientation : Non Oui Inconnu

Mobilité : Ambulant En fauteuil roulant Allé Inconnu

Incontinence : Non Oui Inconnu

Dispositif(s) invasif(s) Non Oui

Sonde urinaire : Non Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) : Non Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :
 Veineux périphérique Midline Sous-cutané Veineux central PICC Chambre implantable

Traitement(s) anti-infectieux Non Oui

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (cc, ATC, non commercial) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Voie d'administration (iv, sc, o, s) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Durée prévue du traitement (en jours) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Contexte de prescription (curatif, prophyl) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnostic associé au traitement :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Réévaluation de l'antibiothérapie (oui, oui - sans ATC, oui - selon le TR) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu de prescription (avis, ES, Autre) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

	Infection associée aux soins n°1	Infection associée aux soins n°2	Infection associée aux soins n°3
Site(s) infectieux :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Si/Quand acquisition de l'infection dans l'établissement : <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Si/Cat type de cathéter à l'origine de l'infection : (civ, ligne, csc, cvc, picc, cc)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Micro-organisme(s) :	MO1 MO2 MO3	MO1 MO2 MO3	MO1 MO2 MO3
Sensibilité MO (ATB - SIR) : <small>Au vu de la sensibilité aux antibiotiques des résidents, il est demandé aux soignants de renseigner</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

LE JOUR DE L'ENQUÊTE

Vérifier les critères d'inclusion des résidents

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

Renseigner un questionnaire résident papier pour chaque résident éligible

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

Comment compléter la section « Caractéristiques du résident » ?

Identification du résident

Date de l'enquête : ID résident : donné par le résident NOM et Prénom du résident :

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : Sexe : Féminin Masculin

Code de l'unité de vie : Accueil en unité adaptée : Non Oui - USA Oui - UGD Oui - UHR (dans les 3 mois)

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

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

Désorientation : Non Oui Inconnu

Mobilité : Ambulant En fauteuil roulant Allé Inconnu

Incontinence : Non Oui Inconnu

Dispositif(s) invasif(s) Non Oui

Sonde urinaire : Non Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) : Non Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :
 Veineux périphérique Midline Sous-cutané Veineux central PICC Chambre implantable

Traitement(s) anti-infectieux Non Oui

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (cc, ATC, non commercial) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Voie d'administration (iv, sc, o, s) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Durée prévue du traitement (en jours) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Contexte de prescription (curatif, prophyl.) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnostic associé au traitement :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Réévaluation de l'antibiothérapie (oui, oui - sans en TB, Oui - sans en TB) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu de prescription (avis, ES, Autre) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

	Infection associée aux soins n°1	Infection associée aux soins n°2	Infection associée aux soins n°3
Site(s) infectieux :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Si/Quand acquisition de l'infection dans l'établissement : <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Si/CAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (civ, ligne, csc, cvc, picc, cc)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Micro-organisme(s) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sensibilité MO (ATB - SIR) : <small>Au vu de la sensibilité aux antibiotiques, les résistances sont à renseigner</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

LE JOUR DE L'ENQUÊTE

Vérifier les critères d'inclusion des résidents

Rassembler l'ensemble des éléments des dossiers des résidents

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

Renseigner un questionnaire résident papier pour chaque résident éligible

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

Le résident présente-t-il :

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

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

Santé publique France REPIAS ecoc

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

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : [] Sexe : Féminin Masculin
Code de l'unité de vie : [] Accueil en unité adaptée : Non Oui - USA Oui - UGD Oui - UHR (dans les 3 mois)
Hospitalisation : Non Oui Inconnu Intervention chirurgicale : Non Oui Inconnu (dans les 30 jours)
Présence d'escarre : Non Oui Si oui, préciser le grade : 1 2 3 4
Désorientation : Non Oui Inconnu
Mobilité : Ambulant En fauteuil roulant Allé Inconnu
Incontinence : Non Oui Inconnu

Dispositif(s) invasif(s) Non Oui
Sonde urinaire : Non Oui
Cathéter(s) vasculaire(s) : Non Oui
Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :
 Veineux périphérique Midline Sous-cutané Veineux central PICC Chambre implantable

Traitement(s) anti-infectieux Non Oui

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (cc, atc, non commercial) :	[]	[]	[]	[]
Voie d'administration (iv, iv, sc, o, g) :	[]	[]	[]	[]
Durée prévue du traitement (en jours) :	[]	[]	[]	[]
Contexte de prescription (curatif, prophyl) :	[]	[]	[]	[]
Diagnostic associé au traitement :	[]	[]	[]	[]
Réévaluation de l'antibiothérapie (oui, oui - sans ATB, oui - sans ATB) :	[]	[]	[]	[]
Lieu de prescription (avis, es, Auv) :	[]	[]	[]	[]

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

	Infection associée aux soins n°1	Infection associée aux soins n°2	Infection associée aux soins n°3
Site(s) infectieux :	[]	[]	[]
Si/Quand acquisition de l'infection dans l'établissement : <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	[]	[]	[]
Si/Quand type de cathéter à l'origine de l'infection : (civ, ligne, csc, cvc, picc, cc)	[]	[]	[]
Micro-organisme(s) :	MO1 MO2 MO3	MO1 MO2 MO3	MO1 MO2 MO3
Sensibilité MO (ATB - SIR) :	[] [] []	[] [] []	[] [] []

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

LE JOUR DE L'ENQUÊTE

Vérifier les critères d'inclusion des résidents

Rassembler l'ensemble des éléments des dossiers des résidents

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

Renseigner un questionnaire résident papier pour chaque résident éligible

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

Le résident présente-t-il :

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

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

Santé publique France REPIAS ecoc

Identification du résident

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

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

Dispositif(s) invasif(s) Non Oui

Sonde urinaire : Non Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) : Non Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :
 Veineux périphérique Midline Sous-cutané Veineux central PICC Chambre implantable

Traitement(s) anti-infectieux Non Oui

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (cc, ATC, non commercial) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, S) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Durée prévue du traitement (en jours) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Contexte de prescription (curatif, prophyl.) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnostic associé au traitement :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Réévaluation de l'antibiothérapie (non, oui - sous un TA, Oui - jamais en TA) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu de prescription (avis, ES, Autre) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

	Infection associée aux soins n°1	Infection associée aux soins n°2	Infection associée aux soins n°3
Site(s) infectieux :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Si/Quand acquisition de l'infection dans l'établissement : <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Si/CAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CV, Mline, CDC, CVC, PICC, CC)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Micro-organisme(s) :	MO1 MO2 MO3	MO1 MO2 MO3	MO1 MO2 MO3
Sensibilité MO (ATB - SIR) : <small>Au vu de la date de l'ICD pour les résidents sont à renseigner</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

LE JOUR DE L'ENQUÊTE

Vérifier les critères d'inclusion des résidents

Rassembler l'ensemble des éléments des dossiers des résidents

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

Renseigner un questionnaire résident papier pour chaque résident éligible

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

Le résident présente-t-il :

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

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

Santé publique France REPIAS ecoc

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

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : [] Sexe : Féminin Masculin
Code de l'unité de vie : [] Accueil en unité adaptée : Non Oui - USA Oui - UGD Oui - UHR
Hospitalisation (dans les 3 mois) : Non Oui Inconnu Intervention chirurgicale (dans les 30 jours) : Non Oui Inconnu

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

Traitement(s) anti-infectieux Non Oui

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (cc, atc, non commercial) :	[]	[]	[]	[]
Voie d'administration (iv, sc, o, s) :	[]	[]	[]	[]
Durée prévue du traitement (en jours) :	[]	[]	[]	[]
Contexte de prescription (curatif, prophyl) :	[]	[]	[]	[]
Diagnostic associé au traitement :	[]	[]	[]	[]
Réévaluation de l'antibiothérapie (non, oui - sous un TB, Oui - selon un TB) :	[]	[]	[]	[]
Lieu de prescription (aus, es, Aus) :	[]	[]	[]	[]

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

	Infection associée aux soins n°1	Infection associée aux soins n°2	Infection associée aux soins n°3
Site(s) infectieux :	[]	[]	[]
SIC/OO acquisition de l'infection dans l'établissement : <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	[]	[]	[]
SICAT type de cathéter à l'origine de l'infection (civ, ligne, csc, cvc, pcc, cc) :	[]	[]	[]
Micro-organisme(s) :	MO1 MO2 MO3	MO1 MO2 MO3	MO1 MO2 MO3
Sensibilité MO (ATB - SIR) : <small>Au vu de la sensibilité aux antibiotiques, les résistances sont à renseigner</small>	[] [] []	[] [] []	[] [] []

LE JOUR DE L'ENQUÊTE

Vérifier les critères d'inclusion des résidents

Rassembler l'ensemble des éléments des dossiers des résidents

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

Renseigner un questionnaire résident papier pour chaque résident éligible

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

Le résident présente-t-il :

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

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

Santé publique France REPIAS ecoc

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

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : [] Sexe : Féminin Masculin
Code de l'unité de vie : [] Accueil en unité adaptée : Non Oui - USA Oui - UGD Oui - UHR
Hospitalisation (dans les 3 mois) : Non Oui Inconnu Intervention chirurgicale (dans les 30 jours) : Non Oui Inconnu
Présence d'escarre : Non Oui Si oui, préciser le grade : 1 2 3 4
Désorientation : Non Oui Inconnu
Mobilité : Ambulant En fauteuil roulant Allé Inconnu
Incontinence : Non Oui Inconnu

Dispositif(s) invasif(s) Non Oui
Sonde urinaire : Non Oui
Cathéter(s) vasculaire(s) : Non Oui
Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :
 Veineux périphérique Midline Sous-cutané Veineux central PICC Chambre implantable

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

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

Infection associée aux soins n°1 Infection associée aux soins n°2 Infection associée aux soins n°3

Site(s) infectieux : []
Si/Quand acquisition de l'infection dans l'établissement : Certaine Possible Certaine Possible Certaine Possible
Si/CAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : []
(CVC, Méne, CSC, CVC, PICC, CC)

MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3

Micro-organisme(s) : []
Sensibilité MO (ATB - SIR) : []
Au vu de la sensibilité aux antibiotiques, il est demandé de renseigner les résistances sont à renseigner

LE JOUR DE L'ENQUÊTE

Vérifier les critères d'inclusion des résidents

Rassembler l'ensemble des éléments des dossiers des résidents

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

Renseigner un questionnaire résident papier pour chaque résident éligible

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

Le résident présente-t-il :

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



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

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

Santé publique France | REPIAS | ecoc

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

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : [] Sexe : Féminin Masculin
Code de l'unité de vie : [] Accueil en unité adaptée : Non Oui - USA Oui - UGD Oui - UHR
Hospitalisation (dans les 3 mois) : Non Oui Inconnu Intervention chirurgicale (dans les 30 jours) : Non Oui Inconnu
Présence d'escarre : Non Oui *Si oui, préciser le grade :* 1 2 3 4
Désorientation : Non Oui Inconnu
Mobilité : Ambulant En fauteuil roulant Allé Inconnu
Incontinence : Non Oui Inconnu

Dispositif(s) invasif(s) Non Oui
Sonde urinaire : Non Oui
Cathéter(s) vasculaire(s) : Non Oui
Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :
 Veineux périphérique Midline Sous-cutané Veineux central PICC Chambre implantable

Traitement(s) anti-infectieux Non Oui

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (cc, atc, non commercial) :	[]	[]	[]	[]
Voie d'administration (iv, sc, o, s) :	[]	[]	[]	[]
Durée prévue du traitement (en jours) :	[]	[]	[]	[]
Contexte de prescription (curatif, prophyl) :	[]	[]	[]	[]
Diagnostic associé au traitement :	[]	[]	[]	[]
Réévaluation de l'antibiothérapie (non, oui - sous et TS, oui - hors et TS) :	[]	[]	[]	[]
Lieu de prescription (avis, es, Auv) :	[]	[]	[]	[]

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

	Infection associée aux soins n°1	Infection associée aux soins n°2	Infection associée aux soins n°3
Site(s) infectieux :	[]	[]	[]
Si/Quand acquisition de l'infection dans l'établissement : <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	[]	[]	[]
Si/Cat type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVC, Méline, CSC, CVC, PICC, CC)	[]	[]	[]
Micro-organisme(s) :	MO1 MO2 MO3	MO1 MO2 MO3	MO1 MO2 MO3
Sensibilité MO (ATB - SIR) : <small>Au vu de la sensibilité aux antibiotiques, les résistances sont à renseigner</small>	[] [] []	[] [] []	[] [] []

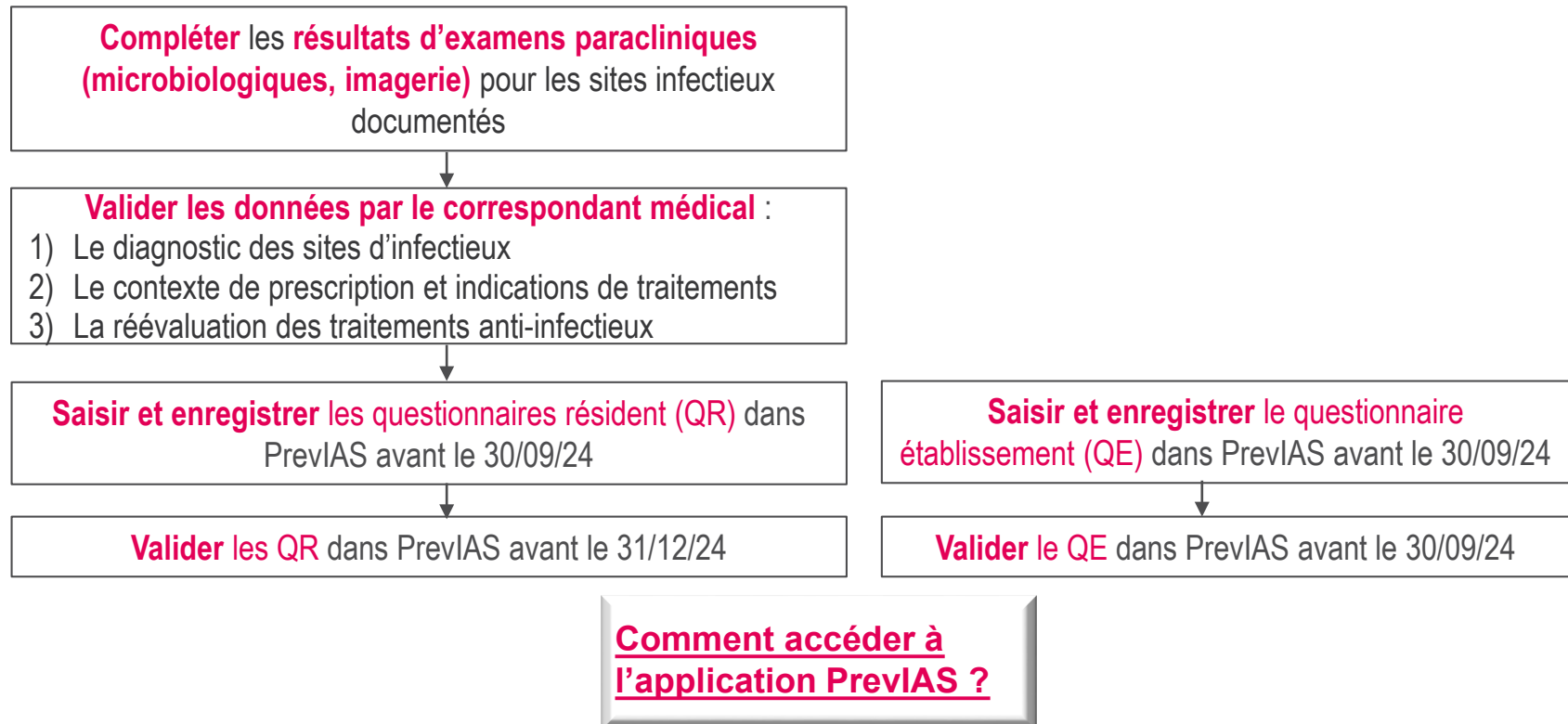
Compléter les **résultats d'examens paracliniques**
(microbiologiques, imagerie) pour les sites infectieux
documentés

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



Valider les données par le correspondant médical :

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



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

Valider les données par le correspondant médical :

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

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

Valider les QR dans PreviAS avant le 31/12/24

NON

OUI

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

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

Valider le QE dans PreviAS avant le 30/09/24

OUI

NON

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

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

Constitution de l'équipe

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

Composition de l'équipe

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

→ **Responsable de la réalisation de l'enquête** dans l'établissement de sa préparation jusqu'à la diffusion des résultats

Avant l'enquête

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

Le jour de l'enquête

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

Le plus proche possible du jour de l'enquête

- S'assure de la **validation clinique des diagnostics d'infection et des prescriptions d'anti-infectieux par le correspondant médical**
- Vérifie que le **nombre de questionnaires résident** complétés par secteur ou unité de vie correspond au nombre de résidents éligibles
- Valide le **contenu des questionnaires résidents** : il vérifie les données aberrantes, complète les données manquantes
- Vérifie que les enquêteurs qui effectuent la saisie dans PreVIAS disposent d'un **compte utilisateur**
- Organise **la saisie des questionnaires résidents** dans PreVIAS et la validation des données
- Effectue la **saisie du questionnaire établissement** dans PreVIAS
- Garantit **la protection des données personnelles** (*cf. annexe 9 du guide de l'enquêteur page 84*)
- Assure le **relais auprès du CPias et de SpFrance** de toute demande concernant l'enquête

Après la saisie des données

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

→ Chargé du recueil et de la saisie des données des questionnaires résidents

Avant l'enquête

- Prend **contact avec les professionnels de santé** du ou des unités à enquêter
- S'assure avoir reçu la **formation à l'enquête**

Le jour de l'enquête

- **Récupère** auprès du référent **la liste des résidents éligibles** et **prépare les questionnaires papier**
- **Vérifier les critères d'inclusion** des résidents support papier
- **Informe les résidents enquêtés** ou leur représentant légal dans chaque service
- Complète les **questionnaires résidents** sur support papier à partir :
 - De plusieurs sources d'information (dossier soignant, dossier médical)
 - L'appui d'un professionnel de santé du secteur ou unité de vie enquêtée
- Etablit la liste des **résultats microbiologiques en attente** pour les IAS identifiées
- **Fait confirmer les diagnostics** de chaque IAS et indications de chaque traitement AI **par le correspondant médical**
- **Remet les questionnaires complétés** de l'ensemble des résident **au référent** de l'enquête

Le plus proche possible de l'enquête

- Participe à la **saisie des questionnaires résidents** dans PreVIAS

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

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

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

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

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

CPIas

- **Contacte l'ensemble des EMS ciblés et indiquer aux EHPAD de l'échantillon** qu'ils ont été tirés au sort et les encourager à participer à l'enquête
- **Transmet la liste des EHPAD de l'échantillon à l'ARS** de leur région si demandée
- **Met à jour l'annuaire des CPIas** pour les EMS ciblés (EHPAD, EAM/FAM, MAS)
- **Organise des formations** pour les établissements et fournir les supports de formation aux référents de l'enquête dans les établissements
- **Suit la participation** à l'enquête dans leur région (à l'aide de l'outil PreVIAS)
- **Encourage tous les établissements** à la réalisation de l'enquête (TAS et non TAS)
- **Fournit une assistance méthodologique** aux établissements participants à l'enquête

SpFrance

- **Coordonne la rédaction et la mise à disposition** des outils d'enquête (guide, FAQ, questionnaires)
- **Coordonne la mise en œuvre de l'enquête** au niveau national
- **Assure la conformité du traitement** mis en œuvre suivant la MR-004 de la Cnil
- **Organise des formations** sur l'application PreVIAS
- **Assure le développement et le support applicatif** de PreVIAS
- **Effectue les regroupements des établissements dans PreVIAS** communiqués par les établissements
- **Réalise l'analyse des données** au niveaux régional et national
- **Coordonne la valorisation des résultats** en lien avec le GT et les CPIas

COORDONNÉES DES RÉFÉRENTS RÉGIONAUX

		Référent méthodologie	Email
CPias Occitanie	Région	Sandrine CANOUE	canouet.s@chu-toulouse.fr
	Occitanie Ouest	Patrick DUCHEIN	duchein.p@chu-toulouse.fr
	Occitanie EST	Emmanuelle SARIVIERE	e-sariviere@chu-montpellier.fr
		Référent communication et outils régionaux	Email
	Région	Caroline Vailles	Cpias-occitanie@chu-montpellier.fr



Dr Sandrine Canouet
Praticien hospitalier hygiéniste
canouet.s@chu-toulouse.fr
 05.61.77.95.21 – 06.10.25.86.17



Patrick Duchein
Cadre de santé hygiéniste
duchein.p@chu-toulouse.fr
 05.61.77.93.29



Emmanuelle Sarivière
Infirmière hygiéniste
e-sariviere@chu-montpellier.fr
 04.67.33.56.34 – 07.88.01.43.85



Caroline Vailles
Assistante
cpias-occitanie@chu-montpellier.fr
 04.67.33.74.69

Santé publique France

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

Support applicatif PreVIAS

- **Question sur l'utilisation de l'application PreVIAS** :
previas-support@santepubliquefrance.fr

ACCOMPAGNEMENT DE PROXIMITÉ :

- Concerne les ESMS ayant conventionné avec une Equipe Mobile en Hygiène (EMH)
- Priorisé pour les ESMS tirés au sort
- Personnalisé en fonction du nombre ESMS accompagnés et des ressources des EMH




Cartographie des EMH d'Occitanie



Plateforme d'échange

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



**ENQUETE NATIONALE DE PREVALENCE
DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS ET DES TRAITEMENTS ANTI-INFECTIEUX
EN ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES
MAI-JUIN 2024**

Information aux résidents ou représentants légaux

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

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

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

VOS DROITS

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

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

• Rapport automatisé :

Rapport
automatisé

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

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

Sur la méthode d'enquête

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

Sur l'application PreVIAS

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



DÉCEMBRE 2023



MÉTHODE ET REPÈRES

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

Guide de l'enquêteur. Mai - juin 2024



ENP 2024 : PARTIE 4




QUESTIONNAIRE ÉTABLISSEMENT

 Retour vers le [sommaire](#)

4 sections :

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

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire établissement

Données administratives

Raison sociale : Finess géographique : Finess juridique :

Région : Département : Code Postal : Commune :

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

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

Administrateur local (PrevIAS) :

Périmètre de l'enquête

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

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

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

Capacité et charge en soins

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

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

GIR moyen pondéré :
(le plus récent)

PATHOS moyen pondéré :
(le plus récent)

Organisation des soins

Présence d'un médecin coordonnateur : Non Oui

Présence d'un IDEC : Non Oui Inconnu

Présence d'un correspondant en hygiène : Non Oui Inconnu

Accès à une expertise en hygiène : Non Oui Inconnu

Accès à un référent en antibiothérapie : Non Oui Inconnu

Procédure de réévaluation des prescriptions antibiotiques : Non Oui Inconnu

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

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

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

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

Si oui, le professionnel spécialisé en hygiène appartient à :

EMS EMH EOH CPIas Autre

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

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire établissement

Données administratives

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

Région : _____ Département : _____ Code Postal : _____ Commune : _____

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

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

Administrateur local (PreVIAS) : _____

Périmètre de l'enquête

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

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

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

Capacité et charge en soins

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

QIR moyen pondéré : _____ PATHOS moyen pondéré : _____
(le plus récent) (le plus récent)

Organisation des soins

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

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

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

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

Version du CA-SFM utilisé de microbiologie de référence :

Accompagnement de l'établissement : EMS EMI

Validation des infections :

SECTION « DONNÉES ADMINISTRATIVES »

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

Données administratives

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

Région : _____ Département : _____ Code Postal : _____ Commune : _____

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

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

Administrateur local (PreVIAS) : _____

Données administratives

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

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

Administrateur local (PrevIAS) :

➤ **Données administratives de l'établissement** : raison sociale, finess géographique et juridique, région, département, commune et code postal, statut juridique et catégorie d'établissement

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

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

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

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

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

Dans
Prev'Ehpad
2016

Données administratives

Raison sociale : Finess géographique : Finess juridique :

Région : Département : Code Postal : Commune :

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

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

Administrateur local (PreVIAS) :

➤ Renseigner l'option tarifaire de l'établissement

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

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

↪ Le référent de l'enquête vérifie la donnée pré-remplie auprès de l'administration

➔ Dans PreVIAS : Les données peuvent être modifiées directement dans le questionnaire établissement

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

Dans
Prev'Ehpad
2016

Données administratives

Raison sociale : Finess géographique : Finess juridique :

Région : Département : Code Postal : Commune :

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

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

Administrateur local (PrevIAS) :

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

↪ Cocher « **Non** » ou « **Oui** »

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

↪ Le référent de l'enquête vérifie la donnée pré-remplie auprès de l'administration

➔ Dans PrevIAS : Les données peuvent être modifiées directement dans le questionnaire établissement

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

Dans
Prev'Ehpad
2016

Données administratives

Raison sociale : Finess géographique : Finess juridique :

Région : Département : Code Postal : Commune :

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

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

Administrateur local (PrevIAS) :

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

- ↪ Données **pré-remplies dans l'application** à partir de l'annuaire national des CPias
- ↪ L'administrateur local est préférentiellement le **réfèrent de l'enquête** dans l'établissement
- ↪ L'administrateur local dispose de **droits de gestion de l'établissement et des utilisateurs** de l'établissement (*cf. Annexe 6 page 72 pour le détail du profil de l'administrateur local*)

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

L'administrateur local peut désigner un autre utilisateur de l'établissement pour lui transmettre ses droits (*Menu Administration / Gestion des établissements*)



nouveau

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire établissement

Données administratives

Raison sociale : Finess géographique : Finess juridique :

Région : Département : Code Postal : Commune :

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

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

Administrateur local (PreVIAS) :

Périmètre de l'enquête

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

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

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

Capacité et charge en soins

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

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

Organisation des soins

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

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

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

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

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

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

Si le professionnel spécialisé en hygiène appartient à : EMS EMH ECH CPas Aue

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

SECTION « PÉRIMÈTRE DE L'ENQUÊTE »

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

Périmètre de l'enquête

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

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

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

Périmètre de l'enquête

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

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

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

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

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

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

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

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

Modifié
Prev'Ehpad
2016

Périmètre de l'enquête

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

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

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

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

nouveau

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

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

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

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

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire établissement

Données administratives

Raison sociale : Finess géographique : Finess juridique :

Région : Département : Code Postal : Commune :

Statut juridique : Public EPRIC Privé Catégorie d'établissement : EHPAD Aue ESMS (FAMEAM MAS)

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

Administrateur local (PheVAS) :

Périmètre de l'enquête

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

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

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

Capacité et charge en soins

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

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

GIR moyen pondéré : (le plus récent)

PATHOS moyen pondéré : (le plus récent)

Organisation des soins

Présence d'un médecin coordonnateur : Non Oui

Présence d'un correspondant en hygiène : Non Oui Inconnu

Accès à un référent en antibiothérapie : Non Oui Inconnu

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

Version du CA-SFM utilisée : Antérieure au CA-SFM 2020 CA-SFM 2020 ou postérieure

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

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

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

SECTION « CAPACITÉ ET CHARGE EN SOINS »

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

Capacité et charge en soins

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

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

GIR moyen pondéré :
(le plus récent)

PATHOS moyen pondéré :
(le plus récent)

Capacité et charge en soins

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

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

GIR moyen pondéré :
(le plus récent)

PATHOS moyen pondéré :
(le plus récent)

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

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

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

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

Dans
Prev'Ehpad
2016

Capacité et charge en soins

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

GIR moyen pondéré :
(le plus récent)

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

PATHOS moyen pondéré :
(le plus récent)

➤ **Indiquer le nombre de jours annuel d'hébergement en 2023**
↳ Renseigner en **jours d'hébergement complet** (permanent ou temporaire)
ou partiel (accueil de jour, de nuit, de week-end)

Dans
Prev'Ehpad
2016

Capacité et charge en soins

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

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

GIR moyen pondéré :
(le plus récent)

PATHOS moyen pondéré :
(le plus récent)

Dans
Prev'Ehpad
2016

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

↪ Renseigner en **jours d'hébergement complet** (permanent ou temporaire) **ou partiel** (accueil de jour, de nuit, de week-end)

↪ A renseigner **uniquement pour les EHPAD**

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

Le GIR doit être compris entre 250 et 1000

Le PATHOS doit être compris entre 100 et 400

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

QUESTIONNAIRE ÉTABLISSEMENT



SECTION « ORGANISATION DES SOINS »

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

Données administratives

Raison sociale : Finess géographique : Finess juridique :

Région : Département : Code Postal : Commune :

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

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

Administrateur local (PheVAS) :

Périmètre de l'enquête

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

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

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

Capacité et charge en soins

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

QIP moyen pondéré : PACTIC2 moyen pondéré :
(le plus récent) (le plus récent)

Organisation des soins

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

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

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

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

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

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

Si oui, le professionnel spécialisé en hygiène appartient à :

EMS EMH EOH CPias Autre

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

Organisation des soins

Présence d'un médecin coordonnateur : Non Oui

Présence d'une IDEC : Non Oui Inconnu

Présence d'un correspondant en hygiène : Non Oui Inconnu

Accès à une expertise en hygiène : Non Oui Inconnu

Accès à un référent en antibiothérapie : Non Oui Inconnu

Procédure de réévaluation des prescriptions antibiotiques : Non Oui Inconnu

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

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

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

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

Si oui, le professionnel spécialisé en hygiène appartient à :

EMS EMH EOH CPias Autre

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

Organisation des soins

Présence d'un médecin coordonnateur : Non Oui

Présence d'une IDEC : Non Oui Inconnu

Présence d'un correspondant en hygiène : Non Oui Inconnu

Accès à une expertise en hygiène : Non Oui Inconnu

Accès à un référent en antibiothérapie : Non Oui Inconnu

Procédure de réévaluation des prescriptions antibiotiques : Non Oui Inconnu

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

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

Version du CA-SFM utilisée : (par le laboratoire de microbiologie de référence de l'établissement)

Antérieure au CA-SFM 2020 CA-SFM 2020 ou postérieure

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

Si oui, le professionnel spécialisé en hygiène appartient à :

EMS EMH EOH CPias Autre

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

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

↳ Cocher « Non » ou « Oui »

↳ La réponse inconnue n'est pas admise

Dans
Prev'Ehpad
2016

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

↳ Cocher « Non » ou « Oui »

Dans
Prev'Ehpad
2016

Les ETP de médecin co, de personnel « soins » et « dépendance » et le nombre de prescripteurs demandés dans Prev'Ehpad 2016 sont supprimés

Organisation des soins

Présence d'un médecin coordonnateur : Non Oui

Présence d'une IDEC : Non Oui Inconnu

Présence d'un correspondant en hygiène : Non Oui Inconnu

Accès à une expertise en hygiène : Non Oui Inconnu

Accès à un référent en antibiothérapie : Non Oui Inconnu

Procédure de réévaluation des prescriptions antibiotiques : Non Oui Inconnu

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

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

Version du CA-SFM utilisée : (par le laboratoire de microbiologie de référence de l'établissement)

Antérieure au CA-SFM 2020 CA-SFM 2020 ou postérieure

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

Si oui, le professionnel spécialisé en hygiène appartient à :

EMS EMH EOH CPias Autre

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

Dans
Prev'Ehpad
2016

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

↪ Cocher « **Non** » ou « **Oui** »

Dans
Prev'Ehpad
2016

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

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

↪ Exclure le recours au personnel du CPias

↪ Cocher « **Non** » ou « **Oui** »

Organisation des soins

Présence d'un médecin coordonnateur : Non Oui

Présence d'une IDEC : Non Oui Inconnu

Présence d'un correspondant en hygiène : Non Oui Inconnu

Accès à une expertise en hygiène : Non Oui Inconnu

Accès à un référent en antibiothérapie : Non Oui Inconnu

Procédure de réévaluation des prescriptions antibiotiques : Non Oui Inconnu

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

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

Version du CA-SFM utilisée : (par le laboratoire de microbiologie de référence de l'établissement)

Antérieure au CA-SFM 2020 CA-SFM 2020 ou postérieure

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

Si oui, le professionnel spécialisé en hygiène appartient à :

EMS EMH EOH CPias Autre

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

Dans
Prev'Ehpad
2016



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

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

↪ Exclure le recours aux professionnel des CRAtb

↪ Cocher « Non » ou « Oui »

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

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

↪ Cocher « Non » ou « Oui »

Organisation des soins

Présence d'un médecin coordonnateur : Non Oui

Présence d'une IDEC : Non Oui Inconnu

Présence d'un correspondant en hygiène : Non Oui Inconnu

Accès à une expertise en hygiène : Non Oui Inconnu

Accès à un référent en antibiothérapie : Non Oui Inconnu

Procédure de réévaluation des prescriptions antibiotiques : Non Oui Inconnu

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

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

Version du CA-SFM utilisée : (par le laboratoire de microbiologie de référence de l'établissement)

Antérieure au CA-SFM 2020 CA-SFM 2020 ou postérieure

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

Si oui, le professionnel spécialisé en hygiène appartient à :

EMS EMH EOH CPias Autre

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

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

↪ Concerne **uniquement les EHPAD**

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

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

Dans
Prev'Ehpad
2016

Organisation des soins

Présence d'un médecin coordonnateur : Non Oui

Présence d'une IDEC : Non Oui Inconnu

Présence d'un correspondant en hygiène : Non Oui Inconnu

Accès à une expertise en hygiène : Non Oui Inconnu

Accès à un référent en antibiothérapie : Non Oui Inconnu

Procédure de réévaluation des prescriptions antibiotiques : Non Oui Inconnu

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

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

Version du CA-SFM utilisée : (par le laboratoire de microbiologie de référence de l'établissement)

Antérieure au CA-SFM 2020 CA-SFM 2020 ou postérieure

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

Si oui, le professionnel spécialisé en hygiène appartient à :

EMS EMH EOH CPias Autre

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

Modifié
Prev'Ehpad
2016

Disponibilité de
SHA (Oui/Non)
dans Prev'Ehpad
2016

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

↶ **Au cours de l'année 2023**

↶ **Exprimer en litres**

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

➔ **Saisie dans PreVIAS** : indiquer INC si l'information n'est pas connue

Organisation des soins

Présence d'un médecin coordonnateur : Non Oui

Présence d'une IDEC : Non Oui Inconnu

Présence d'un correspondant en hygiène : Non Oui Inconnu

Accès à une expertise en hygiène : Non Oui Inconnu

Accès à un référent en antibiothérapie : Non Oui Inconnu

Procédure de réévaluation des prescriptions antibiotiques : Non Oui Inconnu

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

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

Version du CA-SFM utilisée : (par le laboratoire de microbiologie de référence de l'établissement)

Antérieure au CA-SFM 2020 CA-SFM 2020 ou postérieure

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

Si oui, le professionnel spécialisé en hygiène appartient à :

EMS EMH EOH CPias Autre

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

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

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

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

↪ Nécessaire pour le codage de la sensibilité des MO (*cf. section « Infection(s) associée(s) aux soins »*)



Organisation des soins

Présence d'un médecin coordonnateur : Non Oui

Présence d'une IDEC : Non Oui Inconnu

Présence d'un correspondant en hygiène : Non Oui Inconnu

Accès à une expertise en hygiène : Non Oui Inconnu

Accès à un référent en antibiothérapie : Non Oui Inconnu

Procédure de réévaluation des prescriptions antibiotiques : Non Oui Inconnu

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

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

Version du CA-SFM utilisée : (par le laboratoire de microbiologie de référence de l'établissement)

Antérieure au CA-SFM 2020 CA-SFM 2020 ou postérieure

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

Si oui, le professionnel spécialisé en hygiène appartient à :

EMS EMH EOH CPias Autre

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

Dans
Prev'Ehpad
2016

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

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

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

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

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

Organisation des soins

Présence d'un médecin coordonnateur : Non Oui

Présence d'une IDEC : Non Oui Inconnu

Présence d'un correspondant en hygiène : Non Oui Inconnu

Accès à une expertise en hygiène : Non Oui Inconnu

Accès à un référent en antibiothérapie : Non Oui Inconnu

Procédure de réévaluation des prescriptions antibiotiques : Non Oui Inconnu

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

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

Version du CA-SFM utilisée : (par le laboratoire de microbiologie de référence de l'établissement)

Antérieure au CA-SFM 2020 CA-SFM 2020 ou postérieure

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

Si oui, le professionnel spécialisé en hygiène appartient à :

EMS EMH EOH CPias Autre

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

Dans
Prev'Ehpad
2016

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

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

↪ cf. rôle du correspondant médical page 15

↪ La réponse inconnue n'est pas admise

ENP 2024 : PARTIE 5

QUESTIONNAIRE RÉSIDENT




 Retour vers le [sommaire](#)

QUESTIONNAIRE RÉSIDENT

5 sections :

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

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

Identification du résident

Date de l'enquête : ID résident : Donné par l'applicateur NOM et Prénom du résident :

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : Sexe : Féminin Masculin

Code de l'unité de vie : Accueil en unité adaptée : Non Oui - USA Oui - UGD Oui - UHR

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

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

Désorientation : Non Oui Inconnu

Mobilité : Ambulant En fauteuil roulant Allié Inconnu

Incontinence : Non Oui Inconnu

Dispositif(s) invasif(s) Non Oui

Sonde urinaire : Non Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) : Non Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :

Veineux périphérique Midline Sous-cutané Veineux central PICC Chambre implantable

Traitement(s) anti-infectieux Non Oui

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

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

	Infection associée aux soins n°1	Infection associée aux soins n°2	Infection associée aux soins n°3
Site(s) infectieux :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<u>Si CLOD</u> , acquisition de l'infection dans l'établissement : <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible
<u>Si CAT</u> , type de cathéter à l'origine de l'infection : <small>(CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Micro-organisme(s) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sensibilité MO (ATB - SIR) : <small>Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

QUESTIONNAIRE RÉSIDENT

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

Identification du résident

Date de l'enquête : ID résident : Donné par l'application NOM et Prénom du résident :

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : Sexe : Féminin Masculin

Code de l'unité de vie : Accueil en unité adaptée : Non Oui - USA Oui - UDD Oui - UHR

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

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

Déorientation : Non Oui Inconnu

Mobilité : Ambulant En fauteuil roulant AB Inconnu

Incontinence : Non Oui Inconnu

Dispositif(s) invasif(s) : Non Oui

Sonde urinaire : Non Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) : Non Oui

Si oui préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :

Veineux périphérique Médine Sous-cutané Veineux central PICC Chambre implantable

Traitement(s) anti-infectieux : Non Oui

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (ou, ATC, non commercial) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Voie d'administration (ou, M, SC, O, I) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Durée prévue du traitement (en jours) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Contexte de prescription (ou, moyen) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnostic associé au traitement :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Réévaluation de l'antibiothérapie : <small>non, oui - sans en dire, oui - avec en dire</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu de prescription (ou, en, Ase) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Infection associée aux soins n°1 Infection associée aux soins n°2 Infection associée aux soins n°3

Site(s) infectieux : SCLCC acquisition de l'infection dans l'établissement SCLCC type de cathéter à l'origine de l'infection SCLCC type de cathéter à l'origine de l'infection (ou, P, Membr, CDC, CIV, PICC, CCI)

Micro-organisme(s) :

Sensibilité MO (ATB - SIR) :

Au sens, si l'ATB MO dont la résistance est évaluée

SECTION « IDENTIFICATION DU RÉSIDENT »

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

Identification du résident

Date de l'enquête :

ID résident :

Donné par l'application

NOM et Prénom du résident :

Identification du résident

Date de l'enquête :

ID résident :

*Donné par
l'application*

NOM et Prénom du résident :

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

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

↔ Date identique dans un même secteur ou unité de vie

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

Dans
Prev'Ehpad
2016

Identification du résident

Date de l'enquête :

ID résident :

*Donné par
l'application*

NOM et Prénom du résident :

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

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

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

Dans
Prev'Ehpad
2016

Identification du résident

Date de l'enquête :

ID résident :

Donné par
l'application

NOM et Prénom du résident :

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

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

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

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

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




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

Dans
Prev'Ehpad
2016

QUESTIONNAIRE RÉSIDENT

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

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident



Identification du résident

Date de l'enquête : ID résident : Donné par l'application NOM et Prénom du résident :

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : Sexe : Féminin Masculin

Code de l'unité de vie : Accueil en unité adaptée : Non Oui-USA Oui-UGD Oui-UHR

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

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

Désorientation : Non Oui Inconnu

Mobilité : Ambulant En fauteuil roulant Alité Inconnu

Incontinence : Non Oui Inconnu

Dispositif(s) invasif(s) Non Oui

Traitement(s) anti-infectieux Non Oui

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

Partie à compléter

Cocher non
(coché non par défaut dans PreVIAS)

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance :

Sexe : Féminin Masculin

Code de l'unité de vie :

Accueil en unité adaptée : Non Oui-USA Oui-UGD Oui-UHR

Hospitalisation : Non Oui Inconnu
(dans les 3 mois)

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

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

Désorientation : Non Oui Inconnu

Mobilité : Ambulant En fauteuil roulant Alité Inconnu

Incontinence : Non Oui Inconnu

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

↪ Noter l'année de naissance **au format AAAA**

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

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

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

Modifié
Prev'Ehpad
2016

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance :

Code de l'unité de vie :

Hospitalisation : Non Oui Inconnu (dans les 3 mois)

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

Désorientation : Non Oui Inconnu

Mobilité : Ambulant En fauteuil roulant Alité Inconnu

Incontinence : Non Oui Inconnu

Sexe : Féminin Masculin

Accueil en unité adaptée : Non Oui-USA Oui-UGD Oui-UHR

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

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

↪ Cocher « **Féminin** » ou « **Masculin** »

↪ La réponse inconnue n'est pas admise

➔ Saisie dans PreVIAS : cocher obligatoirement une case

Dans
Prev'Ehpad
2016

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance :

Sexe : Féminin Masculin

Code de l'unité de vie :

Accueil en unité adaptée : Non Oui-USA Oui-UGD Oui-UHR

Hospitalisation : Non Oui Inconnu (dans les 3 mois)

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

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

Désorientation : Non Oui Inconnu

Mobilité : Ambulant En fauteuil roulant Alité Inconnu

Incontinence : Non Oui Inconnu

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

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

↪ Utilisé pour stratifier les résultats dans le rapport automatisé

➔ Saisie dans PreVIAS : limité à 30 caractères

Il est possible de laisser le champ vide

nouveau

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance :

Sexe : Féminin Masculin

Code de l'unité de vie : Accueil en unité adaptée : Non Oui-USA Oui-UGD Oui-UHR

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

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

Désorientation : Non Oui Inconnu

Mobilité : Ambulant En fauteuil roulant Alité Inconnu

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



↪ Cocher l'une des 4 propositions :

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

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

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

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

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

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

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : Sexe : Féminin Masculin

Code de l'unité de vie : Accueil en unité adaptée : Non Oui-USA Oui-UGD Oui-UHR

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

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

Désorientation : Non Oui Inconnu

Mobilité : Ambulant En fauteuil roulant Alité Inconnu

Incontinence : Non Oui Inconnu

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

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

↪ **Cocher « Non » ou « Oui »**

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

Dans
Prev'Ehpad
2016

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : Sexe : Féminin Masculin

Code de l'unité de vie : Accueil en unité adaptée : Non Oui-USA Oui-UGD Oui-UHR

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

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

Désorientation : Non Oui Inconnu

Mobilité : Ambulant En fauteuil roulant Alité Inconnu

Incontinence : Non Oui Inconnu

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

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

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

↪ Cocher « **Non** » ou « **Oui** »

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

Dans
Prev'Ehpad
2016

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : Sexe : Féminin Masculin

Code de l'unité de vie : Accueil en unité adaptée : Non Oui-USA Oui-UGD Oui-UHR

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

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

Désorientation : Non Oui Inconnu

Mobilité : Ambulant En fauteuil roulant Alité Inconnu

Incontinence : Non Oui Inconnu

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

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

☞ Cocher « Non » ou « Oui »

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

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

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



nouveau

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : Sexe : Féminin Masculin

Code de l'unité de vie : Accueil en unité adaptée : Non Oui-USA Oui-UGD Oui-UHR

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

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

Désorientation : Non Oui Inconnu

Mobilité : Ambulant En fauteuil roulant Alité Inconnu

Incontinence : Non Oui Inconnu

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

☞ Cocher « **Non** » ou « **Oui** »

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

nouveau

Remplace le GIR
du résident dans
Prev'Ehpad 2016

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : Sexe : Féminin Masculin

Code de l'unité de vie : Accueil en unité adaptée : Non Oui-USA Oui-UGD Oui-UHR

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

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

Désorientation : Non Oui Inconnu

Mobilité : Ambulant En fauteuil roulant Alité Inconnu

Incontinence : Non Oui Inconnu

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

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

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

nouveau

Remplace le GIR
du résident dans
Prev'Ehpad 2016

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : Sexe : Féminin Masculin

Code de l'unité de vie : Accueil en unité adaptée : Non Oui-USA Oui-UGD Oui-UHR

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

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

Désorientation : Non Oui Inconnu

Mobilité : Ambulant En fauteuil roulant Alité Inconnu

Incontinence : Non Oui Inconnu

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

↪ Incontinence urinaire ou fécale

↪ Cocher « Non » ou « Oui »

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

nouveau

Remplace le GIR
du résident dans
Prev'Ehpad 2016

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

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

Identification du résident
Date de l'enquête : [] ID résident : [] Nom et Prénom du résident : []

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : [] Sexe : Féminin Masculin
Code de l'unité de vie : [] Accueil en unité adaptée : Non Oui - USA Oui - UOD Oui - LHR
Hospitalisation : Non Oui Inconnu Intervention chirurgicale : Non Oui Inconnu (dans les 3 mois)
Présence d'escarre : Non Oui Inconnu Si oui, préciser le grade : 1 2 3 4
Désorientation : Non Oui Inconnu
Mobilité : Ambulant En fauteuil roulant ABE Inconnu
Incontinence : Non Oui Inconnu

Dispositif(s) invasif(s) Non Oui

Sonde urinaire : Non Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) : Non Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :
 Veineux périphérique Midline Sous-cutané Veineux central PICC Chambre implantable

Traitement(s) anti-infectieux Non Oui

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (ou, ATC, non commercial)				
Voie d'administration (v, sc, o, i)				
Durée prévue du traitement (en jours)				
Contexte de prescription (ouvs, pmpvs)				
Diagnostic associé au traitement				
Réévaluation de l'antibiothérapie (en cours en O, Oui - arrêté en O, Non)				
Lieu de prescription (ovs, es, Ase)				

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

Infection associée aux soins n°1 : [] Infection associée aux soins n°2 : [] Infection associée aux soins n°3 : []

Site(s) infectieux : []
Si oui, acquisition de l'infection dans l'établissement : Certaine Possible Certaine Possible Certaine Possible

Si oui, type de cathéter à l'origine de l'infection : []
(V, Veineux, CVC, PICC, CCI)

	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Micro-organisme(s)									
Sensibilité MO (ATB - SIR)									

SECTION « DISPOSITIF(S) INVASIF(S) »

- Renseigner **le ou les dispositifs invasifs à demeure chez le résident le jour de l'enquête**
 - Par rapport à Prev'Ehpad 2016 : complété dans la fiche récapitulative (tableau) ; ajout du cathéter « Midline »
- A partir du **dossier médical du résident et confirmé le jour de l'enquête auprès du résident au moment de l'enquête**
- Renseigné par l'enquêteur et confirmé par le personnel de santé du secteur ou unité de vie

Dispositif(s) invasif(s) Non Oui

Sonde urinaire : Non Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) : Non Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :

Veineux périphérique Midline Sous-cutané Veineux central PICC Chambre implantable

Dispositif(s) invasif(s) Non Oui

Sonde urinaire : Non Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) : Non Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :

Veineux périphérique Midline Sous-cutané Veineux central PICC Chambre implantable

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

↪ Sonde urinaire ou cathéters vasculaires

↪ Cocher « **Non** » ou « **Oui** »

↪ La réponse inconnue n'est pas admise

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

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

Dans
Prev'Ehpad
2016

Dispositif(s) invasif(s) Non Oui

Sonde urinaire : Non Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) : Non Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :

Veineux périphérique Midline Sous-cutané Veineux central PICC Chambre implantable

Dans
Prev'Ehpad
2016

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

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

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

↗ **Exclure** les sondages évacuateurs ou intermittents (auto-sondage ou hétéro-sondage) et dispositifs externe (étui pénien)

↗ Cocher « **Non** » ou « **Oui** »

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

Dispositif(s) invasif(s) Non Oui

Sonde urinaire : Non Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) : Non Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :

Veineux périphérique Midline Sous-cutané Veineux central PICC Chambre implantable

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

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

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

↵ Cocher « **Non** » ou « **Oui** »

Si le champ « Cathéter(s) vasculaire(s) » est coché « Oui » :

➤ **Renseigner le type de cathéter**

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

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

↵ Possibilité de sélectionner **plusieurs cathéters**

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

Dans
Prev'Ehpad
2016

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

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

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

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : [] Sexe : Féminin Masculin
Code de l'unité de vie : [] Accueil en unité adaptée : Non Oui - USA Oui - UGD Oui - UHR
Hospitalisation : Non Oui Inconnu Intervention chirurgicale : Non Oui Inconnu (dans les 30 jours)
Présence d'escalier : Non Oui Inconnu Si oui préciser le grade : 1 2 3 4
Déorientation : Non Oui Inconnu
Mobilité : Ambulant En fauteuil roulant AIM Inconnu
Incontinence : Non Oui Inconnu
Dispositif(s) invasif(s) : Non Oui
Sonde urinaire : Non Oui
Cathéter(s) vasculaire(s) : Non Oui
Si oui préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :
 Veine périphérique Mère Supra-aortique Veine centrale PICC Cathète artérielle

Traitement(s) anti-infectieux Non Oui

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

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

Site(s) infectieux : Non Oui
Si oui acquisition de l'infection dans l'établissement : Certaine Possible Certaine Possible Certaine Possible
Si oui type de cathéter à l'origine de l'infection : Non Oui
Si oui, préciser le type de cathéter : MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3

Micro-organisme(s) :
Sensibilité MO (ATB - SIR) :
Au sein, si elle n'est pas indiquée dans le dossier de prescription, à compléter

SECTION « TRAITEMENT(S) ANTI-INFECTIEUX »

- Renseigner le ou les traitement anti-infectieux administrés par voie générale au résident le jour de l'enquête
 - Par rapport à Prev'Ehpad 2016 : ajout de classes d'AI et le nombre d'AI renseignés (4 AI au lieu de 3 AI dans Prev'Ehpad)
- Renseigné par l'enquêteur à partir du dossier du résident avec l'appui du personnel de santé du secteur ou unité de vie
- Le correspondant médical confirme le contexte de prescription, l'indication et la réévaluation de l'antibiothérapie

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

- **Classes d'anti-infectieux ciblés :**

- Les **antibiotiques à usage systémique** (codes ATC J01)
- Les **imidazolés per os antiparasitaires** (codes ATC P01)
- Les **antibiotiques intestinaux** : fidaxomicine (codes ATC A07AA)
- Les **antimycosiques** (codes ATC J02)
- Les **antifongiques** (codes ATC D01BA)
- Les **antituberculeux** (codes ATC J04)
- Les **antiviraux pour la Covid-19** (tous les autres antiviraux sont exclus)

*Nouvelles classes d'AI
ciblées par rapport à
Prev'Ehpad 2016 (sauf
rifampicine)*

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

- **Pour documenter les traitements AI**, recueillir les informations de la manière suivante :
 1. Répertorier **tous les traitements anti-infectieux administrés au résident le jour de l'enquête**
 2. Pour chaque traitement recensé, documenter la **voie d'administration** et la **durée prévue du traitement en intention de traiter**
 3. Pour chaque traitement recensé, renseigner l'**indication ou contexte de prescription**
 4. Pour les traitements curatifs d'infection, renseigner le **diagnostic associé au traitement**
 5. Pour les traitements curatifs d'infection de plus de 72 heures, indiquer si une **réévaluation de l'antibiothérapie** a été réalisée
 6. Pour chaque traitement recensé, indiquer le **lieu de prescription**

Traitement(s) anti-infectieux Non Oui

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

Dans
Prev'Ehpad
2016

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

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

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

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

↪ Cocher « **Non** » ou « **Oui** »

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

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

TRAITEMENT(S) ANTI-INFECTIEUX

Traitement(s) anti-infectieux Non Oui

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

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

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

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

↪ Les anti-infectieux ciblés incluent les antimycosiques, antifongiques, antituberculeux et anti-viraux pour la COVID-19 qui n'étaient pas ciblés par Prev'Ehpad 2016

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

Modifié
Prev'Ehpad
2016

Nouvelles
classes
d'AI ciblés

TRAITEMENT(S) ANTI-INFECTIEUX

Traitement(s) anti-infectieux Non Oui

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

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

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

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

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

Dans
Prev'Ehpad
2016

Code	Voie d'administration
IV	Intraveineuse
IM	Intramusculaire
SC	Sous-cutanée
O	Orale
I	Inhalation (aérosol)
INC	Voie d'administration inconnue

TRAITEMENT(S) ANTI-INFECTIEUX

Traitement(s) anti-infectieux Non Oui

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

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

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

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

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

Modifié
Prev'Ehpad
2016

TRAITEMENT(S) ANTI-INFECTIEUX

Traitement(s) anti-infectieux Non Oui

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

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

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

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

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

Dans
Prev'Ehpad
2016

Traitement(s) anti-infectieux Non Oui

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

Uniquement pour traitements anti-infectieux curatifs d'infection :

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

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

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

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

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

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

Dans
Prev'Ehpad
2016

TRAITEMENT(S) ANTI-INFECTIEUX

Traitement(s) anti-infectieux Non Oui

	Code	Diagnostics associés aux traitements anti-infectieux
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :	URI	Infection urinaire basse (cystites, etc.)
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I)	PYE	Infection urinaire haute (pyélonéphrites aiguës, abcès rénaux)
Durée prévue du traitement (en jours)	BAC	Bactériémie confirmée microbiologiquement (avec hémocultures positives)
Contexte de prescription (Curatif, Proj)	BRO	Bronchite aiguë ou exacerbation de bronchite chronique
	PNE	Pneumonie
Diagnostic associé au traitement :	DIG	Infection digestive : gastro-intestinale (salmonellose, diarrhée associée aux antibiotiques) ou intra abdominale (péritonite, infection hépatobiliaire)
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)	FEB	Fièvre inexplicée, neutropénie fébrile non cliniquement ou microbiologiquement documenté ou autre forme de manifestation de l'infection chez un immunodéprimé (par exemple, chimiothérapie) sans localisation identifiée
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	GEN	Infection génitale (infection gynécologique, prostatites, orchite, épидидymite, infection sexuellement transmissible)
	OPH	Infection oculaire (endophtalmie)
	ORL	Infection de l'oreille, de la bouche, du nez, de la gorge ou du larynx (ORL)
	OST	infection ostéo-articulaire (arthrite septique y compris prothèse articulaire, ostéomyélite, ostéite)
	PTM	infection de la peau et des tissus mous (cellulite, infection de plaies et d'escarre, infection des tissus mous profonds sans atteinte osseuse)
	SNC	Infection du système nerveux central
	SYS	Infection systémique
	INC	Diagnostic inconnu

Diagnostics associés aux traitements AI identiques dans l'enquête Prev'Ehpad 2016

Diagnostics associés aux traitements AI dissociés par rapport à Prev'Ehpad 2016

TRAITEMENT(S) ANTI-INFECTIEUX

Traitement(s) anti-infectieux Non Oui

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

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

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

↪ Sélectionner l'une des **3 réponses** : « Oui - dans les 72 heures » ; « Oui - au-delà de 72 heures » (nouveau par rapport à Prev'Ehpad 2016) ; « Non » (si aucune réévaluation par un médecin réalisée ou si non tracée dans le dossier du résident)

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

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

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

Dans
Prev'Ehpad
2016

TRAITEMENT(S) ANTI-INFECTIEUX

Traitement(s) anti-infectieux Non Oui

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

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

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

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

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

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

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

Modifié
Prev'Ehpad
2016

*Médecin
prescripteur
renseigné
dans
Prev'Ehpad*

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

Identification du résident

Date de l'enquête : [] ID résident : []

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : [] Sexe : Féminin Masculin

Code de l'unité de vie : [] Accueilli en unité adaptée : Non Oui - USA Oui - UOD Oui - UHR

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

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

Désorientation : Non Oui Inconnu

Mobilité : Ambulant En fauteuil roulant Alé Inconnu

Incontinence : Non Oui Inconnu

Dispositif(s) invasif(s) : Non Oui

Sonde urinaire : Non Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) : Non Oui

Si oui préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :
 Veineux périphérique Médine Sous-cutané Veineux central PICC Chambre implantable

Traitement(s) anti-infectieux : Non Oui

Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (DDC, ATC, non commercial)			
Voie d'administration (V, M, SC, O, I)			
Durée prévue du traitement (en jours)			
Contexte de prescription (court/long)			
Diagnostic associé au traitement : Préévaluation de l'antibiothérapie : Non, Oui, Sans en 20, Oui - Saisie en 20			
Lieu de prescription aux ES, AVE			

QUESTIONNAIRE RÉSIDENT



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

- Renseigner **le ou les infections associées aux soins actives chez le résident le jour de l'enquête**

- Par rapport à Prev'Ehpad 2016 : ajout de sites infectieux ciblés ; documentation des MO isolés d'IAS concerne l'ensemble des sites infectieux (uniquement les ECBU dans Prev'Ehpad)
- Renseigné par l'enquêteur à partir du dossier du résident avec l'appui du personnel de santé du secteur ou unité de vie
- Le correspondant médical confirme le diagnostic de l'infection

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

Infection associée aux soins n°1	Infection associée aux soins n°2	Infection associée aux soins n°3
Site(s) infectieux : Si CLOD acquisition de l'infection dans l'établissement : <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible		
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)		
MO1 MO2 MO3	MO1 MO2 MO3	MO1 MO2 MO3
Sensibilité MO (ATB - SIR) Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner		

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

	Infection associée aux soins n°1	Infection associée aux soins n°2	Infection associée aux soins n°3
Site(s) infectieux :			
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement : <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)			
Micro-organisme(s) :	MO1 MO2 MO3	MO1 MO2 MO3	MO1 MO2 MO3
Sensibilité MO (ATB - SIR) : Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner			

• Définition de cas

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

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

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

OU

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

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

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

OU

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

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

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

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

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

INFECTION(S) ASSOCIÉE(S) AUX SOINS

Localisation	Code	Libellé
Infections urinaires	URI1	Infection urinaire confirmée microbiologiquement (ECBU positif)
	URI2	Infection urinaire probable sans confirmation microbiologique (ECBU non fait, non retrouvé ou négatif)
Infections gastro-intestinales	GAST	Gastro-entérite
	CLOD	Infection à <i>Clostridioides difficile</i>
Infections respiratoires	PNE1	Pneumonie confirmée (par examen radiologique)
	PNE2	Pneumonie probable (par diagnostic clinique)
	RESP	Infection respiratoire basse hors pneumonie (trachéo-bronchite, bronchite, exacerbation bronchite chronique)
	GRI1	Grippe confirmée (par diagnostic viral ou lien épidémiologique)
	GRI2	Grippe probable (syndrome grippal)
	COVA	Covid-19 asymptomatique
	COVL	Covid-19 symptômes légers à modérés
	COVS	Covid-19 symptômes sévères
Infections ORL	ANGI	Angine à streptocoque du groupe A
	ORAL	Infection buccale / candidose buccale
Infections cutanées	IPTM	Infection de la peau et des tissus mous / cellulite
	HERP	Herpès simplex ou zona
	FONG	Infection fongique
	IESC	Infection d'escarre / plaie chronique
	GAL1	Gale confirmée (par dermatologue et/ou diagnostic parasitologique)
	GAL2	Gale probable
	ICAT	Infection liée à un cathéter
	Bactériémie	BACT
Fièvre inexpiquée	FIEV	Épisode fébrile inexpiqué

Localisation des infections associées aux soins ciblées
(page 43 du guide de l'enquêteur)

Sites infectieux ciblés dans l'enquête Prev'Ehpad 2016

*Nouveaux sites infectieux ciblés par rapport à Prev'Ehpad 2016
→ ajoutés en cohérence avec le protocole européen*

- **Pour documenter les infections associées aux soins actives le jour de l'enquête, l'enquêteur cherche à :**
 - **Confronter les sources d'information** mises à sa disposition : dossier du résident, dossier médical, examens paracliniques, tests de laboratoire, compte rendu de consultations et d'interventions
 - **Repérer les résidents infectés** à partir :
 - des **signes et/ou symptômes d'infection**, systémiques ou locaux, aigus ; des changements du statut du résident
 - des **traitements anti-infectieux** par voie générale
 - des **prescriptions d'examens bactériologiques ou d'examens d'imagerie récents**
 - **Recueillir les informations** de la manière suivante :
 1. Définir le **site de l'infection associée aux soins** à partir des algorithmes décisionnels (cf. annexe 5)
 2. Pour les infections à *Clostridioides difficile* (CLOD), préciser le **degré de certitude que l'infection soit acquise dans l'établissement enquêté**
 3. Pour les infections liées aux cathéters (ICAT), préciser le **type de cathéter mis en cause**
 4. Pour chaque infection associée aux soins, renseigner le(s) **micro-organisme(s) isolé(s) de l'infection** et documenter sa (leur) **résistance(s) à certains antibiotiques**
 5. Compléter éventuellement les champs après la date de l'enquête si les résultats d'examens paracliniques (microbiologie, imagerie, etc.) nécessaires pour inclure une IAS ne sont pas disponibles le jour de l'enquête

INFECTION(S) ASSOCIÉE(S) AUX SOINS

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

	Infection associée aux soins n°1			Infection associée aux soins n°2			Infection associée aux soins n°3		
Site(s) infectieux :	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
<i>Si CLOD</i> , acquisition de l'infection dans l'établissement :	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible
<i>Si ICAT</i> , type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Micro-organisme(s) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sensibilité MO (ATB - SIR) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dans
Prev'Ehpad
2016

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

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

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

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

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

INFECTION(S) ASSOCIÉE(S) AUX SOINS

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

	Infection associée aux soins n°1			Infection associée aux soins n°2			Infection associée aux soins n°3		
Site(s) infectieux :									
<i>Si CLOD</i> , acquisition de l'infection dans l'établissement :	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible
<i>Si ICAT</i> , type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)									
Micro-organisme(s) :	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Sensibilité MO (ATB - SIR) :									
<i>Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner</i>									

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

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

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

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

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

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

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

Modifié
Prev'Ehpad
2016

Nouvelles localisations infectieuses ciblées

INFECTION(S) ASSOCIÉE(S) AUX SOINS

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

	Infection associée aux soins n°1			Infection associée aux soins n°2			Infection associée aux soins n°3		
Site(s) infectieux :	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
<i>Si CLOD</i> , acquisition de l'infection dans l'établissement :	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible
<i>Si ICAT</i> , type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Micro-organisme(s) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sensibilité MO (ATB - SIR) : <i>Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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

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

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

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

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



Infection peu fréquente

INFECTION(S) ASSOCIÉE(S) AUX SOINS

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

	Infection associée aux soins n°1			Infection associée aux soins n°2			Infection associée aux soins n°3		
Site(s) infectieux :	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
<i>Si CLOD</i> , acquisition de l'infection dans l'établissement :	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible
<i>Si ICAT</i> , type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Micro-organisme(s) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sensibilité MO (ATB - SIR) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Uniquement pour les infections liées aux cathéters (ICAT) :

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

CVP – cathéter veineux périphérique

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

CSC – cathéter sous-cutané

CVC – cathéter veineux centra

PICC – cathéter central à insertion périphérique

CCI – chambre à cathéter implantable

INC – type de cathéter inconnu

Dans
Prev'Ehpad
2016

INFECTION(S) ASSOCIÉE(S) AUX SOINS

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

	Infection associée aux soins n°1			Infection associée aux soins n°2			Infection associée aux soins n°3		
Site(s) infectieux :	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
<i>Si CLOD</i> , acquisition de l'infection dans l'établissement :	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible
<i>Si ICAT</i> , type de cathéter à l'origine de l'infection : <small>(CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)</small>	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Micro-organisme(s) :	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Sensibilité MO (ATB - SIR) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Pour chaque site infectieux rapporté :

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

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

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

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

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

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

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

➔ **Saisie dans PreVIAS** : la recherche du micro-organisme à sélectionner dans le menu déroulant peut₁₁₁ s'effectuer à partir de la saisie, même partielle, du code du MO (6 lettres) ou du nom du MO

Modifié
Prev'Ehpad
2016

Limitée aux
ECBU dans
Prev'Ehpad

INFECTION(S) ASSOCIÉE(S) AUX SOINS

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

	Infection associée aux soins n°1			Infection associée aux soins n°2			Infection associée aux soins n°3		
Site(s) infectieux :	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Si <u>CLOD</u> , acquisition de l'infection dans l'établissement :	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible
Si <u>ICAT</u> , type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Micro-organisme(s) :	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Sensibilité MO (ATB - SIR) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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

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

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

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

Dans
Prev'Ehpad
2016

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ENP 2024 : PARTIE 6

APPLICATION PREVIAS

**Webinaire SpF
Fin avril 2024**

 Retour vers le [sommaire](#)

<https://previas.santepubliquefrance.fr>

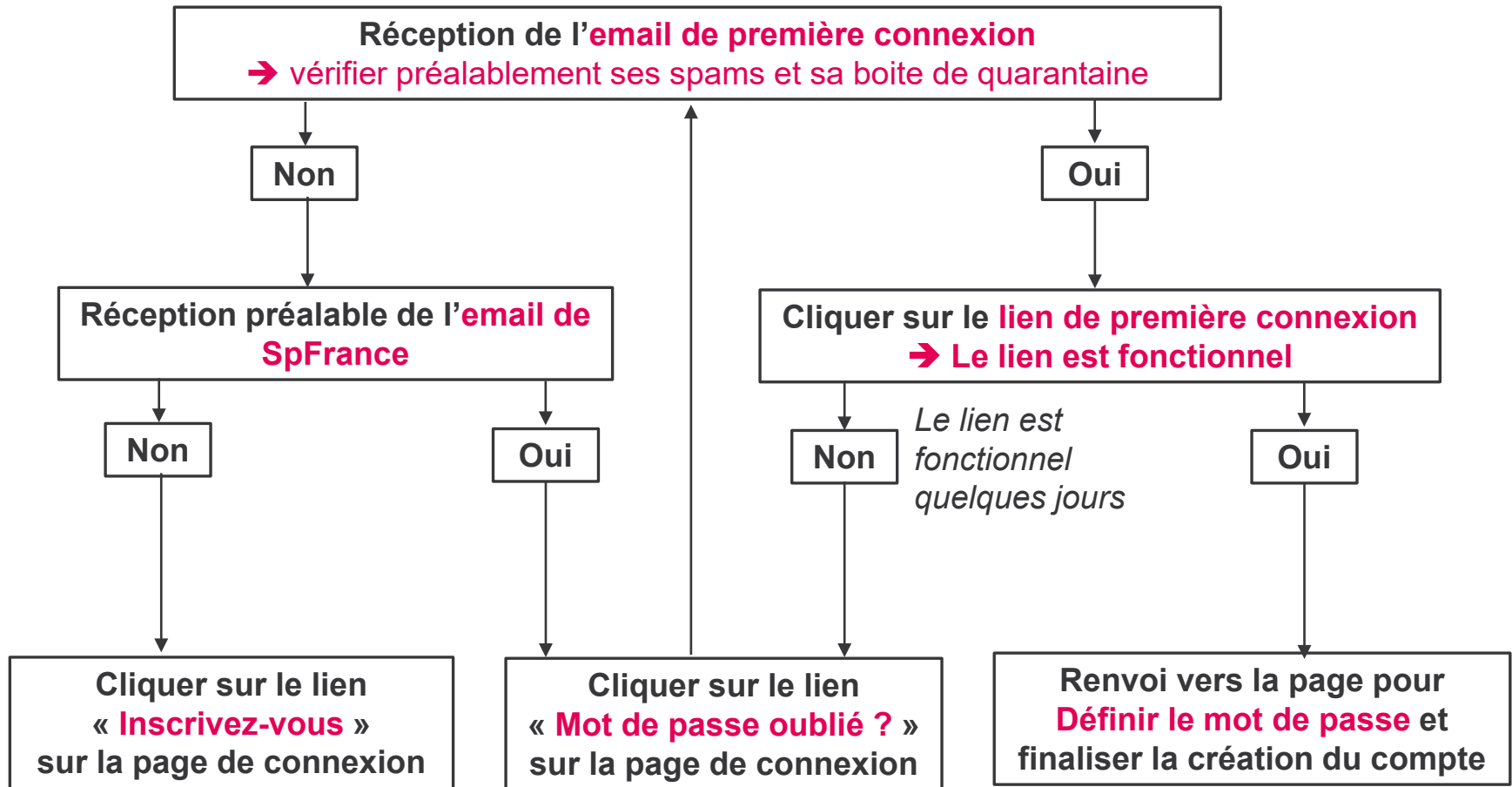
Création automatique de comptes utilisateurs

- À partir des **contacts de l'annuaire national des CPias**
- **E-mail de SpFrance**
 - Envoyé aux utilisateurs début mai
 - Message personnalisé :
 - Etablissements auxquels l'utilisateur aura accès
 - Statut de l'utilisateur : « utilisateur établissement » ou « administrateur local »
 - Modalités de première connexion
- **E-mail de première connexion**
 - Envoyé automatiquement par l'application
 - Dans les 2 jours qui suivent la réception de l'email de SpFrance
 - **Comporte un lien de première connexion à PreVIAS** → conduit vers une page d'initialisation du mot de passe pour finaliser la création du compte

Inscription / Mot de passe oublié ?

Support applicatif PreVIAS : previas-support@santepubliquefrance.fr





Vous n'avez pas de compte ?

[Inscrivez-vous](#)

[Mot de passe oublié ?](#)

4 profils d'utilisateurs dans Previas

- Profil « **établissement** » : autant de comptes que nécessaire par EMS
- Profil « **administrateur local** » : un seul compte par EMS
- Profil « **CPias** » : accès à l'ensemble des données de leur région (suivi de l'enquête, relance des EMS de leur région)
- Profil « **SpFrance** » : administrateur national

Droits des utilisateurs « établissement »

- **Gestion de leur profil** (par exemple, demande / suppression de rattachement à un EMS)
- **Saisie, validation, modification, suppression de questionnaires**
- **Génération du rapport automatisé, export de données**

Droits des utilisateurs « administrateur local »

- **Ensemble des droits d'un utilisateur établissement**
- **Gestion de l'établissement** : modification des données administratives
- **Gestion des utilisateurs pour l'établissement** : ajout, suppression d'utilisateurs

Saisie en 2 étapes

1. Questionnaire « Etablissement » (QE) : saisir et enregistrer

- Enregistrer le QE pour pouvoir saisir des questionnaires résident

Questionnaire
établissement

ENREGISTRER

2. Questionnaire « Résident » (QR) : saisir et enregistrer

- Contrôle à la saisie et à l'enregistrement

Questionnaire patient /
résident

✓ Valider les questionnaires

- Un questionnaire complet et comportant des données répondant aux critères de validité peut être validé

VALIDER

! Toute valeur manquante sera bloquante pour la validation du questionnaire

! Mise en œuvre de contrôle à la validation du questionnaire

- Valider un ensemble de questionnaire

VALIDER LA SÉLECTION

Gestion des questionnaires patients /
résidents

- **Seuls les questionnaires validés sont pris en compte** dans :

- La production du rapport automatisé pour l'établissement
- L'analyse des données

- Les questionnaires validés ne peuvent plus être modifiés (sauf demande de déblocage)

Débloquer des questionnaires

DÉBLOQUER

DÉBLOQUER LA SÉLECTION



- Demander le déblocage d'un questionnaire validé pour pouvoir le modifier



- Un questionnaire au statut « Débloqué » peut être modifié puis validé à nouveau



Exporter des données

- Disposer d'une copie d'un **questionnaire au format .pdf**
- Disposer d'un fichier de données d'un **ensemble de questionnaires sélectionnés au format .csv**

EXPORT PDF

EXPORTER LA SÉLECTION

Générer le rapport automatisé de l'établissement ou du groupement d'établissements

- A partir du menu

Rapport
automatisé



Supprimer des données

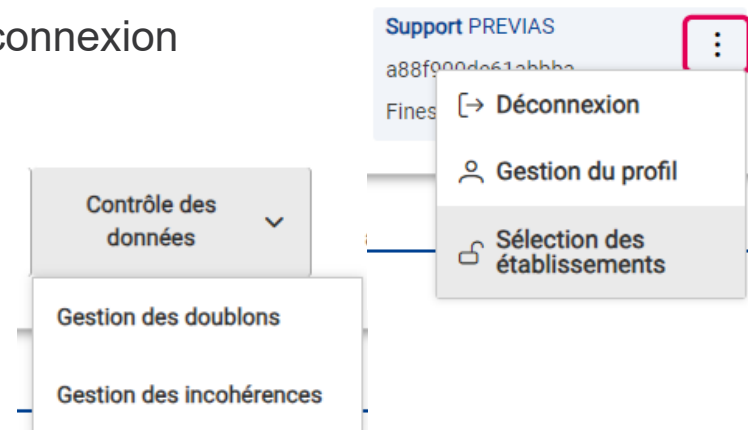
- Supprimer un seul questionnaire résident
- Supprimer un ensemble de questionnaires résident

SUPPRIMER LA SÉLECTION

- Fonctionnalités principales de PreVIAS : annexe 6 du guide de l'enquêteur pages 72 à 75
- Guide d'utilisation sur le site de l'application (<https://previas.santepubliquefrance.fr>)
- Formations sur l'outil en avril 2024 (SpFrance)

Retour d'expérience des utilisateurs en 2023

- Amélioration des **performances** (saisie et gestion des questionnaires)
- Amélioration de l'**ergonomie** :
 - Amélioration de l'ergonomie à la saisie (pré-remplissage de certains champs ; formulaires des questionnaires papier et informatique identiques)
 - Changement d'établissement sans déconnexion (sélection des établissements)
- Amélioration de **fonctionnalités** :
 - Gestion des doublons
 - Suivi de l'enquête (pour les CPias)



ENP 2024 : PARTIE 6

NOUVEAUTÉS EN 2024

 Retour vers le [sommaire](#)

	ENP 2024 en EHPAD	Prev'EHPAD 2016
EMS ciblés	<ul style="list-style-type: none"> • EHPAD • Autres EMS d'accueil des adultes handicapés : Foyer d'accueil médicalisé (FAM) Établissement d'accueil médicalisé (EAM) et Maison d'accueil spécialisé (MAS) 	<ul style="list-style-type: none"> • EHPAD
Participation et analyse	<ul style="list-style-type: none"> • Tirage au sort d'EHPAD • Participation de l'ensemble des EMS ciblés • Analyse des données de l'ensemble des EMS participants 	<ul style="list-style-type: none"> • Tirage au sort d'EHPAD • Analyse des données des EHPAD de l'échantillon
Recueil des caractéristiques des résidents éligibles	<ul style="list-style-type: none"> • Recueil et saisie dans le questionnaire résident • Dénominateurs résidents éligibles calculés automatiquement et reportés dans le rapport automatisé de résultats de l'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> • Recueil dans un tableau de la fiche récapitulative • Dénominateurs résidents éligibles calculés à partir du tableau de la fiche récapitulative • Saisie dans le questionnaire établissement
Périmètre de l'enquête	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilité de réaliser l'enquête pour un groupement d'établissements 	

	ENP 2024 en EHPAD	Prev'EHPAD 2016
Caractéristiques de l'établissement	<ul style="list-style-type: none"> • Présence d'une unité adaptée à la perte d'autonomie psychique et/ou physique • Nombre de jours d'hébergements annuel • Consommation annuelle de SHA en litres (versus oui/non en 2016) • Procédure de réévaluation ATB dans l'établissement • Version du CA-SFM utilisée 	<ul style="list-style-type: none"> • ETP de médecin coordonnateur • ETP de personnels correspondant à la section tarifaire « soins » et « dépendance » • Nombre de médecins prescripteurs dans l'établissement
Caractéristiques du résident	<ul style="list-style-type: none"> • Accueil en unité adaptée • Présence d'escarre et grade • Désorientation • Mobilité • Incontinence 	<ul style="list-style-type: none"> • GIR du résident
Exposition aux DI	<ul style="list-style-type: none"> • Ajout du type de cathéter : Midline 	

NOUVEAUTÉS : TRAITEMENTS ANTI-INFECTIEUX



	ENP 2024 en EHPAD	Prev'EHPAD 2016
Nombre de traitements AI renseignés	4 Traitements AI par résident	3 traitements AI par résident
Traitements AI ciblés	<ul style="list-style-type: none"> • AI ciblés par Prev'Ehpad + <ul style="list-style-type: none"> • Antimycosiques (codes ATC J02) • Antituberculeux (codes ATC J04) • Antifongiques (codes ATC D01BA) • Antiviraux pour la COVID-19 (les autres antiviraux sont exclus) 	<ul style="list-style-type: none"> • Antibiotiques correspondant à l'ensemble des codes ATC J01 • Imidazolés per os antiparasitaires (codes ATC P01) • Antibiotiques intestinaux (codes ATC A07AA) : fidaxomicine même si non systémique
Caractérisation des traitements AI	<ul style="list-style-type: none"> • Révision des diagnostics associées aux traitements (distinction URI/PYE, PNE/BRO en cohérence avec protocole ECDC) • Durée en intention de traiter • Réévaluation de l'antibiothérapie dans les 72h et au-delà de 72h (non distingué en 2016) • Lieu de prescription 	<ul style="list-style-type: none"> • Durée effective de traitement en 2016 • Réévaluation de l'antibiothérapie (oui/non) • Prescripteur

NOUVEAUTÉS : INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS



	ENP 2024 en EHPAD	Prev'EHPAD 2016
Sites d'IAS ciblés	<p>Nouveaux sites infectieux en cohérence avec le protocole européen :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bactériémies • Fièvres inexplicables • Gastro-entérites • Infection buccale et candidose buccale • Infection à COVID-19 (3 sites) • Herpes simplex ou zona • Infection fongique <p>(+ Angine à streptocoque du groupe A)</p>	<p>Les sites infectieux ciblés par l'enquête Prev'Ehpad mais non ciblés dans le protocole ECDC sont conservés dans l'ENP 2024 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pneumonie probable • Distinction de la grippe probable / confirmée • Distinction de la gale probable / confirmée • Infection d'escarre • Infection liée au cathéter
Précisions pour certaines IAS	<ul style="list-style-type: none"> • Recueil du degré de certitude que l'infection à <i>C. difficile</i> soit acquise dans l'EHPAD • Recueil du type de cathéter à l'origine des infections liées au cathéter 	<ul style="list-style-type: none"> • Déjà demandé dans Prev'EHPAD mais hors protocole ECDC

	ENP 2024 en EHPAD	Prev'EHPAD 2016
MO isolé d'infection	<p>Renseigné pour toutes les IAS</p> <p>3 MO par infection</p>	<p>Renseigné uniquement pour les infections urinaires confirmées microbiologiquement (ECBU)</p> <p>2 MO par infection</p>
Résistances des micro-organismes	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilité du MO codée de manière indépendante pour chaque ATB testé • Recueil de la production de carbapénémase pour les entérobactéries • Suppression de la sensibilité à l'amoxicilline pour les entérocoques 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilité du MO codée de manière agrégée pour tous les ATB testés

↪ Reprendre la présentation
[Partie 2 : méthode d'enquête](#)
 – [Quoi de neuf en 2024 ?](#)