

## ENP 2024 EN EHPAD

## ÉTUDES DE CAS CLINIQUES

**Formation des enquêteurs**

**23 et 30 avril 2024**



# CAS CLINIQUE N° 1

Date enquête : **22/05/2024 après-midi**

Mme Odile Soulié, 89 ans, est hébergée à temps plein à l'EHPAD des Jolies Fleurs depuis plus d'un an. Elle se porte généralement bien et n'a pas été hospitalisée depuis qu'elle est dans l'EHPAD. Elle était au lit à 8h du matin. Elle a besoin d'un fauteuil roulant. Elle n'a pas de sonde urinaire ni de cathéter vasculaire ni d'escarre et ni de plaie. Elle est orientée et continente.

- Le 15/05 : elle s'est plainte de douleurs à la miction. Par ailleurs, elle allait bien et n'avait pas de température. Le test de bandelette urinaire a montré un résultat positif pour les nitrites et les leucocytes.
- Le 16/05 : un ECBU a été réalisé et a été envoyé au laboratoire pour analyse le même jour.
- Le 17/05 : Les résultats microbiologiques identifient *Escherichia coli* > 10<sup>5</sup> UFC sensible à tous les antibiotiques testés sans autre mention du laboratoire. Le médecin traitant lui prescrit le jour même de l'Amoxicilline 1 g trois fois par jour pendant 7 jours.
- Le 22/05, le jour de l'enquête Mme Soulié va bien. Dans son dossier médical, il n'y aucune mention relative à son traitement antibiotique depuis la prescription initiale d'amoxicilline.

## QUESTIONS À SE POSER

### LA RÉSIDENTE A-T-ELLE ÉTÉ INFORMÉE DE CETTE ENQUÊTE ?

- OUI : l'EHPAD a informé les résidents et leur famille de la réalisation de l'enquête et la résidente n'a pas exercé son droit d'opposition à la transmission de ses données ; je peux étudier son éligibilité à l'enquête

### LA RÉSIDENTE EST-ELLE ÉLIGIBLE À L'ENQUÊTE ?

- Hébergement permanent
- Présente à 8h le matin dans l'EHPAD
- OUI : je renseigne les parties « Identification du résident » et « Caractéristiques du résident »

### LA RESIDENTE A-T-ELLE UN DISPOSITIF INVASIF ?

- Pas de de sonde urinaire
- Pas de cathéters vasculaires
- NON : je coche juste la case NON en face de « Dispositif(s) invasif(s) » et passe à la partie suivante « Traitement(s) anti-infectieux »

### LA RESIDENTE A-T-ELLE UN TRAITEMENT ANTI-INFECTIEUX ?

- Amoxicilline prescrit le jour du traitement
- Classe d'anti-infectieux ciblée par l'enquête
- OUI : je coche OUI en face de « Traitement(s) anti-infectieux » et je renseigne la partie dédiée

### LA RESIDENTE A-T-ELLE UNE INFECTION ASSOCIEE AUX SOINS ?

- Absence de signes cliniques MAIS traitement général de l'infection toujours en cours
- OUI : je coche OUI en face de « Infection(s) associée(s) aux soins » »<sup>4</sup> et je renseigne la partie dédiée

## INFECTIONS URINAIRES

Résident **sans** cathéter urinaire

### SIGNES/SYMPTÔMES

AU MOINS **UN** DES CRITÈRES SUIVANTS (1, 2 ou 3) :

- 1. Dysurie OU douleur aiguë, gonflement ou sensibilité des testicules, de l'épididyme ou de la prostate
- 2. Fièvre\* OU leucocytose\*\*  
ET au moins **un** des signes de localisation urinaires suivants :
  - Douleur/sensibilité aiguë à l'angle costo-vertébral
  - Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne
  - Hématurie macroscopique
  - Aggravation/apparition d'une incontinence
  - Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle
  - Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle
- 3. Absence de fièvre\* et de leucocytose\*\*  
ET au moins **deux** des signes de localisation urinaires suivants :
  - Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne
  - Hématurie macroscopique
  - Aggravation/apparition d'une incontinence
  - Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle
  - Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle

### EXAMEN CYTOBACTÉRIOLOGIQUE DES URINES (ECBU)

- Non réalisé, négatif ou résultats inconnus
- OU
- ECBU réalisé ET :
  - Au moins  $10^3$  UFC/ml d'un maximum de 2 espèces de micro-organismes dans un échantillon d'urine mictionnelle
  - OU
  - Au moins  $10^2$  UFC/ml d'un nombre quelconque d'organismes dans un échantillon prélevé par sondage

### CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Signes/symptômes ET ECBU positif : **INFECTION URINAIRE CONFIRMÉE (URI1)**
- Signes/symptômes ET ECBU non réalisé, négatif ou résultats inconnus : **INFECTION URINAIRE PROBABLE (URI2)**



Identification du résident

Date de l'enquête : 22/05/2024

ID résident :

Donné par l'application

SOULIÉ Odile

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : 1935

Sexe :  Féminin  Masculin

Code de l'unité de vie : 1

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

Hospitalisation :  Non  Oui  Inconnu

Intervention chirurgicale :  Non  Oui  Inconnu

Présence d'escarre :  Non  Oui

Si oui, préciser le grade :  1  2  3  4

Désorientation :  Non  Oui  Inconnu

9.2.4 Traitement(s) anti-infectieux

Tous les traitements anti-infectieux ciblés dans le cadre de l'enquête ET administrés par voie générale aux résidents le jour de l'enquête doivent être rapportés et documentés. Les classes d'anti-infectieux ciblés par l'enquête sont les suivantes (cf. annexe 3) :

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 → p.36

	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, B) :				
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 → p.41

	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		
Si JCAT, 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									

Identification du résident

Date de l'enquête : 22/05/2024

ID résident :  Donné par l'application

SOULIÉ Odile

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : 1935 Sexe :  Féminin  Masculin

Code de l'unité de vie : 1 Accueil en unité adaptée :  Non  Oui-USA  Oui-UGD  Oui-UHR

Hospitalisation (dans les 3 mois) :  Non  Oui  Inconnu  Inconnu

Présence d'escarre :  Non  Oui Si oui, préciser Les dénominations communes internationales (DCI) et leur classification ATC.

Désorientation :  Non  Oui  Inconnu

Mobilité :  Ambulant  En fauteuil roulant

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

Traitement(s) anti-infectieux  Non  Oui

Annexe 3. Liste des anti-infectieux p.51

Les dénominations communes internationales (DCI) et leur classification ATC.

Liste alphabétique des DCI et noms commerciaux

Libellé DCI / nom commercial	Code ATC
ABBOTICINE	J01FA01
ABELCET	J02AA01
ACIDE FUSIDIQUE	J01XC01
ADIAZINE	J01EC02
ALFATIL	J01DC04
AMBISOME	J02AA01
AMIKACINE	J01GB06
AMIKLIN	J01GB06
AMODEX	J01CA04
AMOXICILLINE	J01CA04
AMOXICILLINE / AC. CLAVOLANIQUE	J01CR02

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :	J01CA04 ou amoxicilline → p.51			
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, T) :	O → p.38			
Durée prévue du traitement (en jours) :	7 → p.38			
Contexte de prescription (Curatif, Prophylaxie) :				
Diagnostic associé au traitement :				
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h) :				
Lieu de prescription (EMS, EB, Autre) :				

Infection(s) associée(s) aux soins  Non  Oui → p.41

	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		
Si JCAT, 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									





Identification du résident

Date de l'enquête : 22/05/2024

ID résident :

Donné par l'application

SOULIÉ Odile

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : 1935

Sexe :  Féminin  Masculin

Code de l'unité de vie : 1

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

Hospitalisation :  Non  Oui  Inconnu

Intervention chirurgicale :  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  Alité  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  Sou...

Traitement(s) anti-infectieux  Non  Oui

Anti-infectieux

Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :

J01CA04

Voie d'administration (IV, IM, SC, O, B) :

O

Durée prévue du traitement (en jours) :

7

Contexte de prescription (Curatif, Prophyl) :

Curatif

Diagnostic associé au traitement :

URI

Réévaluation de l'antibiothérapie :  
(Non, Oui < 72h, Oui > 72h)

NON

Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :

EMS

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

Infection associée aux soins

Site(s) infectieux :

URI1

p.43, p.56 et 57

Si CLOD, acquisition de

l'infection dans l'établissement :  Certaine  Possible

Certaine  Possible

Certaine  Possible

CONFIRMATION DE L'INFECTION

Signes/symptômes ET ECBU positif :

INFECTION URINAIRE CONFIRMÉE (URI1)

Signes/symptômes ET ECBU non réalisé, négatif ou résultats inconnus :

INFECTION URINAIRE PROBABLE (URI2)

Les résidents, le personnel et les visiteurs des résistances sont à renseigner

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Identification du résident

Date de l'enquête : 22/05/2024

ID résident :  Donné par l'application

SOULIÉ Odile

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : 1935 Sexe :  Féminin  Masculin

Code de l'unité de vie : 1 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

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 → p.36

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :	J01CA04 ou amoxicilline → p.51			
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, B) :	O → p.38			
Durée prévue du traitement (en jours) :	7 → p.38			
Contexte de prescription (Curatif, Prophyl) :	Curatif → p.38			
Diagnostic associé au traitement :	URI → p.39			
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)	NON → p.40			
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	EMS → p.40			

Infection(s) associée(s) aux soins  Non  Oui → p.41

	Infection associée aux soins n°1	Infection associée aux soins n°2	Infection associée aux soins n°3
Site(s) infectieux :	URI1 → p.43, p.56 et 57		
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
Si JCAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)			
MO1	MO2	MO3	MO1
MO1	MO2	MO3	MO1
MO1	MO2	MO3	MO1
Micro-organisme(s) :	ESCCOL (Escherichia coli) → p.66		
Sensibilité MO (ATB - SIR) :			
Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner			

Identification du résident

Date de l'enquête : 22/05/2024

ID résident :  Donné par l'application

SOULIÉ Odile

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : 1935

Sexe :  Féminin  Masculin

Code de l'unité de vie : 1

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

Hospitalisation :  Non  Oui  Inconnu

Intervention chirurgicale :  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  Alité  Inconnu

Incontinence :  Non  Oui  Inconnu

Micro-organisme	Antibiotique testé	Résistance			
<i>Staphylococcus aureus</i>	Oxacilline (OXA) <sup>1</sup>	S - Sensible	I - intermédiaire	R - Résistant	INC - Inconnue
	Glycopeptides (GLY) <sup>2</sup>	S - Sensible	I - intermédiaire	R - Résistant	INC - Inconnue
<i>Enterococcus faecium</i> <i>Enterococcus faecalis</i>	Glycopeptides (GLY) <sup>2</sup>	S - Sensible	I - intermédiaire	R - Résistant <sup>8</sup>	INC - Inconnue
Entérobactéries <sup>7</sup>	Céphalosporines de troisième génération (C3G) <sup>3</sup>	S - Sensible	I - intermédiaire	R - Résistant	INC - Inconnue
	Production de $\beta$ -lactamase à spectre étendu (BLSE) <sup>4</sup>	Non BLSE	BLSE		INC - Inconnue
	Carbapénèmes (CAR) <sup>5</sup>	S - Sensible	I - intermédiaire	R - Résistant <sup>8</sup>	INC - Inconnue
	Production de carbapénémase (EPC) <sup>6</sup>	Non	Oui		INC - Inconnue
<i>Acinetobacter</i> spp. <i>Pseudomonas</i> spp.	Ceftazidime (CAZ)	S - Sensible	I - intermédiaire	R - Résistant	INC - Inconnue
	Carbapénèmes (CAR)	S - Sensible	I - intermédiaire	R - Résistant	INC - p. 46

Site(s) infectieux :

URI1 → p.43, p.56 et 57

Si CLOD, 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, Mide, CSC, CVC, FIC, CCI)

Micro-organisme(s) :

MO1 MO2 MO3 MO4 MO5  
ESCCOL (*Escherichia coli*) → p.6

Sensibilité MO (ATB - SIR)

Au verso, le liste des MO dont les résistances sont à renseigner

Céphalosporines de troisième génération (C3G) <sup>3</sup>	S - Sensible
Production de $\beta$ -lactamase à spectre étendu (BLSE) <sup>4</sup>	Non BLSE
Carbapénèmes (CAR) <sup>5</sup>	S - Sensible
Production de carbapénémase (EPC) <sup>6</sup>	Non

Identification du résident

Date de l'enquête : 22/05/2024

ID résident :

Donné par l'application

SOULIÉ Odile

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : 1935

Sexe :  Féminin  Masculin

Code de l'unité de vie : 1

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  Alité  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 → p.36

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :	J01CA04 ou amoxicilline → p.51			
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, B) :	O → p.38			
Durée prévue du traitement (en jours) :	7 → p.38			
Contexte de prescription (Curatif, Prophyl) :	Curatif → p.38			
Diagnostic associé au traitement :	URI → p.39			
Réévaluation de l'antibiothérapie (Non, Oui < 72h, Oui > 72h) :	NON → p.40			
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	EMS → p.40			

Infection(s) associée(s) aux soins  Non  Oui → p.41

	Infection associée aux soins n°1	Infection associée aux soins n°2	Infection associée aux soins n°3
Site(s) infectieux :	URI1 → p.43, p.56 et 57		
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
Si JCAT, type de cathéter à l'origine de l'infection (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)			
Micro-organisme(s) :	MO1 ESCCOL (Escherichia coli) → p.66	MO2	MO3
Sensibilité MO (ATB - SIR) :	S		
Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner	Non BLSE		
	S		
	Non		

Date enquête : **22/05/2024 après-midi**

Mme Anne DUCROS, 90 ans, est hébergée à temps plein à l'EHPAD du Laurier-Thym depuis 2022. Elle est incontinente et dépendante pour la toilette. Elle n'a pas de sonde urinaire ni de cathéter vasculaire ni d'escarre et ni de plaie. Elle est orientée et se déplace en fauteuil.

- Le 17 mai, lors de la réalisation de la toilette, l'aide soignante constate lors de l'ablation du change que les urines sont malodorantes. Après avis pris auprès de l'IDE, une bandelette urinaire (BU) est réalisée. La BU revient positive aux leucocytes ++. L'IDE prévient le médecin traitant qui prescrit un Examen Cytobactériologique des Urines (ECBU)
- Le 22 mai, lors du passage de l'enquêteur, les résultats de l'ECBU n'ont pas encore été transmis au médecin traitant.
- Le lendemain de l'enquête, l'enquêteur est appelé par l'IDE car elle vient de recevoir les résultats de l'ECBU qui montrent la présence d'un *Escherichia coli* à un taux de  $10^3$  UFC/ml présentant une résistance aux *Bêtalactamines* (BLSE) associée à un taux de leucocytes à  $10^4$  /ml.
- La résidente ne présente aucun signe clinique en faveur d'un épisode infectieux ni de signes de désorientation ou de plaintes inhabituelles depuis le 17 mai.

## QUESTIONS À SE POSER

### LA RÉSIDENTE A-T-ELLE ÉTÉ INFORMÉE DE CETTE ENQUÊTE ?

- Oui, l'EHPAD a informé les résidents et leur famille de la réalisation de l'enquête en précisant que sauf avis contraire de leur part, le résident serait inclus dans l'enquête. Le résident n'a pas exercé son droit d'opposition à la transmission de ses données

### LA RÉSIDENTE EST-ELLE ÉLIGIBLE À L'ENQUÊTE ?

- OUI : je renseigne les parties « Identification du résident » et « Caractéristiques du résident »

### LA RESIDENTE A-T-ELLE UN DISPOSITIF INVASIF ?

- Pas de de sonde urinaire
- Pas de cathéters vasculaires
- NON : je coche juste la case NON en face de « Dispositif(s) invasif(s) » et passe à la partie suivante « Traitement(s) anti-infectieux »

### LA RESIDENTE A-T-ELLE UN TRAITEMENT ANTI-INFECTIEUX ?

- NON : je coche la case NON en face de « Traitement(s) anti-infectieux » et je passe à la partie « Infection associée aux soins »

### LA RESIDENTE A-T-ELLE UNE INFECTION ASSOCIEE AUX SOINS ?

- Absence de signes cliniques le jour de l'enquête MALGRE une BU et un ECBU positifs
- Je vérifie les critères retenus pour l'infection urinaire
- NON : je coche NON en face de « Infection(s) associée(s) aux soins » **et la fiche est complète et validée** 😊

## INFECTIONS URINAIRES

Résident **sans** cathéter urinaire

### SIGNES/SYMPTÔMES

AU MOINS **UN** DES CRITÈRES SUIVANTS (1, 2 ou 3) :

- 1. Dysurie OU douleur aiguë, gonflement ou sensibilité des testicules, de l'épididyme ou de la prostate
- 2. Fièvre\* OU leucocytose\*\*  
**ET** au moins **un** des signes de localisation urinaires suivants :
  - Douleur/sensibilité aiguë à l'angle costo-vertébral
  - Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne
  - Hématurie macroscopique
  - Aggravation/apparition d'une incontinence
  - Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle
  - Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle
- 3. Absence de fièvre\* et de leucocytose\*\*  
**ET** au moins **deux** des signes de localisation urinaires suivants :
  - Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne
  - Hématurie macroscopique
  - Aggravation/apparition d'une incontinence
  - Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle
  - Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle

### EXAMEN CYTOBACTÉRIOLOGIQUE DES URINES (ECBU)

- Non réalisé, négatif ou résultats inconnus
- OU**
- ECBU **réalisé ET** :
  - Au moins 10<sup>3</sup> UFC/ml d'un maximum de 2 espèces de micro-organismes dans un échantillon d'urine mictionnelle
  - OU**
  - Au moins 10<sup>2</sup> UFC/ml d'un nombre quelconque d'organismes dans un échantillon prélevé par sondage

### CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Signes/symptômes **ET** ECBU positif : **INFECTION URINAIRE CONFIRMÉE (UR11)**
- Signes/symptômes **ET** ECBU non réalisé, négatif ou résultats inconnus : **INFECTION URINAIRE PROBABLE (UR12)**



Identification du résident

Date de l'enquête : 22/05/2024

ID résident :

Donné par l'application

N DUCROS Anne

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : 1934

Sexe :  Féminin  Masculin

Code de l'unité de vie : 1

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

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 (DCI, ATC, nom commercial) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, B) :	<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"/>

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 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		
Si JCAT, 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"/>
<small>Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner</small>	<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"/>

la fiche est complète et validée 😊

Date enquête : **18/06/2024 matin**

Monsieur Pierre ANTOINE âgé de 84 ans vit à l'EHPAD du Lac secteur NEIGE depuis 1 mois. Il est désorienté, se déplace en fauteuil et est incontinent.

- Il a été hospitalisé, il y a 7 jours aux urgences pour un état confusionnel et chute. Aux urgences, un traitement par Ceftriaxone IM a été instauré après ECBU en raison d'une bandelette urinaire positive (leuco. ++ et nitrites ++)  
associée à un état fébrile ( $T^{\circ} 39^{\circ}C$ ). Le diagnostic retenu est celui d'une prostatite aigue. Le service des urgences a adressé au médecin traitant le résultat de l'ECBU qui retrouve un *Escherichia coli* à  $10^7$  UFC/ml présentant une résistance aux Bêtalactamines (BLSE) associé à un taux de leucocytes à  $10^6$ /ml.
- 48h avant l'enquête (16/06), le médecin traitant a pris l'avis de l'urologue puis réévalué le traitement antibiotique. Le traitement par ceftriaxone a été remplacé par ciprofloxacine 500 mg x 2 per os, pour une durée de traitement de 14 jours.
- Le 17/06 (La veille de l'enquête), le résident présente un épisode diarrhéique important (3 selles liquides depuis le matin). Une recherche de toxines de *Clostridioides difficile* (CD) a été demandée.
- Le 19/06 (le lendemain de l'enquête), la recherche de toxines de CD revient positive.

## QUESTIONS À SE POSER

### LE RÉSIDENT EST-IL INFORMÉ ET ELIGIBLE ?

- OUI : je renseigne les parties « Identification du résident » et « Caractéristiques du résident »

### LE RESIDENT A-T-IL UN DISPOSITIF INVASIF ?

- NON : je coche la case NON en face de « Dispositif(s) invasif(s) » et passe à la partie suivante « Traitement(s) anti-infectieux »

### LE RESIDENT A-T-IL UN TRAITEMENT ANTI-INFECTIEUX ?

- OUI : je coche OUI en face de « Traitement(s) anti-infectieux » et renseigne la partie dédiée.

### LE RESIDENT A-T-IL UNE INFECTION ASSOCIEE AUX SOINS ?

Demander la lettre de sortie des urgences pour étayer le diagnostic de prostatite.  
Récupérer le résultat de la recherche de toxine

- OUI : je coche OUI en face de « Infection(s) associée(s) aux soins » et renseigne la partie dédiée

## INFECTIONS URINAIRES

Résident sans cathéter urinaire

### SIGNES/SYMPTÔMES

AU MOINS UN DES CRITÈRES SUIVANTS (1, 2 ou 3) :

- 1. Dysurie OU douleur aiguë, gonflement ou sensibilité des testicules, de l'épididyme ou de la prostate
- 2. Fièvre\* OU leucocytose\*\*  
ET au moins un des signes de localisation urinaires suivants :
  - Douleur/sensibilité aiguë à l'angle costo-vertébral
  - Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne
  - Hématurie macroscopique
  - Aggravation/apparition d'une incontinence
  - Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle
  - Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle
- 3. Absence de fièvre\* et de leucocytose\*\*  
ET au moins deux des signes de localisation urinaires suivants :
  - Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne
  - Hématurie macroscopique
  - Aggravation/apparition d'une incontinence
  - Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle
  - Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle

### EXAMEN CYTOBACTÉRIOLOGIQUE DES URINES (ECBU)

- Non réalisé, négatif ou résultats inconnus
- OU
- ECBU réalisé ET :
  - Au moins 10<sup>3</sup> UFC/ml d'un maximum de 2 espèces de micro-organismes dans un échantillon d'urine mictionnelle
  - OU
  - Au moins 10<sup>2</sup> UFC/ml d'un nombre quelconque d'organismes dans un échantillon prélevé par sondage

### CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Signes/symptômes ET ECBU positif : **INFECTION URINAIRE CONFIRMÉE (URI1)**
- Signes/symptômes ET ECBU non réalisé, négatif ou résultats inconnus : **INFECTION URINAIRE PROBABLE (URI2)**

## INFECTION À CLOSTRIDIODES DIFFICILE

UN DES CRITÈRES SUIVANTS (1, 2 ou 3) DOIT ÊTRE REMPLI :

- 1 Selles diarrhéiques ou mégacolon toxique ET analyse biologique positive pour la/les toxine(s) A et/ou B de *C. difficile* dans les selles ou organisme *C. difficile* producteur de toxine détecté dans les selles par culture ou d'autres moyens, p. ex. résultat PCR positif
- 2 Colite pseudomembraneuse révélée par endoscopie gastro-intestinale basse
- 3 Histopathologie du côlon caractéristique de l'infection à *C. difficile* (avec ou sans diarrhée) sur un échantillon prélevé lors d'une endoscopie ou d'une colectomie

### CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Critères d'infection entièrement remplis : **INFECTION CONFIRMÉE (CLOD)**

Préciser le degré de certitude que l'infection soit acquise dans l'établissement enquêté dans la variable correspondante





Identification du résident

Date de l'enquête : 18/06/2024

ID résident :

Donné par l'application

ANTOINE Pierre

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : 1930

Sexe :  Féminin  Masculin

Code de l'unité de vie : Neige

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

Hospitalisation :  Non  Oui  Inconnu

Intervention chirurgicale :  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  Alité  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 (DCI, ATC, nom commercial) :	J01MA04 ou CIPROFLOXACINE		p.51	
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, B) :	O			
Durée prévue du traitement (en jours) :	14 J			
Contexte de prescription (Curatif, Prophyl) :	curatif			
Diagnostic associé au traitement :	PYE p.39			

	Micro-organisme	Antibiotique testé	Résistance			
Lieu de prescription : Infection(s) as Site(s) infectieux : Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement Si J/CAT, type de cathéter et origine de l'infection (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)	Entérobactéries 7	Céphalosporines de troisième génération (C3G) 3	S - Sensible	I - intermédiaire	R - Résistant	INC - Inconnue
		Production de β-lactamase à spectre étendu (BLSE) 4	Non BLSE		BLSE	INC - Inconnue
		Carbapénèmes (CAR) 5	S - Sensible	I - intermédiaire	R - Résistant 8	INC - Inconnue
		Production de carbapénémase (EPC) 6	Non		Oui	p. 46

	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Micro-organisme(s) :	ESCCOL	p.66		CLODIF					
Sensibilité MO (ATB - SIR) :	S								
	BLSE								
	S								
	Non								

Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner

# CAS CLINIQUE N° 4

**Date enquête : 22/05/2024 matin**

M. Claude JEAN, âgé de 84 ans, vit à l'EHPAD des Roses depuis 1 mois après une hospitalisation de 15 jours en SSR. Il est dénutri et présente des difficultés de déglutition depuis son admission à l'UHR. Il est dépendant pour la prise des repas, souvent désorienté et déambulant. Il est incontinent et porte un étui pénien.

- Le 12 mai, il a présenté une hyperthermie (Température : 38,5 °C) associée à l'apparition d'une toux et des expectorations purulentes. Devant la présence d'une désaturation (SaO<sub>2</sub> à 80%), M. Jean a été adressé au service des urgences du Centre hospitalier du territoire de santé.
- Du 12 mai au 20 mai, il est hospitalisé en court séjour gériatrie.
- Le 20 mai, il revient en EHPAD avec un traitement par Ceftriaxone 1g par jour en IM pour une durée restante de 48h00.
- Lors du passage de l'enquêteur, le résident est à J5 du traitement par antibiotique (la dernière prise étant prévue le soir même)
- Il présente une évolution favorable ( $T^{\circ} \leq 37,8$  °C,  $FC \leq 100$ /min,  $SaO_2 \geq 90\%$ ).
- L'enquêteur demande au médecin coordonnateur de récupérer auprès du Centre Hospitalier les résultats des examens de laboratoire et le compte-rendu d'hospitalisation. Ces éléments confirment la présence d'une pneumonie. L'ECBC réalisé aux urgences a permis d'identifier un *Escherichia coli* sensible  $\geq 10^7$  UFC/ml associé à des polynucléaires neutrophiles ( $> 25$ /champ). Dans le compte-rendu est indiqué une réévaluation clinique de l'efficacité de l'ATB le 19/05/2024.



## QUESTIONS À SE POSER

### LE RÉSIDENT EST-IL INFORMÉ ET ELIGIBLE ?

- OUI : je renseigne les parties « Identification du résident » et « Caractéristiques du résident »

### LE RESIDENT A-T-IL UN DISPOSITIF INVASIF ?

- Pas de de sonde urinaire
- Pas de cathéters vasculaires
- L'étui pénien n'est pas un dispositif invasif
- NON : je coche juste la case NON en face de « Dispositif(s) invasif(s) » et passe à la partie suivante « Traitement(s) anti-infectieux »

### LE RESIDENT A-T-IL UN TRAITEMENT ANTI-INFECTIEUX ?

- Ceftriaxone depuis 5j (dernière injection le jour de l'enquête)
- Classe d'anti-infectieux ciblée par l'enquête
- OUI : je coche OUI en face de « Traitement(s) anti-infectieux » et je renseigne la partie dédiée

### LE RESIDENT A-T-IL UNE INFECTION ASSOCIEE AUX SOINS ?

- Absence de signes cliniques le jour de l'ENP MAIS traitement général de l'infection toujours en cours
- OUI : je coche OUI en face de « Infection(s) associée(s) aux soins » » et je renseigne la partie dédiée

## PNEUMONIE

### SIGNES/SYMPTÔMES

LES DEUX CRITÈRES SUIVANTS DOIVENT ÊTRE REMPLIS :

1. Au moins un des signes ou symptômes respiratoires suivants :
- Apparition/aggravation récente d'une toux
  - Apparition/aggravation récente d'expectorations purulentes
  - Saturation en O<sub>2</sub> < 94 % ou réduite de > 3 % par rapport à l'inclusion
  - Examen pulmonaire anormal (nouveau ou modifié)
  - Douleur thoracique pleurétique
  - Fréquence respiratoire ≥ 25 respirations/min

ET

2. Au moins un des signes/symptômes constitutionnels :
- Fièvre \*
  - Leucocytose \*\*
  - Altération brutale de l'état mental §
  - Perte brutale d'autonomie §§

Absence d'autres pathologies, telles qu'une insuffisance cardiaque chronique, pouvant expliquer les symptômes

- Résident avec une radiographie thoracique POSITIVE pour une pneumonie ou un nouvel infiltrat

OU

- Diagnostic de l'infection fait par le clinicien

### CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Critères des signes/symptômes remplis ET radiographie thoracique positive :  
**PNEUMONIE CONFIRMÉE (PNE1)**
- Critères des signes/symptômes remplis ET diagnostic fait par le clinicien :  
**PNEUMONIE PROBABLE (PNE2)**

### PNEUMOPATHIE D'INHALATION

Les **troubles de la déglutition conduisant à des pneumopathies d'inhalation** sont codées comme **pneumonies probables (PNE2)**.



Identification du résident

Date de l'enquête :  ID résident :  Donné par l'application  ant :

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

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 (DCI, ATC, nom commercial)	J01DD04 ou CEFTRIAXONE p.51			
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, T) :	IM			
Durée prévue du traitement (en jours) :	5 jours			
Contexte de prescription (Curatif, Prophyl) :	Curatif			
Diagnostic associé au traitement :	PNE			
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)	OUI p.40			
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	ES			

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

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

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)
	GR1	Grippe confirmée (par diagnostic viral ou lien épidémiologique)
	GR2	Grippe probable (syndrome grippal)
	COVA	Covid-19 asymptomatique
	COVL	Covid-19 symptômes légers à modérés
Infections ORL	COVS	Covid-19 symptômes sévères
	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)
Bactériémie	GAL2	Gale probable
	ICAT	Infection liée à un cathéter
	BACT	Bactériémie confirmée microbiologiquement
Fièvre inexpliquée	FIEV	Épisode fébrile inexpliqué

Identification du résident

Date de l'enquête : 22/05/2024

ID résident :

Donné par l'application

JEAN Claude ant :

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : 1940

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

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 (DCI, ATC, nom commercial)	J01DD04 ou CEFTRIAXONE p.51			
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, B) :	IM			
Durée prévue du traitement (en jours) :	5 jours			
Contexte de prescription (Curatif, Prophyl) :	Curatif			
Diagnostic associé au traitement :	PNE			
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)	OUI p.40			
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	ES			

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

Infection associée	Entérobactéries <sup>7</sup>	
Site(s) infectieux : PNE2 : PI	Entérobactéries <sup>7</sup>	Céphalosporines de troisième génération (C3G) <sup>3</sup> S - Sensible
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement : <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/>		Production de $\beta$ -lactamase à spectre étendu (BLSE) <sup>4</sup> Non BLSE
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : <input type="text"/>		Carbapénèmes (CAR) <sup>5</sup> S - Sensible
(CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CC)		Production de carbapénémase (EPC) <sup>6</sup> Non
Micro-organisme(s) : ESCCOL (E)		
Sensibilité MO (ATB - SIR)		
Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner		

Identification du résident

Date de l'enquête :  ID résident :  Donné par l'application :  ant :

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

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 (DCI, ATC, nom commercial)	J01DD04 ou CEFTRIAXONE p.51			
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, B) :	IM			
Durée prévue du traitement (en jours) :	5 jours			
Contexte de prescription (Curatif, Prophyl) :	Curatif			
Diagnostic associé au traitement :	PNE			
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)	OUI p.40			
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	ES			

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

Site(s) infectieux : <input type="text" value="PNE2 : PI"/>	Entérobactéries <sup>7</sup>	Céphalosporines de troisième génération (C3G) <sup>3</sup>	S - Sensible
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement : <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/>		Production de $\beta$ -lactamase à spectre étendu (BLSE) <sup>4</sup>	Non BLSE
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : <input type="text"/>		Carbapénèmes (CAR) <sup>5</sup>	S - Sensible
Micro-organisme(s) : <input type="text" value="ESCCOL (E)"/>		Production de carbapénémase (EPC) <sup>6</sup>	Non
Sensibilité MO (ATB - SIR) : <input type="text" value="S Non BLSE S Non"/>			

Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner

Date enquête : **30/05/2024 matin**

Madame Aline PONS est résidente de l'EHPAD du Pilat depuis 2 ans et âgée de 85 ans. Elle est suivie par l'Oncopole pour un cancer colorectal.

Elle est autonome pour ses déplacements, ne présente pas d'escarre et elle est orientée et continente. Elle a bénéficié, il y a 5 ans de la pose d'une chambre à cathéter implanté.

- Le 27 mai, Elle a été hospitalisée en ambulatoire pour bilan dans le cadre du suivi de son cancer.
- 24 h après son retour d'hospitalisation (28/05), elle a présenté un état grippal avec céphalées, maux de gorge et myalgies. Un test de diagnostic rapide (TROD) a été réalisé et confirme la présence d'un SARS-CoV-2.
- Le jour de l'enquête, l'enquêteur demande à l'IDE de mesurer la saturation en O<sub>2</sub> (SaO<sub>2</sub> = 95 %).
- Par ailleurs, lors de son hospitalisation, en ambulatoire, l'oncologue a prescrit de l'aciclovir en pommade en raison d'un herpès labial évoluant depuis quelques jours (durée de traitement 7 jours).

## QUESTIONS À SE POSER

### LA RÉSIDENTE EST-ELLE INFORMÉE ET ELIGIBLE ?

- OUI : je renseigne les parties « Identification du résident » et « Caractéristiques du résident »

### LA RESIDENTE A-T-ELLE UN DISPOSITIF INVASIF ?

Cathéter à chambre implantable

- OUI : je coche juste la case OUI en face de « Dispositif(s) invasif(s) » et je précise le type

### LA RESIDENTE A-T-ELLE UN TRAITEMENT ANTI-INFECTIEUX ?

Les traitements antiinfectieux **locaux** ne sont **pas ciblés** dans l'ENP

- NON : je coche la case NON en face de « Traitement(s) anti-infectieux » et je passe à la partie « Infection associée aux soins »

### LA RESIDENTE A-T-ELLE UNE INFECTION ASSOCIEE AUX SOINS ?

2 IAS à documenter :

- **COVID-19** : Début des signes cliniques 24 h après son hospitalisation en ambulatoire, durée d'incubation moyen pour la COVID-19 (5 jours). Donc exposition en EHPAD et non en ambulatoire. Je vérifie les critères retenus pour les infections COVID-19
  - **Herpès labial**
- OUI : je coche OUI en face de « Infection(s) associée(s) aux soins » et je renseigne la partie dédiée



# CAS CLINIQUE N° 5

## COVID-19

- Le résident dispose d'une analyse biologique confirmant la COVID-19 (ciblage de l'ARN viral ou détection antigénique à partir d'un écouvillon oropharyngé ou nasal ou de tout autre échantillon clinique approprié), ou conformément aux définitions nationales des infections en vigueur au moment du suivi



- Asymptomatique** : aucun signe ou symptôme d'une infection ni aucune altération de l'état ne sont rapportés)
- Légère/modérée** :
  - Tout signe ou symptôme compatible avec la COVID-19 <sup>1</sup>
  - ET
  - Sans nécessité d'une oxygénothérapie et avec une saturation en oxygène  $\geq 92\%$ )
- Sévère** :
  - Signes ou symptômes compatibles avec la COVID-19 <sup>1</sup>
  - ET
  - Nécessité d'une oxygénothérapie en raison d'un essoufflement dû à la COVID-19 et/ou taux de saturation en oxygène  $< 92\%$ )



### CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Critères d'infection entièrement remplis :  
**COVID-19 ASYMPTOMATIQUE (COVA)**
- Critères d'infection entièrement remplis :  
**COVID-19 SYMPTÔMES LÉGERS À MODÉRÉS (COVL)**  
ET rapporter séparément le site de l'infection conformément aux définitions de cas spécifique au site
- Critères d'infection entièrement remplis :  
**COVID-19 SYMPTÔMES SÉVÈRES (COVS)**  
ET rapporter séparément le site de l'infection conformément aux définitions de cas spécifique au site

p. 60

## INFECTION PAR L'HERPÈS SIMPLEX OU ZONA

LES **DEUX** CRITÈRES SUIVANTS DOIVENT ÊTRE REMPLIS :

- 1. Éruption cutanée vésiculaire
- ET
- 2. Diagnostic du médecin ou confirmation biologique



### CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Critères d'infection entièrement remplis :  
**INFECTION CONFIRMÉE (HERP)**

p. 62

Identification du résident

Date de l'enquête : **30/05/2024** ID résident :  Donné par l'application

PONS Aline

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

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

Traitement(s) anti-infectieux \*  Non  Oui

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

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

Site(s) infectieux : **COVL**  **HERP**

Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :  Certaine  Possible  Certaine  Possible  Certaine  Possible

Si JCAT, type de cathéter à l'origine de l'infection :  
(CVP, Midline, CSC, CVC, FICD, CCI)

	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
--	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Micro-organisme(s) :

Sensibilité MO (ATB - SIR) :

Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner

- Asymptomatique** : aucun signe ou symptôme d'une infection ni aucune altération de l'état ne sont rapportés
- Légère/modérée** :
  - Tout signe ou symptôme compatible avec la COVID-19 <sup>1</sup>
  - Sans nécessité d'une oxygénothérapie et avec une saturation en oxygène  $\geq 92\%$
- Sévère** :
  - Signes ou symptômes compatibles avec la COVID-19 <sup>1</sup>
  - Nécessité d'une oxygénothérapie en raison d'un essoufflement dû à la COVID-19 et/ou taux de saturation en oxygène  $< 92\%$

CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Critères d'infection entièrement remplis : **COVID-19 ASYMPTOMATIQUE (COVA)**
- Critères d'infection entièrement remplis : **COVID-19 SYMPTÔMES LÉGERS À MODÉRÉS (COVL)**  
ET rapporter séparément le site de l'infection conformément aux définitions de cas spécifique au site
- Critères d'infection entièrement remplis : **COVID-19 SYMPTÔMES SÉVÈRES (COVS)**  
ET rapporter séparément le site de l'infection conformément aux définitions de cas spécifique au site

Identification du résident

Date de l'enquête : 30/05/2024 ID résident :  Donné par l'application

PONS Aline

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : 1939 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) (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

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 (DCI, ATC, nom commercial) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, B) :	<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, EB, Autre) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Site(s) infectieux : **COVL**  **HERP**   
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :  Certaine  Possible  Certaine  Possible  
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection :   
(CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)

INFECTION PAR L'HERPÈS SIMPLEX OU ZONA

LES DEUX CRITÈRES SUIVANTS DOIVENT ÊTRE REMPLIS :

- 1. Éruption cutanée vésiculaire ET
- 2. Diagnostic du médecin ou confirmation biologique

CONFIRMATION DE L'INFECTION

Critères d'infection entièrement remplis :  
INFECTION CONFIRMÉE (HERP)

Micro-organisme(s) :

Sensibilité MO (ATB - SIR) :  
Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner



Identification du résident

Date de l'enquête :  ID résident :  Donné par l'application :

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  Alité  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

Traitement(s) anti-infectieux  Non  Oui

Anti-infectieux n°1 :   
 Nom de l'AI (DCL, ATC, nom commercial) :   
 Voie d'administration (IV, IM, SC, O, B) :   
 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) :

Code	Micro-organisme
VIRCOV	SARS-CoV-2
VIRENT	Enterovirus (polio, coxsackie, echo)
VIRHAV	Hépatite virale A
VIRHBV	Hépatite virale B
VIRHCV	Hépatite virale C
VIRHSV	Virus Herpes simplex
VIRINF	Grippe (virus influenzae)
VIRNSP	Virus non spécifié
VIRROT	Rotavirus
VIRVIH	VIH (virus de l'immunodéficience humaine)
VIRVRS	VRS (virus respiratoire syncytial)
VIRZVZ	Virus de la Varicelle et du Zona
YERSPP	Yersinia spp.

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

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

Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection :     
 (CVP, Midline, CVC, CVO, PICC, CCI)

	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Micro-organisme(s) :	VIRCOV			VIRHSV					

Sensibilité MO (ATB - SIR) :            
 Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner

**Date enquête : 28/06/2024 matin**

Monsieur Fernand SIROT, 98 ans, est hébergé à temps plein à l'EHPAD d'Orgeat en UP depuis 1 mois. Il a été hospitalisé le mois précédent son hospitalisation pour AVC ischémique. A l'heure actuelle, il garde des séquelles de cet AVC sur le plan moteur et cognitif. Il souffre d'une insuffisance rénale légère et d'une leucémie lymphoïde chronique évoluant depuis 3 ans. Il est très asthénique, désorienté et incontinent. Il reste alité le plus souvent. Il est porteur d'une sonde urinaire et présente une escarre de grade 2 au niveau inter-fessier. Il n'a pas de cathéter vasculaire.

- Le 27 mai : jour de l'admission de Monsieur Sirot en provenance du service de gériatrie du CH de recours. Monsieur Sirot ne présente pas de signes cliniques particuliers. Dans son dossier, un prélèvement superficiel de son escarre indique la présence d'un *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline sans traitement associé ni mention d'infection.
- Le 22 juin : Monsieur Sirot présente des signes cliniques d'infection respiratoire aiguë sans signes de gravité et le test antigénique Covid revient positif. Le médecin traitant lui prescrit du Paxlovid® pendant 5 jours.
- Le 24 juin : il est hospitalisé au CH de proximité en raison d'une dégradation sur le plan respiratoire.
- Le 28/06 : jour de l'enquête, Monsieur Sirot est toujours hospitalisé.

## QUESTIONS À SE POSER

### LE RÉSIDENT EST-IL INFORMÉ ?

- OUI

### LE RÉSIDENT EST-IL ÉLIGIBLE À L'ENQUÊTE ?

- Hébergement permanent
- Mais **absent** à 8h le matin de l'EHPAD et ce, depuis plus de 48h
- **NON** : je ne renseigne pas le questionnaire.
- Ce résident est exclu de l'enquête.

**Date enquête : 28/06/2024 matin**

Monsieur Alain GIRARD, 95 ans, est hébergé à temps plein à l'EHPAD des Lilas. Il est autonome et continent. Il est traité pour une insuffisance cardiaque et une hypertension artérielle associées à une insuffisance rénale légère. Il n'a pas de sonde urinaire ni de cathéter vasculaire ni d'escarre et ni de plaie. Il a besoin d'un appui à la marche.

- L'EHPAD connaît depuis trois semaines une épidémie de Covid et un dépistage de tous les résidents a été réalisé quelques jours avant l'enquête avec des tests antigéniques. Monsieur Girard n'a pas présenté de symptômes de Covid mais son test s'est révélé positif le 23 juin.
- Le 28/06 (jour de l'enquête), Monsieur Girard est présent dans l'EHPAD à 8 heures va bien et n'a pas de traitement anti-infectieux prescrit.



## QUESTIONS À SE POSER

### LE RESIDENT EST-IL INFORMÉ ET ELIGIBLE ?

- OUI : je renseigne les parties « Identification du résident » et « Caractéristiques du résident »

### LE RESIDENT A-T-IL UN DISPOSITIF INVASIF ?

- Pas de de sonde urinaire
- Pas de cathéters vasculaires
- NON : je coche juste la case NON en face de « Dispositif(s) invasif(s) » et passe à la partie suivante « Traitement(s) anti-infectieux »

### LE RESIDENT A-T-IL UN TRAITEMENT ANTI-INFECTIEUX ?

- Pas de prescription d'anti-infectieux ciblés par l'enquête
- NON : je coche NON en face de « Traitement(s) anti-infectieux » et passe à la partie suivante « Infection(s) associée(s) aux soins »

### LE RESIDENT A-T-IL UNE INFECTION ASSOCIEE AUX SOINS ?

- Absence de signes cliniques et test Covid positif 5 jours auparavant
- OUI : je coche OUI en face de « Infection(s) associée(s) aux soins » et je renseigne la partie dédiée.

## COVID-19

- Le résident dispose d'une analyse biologique confirmant la COVID-19 (ciblage de l'ARN viral ou détection antigénique à partir d'un écouvillon oropharyngé ou nasal ou de tout autre échantillon clinique approprié), ou conformément aux définitions nationales des infections en vigueur au moment du suivi

- Asymptomatique** : aucun signe ou symptôme d'une infection ni aucune altération de l'état ne sont rapportés)
- Légère/modérée** :
  - Tout signe ou symptôme compatible avec la COVID-19 <sup>1</sup>
  - ET**
  - Sans nécessité d'une oxygénothérapie et avec une saturation en oxygène  $\geq 92\%$
- Sévère** :
  - Signes ou symptômes compatibles avec la COVID-19 <sup>1</sup>
  - ET**
  - Nécessité d'une oxygénothérapie en raison d'un essoufflement dû à la COVID-19 et/ou taux de saturation en oxygène  $< 92\%$



### CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Critères d'infection entièrement remplis :  
**COVID-19 ASYMPTOMATIQUE (COVA)**
- Critères d'infection entièrement remplis :  
**COVID-19 SYMPTÔMES LÉGERS À MODÉRÉS (COVL)**  
**ET** rapporter séparément le site de l'infection conformément aux définitions de cas spécifique au site
- Critères d'infection entièrement remplis :  
**COVID-19 SYMPTÔMES SÉVÈRES (COVS)**  
**ET** rapporter séparément le site de l'infection conformément aux définitions de cas spécifique au site



Date enquête : **18/06/2024 matin**

Monsieur Alphonse DURAND, 97 ans, est hébergé à l'EHPAD de la Joie en UHR (Lavandes) depuis 1 an. Il est désorienté et incontinent. Il se déplace en fauteuil roulant. Depuis son admission, il présente des ulcères variqueux dans un contexte HTA et insuffisance veineuse sévère.

- Lors de la dernière consultation médicale, le médecin remplaçant a prescrit un prélèvement cutané des ulcères par écouvillonnage. L'examen clinique retrouve un écoulement séreux, rougeur, chaleur et léger gonflement.
- Le 15 juin, le résultat du prélèvement est revenu positif à *Staphylococcus aureus* méticilline sensible.
- L'IDE a contacté le prescripteur qui est passé le 17 juin (la veille de l'enquête) et a prescrit un traitement oral par amoxicilline /ac. clavulanique pour 10 jours. Le résident est bien sous traitement le jour de l'enquête.
- Le bilan biologique réalisé la veille de l'enquête est sans anomalie (Taux de GB : 11 000/mm<sup>3</sup> et CRP à 30 mg/l).

## QUESTIONS À SE POSER

### LE RESIDENT EST-IL INFORMÉ ET ELIGIBLE ?

- OUI : je renseigne les parties « Identification du résident » et « Caractéristiques du résident »

### LE RESIDENT A-T-IL UN DISPOSITIF INVASIF ?

- NON : je coche la case NON en face de « Dispositif(s) invasif(s) » et passe à la partie suivante « Traitement(s) anti-infectieux »

### LE RESIDENT A-T-IL UN TRAITEMENT ANTI-INFECTIEUX ?

Traitement par amoxicilline /ac. clavulanique depuis le 17/06 et pour 10 jours

- OUI : je coche OUI en face de « Traitement(s) anti-infectieux » et renseigne la partie dédiée

### LE RESIDENT A-T-IL UNE INFECTION ASSOCIEE AUX SOINS ?

- OUI : je coche OUI en face de « Infection(s) associée(s) aux soins » et renseigne la partie dédiée

## INFECTIONS D'ESCARRE OU DE PLAIE CHRONIQUE

### SIGNES/SYMPTÔMES

AU MOINS **UN** DES CRITÈRES SUIVANTS (1 ou 2) :

- 1. Pus au niveau d'une escarre ou d'une plaie chronique (non chirurgicale)
- 2. Au moins **quatre** signes/symptômes nouveaux ou croissants au niveau du site touché :
  - Chaleur
  - Sensibilité ou douleur
  - Rougeur
  - Écoulement séreux
  - Gonflement
  - Un signe/symptôme constitutionnel (fièvre \*, leucocytose \*\*, confusion §, déclin fonctionnel aigu §§)



### CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Critères d'infection entièrement remplis :  
**INFECTION CONFIRMÉE (IESC)**

## INFECTIONS D'ESCARRE OU DE PLAIE CHRONIQUE

### SIGNES/SYMPTÔMES

AU MOINS **UN** DES CRITÈRES SUIVANTS (1 ou 2) :

- 1. Pus au niveau d'une escarre ou d'une plaie chronique (non chirurgicale)
- 2. Au moins **quatre** signes/symptômes nouveaux ou croissants au niveau du site touché :
  - Chaleur
  - Sensibilité ou douleur
  - Rougeur
  - Écoulement séreux
  - Gonflement
  - Un signe/symptôme constitutionnel (fièvre \*, leucocytose \*\*, confusion §, déclin fonctionnel aigu §§)



### CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Critères d'infection entièrement remplis :  
**INFECTION CONFIRMÉE (IESC)**





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

Présence d'escarre :  Non  Oui *Si oui, préciser :*

Désorientation :  Non  Oui  Inconnu

Mobilité :  Ambulant  En fauteuil roulant

Incontinence :  Non  Oui  Inconnu

Code	Diagnosics associés aux traitements anti-infectieux
URI	Infection urinaire basse (cystites, etc.)
PYE	Infection urinaire haute (pyélonéphrites aiguës, abcès rénaux)
BAC	Bactériémie confirmée microbiologiquement (avec hémocultures positives)
BRO	Bronchite aiguë ou exacerbation de bronchite chronique
PNE	Pneumonie
DIG	Infection digestive : gastro-intestinale (salmonellose, diarrhée associée aux antibiotiques) ou intra abdominale (péritonite, infection hépatobiliaire)
FEB	Fièvre inexpliquée, neutropénie fébrile non cliniquement ou microbiologiquement documenté ou autre forme de manifestation de l'infection chez un immunodéprimé (par exemple, chimiothérapie) sans localisation identifiée
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
S/S	Infection systémique
INC	Diagnostic 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

Traitement(s) anti-infectieux :  Non  Oui

Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :  Anti-infectieux n°1

Voie d'administration (IV, IM, SC, O, D) :

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, EB, Autre) :

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

Pour les traitements anti-infectieux dont la durée en intention de traitée est supérieure à 3 jours et qui sont administrés aux résidents le jour de l'enquête depuis moins de 3 jours, compléter la réévaluation de l'antibiothérapie au 3<sup>e</sup> jours après la date de l'enquête. La réponse inconnue n'est pas admise pour les AI curatifs de plus de 3 jours en intention de traiter.

Site(s) infectieux :

*Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement*

*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
Micro-organisme(s) :									
Sensibilité MO (ATB - SIR) :									

*Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner*

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

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

Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :  Anti-infectieux n°

Voie d'administration (IV, IM, SC, O, D) :

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 :  Infection associée aux soins

Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :  Certaine  Possible

Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection :

(CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)

MO1	MO2	MO3	MO4	MO5	MO6	MO7	MO8	MO9	MO10
Micro-organisme(s) :									
Sensibilité MO (ATB - SIR) :									
Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner									

INFECTIONS D'ESCARRE OU DE PLAIE CHRONIQUE

SIGNES/SYMPTÔMES

AU MOINS **UN** DES CRITÈRES SUIVANTS (1 ou 2) :

- 1. Pus au niveau d'une escarre ou d'une plaie chronique (non chirurgicale)
- 2. Au moins **quatre** signes/symptômes nouveaux ou croissants au niveau du site touché :
  - Chaleur
  - Sensibilité ou douleur
  - Rougeur
  - Écoulement séreux
  - Gonflement
  - Un signe/symptôme constitutionnel (fièvre \*, leucocytose \*\*, confusion §, déclin fonctionnel aigu §§)

CONFIRMATION DE L'INFECTION

Critères d'infection entièrement remplis :  
**INFECTION CONFIRMÉE (IESC)**

Identification du résident

Date de l'enquête : 18/06/2024 ID résident :  Donné par l'application  
NOM et Prénom du résident : DURAND Alphonse

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : 1927 Sexe :  Féminin  Masculin  
Code de l'unité de vie : Lavandes 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

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 (DCI, ATC, nom commercial) :	J01CR02 p. 51			
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, B) :	O			
Durée prévue du traitement (en jours) :	10 J			
Contexte de prescription (Curatif, Prophyl.) :	Curatif			
Diagnostic associé au traitement :	PTM p. 39			
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)	NON car TTT depuis 24h. p.40			
Lieu de prescription (EMS, EB, Autre) :	EMS			

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 :	IESC		
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
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)			
Micro-organisme(s) :	MO1 MO2 MO3 STAAUR p. 69	MO1 MO2 MO3	MO1 MO2 MO3
Sensibilité MO (ATB - SIR) :	S S Staphylococcus aureus	Oxacilline (OXA) <sup>1</sup> Glycopeptides (GLY) <sup>2</sup>	S - Sensible S - Sensible
<small>Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner</small>			

Date enquête : **18/06/2024 matin**

Madame Adèle DEDIEU, 80 ans, est hébergée à temps plein à l'EHPAD des Roses depuis 2 mois. Elle a été adressée à l'EHPAD après son séjour en SSR. Elle est désorientée et incontinente. Elle déambule dans l'EHPAD.

- Depuis quelques jours, elle refuse de s'alimenter. Un examen buccal réalisé il y a 48 h (16/06/24) retrouve une mycose importante. Les soins de bouche sont difficiles à administrer chez cette résidente.
- 10 jours avant l'ENP, elle a reçu un traitement par amoxicilline pour une angine à Streptocoque du groupe A (Test Rapide d'Orientation Diagnostic [TROD] +). Le traitement antibiotique est terminé depuis 72h.
- Le jour de l'enquête, elle est considérée guérie de son angine. Devant son état buccal, son médecin traitant lui a prescrit, il y a 48h, un traitement antimycosique local : miconazole 2% gel pour une durée de 7 jours.

## QUESTIONS À SE POSER

### LA RESIDENTE EST-ELLE INFORMÉE ET ELIGIBLE ?

- OUI : je renseigne les parties « Identification du résident » et « Caractéristiques du résident »

### LA RESIDENTE A-T-ELLE UN DISPOSITIF INVASIF ?

- NON : je coche la case NON en face de « Dispositif(s) invasif(s) » et passe à la partie suivante « Traitement(s) anti-infectieux »

### LA RESIDENTE A-T-ELLE UN TRAITEMENT ANTI-INFECTIEUX ?

Miconazole : **traitement** antimycosique **local**, **non pris en compte** pour l'ENP.  
Seuls les AI systémiques sont à inclure.

- je coche NON en face de « Traitement(s) anti-infectieux » et passe à la partie suivante « Infection(s) associée(s) aux soins »

### LA RESIDENTE A-T-ELLE UNE INFECTION ASSOCIEE AUX SOINS ?

- OUI : je coche OUI en face de « Infection(s) associée(s) aux soins » et renseigne la partie dédiée

Identification du résident

Date de l'enquête :  ID résident :  Donné par l'application

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  Alité  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  
 Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :   
 Voie d'administration (IV, IM, SC, O, B) :   
 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

Infection associée aux soins n°1  
 Site(s) infectieux :   
 Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :  Certaine  Possible  
 Si JCAT, type de cathéter à l'origine de l'infection :   
 (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)

INFECTION BUCCALE OU CANDIDOSE BUCCALE

LES **DEUX** CRITÈRES SUIVANTS DOIVENT ÊTRE REMPLIS :

Présence de plaques blanches en relief sur la muqueuse enflammée OU plaques sur la muqueuse buccale

ET

Diagnostiquée par un dentiste ou un médecin

CONFIRMATION DE L'INFECTION

Critères d'infection entièrement remplis :  
**INFECTION CONFIRMÉE (ORAL)**

Micro-organisme(s) :

NONEFF

Sensibilité MO (ATB - SIR) :

Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner

	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3

Date enquête : **18/06/2024 matin**

Madame Louise RIEU, 84 ans, est hébergée à temps plein à l'EHPAD des Sources depuis 1 mois. Elle a été adressée à l'EHPAD après une hospitalisation en SSR de 15 jours qui a fait suite à une fracture du col du fémur opéré le début mai. Elle est orientée et porte une sonde « double J ». Elle se déplace avec un déambulateur.

Il y a 10 jours, la résidente a été victime d'un arrêt cardio respiratoire et prise en charge en réanimation. Elle est revenue en EHPAD, le 17 juin (veille de l'ENP). A son admission en REA, un dépistage digestif a identifié la présence d'une Bactérie Hautement Résistante aux antibiotiques émergente (BHRe) : *Klebsiella pneumoniae* (OXA 48). Le jour de l'enquête, la résidente ne présente pas de signes cliniques en faveur d'une infection. Elle présente une escarre de grade 2 au niveau inter-fessier.

## QUESTIONS À SE POSER

### LA RESIDENTE EST-ELLE INFORMÉE ET ELIGIBLE ?

- OUI : je renseigne les parties « Identification du résident » et « Caractéristiques du résident »

### LA RESIDENTE A-T-ELLE UN DISPOSITIF INVASIF ?

On entend par sonde urinaire, tout dispositif endo-urinaire : sonde vésicale, cathétérisme sus-pubien, sonde endo-urétrale ou tout autre matériel présent dans les voies urinaires.

- OUI : je coche la case OUI en face de « Dispositif(s) invasif(s) » et renseigne la partie dédiée.

### LA RESIDENTE A-T-ELLE UN TRAITEMENT ANTI-INFECTIEUX ?

- NON : je coche NON en face de « Traitement(s) anti-infectieux » et passe à la partie suivante « Infection(s) associée(s) aux soins »

### LA RESIDENTE A-T-ELLE UNE INFECTION ASSOCIEE AUX SOINS ?

- NON : je coche NON en face de « Infection(s) associée(s) aux soins » **et la fiche est complète et validée** 😊



Identification du résident

Date de l'enquête : 18/06/2024

ID résident :

Donné par  
l'application

RIEU Louise

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : 1940

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

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 (DCI, ATC, nom commercial) :				
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, B) :				
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

	Infection associée aux soins n°1			Infection associée aux soins n°2			Infection associée aux soins n°3		
Site(s) infectieux :									
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		
Si <u>JCAT</u> , type de cathéter à l'origine de l'infection :									
	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Micro-organisme(s) :									
Sensibilité MO (ATB - SIR) :									
<small>Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner</small>									

NE PAS  
OUBLIER!

## Sessions de formation sur l'application PREVIAS pour la saisie des données de l'ENP 2024 en EHPAD :

- **1<sup>ère</sup> session : Mardi 30 avril 2024 de 11h00 à 12h00**
  - **Rejoindre la réunion maintenant**  
ID de réunion : 347 620 479 390  
Code secret : E4BrWL  
**Appel par téléphone**  
[+33 1 73 02 91 75,,956125636#](tel:+33173029175,956125636) France, Paris  
[Trouver un numéro local](#)  
ID de la conférence téléphonique : 956 125 636#
- **2<sup>ème</sup> session : Mardi 7 mai 2024 de 16h00 à 17h00**
  - **Rejoindre la réunion maintenant**  
ID de réunion : 318 436 018 670  
Code secret : i8qm4q  
**Appel par téléphone**  
[+33 1 73 02 91 75,,228931831#](tel:+33173029175,228931831) France, Paris  
[Trouver un numéro local](#)  
ID de la conférence téléphonique : 228 931 831#