



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**Développement des nouveaux
indicateurs de qualité et de
sécurité des soins
Thème : Infections Associées aux
Soins (IAS)**

*Cahier des charges
Expérimentation phase 2*

*Indicateur « Bonnes pratiques de précautions
complémentaires contact »*

Sommaire

Avant-propos.....	3
Groupe de travail.....	3
1 Résumé de indicateur envisagé	4
2 Justification : choix du thème.....	4
3 Synthèse des recommandations	5
4 Indicateurs envisagés.....	7
5 Population choisie	8
5.1 Définition de la population	8
5.2 Critères d'inclusion.....	9
5.3 Critères d'exclusion	9
6 Etablissements de santé concernés	9
7 Schéma de l'étude.....	10
7.1 Responsable du recueil.....	10
7.2 Tirage au sort rétrospectif.....	10
7.3 Source des données recueillies.....	10
7.4 Support de saisie	10
7.5 Contrôle qualité des données.....	11
8 Analyse et restitution	11
8.1 Analyse principale	11
8.2 Diffusion interne	11
9 Indicateur envisagé « Bonnes pratiques de précautions complémentaires contact ».....	12
Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins envisagé	12
10 Confidentialité	13
11 Références bibliographiques.....	13

Avant-propos

Ce cahier des charges présente l'indicateur intitulé « Bonnes pratiques de précautions complémentaires contact » qui s'applique aux établissements de santé de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO).

Les membres du groupe de travail ayant contribué au développement et à la validation de cet indicateur sont les suivants :

Groupe de travail

- Didier LECOINTE, Praticien Hospitalier, CH Sud-Francilien
- Stephanie FRAYSSE-LEYBROS, IBODE hygiéniste, Aurillac
- Julie GENTIL, médecin DIM, Dijon
- Estelle JUMAS-BILAK, Pharmacien hygiéniste, Montpellier
- Ahmed KHELILI, Infirmier hygiéniste, Plessis Robinson
- Peggy LARROUDE, Pharmacien hygiéniste, Espoey
- Alain LE HENAFF, Représentant des usagers, Nantes
- Virginie LOUBERSAC, médecin hygiéniste, Nantes
- Véronique MERLE, hygiéniste, Rouen
- Claude RAMBAUD, associations patients, Paris
- Jean-Christophe SEGUIER, infectiologue, Maule
- Nathalie VAN DER MEE – MARQUET, microbiologiste, Montlouis S/Loire
- Catherine VIGNES, médecin DIM, hygiéniste, Avignon

La coordination du groupe de travail a été assurée par le Service Évaluation et Outils pour la Qualité et la Sécurité des Soins (EvoQSS) :

- Meriem BEJAOU, chef de projet
- Zineb Messarat-Haddouche, chef de projet
- Karen Assmann, chef de projet statistique
- Sylvaine Egea, assistante

Sous la responsabilité de Sandrine MORIN adjointe au chef de service et de Laetitia MAY MICHELANGELI chef du service.

1 Résumé de indicateur envisagé

Cet indicateur évalue la conformité traçable des pratiques de précautions complémentaires contact mises en œuvre chez les patients porteurs ou infectés par une entérobactérie productrice de bêta-lactamase à spectre étendue (EBLSE), bactérie hautement résistante émergente (BHRE), *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), le *Clostridium difficile* ou la gale.

Il mesure le taux de patients adultes ou enfants porteurs ou infectés par une BLSE, BHRE, SARM, *Clostridium difficile* ou gale pour lesquels la mise en place des précautions complémentaires contact a été réalisée selon les recommandations nationales.

Il s'agit d'un indicateur de processus qui a pour objectif une fois validé de permettre la comparaison inter établissement.

2 Justification : choix du thème

Dans le contexte de l'émergence de souches de microorganismes résistantes aux antibiotiques ou particulièrement virulentes, l'application des mesures de précautions complémentaires en complément des précautions standard est fortement recommandée, pour garantir la maîtrise du risque de diffusion des micro-organismes émergents à haut potentiel de transmission croisée dont les modèles sont les entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG), *Clostridium difficile*, les entérobactéries productrices d'une bêta-lactamase à spectre étendu (EBLSE), et le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) (1).

La maîtrise de la diffusion des bactéries résistantes aux antibiotiques représente un véritable enjeu de santé publique. Une étude conduite par Santé Publique France a estimé le poids des infections à bactéries multirésistantes en France à 158 000 infections et 12 000 décès en 2012 (2).

La maîtrise de la diffusion des bactéries résistantes aux antibiotiques repose sur trois objectifs complémentaires définis au sein de l'axe 2 du Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (3):

- Evaluer régulièrement le respect des précautions standard et des précautions complémentaires contact pour les patients/résidents colonisés ou infectés par des BMR endémiques (SARM ou BLSE) et systématiquement pour les patients ou résidents porteurs de BHRe ;
- Maintenir la surveillance de ces microorganismes
- Réduire l'exposition aux antibiotiques et ses conséquences dans la population des usagers de santé en promouvant le bon usage des antibiotiques et la vaccination des patients à risques et des professionnels de santé.

Données épidémiologiques des souches résistantes aux antibiotiques

BLSE

La résistance aux céphalosporines de 3^{ème} génération (C3G) chez *Escherichia coli* a régulièrement augmenté en établissement de santé passant de 1.4% en 2005 à 11.9% en 2015 parmi les souches isolés d'infections invasives (bactériémie) (4) (5). Le mécanisme de résistance aux C3G le plus fréquent (80% des cas) est la production de bêta-lactamase à spectre étendu (BLSE). Une augmentation des cas d'entérobactéries à BLSE (EBLSE) est

aussi observée parmi l'ensemble de prélèvements à visée diagnostique réalisés en établissements de santé (4) (6) : en 2005 pour 10000 patients admis en services de court séjour, 16 avaient un prélèvement positif à EBLSE contre 49 en 2015.

SARM

La résistance à la méticilline chez *Staphylococcus aureus* (SARM) diminue régulièrement en France depuis 10 ans parmi les souches isolées d'infections invasives et de prélèvements à visée diagnostique réalisés en établissements de santé. En 2015, pour 10 000 patients admis en court séjour, 55 avaient un prélèvement positif à SARM, contre 19 en 2005. Cependant, les efforts de maîtrise de la diffusion de ce germe doivent être maintenus.

BHRe

En France, une surveillance spécifique a été mise en place très tôt afin de suivre l'émergence de ces BHRe (4) (7) : elle montre une très nette augmentation des épisodes depuis 2011. Au 31 décembre 2015, 2 385 épisodes à entérobactéries productrices de carbapénèmases (EPC) ont été signalés à l'InVS et concernaient un total de 4 073 patients (8).

3 Synthèse des recommandations

Périmètre d'application des PCC

Les recommandations nationales relatives aux PCC en vigueur sont soit celles de la Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H) ou celles du Haut Conseil de la Santé Publique.

Dans son guide « Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact, 2009 », la SF2H émet les recommandations suivantes :

R2 : Il est fortement recommandé d'ajouter des précautions complémentaires de type contact aux précautions standard chez un patient porteur de micro-organismes émergents à haut potentiel de transmission croisée dont les modèles sont les entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG), *Clostridium difficile*, les entérobactéries productrices d'une bêta-lactamase à spectre étendu (EBLSE)...

Certains de ces micro-organismes font l'objet de recommandations nationales.

R39 : Il est fortement recommandé de mettre en place une surveillance épidémiologique des agents infectieux « à haut potentiel de transmission croisée », dont les bactéries multi-résistantes aux antibiotiques (BMR). Il est alors fortement recommandé de mesurer régulièrement l'incidence de ces micro-organismes à partir des seuls prélèvements cliniques.

R84 : Parmi les micro-organismes cités précédemment, il est recommandé de considérer les bactéries suivantes comme nécessitant des précautions complémentaires de type contact :

- ✓ *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM),
- ✓ *Acinetobacter baumannii* résistant à l'imipénème (IPM),
- ✓ *Acinetobacter baumannii* ne restant sensible qu'à l'imipénème
- ✓ entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu (EBLSE)
- ✓ entérobactérie hyperproductrice de céphalosporinase en néonatalogie
- ✓ *Pseudomonas aeruginosa* avec une résistance à l'imipénème associée à d'autres résistances.

En revanche, il n'est pas recommandé de considérer les bactéries suivantes comme nécessitant des précautions complémentaires de type contact : staphylocoque à coagulase négative (staphylocoques blancs) résistant à la méticilline, *Acinetobacter baumannii* « sauvage », *Acinetobacter baumannii* (résistant à la ticarcilline ou à des bêtalactamines à plus large spectre), entérobactérie hyperproductrice de céphalosporinase hors néonatalogie, *Pseudomonas aeruginosa* « sauvage » ou résistance à l'imipénème isolée.

Cas des autres germes non concernés par le périmètre des recommandations SF2H2009, et qui ont fait l'objet de recommandations nationales :

- ✓ BHRé : «Prévention de la transmission croisée des Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes BHRé, HCSP, 2013 » : Une fois le patient identifié porteur, les mesures de prévention de la transmission croisée reposent sur les PCC complétées par des mesures organisationnelles dans l'unité.
- ✓ *Clostridium difficile* : « Avis relatif à la maîtrise de la diffusion des infections à *Clostridium difficile* dans les établissements de santé français, HCSP, 2008 » : Les précautions « contact » ne s'appliquent qu'aux patients symptomatiques
- ✓ Gale : « Avis relatif à l'actualisation des recommandations sur la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de gale, HCSP, 2012 » Des mesures complémentaires de type contact doivent être mises en place. Ces mesures sont adaptées pour prendre en compte les caractéristiques du parasite et ses modes de transmissions. Il est à noter qu'aucun savon ou solution hydro-alcoolique n'a pas d'activité scabicide. Les précautions contact ainsi que l'isolement des cas doivent être maintenue pendant 48 heures après la prise du traitement. Par ailleurs, des mesures spécifiques concernant l'environnement et du linge sont mises en œuvre.

R85 : Il est fortement recommandé que le laboratoire mentionne de façon explicite (ou notifie) l'identification d'une de ces bactéries prioritaires (AF) et qu'une politique de signalisation des patients porteurs d'une bactérie justifiant des précautions complémentaires de type contact soit définie par le CLIN ou l'établissement (logo...).

R86 : Il est fortement recommandé de coupler le dépistage éventuel des micro-organismes prioritaires à la restitution des résultats aux équipes et à la mise en place de mesures complémentaires de type contact.

R87 : Il est fortement recommandé lors de l'identification des micro-organismes justifiant des précautions complémentaires de type contact (cf. R84), de les appliquer aux patients de réanimation et de MCO hors réanimation.

R88 : Lorsque la mise en œuvre des précautions complémentaires de type contact a été décidée, il est fortement recommandé d'appliquer les mêmes mesures complémentaires de type contact au patient qu'il soit infecté ou colonisé

- en réanimation,
- en MCO hors réanimation,
- en SSR.

R91 : Il est fortement recommandé d'informer le patient, la famille, les correspondants médicaux et paramédicaux de la positivité d'un prélèvement à un micro-organisme justifiant des précautions complémentaires de type contact (y compris en cas de portage).

R99 : Dès lors qu'il a été décidé de mettre en œuvre des précautions complémentaires de type contact, il est recommandé :

- de placer systématiquement en chambre individuelle les patients porteurs de BMR,
- de regrouper les patients porteurs de la même BMR dans une chambre ou un secteur du service

R104 : Il est fortement recommandé d'organiser l'information systématique de tous les acteurs prenant en charge, même occasionnellement, un patient auquel s'appliquent les précautions complémentaires de type contact.

R105 : Il est fortement recommandé d'informer systématiquement les plateaux techniques prenant en charge (même occasionnellement) et les services accueillant un patient auquel s'appliquent les précautions complémentaires de type contact lors d'un transfert.

R117 : Il est fortement recommandé de maintenir les précautions complémentaires de type contact tout au long du séjour en MCO.

Mesures de précautions complémentaires contact : chambre individuelle ou regroupement des porteurs, signalisation. L'hygiène des mains, le port des gants, ou le port du masque et de surblouses/tabliers dans ces circonstances de prise en charge d'un patient sont comparables aux précautions standard

Pratiques de PCC

Sur les bases des recommandations de la SF2H, le Groupe d'évaluation en hygiène hospitalière (GrepH) a produit des outils permettant l'évaluation des pratiques de PCC.

Quatre dimensions sont évaluées par cet audit à travers :

- L'établissement : évaluation de l'organisation, des dispositifs d'alerte et de mise en œuvre des PC
- Le patient placé en PC : évaluation des modalités de mise en place des PC (prescription, signalisation), de l'information du patient, de l'organisation et des moyens effectivement mis à disposition –
- Le professionnel : évaluation des connaissances des professionnels en situation de prise en charge d'un patient placé en PC.
- Le médecin : évaluation des connaissances des médecins prescripteurs.

4 Indicateurs envisagés

Seules les deux premières dimensions précédentes pourront être mesurées au moins en partie par un indicateur de qualité et de sécurité des soins, les deux autres dimensions relevant plutôt de l'évaluation des pratiques des professionnels de santé.

Questionnaire patient : évaluation des modalités de mise en place des PCC (prescription, signalisation), de l'information du patient et des moyens effectivement mis à disposition :

- critère 1 : prescription médicale
- critère 2 : transmission de l'information au patient et aux professionnels (signalisation)

Pour le questionnaire patient, l'ensemble des critères suivants permettant d'évaluer les pratiques de PCC doivent pouvoir être satisfaits :

➤ Traçabilité de la prescription

Les trois conditions suivantes doivent être respectées : la prescription médicale est datée et signée et dans le dossier du patient, ou s'il existe au sein du service un protocole de mise en œuvre des précautions complémentaires par l'infirmier, en l'absence du médecin.

Et

- Information donnée au patient ou à son entourage

L'information du patient et les raisons de la PCC doivent être tracées dans le dossier.

Questionnaire établissement : évaluation de l'organisation, des dispositifs d'alerte et de mise en œuvre des PCC :

- critère 1 : formalisation des différents circuits d'alerte existant au sein de l'établissement, qui entraînent la prescription de PCC et la transmission de cette information
- critère 2 : existence et contenu des procédures PCC (dont conduite à tenir en cas d'infestation par la gale ou d'infection à *Clostridium difficile*), gouttelettes et air
- critère 3 : politique d'élimination des *excrétas*
- critère 4 : vérification formalisée de la mise en place des mesures dans les unités de soin par une personne en charge de la gestion du risque infectieux dans l'établissement.

5 Population choisie

5.1 Définition de la population

La population analysée correspond à l'ensemble des séjours, hors séances MCO, d'au moins 72h de patients porteurs ou infectés adultes et enfants (sauf enfant de moins de 5 ans pour *Clostridium difficile*) par : SARM ou BLSE ou BHRé ou *Clostridium difficile* ou Gale et qui se sont déroulés au cours de l'année N-1.

Concernant les règles de codage pour les codes de résistance bactérienne, lors de la mise à jour de la CIM-10 de 2013, applicable dans le PMSI en 2014, la description des résistances aux traitements antibiotiques a été entièrement revue par l'OMS. Elle repose sur trois catégories U82 Résistance aux antibiotiques bêtalactamines [bêtalactames], U83 Résistance aux autres antibiotiques et U84 Résistance aux autres antimicrobiens. Les codes de résistance aux antibiotiques ont été enrichis en 2015 par l'ATIH avec notamment l'ajout d'un caractère supplémentaire en 6e position pour indiquer si la situation de résistance concerne un germe responsable d'une infection en cours ou une situation de portage sain.

Dans le cadre du recueil PMSI, l'emploi des codes de ces catégories doit respecter deux conditions :

- ✓ la résistance doit être mentionnée dans le compte rendu du laboratoire de bactériologie ;
- ✓ la résistance doit entraîner une modification du schéma thérapeutique habituel, ou la mise en œuvre de mesures d'isolement spécifiques à savoir les mesures d'hygiène dites d'isolement septique qui sont mises en place selon le mode de transmission (air, gouttelettes, contact) de l'agent infectieux : port de vêtement spécifique, matériel dédié, port de masque, limitation des contacts ou déplacements, ... Ces mesures se distinguent des précautions d'hygiène standard

En conséquence de ces conditions : les situations de résistance naturelle, c'est-à-dire les situations où la résistance est liée à nature du germe en termes de genre ou d'espèce, ne se codent pas ; les situations de portage sain de germe présentant une résistance et faisant l'objet, du fait de cette résistance, de mesures telles que l'isolement, l'utilisation de matériels ou d'un chariot de soins spécifiques autorisent le codage des codes de ces catégories.

Le code U83.71– Bactérie multirésistante [BMR] doit être employé pour coder la présence d'une bactérie multirésistante, c'est-à-dire une bactérie précisée comme telle par le laboratoire de bactériologie ou selon les critères du CLIN de l'établissement, sauf dans les cas où cette situation de multirésistance de type BMR est spécifiquement décrite par un autre code. Ainsi, une résistance par bêtalactamases à spectre étendu se code U82.2– Résistance par bêtalactamases à spectre étendu [BLSE] et non U83.71–. La notion de bactérie multirésistante [BMR] ne concerne que certains germes et certaines résistances bien précisées par les laboratoires de bactériologie et les Cpias. Ce terme doit figurer dans le dossier, la seule présence de plusieurs résistances sans mention de BMR n'autorise pas le code U83.71–. La présence de bactérie hautement résistante émergente [BHRe], comme les entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) et les entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG), se code U83.70–. Il s'agit là d'un codage d'exception pour les situations qui relèvent de l'instruction N°DGOS/PF2/DGS/RI1/2014/08 du 14 janvier 2014 relative aux recommandations pour la prévention de la transmission croisée des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes.

5.2 Critères d'inclusion

Séjours inclus: séjours d'au moins 72 heures (3 nuits), quel que soit l'âge, le mode de sortie, le mode d'entrée avec au moins un DP ou DA ou DR parmi les suivants.

- A047 - ENTEROCOLITE A CLOSTRIDIUM DIFFICILE : Quand code A047, inclusion uniquement des patients à partir de 5 ans.
- B86 – GALE
- U82.100 - SARM, SITUATION INFECT.
- U82.101 - SARM, SITUATION PORTAGE SAIN
- U82.2+0 - RESISTANCE PAR BLSE, SITUATION INFECT.
- U82.2+1 - RESISTANCE PAR BLSE
- U83.700 - BHRE, SITUATION INFECT.
- U83.701 - BHRE, SITUATION PORTAGE SAIN

5.3 Critères d'exclusion

Séjours des nouveau-nés dits « non hospitalisés »; Séjours d'enfant de moins de 5 ans avec code A047 en DP, DR, DAS ; séjours avec un GHM en erreur ; séances ; prestations inter-établissement ; séjours avec un problème de chaînage (selon le code « ano_retour ») ; séjours ayant début avant le 1er janvier 2018 et séjours se terminant après le 31 décembre 2018.

6 Etablissements de santé concernés

Les établissements testeurs pour cette deuxième phase d'expérimentation sont les établissements de santé public ou privé et ayant une activité de **médecine, chirurgie et obstétrique**.

7 Schéma de l'étude

7.1 Responsable du recueil

Le responsable du recueil de l'indicateur est le médecin responsable du département de l'information médicale (DIM) ou du service de l'information médicale (SIM). Le recueil se fera systématiquement en lien avec un membre de l'équipe opérationnelle d'hygiène ou le correspondant en hygiène hospitalière du service concerné. Les médecins ou infirmières des services concernés par les dossiers évalués peuvent participer au recueil sous couvert du responsable du recueil.

7.2 Tirage au sort rétrospectif

Le logiciel de tirage au sort (LOTAS) est mis à disposition par la HAS, réalisé par l'ATIH.

Il effectue un tirage au sort aléatoire de 80 dossiers constituant l'échantillon principal.

Les séjours multi géographiques sont attribués au Finess géographique qui a donné le DP du séjour.

- Echantillon principal : 60 séjours du 01 janvier au 31 décembre 2018

L'échantillon principal est constitué de 60 séjours d'au moins 72 heures (3 nuits), quel que soit l'âge, le mode de sortie, le mode d'entrée avec au moins un DP ou DA ou DR parmi les codes cités ci-dessus.

- Echantillon de réserve : 20 patients

Les modalités de tirage au sort sont identiques à celles de l'échantillon principal.

7.3 Source des données recueillies

Les données sont à rechercher dans le dossier du patient issu du tirage au sort rétrospectif. La grille de recueil guide l'auditeur sur la traçabilité des données à rechercher dans le dossier du patient.

7.4 Support de saisie

Le support de saisie informatique est programmé sur QualHAS, plateforme de la HAS utilisée pour les recueils officiels. Les codes et les conditions d'accès sont les mêmes que pour les autres indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS).

Sur QualHAS seront disponibles :

1. Une grille de recueil des données nécessaires pour le calcul de l'indicateur ;
2. Un questionnaire établissement ;
3. Une grille pour l'analyse de la faisabilité.

Une analyse de reproductibilité :

Cette analyse est proposée aux établissements volontaires. Elle est destinée à établir la stabilité de la mesure entre deux observateurs ; c'est-à-dire sa capacité à produire des résultats similaires lorsqu'elle est répétée sur un même dossier, par une autre personne.

Le test de la reproductibilité s'effectuera en hors-protocole sur la plateforme QualHAS. Un minimum de 10 établissements volontaires sera nécessaire et l'audit sera réalisé par deux auditeurs indépendants sur 20 dossiers de leur choix.

7.5 Contrôle qualité des données

Le responsable du recueil s'assurera de l'exhaustivité du recueil et de la complétude des données.

Des contrôles logiques permettront également de s'assurer de la qualité de la saisie.

8 Analyse et restitution

8.1 Analyse principale

Les résultats de l'expérimentation ne seront pas visibles sur la plateforme QualHAS. Seuls des tris à plats seront présentés sur la plateforme QualHAS (distribution des effectifs pour chaque question).

Après validation avec le groupe de travail des experts, la HAS procèdera à la diffusion des résultats de chaque établissement participant à l'expérimentation. Chaque établissement recevra un document avec ses résultats individuels fin 2019.

8.2 Diffusion interne

La diffusion interne des résultats se fera sous la responsabilité du responsable du recueil auprès des praticiens ayant participé au recueil. En accord avec ces derniers, une diffusion plus large est souhaitable, notamment :

- au directeur de l'établissement ;
- au président de la CME.

9 Indicateur envisagé « Bonnes pratiques de précautions complémentaires contact »

Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins envisagé

Définition	<p>Cet indicateur évalue la conformité traçable des pratiques de précautions complémentaires contact mises en œuvre chez les patients porteurs ou infectés par une entérobactérie productrice de betalactamase à spectre étendue (EBLSE), bactérie hautement résistante émergente (BHRE), <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méticilline (SARM), <i>Clostridium difficile</i> ou gale.</p> <p>Il mesure le taux de patients adultes ou enfants porteurs ou infectés par une BLSE, BHRE, SARM, <i>Clostridium difficile</i> ou gale pour lesquels la mise en place des précautions complémentaires contact a été réalisée selon les recommandations nationales</p>
Justification	<p>La maîtrise de la diffusion des bactéries résistantes aux antibiotiques représente un véritable enjeu de santé publique. Une étude conduite par Santé Publique France a estimé le poids des infections à bactéries multirésistantes en France à 158000 infections et 12000 décès en 2012¹. Dans ce contexte, l'application des mesures de précautions complémentaires en complément des précautions standard est fortement recommandée pour garantir la maîtrise du risque de diffusion des micro-organismes émergents à haut potentiel de transmission croisée dont les modèles sont les BHRE, <i>Clostridium difficile</i>, les EBLSE, et le SARM².</p>
Utilisation	<p>Incitation financière à la qualité, Diffusion publique des résultats par établissement sur www.scopesante.fr</p>
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus.</p>
Numérateur	<p>Nombre de séjours de patients adultes et enfants porteurs ou infectés par une BLSE, BHRE, SARM, <i>Clostridium difficile</i> ou gale pour lesquels on retrouve dans le dossier patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La trace de la mise en place effective des précautions complémentaires contact par l'équipe soignante <p>Et</p> <ul style="list-style-type: none"> • La trace de l'information au patient ou à l'entourage du statut porteur ou infecté par un microorganisme nécessitant la mise en place de précautions complémentaires contact
Dénominateur	<p>Nombre de séjours évalués.</p>
Echantillon	<p>L'analyse rétrospective porte sur 60 dossiers de patients porteurs ou infectés par une entérobactérie productrice de betalactamase à spectre étendue (EBLSE), bactérie hautement résistante émergente (BHRE), <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méticilline (SARM), <i>Clostridium difficile</i> ou gale. et répondant aux codes CIM10 inclus et ne présentant pas d'exclusions secondaires, extraits par requête de la base de données du PMSI, du 1er janvier au 31 décembre 2018.</p>
Critères d'inclusion	<p>Séjours de 72h au minimum</p>

¹ Santé Publique France. Morbidité et mortalité des infections à bactéries multirésistantes aux antibiotiques en France en 2012. Etude burden BMR. 2015.

² Société Française d'hygiène Hospitalière. Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact. HygièneS, 2009.

Critères d'exclusion	Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ; Séjours des nouveau-nés dits « non hospitalisés » ; Séjours avec un GHM erreur Séjours d'enfant de moins de 5 ans avec code A047 en DP, DR, DAS
Mode d'évaluation de l'indicateur PCC	L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. Les éléments requis pour le calcul de l'indicateur seront disponibles une fois l'indicateur validé.

10 Confidentialité

Conformément à la loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les données recueillies seront rendues anonymes avant toute informatisation.

Chaque personne incluse dans la population analysée sera identifiée par un numéro et la table de correspondance entre la personne et les numéros sera conservée par l'établissement.

Chaque référent impliqué dans le recueil des indicateurs du thème est tenu à la confidentialité et à la sécurité des données.

Les expérimentations suivent les règles de la CNIL et du RGPD.

11 Références bibliographiques

1. **Hospitalière, Société Française d'hygiène.** *Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact.* s.l. : HygièneS, 2009.
2. **France, Santé Publique.** *Morbidité et mortalité des infections à bactéries multirésistantes aux antibiotiques en France en 2012. Etude burden BMR.* 2015.
3. **santé, Ministère des solidarités et de la.** *Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins.* 2015.
4. **France, Santé Publique.** *Dossier thématique "résistance aux antiinfectieux".* s.l. : InVS.
5. **ANSES, ANSM, Santé Publique France.** *Consommation d'antibiotiques et résistance aux antibiotiques en France : nécessité d'une mobilisation déterminée et durable.*