



Réseau de Surveillance en Incidence  
des Infections du Site Opérateur

# Protocole 2012

## Surveillance ISO-Sud-Est

### **CCLIN Sud-Est**

Centre de coordination de la lutte  
contre les infections nosocomiales

Hôpital Henry Gabrielle, Villa Alice  
20 route de Vourles - 69 230 - Saint  
Genis Laval

Tél + 33 (0) 4 78 86 49 49  
Fax + 33 (0) 4 78 86 49 48

Secrétariat réseau :

Tél 04 78 86 49 20  
Fax 04 78 86 49 48

E-mail :

[valerie.cellupica@chu-lyon.fr](mailto:valerie.cellupica@chu-lyon.fr)

Site Internet :

<http://cclin-sudest.chu-lyon.fr>

**Décembre 2011**

**Version 16**

## Contributeurs

### Equipe de coordination du réseau de surveillance pour l'inter-région Sud-Est

Dr Marine GIARD	Médecin épidémiologiste, CCLIN Sud-Est, Lyon
Mme Emmanuelle CAILLAT-VALLET	Biostatisticienne, CCLIN Sud-Est, Lyon
Mme Valérie CELLUPICA	Secrétaire, CCLIN Sud-Est, Lyon

### Comité de pilotage interrégional ISO-Sud-Est

Dr Louis AYZAC	Médecin épidémiologiste, CCLIN Sud-Est, Lyon
Dr Emmanuel BEAUDOUIN	Chirurgien, Centre Hospitalier, Chambéry
Dr Claude BERNET	Médecin hygiéniste, CCLIN Sud-Est, Lyon
Mme Martine BESSON	Cadre de santé en Hygiène Hospitalière, ARLIN Auvergne, Clermont-Ferrand
Mme Emmanuelle CAILLAT-VALLET	Biostatisticienne, CCLIN Sud-Est, Lyon
Dr Arnaud CAMBUZAT	Chirurgien, Hôpitaux du Léman, Thonon
Dr Bernard CORONEL	Anesthésiste, Clinique Montplaisir, Lyon
Dr Jean-Yves DUSSEAU	Praticien Hygiéniste, Hôpitaux du Léman, Thonon-les-Bains
Mme Marie-Elisabeth GENGLER	Cadre de santé en Hygiène Hospitalière, ARLIN Rhône-Alpes, Lyon
Dr Marine GIARD	Médecin épidémiologiste, CCLIN Sud-Est, Lyon
Dr Béatrice GRAVAGNA	Président de CLIN – Microbiologie, Clinique Mutualiste Eugène André, Lyon
Dr Joseph HAJJAR	Médecin hygiéniste, EIDLIN Drôme-Ardèche, CH Valence
Mme Anne LORY	Cadre supérieure de santé, ARLIN PACA, Marseille
Dr Isabelle MARTIN	Hygiéniste, Centre Hospitalier, Roanne
Dr Fabrice MONDET	Chirurgien, Polyclinique des Alpes du Sud, Gap
Mme Sylvie MONIER	Cadre de santé en Hygiène Hospitalière, CCLIN Sud-Est
Dr Fabrice PETASSOU	Médecin, Centre Hospitalier, Roanne
Mme RICHAUD-MOREL	Pharmacien, ARLIN Languedoc-Roussillon, Montpellier
Dr Frédéric RONGIERAS	Chirurgien, Centre Hospitalier des armées, Bron

### Comité de pilotage national ISO RAISIN

CCLIN Est	Camille NEELS Loïc SIMON
CCLIN Ouest	Pascal JARNO, <b>coordonnateur national</b> Marion PERENNEC-OLIVIER
CCLIN Paris-Nord	Pascal ASTAGNEAU Cécilia CAMPION François L'HERITEAU
CCLIN Sud-Est	Emmanuelle CAILLAT-VALLET Marine GIARD
CCLIN Sud-Ouest	Emmanuelle REYREAU Caroline BERVAS
InVS	Jean-Michel THIOLET
Expert chirurgiens	Patrice BAILLET (CH Beaune) Franck BRUYERE (CHU Tours) Jean-Louis JOST (CHU Pitié-Salpêtrière, AP-HP) Laurent MERLO (CH Dreux)
Expert hygiéniste	Yannick COSTA (CH Lagny-Marne la Vallée) Sandra MALAVAUD (CHU Toulouse) Véronique MERLE (CHU Rouen) Jean-Christophe SEGUIER (CH Poissy-St Germain en Laye)

# Sommaire

<b>I. Introduction</b> .....	<b>6</b>
<b>I.1. Contexte</b> .....	<b>6</b>
<b>I.2. Objectifs</b> .....	<b>7</b>
<b>II. Surveillance prioritaire « patient based »</b> .....	<b>8</b>
<b>II.1. Modalités générales de la surveillance (le protocole est inchangé)</b> .....	<b>8</b>
<b>II.2. Objectifs de la surveillance prioritaire</b> .....	<b>8</b>
<b>II.3. Inclusions</b> .....	<b>8</b>
II.3.1. Services inclus .....	8
II.3.2. Interventions incluses .....	9
<b>II.4. Variables enregistrées</b> .....	<b>9</b>
<b>III. Surveillance globale agrégée « unit based »</b> .....	<b>10</b>
<b>III.1. Modalités générales de la surveillance (le protocole a changé)</b> .....	<b>10</b>
<b>III.2. Objectifs de la surveillance globale agrégée</b> .....	<b>10</b>
<b>III.3. Inclusions</b> .....	<b>10</b>
III.3.1. Services inclus.....	10
III.3.2. Interventions incluses .....	10
III.3.3. Interventions exclues .....	11
<b>III.4. Variables enregistrées</b> .....	<b>11</b>
<b>IV. Modalités pratiques</b> .....	<b>12</b>
<b>IV.1. Calendrier</b> .....	<b>12</b>
<b>IV.2. Lieu</b> .....	<b>12</b>
<b>IV.3. Personnes impliquées</b> .....	<b>13</b>
<b>IV.4. Recherche d'une ISO</b> .....	<b>13</b>
<b>IV.5. Exhaustivité des données</b> .....	<b>14</b>
<b>IV.6. Application WEBISO</b> .....	<b>14</b>
<b>IV.7. Transmission des données au réseau</b> .....	<b>15</b>
<b>IV.8. Analyses inter-régionales et nationales</b> .....	<b>15</b>
IV.8.1. A l'échelle inter-régionale .....	15
IV.8.1. A l'échelle nationale.....	15
<b>IV.9. Utilisation des résultats</b> .....	<b>16</b>
IV.9.1. Restitution des résultats.....	16
IV.9.2. Conduite à tenir pour les « outliers ».....	16
<b>IV.10. Règles légales</b> .....	<b>17</b>
<b>V. Définitions des infections du site opératoire</b> .....	<b>18</b>
<b>V.1. Les infections du site opératoire, en général</b> .....	<b>18</b>
<b>V.2. Infection de la partie superficielle de l'incision</b> .....	<b>18</b>
<b>V.3. Infection de la partie profonde de l'incision</b> .....	<b>19</b>
<b>V.4. Infection de l'organe / espace concerné par l'intervention</b> .....	<b>19</b>
<b>VI. Annexes</b> .....	<b>20</b>
<b>Annexe 1. Surveillance prioritaire « patient »</b> .....	<b>21</b>
Annexe 1a. Variables de la surveillance prioritaire « patient » .....	21
Annexe 1b. Codes RAISIN des interventions prioritaires .....	26
Annexe 1c. Codes CCAM des interventions prioritaires.....	27
<b>Annexe 2. Surveillance globale « agrégée »</b> .....	<b>39</b>
Annexe 2a. Variables de la surveillance globale « agrégée » .....	39
Annexe 2b. Codes RAISIN de la surveillance globale .....	41
Annexe 2b. Codes CCAM de la surveillance globale .....	46

<b>Annexe 3. Index NNIS .....</b>	<b>47</b>
Annexe 3a. Définition et calcul de l'index NNIS.....	47
Annexe 3b. Score ASA .....	47
Annexe 3c. Classe de contamination d'Altemeier .....	48
Annexe 3d. Valeurs des percentiles 75 observés pour les durées d'intervention 1999-2010 (base nationale) et seuils retenus pour le calcul de l'index NNIS.....	49
<b>Annexe 4. Codes des micro-organismes et des phénotypes de résistance aux antibiotiques .....</b>	<b>50</b>
<b>Annexe 5. Codes des spécialités .....</b>	<b>53</b>
<b>Annexe 6. Courriers d'aide au suivi du patient après la sortie .....</b>	<b>54</b>
Annexe 6a. Courrier à adresser au patient :.....	55
Annexe 6b. Courrier à adresser au médecin.....	56
<b>Annexe 7 : Importation de données .....</b>	<b>57</b>

# Les évolutions du protocole

## 2008

1. Le principe de la surveillance ciblée (avec codes d'intervention et période de recueil spécifiques) est supprimé. La surveillance est globale et se déroule durant le 1<sup>er</sup> semestre de l'année.
  - Si les services le souhaitent, la surveillance peut ne concerner qu'une ou plusieurs interventions définies comme prioritaires dans les différentes spécialités par le comité de pilotage du RAISIN.
  - Il n'y a pas de codes spécifiques. Les codes des 17 interventions considérées comme prioritaires par le RAISIN font partie du thésaurus utilisé dans le cadre de la surveillance globale.
  - Il faut alors inclure au moins 100 actes opératoires de la même spécialité entre janvier et juin soit 6 mois.
2. Création de nouveaux codes interventions (PARO, RPTH, VEIN, RTUP).

## 2009

1. Suppression de l'item « chirurgie ambulatoire ».
2. Précision quant à la liste des interventions exclues de la surveillance (page 9).

## 2010

1. Modification du code PROS « Intervention sur la prostate.... Et les vésicules séminales ».
2. Précision des modalités de la variable concernant le mode diagnostique de l'ISO.
3. Précision de la variable « urgence » pour les césariennes.
4. Ajout d'une variable « diagnostic par le chirurgien » oui/non.
5. Ajout d'une variable « chirurgie carcinologique » oui/non.

## 2011

1. Ajout du code OESO « Chirurgie concernant l'œsophage (y compris la chirurgie du méga-oesophage) ».
2. Ajout de codes CCAM pour les codes COLO, LAMI, PROS, RPTH.
3. Modification des modalités de codage des variables SENS1...
4. Actualisation du thésaurus pour le codage des germes.

## En Bref... Les modifications pour l'année 2012

1. Une modification fondamentale à partir de 2012 : **la surveillance globale par patient est supprimée.**
2. Les services auront le choix entre :
  - **une surveillance globale «agrégée» (unit based)** : des données concernant le patient (âge, sexe, infection...) et l'intervention (code, date) ne sont recueillies qu'en cas d'ISO.
  - **la surveillance «patient» (patient based) est maintenue** pour les groupes d'interventions prioritaires avec un protocole inchangé.
3. **La liste des interventions pour le code PROS a été réduite** (annexe 1c).

**Note :** Le comité de pilotage RAISIN du réseau de surveillance ISO se réunit annuellement pour décider de la poursuite ou de certaines modifications du protocole pour l'année suivante. **Il faut donc vérifier sur le site du CCLIN en fin d'année si un nouveau protocole est mis en circulation pour l'année suivante.**

## Contacts

Secrétariat réseaux de surveillance

Valérie CELLUPICA

[valerie.cellupica@chu-lyon.fr](mailto:valerie.cellupica@chu-lyon.fr)

tel : 04 78 86 49 20

Gestion informatique des données

Emmanuelle CAILLAT-VALLET

[emmanuelle.caillat-vallet@chu-lyon.fr](mailto:emmanuelle.caillat-vallet@chu-lyon.fr)

Méthodologie de surveillance

Dr Marine GIARD

[marine.giard@chu-lyon.fr](mailto:marine.giard@chu-lyon.fr)

# I. Introduction

## I.1. Contexte

Selon l'Enquête Nationale de Prévalence réalisée en France en 2006, les infections du site opératoire (ISO) représentent 14% des infections nosocomiales ce qui correspond à la 3<sup>e</sup> place après les infections urinaires (30%) et les pneumopathies (15%). En revanche dans la littérature, les ISO se situent au 1<sup>er</sup> rang en termes de durée de séjour supplémentaire et coût additionnel. Le **taux d'ISO** chez les patients opérés est sur le plan national de 1,8% pour la prévalence (ENP 2006) et de l'ordre de 1 à 3% pour les enquêtes d'incidence (CCLIN, CDC, ...). Les travaux de Cruse et Foord, confirmés par Haley (enquête SENIC) ont démontré que dans certaines conditions, 30% de ces infections pouvaient être évitées par un programme couplé de surveillance et de prévention. L'analyse des données nationales montre, comme aux USA, la réduction des taux d'ISO (38% globalement et 33% pour les interventions à faible risque infectieux entre 1999 et 2006) après la mise en place d'une politique de lutte contre les infections nosocomiales. La restitution des taux d'infection à l'équipe médico-chirurgicale concernée (service de chirurgie et bloc opératoire) est un élément fondamental de ce programme. Ainsi la surveillance est une démarche interne d'évaluation pour une amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins : connaître les taux pour des secteurs, des groupes de patients, ou des procédures de soins à risque élevé, suivre leur évolution dans le temps, sensibiliser les équipes au risque infectieux et à l'écologie microbienne, cibler les priorités de prévention, corriger, adapter et développer les pratiques de soins...

Pour fournir un outil d'évaluation aux établissements et suivant les recommandations nationales, le CCLIN Sud-Est a créé en 1993 un **réseau de surveillance des ISO** auquel peuvent adhérer de façon volontaire tous les services de chirurgie des établissements de santé de l'inter-région Sud-Est. Depuis 1999, la méthodologie de surveillance des ISO est standardisée au niveau national par le réseau national d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN), regroupant les 5 CCLIN et l'InVS. Cette surveillance est également compatible avec le protocole de surveillance développé dans le cadre du projet européen coordonné par l'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control), anciennement HELICS (Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance) puis IPSE (Improving patient safety in Europe).

Plusieurs pays européens proposent de **limiter la surveillance** à certaines interventions chirurgicales, témoins du niveau de risque de l'unité chirurgicale dans laquelle ce risque ISO est mesuré (Belgique, Pays-Bas, Grande-Bretagne, ...). C'est aussi l'approche d'un protocole européen développé dans le cadre du projet HELICS. Pour aller dans ce sens, le protocole de surveillance ISO permet aux établissements d'effectuer une surveillance ciblée depuis 2005, et prioritaire depuis 2008. Pour faciliter plus encore la participation des services les plus réticents et pour suivre les recommandations européennes, le comité de pilotage national de la surveillance des ISO propose en 2012 de recueillir les données sur un mode agrégé pour les services optant pour une surveillance globale.

La réflexion nationale sur les **indicateurs** de suivi du risque infectieux nosocomial dans les établissements de santé évolue depuis quelques années. Elle intègre la prévention du risque d'ISO sous forme d'un indicateur de procédures (SURVISO = proportion de services de chirurgie de l'établissement ayant mis en place une surveillance ISO) et non d'un indicateur de résultats. La mise en place de cet indicateur a participé à la sensibilisation des équipes chirurgicales à la surveillance et à la prévention des ISO et donne une information aux usagers. Un nouvel indicateur de processus (ICALISO), plus complet, est en cours d'élaboration. La production d'un indicateur national ISO quantitatif est mentionné dans le programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2012 et utilisé dans les objectifs quantifiés : « *en 2012, le taux d'incidence des infections du site opératoire pour 100 actes, pour des interventions ciblées à faible risque d'infection, a diminué globalement d'un quart, y compris pour les infections profondes (données de référence : ISO RAISIN 2008)* ».

## I.2. Objectifs

Grâce à un système standardisé, la surveillance des **ISO en réseau** permet :

- **à l'échelon des services**
  - de disposer d'un protocole standardisé et d'un contrôle de la qualité des données
  - de connaître les principales caractéristiques des ISO et les taux de base du service
  - de décrire la population des patients opérés et les principaux facteurs de risques des ISO
  - de suivre l'évolution des taux dans le temps
  - de se positionner par rapport à un ensemble de services et de patients comparables
  - d'obtenir des données pour cibler les priorités de prévention et apporter d'éventuelles corrections
  - d'évaluer l'impact de la mise en place de nouvelles pratiques de soins (étude avant-après).
  
- **à l'échelon national/régional, grâce à la constitution de bases de données importantes**
  - de décrire l'épidémiologie des infections et des micro-organismes responsables
  - d'étudier les facteurs de risque d'infection
  - de produire des données de référence à l'échelle nationale
  - d'étudier les tendances à un niveau régional ou national (évolution des taux dans le temps)
  - de comparer les résultats avec d'autres réseaux de méthodologie similaire (RAISIN, Europe).

Ces différentes étapes sont possibles grâce à une standardisation de la méthodologie de surveillance (critères d'inclusion, définitions...), au respect strict du protocole et à la possibilité d'ajustement des taux d'infection en fonction des facteurs de risque. La finalité de ce cycle d'amélioration continue de la qualité couplant surveillance et prévention est la réduction du taux des infections du site opératoire.

Certains objectifs comme l'étude des facteurs de risque et la comparaison des résultats avec ceux d'autres services ou établissements ne peuvent être atteints qu'avec la surveillance « patient », maintenant dédiée aux interventions prioritaires, et non avec la surveillance « agrégée », dévolue à la surveillance globale.

## II. Surveillance prioritaire « patient based »

### II.1. Modalités générales de la surveillance (le protocole est inchangé)

Pour les services souhaitant surveiller une ou plusieurs interventions dans un groupe d'interventions considérées comme prioritaires (Cf. liste ci-après) et souhaitant pouvoir comparer les résultats de la surveillance du service à des données standardisées sur les caractéristiques du patient, du séjour et de l'intervention, le protocole reste inchangé. Les données individuelles sont à renseigner pour chaque patient :

- données administratives : dates d'entrée dans l'établissement, de sortie du service, d'intervention, de dernier contact, statut vital à la sortie du service
- facteurs de risque liés au patient : date de naissance, sexe, score ASA, classe de contamination, chirurgie carcinologique
- facteurs de risque liés à l'intervention : type d'intervention, codes CCAM et RAISIN, durée, urgence, procédure multiple, implant / prothèse, cœlio /vidéochirurgie, opérateur
- présence d'une ISO : site de l'infection, date d'apparition, critère diagnostique, ISO validée par le chirurgien, micro-organismes (+/- résistance ATB), reprise chirurgicale.

Les professionnels du service doivent inclure **au moins 100 interventions consécutives** de la même spécialité entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 30 juin. **Il ne doit pas y avoir de sélection des interventions.** La surveillance de chaque patient s'exercera pendant 1 mois minimum à compter de la date d'intervention (la date de dernier contact permet d'évaluer ce suivi post-opératoire de 1 mois).

### II.2. Objectifs de la surveillance prioritaire

Les objectifs sont de :

- permettre aux chirurgiens de connaître le niveau de risque infectieux dans leur activité (service, unité, spécialité, ...)
- permettre aux services/unités de chirurgie de se positionner par rapport à un ensemble de services/unités et de patients comparables
- améliorer la qualité des soins en favorisant localement la surveillance des ISO
- construire et valider à large échelle des indicateurs permettant de rendre compte du risque ISO ajusté sur des facteurs influençant ce risque
- analyser des tendances évolutives sur l'ensemble des interventions et pour chacune des interventions
- produire des données de référence à l'échelle nationale.

### II.3. Inclusions

#### II.3.1. Services inclus

Les services ou équipes chirurgicales sont invités à participer aux réseaux de surveillance sur la base du volontariat.

Seules les spécialités suivantes peuvent participer à la surveillance prioritaire :

- chirurgie digestive
- orthopédie
- neurochirurgie
- gynécologie
- urologie
- chirurgie vasculaire.

## II.3.2. Interventions incluses

Exemple : Si la spécialité retenue pour la surveillance prioritaire est la chirurgie digestive, il faudra que la somme des 4 procédures mentionnées dans le tableau 1 pour la surveillance prioritaire de cette spécialité (CHOL – HERN – COLO – APPE) soit au moins égale à 100.

**Tableau 1 : Liste des interventions retenues pour la surveillance prioritaire 2012**

Spécialité	Code CCLIN	Libellé
<b>Chirurgie digestive</b>		
<i>au moins 100 interventions sur l'ensemble des 4 procédures</i>	<b>CHOL</b>	Cholécystectomie avec ou sans geste sur la voie biliaire principale
	<b>HERN</b>	Cure de hernie inguinale ou crurale, uni ou bilatérale ou de la paroi antérieure avec ou sans prothèse
	<b>COLO</b>	Chirurgie colorectale
	<b>APPE</b>	Appendicectomie (complémentaire ou pour lésion appendiculaire, péritonite et abcès appendiculaires)
<b>Orthopédie</b>		
<i>au moins 100 interventions sur l'ensemble des 4 procédures</i>	<b>PTTH</b>	Prothèse totale de hanche (de 1 <sup>ère</sup> intention)
	<b>PTHA</b>	Prothèse de hanche (de 1 <sup>ère</sup> intention) à l'exclusion des prothèses totales (PTTH) = prothèse non totale de hanche de 1 <sup>ère</sup> intention
	<b>RPTH</b>	Reprise de prothèse de hanche (reprise de PTH, totalisation ou PTH après arthrolyse)
	<b>PTGE</b>	Prothèse articulaire de genou
<b>Neurochirurgie</b>		
<i>au moins 100 interventions sur l'ensemble des 2 procédures</i>	<b>HDIS</b>	Chirurgie de hernie discale à l'étage lombaire par abord postérieur sans laminectomie, sans ostéosynthèse et sans arthrolyse
	<b>LAMI</b>	Intervention sur le rachis (exploration ou décompression de la moelle épinière ou des racines nerveuses par excision/incision de structures vertébrales – os ou disque) à l'exclusion de la chimionucléolyse et de HDIS
<b>Gynécologie</b>		
<i>au moins 100 interventions sur l'ensemble des 4 procédures</i>	<b>CESA</b>	Césarienne
	<b>HYSA</b>	Hystérectomie par voie abdominale
	<b>HYSV</b>	Hystérectomie par voie vaginale
	<b>SEIN</b>	Chirurgie mammaire (abcès, plastie, reconstruction, ablation de nodule, mastectomie totale)
<b>Urologie</b>		
<i>au moins 100 interventions sur l'ensemble des 2 procédures</i>	<b>PROS</b>	Intervention sur la prostate et les vésicules séminales, sauf adénomectomie et résection transurétrale de prostate (RTUP)
	<b>RTUP</b>	Résection transurétrale de prostate
<b>Chirurgie vasculaire</b>		
<i>au moins 100 interventions sur la procédure</i>	<b>VPER</b>	Chirurgie d'exérèse veineuse du membre inférieur

Avant de déterminer l'indicateur ISO sur lequel la surveillance ciblée va être effectuée, il est conseillé d'estimer le nombre attendu d'interventions pour le semestre à venir à partir de la base de données PMSI en effectuant une sélection sur les codes CCAM.

La liste des codes CCAM inclus dans chaque groupe d'intervention est détaillée en annexe 1c.

## II.4. Variables enregistrées

Les noms, caractéristiques (taille et format) ainsi que les codes de saisie des variables pour la surveillance patient des groupes d'interventions prioritaires sont décrits dans l'annexe 1a. Un modèle de fiche avec les items est disponible sur le site internet du CCLIN Sud-Est.

## III. Surveillance globale agrégée « unit based »

### III.1. Modalités générales de la surveillance (le protocole a changé)

Pour les services optant pour une surveillance globale, toutes les interventions chirurgicales sont incluses. Par contre, le recueil de données est réduit. Des données individuelles **ne sont recueillies qu'en cas d'ISO** :

- données administratives : service, date de sortie, date d'intervention, statut vital à la sortie du service
- facteurs de risque liés au patient : date de naissance, sexe
- facteurs de risque liés à l'intervention : codes CCAM et RAISIN
- présence d'une ISO : site de l'infection, date d'apparition, micro-organismes (+/- résistance ATB).

**Aucune de ces données n'est recueillie en l'absence d'ISO.**

Les inclusions se font pendant au moins 2 mois, entre janvier et juin, avec 1 mois de surveillance postopératoire, soit donc 3 mois minimum au total. Il est souhaitable d'atteindre 100 interventions incluses et un minimum de 50 interventions est indispensable. **Il ne doit pas y avoir de sélection des interventions** : toutes les interventions du service ou de la spécialité chirurgicale effectuées pendant la période doivent être incluses.

### III.2. Objectifs de la surveillance globale agrégée

Les objectifs sont de :

- permettre aux chirurgiens de connaître le niveau de risque infectieux dans leur activité (service, unité, spécialité, ...)
- analyser des tendances évolutives sur l'ensemble des interventions et pour chacune des spécialités chirurgicales
- améliorer la qualité des soins en favorisant localement la surveillance des ISO
- produire des données de référence à l'échelle inter-régionale.

**Important** : en l'absence de données de standardisation, le service de chirurgie ne pourra pas se positionner par rapport à un ensemble de services/unités et de patients comparables.

### III.3. Inclusions

#### III.3.1. Services inclus

Les services ou équipes chirurgicales sont invités à participer aux réseaux de surveillance sur la base du volontariat. Toutes les spécialités peuvent participer à la surveillance globale.

#### III.3.2. Interventions incluses

Tous les actes chirurgicaux, y compris la chirurgie ambulatoire (si un suivi est réalisable) sont inclus. On entend par intervention la réalisation d'une ou plusieurs procédures chirurgicales effectuées sur un patient lors d'une seule visite au bloc opératoire. Une procédure chirurgicale est un traitement chirurgical défini dans le catalogue des actes médicaux français.

Si plusieurs procédures sont effectuées dans le même temps opératoire, seule la procédure principale sera prise en compte. L'intervention principale est celle nécessitant l'acte chirurgical dont la durée est la plus longue.

**Sont inclus** dans l'étude :

- toutes les interventions chirurgicales (voir codes des interventions en annexe 2b). Les interventions ne figurant pas dans la liste établie seront codées en « autres » (AUTR)
- tout acte endoscopique à visée thérapeutique, réalisé au bloc de chirurgie par un chirurgien.

L'ensemble des codes CCAM, à visée thérapeutique, a fait l'objet d'un transcodage selon la nomenclature RAISIN (annexe 2c, site internet du CCLIN Sud-Est). Le fichier de transcodage est accessible à partir de l'application WEBISO ou sur le site du CCLIN. Les interventions qui n'ont pas été incluses, par exemple celles de la liste non exhaustive ci-dessous, ont été codées en EXCL.

### III.3.3. Interventions exclues

Sont notamment exclus de l'étude :

- les interventions pour pose de voie d'abord vasculaire (voies veineuses centrales, sites implantables)
- les poses de pace maker
- la mise en place d'une sonde d'entraînement
- les actes de radiologie interventionnelle
- les actes à visée diagnostique (les biopsies cutanées, explorations et biopsies endoscopiques à visée diagnostique exclusive par voies naturelles, coelioscopie exploratrice sans acte thérapeutique)
- les biopsies de prostate
- les actes d'endoscopie digestive réalisés par les gastro-entérologues (résection endoscopique de polype, cathétérisme des voies biliaires, sphinctérotomie endoscopique)
- les actes d'endoscopie urinaire à visée diagnostique (uréthroscopie, cystoscopie, urétéroscopie), la montée ou le changement de sonde JJ, la dilatation méatique
- les ré interventions chirurgicales au niveau d'une même localisation opératoire en raison d'une complication (infectieuse ou non) de l'intervention précédente (sauf si le temps écoulé entre les deux interventions est supérieur à 30 jours)
- l'accouchement par voie naturelle
- les interruptions volontaires de grossesse, les interruptions thérapeutiques de grossesse, les curetages
- la fécondation in vitro
- l'ablation d'implant contraceptif
- la pose et le changement de stérilet
- certaines interventions concernant la peau et les tissus mous : épisiotomie, circoncision
- l'incision d'abcès cutanés superficiels (panaris, abcès de la marge anale, Bartholinite...)
- les pansements de brûlures
- les injections intra-vitréennes
- les trachéotomies, les exérèses de lésions de l'arbre bronchique par laser
- les poses de drains
- les interventions dentaires qui peuvent être réalisées ailleurs qu'au bloc opératoire.

### III.4. Variables enregistrées

Les noms, caractéristiques (taille et format) ainsi que les codes de saisie des variables pour la surveillance agrégée globale sont décrits dans l'annexe 2a.

## IV. Modalités pratiques

### IV.1. Calendrier

- Dans un souci de comparabilité des données enregistrées, le risque d'ISO fluctuant au cours de l'année, la période de surveillance devra avoir lieu entre le **1<sup>er</sup> janvier et le 30 juin 2012**
- Tout patient inclus doit être suivi jusqu'à **30 jours après l'intervention**.
- Les modalités varient suivant le type de surveillance :
  - **surveillance prioritaire** : la surveillance pourra durer jusqu'à 6 mois (inclusion d'au moins 100 interventions consécutives de la même spécialité)
  - **surveillance globale agrégée** : la durée minimum est de 2 mois d'inclusion des patients opérés (tous les patients du service/spécialité opérés durant la période) soit, avec un suivi au 30<sup>ème</sup> jour du dernier patient opéré inclus, une période minimale de surveillance de 3 mois au total pendant le 1<sup>er</sup> semestre de l'année 2012. Le nombre d'interventions incluses doit être au minimum de 50, l'objectif étant d'en inclure une centaine.
- Au plus tard le **30 septembre 2012**, les données sont validées pour transmission au CCLIN Sud-Est.  
Ce délai est impératif. Les données des services qui sont validées après le 30 septembre ne seront pas incluses dans la base de données globale pour le rapport annuel.

**2012**

	Ja	Fe	Ma	Av	Ma	Jn	Ju	Ao	Se	Oc	No	De
<b>Inclusion des patients</b>												
<b>Suivi post-op. de 1 mois</b>												
<b>Envoi des données</b>												

Gestion informatique des données  
 Secrétariat réseaux de surveillance

Emmanuelle CAILLAT-VALLET  
 Valérie CELLUPICA

[emmanuelle.caillat-vallet@chu-lyon.fr](mailto:emmanuelle.caillat-vallet@chu-lyon.fr)  
[valerie.cellupica@chu-lyon.fr](mailto:valerie.cellupica@chu-lyon.fr)

### IV.2. Lieu

Le lieu de la surveillance est le service ou l'unité de chirurgie. Pour la surveillance prioritaire « patient », idéalement, les questionnaires suivent le chemin suivant.

**Au niveau de la consultation d'anesthésie** : il est possible d'ouvrir la fiche de recueil en renseignant les données administratives et l'ASA.

**Au bloc opératoire** : recueil des données sur l'ensemble des interventions surveillées :

- renseignements administratifs si non recueillis en consultation d'anesthésie,
- renseignements concernant l'intervention et le patient (privilégier le codage par l'opérateur au plus proche du séjour d'hospitalisation).

**Au niveau de l'unité de soins** : recueil des données de l'infection éventuelle durant le séjour et vérification à la sortie du patient de la présence ou de l'absence d'une infection.

**Au niveau de la consultation de contrôle** : Un rendez-vous de consultation post-hospitalisation donné de façon systématique au patient dès sa sortie diminue les perdus de vue. Les patients opérés en ambulatoire devront bénéficier du même suivi. Il n'y a pas lieu de re-convoquer systématiquement les patients, mais toute information concernant une ISO dans les 30 jours, notamment lors d'une consultation post-hospitalisation, doit pouvoir être intégrée dans le questionnaire. La date de consultation (ou de dernier contact) est également notée.

### IV.3. Personnes impliquées

#### **Le responsable de la commission de la CME en charge de la coordination de la LIN**

Il est responsable de la mise en place de la surveillance dans le(s) service(s) / unité(s) de chirurgie dans son établissement. Ses fonctions comprennent :

- informer la direction de l'établissement, la CME...
- prévenir et convaincre les chefs de service ou responsables médicaux de l'intérêt de la surveillance
- coordonner lui-même l'enquête ou nommer un référent local de la surveillance en accord avec le service ou responsable médical des secteurs surveillés (référent ISO).

#### **Le référent ISO**

Ce peut être le président de la commission de la CME ayant en charge la gestion du risque infectieux, le praticien en hygiène ou toute autre personne dans l'établissement. Ses fonctions comprennent :

- identifier un référent médical dans le ou les service(s) / unité(s) qui participent au réseau
- organiser la méthodologie du circuit de la fiche
- mettre en place des réunions d'information visant à expliquer les objectifs et le principe de fonctionnement de la surveillance à l'équipe du bloc opératoire ET des secteurs d'hospitalisation et de consultation
- former les personnels impliqués à la méthodologie de la surveillance
- contrôler le bon déroulement de l'enquête
- s'assurer de la qualité des informations recueillies dans les services et de la bonne information des patients (lettre d'information des opérés à afficher dans le service ou à transmettre au patient)
- valider les fiches avant la saisie informatique (données manquantes ou aberrantes)
- contrôler, après saisie informatique, la présence de doublons ou de données manquantes
- transmettre les informations entre les différents acteurs (service, commission ayant en charge la gestion du risque infectieux, CCLIN...)
- restituer les informations au chef de service ou au responsable médical et à l'ensemble de l'équipe de chirurgie avec commentaires explicatifs.

#### **Le référent médical**

Il est désigné par le chef de service ou responsable médical du secteur chirurgical surveillé. Ses fonctions comprennent :

- valider les infections pendant l'hospitalisation et lors de la consultation (pour l'information à J30) en lien avec l'équipe opérationnelle en hygiène (praticien ou infirmière hygiéniste)
- établir une méthodologie de surveillance pour le service, en accord avec le référent ISO.

#### **L'équipe opérationnelle en hygiène (EOH)**

Ses fonctions comprennent :

- apporter une assistance technique et méthodologique pour la surveillance
- valider le recueil de données avec le référent ISO.

#### **Les autres services**

Le Département d'Information Médicale (DIM) et/ou le service informatique de l'établissement ont également leur rôle :

- pour la **surveillance prioritaire** : assurer une éventuelle liaison informatique avec les logiciels locaux de données administratives (gestion des entrées...) et ou médicales (gestion du bloc opératoire...) afin d'éviter la double saisie des données
- pour la **surveillance globale agrégée** : transmettre le nombre d'interventions du service pour une période donnée
- apporter un appui méthodologique.

### IV.4. Recherche d'une ISO

**En cas de surveillance par une personne extérieure au service**, des visites régulières sur le terrain doivent être organisées, améliorant la qualité des informations recueillies et sensibilisant le personnel soignant à la surveillance et à la prévention de l'ISO. Une discussion régulière des cas d'infections ou cas à problèmes doit être menée avec l'équipe chirurgicale (médecins, infirmiers...) afin de valider les infections. Cette étape de validation organisée par le référent est indispensable afin d'obtenir des données de qualité et d'avoir confiance dans les résultats obtenus.

**La recherche d'une ISO** s'oriente grâce à plusieurs sources d'information. En effet, aucune, prise isolément, n'est assez sensible pour garantir des données de bonne qualité. On s'appuiera donc sur :

- l'examen du dossier médical et infirmier, y compris données du PMSI
- l'examen de la feuille de température (hyperthermie)
- la recherche de la prescription d'antibiothérapie
- l'examen des résultats bactériologiques ou d'examens complémentaires...

**Un effort particulier doit être fait pour la recherche d'une ISO après la sortie du service, quelque soit le type de surveillance.**

Le suivi du patient durant les 30 jours post-opératoires est sans doute la partie la plus délicate à organiser mais demeure fondamentale puisque près d'un tiers des infections surviennent après la sortie du patient.

- Un rendez-vous de consultation post-hospitalisation donné de façon systématique au patient dès sa sortie diminue les perdus de vue. Les patients opérés en ambulatoire devront bénéficier du même suivi.
- Le professionnel en charge du suivi (chirurgien, médecin traitant, médecin de SSR, IDE, kinésithérapeute...) est incité à communiquer la présence d'une infection éventuelle (complément d'information) à la personne chargée de la surveillance.
- Les moyens suivants peuvent être utilisés : rendez-vous réguliers avec le référent surveillance, affiche explicative, contact téléphonique, phrase d'information systématique dans le courrier de sortie, fiche pré-remplie à remettre au patient ou au professionnel en charge du suivi et à renvoyer 1 mois après l'intervention (exemple en annexe 6)....

Il n'y a pas lieu de re-convoquer systématiquement les patients, mais toute information concernant une ISO dans les 30 jours, notamment lors d'une consultation post-hospitalisation, doit pouvoir être intégrée dans le questionnaire.

**Une fiche « outil d'aide à l'investigation d'une ISO »** est téléchargeable sur le site Internet du CCLIN Sud-Est (<http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Signalement/CAT/sommaire.html>) et peut donner des orientations pour la recherche d'hypothèses de sources d'infection.

## IV.5. Exhaustivité des données

L'exhaustivité de la surveillance (**inclusion de toutes les interventions chirurgicales éligibles**) pendant la période de surveillance est fondamentale pour la qualité de la surveillance. Le référent devra vérifier la concordance entre le nombre de fiches remplies et le nombre d'opérés relevé sur les cahiers de bloc (en tenant compte des exclusions) et/ou en comparant le fichier de surveillance avec d'autres sources : registres administratifs, données du DIM...

Avant validation du fichier, l'application WEBISO vous permet d'effectuer un contrôle de l'exhaustivité du recueil de données.

## IV.6. Application WEBISO

Depuis 2010, la saisie, la validation des données et la production de rapport automatisés se fait par internet dans l'application WEBISO sur un site sécurisé accessible à partir de site du CCLIN Sud-Est : [http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Reseaux/ISO/ISO\\_accueil.html](http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Reseaux/ISO/ISO_accueil.html).

Les **droits des utilisateurs** sont les suivants :

- référent établissement : droit de saisie et de production de rapports pour les différents services de l'établissement
- référent service : droit de saisie et de production de rapports pour le service dont il est référent
- utilisateur de l'établissement (coordonnateur de la LIN, contact EOH) : droit de consultation du rapport de l'établissement, pas de droit de saisie
- utilisateur du service (chef de service) : droit de consultation des rapports du service et de l'établissement, pas de droit de saisie.

Tous ces utilisateurs ont également droit de consultation des rapports nationaux, inter-régionaux (inter-région Sud-Est) et régionaux (région de l'établissement).

**L'importation de données** saisies sur un autre logiciel dans l'application WEBISO est possible. Le format des données pour la surveillance prioritaire doit respecter celui décrit en annexe 7.

Deux niveaux de **validation des données** existent :

- une première par le référent surveillance après vérification des données à l'aide de l'application (voir guide utilisateur)
- une seconde validation par le CCLIN Sud-Est, après demande éventuelle de corrections.

L'application WEBISO permet aux référents de l'établissement de santé (ES) d'**éditer leurs résultats**, dès la validation de leurs données, sous forme d'un poster d'une page et d'un rapport résumé de 3 pages. L'application permet également de récupérer (au format texte) des fichiers de données de surveillance de l'ES pour des analyses complémentaires éventuelles.

Enfin, l'application WEBISO permet aux établissements de **poursuivre la surveillance en dehors des périodes d'inclusion dans le réseau et des définitions du protocole**, pour pouvoir inclure notamment les ISO sur prothèse jusqu'à 1 an. Des rapports des services et ou de l'établissement peuvent être produits sur les périodes choisies. Cependant, les rapports produits à partir de données non comprises dans la période d'inclusion du réseau ISO Sud-Est sont élaborés à partir de données non validées par le CCLIN Sud-Est. Ces données non validées ne sont pas incluses dans les rapports régionaux, inter-régionaux et nationaux.

## IV.7. Transmission des données au réseau

Le calendrier des transmissions est le suivant :

- les données des ES seront contrôlées (données manquantes, cohérence...) et validées par le CCLIN au cours du mois **d'octobre 2012**
- les bases de données interrégionales seront validées par les CCLIN avant le 15 novembre 2012 pour constituer la base nationale
- un rapport inter-régional sera publié sous forme électronique au 1<sup>er</sup> semestre de l'année suivante et un rapport national au troisième trimestre de l'année suivante
- le réseau national ISO-RAISIN participe au projet européen coordonné par l'ECDC. Pour la constitution d'une base européenne d'interventions, les données compatibles avec le protocole européen lui seront transmises. L'objectif de ce réseau européen est la construction d'un référentiel européen de risque ISO.

## IV.8. Analyses inter-régionales et nationales

### IV.8.1. A l'échelle inter-régionale

- l'analyse des données de la surveillance prioritaire ne comprendra pas le calcul des ratios standardisés d'incidence, effectué au niveau national
- l'analyse des données de la surveillance globale sera rendue en taux d'incidence d'ISO pour 100 interventions par spécialité.

### IV.8.1. A l'échelle nationale

Seule une analyse des données de la surveillance prioritaire sera effectuée.

Seules les ISO survenues dans les 30 jours suivant l'intervention, y compris pour les poses de prothèses, seront comptabilisées.

Seront calculés :

- les taux d'incidence d'ISO pour 100 interventions (durant l'ensemble du suivi, pendant ou après le séjour hospitalier)
- les taux d'ISO stratifiés sur :
  - les groupes d'intervention (cf. annexe 1b)
  - le score NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance system - CDC - Atlanta)
  - le degré de profondeur de l'ISO pour les groupes d'interventions les plus fréquentes
- des densités d'incidence pour 1000 jours de suivi. Ce type d'indicateur permettra des comparaisons avec les réseaux de surveillance européens pour lesquels la durée de suivi n'est pas la même qu'en France.
- des **ratio standardisé d'incidence (RSI)** calculés pour chaque service, uniquement pour la surveillance des interventions prioritaires : cet indicateur tient compte à la fois des composantes du score NNIS et d'autres paramètres influençant le risque ISO. Les services ou unités de chirurgie seront répartis selon leur indicateur de risque ISO. Pour le calcul du RSI, un

recrutement minimal de 100 patients par service (pour que les données aient un minimum de pertinence, en particulier dans la précision de la mesure) et une bonne exhaustivité dans le renseignement des différentes variables (au-delà de 10% de fiches avec des variables manquantes, le RSI ne sera pas calculé) sont nécessaires.

Les **tendances évolutives** des indicateurs de risque ISO seront également suivies. Pour pouvoir interpréter ces tendances, seuls les services ou unités de chirurgie ayant participé plusieurs années de suite à cette procédure de surveillance seront inclus. Cette analyse nécessite que les établissements et les services ou unités de chirurgie aient des codes spécifiques, non redondants, suivis année après année.

## IV.9. Utilisation des résultats

### IV.9.1. Restitution des résultats

L'impact de la surveillance sur les taux d'infections du site opératoire est étroitement lié à la restitution des résultats aux équipes concernées dans les délais les plus brefs et à l'analyse de ces résultats pour mettre en œuvre les éventuelles mesures correctives.

Dès la production de ses résultats, en se référant aux résultats de l'année précédente, puis à l'aide du rapport général, chaque service peut situer son taux d'ISO parmi ceux de l'ensemble des autres services du réseau pour des niveaux de risque comparables. Certains services sont déterminés comme "outlier", c'est-à-dire que le taux est soit "anormalement" élevé, mais aussi anormalement bas (comparaison établie tout particulièrement avec le taux d'ISO observé pour les interventions de NNIS égal à 0). Cette situation "d'outlier" constitue une sonnette d'alarme et doit conduire le service à rechercher la ou les causes de ce taux "hors norme". Le CCLIN Sud-Est se charge d'informer les services concernés et de leur transmettre une fiche de conduite à tenir.

Pour optimiser l'utilisation des résultats de la surveillance, le CCLIN Sud-Est encourage fortement les établissements à coupler cette surveillance à des revues de morbidité et mortalité (RMM).

### IV.9.2. Conduite à tenir pour les « outliers »

L'origine d'un taux "hors norme" peut être en rapport avec un des 3 éléments suivants (mais la liste n'est pas exhaustive) :

- **Des problèmes dans la méthodologie de la surveillance**
  - Recueil du dénominateur (population surveillée) : petits effectifs, erreurs dans les critères d'inclusion, exhaustivité incomplète, etc.
  - Recueil du numérateur (infections) : erreur dans les définitions, insuffisance des méthodes de diagnostic et/ou de validation, etc.

Dans les 2 cas, il importe de revoir l'organisation de la surveillance au niveau des différentes étapes qui la composent. Quelques points clés peuvent être cités :

- *contrôle de l'exhaustivité par comparaison du nombre fiches avec les cahiers de blocs,*
  - *révision des critères d'inclusion,*
  - *sensibilisation et formation des personnes chargées du recueil des données (définitions),*
  - *multiplication des sources d'information :*
    - . *examen du dossier médical et infirmier,*
    - . *examen de la feuille de température (hyperthermie, antibiotiques),*
    - . *recherche de la prescription d'antibiothérapie (pharmacie),*
    - . *examen des résultats bactériologiques (laboratoire) ou d'examens complémentaires,*
  - *organisation de séances spécifiques de validation des cas (chirurgien / EOH / soignants),*
  - *optimisation du circuit de collecte des données (bloc / service / consultation).*
- **Des modifications des caractéristiques des opérés et/ou des interventions**
    - Recrutement de patients ayant une gravité particulière (plus âgés, plus immunodéprimés, porteurs d'une pathologie sous-jacente, etc.),
    - Nouveaux types d'intervention, etc.
- Ainsi, il est important de bien décrire les cas d'infections et de voir s'il est possible d'interpréter l'écart par un recrutement (ou case-mix) particulier.
- *réalisation d'un listing des cas avec discussion EOH / service,*
  - *repérage de facteurs de risque non collectés dans la surveillance,*
  - *analyse des micro-organismes en cause et de la répartition des cas dans le temps (cas groupés, épidémie ?).*

- **Des modifications dans l'organisation des services et des pratiques**

- Changements de l'organisation entre les services d'hospitalisation, de consultation et le bloc opératoire qui sont les 3 étapes essentielles dans le parcours de l'opéré,
- Modifications des pratiques intervenant dans la prévention des ISO : préparation cutanée de l'opéré, antibioprophylaxie, environnement opératoire au sens large du terme (air, eau, surfaces, matériel, etc.).

Pour la recherche des causes, et selon les possibilités locales, l'équipe opérationnelle d'hygiène, le CLIN, et/ou le CCLIN apportent leur aide à l'équipe de chirurgie. L'investigation peut être simple et rapide (problème d'exhaustivité ou de qualité des données) ou plus complexe quand elle concerne les pratiques professionnelles et que le recours à l'audit clinique est nécessaire.

- *recherche des causes possibles (modifications récentes, dysfonctionnements ...),*
- *révision des protocoles, sensibilisation / formation du personnel,*
- *évaluation,*
- *audit de pratiques.*

## **IV.10. Règles légales**

Les patients inclus dans cette surveillance seront informés de l'existence de cette procédure, de la constitution d'un fichier informatique et des coordonnées du référent ISO auprès duquel ils pourront accéder et éventuellement modifier les informations les concernant.

Cette information est assurée par chaque réseau.

Une déclaration auprès de la CNIL est faite par le coordinateur national pour la constitution de la base nationale.

## V. Définitions des infections du site opératoire

### V.1. Les infections du site opératoire, en général

Selon les 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales :  
«Une infection est dite nosocomiale si elle était absente à l'admission à l'hôpital. Ce critère est applicable à toutes les infections. [...] Pour les infections de la plaie opératoire, on accepte comme nosocomiales les infections survenues dans les 30 jours suivants l'intervention.»

Les définitions des ISO ont été modifiées en mai 2007 par le comité technique national de lutte contre les IN et les infections liées aux soins (CTINILS). Ces nouvelles définitions excluent donc de la surveillance les ISO dont le seul critère diagnostique est l'avis du chirurgien.

Or en 2008, la proportion d'ISO diagnostiquées selon ce critère est de 20%. L'incidence des ISO peut donc être artificiellement diminuée par la suppression de ce critère diagnostique.

Par ailleurs, les USA ont récemment actualisé les définitions des IN. Cette actualisation maintient l'avis du chirurgien parmi les critères diagnostiques d'ISO. Sa suppression nuirait donc à la comparabilité internationale des données françaises.

Pour les prochaines années, les définitions publiées en 1992 par le CDC, reprises en France en 1995 et en 1999 par le CTIN dans les "100 recommandations" et utilisées jusqu'ici dans le système français de surveillance, sont donc maintenues.

Les infections du patient chirurgical, c'est-à-dire les infections survenant à distance du site opératoire (une infection urinaire après chirurgie non urologique par exemple) sont exclues.

### V.2. Infection de la partie superficielle de l'incision

Infection

1. qui survient dans les 30 jours suivant l'intervention,  
ET
2. qui touche la peau et le tissu cellulaire sous-cutané,  
ET
3. pour laquelle on constate au moins un des signes suivants :
  - **Cas n°1** : du pus provenant de la partie superficielle de l'incision ;
  - **Cas n°2** : un germe isolé à partir d'une culture d'un liquide ou d'un tissu prélevé aseptiquement et provenant de la partie superficielle de l'incision ;
  - **Cas n°3** : un signe d'infection (douleur, sensibilité, rougeur, chaleur...) associé à l'ouverture délibérée de la partie superficielle de l'incision par le chirurgien sauf si la culture est négative ;
  - **Cas n°4** : le diagnostic d'infection de la partie superficielle de l'incision est porté par le chirurgien (ou le praticien en charge du patient).

**N.B. : l'inflammation minime confinée aux points de pénétration des sutures ne doit pas être considérée comme infection. La notion de pus est avant tout clinique et peut être éventuellement confirmée par un examen cytologique.**

### V.3. Infection de la partie profonde de l'incision

#### Infection

1. qui survient dans les 30 jours suivant l'intervention,  
ET
2. qui semble liée à l'intervention,  
ET
3. qui touche les tissus mous profonds (fascia, muscles),  
ET
4. pour laquelle on constate au moins un des signes suivants :
  - **Cas n°1** : du pus provenant de la partie profonde de l'incision ;
  - **Cas n°2** : la partie profonde de l'incision ouverte spontanément ou délibérément par le chirurgien quand le patient présente un des signes suivants : fièvre > 38°C, douleur ou sensibilité localisées, sauf si la culture est négative ;
  - **Cas n°3** : un abcès ou un autre signe évident d'infection de la partie profonde de l'incision est retrouvé à l'examen macroscopique pendant la ré-intervention ou par examen radiologique, ou histo-pathologique ;
  - **Cas n°4** : le diagnostic d'infection de la partie profonde de l'incision est porté par le chirurgien (ou le praticien en charge du patient).

### V.4. Infection de l'organe / espace concerné par l'intervention

#### Infection

- qui survient dans les 30 jours suivant l'intervention,  
ET
- qui semble liée à l'intervention,  
ET
- qui touche l'organe ou l'espace du site opératoire (toute partie anatomique, autre que l'incision, ouverte ou manipulée pendant l'intervention),  
ET
- pour laquelle on constate au moins un des signes suivants :
  - **Cas n°1** : du pus provenant d'un drain placé dans l'organe ou l'espace ;
  - **Cas n°2** : un germe isolé à partir d'une culture d'un liquide ou d'un tissu prélevé aseptiquement et provenant de l'organe ou de l'espace ;
  - **Cas n°3** : un abcès ou un autre signe évident d'infection de l'organe ou de l'espace est retrouvé à l'examen macroscopique pendant la ré-intervention ou par un examen radiologique ou histo-pathologique ;
  - **Cas n°4** : le diagnostic d'infection de l'organe ou de l'espace est porté par le chirurgien (ou le praticien en charge du patient).

## VI. Annexes

### **VI.1. Annexe 1 : surveillance prioritaire « patient »**

VI.1.1. Annexe 1a : variables de la surveillance prioritaire « patient »

VI.1.2. Annexe 1b : codes RAISIN des interventions prioritaires

VI.1.3. Annexe 1c : codes CCAM des interventions prioritaires

### **VI.2. Annexe 2 : surveillance globale « agrégée »**

VI.2.1. Annexe 2a : variables de la surveillance globale « agrégée »

VI.2.2. Annexe 2b : codes RAISIN des interventions de la surveillance globale

VI.2.3. Annexe 2c : codes CCAM des interventions de la surveillance globale

### **VI.3. Annexe 3 : index NNIS**

VI.3.1. Annexe 3a : calcul de l'index NNIS

VI.3.2. Annexe 3b : score ASA

VI.3.3. Annexe 3c : classe de contamination d'Altemeier

VI.3.4. Annexe 3d : durées d'intervention, valeur des percentiles 75 observés pour les durées d'intervention 1999-2010 (base nationale) et seuils retenus pour le calcul de l'index NNIS

### **VI.4. Annexe 4 : micro-organismes**

### **VI.5. Annexe 5 : codes des spécialités**

### **VI.6. Annexe 6 : courriers d'aide au suivi du patient après la sortie**

VI.6.1. Annexe 6a : courrier à adresser au patient

VI.6.2. Annexe 6b : courrier à adresser au médecin

### **VI.7. Annexe 7 : importation des données**

# Annexe 1. Surveillance prioritaire « patient »

## Annexe 1a. Variables de la surveillance prioritaire « patient »

### NUMERO DE FICHE PATIENT

---

Ce code est attribué automatiquement par le programme informatique au moment de la saisie des données du patient. Il est à recopier sur sa fiche de recueil papier pour faciliter votre accès aux données de façon rétrospective.

### SERVICE (3 chiffres)

---

Ce code garantit votre anonymat et est attribué par le CCLIN Sud-Est.

### CODE OPERATEUR (une lettre)

---

Ce code est laissé au choix du service. Il vous permet de repérer une sous-unité au sein de votre service (spécialité chirurgicale, bloc, équipe chirurgicale, chirurgien, etc.)

### DATE DE NAISSANCE jj/mm/aaaa

---

La date de naissance du patient est saisie en format de date européenne.

### SEXE masculin = 1 féminin = 2 inconnu = 9

---

Coder le sexe du patient.

### DATE D'HOSPITALISATION jj/mm/aaaa





---

Il s'agit de la date d'entrée du patient dans l'établissement et non dans le service de chirurgie, ceci afin d'obtenir la durée de séjour préopératoire qui constitue un facteur de risque connu.

### DATE DE SORTIE DU SERVICE jj/mm/aaaa

---

Il s'agit de la date de sortie du patient du service de chirurgie (et non de l'établissement).

-  Si le patient fait un bref séjour postopératoire en réanimation, ne tenir compte que de la date de sortie définitive du service de chirurgie.
-  Pour des patients opérés en ambulatoire : date d'entrée = date d'intervention = date de sortie.
-  Si le patient décède au cours de son séjour, la date de sortie sera la date de décès.
-  Si le patient n'est toujours pas sorti à la fin de la période de surveillance (y compris les 30 j de suivi post-op.), rentrer par défaut pour la date de sortie comme pour la date de dernier contact, la date du dernier jour de la surveillance.

### ETAT A LA SORTIE vivant = 1 décédé = 2 inconnu = 9

---

Il s'agit du statut vivant ou décédé du patient à la sortie du service.

### DATE D'INTERVENTION jj/mm/aaaa

---

Il s'agit de la date d'intervention du patient. C'est une donnée obligatoire.

### CODE RAISIN/CCLIN D'INTERVENTION (voir liste de codes)

---

Les interventions prioritaires sont regroupées sous 17 types d'intervention différents et saisies à l'aide d'un **code CCLIN de 4 lettres**. Une liste (en annexe) présente ces codes classés par spécialité chirurgicale. Seule la procédure principale est codée. Ce code CCLIN doit être obligatoirement saisi.

### CODE CCAM DE L'INTERVENTION alphanumérique

---

La classification CCAM est utilisée pour identifier l'acte opératoire. Ces actes opératoires sont repérés à l'aide d'un code de **4 lettres + 3 chiffres**. Un transcodage entre code CCLIN/RAISIN et code CCAM est présenté en annexe.

La classification du risque intrinsèque d'un type d'incision particulier est basée sur celle de l'American College of Surgeons (Altemeier), qui définit 4 catégories.

- 🔑 En cas de procédures multiples, il faut prendre en compte la classe de contamination de la procédure principale.
- 🔑 Si on découvre un site infecté lors de l'intervention, ne pas déclarer d'infection avec la même date que celle de l'intervention mais coder 4 la classe de contamination.

## CLASSES DE CONTAMINATION

(American college of surgeons. Committee on Control of surgical infections.  
Manuel of control of infection in surgical patients. Philadelphia : JB Lippincott, 1976.)

### 1 = Propre

- intervention sur une zone normalement stérile, la peau est primitivement intacte.
- pas d'ouverture des tractus digestif, respiratoire, urogénital ou oropharyngé.
- pas de rupture des techniques d'asepsie.

### 2 = Propre -contaminée

- intervention accompagnée d'ouverture des tractus digestif, respiratoire ou urogénital.
- conditions techniques bien contrôlées et sans contamination inhabituelle (urines stériles, bile non infectée).
- pas de rupture importante dans les techniques d'asepsie.

ex: appendicectomie, césarienne, cholécystectomie (non infectées).

### 3 = Contaminée

- intervention avec rupture importante de l'asepsie.
- contamination massive par le contenu du tube digestif.
- ouverture du tractus urogénital ou biliaire en présence d'une infection urinaire ou biliaire.
- plaies traumatiques récentes (moins de 4 heures).

### 4 = Chirurgie sale ou infectée

- intervention sur une zone contenant du pus, des corps étrangers, des fèces.
- perforation de viscères.
- plaies traumatiques anciennes (datant de plus de 4 heures).

Cette définition suggère la présence des micro-organismes responsables de l'infection opératoire dans le site opératoire avant l'intervention.

**N.B.** Pour la chirurgie orthopédique, une intervention sur une articulation ayant fait au préalable l'objet d'une intervention (ponction, injection, infiltration, pose de matériel), quel que soit le délai, doit être mise au minimum en classe 2.

Cette définition permet à l'avance de décrire que, pour certains codes, les interventions doivent être classées de façon certaine au minimum en classe de contamination 2.

C'est le cas par exemple de :

ABLA	APPE	BILI	CESA	CHOL	COLO
GREL	HYSA	HYSV	PROC	PROS	

**SCORE ASA****de 1 à 5****inconnu = 9**

Bon indicateur de la mortalité périopératoire globale utilisé par l'American Society of Anesthesiologists, il classe les patients en 5 catégories.

**SCORE ASA**

(Owens WD, Felts JA, Spitznagel EL. ASA physical status classifications: a study of consistency of ratings. J Anesth 1978, 49: 239-243.)

**1 = Patient saint**

C'est-à-dire sans atteinte organique, physiologique, biochimique ou psychique.

**2 = Patient avec atteinte systémique légère**

Par exemple : légère hypertension, anémie, bronchite chronique légère.

**3 = Patient avec atteinte systémique sérieuse, mais pas très invalidante**

Par exemple : angine de poitrine modérée, diabète, hypertension grave, décompensation cardiaque débutante.

**4 = Patient avec atteinte systémique invalidante, représentant une menace constante pour leur vie**

Par exemple : angine de poitrine au repos, insuffisance systémique prononcée (pulmonaire, rénale, hépatique, cardiaque...)

**5 = Patient moribond**

Une survie de plus de 24 h est improbable, avec ou sans intervention.

**DURÉE D'INTERVENTION****de 10 à 999 (en minutes)****inconnue = 9999**

Noter celle de la **procédure principale**, depuis l'incision ou l'abord instrumental jusqu'au pansement.

Si l'intervention dure plus de 16 heures ( $\geq 1000$  min.), coder la valeur maximale 999.

Si elle est inconnue, coder 9999.

**URGENCE****oui = 1****non = 2****inconnu = 9**

Une intervention est considérée comme urgente quand celle-ci n'était pas programmée et quand elle ne peut souffrir de délai en raison du risque que fait courir au patient la pathologie nécessitant l'acte opératoire. Le caractère programmé de l'acte patient est défini comme l'inscription au planning ou programme opératoire avant 18h00, la veille de la date de réalisation.

Pour les césariennes, la notion d'urgence concerne celles décidées du fait d'une souffrance fœtale ou maternelle.

**CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE****oui = 1****non = 2****inconnu = 9**

Cet item concerne une intervention réalisée au bloc opératoire et visant l'ablation partielle ou totale d'une tumeur maligne (foyer primaire ou métastatique), ou son diagnostic, son bilan d'extension ou son traitement palliatif.

La chirurgie reconstructrice secondaire (sur site déjà traité) ne doit pas être considérée comme chirurgie carcinologique au sens de la définition.

**VIDEO-ENDOSCOPIE CHIRURGICALE****oui = 1****non = 2****inconnu = 9**

Sont comprises sous ce terme toutes les procédures correspondant aux définitions suivantes :

- **Cœliochirurgie** : toutes les explorations et interventions réalisées grâce à un appareillage (optique et accessoire) pénétrant la cavité péritonéale sans ouverture de la paroi abdominale.  
(ex : cœliochirurgie gynécologique et digestive)
- **Vidéo-chirurgie** : toutes les explorations et interventions réalisées grâce à un appareillage (optique et accessoire) ne pénétrant pas par une cavité naturelle (canal carpien par exemple).

Parfois les termes de vidéo-chirurgie ou cœliochirurgie sont remplacés par des termes spécifiques : arthroscopie, thoracoscopie, coelioscopie, etc.

Les interventions endoscopiques c'est-à-dire réalisées grâce à un appareillage introduit par un canal naturel (ex : prostatectomie par voie endo-urétrale, actes réalisés par bronchoscopie, cystoscopie ou endoscopie digestive, etc.) ne sont pas à prendre en considération pour l'item cœlio / vidéo-chirurgie.

**PROCEDURE MULTIPLE** **oui = 1** **non = 2** **inconnu = 9**

Si plusieurs procédures (par la même incision ou non) sont exécutées durant un même passage au bloc, cocher « oui » pour l'item procédures multiples.

**IMPLANT OU PROTHÈSE** **oui = 1** **non = 2** **inconnu = 9**

Cela suppose la mise en place au niveau du site opératoire de matériel « étranger au patient » d'origine biologique ou non, résorbable ou non, excepté le matériel chirurgical de suture ou d'hémostase (fils, clips, agrafes...).

**INFECTION DU SITE OPERATOIRE** **oui = 1** **non = 2**

Les définitions adoptées par consensus sont celles publiées en 1992 par le CDC (en annexe).

Il s'agit d'infection du **site opératoire** : on exclut par conséquent les infections du patient chirurgical, c'est-à-dire celles survenant à distance du site opératoire, par exemple une infection urinaire après chirurgie ORL.

- 🔑 Si une infection est découverte à l'ouverture du site opératoire, il ne faut pas déclarer une infection datée du jour de l'intervention, mais coder à 4 la classe de contamination.
- 🔑 Si une infection sur prothèse est découverte dans un délai de 1 an mais après envoi du fichier de données au CCLIN, il est toujours possible de signaler l'ISO tardive au CCLIN Sud-Est par e.mail, en notant le n° d'identification du patient avec toutes les caractéristiques de l'ISO, jusqu'à l'édition du rapport global.
- 🔑 Une infection urinaire dans les 30 jours peut être considérée comme une infection du site opératoire si l'intervention a concerné l'appareil urinaire (coder comme site : profond)
- 🔑 Remarque : dans les suites d'une intervention sur la vessie, l'urètre ou passant par l'urètre, les définitions « classiques » d'infection urinaire reposent sur une seule bactériurie (plus de 10<sup>5</sup> micro-organismes par millilitre). Cependant, indirectement dans le texte long de la conférence de consensus sur la prévention des infections urinaires (27 novembre 2002)<sup>1</sup> et après discussion avec le président du jury (H. Botto), il semble que le diagnostic d'ISO post chirurgie urologique ne puisse pas reposer sur un ECBU positif isolé, sans symptomatologie associée (critère cohérent avec les futures définitions de l'infection urinaire où ne sera plus retenu la notion de bactériurie asymptomatique).

**DATE DE L'INFECTION** **jj/mm/aaaa**

On considère comme date de l'infection celle du jour où elle remplit les critères de la définition, selon les situations : début de l'écoulement du pus, diagnostic du chirurgien ou par un membre de l'équipe chirurgicale en charge du patient, date du prélèvement bactériologique, date de la réintervention, etc.

**DEGRE DE PROFONDEUR DE L'INFECTION** **superficiel = 1, profond = 2, organe / espace = 3**  
**inconnu = 9**

Noter le degré de profondeur de l'infection (Cf. définition des ISO chapitre V).

- Une infection qui touche à la fois la partie superficielle et profonde de l'incision doit être classée comme une infection de la partie profonde.
- Une infection qui s'extériorise par l'incision alors qu'elle provient de l'organe ou de l'espace mais qui ne nécessite pas de réintervention doit être classée comme une infection de la partie profonde.

**VALIDATION DE L'ISO PAR LE CHIRURGIEN** **oui = 1** **non = 2** **inconnu = 9**

Le chirurgien a connaissance de l'ISO et a validé ce diagnostic.

<sup>1</sup> Conférence de consensus co-organisée par la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) et l'association française d'urologie (AFU). Texte long. *Med Mal Infect* 2003 ;33 :223s-244s.

## CRITERE DIAGNOSTIQUE (CD) DE L'INFECTION

CD N°1 = 1    CD n°2 = 2    CD n°3 = 3    CD n°4 = 4    CD inc onnu = 9

1 = critère diagnostique n°1 : pus provenant de l'incision

2 = critère diagnostique n°2 : microbiologie positive (germe isolé)

3 = critère diagnostique n°3 : un abcès ou un autre signe local évident d'infection est retrouvé à l'examen macroscopique pendant la réintervention ou par un examen radiologique ou histopathologique

4 = critère diagnostique n°4 : le diagnostic d'infection de l'organe ou de l'espace est porté par le chirurgien (ou le praticien en charge du patient).

9 = Critère diagnostique inconnu



Un seul critère diagnostique doit être retenu selon la hiérarchisation suivante :

- Dès qu'un prélèvement microbiologique a conduit au diagnostic, le critère 2 « microbiologie positive » doit être retenu.

- En l'absence d'examen microbiologique positif et en présence de pus provenant de l'incision ou d'un drain, le critère 1 « présence de pus » doit être retenu.

- En l'absence d'examen microbiologique positif et en l'absence de pus provenant de l'incision ou d'un drain, le critère 3 « signes locaux d'infection (ISO superficielle) ou radiologiques ou constatations peropératoires de reprise (ISO profonde) » doit être retenu.

- En l'absence des signes cliniques ou biologiques précédents dans le dossier médical du patient, le critère 4 « diagnostic d'ISO porté par le chirurgien » doit être retenu.

## MICRO-ORGANISME 1, 2 ET 3

(liste des codes en annexe 4)

En cas d'infection, noter 1, 2 ou 3 micro-organismes au plus.

Utiliser les codes spécifiques si le prélèvement n'a pas été effectué (NON EFF) ou le micro-organisme n'a pas été retrouvé ou ne figure pas dans la liste (NON IDE), ou si l'examen est stérile (EXA STE) pour le micro-organisme 1.



Ne mettre un code pour le deuxième et le troisième micro-organisme que si ceux-ci ont été identifiés (jamais EXA STE ou NON EFF ou NON IDE pour micro-organismes 2 et 3)

## RESISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES (codes de 0 à 3, 9 = inconnu) espèce non concernée = laisser vide

Pour les espèces *S. aureus*, *P. aeruginosa*, *Burkholderia cepacia*, *Stenotrophomonas maltophilia*, *E. faecium* et *faecalis*, *Acinetobacter baumannii* ainsi que les entérobactéries, un indicateur de la résistance aux antibiotiques doit être codé (voir liste de codes en annexe 4).

Si le micro-organisme n'en fait pas parti, laisser vide ces variables.

## REPRISE CHIRURGICALE

oui = 1

non = 2

inconnu = 9

Il s'agit de préciser la notion de reprise chirurgicale pour cette infection de site opératoire.

## DATE DE DERNIER CONTACT

jj/mm/aaaa

Cet item a pour objectif de s'assurer de la **qualité du suivi du patient dans les 30 j qui suivent l'intervention au minimum.**

Il s'agit, durant la période de participation à la surveillance de la date de dernière entrevue entre le patient et l'équipe chirurgicale. Le plus souvent, cette date est celle de la dernière consultation après la sortie du patient du service de chirurgie.



Si le patient n'a pas été revu en consultation (pas de rendez-vous ou patient non venu au rendez-vous ou décédé), considérer la date de sortie comme date de dernier contact.



Si le patient n'est toujours pas sorti à la fin de la période de surveillance (y compris les 30 j de suivi post-op.), rentrer par défaut pour la date de sortie comme pour la date de dernier contact, la date du dernier jour de la surveillance.

## Annexe 1b. Codes RAISIN des interventions prioritaires

CODE	Libellé
<b>Chirurgie digestive</b>	
<b>CHOL</b>	Cholécystectomie avec ou sans geste sur la voie biliaire principale
<b>HERN</b>	Cure de hernie inguinale ou crurale, uni ou bilatérale ou de la paroi antérieure avec ou sans prothèse
<b>COLO</b>	Chirurgie colo-rectale
<b>APPE</b>	Appendicectomie (complémentaire ou pour lésion appendiculaire, péritonite et abcès appendiculaires)
<b>Orthopédie</b>	
<b>PTTH</b>	Prothèse totale de hanche (de première intention)
<b>RPTH</b>	Reprises de prothèse de hanche (reprise de PTH, totalisation ou PTH après arthrodèse)
<b>PTHA</b>	Prothèse de hanche (de première intention) à l'exclusion des prothèses totales (PTTH)
<b>PTGE</b>	Prothèse articulaire de genou
<b>Neurochirurgie</b>	
<b>HDIS</b>	Chirurgie de hernie discale à l'étage lombaire par abord postérieur sans laminectomie, sans ostéosynthèse et sans arthrodèse
<b>LAMI</b>	Intervention sur le rachis (exploration ou décompression de la moelle épinière ou des racines nerveuses par excision/incision de structures vertébrales – os ou disque) à l'exclusion de la chimionucléolyse
<b>Gynécologie</b>	
<b>SEIN</b>	Chirurgie mammaire (abcès, plastie, reconstruction, ablation de nodule, mastectomie totale)
<b>HYSA</b>	Hystérectomie par voie abdominale
<b>HYSV</b>	Hystérectomie par voie vaginale
<b>CESA</b>	Césarienne
<b>Urologie</b>	
<b>PROS</b>	Intervention sur la prostate et les vésicules séminales, sauf adénomectomie et résection transurétrale de prostate (RTUP)
<b>RTUP</b>	Résection transurétrale de prostate
<b>Chirurgie vasculaire</b>	
<b>VPER</b>	Chirurgie d'exérèse veineuse du membre inférieur

## Annexe 1c. Codes CCAM des interventions prioritaires

### Chirurgie digestive / viscérale/ polyvalente/générale

<b>Cholécystectomie</b> avec ou sans geste sur la voie biliaire principale		
Codes RAISIN	Codes CCAM	Libellé
CHOL	HMFA007	Cholécystectomie, par laparotomie
CHOL	HMFC004	Cholécystectomie, par cœlioscopie
CHOL	HMFC001	Cholécystectomie avec ablation transcystique de calcul de la voie biliaire principale, par cœlioscopie
CHOL	HMFA004	Cholécystectomie avec ablation transcystique de calcul de la voie biliaire principale, par laparotomie
CHOL	HMFC002	Cholécystectomie avec ablation de calcul de la voie biliaire principale par cholédochotomie, par cœlioscopie
CHOL	HMFA003	Cholécystectomie par cœlioscopie, avec ablation de calcul de la voie biliaire principale par cholédochotomie, par laparotomie
CHOL	HMFA008	Cholécystectomie avec ablation de calcul de la voie biliaire principale par cholédochotomie, par laparotomie
CHOL	HMFC003	Cholécystectomie avec cholédochogastrostomie ou cholédochoduodénostomie, par cœlioscopie
CHOL	HMFA006	Cholécystectomie par cœlioscopie, avec cholédochoduodénostomie par laparotomie
CHOL	HMFA002	Cholécystectomie avec cholédochogastrostomie ou cholédochoduodénostomie, par laparotomie
CHOL	HMFC005	Cholécystectomie avec cholédochojéjunostomie, par cœlioscopie
CHOL	HMFA005	Cholécystectomie par cœlioscopie, avec cholédochojéjunostomie par laparotomie
CHOL	HMFA001	Cholécystectomie avec cholédochojéjunostomie, par laparotomie
<b>Chirurgie colorectale</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- dérivation de l'intestin grêle</li> <li>- colostomie</li> <li>- dérivation du côlon</li> <li>- colotomie</li> <li>- colectomie</li> <li>- rétablissement de la continuité du côlon après colectomie</li> <li>- correction des malformations congénitales du côlon</li> <li>- destruction et exérèse de lésion du rectum</li> <li>- rectopexie</li> <li>- traitement de fistule du rectum</li> <li>- résection du rectum</li> <li>- correction des malformations congénitales du rectum</li> </ul>		
Codes RAISIN	Codes CCAM	Libellé
<b>Dérivation de l'intestin grêle</b>		
COLO	HGCC015	Iléocolostomie de dérivation [Anastomose iléocolique sans exérèse intestinale], par cœlioscopie
COLO	HGCA005	Iléocolostomie de dérivation [Anastomose iléocolique sans exérèse intestinale], par laparotomie
<b>Suture de plaie du colon</b>		
COLO	HHCC001	Suture de plaie ou de perforation du colon, par cœlioscopie
COLO	HHCA001	Suture de plaie ou de perforation du colon, par laparotomie
<b>Colostomie</b>		
COLO	HHAA002	Plastie d'élargissement de stomie cutanée intestinale
COLO	HHCA002	Colostomie cutanée, par laparotomie
COLO	HHCC007	Colostomie cutanée, par cœlioscopie
COLO	HHMA002	Réfection de stomie cutanée intestinale, par laparotomie

COLO	HHMC005	Réfection de stomie cutanée intestinale, par cœlioscopie
COLO	HHSA001	Fermeture de colostomie cutanée latérale, par abord direct
		<b>Dérivation du côlon</b>
COLO	HHCA003	Colocolostomie de dérivation [Anastomose colocolique sans exérèse colique], par laparotomie
COLO	HHCC011	Colocolostomie de dérivation [Anastomose colocolique sans exérèse colique], par cœlioscopie
		<b>Colotomie</b>
COLO	HHPA001	Colotomie à visée thérapeutique, par laparotomie
COLO	HHPC002	Colotomie à visée thérapeutique, par cœlioscopie
		<b>Colectomie</b>
COLO	HHFA002	Colectomie gauche avec libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie
COLO	HHFA004	Colectomie totale avec conservation du rectum, avec anastomose iléorectale, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie
COLO	HHFA005	Colectomie totale avec conservation du rectum, sans rétablissement de la continuité, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie
COLO	HHFA006	Colectomie gauche avec libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie
COLO	HHFA008	Colectomie droite avec rétablissement de la continuité, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie
COLO	HHFA009	Colectomie droite avec rétablissement de la continuité, par laparotomie
COLO	HHFA010	Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie
COLO	HHFA014	Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, sans rétablissement de la continuité, par laparotomie
COLO	HHFA017	Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie
COLO	HHFA018	Colectomie transverse, par laparotomie
COLO	HHFA021	Colectomie totale avec conservation du rectum, sans rétablissement de la continuité, par laparotomie
COLO	HHFA022	Colectomie totale avec conservation du rectum, avec anastomose iléorectale, par laparotomie
COLO	HHFA023	Colectomie transverse, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie
COLO	HHFA024	Colectomie gauche avec libération de l'angle colique gauche, sans rétablissement de la continuité, par laparotomie
COLO	HHFA026	Colectomie droite sans rétablissement de la continuité, par laparotomie
COLO	HHFA028	Coloproctectomie totale avec anastomose iléoanale, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie
COLO	HHFA029	Coloproctectomie totale sans rétablissement de la continuité, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie
COLO	HHFA030	Coloproctectomie totale sans rétablissement de la continuité, par laparotomie
COLO	HHFA031	Coloproctectomie totale avec anastomose iléoanale, par laparotomie
		<b>Rétablissement de la continuité du côlon après colectomie</b>
COLO	HHMA003	Rétablissement secondaire de la continuité digestive après colectomie, par laparotomie
COLO	HHMC001	Rétablissement secondaire de la continuité digestive après colectomie, par cœlioscopie
		<b>Correction des malformations congénitales du côlon</b>
COLO	HHFA003	Résection du côlon pour malformation congénitale avec rétablissement de la continuité, par laparotomie

		<b>Destruction et exérèse de lésion du rectum</b>
COLO	HJFA018	Exérèse de tumeur du rectum, par abord transsacrococcygien [de Kraske]
COLO	HJND001	Destruction de tumeur du rectum, par voie anale
COLO	HJFD002	Exérèse de tumeur du rectum, par voie anale
COLO	HJFA003	Exérèse de tumeur du rectum, par abord transsphinctérien
		<b>Suture de plaie du rectum</b>
COLO	HJCD002	Suture de plaie du rectum par voie anale, sans réparation du muscle sphincter externe de l'anus
COLO	HJCD001	Suture de plaie du rectum par voie anale, avec réparation du muscle sphincter externe de l'anus
COLO	HJCC001	Suture de plaie ou de perforation intrapéritonéale du rectum, par coelioscopie
COLO	HJCA001	Suture de plaie ou de perforation intrapéritonéale du rectum, par laparotomie
		<b>Rectopexie</b>
COLO	HJDC001	Rectopexie, par coelioscopie
COLO	HJDA001	Rectopexie, par laparotomie
		<b>Traitement de fistule du rectum</b>
COLO	HJSA001	Fermeture d'une fistule rectovaginale haute ou colovaginale acquise, par laparotomie
COLO	HJPA001	Mise à plat d'une fistule rectovaginale acquise, par périnéotomie
COLO	HJFA013	Résection d'une fistule rectovaginale acquise, avec fermeture en un temps par suture musculaire et lambeau d'avancement, par abord périnéal
COLO	HJMA002	Reconstruction de la paroi antérieure de l'anus et du rectum et de la paroi postérieure du vagin, avec sphinctéroplastie anale, par abord périnéal
		<b>Résection du rectum</b>
COLO	HJFA001	Résection rectocolique avec abaissement colique rétrorectal par laparotomie, avec anastomose colorectale par voie anale
COLO	HJFA002	Résection rectosigmoïdienne avec anastomose colorectale intrapéritonéale, par laparotomie
COLO	HJFA004	Résection rectosigmoïdienne avec anastomose colorectale intrapéritonéale, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie
COLO	HJFA006	Résection rectosigmoïdienne par laparotomie, avec anastomose coloanale par voie anale ou par abord transsphinctérien
COLO	HJFA007	Amputation du rectum, par laparotomie et par abord périnéal
COLO	HJFA011	Résection rectosigmoïdienne dépassant le cul-de-sac de Douglas, sans rétablissement de la continuité, par laparotomie
COLO	HJFA012	Proctectomie secondaire par laparotomie avec anastomose iléoanale par voie transanale, après colectomie totale initiale
COLO	HJFA017	Résection rectosigmoïdienne par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie, avec anastomose coloanale par voie anale
COLO	HJFA019	Amputation du rectum, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie et par abord périnéal
COLO	HJFC023	Proctectomie secondaire par coelioscopie avec anastomose iléoanale par voie transanale, après colectomie totale initiale
COLO	HJFC031	Résection rectosigmoïdienne dépassant le cul-de-sac de Douglas, sans rétablissement de la continuité, par coelioscopie
COLO	HJFA005	Amputation du rectum, par abord périnéal
COLO	HJFA014	Exérèse de moignon rectal résiduel, par abord périnéal
		<b>Résection de prolapsus rectal et de rectocèle</b>
COLO	HHFA027	Résection complète d'un prolapsus colorectal extériorisé, avec anastomose coloanale et myorrhaphie du plancher pelvien
COLO	HJFA008	Résection circonférentielle de la muqueuse d'un prolapsus rectal et plicature de la musculature, par abord périnéal

COLO	HJFA009	Résection circonférentielle de la muqueuse d'un prolapsus rectal et plicature de la musculature, avec réduction d'hédocèle par abord périnéal
COLO	HJFD004	Résection de la muqueuse rectale avec plicature hémicirconférentielle antérieure de la musculature, par voie anale
COLO	HJFD001	Résection de la muqueuse rectale avec plicature hémicirconférentielle antérieure de la musculature par voie anale, avec anoplastie muqueuse postérieure
COLO	HJFD005	Résection de la muqueuse rectale avec plicature hémicirconférentielle antérieure de la musculature par voie anale, avec hémorroïdectomie pédiculaire
<b>Correction des malformations congénitales du rectum</b>		
COLO	HJFC002	Résection rectosigmoïdienne pour aganglionose congénitale par coelioscopie, avec rétablissement de la continuité par voie anale
COLO	HJFA020	Résection rectosigmoïdienne pour aganglionose congénitale par laparotomie, avec rétablissement de la continuité par voie anale
COLO	HJFD003	Résection rectosigmoïdienne pour aganglionose congénitale avec rétablissement de la continuité, par voie anale
COLO	HJFC001	Résection rectocolique subtotal pour aganglionose congénitale par coelioscopie, avec rétablissement de la continuité par voie anale
COLO	HJFA016	Résection rectocolique subtotal pour aganglionose congénitale par laparotomie, avec rétablissement de la continuité par laparotomie ou par voie anale
COLO	HJFC003	Résection rectocolique totale pour aganglionose congénitale par coelioscopie, avec rétablissement de la continuité par voie anale
COLO	HJFA015	Résection rectocolique totale pour aganglionose congénitale par laparotomie, avec rétablissement de la continuité par laparotomie ou par voie anale
COLO	HJFA010	Exérèse de duplication du rectum, par abord transsacrococcygien [de Kraske]
<b>Autres actes thérapeutiques sur le rectum</b>		
COLO	HJBA001	Plicature de la paroi antérieure du rectum, par abord périnéal
<b>Correction des malformations anorectales congénitales</b>		
COLO	HJEA003	Abaissement du rectum pour malformation anorectale haute, par laparotomie et par abord périnéal
COLO	HJEA002	Abaissement du rectum pour malformation anorectale haute ou intermédiaire, par abord transsacrococcygien [de Kraske] et par abord périnéal
COLO	HJEA004	Abaissement du rectum pour malformation anorectale haute ou intermédiaire, par abord périnéal médian
COLO	HJEA001	Abaissement du rectum avec cervicocystoplastie, uréthroplastie et vaginoplastie pour malformation anorectale haute, par laparotomie et par abord périnéal
COLO	HJMA001	Anoplastie pour malformation anorectale basse
<b>Cure de hernie de l'aîne ou de la paroi abdominale antérieure</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- avec ou sans prothèse</li> <li>- cure uni ou bilatérale de hernie de l'aîne</li> <li>- hernie ombilicale</li> <li>- ligature du processus vaginal du péritoine</li> </ul>		
Codes RAISIN	Codes CCAM	Libellé
<b>Cure de hernie de l'aîne</b>		
HERN	LMMA001	Cure bilatérale d'une hernie de l'aîne avec pose de prothèse, par abord inguinal
HERN	LMMA002	Cure bilatérale de hernie de l'aîne avec pose de prothèse, par abord préperitonéal unique
HERN	LMMA008	Cure unilatérale d'une hernie de l'aîne avec pose de prothèse, par abord préperitonéal
HERN	LMMA011	Cure d'une hernie fémorale [crurale], par abord inguinofémoral
HERN	LMMA012	Cure unilatérale d'une hernie de l'aîne avec pose de prothèse, par abord inguinal

HERN	LMMA016	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse sous anesthésie locale, par abord inguinal
HERN	LMMA017	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse sous anesthésie générale ou locorégionale, par abord inguinal
HERN	LMMA018	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse sous anesthésie générale ou locorégionale, par abord inguinal
HERN	LMMA019	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse sous anesthésie locale, par abord inguinal
HERN	LMMC001	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par vidéo-chirurgie
HERN	LMMC002	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par vidéo-chirurgie
HERN	LMMC003	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par vidéo-chirurgie
HERN	LMMC004	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par vidéo-chirurgie
<b>Cure de hernie de la paroi abdominale antérieure</b>		
HERN	LMMA006	Cure de hernie de la paroi abdominale antérieure après l'âge de 16 ans avec pose de prothèse, par abord direct
HERN	LMMA009	Cure de hernie de la paroi abdominale antérieure après l'âge de 16 ans sans pose de prothèse, par abord direct
HERN	LMMA014	Cure de hernie de la paroi abdominale antérieure avant l'âge de 16 ans, par abord direct
HERN	LMMC020	Cure de hernie de la paroi abdominale antérieure après l'âge de 16 ans avec pose de prothèse, par cœlioscopie
<b>Autres actes thérapeutiques sur le péritoine et les replis péritonéaux</b>		
HERN	HPSC001	Ligature du processus vaginal du péritoine [canal péritonéovaginal], par cœlioscopie
HERN	HPSA001	Ligature du processus vaginal du péritoine [canal péritonéovaginal], par abord inguinal
<b>Appendicectomie</b>		
Codes RAISIN	Codes CCAM	Libellé
APPE	HHFA001	Appendicectomie par abord de la fosse iliaque
APPE	HHFA011	Appendicectomie par laparotomie
APPE	HHFA016	Appendicectomie par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie.
APPE	HHFA020	Appendicectomie avec toilette péritonéale pour péritonite aiguë généralisée par laparotomie.
APPE	HHFA025	Appendicectomie avec toilette péritonéale pour péritonite aiguë généralisée, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie.

## Chirurgie orthopédique

Prothèses de hanche		
Codes RAISIN	Codes CCAM	Libellé
		<b>Prothèse totale de hanche (de première intention)</b>
PTTH	NEKA020	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale Pose de prothèse totale de hanche
PTTH	NEKA012	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec reconstruction acétabulaire ou fémorale par greffe
PTTH	NEKA014	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec renfort métallique acétabulaire À l'exclusion de : avec utilisation de vis pilotis
PTTH	NEKA010	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec renfort métallique acétabulaire et reconstruction fémorale par greffe
PTTH	NEKA016	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec ostéotomie de la diaphyse du fémur
PTTH	NEKA017	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec abaissement de la tête du fémur dans le paléocétabulum [paléocotyle]
		<b>Pose de prothèse totale pour luxation congénitale haute ou intermédiaire de la hanche</b> Avec ou sans : reconstruction acétabulaire par greffe ou renfort prothétique
PTTH	NEKA021	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec abaissement de la tête du fémur dans le paléocétabulum [paléocotyle] et ostéotomie de réaxation ou d'alignement du fémur
<b>Prothèses de hanche non totales (de première intention)</b>		
Codes RAISIN	Codes CCAM	Libellé
PTHA	NEMA018	Arthroplastie coxofémorale par cupule fémorale
PTHA	NEKA018	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse fémorale cervicocéphalique
PTHA	NEKA011	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse fémorale cervicocéphalique et cupule mobile
<b>Reprises de prothèse de hanche</b> <b>reprise de PTH, totalisation ou PTH après arthrodèse</b>		
Codes RAISIN	Codes CCAM	Libellé
RPTH	NELA003	Pose d'une pièce acétabulaire chez un patient porteur d'une prothèse fémorale cervicocéphalique homolatérale
		<b>Totalisation d'une prothèse unipolaire de hanche</b>
RPTH	NEKA015	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale après ostéosynthèse, ostéotomie ou prothèse cervicocéphalique du fémur
		<b>Avec ou sans : ablation de matériel prothétique</b>
RPTH	NEKA013	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale après arthrodèse coxofémorale
RPTH	NEKA019	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale après arthrodèse coxofémorale, avec renfort métallique acétabulaire
		<b>À l'exclusion de : avec utilisation de vis pilotis</b>
RPTH	NEDA002	Stabilisation d'une prothèse totale de l'articulation coxofémorale par pose de butée supraacétabulaire en matériau inerte, abaissement du grand trochanter et/ou changement de la tête ou du col amovible
		<b>Ablation, changement et repose de prothèse coxofémorale ou de reconstruction osseuse</b>

		<i>Avec ou sans : synovectomie articulaire</i>
RPTH	NEKA022	Changement d'une prothèse fémorale cervicocéphalique pour une prothèse totale de hanche
RPTH	NEKA004	Changement de l'insert acétabulaire d'une prothèse totale de hanche
		<i>Avec ou sans : changement de la tête et/ou du col fémoral amovible</i>
RPTH	NEKA009	Changement de la pièce acétabulaire ou fémorale d'une prothèse totale de hanche, sans reconstruction osseuse
RPTH	NEKA002	Changement de la pièce acétabulaire ou fémorale d'une prothèse totale de hanche, avec reconstruction osseuse de l'acétabulum ou du fémur
RPTH	NEKA007	Changement de la pièce acétabulaire ou fémorale d'une prothèse totale de hanche, avec reconstruction osseuse par greffes compactées sans ostéosynthèse
RPTH	NEKA005	Changement de la pièce acétabulaire ou fémorale d'une prothèse totale de hanche, avec ostéosynthèse de l'acétabulum ou du fémur
RPTH	NEKA003	Changement des pièces acétabulaire et fémorale d'une prothèse totale de hanche, sans reconstruction osseuse
RPTH	NEKA008	Changement des pièces acétabulaire et fémorale d'une prothèse totale de hanche, avec reconstruction ou ostéosynthèse de l'acétabulum ou du fémur
RPTH	NEKA006	Changement des pièces acétabulaire et fémorale d'une prothèse totale de hanche, avec reconstruction et ostéosynthèse de l'acétabulum et/ou du fémur
RPTH	NEKA001	Changement des pièces acétabulaire et fémorale d'une prothèse totale de hanche, avec reconstruction par greffes compactées sans ostéosynthèse
RPTH	NELA002	Repose d'une prothèse totale de l'articulation coxofémorale, sans reconstruction osseuse
RPTH	NELA001	Repose d'une prothèse totale de l'articulation coxofémorale, avec reconstruction osseuse
		<i>Avec ou sans : ostéosynthèse</i>
RPTH	NEGA001	Ablation d'une prothèse totale de hanche avec reconstruction osseuse de l'acétabulum et/ou du fémur
RPTH	NEGA004	Ablation de l'insert intermédiaire d'une prothèse de l'articulation coxofémorale, avec pose d'une pièce acétabulaire
<b>Prothèse de genou</b>		
Codes RAISIN	Codes CCAM	Libellé
PTGE	NFKA006	Remplacement de l'articulation du genou par prothèse unicompartimentaire fémorotibiale ou fémoropatellaire
PTGE	NFKA007	Remplacement de l'articulation du genou par prothèse tricompartmentaire sur une déformation inférieure ou égale à 10° dans le plan frontal
PTGE	NFKA008	Remplacement de l'articulation du genou par prothèse tricompartmentaire sur une déformation supérieure à 10° dans le plan frontal
PTGE	NFKA009	Remplacement de l'articulation du genou par prothèse à charnière fixe ou rotatoire
PTGE	NFKA004	Changement de l'insert d'une prothèse unicompartimentaire ou tricompartmentaire du genou
PTGE	NFKA003	Changement d'une prothèse unicompartimentaire du genou
PTGE	NFKA005	Changement d'une prothèse unicompartimentaire du genou pour une prothèse tricompartmentaire
		<i>Avec ou sans : reconstruction osseuse</i>
PTGE	NFKA001	Changement d'une prothèse tricompartmentaire du genou, sans reconstruction osseuse
PTGE	NFKA002	Changement d'une prothèse tricompartmentaire du genou, avec reconstruction osseuse
PTGE	NFLA001	Repose d'une prothèse articulaire du genou, avec reconstruction osseuse
PTGE	NFLA002	Repose d'une prothèse articulaire du genou, sans reconstruction osseuse

## Neurochirurgie

<b>Laminectomie</b>		
Intervention sur le rachis (exploration ou décompression de la moelle épinière ou des racines nerveuses par excision/incision de structures vertébrales – os ou disque) à l'exclusion de la chimionucléolyse		
Codes RAISIN	Codes CCAM	Libellé
<b>Laminectomie vertébrale</b>		
LAMI	LHFA016	Laminectomie vertébrale sans exploration du contenu intradural, par abord postérieur ou postérolatéral
LAMI	LHFA019	Laminectomie avec exploration du contenu intradural et plastie de la dure mère par abord postérieur ou postérolatéral
LAMI	LHFA024	Laminectomie vertébrale avec exploration du contenu intradural sans plastie de la dure-mère, par abord postérieur ou postérolatéral
<b>Laminarthrectomie [laminoarthrectomie] vertébrale</b>		
LAMI	LFFA001	Laminarthrectomie lombale ou lombosacrée totale bilatérale, par abord postérieur
LAMI	LFFA006	Laminarthrectomie lombale unilatérale sans ostéosynthèse par abord postérieur
LAMI	LDFA003	Laminarthrectomie cervicale totale bilatérale par abord postérieur.
LAMI	LDFA005	Laminarthrectomie cervicale totale unilatérale sans ostéosynthèse par abord postérieur
LAMI	LFFA005	Laminarthrectomie lombale ou lombosacrée totale unilatérale avec ostéosynthèse, par abord postérieur
LAMI	LDFA004	Laminarthrectomie cervicale totale unilatérale avec ostéosynthèse, par abord postérieur
<b>Hernie discale</b>		
Chirurgie de hernie discale à l'étage lombaire :		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- par abord postérieur</li> <li>- sans laminectomie,</li> <li>- sans ostéosynthèse</li> <li>- sans arthrodèse</li> </ul>		
Codes RAISIN	Codes CCAM	Libellé
HDIS	LFFA002	Exérèse d'une hernie discale de la colonne vertébrale lombale, par abord postérieur ou postérolatéral
HDIS	LFFA003	Exérèse de plusieurs hernies discales de la colonne vertébrale lombale, par abord postérieur ou postérolatéral
HDIS	LFFA004	Exérèse d'une récurrence d'une hernie discale de la colonne vertébrale lombale préalablement opérée par abord direct, par abord postérieur

## Chirurgie urologique

<b>Réséction transurétrale de prostate</b>		
Codes RAISIN	Codes CCAM	Libellé
RTUP	JGFA014	Réséction palliative de la prostate (recalibrage de l'urètre), par urétrocystoscopie
RTUP	JGFA015	Réséction d'une hypertrophie de la prostate, par urétrocystoscopie
<b>Intervention sur la prostate (vésiculoprostatectomie)</b> sauf adénomectomie et réséction trans-urétrale (RTUP)		
Codes RAISIN	Codes CCAM	Libellé
PROS	JGFC001	Vésiculoprostatectomie totale, par coelioscopie
PROS	JGFA006	Vésiculoprostatectomie totale, par laparotomie

## Chirurgie gynécolo-obstétrique

<b>Chirurgie mammaire</b> (abcès, plastie, reconstruction, ablation de nodule, mastectomie totale)		
Codes RAISIN	Codes CCAM	Libellé
		<b>Évacuation de collection de la glande mammaire</b> Comprend : évacuation - d'abcès de la glande mammaire - d'hématome de la glande mammaire - de kyste de la glande mammaire
SEIN	QEJB001	Résection d'une hypertrophie de la prostate, par urétrocystoscopie Avec ou sans : drainage
SEIN	QEJH001	Évacuation de collection de la glande mammaire, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique
SEIN	QEJH002	Drainage de collection de la glande mammaire, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique
SEIN	QEJA001	Évacuation de collection de la glande mammaire, par abord direct Avec ou sans : drainage
		<b>Exérèse partielle de la glande mammaire</b>
SEIN	QEFA004	Tumorectomie du sein
SEIN	QEFA001	Tumorectomie du sein avec curage lymphonodal axillaire
SEIN	QEFA017	Mastectomie partielle Segmentectomie ou quadrantectomie mammaire
SEIN	QEFA008	Mastectomie partielle avec curage lymphonodal axillaire Segmentectomie ou quadrantectomie mammaire avec curage lymphonodal axillaire
SEIN	QEFA016	Exérèse de conduit lactifère [Exérèse de canal galactophore] [Pyramidectomie mammaire] Avec ou sans : repérage peropératoire
SEIN	QEFA007	Mastectomie souscutanée avec exérèse de la plaque aréolomamelonnaire
SEIN	QEFA006	Exérèse de tissu mammaire ectopique ou de glande mammaire aberrante [sein surnuméraire]
SEIN	QEFA011	Exérèse unilatérale de gynécomastie <i>Indication</i> : intervention réalisée après bilan endocrinien, après la puberté, pour gynécomastie accusée, pouvant poser un problème d'ordre sexuel ou psychologique (en particulier gynécomastie asymétrique, douloureuse, avec distension aréolaire)
SEIN	QEFA002	Exérèse bilatérale de gynécomastie
		<b>Mastectomie totale</b>
SEIN	QEFA019	Mastectomie totale
SEIN	QEFA020	Mastectomie totale avec conservation des pectoraux et curage lymphonodal axillaire Mastectomie radicale modifiée selon Patey
SEIN	QEFA005	Mastectomie totale avec exérèse des pectoraux et curage lymphonodal axillaire Mastectomie radicale selon Halsted
SEIN	QEFA010	Mastectomie totale avec curages lymphonodaux axillaire et supraclaviculaire
SEIN	QEFA003	Mastectomie totale avec curages lymphonodaux axillaire et parasternal [mammaire interne]
		<b>Mastectomie totale élargie</b>
SEIN	QEFA012	Mastectomie totale élargie en surface, avec autogreffe cutanée
SEIN	QEFA013	Mastectomie totale élargie en surface, avec lambeau pédiculé de muscle grand dorsal ou lambeau parascapulaire
SEIN	QEFA015	Mastectomie totale élargie en surface, avec lambeau libre musculocutané
		<b>Mastoplastie de réduction ou d'augmentation</b>
SEIN	QEMA012	Mastoplastie unilatérale de réduction <i>Indication</i> : asymétrie majeure nécessitant une compensation dans le soutien-gorge, syndrome malformatif (sein tubéreux et synd. de Poland)

SEIN	QEMA005	Mastoplastie unilatérale de réduction, avec reconstruction de la plaque aréolomamelonnaire par lambeau local et autogreffe cutanée <i>Indication</i> : asymétrie majeure nécessitant une compensation dans le soutien-gorge, syndrome malformatif (sein tubéreux et synd. de Poland)
SEIN	QEMA013	Mastoplastie bilatérale de réduction <i>Indication</i> : hypertrophie mammaire caractérisée, - responsable de dorsalgies, retentissement psychologique, - justifiable par photographie préopératoire, - étayée par : taille, poids, âge de la patiente et taille du soutien gorge - dont la résection prévue en préopératoire est d'au moins 300 g. par sein opéré.
SEIN	QEMA003	Mastoplastie unilatérale d'augmentation, avec pose d'implant prothétique <i>Indication</i> : asymétrie majeure nécessitant une compensation dans le soutien-gorge, syndrome malformatif (sein tubéreux et synd. de Poland)
SEIN	QEMA004	Mastoplastie bilatérale d'augmentation, avec pose d'implant prothétique <i>Indication</i> : agénésie mammaire bilatérale et l'hypoplasie bilatérale sévère avec taille de bonnet inférieure à A, ou pour syndrome malformatif (sein tubéreux et syndrome de Poland).
		<b>Mastopexie</b>
SEIN	QEDA002	Mastopexie unilatérale, sans pose d'implant prothétique
SEIN	QEDA001	Mastopexie unilatérale, avec pose d'implant prothétique
SEIN	QEDA004	Mastopexie bilatérale, sans pose d'implant prothétique
SEIN	QEDA003	Mastopexie bilatérale, avec pose d'implant prothétique
		<b>Reconstruction du sein</b> Comprend : reconstruction du sein pour absence - congénitale [agénésie] - acquise [amputation] La reconstruction du sein par lambeau de muscle droit de l'abdomen inclut la réparation de la paroi abdominale et l'éventuelle dermolipectomie abdominale.
SEIN	QEMA006	Reconstruction du sein par pose d'implant prothétique <i>Indication</i> : thérapeutique
SEIN	QEMA001	Reconstruction du sein par lambeau unipédiculé de muscle droit de l'abdomen
SEIN	QEMA014	Reconstruction du sein par lambeau bipédiculé de muscle droit de l'abdomen
SEIN	QEMA002	Reconstruction du sein par lambeau musculocutané libre de muscle droit de l'abdomen, avec anastomoses vasculaires
SEIN	QEMA008	Reconstruction du sein par lambeau musculocutané pédiculé autre que du muscle droit de l'abdomen Reconstruction du sein par lambeau musculocutané pédiculé de muscle grand dorsal Avec ou sans : pose d'implant prothétique
SEIN	QEMA011	Reconstruction du sein par dédoublement du sein restant
		<b>Ablation et changement d'implant prothétique mammaire</b> <i>Indication</i> : chirurgie réparatrice
SEIN	QEGA001	Ablation unilatérale d'implant prothétique mammaire, sans capsulectomie <i>Indication</i> : affection due à la prothèse (fuite de gel de silicone, à l'exclusion des fuites de sérum physiologique), infection ou nécrose
SEIN	QEGA003	Ablation unilatérale d'implant prothétique mammaire, avec capsulectomie <i>Indication</i> : affection due à la prothèse (fuite de gel de silicone, à l'exclusion des fuites de sérum physiologique), infection ou nécrose
SEIN	QEGA002	Ablation bilatérale d'implant prothétique mammaire, sans capsulectomie <i>Indication</i> : affection due à la prothèse (fuite de gel de silicone, à l'exclusion des fuites de sérum physiologique), infection ou nécrose
SEIN	QEGA004	Ablation bilatérale d'implant prothétique mammaire, avec capsulectomie <i>Indication</i> : affection due à la prothèse (fuite de gel de silicone, à l'exclusion des fuites de sérum physiologique), infection ou nécrose
SEIN	QEKA002	Changement d'implant prothétique mammaire, sans capsulectomie <i>Indication</i> : chirurgie réparatrice : reprise de reconstruction mammaire (cancer, asymétrie majeure)

SEIN	QEKA001	Changement d'implant prothétique mammaire, avec capsulectomie <i>Indication</i> : chirurgie réparatrice : reprise de reconstruction mammaire (cancer, asymétrie majeure)
SEIN	QEPA001	Capsulotomie mammaire avec changement de loge de l'implant prothétique
<b>Césarienne</b>		
Codes RAISIN	Codes CCAM	Libellé
CESA	JQGA002	Accouchement par césarienne programmée, par laparotomie
CESA	JQGA003	Accouchement par césarienne au cours du travail, par laparotomie
CESA	JQGA004	Accouchement par césarienne en urgence en dehors du travail, par laparotomie
CESA	JQGA005	Accouchement par césarienne, par abord vaginal
<b>Hystérectomie par laparotomie</b>		
Codes RAISIN	Codes CCAM	Libellé
<b>Hystérectomie subtotale</b>		
HYSA	JKFA003	Exérèse d'un hémioùterus malformé [Hémihystérectomie], par laparotomie
HYSA	JKFC002	Hystérectomie subtotale, par coelioscopie
HYSA	JKFA024	Hystérectomie subtotale, par laparotomie
HYSA	JKFA014	Hystérectomie subtotale avec suspension postérieure du col de l'utérus [colposuspension], par laparotomie
HYSA	JKFA012	Hystérectomie subtotale avec suspension postérieure du col de l'utérus [colposuspension] et cervicocystopexie indirecte au ligament pectinéal [de Cooper], par laparotomie
HYSA	JKFC006	Hystérectomie subtotale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie
HYSA	JKFA032	Hystérectomie subtotale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par laparotomie
HYSA	JKFA001	Hystérectomie subtotale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et suspension postérieure du col de l'utérus [colposuspension], par laparotomie
HYSA	JKFA029	Hystérectomie subtotale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, suspension postérieure du col de l'utérus [colposuspension] et cervicocystopexie indirecte au ligament pectinéal [de Cooper], par laparotomie
<b>Hystérectomie totale</b>		
HYSA	JKFC005	Hystérectomie totale, par coelioscopie
HYSA	JKFA015	Hystérectomie totale, par laparotomie
HYSA	JKFA013	Hystérectomie totale avec suspension postérieure du dôme du vagin, par laparotomie
HYSA	JKFC003	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie
HYSA	JKFA028	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par laparotomie
HYSA	JKFA004	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et suspension postérieure du dôme du vagin, par laparotomie
<b>Hystérectomie totale élargie aux paramètres</b>		
HYSA	JKFA020	Colpohystérectomie totale élargie aux paramètres, par coelioscopie et par abord vaginal
HYSA	JKFA027	Colpohystérectomie totale élargie aux paramètres, par laparotomie

<b>Hystérectomie par voie vaginale</b>		
<b>Codes RAISIN</b>	<b>Codes CCAM</b>	<b>Libellé</b>
		<b>Hystérectomie totale</b>
<b>HYSV</b>	<b>JKFA026</b>	Hystérectomie totale, par abord vaginal
<b>HYSV</b>	<b>JKFA025</b>	Hystérectomie totale avec colpopérinéorraphie antérieure ou postérieure, par abord vaginal Hystérectomie vaginale avec colpopérinéorraphie antérieure ou postérieure, avec conservation annexielle
<b>HYSV</b>	<b>JKFA002</b>	Hystérectomie totale avec colpopérinéorraphies antérieure et postérieure, par abord vaginal Triple opération périnéale de Manchester avec hystérectomie
<b>HYSV</b>	<b>JKFA005</b>	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par abord vaginal
<b>HYSV</b>	<b>JKFA021</b>	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et colpopérinéorraphie antérieure ou postérieure, par abord vaginal Hystérectomie vaginale avec colpopérinéorraphie antérieure ou postérieure sans conservation annexielle
<b>HYSV</b>	<b>JKFA007</b>	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et colpopérinéorraphies antérieure et postérieure, par abord vaginal Hystérectomie vaginale avec colpopérinéorraphies antérieure et postérieure
<b>HYSV</b>	<b>JKFA018</b>	Hystérectomie totale, par cœlioscopie et par abord vaginal Hystérectomie vaginale coelopréparée avec conservation annexielle
<b>HYSV</b>	<b>JKFA006</b>	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par cœlioscopie et par abord vaginal Hystérectomie vaginale coeliopréparée avec annexectomie
		<b>Hystérectomie totale élargie aux paramètres</b>
<b>HYSV</b>	<b>JKFA023</b>	Colpohystérectomie totale élargie aux paramètres, par abord vaginal

## Chirurgie vasculaire

<b>Chirurgie d'exérèse veineuse du membre inférieur</b> Exclure exérèse transcutanée et occlusion		
<b>Codes RAISIN</b>	<b>Codes CCAM</b>	<b>Libellé</b>
<b>VPER</b>	<b>EJFA002</b>	Exérèses multiples de branches de la grande veine saphène et/ou de la petite veine saphène sous anesthésie générale ou locorégionale, par abord direct
<b>VPER</b>	<b>EJFA004</b>	Exérèse de la crosse de la petite veine saphène, par abord direct
<b>VPER</b>	<b>EJFA006</b>	Exérèse secondaire de la crosse de la grande veine saphène ou de la petite veine saphène, par abord direct
<b>VPER</b>	<b>EJFA007</b>	Exérèse de la crosse de la grande veine saphène, par abord direct
<b>VPER</b>	<b>EJGA001</b>	Extraction [Stripping] de la petite veine saphène, par abord direct
<b>VPER</b>	<b>EJGA002</b>	Extraction [Stripping] de la grande veine saphène, par abord direct
<b>VPER</b>	<b>EJGA003</b>	Extraction [Stripping] de la grande veine saphène et de la petite veine saphène, par abord direct

## Annexe 2. Surveillance globale « agrégée »

### Annexe 2a. Variables de la surveillance globale « agrégée »

#### Fiche service, données générales

**SERVICE** (3 chiffres)

Ce code garantit votre anonymat et est attribué par le CCLIN Sud-Est.

**SPECIALITE DES INTERVENTIONS** (6 lettres)

Les résultats inter-régionaux seront rendus par spécialité chirurgicale. Thésaurus en annexe 5.

**NOMBRE D'INTERVENTIONS** (numérique)

Notez le nombre total d'interventions consécutives de la spécialité surveillée qui ont eu lieu pendant la durée de surveillance.

#### Fiche patient en cas d'ISO, données individuelles

**NUMERO DE FICHE ISO**

Ce code est attribué automatiquement par le programme informatique au moment de la saisie des fiches ISO. Il est à recopier sur sa fiche de recueil papier pour faciliter votre accès aux données de façon rétrospective.

**SEXE** masculin = 1    féminin = 2    inconnu = 9

Coder le sexe du patient.

**DATE DE NAISSANCE** jj/mm/aaaa





La date de naissance du patient est saisie en format de date européenne.

**DATE D'HOSPITALISATION** jj/mm/aaaa

Il s'agit de la date d'entrée du patient dans l'établissement et non dans le service de chirurgie, ceci afin d'obtenir la durée de séjour préopératoire qui constitue un facteur de risque connu.

**DATE DE SORTIE DU SERVICE** jj/mm/aaaa

Il s'agit de la date de sortie du patient du service de chirurgie (et non de l'établissement).

-  Si le patient fait un bref séjour postopératoire en réanimation, ne tenir compte que de la date de sortie définitive du service de chirurgie.
-  Pour des patients opérés en ambulatoire : date d'entrée = date d'intervention = date de sortie.
-  Si le patient décède au cours de son séjour, la date de sortie sera la date de décès.
-  Si le patient n'est toujours pas sorti à la fin de la période de surveillance (y compris les 30 j de suivi post-op.), rentrer par défaut pour la date de sortie comme pour la date de dernier contact, la date du dernier jour de la surveillance.

**ETAT A LA SORTIE DU SERVICE** vivant = 1    décédé = 2    inconnu = 9

Il s'agit du statut vivant ou décédé du patient à la sortie du service.

**DATE D'INTERVENTION****jj/mm/aaaa**

Il s'agit de la date d'intervention du patient. C'est une donnée obligatoire.

**CODE RAISIN/CCLIN DE L'INTERVENTION****(voir liste de codes)**

Les interventions de la surveillance globale sont regroupées sous 66 types d'intervention différents et saisies à l'aide **d'un code CCLIN de 4 lettres**. Une liste (en annexe2b) présente ces codes classés par ordre alphabétique et par spécialité chirurgicale. Seule la procédure principale est codée. Ce code RAISIN/CCLIN doit être obligatoirement saisi.

**CODE CCAM DE L'INTERVENTION****(alphanumérique)**

La classification CCAM est utilisée pour identifier l'acte opératoire. Ces actes opératoires sont repérés à l'aide d'un code de **4 lettres + 3 chiffres**. Un transcodage entre code CCLIN/RAISIN et code CCAM est disponible sur le site internet du CCLIN Sud-Est.

**DATE DE L'INFECTION****jj/mm/aaaa**

On considère comme date de l'infection celle du jour où elle remplit les critères de la définition, selon les situations : début de l'écoulement du pus, diagnostic du chirurgien ou par un membre de l'équipe chirurgicale en charge du patient, date du prélèvement bactériologique, date de la réintervention, etc.

**DEGRE DE PROFONDEUR DE L'INFECTION****superficiel = 1    profond = 2    organe / espace = 3  
inconnu = 9**


Noter le degré de profondeur de l'infection (Cf. définition des ISO chapitre V).

- Une infection qui touche à la fois la partie superficielle et profonde de l'incision doit être classée comme une infection de la partie profonde.
- Une infection qui s'extériorise par l'incision alors qu'elle provient de l'organe ou de l'espace mais qui ne nécessite pas de réintervention doit être classée comme une infection de la partie profonde.

**MICRO-ORGANISME 1, 2 ET 3****(liste des codes en annexe 4)**

En cas d'infection, noter 1, 2 ou 3 micro-organismes au plus.

Utiliser les codes spécifiques si le prélèvement n'a pas été effectué (NON EFF) ou le micro-organisme n'a pas été retrouvé ou ne figure pas dans la liste (NON IDE), ou si l'examen est stérile (EXA STE) pour le micro-organisme 1.

 Ne mettre un code pour le deuxième et le troisième micro-organisme que si ceux-ci ont été identifiés (jamais EXA STE ou NON EFF ou NON IDE pour micro-organismes 2 et 3)

**RESISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES (codes de 0 à 3, 9 = inconnu) espèce non concernée = laisser vide**

Pour les espèces *S. aureus*, *P. aeruginosa*, *Burkholderia cepacia*, *Stenotrophomonas maltophilia*, *E. faecium* et *faecalis*, *Acinetobacter baumannii* ainsi que les entérobactéries, un indicateur de la résistance aux antibiotiques doit être codé (voir liste de codes en annexe 4).

Si le micro-organisme n'en fait pas parti, laisser vide ces variables.

## Annexe 2b. Codes RAISIN de la surveillance globale

### Liste des codes RAISIN ordre alphabétique

CODE	Libellé
<b>ABLA</b>	Ablation de matériel d'ostéosynthèse (vis, plaques, clous, broches,...)
<b>AEND</b>	Chirurgie endocrinienne (parathyroïdes, surrénales...) à l'exception de la thyroïde (THYR) et du pancréas (BILI)
<b>AMPU</b>	Amputation et désarticulation
<b>APER</b>	Chirurgie vasculaire concernant les artères périphériques (sauf troncs supra-aortiques : TSAO)
<b>APPE</b>	Appendicectomie (complémentaire ou pour lésion appendiculaire, péritonite et abcès appendiculaires)
<b>ARDI</b>	Intervention sur les articulations (ponction évacuatrice, arthroscopie, arthrodèse, synoviorthèse, capsulotomie, capsulectomie, synoviectomie...) exceptée la pose de prothèse articulaire (PROT, PTHA, PTGE, PTTH)
<b>ATHO</b>	Chirurgie thoracique : plèvre, thymus, paroi thoracique, médiastin (sauf trachée et vaisseaux pulmonaires), incluant diaphragme et hernie hiatale autre que l'exérèse pulmonaire (pneumonectomie ou lobectomie) (EXPU)
<b>BILI</b>	Chirurgie des voies biliaires (sauf cholécystectomie CHOL), foie et pancréas
<b>CARF</b>	Chirurgie cardiaque à cœur fermé (y compris le péricarde, à l'exclusion des coronaires)
<b>CARO</b>	Chirurgie cardiaque à cœur ouvert à l'exclusion des remplacements valvulaires (VALV)
<b>CATA</b>	Chirurgie de la cataracte (extraction extra-capsulaire ou par phako-émulsification et implantation d'un cristallin artificiel en chambre postérieure)
<b>CCCF</b>	Chirurgie carcinologique cervico-faciale y compris pharyngo-larynx et trachée
<b>CESA</b>	Césarienne
<b>CHOL</b>	Cholécystectomie avec ou sans geste sur la voie biliaire principale
<b>COLO</b>	Chirurgie colo-rectale
<b>CRAN</b>	Interventions sur le crâne et l'encéphale (y compris les dérivations intracrâniennes du LCR, les interventions d'ostéosynthèse sur le crâne et les interventions sur la portion intracrânienne des nerfs crâniens) hors exérèse d'une tumeur ou lésion intra-crânienne (TUMC)
<b>DLCR</b>	Dérivation extracrânienne du LCR (shunt ventriculaire externe, ventriculo-cardiaque, ventriculo-, sous-duro- ou kysto-péritonéal : pose, révision, remplacement, ablation)
<b>EXPU</b>	Chirurgie d'exérèse du poumon et des bronches
<b>GAST</b>	Chirurgie par voie abdominale concernant l'œsophage, la chirurgie du reflux gastro-oesophagien et des hernies hiatales, l'estomac et le duodénum
<b>GFVA</b>	Intervention (autre que hystérectomie HYSA ou HYSV) sur les organes génitaux féminins et structures de soutien par voie abdominale
<b>GFVB</b>	Intervention (autre que hystérectomie HYSA ou HYSV) sur les organes génitaux féminins et structures de soutien par voie basse
<b>GREL</b>	Chirurgie du grêle
<b>GVIA</b>	Chirurgie des gros vaisseaux intra-abdominaux et pelviens (y compris la pose de clip cave)
<b>GVIT</b>	Chirurgie des gros vaisseaux intra-thoraciques
<b>HDIS</b>	Chirurgie de hernie discale à l'étage lombaire, par abord postérieur sans laminectomie, sans ostéosynthèse et sans arthrodèse
<b>HERN</b>	Cure de hernie inguinale ou crurale, uni ou bilatérale ou de la paroi antérieure avec ou sans prothèse
<b>HYSA</b>	Hystérectomie par voie abdominale
<b>HYSV</b>	Hystérectomie par voie vaginale
<b>LAMI</b>	Intervention sur le rachis (exploration ou décompression de la moelle épinière ou des racines nerveuses par excision/incision de structures vertébrales – os ou disque) à l'exclusion de la chimionucléolyse et de HDIS

<b>LYMP</b>	Chirurgie de la moelle osseuse et du système lymphatique (greffe de moelle, exérèse ou curage ganglionnaire...)
<b>MUSC</b>	Chirurgie du muscle, de l'aponévrose, des tendons et des ligaments (y compris canal carpien)
<b>NEPH</b>	Chirurgie du rein et du bassinet
<b>NERF</b>	Intervention sur les nerfs crâniens (portion extracrânienne) et périphériques et le système sympathique
<b>OGEM</b>	Intervention sur les organes génitaux masculins (sauf prostate PROS ou UROL)
<b>OPHT</b>	Chirurgie ophtalmologique : paupières, appareil lacrymal, œil, muscles oculaires, orbites à l'exception de la traumatologie osseuse et de la chirurgie de la cataracte (CATA)
<b>ORLD</b>	Interventions ORL pour lésions non cancéreuses : oreilles, nez, sinus de la face, rhinopharynx, oropharynx, pharyngo-larynx, trachée, glandes salivaires, amygdales, voile...
<b>OSDI</b>	Intervention sur l'os (sauf crâne CRAN, TUMC et rachis VERT, LAMI) ne comportant pas d'ostéosynthèse (OSYN) : évidement, ostéotomie, greffe osseuse, décortication, résection, etc.
<b>OSYN</b>	Ostéosynthèse quel que soit le site (sauf crâne CRAN et rachis VERT), quel que soit le type de matériel inerte sauf prothèse articulaire (PROT, PTHA, PTGE, PTTH, RPTH)
<b>PARO</b>	Chirurgie pariétale abdominale : éventrations, omphalocèle et laparoschisis (exceptées hernies inguinales ou de la paroi antérieure HERN et hernies diaphragmatiques ABDO)
<b>POLY</b>	Chirurgie du polytraumatisé : blessé porteur de 2 ou plusieurs lésions traumatiques mettant en jeu le pronostic vital du patient
<b>PONM</b>	Pontage aorto-coronarien avec greffon local
<b>PONS</b>	Pontage aorto-coronarien avec greffon sur un autre site (saphène par exemple)
<b>PROC</b>	Chirurgie proctologique
<b>PROS</b>	Intervention sur la prostate et les vésicules séminales, sauf adénomectomie et résection transurétrale de prostate (RTUP)
<b>PROT</b>	Prothèse articulaire (sauf hanche PTHA, PTTH et RPTH et genou PTGE)
<b>PTGE</b>	Prothèse articulaire de genou
<b>PTHA</b>	Prothèse de hanche de 1 <sup>ère</sup> intention à l'exclusion des prothèses totales de hanche (PTTH)
<b>PTTH</b>	Prothèse TOTALE de hanche de 1 <sup>ère</sup> intention
<b>RATE</b>	Chirurgie de la rate
<b>RPTH</b>	Reprise de prothèse de hanche (reprise de PTH, totalisation ou PTH après arthrodeuse)
<b>RTUP</b>	Résection transurétrale de prostate
<b>SCUT</b>	Chirurgie des tissus mous et de la peau (greffe cutanée, ablation de nævus, tumeurs, kystes, lipomes, ablation de corps étrangers, évacuation d'hématome ou d'abcès, suture de plaies...) exceptés la périnéorrhaphie (GFVB) et les actes sur la marge anale (PROC)
<b>SEIN</b>	Chirurgie mammaire (abcès, plastie, reconstruction, ablation de nodule, mastectomie totale)
<b>STOM</b>	Intervention stomatologique pour lésion non cancéreuse : pathologie dentaire et infectieuse, fentes vélo-palatines, malformations cervico-faciales
<b>THYR</b>	Chirurgie de la thyroïde
<b>TRAN</b>	Transplantation d'organes
<b>TSAO</b>	Troncs supra-aortiques
<b>TUMC</b>	Interventions pour exérèse d'une tumeur ou lésion intra-crânienne à l'exclusion des biopsies
<b>UROL</b>	Chirurgie de l'appareil urinaire (uretère, vessie, urètre, adénomectomie de prostate)
<b>VALV</b>	Chirurgie de remplacement des valves cardiaques
<b>VEIN</b>	Chirurgie vasculaire concernant les veines périphériques, excepté exérèse veineuse du membre inférieur (VPER)
<b>VERT</b>	Intervention sur le rachis (y compris l'ostéosynthèse), la moelle épinière et ses racines (à l'exclusion de LAMI et HDIS)
<b>VPER</b>	Chirurgie d'exérèse veineuse du membre inférieur

## Liste des codes RAISIN par spécialité

### CHIRURGIE DIGESTIVE

CODE	Libellé
ABDO	Interventions sur le diaphragme (pour hernie diaphragmatique, éventration diaphragmatique et rupture), le péritoine (y compris la laparotomie exploratrice), l'épiploon et le mésentère (y compris adhésiolyse péritonéale)
APPE	Appendicectomie (complémentaire ou pour lésion appendiculaire, péritonite et abcès appendiculaires)
BILI	Chirurgie des voies biliaires (sauf cholécystectomie CHOL), foie et pancréas
CHOL	Cholécystectomie avec ou sans geste sur la voie biliaire principale
COLO	Chirurgie colo-rectale
GAST	Chirurgie par voie abdominale concernant l'œsophage, la chirurgie du reflux gastro-œsophagien et des hernies hiatales, l'estomac et le duodénum
GREL	Chirurgie du grêle
HERN	Cure de hernie inguinale ou crurale, uni ou bilatérale ou de la paroi antérieure avec ou sans prothèse
OESO	Chirurgie concernant l'œsophage (y compris la chirurgie du méga-œsophage).
PARO	Chirurgie pariétale abdominale : éventrations, omphalocèle et laparoschisis (exceptées hernies inguinales ou de la paroi antérieure HERN et hernies diaphragmatiques ABDO)
PROC	Chirurgie proctologique
RATE	Chirurgie de la rate

### CHIRURGIE ORL ET STOMATOLOGIQUE

(Les interventions maxillo-faciales avec ostéosynthèse pour fracture sont codées OSYN)

CODE	Libellé
CCCF	Chirurgie carcinologique cervico-faciale y compris pharyngo-larynx et trachée
ORLD	Interventions ORL pour lésions non cancéreuses : oreilles, nez, sinus de la face, rhinopharynx, oropharynx, pharyngo-larynx, trachée, glandes salivaires, amygdales, voile...
STOM	Intervention stomatologique pour lésion non cancéreuse : pathologie dentaire et infectieuse, fentes vélo-palatines, malformations cervico-faciales

### CHIRURGIE GYNECO-OBSTETRIQUE

CODE	Libellé
CESA	Césarienne
GFVA	Intervention (autre que hystérectomie HYSA ou HYSV) sur les organes génitaux féminins et structures de soutien par voie abdominale
GFVB	Intervention (autre que hystérectomie HYSA ou HYSV) sur les organes génitaux féminins et structures de soutien par voie basse
HYSA	Hystérectomie par voie abdominale
HYSV	Hystérectomie par voie vaginale
SEIN	Chirurgie mammaire (abcès, plastie, reconstruction, ablation de nodule, mastectomie totale)

### CHIRURGIE UROLOGIQUE

CODE	Libellé
NEPH	Chirurgie du rein et du bassin
OGEM	Intervention sur les organes génitaux masculins (sauf prostate PROS ou UROL)
PROS	Intervention sur la prostate et les vésicules séminales, sauf adénomectomie et résection transurétrale de prostate (RTUP)
UROL	Chirurgie de l'appareil urinaire (uretère, vessie, urètre, adénomectomie de prostate)
RTUP	Résection transurétrale de prostate

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE**

<b>CODE</b>	<b>Libellé</b>
<b>ABLA</b>	Ablation de matériel d'ostéosynthèse (vis, plaques, clous, broches...)
<b>ARDI</b>	Intervention sur les articulations (ponction évacuatrice, arthroscopie, arthrodèse, synoviorthèse, capsulotomie, capsulectomie, synoviectomie...) exceptée la pose de prothèse articulaire (PROT, PTHA, PTGE, PTTH)
<b>MUSC</b>	Chirurgie du muscle, de l'aponévrose, des tendons et des ligaments (y compris canal carpien)
<b>OSDI</b>	Intervention sur l'os (sauf crâne CRAN, TUMC et rachis VERT, LAMI) ne comportant pas d'ostéosynthèse (OSYN) : évidement, ostéotomie, greffe osseuse, décortication, résection, etc.
<b>OSYN</b>	Ostéosynthèse quel que soit le site (sauf crâne CRAN et rachis VERT), quel que soit le type de matériel inerte sauf prothèse articulaire (PROT, PTHA, PTGE, PTTH, RPTH)
<b>PROT</b>	Prothèse articulaire (sauf hanche PTHA, PTTH et RPTH et genou PTGE)
<b>PTGE</b>	Prothèse articulaire de genou
<b>PTHA</b>	Prothèse de hanche de 1 <sup>ère</sup> intention à l'exclusion des prothèses totales de hanche (PTTH)
<b>PTTH</b>	Prothèse TOTALE de hanche de 1 <sup>ère</sup> intention
<b>RPTH</b>	Reprise de prothèse de hanche (reprise de PTH, totalisation ou PTH après arthrodèse)
<b>AMPU</b>	Amputation et désarticulation

**NEUROCHIRURGIE**

<b>CODE</b>	<b>Libellé</b>
<b>TUMC</b>	Interventions pour exérèse d'une tumeur ou lésion intra-crânienne à l'exclusion des biopsies
<b>CRAN</b>	Interventions sur le crâne et l'encéphale (y compris les dérivations intracrâniennes du LCR, les interventions d'ostéosynthèse sur le crâne et les interventions sur la portion intracrânienne des nerfs crâniens) hors exérèse d'une tumeur ou lésion intra-crânienne (TUMC)
<b>DLCR</b>	Dérivation extracrânienne du LCR (shunt ventriculaire externe, ventriculo-cardiaque, ventriculo-, sous-duro- ou kysto-péritonéal : pose, révision, remplacement, ablation)
<b>NERF</b>	Intervention sur les nerfs crâniens (portion extracrânienne) et périphériques et le système sympathique
<b>HDIS</b>	Chirurgie de hernie discale à l'étage lombaire, par abord postérieur sans laminectomie, sans ostéosynthèse et sans arthrodèse
<b>VERT</b>	Intervention sur le rachis (y compris l'ostéosynthèse), la moelle épinière et ses racines (à l'exclusion de LAMI et HDIS)
<b>LAMI</b>	Intervention sur le rachis (exploration ou décompression de la moelle épinière ou des racines nerveuses par excision/incision de structures vertébrales – os ou disque) à l'exclusion de la chimionucléolyse et de HDIS

**CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE**

<b>CODE</b>	<b>Libellé</b>
<b>OPHT</b>	Chirurgie ophtalmologique : paupières, appareil lacrymal, œil, muscles oculaires, orbites à l'exception de la traumatologie osseuse et de la chirurgie de la cataracte (CATA)
<b>CATA</b>	Chirurgie de la cataracte (extraction extra-capsulaire ou par phako-émulsification et implantation d'un cristallin artificiel en chambre postérieure)

## CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE

CODE	Libellé
APER	Chirurgie vasculaire concernant les artères périphériques (sauf troncs supra-aortiques : TSAO)
CARO	Chirurgie cardiaque à cœur ouvert à l'exclusion des remplacements valvulaires (VALV)
CARF	Chirurgie cardiaque à cœur fermé (y compris le péricarde, à l'exclusion des coronaires)
G VIA	Chirurgie des gros vaisseaux intra-abdominaux et pelviens (y compris la pose de clip cave)
GVIT	Chirurgie des gros vaisseaux intra-thoraciques
PONM	Pontage aorto-coronarien avec greffon local
PONS	Pontage aorto-coronarien avec greffon sur un autre site (saphène par exemple)
TSAO	Troncs supra-aortiques
VALV	Chirurgie de remplacement des valves cardiaques
VEIN	Chirurgie vasculaire concernant les veines périphériques, excepté exérèse veineuse du membre inférieur (VPER)
VPER	Chirurgie d'exérèse veineuse du membre inférieur

## CHIRURGIE THORACIQUE

CODE	Libellé
ATHO	Chirurgie thoracique : plèvre, thymus, paroi thoracique, médiastin (sauf trachée et vaisseaux pulmonaires), incluant diaphragme et hernie hiatale autre que l'exérèse pulmonaire (pneumectomie ou lobectomie) (EXPU)
EXPU	Chirurgie d'exérèse du poumon et des bronches

## AUTRES

CODE	Libellé
THYR	Chirurgie de la thyroïde
AEND	Chirurgie endocrinienne (parathyroïdes, surrénales...) à l'exception de la thyroïde (THYR) et du pancréas (BIL)
LYMP	Chirurgie de la moelle osseuse et du système lymphatique (greffe de moelle, exérèse ou curage ganglionnaire...)
POLY	Chirurgie du polytraumatisé : blessé porteur de 2 ou plusieurs lésions traumatiques mettant en jeu le pronostic vital du patient
SCUT	Chirurgie des tissus mous et de la peau (greffe cutanée, ablation de nævus, tumeurs, kystes, lipomes, ablation de corps étrangers, évacuation d'hématome ou d'abcès, suture de plaies...) exceptés la périnéorrhaphie (GFVB) et les actes sur la marge anale (PROC)
TRAN	Transplantation d'organes

## **Annexe 2b. Codes CCAM de la surveillance globale**

Le fichier de transcodage codes RAISIN – codes CCAM est disponible sur le site internet du CCLIN Sud-Est : [http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Reseaux/ISO/sommaire\\_ISO.html](http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Reseaux/ISO/sommaire_ISO.html)

## Annexe 3. Index NNIS

### Annexe 3a. Définition et calcul de l'index NNIS

Aux U.S.A., lors du SENIC project, puis pour l'analyse du programme NNIS, les 3 principaux facteurs de risque suivants (score ASA, classe de contamination, durée d'intervention) ont été combinés en un seul index, reconnu comme le plus prédictif du risque d'infection. Cet index du NNIS constitue un outil d'analyse indispensable à l'ajustement des taux et autorise des comparaisons en générant des catégories de patients homogènes vis-à-vis du risque infectieux.

#### Index de risque du NNIS

Compter	1 point si classe de contamination = 3 ou 4 1 point si durée d'intervention > 75 <sup>e</sup> percentile de la durée d'intervention 1 point si score ASA = 3, 4, ou 5
---------	---

**L'index NNIS peut prendre une valeur allant de 0 (risque faible) à 3 (risque élevé)**

### Annexe 3b. Score ASA

Indicateur de la mortalité péri-opératoire globale utilisé par l'American Society of Anesthesiologists [2] et qui classe les patients en 6 catégories. Seuls les 5 premières sont utilisées dans la surveillance ISO, la 6<sup>ème</sup> étant un état de mort cérébrale.

**1. Patient en bonne santé**

C'est-à-dire sans atteinte organique, physiologique, biochimique ou psychique.

**2. Patient présentant une atteinte modérée d'une grande fonction**

Par exemple : légère hypertension, anémie, bronchite chronique légère.

**3. Patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction qui n'entraîne pas d'incapacité**

Par exemple : angine de poitrine modérée, diabète, hypertension grave, décompensation cardiaque débutante.

**4. Patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction, invalidante, et qui met en jeu le pronostic vital**

Par exemple : angine de poitrine au repos, insuffisance systémique prononcée (pulmonaire, rénale, hépatique, cardiaque...).

**5. Patient moribond**

dont l'espérance de vie ne dépasse pas 24 h, avec ou sans intervention chirurgicale.

<sup>2</sup> disponible sur <http://www.asahq.org/clinical/physicalstatus.htm>

## **Annexe 3c. Classe de contamination d'Altemeier**

### **1. Chirurgie propre**

Intervention sur une zone normalement stérile. La peau est primitivement intacte. Si on met en place un drainage, ce doit être un système clos.

Pas d'ouverture des tractus digestif, respiratoire, urogénital ou oropharyngé.

### **2. Chirurgie propre contaminée**

Intervention accompagnée d'ouverture des tractus digestifs, respiratoire ou urogénital dans des conditions techniques bien contrôlées et sans contamination inhabituelle (urines stériles, bile non infectée).

### **3. Chirurgie contaminée**

Intervention avec contamination massive par le contenu du tube digestif, ouverture du tractus urogénital ou biliaire en présence d'une infection urinaire ou biliaire. Plaies traumatiques ouvertes récentes.

### **4. Chirurgie sale ou infectée**

Intervention sur une zone contenant du pus, des corps étrangers, des fèces. Plaies traumatiques anciennes (datant de plus de 4 heures).

Cette définition suggère la présence des organismes responsables de l'infection opératoire dans le site opératoire avant l'intervention.

**Annexe 3d. Valeurs des percentiles 75 observés pour les durées  
d'intervention 1999-2010 (base nationale) et seuils retenus pour le calcul  
de l'index NNIS**

<b>Code d'intervention</b>	<b>75<sup>ème</sup> percentile (en mn)</b>	<b>Valeur seuil (en heures) pour le score NNIS</b>
APPE	55	1
CESA	50	1
CHOL	90	2
COLO	190	3
HDIS	60	1
HERN	60	1
HYSA	132	2
HYSV	100	2
LAMI	100	2
PROS	150	3
PTGE	110	2
PTHA	90	2
PTTH	90	2
RPTH	145	2
RTUP	60	1
SEIN	95	2
VPER	65	1

## Annexe 4. Codes des micro-organismes et des phénotypes de résistance aux antibiotiques

Cocci Gram +		Phénotype
<i>Staphylococcus aureus</i>	STAAUR	S
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	STAEPI	
<i>Staphylococcus haemolyticus</i>	STAHAE	
Staphylocoque coagulase négative, autre espèce	STAAUT	
Staphylocoque coagulase négative, espèce non spécifiée	STANSP	
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	STRPNE	
<i>Streptococcus agalactiae</i> (B)	STRAGA	
<i>Streptococcus pyogenes</i> (A)	STRPYO	
Streptocoques hémolytiques (C, G)	STRHCG	
Streptocoques (viridans) non groupables	STRNGR	
Streptocoques, autre espèce	STRAUT	
<i>Enterococcus faecalis</i>	ENCFAE	S
<i>Enterococcus faecium</i>	ENCFAC	S
Entérocoques, autre espèce	ENCAUT	
Entérocoques, espèce non spécifiée	ENCNSP	
Autres cocci Gram +	CGPAUT	
<b>Cocci Gram -</b>		
<i>Moraxella</i>	MORSPP	
<i>Neisseria meningitidis</i>	NEIMEN	
Neisseria, autre espèce	NEIAUT	
Autres cocci Gram -	CGNAUT	
<b>Bacilles Gram +</b>		
Corynébactéries	CORSPP	
<i>Bacillus</i>	BACSPP	
<i>Lactobacillus</i>	LACSPP	
<i>Listeria monocytogenes</i>	LISMON	
Autres bacilles Gram +	BGPAUT	
<b>Entérobactéries</b>		
<i>Citrobacter freundii</i>	CITFRE	S
<i>Enterobacter cloacae</i>	ENTCLO	S
<i>Enterobacter aerogenes</i>	ENTAER	S
<i>Escherichia coli</i>	ESCCOL	S
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	KLEPNE	S
<i>Klebsiella oxytoca</i>	KLEOXY	S
<i>Morganella</i>	MOGSPP	S
<i>Proteus mirabilis</i>	PRTMIR	S
<i>Providencia</i>	PRVSPP	S
<i>Serratia</i>	SERSPP	S
<i>Citrobacter koseri</i> (ex. <i>diversus</i> )	CITKOS	S

<i>Citrobacter</i> , autre espèce	CITAUT	S
<i>Enterobacter</i> , autre espèce	ENTAUT	S
<i>Hafnia</i>	HAFSPP	S
<i>Klebsiella</i> , autre espèce	KLEAUT	S
<i>Proteus</i> , autre espèce	PRTAUT	S
<i>Salmonella</i> Typhi ou Paratyphi	SALTYP	S
<i>Salmonella</i> , autre espèce	SALAUT	S
<i>Shigella</i>	SHISPP	S
Autres entérobactéries	ETBAUT	S
<b>Bacilles Gram - non entérobactéries</b>		
<i>Acinetobacter baumannii</i>	ACIBAU	S
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	PSEAER	S
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	STEMAL	
<i>Legionella</i>	LEGSPP	
<i>Achromobacter</i>	ACHSPP	
<i>Acinetobacter</i> , autre espèce	ACIAUT	
<i>Aeromonas</i>	AEMSPP	
<i>Agrobacterium</i>	AGRSPP	
<i>Alcaligenes</i>	ALCSPP	
<i>Campylobacter</i>	CAMSPP	
<i>Flavobacterium</i>	FLASPP	
<i>Gardnerella</i>	GARSPP	
<i>Haemophilus</i>	HAESPP	
<i>Helicobacter pylori</i>	HELPYL	
<i>Pasteurella</i>	PASSPP	
<i>Burkholderia cepacia</i>	BURCEP	
Autre <i>Pseudomonas</i> et apparentés	PSEAUT	
Autre Bacille Gram- non entérobactérie	BGNAUT	
<b>Anaérobies stricts</b>		
<i>Bacteroides fragilis</i>	BATFRA	
<i>Bacteroides</i> , autre espèce	BATAUT	
<i>Clostridium difficile</i>	CLODIF	
<i>Clostridium</i> , autre espèce	CLOAUT	
<i>Prevotella</i>	PRESPP	
<i>Propionibacterium</i>	PROSPP	
Anaérobies autres	ANAAUT	
<b>Autres micro-organismes</b>		
Mycobactéries atypiques	MYCATY	
BK (tuberculose)	MYCTUB	
<i>Chlamydia</i>	CHLSPP	
<i>Mycoplasma</i>	MYPSP	
<i>Actinomyces</i>	ACTSPP	
<i>Nocardia</i>	NOCSP	
Autres bactéries	BCTAUT	

Champignons et Parasites	
<i>Candida albicans</i>	CANALB
<i>Candida</i> , autre espèce	CANAUT
<i>Aspergillus fumigatus</i>	ASPFUM
<i>Aspergillus</i> , autre espèce	ASPAUT
Levures, autres	LEVAUT
Filaments, autres	FILAUT
Autres champignons ou parasites	PARAUT
Examen stérile	EXASTE
Identification non retrouvée	NONIDE
Culture non effectuée	NONEFF

**S = coder pour ces micro-organismes le phénotype de résistance aux antibiotiques (voir page suivante)**

En cas d'infection, si la variable micro-organisme 1 est codée NON IDE ou NON EFF ou EXA STE, ne pas remplir micro-organisme 2.

**N.B. :** Quand dans la liste un nom d'espèce est précisément indiqué (ex. *Proteus mirabilis* : PRT MIR), si le micro-organisme est d'une autre espèce (ex. *Proteus vulgaris*), coder celui-ci dans la catégorie générale correspondante (pour l'exemple : PRT AUT).

### Indicateurs de la résistance aux antibiotiques pour les principaux micro-organismes concernés

**Nouveau codage du phénotype de résistance aux antibiotiques (variable à 1 chiffre)**

	0	1	2	3	9
<b><i>Staphylococcus aureus</i></b>	OXA-S § VAN-S	OXA-R § VAN-S	VAN-R	-	inconnu
<b><i>Enterococcus faecalis et faecium</i></b>	Ampi-S § VAN-S	Ampi-R § VAN-S	VAN-R	-	inconnu
<b>Entérobactéries</b>	CTX-S § IMP-S	CTX-R non BLSE § IMP-S	CTX-R BLSE+ § IMP-S	IMP-R	inconnu
<b><i>Acinetobacter baumannii</i></b>	CAZ-S § IMP-S	CAZ-R § IMP-S	CAZ-S § IMP-R	CAZ-R § IMP-R	inconnu
<b><i>Pseudomonas aeruginosa</i></b>	CAZ-S § IMP-S	CAZ-R § IMP-S	CAZ-S § IMP-R	CAZ-R § IMP-R	inconnu

**R** = intermédiaire ou résistant

**S** = sensible

**Attention :** une souche I est assimilée résistante (I = R)

OXA = oxacilline (ou méticilline)

VAN = vancomycine

Ampi = ampicilline ou amoxicilline

CTX = cefotaxime (ou ceftriaxone)

CAZ = ceftazidime

IMP = imipénème

BLSE = beta-lactamase à spectre étendu

Non BLSE = BLSE négative ou non recherchée

## Annexe 5. Codes des spécialités

Intitulé	Code
Chirurgie digestive	CHIDIG
Chirurgie ORL et stomatologique	CHIORL
Chirurgie gynéco-obstétrique	CHIGYN
Chirurgie cardio-vasculaire	CHICCV
Chirurgie orthopédique	CHIORT
Neurochirurgie	CHINEU
Chirurgie thoracique	CHITHO
Chirurgie urologique	CHIURO
Chirurgie ophtalmologique	CHIOPH
Chirurgie autre	CHIDIV

## **Annexe 6. Courriers d'aide au suivi du patient après la sortie**





## Annexe 7 : Importation de données



### APPLICATION WEBISO RAISIN

#### CCLIN SUD EST

Mise en forme du fichier .csv à importer dans l'application WEBISO RAISIN  
(à partir d'un fichier initial .xls)

- Avoir les libellés des 44 colonnes suivantes (respecter impérativement l'ordre et l'orthographe des libellés)
- Respecter le format de chaque variable.

Libellés des variables	Libellé en clair	Format/codage des variables (nombre de digits)
cclin	CCLIN	Coder 4 (pour CCLIN Sud Est, à réécrire sur chaque fiche)
region		Coder 82 (pour Rhône Alpes), 83 (pour Auvergne), 91 (pour Languedoc Roussillon), 93 (pour PACA), 94 (pour Corse) ou 97 (pour Réunion)
codetab statut	Etablissement	Il s'agit du code anonymat de votre ES en numérique
typetab		Coder PUB (pour public) ou PRI (pour privé) ou PSP (pour PSPH)
typesurv		Coder CHU, CH, MCO (pour les cliniques), MIL (pour les militaires), CAC (pour les centres de lutte contre le cancer) ou SSR (pour les soins de suite et de réadaptation)
codserv	Service	Coder 2 (pour surveillance prioritaire)
codeop	Code opérateur	Format numérique
fiche	Numéro de fiche patient	Format texte
dnais	Date de naissance	Numérique
dentree	Date d'admission dans l'établissement	Date au format jj/mm/aaaa
dsortie	Date de sortie du service	Date au format jj/mm/aaaa
etatsort	Statut vital à la sortie du service	Date au format jj/mm/aaaa
sexe	Sexe	Numérique
age		Numérique
dms		Numérique
dcontact	Date de dernier contact	Numérique
delcont		Numérique
dinter	Date de l'intervention	Date au format jj/mm/aaaa
delai		Numérique
ccam	Code CCAM de l'intervention	Format alpha numérique (texte ou numérique)
codeinter	Code CCLIN de l'intervention	Format texte
classecont	Classe	de Numérique

	contamination	
asa	Score ASA	Numérique
dureeinter	Durée d'intervention	Numérique
urgence	En urgence	Numérique
chircarc	Chirurgie carcinologique	Numérique
coeliochir	Coelio/vidéo chirurgie	Numérique
nniss		Laisser vide
infection	Infection du site opératoire	Numérique
valchir	Validation de l'ISO par le chirurgien	Numérique
dinf	Date de l'infection	Date au format jj/mm/aaaa
delinf		Numérique
siteinf	Site de l'infection	Numérique
reprise	Reprise chirurgicale	Numérique
multiple	Procédure multiple	Numérique
ncas	Critère diagnostique (CD) de l'infection	Numérique
implant	Implant ou prothèse	Numérique
germe1	Micro-organisme 1	Format texte
sens1	Résistance aux antibiotiques 1	Numérique
germe2	Micro-organisme 2	Format texte
sens2	Résistance aux antibiotiques 2	Numérique
germe3		Format texte
sens3		Numérique

- Si vous n'avez pas les renseignements concernant une variable, garder quand même la colonne et son libellé, les sept premières colonnes doivent être remplies.
- Si votre fichier est un fichier Excel, vérifiez bien que vos colonnes numériques sont bien en numérique et non pas stockées en format texte ! (petit triangle vert qui signifie stocké en texte). Mettez vous sur la cellule, et cliquez sur le point d'exclamation et ensuite sur "convertir en nombre".
- Garder la colonne NNISS vide cette variable sera calculée automatiquement dans WEBISO RAISIN
- Enregistrez votre fichier en format .csv
- Pour importer vos données : Connectez vous sur l'application WEB ISO RAISIN
- Choisissez votre établissement dans la liste des établissements proposés et l'année de la surveillance
- Choisissez le service pour lequel vous voulez importer les données
- Cliquez sur le lien « Importation de fichiers »
- Sélectionnez votre fichier à envoyer en format .csv
- Puis cliquez sur « Importation des fichiers »

Si toutes les recommandations ont été respectées les données seront intégrées dans l'application WEB ISO RAISIN. Vous pourrez alors les modifier, les consulter, les supprimer ou les valider. Votre fichier est enregistré sur notre serveur et conservé en cas vérification.

