



Réseau de Surveillance des Infections Nosocomiales en Maternité

MATER SUD-EST

PROTOCOLE

Version 12 - Décembre 2008

C.CLIN SUD-EST
Hôpital Henry Gabrielle
Villa Alice, 20 route de Vourles
69230 Saint Genis Laval
Tél : 04 78 86 49 20
Fax : 04 78 86 49 48

E-mail cclinse@chu-lyon.fr
Site Internet <http://cclin-sudest.chu-lyon.fr>

L. AYZAC, B. AUBERTIN, G. BEAUMONT, M. BESSON, E. CAILLAT-VALLET,
F. DEPAIX, AM. DUMAS, J. FABRY, M. GIGNOUX, R. GIRARD, C. HAOND,
C. LAUNAY, G. SOURNIES, A. VINCENT,
en collaboration avec les participants au réseau.

MODIFICATIONS 2009

- **Suppression de la variable syndrome infectieux non étiqueté** (tableau clinique infectieux avec hyperthermie ($\geq 38,5^{\circ}\text{C}$) ou hypothermie ($\leq 36,5^{\circ}\text{C}$) et frisson, sans point d'appel clinique, avec les prélèvements bactériologiques suivants réalisés et négatifs : prélèvements de gorge, hémocultures, ECBU, prélèvement vaginal **et** ayant conduit à l'instauration et au maintien durant 8 jours minimum d'une antibiothérapie.)

- **Rajout de la variable date de dernier contact**

Elle correspond à :

- la date de consultation
- la date de retour du questionnaire récrit renvoyé par la patiente en cas de suivi post sortie organisé
- la date de contact téléphonique avec la patiente ou le médecin traitant
- la date de sortie, si pas de nouveau contact

- **Il est demandé aux maternités la mise en place d'un suivi après la sortie de la maternité :**

Les maternités doivent s'engager à assurer un suivi des patientes après la sortie avec, au minimum un questionnaire donné à la patiente et renvoyé à la maternité, voir plus si c'est possible : consultation, contact téléphonique...

Les données recueillies au cours de ce suivi doivent être intégrées dans la fiche de recueil et comporter obligatoirement la date de dernier contact avec la patiente et la présence des infections nosocomiales ainsi que leur date.

- **Pour l'inclusion dans le rapport global, un minimum de données manquantes est exigée :**

Les maternités du réseau s'engagent à recueillir et saisir la totalité des variables demandées. En cas de non respect évident de cette exigence, les données de la période en défaut de cette maternité ne seront incluses ni dans le rapport annuel, ni dans le calcul des RSIN

Les maternités qui présentent une proportion d'infections nosocomiales de la mère ou du bébé supérieure au 10^e percentile de la distribution ne seront incluses ni dans le rapport annuel, ni dans le calcul des RSIN..

- Appel à l'amélioration de la qualité pour les trois variables les plus sensibles :

- Infection Urinaire à l'entrée : La recherche d'une albuminurie et une glycosurie sera effectuée dès l'entrée. En **cas d'impossibilité** de le faire à l'entrée, réaliser la bandelette **sur la première émission d'urine de la patiente à l'aide d'une bandelette urinaire polyvalente** permettant également la recherche de **nitrites** et de **leucocytes**. **En cas de présence de nitrites ou de leucocytes, un examen cytbactériologique urinaire (ECBU) sera réalisé** : en vérifier le résultat à la sortie de la patiente.

RPM : rupture prématurée des membranes datant de **12 heures ou plus avant l'hospitalisation**.

Perte de sang : perte de sang jugée importante (**estimée supérieure à 800 ml**) **ET** suivie de la prescription médicale de **N.F.P.** en suite de couche.

Un atelier de recueil des données axé sur la qualité sera proposé lors de la journée annuelle

PROCOLE MATER SUD-EST

Réseau de Surveillance des Infections Nosocomiales en Maternité

CCLIN Sud-Est
version 12 - décembre. 2008

Première Partie : Méthodologie

I - INTRODUCTION

En maternité, les infections nosocomiales sont retrouvées à la fois chez les mères et les nouveau-nés.

Leur incidence globale est extrêmement variable : de 0,5 à 5 % dans les accouchements par voie basse [Tissot-Guerraz, 1993 #149;; Criscuolo, 1990 #151] et de 11,5 à 65 % dans les césariennes [1, 2]. Chez les nouveau-nés, cette incidence est estimée entre 0,9 et 1,7 % [1, 3] mais s'élève de 5 à 25 % en unité de soins intensifs de néonatalogie [3]. Les principales infections rencontrées sont les suivantes : infections urinaires, infections du site opératoire, endométrites, bactériémies et infections du sein chez les mères, infections cutanées et oculaires chez les enfants.

Ces infections accroissent la durée d'hospitalisation et représentent un surcoût pour les établissements de soins et de santé. Or les travaux de Cruse et Foord en 1980 et de Haley en 1985 [4] ont démontré que 30 % des infections nosocomiales pouvaient être évitées par un programme couplé de surveillance épidémiologique et de prévention, avec restitution des taux d'infections aux équipes médicales concernées.

Fort de l'expérience lyonnaise dans ce domaine depuis 1984 et dans la ligne des Recommandations Nationales pour la Lutte et la Prévention des Infections Nosocomiales en chirurgie [5], le CCLIN Sud-Est a créé en 1995 un réseau pilote de surveillance des infections en maternité. Ce réseau fonctionne en continu depuis le 1^{er} janvier 1997 [6].

II - OBJECTIFS

Objectif principal :

Permettre aux maternités :

- de se positionner, pour les infections surveillées, par rapport aux maternités du réseau,
- de prendre des décisions ou mettre en place des actions en cas de problème.

Objectifs secondaires :

- connaître la population des mères et des bébés
- connaître les infections de la maternité
- suivre la bibliographie et animer des études embarquées afin de mieux connaître les facteurs de risque

III - METHODOLOGIE

A/ Population étudiée

La surveillance épidémiologique concerne d'une part toute patiente accouchant dans le service et d'autre part le ou les enfants au(x)quel(s) elle donne naissance.

La date d'accouchement sert de marqueur d'inclusion et la surveillance s'exerce durant un mois à dater de cette date d'accouchement.

Sont exclues les patientes ayant accouché avant leur entrée à l'hôpital.

B/ Déroulement de la surveillance

La surveillance épidémiologique repose sur le recueil de :

- Données sur la maternité : statut et type d'établissement, niveau de la maternité, nombre d'accouchements.
- Données administratives : date d'accouchement, date de sortie, nombre de bébés surveillés.
- Facteurs de risque liés à la mère : âge, parité, infection urinaire à l'entrée et/ou pendant la grossesse, hyperthermie pendant le travail, durée d'ouverture de l'œuf ≥ 12 h avant hospitalisation, durée exacte d'ouverture de l'œuf, perte de sang >800 ml, âge gestationnel.
- Facteurs de risque liés au mode d'accouchement : césarienne programmée ou en urgence, délivrance artificielle/révision utérine, manœuvres extractives instrumentales, nombre de TV supérieur à 5 après ouverture de l'œuf, épisiotomie ou déchirure périnéale, déclenchement, type d'anesthésie, sondage urinaire, 1ère césarienne.
- Prescription d'antibiotiques : antibioprophylaxie
- Allaitement maternel
- Présence d'une infection nosocomiale chez la mère : infection urinaire, infection du site opératoire, endométrite, bactériémie, infection sur voies d'abord vasculaire, infection du sein.
- Présence d'une infection nosocomiale chez le bébé ou les bébés : infection oculaire, cutanée, infection du cordon, infection grave (septicémie, méningite, infection ostéoarticulaire).
- Date d'apparition des infections nosocomiales chez la mère pour les endométrites, les infections urinaires et les infections du site opératoire.

C/ Modalités pratiques de la surveillance

1. Recueil des données

Ce recueil des données se fera manuellement sur fiche papier type dont le modèle est fourni par le CCLIN.

Il peut être réalisé :

- soit en temps réel (recueil journalier),
- soit à la sortie de la patiente

et il est effectué :

- soit par les médecins ou sages-femmes ou cadres de services de suites de couches,
- soit par les médecins ou infirmières du service d'hygiène en collaboration étroite avec la maternité.

Ce recueil de données sera réalisé à l'aide d'un guide de surveillance. Il comprend tous les critères diagnostiques des infections et les définitions des différents items à recueillir, qui doivent être communs à tous les membres du réseau.

2. Validation et codage des données

Ces deux étapes sont nécessaires avant la saisie informatique et garantissent la qualité de l'information. Elles peuvent être faites au fur et à mesure (à la fin du remplissage de chaque fiche patiente) ou être organisées au cours d'une réunion récapitulative, en présence des responsables des accouchées et à l'aide du guide de surveillance.

3. Saisie des données sur informatique

Elle sera réalisée sur place par chaque service participant. Une application MATER conçue par le CCLIN sera envoyée à l'ensemble des membres du réseau. Elle fonctionne exclusivement sur micro-ordinateur de type PC. Un guide informatique sera fourni, permettant d'installer l'application et de procéder à la saisie des données.

L'application informatique MATER permet la saisie des données de la surveillance, le contrôle de ces données et l'analyse sous forme de rapport avec sélection de la maternité et de la période de surveillance.

4. Envoi des données au CCLIN

Il est quadrimestriel et ce fait par email, CD ou disquette (Cf. guide informatique). A la fin de chaque période, un délai de 1 mois est accordé au service pour cet envoi.

Pour l'inclusion des données dans le rapport quadrimestriel :

- date limite d'acceptation des données : un mois après le mois de suivi de la dernière patiente incluse,
- **date limite d'acceptation des corrections : un mois après l'envoi de l'email ou du fax de correction par le C.CLIN.**

Pour l'inclusion des données dans le rapport annuel :

- date limite d'acceptation des données et des corrections : identique à la date limite

d'acceptation des données et des corrections du dernier quadrimestre de surveillance.

Au delà de ces dates (Cf. calendrier de surveillance) nous pourrons réaliser le rapport spécifique de votre maternité mais vos données ne seront pas incluses dans le rapport annuel global du réseau (vous ne trouverez pas de taux standardisés pour votre maternité dans le rapport global) et vous ne recevrez pas d'affiche de résultats pour cette année.

5. Contrôle des données et analyse du CCLIN

Un dernier contrôle des données est réalisé à l'arrivée des données. Les problèmes (données manquantes ou discordantes) sont alors signalés au service par email ou par fax.

Les maternités du réseau s'engagent à recueillir et saisir la totalité des variables demandées. En cas de non respect évident de cette exigence, les données de la période en défaut de cette maternité ne seront incluses ni dans le rapport annuel, ni dans le calcul des RSIN

Les maternités qui présentent une proportion d'infections nosocomiales de la mère ou du bébé supérieure au 10^e percentile de la distribution ne seront inclus ni dans le rapport annuel, ni dans le calcul des RSIN..

L'analyse des données permet de fournir :

- * Une analyse spécifique par service et globale pour l'inter-région effectuée par le CCLIN chaque quadrimestre.
 - les taux d'incidence de chaque infection pour 100 sujets suivis, issus des populations suivantes : accouchées césariées, accouchées voie basse et nouveau-nés,
- * Une analyse globale pour l'inter-région réalisée chaque année sur l'ensemble des données depuis la naissance du réseau Mater. Il fournit :
 - un tableau présentant pour chaque maternité la proportion de valeurs manquantes (appel à l'émulation et la motivation)
 - les taux d'incidence des infections étudiées ajustés sur les divers facteurs de risque recueillis.

Les rapports annuels du réseau sont consultables en ligne sur le site du C.CLIN Sud-Est : <http://cclin-sudest.chu-lyon.fr>

6. Retour de l'information

Il est fait de façon quadrimestrielle.

Les résultats sont envoyés, pour chaque service participant : au chef de service, à la sage-femme cadre, au référent (voir ci-dessous) ainsi qu'au Président de CLIN et à l'équipe d'hygiène hospitalière de l'établissement.

Ces résultats comportent deux parties envoyées séparément :

- les résultats spécifiques correspondants aux données quadrimestrielles de chaque service et adressés de manière confidentielle.
- les résultats généraux correspondant aux données de l'ensemble des services participants.

7. Conditions de participation

- **Les services d'obstétrique** participent au réseau sur la base du volontariat et de l'adhésion stricte au protocole. Les services peuvent choisir de participer soit de manière continue, soit de manière discontinue mais dans ce cas, pour des **périodes minimales de 4 mois consécutifs**.

- L'inclusion de 300 accouchements (240 accouchements voie basse et 60 césariennes) fournit des intervalles de confiance pour les taux d'infections nosocomiales assez imprécis, notamment pour les césariennes (cf tableau 1). L'inclusion de 500 accouchements (400 accouchements voie basse -AVB- et 100 césariennes) fournit des intervalles de confiance plus précis, corrects pour les AVB mais encore imprécis pour les césariennes (Cf tableau 1).

La surveillance annuelle est donc recommandée même pour les maternités ayant un grand nombre d'accouchements afin d'améliorer la précision des fréquences d'infections nosocomiales fournis pour les accouchements par césarienne.

Tableau 1 : Variation de l'intervalle de confiance de ces deux fréquences en fonction du nombre d'accouchements inclus.

Nombre d'accouchements voie basse (AVB) inclus	Intervalle de confiance (IC) à 95% du taux d'endométrites chez les AVB	Nombre d'accouchements par césarienne inclus	IC à 95% du taux d'infections de site opératoire chez les césarisées
-	-	60	1,13% [0,15%-7,99%]
100	0,16% [0,01%-4%]	100	1,13% [0,2%-5,6%]
200	0,16% [0,01%-2,19%]	200	1,13% [0,3%-3,77%]
300	0,16% [0,02%-1,56%]	300	1,13% [0,4%-3,0%]
400	0,16% [0,02%-1,25%]	400	1,13% [0,46%-2,72%]
500	0,16% [0,02%-1,06%]	500	1,13% [0,5%-2,49%]
600	0,16% [0,03%-0,93%]	-	-

- **Le CLIN** étant chargé de la surveillance et de la prévention des infections nosocomiales, la participation au réseau se fait en coordination avec le CLIN de l'établissement. **Le Président du CLIN** de chaque établissement doit donc être informé de l'existence du réseau. Dans le cas où une surveillance locale est déjà organisée, le Chef de Service prend contact avec les responsables de **l'Equipe d'Hygiène locale**.

- **Le référent** (membre du service d'obstétrique, de l'équipe opérationnelle d'hygiène, du CLIN ou toute autre personne jugée compétente) doit être désigné par le chef de service. Il a la responsabilité de superviser la totalité des étapes de la surveillance et devient l'interlocuteur principal du CCLIN pour les échanges d'informations.

Un accord de participation au réseau MATER SUD-EST doit être rempli en ligne sur le site internet du CCLIN Sud Est : <http://cclin-sudest.chu-lyon.fr>

Sont demandées les coordonnées précises du chef de service, de la sage femme cadre, du référent ainsi que du Président de CLIN et de l'équipe d'hygiène hospitalière. Il est important de renseigner les emails car les échanges se feront essentiellement par cette voie.

8 Mise en place d'un suivi après la sortie de la maternité

Les maternités doivent s'engager à assurer un suivi des patientes après la sortie avec,

- au minimum un questionnaire donné à la patiente et renvoyé à la maternité (Cf. questionnaire en annexe),
- voir plus si c'est possible : consultation, contact téléphonique...

Les données recueillies au cours de ce suivi doivent être intégrées dans la fiche de recueil et comporter obligatoirement la date de dernier contact avec la patiente et la présence des infections nosocomiales ainsi que leur date.

IV COORDINATION DU RESEAU

1 Le comité de pilotage du réseau :

B. AUBERTIN (Service d'hygiène hospitalière – CH Bourg en Bresse), G. BEAUMONT (Maternité - Hôpital Edouard Herriot - Lyon), F. DEPAIX (Equipe Inter Hospitalière Lyon-Rhône), AM. DUMAS (Service de gynécologie obstétrique - CHU Lyon Sud), R. GIRARD (Service d'hygiène hospitalière - CHU Lyon-Sud), M. GIGNOUX (Maternité - Hôtel Dieu - Lyon), C. HAOND (Equipe Inter-Hospitalière Lyon-Rhône), C. LAUNAY (Sage-femme - HFME-Lyon), G. SOURNIES (Obstétricien, clinique Monplaisir, Lyon)

Personnes du CCLIN Sud-Est appartenant au comité de pilotage :

L. AYZAC, A. VINCENT, M. BESSON, E. CAILLAT-VALLET, J. FABRY

Ce réseau de surveillance étant placé sous l'égide du CCLIN Sud-Est, celui-ci s'engage à fournir une assistance téléphonique aux participants qui le souhaitent.

Secrétariat du réseau : V. CELLUPICA

2 Animation du réseau

Une journée annuelle de rencontre est organisée en fin d'année afin de permettre aux participants du réseau Mater d'échanger sur le thème de la prévention des infections nosocomiales en maternité. Cette journée est aussi l'occasion de discuter de l'évolution du réseau : ajout ou suppression de variables, études ponctuelles dans le cadre du réseau...

Le bulletin Materlien paraît tous les 6 mois. Il reprend les principaux résultats de la surveillance. Les dates des formations ou manifestations pouvant intéresser les participants du réseau y sont rappelées. Enfin, de courts articles traitent de la prévention des infections nosocomiales en maternité. Ce bulletin peut être consulté en ligne sur le site du CCLIN Sud-Est : <http://cclin-sudest.chu-lyon.fr>

Personnes à contacter au CCLIN :

Coordination :

Dr Louis AYZAC

email : louis.ayzac@chu-lyon.fr

Gestion informatique :

Mme Emmanuelle CAILLAT-VALLET

email : emmanuelle.caillat-vallet@chu-lyon.fr

Secrétariat :

Mme Valérie CELLUPICA

email : valerie.cellupica@chu-lyon.fr

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

Bibliographie

1. Tissot-Guerraz F, Thoulon J, Miellat C, et al. La surveillance de l'infection en maternité. In Puech F, B B, eds. 23^{eme} Journée Nationale de la Société Française de Médecine Périnatale. Paris:Arnett, 1993: 121-145.
2. Audra P. Complications infectieuses et hémorragiques de la césarienne. A propos de 2220 interventions. Rev. Fr. Gynecol. Obstet 1990; 85: 11-13.
3. Horan X, White J, Jarvis W, et al. Nosocomial infection surveillance. MMWR 1984; 35: 17-29.
4. Cruse P, Foord R. The epidemiology of wound infection. Surg. Clin. AM 1980; 60: 27-40.
5. Comité Technique National des Infections Nosocomiales. 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales. BEH 1999; Numéro spéciale: 121.
6. Vincent-Boulétreau A, Caillat-Vallet E, Dumas A, Ayzac L, Chapuis C, Emery M, et al. Surveillance des infections nosocomiales dans les maternités du sud-est de la France entre 1997 et 2000. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Vol 34(2):128-136
7. Ministère de la santé et de la solidarité. Décret n°98-999 du 9 octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale (deuxième partie : décret du Conseil d'Etat). Journal Officiel 1998; (235): 15243.

Deuxième Partie : Guide de surveillance

Remplir UNE FICHE par patiente

I CRITÈRES D'INCLUSION DANS LA SURVEILLANCE :

Inclure :

Toute patiente ayant accouché dans le service quel que soit le mode d'accouchement, quelle que soit la viabilité du (des) bébé(s).

Définition de l'accouchement : mise au monde d'un ou plusieurs bébés de plus de 500 gr ou de plus de 22 semaines de gestation.

Exclure :

Les patientes ayant accouché avant leur entrée dans le service.

Les patientes ayant été mutées d'un autre service, même si elles reviennent dans le service où elles ont accouché.

II DESCRIPTION DES VARIABLES

• MATERNITE

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

Ce code n'est connu que du chef de service, de la sage-femme cadre, du référent, du président de CLIN, du responsable de l'EOH de la maternité ainsi que des membres du CCLIN faisant parti du comité de pilotage du réseau Mater et de la secrétaire des réseaux CCLIN.

• NUMERO D'ORDRE DE L'ACCOUCHEE de 1 à 99999

Attribuer à chaque fiche saisie un numéro unique. Ce numéro est à reporter impérativement sur la fiche de recueil papier pour permettre l'accès aux données de façon rétrospective.

• ANNEE DE NAISSANCE de 53 à 93, inconnue ne pas remplir

Noter les 2 derniers chiffres, ex : 65 pour 1965.

• PARITÉ de 01 à 20, inconnue ne pas remplir

Noter le chiffre correspondant au rang de la parité. La parité est égale au nombre d'enfant(s) ; est considéré comme enfant tout nouveau-né de plus de 500 g ou de plus de 22 semaines de gestation. Si une femme accouche pour la première fois d'un enfant coder 01, de deux enfants coder 02... Le codage en 00 est interdit.

• **DATE D'ACCOUCHEMENT**

jj\mm\aaaa

Cette date est obligatoire

• **HEURE D'ACCOUCHEMENT**

en heures et minutes, inconnue 99 et 99

• **AGE GESTATIONNEL**

en semaines d'aménorrhée de 22 à 45, inconnu = 99

• **DATE DE SORTIE**

jj\mm\aaaa, inconnue ne pas remplir

Il s'agit de la date de sortie de la patiente du service d'obstétrique pour l'une des raisons suivantes :

- mutation dans un autre service,
- retour à domicile.

• **INFECTION URINAIRE PENDANT LA GROSSESSE**

oui =1 non =2 inconnu= 9

oui : infection urinaire traitée au cours de la grossesse (sans rechercher les résultats de l'ECBU).

non : pas d'infection urinaire traitée ou infection urinaire non traitée.

Inconnu : la notion n'est pas identifiable : femme non interrogeable **ET** non suivie pendant cette grossesse dans la maternité.

• **INFECTION URINAIRE A L'ENTREE**

oui = 1 non =2 inconnu = 9

oui = infection urinaire présente à l'entrée dans le service selon la définition suivante :

La recherche d'une albuminurie et une glycosurie sera effectuée dès l'entrée (en cas d'impossibilité de le faire à l'entrée, réaliser la bandelette sur la première émission d'urine) de la patiente à l'aide d'une bandelette urinaire polyvalente permettant également la recherche de nitrites et de leucocytes. **En cas de présence de nitrites ou de leucocytes, un examen cytbactériologique urinaire (ECBU) sera réalisé** : en vérifier le résultat à la sortie de la patiente.

L'infection urinaire est affirmée par un ECBU montrant un nombre de germes supérieur ou égal à 10^5 /ml, sans qu'il y ait plus de 2 espèces microbiennes isolées. Est pris en compte dans la définition, un nombre de germes égal à 10^4 /ml : dans le cas où il existe de nombreux polynucléaires, une culture des urines isolant un seul germe et l'existence de signes cliniques d'infection urinaire.

(Exemple de bandelettes urinaires : Nephur test[®], Cytur test[®] ou autres bandelettes simples ou polyvalentes recherchant albumine, glucose, leucocytes et nitrites).

non = absence d'infection urinaire à l'entrée.

• **HYPERTHERMIE PENDANT LE TRAVAIL** oui = 1 non = 2 inconnu = 9

oui = température (rectale ou équivalent rectale) supérieure ou égale à 38°C **au cours du travail, chez une femme non fébrile à l'entrée.**

non = pas de température (rectale ou équivalent rectale) strictement supérieure à 38°C au cours du travail ou état fébrile à l'entrée.

• **RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES**

oui = 1 non = 2 inconnu = 9

oui = rupture prématurée des membranes datant de 12 heures ou plus avant l'hospitalisation.

non = pas de rupture prématurée des membranes **OU** rupture prématurée des membranes datant de moins de 12 heures avant l'hospitalisation.

• **DATE D'OUVERTURE DE L'OEUF** jj\mm\aaaa, inconnue ne pas remplir

Date de la rupture des membranes spontanée ou provoquée par une sage-femme

• **HEURE D'OUVERTURE DE L'OEUF** en heures et minutes,
inconnue 99 et 99

Heure de la rupture des membranes spontanée ou provoquée par une sage-femme

• **ANTIBIOPROPHYLAXIE** oui = 1 non = 2 inconnu = 9

oui = si la patiente a reçu un traitement antibiotique à visée prophylactique

non = pas de traitement antibiotique à visée prophylactique ou traitement sans protocole précis.

• **PERTE DE SANG** oui = 1 non = 2 inconnu = 9

oui = perte de sang jugée importante (estimée supérieure à 800 ml) **ET** suivie de la prescription médicale de N.F.P. en suite de couche.

non = perte de sang jugée non importante ou prescription de N.F.P. à titre systématique.

• **ANESTHESIE** aucune = 0, locorégionale = 1, générale = 2, inconnu = 9

En cas d'anesthésie générale pour délivrance artificielle ou révision utérine chez une femme accouchée par voie basse avec ou sans péridurale noter 2.

• **CESARIENNE**

oui = 1 non = 2

variable obligatoire

oui = toute césarienne effectuée, quelle soit programmée ou réalisée après le début du travail.

non = accouchement par voie basse.

Si accouchée par césarienne : ne remplir que le paragraphe concernant la césarienne et laisser en blanc le paragraphe concernant l'accouchement par voie basse, **y compris si la césarienne a été précédée par une épreuve du travail, un déclenchement, ou si elle a été décidée après un début de travail normal.**

Si accouchée par voie basse : ne remplir que le paragraphe concernant l'accouchement par voie basse et laisser en blanc le paragraphe concernant la césarienne.

• **DELIVRANCE ARTIFICIELLE/REVISION UTERINE**

oui = 1 non = 2 inconnu = 9

oui = patiente accouchant par voie basse nécessitant une délivrance artificielle ou une révision utérine.

non = patiente accouchant par voie basse ne nécessitant ni délivrance artificielle, ni révision utérine.

• **MANŒUVRES EXTRACTIVES INSTRUMENTALES (FORCEPS, VENTOUSE)**

oui = 1 non = 2 inconnu = 9

oui = patiente accouchant par voie basse nécessitant une manœuvre extractive instrumentale (pose de forceps, l'utilisation d'un *vacuum extractor*)

non = patiente accouchant par voie basse ne nécessitant pas de manœuvres extractives instrumentales

• **NOMBRE DE TOUCHERS VAGINAUX STRICTEMENT SUPERIEURS A 5**

oui = 1 non = 2 inconnu = 9

oui = si le nombre de touchers vaginaux effectués après ouverture de l'œuf est égal à 6 ou plus.

non = si le nombre de touchers vaginaux effectués après ouverture de l'œuf va de 0 à 5.

• **DECLENCHEMENT / MATURATION** **oui = 1 non = 2 inconnu = 9**

oui = si un geste de déclenchement de l'accouchement ou un geste de maturation du col est effectué, ceci 48 heures maximum avant l'accouchement.

non = si aucun geste de déclenchement ou de maturation n'a été effectué **ou** si l'un et/ou l'autre de ces 2 gestes ont été effectués, mais dans un délai supérieur à 48 heures avant l'accouchement.

• **NOMBRE DE SONDAGES EVACUATEURS** de 0 à 15 inconnu=99

Noter le nombre de sondages évacuateurs réalisés au cours du travail (de 0 à 15) ; si inconnu : noter 99.

• **EPISIOTOMIE OU DECHIRURE PERINEALE** oui = 1 non = 2 inconnu = 9

Oui = Si il y a eu épisiotomie ou déchirure périnéale lors de l'accouchement nécessitant une suture périnéale d'au moins un point.

Non= pas d'épisiotomie et pas de déchirure périnéale nécessitant une suture périnéale

• **CESARIENNE PROPHYLACTIQUE** oui = 1 non = 2 inconnu =9

oui = césarienne programmée.

non = césarienne en travail.

Attention :

Une césarienne initialement programmée mais faite après un début de travail devient une césarienne en travail ; donc à coder en 2.

Une césarienne qui est décidée après un début de travail normal est une césarienne en travail ; donc à coder en 2.

• **1ère CESARIENNE** oui = 1 non = 2 inconnu =9

oui = 1ère césarienne effectuée chez une patiente.

non = antécédents d'au moins une césarienne chez une patiente ou antécédents d'hystérotomie.

• **INFECTION URINAIRE NOSOCOMIALE** oui = 1 non = 2 inconnu = 9

oui = présence des critères ci-dessous :

* **en l'absence d'infection urinaire à l'entrée :**

- présence de signes cliniques dysurie, frissons, fièvre
- avec ECBU montrant un nombre de germes $\geq 10^4$ /ml avec 2 espèces microbiennes au maximum et un nombre de leucocytes ≥ 103 /ml

* **en présence d'infection urinaire à l'entrée :**

- après guérison de l'infection à l'entrée et espace libre d'au mois 1 semaine, présence de signes cliniques et ECBU positive

non = absence de toute infection urinaire nosocomiale ou infection urinaire à l'entrée non suivie d'une 2^{ème} infection présentant les critères ci-dessus.

• **DATE DE L'INFECTION URINAIRE NOSOCOMIALE** jj/mm/aaaa

Obligatoire si infection urinaire nosocomiale.

Date de prélèvement de l'ECBU ayant permis de diagnostiquer cette infection urinaire.

• **INFECTION DU SITE OPERATOIRE OU INFECTION PELVIENNE**

oui = 1 non = 2 inconnu = 9

oui = infection de parois concernant les césariennes et les sutures périnéales et obéissant aux critères suivants (CSHPF, "100 Recommandations" modifiées, CTINILS 2006).

A- INFECTION DE LA PARTIE SUPERFICIELLE DE L'INFECTION

Infection survenant dans les 30 jours suivant l'intervention, et affectant la peau (ou les muqueuses), les tissus sous-cutanés ou les tissus situés au dessus de l'aponévrose de revêtement, diagnostiquée par :

Cas 1 Ecoulement purulent de l'incision

Cas 2 Micro-organisme associé à des polynucléaires à l'examen direct, isolé par culture obtenue de façon aseptique du liquide produit par une incision superficielle ou d'un prélèvement tissulaire.

Cas 3 Ouverture de l'incision par le chirurgien **et** présence de l'un des signes suivants : douleur ou sensibilité à la palpation, tuméfaction localisée, rougeur, chaleur **et** micro-organisme isolé par culture OU culture non faite. (Une culture négative exclut le cas)

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.

• BACTERIEMIE NOSOCOMIALE

oui = 1

non = 2

inconnu = 9

oui = si la bactériémie suit les critères de définition ci-dessous et si de plus le caractère nosocomial de cette infection est vérifié (voir l'item précédent : infection acquise)

Bactériémie / Septicémie (définition du CSHPF : "100 recommandations", modifiée)

* au moins une hémoculture positive prélevée au pic thermique (avec ou sans signe clinique)

* sauf pour les micro-organismes suivants :

Staphylocoques à coagulase négative

Bacillus spp.

Corynebacterium spp.

Propionibacterium spp.

Bacilles Gram-Négatifs aérobies et oxydatifs (ex : Alcaligenes, Xanthomonas)

Pseudomonas autre que P. aeruginosa

ou autres micro-organismes à potentiel pathogène comparable pour lesquels deux hémocultures positives prélevées lors des ponctions différentes sont exigées.

N.B. : les syndromes septiques (sans hémoculture positive) ne rentrent pas dans cette définition.

non = absence de bactériémie selon la définition du CSHPF : "100 recommandations", modifiée ou caractère non nosocomial de la bactériémie.

• INFECTION LOCALE APRES POSE D'UN CATHETER

oui = 1

non = 2

inconnu = 9

oui = infection suivant les critères de définition ci-dessous :

Signes locaux inflammatoires à l'émergence du cathéter, au niveau de la tunnelisation ou au niveau de la veine en aval.

non = absence d'infection après pose d'un cathéter suivant les critères de définition.

Lorsqu'une hémoculture (non prélevée sur la voie vasculaire infectée) est positive, se reporter à la définition d'une bactériémie nosocomiale.

Dans le cas où il y a à la fois infection locale sur voie d'abord vasculaire et bactériémie nosocomiale, coder : infection locale sur voie d'abord vasculaire = oui et bactériémie nosocomiale = oui.

• NOMBRE DE BEBES VIVANTS

de 0 à 9

Variable obligatoire

Noter le nombre d'enfants nés vivants dans le service lors de cet accouchement

exemple :

- * un enfant = 1
- * jumeaux = 2
- * triplés = 3

• NOMBRE DE BEBES MUTES

de 0 à 9

Variable obligatoire

Noter le nombre d'enfants nés vivants dans le service **puis** mutés hors du service **dans les 48 heures suivant la naissance**, qu'ils reviennent ou non dans le service avant la sortie de leur mère. exemple : si 1 des jumeaux sur 2 est muté, coder 1

Noter ici le nombre d'enfants nés vivants et décédés après la naissance.

• INFECTION CIBLEE DU BEBE oui=1 non=2 sans objet = 8 inconnu = 9

Oui = diagnostic chez le nouveau-né de l'une des infections nosocomiales surveillées dans le réseau MATER : infection cutanée, infection oculaire, infection du cordon, infection grave (septicémie, méningite, ostéoarticulaire).

Non = le nouveau-né ne présente pas l'une des infections ciblées surveillées par le réseau MATER

Sans objet = bébé mort-né ou muté

Infection nosocomiale chez le bébé (définition globale) :

*** Une infection est nosocomiale si :**

- elle survient entre le 2ème et le 30ème jour de vie.

ET

- le nouveau né ne présente aucun signe clinique d'infection à la naissance.

L'infection peut apparaître au domicile jusqu'à 48 heures après la sortie (au-delà, il s'agit d'une infection communautaire apparue au domicile)

*** Une infection n'est pas nosocomiale si :**

- l'enfant né par voie basse présente un phénomène pathologique lié à un germe retrouvé dans un prélèvement vaginal de sa mère

OU

- l'infection est affirmée sur la base des résultats bactériologiques des prélèvements périphériques effectués systématiquement à la naissance.

INFECTION CUTANEE BEBE 1

oui=1 non=2 inconnu = 9

Oui = Au-delà de 48 heures après la naissance, l'infection est affirmée par des signes cliniques locaux, par un prélèvement bactériologique positif pour un germe réputé pathogène ou par la mise en route d'une antibiothérapie.

INFECTION CUTANEE BEBE 2

oui=1 non=2 inconnu = 9

INFECTION OCULAIRE BEBE 1

oui=1 non=2 inconnu = 9

Oui = Au-delà de 48 heures après la naissance, l'infection est affirmée par un écoulement purulent ou un prélèvement bactériologique positif. Elle est considérée comme nosocomiale s'il s'agit d'un germe pathogène (sont non pathogènes les bactéries suivantes : staphylocoques à coagulase négative, *Bacillus*, *Corynebacterium*, *Micrococcus*).

• INFECTION OCULAIRE BEBE 2

oui=1 non=2 inconnu = 9

• INFECTION DU CORDON BEBE 1

oui=1 non=2 inconnu = 9

Oui = Au-delà de 48 heures après la naissance, elle est affirmée par des signes locaux (suppuration, odeur nauséabonde) et/ou un prélèvement bactériologique positif.

• INFECTION DU CORDON BEBE 2

oui=1 non=2 inconnu = 9

• INFECTION GRAVE BEBE 1

oui=1 non=2 inconnu = 9

(infection ostéoarticulaire, méningite ou septicémie)

Oui =

Infection ostéoarticulaire = ostéite ou arthrite suppurée clinique, radiologique **et** biologique.

Méningite = elle est affirmée sur les signes cliniques et par une culture du liquide céphalo-rachidien (LCR) positive.

Septicémie = elle est affirmée par une hémoculture positive pour les germes pathogènes et deux hémocultures positives le même jour pour les autres germes.

• INFECTION GRAVE BEBE 2

oui=1 non=2 inconnu = 9

• **ALLAITEMENT** pas d'allaitement=0 allaitement mixte=1 allaitement complet =2

Complet = la mère nourrit son nouveau-né strictement par l'allaitement maternel à la sortie de la maternité. L'allaitement complet comprend l'allaitement prédominant (un complément de lait maternisé a pu être donné lors du séjour en maternité) et l'allaitement exclusif.

Mixte = la mère nourrit son nouveau-né par un allaitement mixte : lait maternel et lait maternisé à la sortie de la maternité.

• **DATE DE DERNIER CONTACT**

jj/mm/aaaa

Noter la date de dernier contact avec la patiente après l'accouchement. Elle correspond à :

- la date de consultation
- la date de retour du questionnaire récrit renvoyé par la patiente en cas de suivi post sortie organisé
- la date de contact téléphonique avec la patiente ou le médecin traitant
- la date de sortie, si pas de nouveau contact

Liste des variables

Libellé	Type	Taille	Contenu	Valeurs autorisées	Inconnu	Commentaires
NUMERO	numérique	5	Numéro d'ordre du patient	De 1 à 99999		Obligatoire
MATER	caractère	3	Code de votre maternité	Attribué par le C.CLIN		Obligatoire
ANNAIS	numérique	2	Année de naissance	53 à 93	vide	Obligatoire
PARIT	numérique	2	Parité	01 à 20	vide	Obligatoire
DATEDACCOU	date europ.	10	Date d'accouchement	jj/mm/aaaa	vide	Obligatoire
HEURDACCOU	numérique	2	Heure d'accouchement	0 à 23	99	Obligatoire
MINUDACCOU	numérique	2	Minutes complétant l'heure d'accouchement	0 à 59	99	Obligatoire
AG	numérique	2	Age gestationnel en SA	de 20 à 45	99	Obligatoire
DATEDESORT	date europ.	10	Date de sortie du service	jj/mm/aaaa	Vide	Obligatoire
IUGROSS	numérique	1	Infection urinaire pendant la grossesse	1=oui, 2=non	9	Obligatoire
INFURI	numérique	1	Infection urinaire à l'entrée	1=oui, 2=non	9	Obligatoire
HYPERTT	numérique	1	Hyperthermie pendant le travail	1=oui, 2=non	9	Obligatoire
RPM	Alphanum	1	Rupture prématurée des membranes >=12h	1=oui, 2=non	9	Obligatoire
DATEOUV	date europ.	10	Date d'ouverture de l'oeuf	jj/mm/aaaa	vide	Obligatoire
HEUROUV	numérique	2	Heure d'ouverture de l'œuf : heures	De 0 à 23	99	Obligatoire
MINOUV	numérique	2	Heure d'ouverture de l'œuf : minutes après les heures	De 0 à 59	99	Obligatoire
ANTIBIO	numérique	1	Antibioprophylaxie	1=oui, 2=non	9	Obligatoire
PERTSANG	numérique	1	Perte de sang >800ml	1=oui, 2=non	9	Obligatoire

ANES	Alphanum	1	Anesthésie quelque soit le mode d'accouchement	0=aucune, 1=locorégionale, 2=générale	9	Obligatoire
CESARIENNE	numérique	1	Césarienne	1=oui, 2=non		Obligatoire
DELIVRART	numérique	1	Délivrance artificielle, révision utérine	1=oui, 2=non	9	Obligatoire si CESARIENNE=2
FORCEPS	numérique	1	Manœuvres extractives	1=oui, 2=non	9	Obligatoire CESARIENNE=2
TV	numérique	1	Nombre de touchers vaginaux strictement supérieurs à 5	1=oui, 2=non	9	Obligatoire CESARIENNE=2
DECLANCH	numérique	1	Déclenchement/maturation	1=oui, 2=non	9	Obligatoire CESARIENNE=2
SONDEVAC	numérique	2	Nombre de sondages évacuateurs	0 à 15	99	Obligatoire CESARIENNE=2
EPISIO	alphanum	1	Episiotomie ou déchirure périnéale	1=oui, 2=non	9	Obligatoire CESARIENNE=2
PROPH	numérique	1	Césarienne prophylactique	1=oui, 2=non	9	Obligatoire CESARIENNE=1
CESAR1	numérique	1	1 ^{ère} césarienne	1=oui, 2=non	9	Obligatoire CESARIENNE=1
INFACQ	numérique	1	Infection acquise ciblée de la mère	1=oui, 2=non	9	Obligatoire
ENDOMTRITE	numérique	1	Endométrite	1=oui, 2=non	9	Obligatoire si INFACQ=1
DATEENDO	date europ.	10	Date de l'endométrite	jj/ mm/aaaa		Obligatoire si ENDOMTRITE=1
INFURINAIR	numérique	1	Bactériurie nosocomiale	1=oui, 2=non	9	Obligatoire si INFACQ=1
DATEINFURI	date europ.	10	Date de l'infection urinaire	jj/ mm/aaaa		Obligatoire si INFURINAIR=1
INFSITOP	numérique	1	Infection du site opératoire ou infection pelvienne	1=oui, 2=non	9	Obligatoire si INFACQ=1
DATEISO	date europ.	10	Date de l'infection de site opératoire	jj/ mm/aaaa		Obligatoire si INFSITOP=1
TYPEISO	numérique	1	Type d'ISO	1=superficielle 2=profonde ou d'organe/espace	9	Obligatoire si INFSITOP=1
INFSEIN	numérique	1	Infection du sein/lymphangite	1=oui, 2=non	9	Obligatoire si INFACQ=1
BACTRIMIE	numérique	1	Bactériémie nosocomiale	1=oui, 2=non	9	Obligatoire si INFACQ=1

INFCATHTER	numérique	1	Infection locale sur voie d'abord vasculaire	1=oui, 2=non	9	Obligatoire si INFACQ=1
NBRVIVANTS	numérique	1	Nombre de bébés vivants	0 à 9		Obligatoire
NBMUTS	numérique	1	Nombre de bébés mutés	0 à 9		Obligatoire
INFBEBE	numérique	1	Infection du bébé	1=oui, 2=non, 8=sans objet	9	Obligatoire
INFCUTANE	numérique	1	Infection cutanée du bébé 1	1=oui, 2=non	9	Obligatoire si INFBEBE=1
INFOCULAIRE	numérique	1	Infection oculaire du bébé 1	1=oui, 2=non	9	Obligatoire si INFBEBE=1
INFCORDON	numérique	1	Infection du cordon du bébé 1	1=oui, 2=non	9	Obligatoire si INFBEBE=1
INFGRAVE	alphanum	1	Infection grave du bébé 1	1=oui, 2=non	9	Obligatoire si INFBEBE=1
INFCUT2	alphanum	1	Infection cutanée du bébé 2	1=oui, 2=non	9	
INFOCUL2	alphanum	1	Infection oculaire du bébé 2	1=oui, 2=non	9	
INFCORD2	alphanum	1	Infection du cordon du bébé 2	1=oui, 2=non	9	
INFGRAV2	alphanum	1	Infection grave du bébé 2	1=oui, 2=non	9	
ALMAT	numérique	1	Allaitement maternel	0=pas d'allaitement, 1=mixte, 2=complet	9	Obligatoire
DCONTACT	Date europ	10	Date de dernier contact	jj/ mm/aaaa		Obligatoire