



Table des matières du feedback de la surveillance des septicémies (hospital-wide)

sxxx¹_200X².xls : Tableaux (l'aperçu annuel individuel)
sxxx¹_92_0X².xls : Tableaux (l'aperçu cumulatif individuel)
sxxx¹_200X²q1.xls : Tableaux (l'aperçu trimestriel : q1 jusqu'à q4)
sBelg_200X².xls : Tableaux (l'aperçu annuel national)
sBelg_92_0X².xls : Tableaux (l'aperçu cumulatif national)

1. Résumé – Aperçu trimestriel	p.2
2. Analyse de la qualité des données	p.3
3. Tableaux	
Tableau 1a. Résumé standard	p.4
Tableau 1b. Décret Qualité : résumé (données NSIHwin)	p.5
Tableau 2a. Origine des septicémies	p.6
Tableau 2b. Données cathéter (optionnel)	p.6
Tableau 3. Répartition des septicémies par service	p.7
Tableau 4. Données cliniques	p.8
Tableau 5a. Répartition des microorganismes	Àpd. p.10
Tableau 5b. Répartition des microorganismes par service	
Tableau 5c. Répartition des microorganismes par origine de la septicémie	
Tableau 6. Liste des septicémies avec leurs caractéristiques correspondantes	
Tableau 7. Liste des valeurs-patients discordantes et manquantes dans les données numérateurs	
Tableau 8. Liste des valeurs-patients manquantes dans les données dénominateurs	

sxxx¹_200X².doc : Graphiques (l'aperçu annuel individuel)
sxxx¹_92_0X².doc : Graphiques (l'aperçu cumulatif individuel)
(Les graphiques ne sont pas disponibles dans l'aperçu trimestriel)
sBelg_200X².doc : Graphiques (l'aperçu annuel national)
sBelg_92_0X².doc : Graphiques (l'aperçu cumulatif national)

1. Moyenne du nombre de patients admis à l'hôpital par mois	p.1
2. Moyenne de la durée de séjour à l'hôpital	p.1
3. Moyenne du nombre de patients admis aux services de SI par mois	p.2
4. Moyenne de la durée de séjour aux SI	p.2
5. Nombre d'hémocultures par 1000 patients-jours	p.3
6. Incidence des septicémies nosocomiales	p.3

¹ xxxx = votre code d'hôpital

² année concernée

7. Densité de l'incidence des septicémies nosocomiales	p.4
8. Incidence des septicémies nosocomiales au service des SI	p.4
9. Densité de l'incidence des septicémies nosocomiales au service des SI	p.5
10. Densité de l'incidence des septicémies associées aux cathéters	p.5
11. Densité de l'incidence des septicémies secondaires	p.6
12. Densité de l'incidence des septicémies d'origines inconnues	p.6
13. Incidence SEP – hôpitaux avec >= 400 lits	p.7
14. Incidence SEP – au service des SI – hôpitaux avec >= 400 lits	p.7
15. Incidence SEP avec gram + coques	p.8
16. Incidence SEP avec CNS	p.8
17. Incidence SEP avec S. aureus	p.9
18. Incidence SEP avec Enterococcus spp.	p.9
19. Incidence SEP avec Streptococcus spp.	p.10
20. Incidence SEP avec enterobacteriaceae	p.10
21. Incidence SEP avec Escherichia spp.	p.11
22. Incidence SEP avec Enterobacter spp.	p.11
23. Incidence SEP avec Klebsiella spp.	p.12
24. Incidence SEP avec gram –, non fermentants	p.12
25. Incidence SEP avec Pseudomonas spp.	p.13
26. Incidence SEP avec Candida spp.	p.13
27. Moyenne d'âge des patients avec une septicémie nosocomiale	p.14
28. Mortalité associée aux septicémies nosocomiales	p.14
29. Mortalité dans les 7 jours après début d'une septicémie	p.15
30. Nombre d'admissions dans la base de données	p.15
31. Moyenne du nombre de patients admis par mois dans l'année	p.16
32. Moyenne du nombre de patients ayant séjourné à l'hôpital par an	p.16
33. Nombre d'hémocultures prélevées par 1000 patients-jours	p.17
34. Incidence Sep/10000 journées d'hospitalisation par an	p.17
35. Incidence Sep/10000 journées d'hospitalisation par trimestre	p.18
36. Incidence Sep par origine et par an	p.18
37. Incidence des cathéters associés aux septicémies /10000 journées d'hospitalisation par trimestre	p.19
38. Incidence SEP avec CNS	p.19
39. Incidence SEP avec S. aureus	p.20
40. Incidence SEP avec Enterococcus spp.	p.20
41. Incidence SEP avec Streptococcus spp.	p.21
42. Incidence SEP avec Escherichia spp.	p.21
43. Incidence SEP avec Enterobacter spp.	p.22
44. Incidence SEP avec Klebsiella spp.	p.22.
45. Incidence SEP avec Serratia spp.	p.23
46. Incidence SEP avec Proteus spp.	p.23
47. Incidence SEP avec Pseudomonas spp.	p.24
48. Incidence SEP avec Acinetobacter spp.	p.24
49. Incidence SEP avec Stenotrophomonas spp.	p.25
50. Incidence candidemia	p.25
51. Mortalité des septicémies nosocomiales (%)	p.26
52. Mortalité dans les 7 jours après le début de la septicémie	p.26
53. Moyenne d'âge des patients ayant une septicémie	p.27
54. Moyenne de durée de séjour des patients admis avec une septicémie	p.27
55. Moyenne de durée de séjour après que les patients aient survécus à une septicémie	p.28
56. Moyenne du nombre de durée de séjour avant le début d'une septicémie	p.28



Surveillance nationale des septicémies nosocomiales dans les hôpitaux belges

Explication du feedback (interprétation)

I. Les tableaux

Les premiers indicateurs sont reproduits dans la feuille de travail "résumé" (p4) et dans les graphiques.

1. RESUME PAR TRIMESTRE I (p2)

Un aperçu est donné par trimestre du nombre total de données-numérateurs (N) ainsi que du nombre total de septicémies (N) et de leurs pourcentages respectifs pour tout l'hôpital et pour les SI séparément. Seulement, les septicémies qui débutent à partir du 3^e jour (>D2), autrement dit les septicémies nosocomiales, sont représentées dans ce tableau. La valeur %SEP>D2 est obtenue par N SEP>D2 (nombre de septicémies nosocomiales) divisé par le nombre d'admissions multiplié par 100. La valeur %SEP>D2 S.I. est obtenue par N SEP>D2 icu (Nombre de septicémies nosocomiales aux USI) divisé par le nombre d'admissions aux SI multiplié par 100.

2. CONTROLE DE LA QUALITE DES DONNES (p3)

Ce calcul contrôle combien il y a de variables manquantes respectivement pour les données-dénominateurs (a) et les données-numérateurs (b).

b. Les données de septicémies:

- Missing micro-organismes : micro-organismes manquants là où une septicémie a été enregistrée: par définition une septicémie doit toujours être confirmée par un labo.
- Missing service where SEP diagnosed: le service où la septicémie a été enregistrée n'a pas été indiqué.
- Missing outcome (follow-up) status: 'état du patient à sa sortie ou à la fin de la période de surveillance (quand le patient séjourne encore dans l'hôpital) quand le statut « vivant/décédé/inconnu » n'a pas été coché.
- Missing outcome (follow-up) date: la date de sortie de l'hôpital ou la date de fin de période de surveillance n'a pas été complétée.
- Unlikely delay admission to infection: le séjour à l'hôpital avant le début de l'infection est impossible (date d'infection antérieure à la date de sortie) ou anormalement longue (plus longue que 1000 jours).
- infection date after discharge day la date d'infection tombe après la date de sortie. Par exemple: date d'infection=28/01/04 et date de sortie=25/01/04.

- Nosocomial judgment out of range: Le caractère nosocomial de la septicémie est impossible à déterminer car la réponse est en dehors des valeurs attendues pour cette question. Les valeurs possibles sont 1 (non nosocomiale), 2 (peut être nosocomiale) et 3 (certainement nosocomiale). Ces erreurs sont peu fréquentes et faites exceptionnellement par exemple lors de la collecte automatique de données (conversion et/ou importation à partir d'une autre base de données). Les valeurs impossibles sont converties en données manquantes.
- Origin SEP out of range: Origine SEP en dehors des valeurs attendues: des valeurs impossibles ont été introduites pour les origines des septicémies. Les valeurs possibles sont 1 (cathéter central), 2 (cathéter périphérique), 3 (cathéter artériel), 4 (procédure invasive), 5 (objet étrangé), 6 (autre infection) et 9 (origine inconnue).. Ces erreurs sont peu fréquentes et faites exceptionnellement par exemple lors de la collecte automatique de données (conversion et/ou importation à partir d'une autre base de données). Les valeurs impossibles sont converties en données manquantes.
- Relationship out of range: relation en dehors des valeurs attendues: des valeurs impossibles dans le degré de certitude de la relation de la septicémie avec son origine ont été introduites. Les valeurs possibles sont 1 (grade de certitude inconnu), 2 (probable=présomption clinique), 3 (certain=confirmé microbiologiquement, par ex. culture cathéter ou même micro-organisme à partir d'une autre infection). Ces erreurs sont peu fréquentes et faites exceptionnellement par exemple lors de la collecte automatique de données (conversion et/ou importation à partir d'une autre base de données). Les valeurs impossibles sont converties en données manquantes.
- Origin=other infection & no other infection site: un "autre site d'infection" est coché, mais l'autre site d'infection n'est pas spécifié dans 'précisez autre infection'.

3. TABLEAUX

Tableau 1a: Résumé (Standart summarize, p4)

Les résultats individuels de l'hôpital sont rassemblés pour la période qui est indiquée sur la page de garde (trimestre, un an, ou plusieurs années). La période est aussi reprise dans le nom du fichier qui est imprimée en haut à gauche, par ex.:

sXXXX_2004: feedback sep de l'hôpital portant le n° XXXX, année 2004

sXXXX_2004q.1 : idem, année 2004, premier trimestre

sXXXX_92_04: idem, données cumulatives 1992-2004

A. Denominator data (Données-dénominateurs)

- Number of d'admissions: Nombre d'admissions pour la période "*totale*" (pour comparaison de la moyenne du nombre d'admissions par mois avec les autres hôpitaux, voyez la figure 1). Consultez aussi les graphiques d'évolution, figures 30 et 31).
- Mean lenght of hospital stay (days): Durée moyenne de séjour (en jours) pour tout l'hôpital (présentation graphique dans la figure 2 et la figure 32). La figure 54 vous donne la durée moyenne de séjour des patients ayant une septicémie.
- N of admissions in intensive care : Nombre total d'admissions aux Soins Intensifs (Voyez la figure 3 qui représente la moyenne mensuelle du nombre d'admissions aux S.I.).
- Mean lenght of stay in intensive care (days): durée moyenne de séjour (en jours) aux Soins Intensifs (voyez la figure 4)
- N hemocultures per 1000 patients-days: nombre d'hémocultures effectuées dans la période x 1000 / nombre de journées d'hospitalisation dans la période (voyez les figures 5 et 33). Bien qu' une partie de ce chiffre se trouve directement en relation avec le nombre de septicémies, cet indicateur permet surtout de savoir quelle est l'intensité de la

surveillance dans votre hôpital. Si plus d'hémocultures auraient été prélevées dans les circonstances cliniques similaires (par ex. méthodiquement à 38°C fièvre versus 38,5°C), plus il y aura d'hémocultures positives détectées.

B. Episodes de septicémies

Une distinction est faite entre tous les épisodes de septicémies (all) et seulement les nosocomiales (> day 2).

(A) = septicémie avec un pathogène

(B) = septicémie avec un contaminant de la peau retrouvé dans ≥ 2 hémocultures positives de 2 prélèvements différents effectués endéans les 48 (à 72) heures.

(C) = septicémie avec un contaminant de la peau avec seulement 1 hémoculture positive mais un commencement du traitement antibiotique pour cette septicémie et un CVC présent dans les 48 heures avant le début de la septicémie (élargissement de la définition du décret de qualité flamand vers la définition des CDC). Ces épisodes ne sont pas pris en considération dans les résultats du feedback, excepté dans le tableau 1b et le tableau 6.

(D) = septicémie avec une hémoculture positive d'un contaminant de la peau sans traitement antibiotique et/ou la présence d'un CVC dans les 48 heures avant l'infection n'est pas cochée. Ces épisodes ne sont pas repris dans les indicateurs mais sont reproduits dans le tableau 6.

Incidences

Le taux d'*incidence* des septicémies est donné au niveau de l'hôpital (a) et au niveau des services de Soins Intensifs (b).

- Incidence par 1000 admissions : nombre de SEP/ 1000 admissions = incidences cumulées (dans l'hôpital: figure.6; aux S.I.: figure 8)
- Incidence par 10000 patients-jours: nombre de SEP /10 000 journées d'hospitalisation = densité d'incidence (dans l'hôpital : fig.7, 34 et 35; aux S.I.: fig.9)
- Nsep/100 hémoculture Positive HC% indique le pourcentage d'hémocultures positives dans votre hôpital. Cette valeur est liée à la quantité d'hémocultures prélevées dans votre hôpital (voir figure 5)

Les graphiques reproduisent les taux d'incidence des septicémies nosocomiales (séjour en hôpital, cq S.I. de plus de 2 jours).

Tableau 1b: Décret qualité : résumé (données NSIHwin) (p5)

Le tableau donne un aperçu des indicateurs comme demandé par le décret de qualité flamand.

B. Episodes de septicémie

Les septicémies reprises en analyse sont:

(A) les SEP primaires avec un pathogène

(B) les SEP primaires avec un contaminant de la peau pour lesquelles il y a au moins 2 hémocultures positives

(C) les SEP primaires avec un contaminant de la peau pour lesquelles il y a 1 hémoculture positive avec un début du traitement antibiotique pour cette SEP et un CVC présent dans les 48 heures avant le commencement de la SEP

Incidences

Les taux d'*incidence* des septicémies au niveau de l'hôpital et aux S.I. sont uniquement représentés pour les septicémies nosocomiales (date d'infection après 2 jours passés à l'hôpital).

Les septicémies primaires par 1000 journées d'hospitalisation au sein de l'hôpital et par 1000 journées d'hospitalisation aux S.I.: les septicémies primaires sont celles pour lesquelles il n'y a pas d'autre infection comme origine donnée (c'est-à-dire les infections liées aux cathéters certaines et probables et les septicémies d'origine inconnue). Cet indicateur est demandé par le décret de qualité. La frontière entre "origine inconnue" et "probablement secondaire" est très floue et des interprétations subjectives peuvent avoir une grande influence sur cet indicateur.

Septicémies associées aux cathéters >D2/1000 jours-cathéters au sein de l'hôpital et par 1000 jours-cathéters au niveau S.I. (DQ/CDC). Selon la définition CDC une septicémie est dite "associée au cathéter" dans le cas d'une septicémie primaire où un cathéter central était présent (même de façon intermittente) dans les 48 heures précédant l'infection. Tous les épisodes de septicémies associés aux cathéters sont comptés dans les données-numérateurs, tous les jours-cathéters dans les données-dénominateurs. En outre, 3 CVCs chez un même patient durant un jour sont comptés comme un jour-cathéter dans le "total-patients" (pt.total) et comme 3 jours-cathéters dans le "total-cathéter" (cat.total). L'indicateur est exigé dans le cadre du décret de qualité (DQ).

Tableau 2a: Origine des septicémies (p6)

L'origine d'une septicémie est subdivisée en 3 catégories: les septicémies associées aux cathéters, les septicémies secondaires et les septicémies d'origine inconnue. Les pourcentages donnés contiennent seulement les septicémies nosocomiales (à partir du 3^e jour dans l'hôpital) suivant la définition NSIH (A+B).

Chaque fois, le degré de certitude de l'origine de la septicémie est donné ('probable' ou 'défini'). Le lien est certain (défini) quand le même micro-organisme est isolé de "l'origine" (cathéter ou autre site d'infection) (avec au maximum 1 différence majeure ou 2 différences mineures apparaissant à l'antibiogramme). Le lien est probable quand il n'y a pas de preuve microbiologique, mais bien des arguments cliniques suffisants (par ex. : disparition de la fièvre après le remplacement du cathéter central veineux).

La figure 10 donne l'incidence des cathéters associés aux septicémies par 10000 journées d'hospitalisation. Consultez aussi le graphique d'évolution, figures 36 et 37.

La figure 11 représente l'incidence des septicémies secondaires (par 10000 journées d'hospitalisation) dans l'hôpital, la figure 12 représente l'incidence des septicémies d'origine inconnue (par 10000 journées d'hospitalisation) dans l'hôpital. Consultez aussi le graphique d'évolution, figure 36.

Tableau 2b: Données cathéter (optionnel) (p6)

Ce tableau donne un aperçu des données optionnelles des cathéters. On présente un aperçu du type de cathéters combiné avec la moyenne et la médiane de la durée de séjour.

Tableau 3: Répartition des septicémies par service (p7)

Le tableau donne un aperçu des septicémies (définition NSIH) par service (spécialité). Une distinction est effectuée entre les septicémies qui commencent après le 2^e jour dans l'hôpital (nosocomial pour l'hôpital) et après le 2^e jour dans le service où la septicémie a été constatée. Notez que cette distinction est faite récemment dans NSIHwin (protocole année 2000). Pour les données qui sont remplies avec le logiciel WHOCARE, seuls la date d'admission et le service dans l'hôpital sont connus. Pour les données NSIHwin le service représente le service où la septicémie a commencé. Les chiffres entre parenthèses donnent les pourcentages pour la colonne.

Les figures 13 et 14 représentent l'incidence SEP par nombre de lits (par 10000 journées d'hospitalisation).

Tableau 4: données cliniques (p8)

Dans différents sous-tableaux se trouvent les principales caractéristiques de la population des patients qui ont contracté une septicémie.

a. Données démographiques sur les patients ayant une septicémie

1. Age et sexe:

Le tableau donne l'âge moyen et le sexe des patients avec septicémie. La figure 27 donne l'âge moyen des patients ayant une septicémie nosocomiale. Voyez aussi la figure 53.

2. Origine du patient à l'admission:

Le tableau donne l'origine à l'admission des patients avec septicémie (seulement disponible pour les données NSIHwin).

b. Etat à la fin de séjour à l'hôpital /à la fin du suivi

1. Issues et relation de la septicémie avec le décès. Ce tableau indique la mortalité associée à la septicémie. De plus une distinction est faite entre une mortalité précoce (dans les 7 jours après la septicémie) et la mortalité après 7 jours après le début de l'infection.

La colonne "Total + date de fin de séjour (%)" représente le total pour laquelle une date de sortie a été remplie et donc pour laquelle les données signalées ci-dessus pouvaient être calculées; la colonne "Total(%)" donne tous les états enregistrés après sortie de l'hôpital, celui-ci peut être plus élevé que le précédent si pour un ou plusieurs patients les date de sortie ne sont pas complétées.

En dessous est représentée la relation entre un décès et une septicémie, qui reproduit les appréciations cliniques.

Le sous-tableau vous donne les taux de mortalité (case fatality rate) avec un intervalle de confiance de 95% pour ce qui suit:

- a. Tous les patients avec septicémie (SEPs<jour 2 inclus). La figure 28 vous donne le taux de mortalité associé à une septicémie nosocomiale. Voyez aussi la figure 51.
- b. Le taux de mortalité précoce (dans les 7 jours après le début de la septicémie). La figure 29 représente le taux de mortalité dans les 7 jours après le début de la septicémie des septicémies nosocomiales. Consultez aussi la figure 52.
- c. Pourcentage de décès probablement ou certainement liés aux septicémies
- d. Taux de mortalité par septicémies nosocomiales (SEPs précoces exclues)

2. Age et sexe spécifiques de la mortalité. Le tableau donne pour les taux de mortalité spécifiques des patients par septicémie par âge et par sexe. Le taux de mortalité standardisé (age and sex standardized mortality rate) représente ce que le taux de mortalité dans votre hôpital devrait être si la distribution suivant l'âge et le sexe dans votre hôpital était la même que dans la population de référence.

c. Symptômes cliniques

Le tableau donne un aperçu des symptômes cliniques enregistrés.

Tableaux 5a jusqu'à 5c: répartition des micro-organismes (p10 et plus loin)

Les tableaux 5A jusqu'à 5C donnent un aperçu des micro-organismes enregistrés isolés dans les septicémies. Elles sont présentées dans leur totalité (5A), par service (5B), par origine de la septicémie, (5C) (cathéter associé, secondaire ou d'origine inconnue).

Tous les tableaux contiennent des micro-organismes **sans** l'option du DQ/CDC, Cette option inclus aussi les septicémies avec un contaminant de la peau pour laquelle il y a seulement 1 hémoculture positive, un début du traitement antibiotique pour ces SEP et un CVC présent depuis au moins 48 h avant le commencement de la SEP.

Une distinction est faite entre les septicémies nosocomiales acquises ($\geq D3$) et les septicémies non nosocomiales ($< D3$). Ultérieurement une distinction sera aussi faite entre les septicémies qui commencent dans les 5 jours ($< D5$) et après 5 jours d'admission dans l'hôpital ($\geq D5$). Les septicémies qui commencent dans les 5 jours après admission dans l'hôpital concernent souvent "les septicémies acquises à l'extérieur de l'hôpital"; les septicémies qui commencent après 5 jours d'admission à l'hôpital concernent souvent "les septicémies acquises à l'hôpital" (1) Les micro-organismes qui émergeaient antérieurement dans les septicémies qui se produisaient dans la population générale (acquises à l'extérieur de l'hôpital) sont p ex. *Haemophilus influenza*, *Moraxella catarrhalis* et *Streptococcus pneumoniae*.

Les micro-organismes sont classés par ordre croissant de fréquence. Les pourcentages représentés sont calculés par rapport à toutes les septicémies observées. Sur demande ,vous pouvez obtenir les pourcentages recalculés pour les micro-organismes qui ont été isolés après le 2^e ou le 4^e jour.

Les figures 15 jusqu'à 26 donnent les graphiques de benchmarking avec les taux d'incidence (par 1000 journées d'hospitalisation) pour les micro-organismes importants (les tableaux donnent le pourcentage). Consultez aussi les graphiques d'évolution, figures 38-50.

Tableau 6: Liste des septicémies enregistrées avec les caractéristiques correspondantes

Le tableau 6 donne une somme de tous les patients enregistrés avec une septicémie avec leurs caractéristiques correspondantes telles : la date d'admission à l'hôpital, l'âge, le sexe, la date du début de la septicémie, l'origine de la septicémie, la catégorie d'infections secondaires, la catégorie de septicémies (explication en-dessous du tableau), les services , date d'admission correspondante où la septicémie a été enregistrée et état à la sortie de l'hôpital (vivant ou décédé).

Tableau 7: liste des données-numérateurs manquantes et discordantes

Dans ce tableau vous retrouverez les enregistrements qui contiennent des données qui sont incomplètes ou contradictoires. Dans la mesure du possible il est recommandé de corriger ces données . Vous pourrez ensuite envoyer vos données corrigées à l'ISP et demander un nouveau feedback.

Tableau 8: liste des données dénominateurs manquantes

Par trimestre surveillé les données dénominateurs manquantes sont représentées.

II. Les graphiques

Les figures 1 à 29 sont les graphiques de "benchmarking", les figures 30 à 56 représentent l'évolution des indicateurs principaux. Les graphiques d'évolution sont seulement donnés si vous participez plusieurs années à la surveillance.

Les **graphiques de benchmarking** (fig.1-29) montrent la distribution nationale des moyennes des pourcentages, etc., résumé par hôpital/ USI.

La ligne verticale donne la position de votre hôpital/unité. La valeur de cette ligne verticale est indiquée sous le titre de la figure, généralement avec un intervalle de confiance de 95%. Un tel intervalle contient 95% de valeurs réelles plausibles du paramètre. Plus bas est le nombre de patients, plus large est l'intervalle de confiance et moins précis est le résultat.

La ligne au-dessus du graphique de benchmark donne les percentiles (P10, P50, P90) de la population de référence. Les percentiles vous permettent de situer votre unité dans la répartition nationale. Quand un indicateur déterminé pour votre unité est le percentile 50 P50 (c'est-à-dire la médiane), cela signifie que la moitié des hôpitaux ont pour cet indicateur une valeur plus élevée que la vôtre (et la moitié une plus faible). Si cet indicateur est sur le percentile 10 P 10 cela veut dire que 10% (ou plus correctement 9.99%) des hôpitaux a une valeur qui est plus basse. Ces percentiles peuvent légèrement différer de ceux du rapport national parce que dans ce rapport les données de moindre qualité ont été éliminées.

Dans les **graphiques d'évolution** (fig.30-56), les indicateurs sont représentés par année. Les figures 35 et 37 donnent une évolution par trimestre. La ligne complète est votre unité, les lignes en traits discontinus représentent les percentiles de référence.

Pour une interprétation plus avancée des données, il est recommandé d'ajouter à la lecture des tableaux individuels la consultation des tableaux et du texte du rapport national.

Les tableaux nationaux ont la même structure mais donnent pour un plus grand nombre d'indicateurs les percentiles pour les hôpitaux dont les données remplissent les critères minimaux de qualité

Vous pouvez aussi toujours prendre contact avec l'équipe NSIH de l'ISP pour une explication ultérieure de l'interprétation des données.

L'équipe NSIH remercie de tout coeur tous les hôpitaux qui ont participé à la surveillance des septicémies nosocomiales.

Reference List

- (1) Friedman ND, Kaye KS, Stout JE, McGarry SA, Trivette SL, Briggs JP et al. Health care--associated bloodstream infections in adults: a reason to change the accepted definition of community-acquired infections. *Ann Intern Med* 2002; 137(10):791-797.