

NOSO News



Bulletin n°68 - Numéro spécial « Signalement »

Janvier 2014



ISSN 2266-4912

ÉDITORIAL

En ce début d'année 2014, je vous adresse les meilleurs vœux du Cclin Ouest. Je souhaite que cette nouvelle année vous apporte de nombreuses satisfactions et soit riche d'expériences nouvelles, de rencontres et de partage.

Ce début d'année est marqué par des changements importants au sein de l'équipe interrégionale, en effet Pascal Jarno a quitté le Cclin le 1^{er} janvier 2014 pour intégrer une structure régionale de gestion des risques en Bretagne. Je tiens ici à le remercier pour le travail réalisé au Cclin pendant 7 ans. Coordination nationale des infections du site opératoire, gestion des risques et LIN, travaux de recherche avec les représentants des usagers sont entre autres les projets qu'il a mené à bien pendant toutes ces années. Nous lui souhaitons bonne continuation dans le champ de la gestion des risques associés aux soins et sans doute aurons-nous l'occasion de mener des travaux en partenariat.

En attendant le recrutement de son remplaçant, nous accueillons deux praticiens hygiénistes. Anne Canivet mise à disposition à 30 % par le CH de Flers reprendra les activités « gestion des risques » et Erika Fontaine, recrutée à 80 % viendra en renfort sur le signalement et l'hygiène hospitalière. La coordination des réseaux de surveillance, BMR, et ConsoATB sera assurée par Hélène Sénéchal. Erika Fontaine coordonnera le réseau interrégional « prévalence ATB ». J'assurerai la coordination des surveillances Réa, AES et la coordination nationale ISO.

Dans ce NosoNews, nous avons choisi de faire un point sur les signalements des infections nosocomiales traités au Cclin Ouest en 2013. Nous sommes maintenant à plus de 2 ans du déploiement de l'outil e-SIN et après la chute du nombre de signalements observée en 2013, nous avons vu remonter leur nombre en 2013. La disparition du certificat a sans doute grandement contribué à faciliter le signalement. Son installation faisant partie des problèmes majeurs rencontrés par les utilisateurs comme en témoigne le résultat de l'enquête réalisée par l'InVS et les Cclin dans le cadre du Raisin. Vous pourrez en lire les résultats détaillés dans le 9^e numéro de la « Lettre du signalement » parue en décembre dernier.

Vous pourrez également découvrir les résultats des indicateurs du tableau de bord présentés le 28 novembre dernier, l'interrégion Ouest obtient des résultats plutôt honorables. Notre point faible reste l'ICSHA et notre point fort ICALISO.

Et puis, vous l'attendiez avec impatience, tous les outils de l'audit « Précautions complémentaires » du Grephh seront en ligne fin janvier. Il s'agit d'un remarquable travail auquel la contribution de l'Ouest a été particulièrement importante. Nous espérons que cet outil convivial répondra à vos attentes et que vous serez nombreux à l'utiliser.

Enfin, la Mission Mains Propres du 5 mai 2014 se prépare activement, les Cclin sont là encore présents comme force de proposition, via leur groupe de travail « Hygiène des mains », le Grhym.

Au sommaire

Edito p.1

Bloc-notes p.2

Signalements
externes (SE)
des infections
nosocomiales sur
l'interrégion Ouest p.2

Lettre du
signalement p.6

Indicateurs du
Tableau de Bord
2012 p.7

Informations
diverses :
- Audit Précautions
complémentaires
- Missions Mains
Propres 2014 p.10

A propos p.11

Martine Aupée

Congrès et journées dans l'Ouest

- **COLINES** - 18 février - St Brévin, Arlin Pays de la Loire
- **Séminaire « Indicateurs et surveillances »** - 20 février CH Saint-Brieuc, Arlin Bretagne
- **Gestion des risques associés aux soins et retours d'expérience (REX)** - 18 mars - Blois, Arlin Centre
- **Journée « La gestion des risques et la prévention des IAS »** - 3 avril 2014 - Rennes, CCLin Ouest
- **Réseau « Cholet-Saumur »** - 3 avril - Montreuil Bellay, Arlin Pays de la Loire
- **Journée d'hygiène « Tuberculose, BHRé et actualités du secteur sanitaire » et « Retours d'expériences et actualités du secteur médicosocial »** - 16 et 17 avril - Centre Keraudren - Brest, Arlin Bretagne
- **Journée « Maternité »** - 15 mai - Rennes, CCLin Ouest
- **Journée des hygiénistes (thème à définir)** - 20 mai - Arlin Pays de la Loire
- **Formation au logiciel de statistiques « EPI-DATA » niveau 1** 19 juin - Arlin Basse-Normandie

- **Formation au logiciel de statistiques « EPI-DATA » niveau 2** 24 juin - Arlin Basse-Normandie
- **La communication (avec le patient et les professionnels de santé) et la prévention du risque infectieux évitable. Quels enjeux ? Quelles stratégies pour les messages complexes ?** - 17 juin - Arlin Centre

Autres congrès et journées

- **Colloque national « Les bactéries multirésistantes émergentes »** - 7 février - Paris, Espace Notre-Dame-des-Champs
- **Congrès Aseptic Surgery Forum, 3^e édition « Prévention, diagnostic et traitement des infections du site opératoire »** 28 et 29 mars - Paris, Espace Champerret
- **9^e congrès des biohygiénistes « Biologie et hygiène hospitalière »** - 8 avril - Paris 13^e, Lycée Pierre-Gilles de Gennes
- **25^e Congrès de la Société Française d'Hygiène Hospitalière** - 4 au 6 juin - Marseille

Les signalements externes (SE) des infections nosocomiales dans l'Ouest

1. Evolution des signalements de 2006 à 2013

Le dispositif de signalement externe (SE) a eu 10 ans en 2011 (décret 2001^[1]). Il a été complété par la mise en place de l'outil de saisie en ligne des signalements e-SIN^[2] depuis le 26 octobre 2011. L'accès à e-SIN a été facilité le 25 juin 2013, par la suppression du certificat. En 2012 une petite baisse des signalements a été

observée. En 2013 le nombre de signalements est identique à celui de 2011.

Le nombre d'établissements de santé (ES) signalant par année est un peu plus faible depuis e-SIN. Cent treize établissements différents ont effectué au moins un signalement sur e-SIN depuis le 1^{er} janvier 2012 soit 26 % des ES (113/429).

Tableau 1 : évolution des SE depuis 2006 dans l'Ouest

Année	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total (2001-2013)
Basse-Normandie	25	22	31	19	24	26	32	31	308
Bretagne	38	45	64	42	51	65	48	66	570
Centre	24	43	31	45	31	47	42	49	409
Pays de la Loire	45	55	52	72	49	56	47	50	582
Total	132	165	178	178	155	194	169	196	1869
ES	61	77	87	88	78	90	72	76	-

2. Signalement : système d'alerte

Le délai entre l'évènement et le signalement se réduit régulièrement tous les ans. Douze ou treize jours est le temps nécessaire à l'analyse de l'évènement avant la transmission aux structures externes. Ce délai paraît difficile à réduire davantage. A noter que très souvent dès qu'il a connaissance d'un évènement susceptible d'être signalé, l'hygiéniste appelle le CCLin ou l'Arlin pour les informer qu'une investigation est en cours et qu'un signalement suivra.

Tableau 2 : délai entre le(s) premier(s) cas de l'évènement et le signalement depuis 2001

Année	Médiane	Moyenne
2001-2002	42j	67j
2006	33j	34j
2007	31j	30j
2008	27j	28j
2009	17j	24j
2010	10j	20j
2011	9j	16j
2012	13j	49j
2013	12j	43j

[1] Le décret du 26 juillet 2001 relatif à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique.

[2] Instruction du 13 février 2012 relative au signalement externe des infections nosocomiales par les établissements de santé et les structures mentionnées à l'article R.6111-12 du Code de la santé publique ainsi qu'aux modalités de gestion des situations signalées.

3. Origine des signalements dans l'Ouest

Tableau 3 : origine des SE par année dans l'Ouest

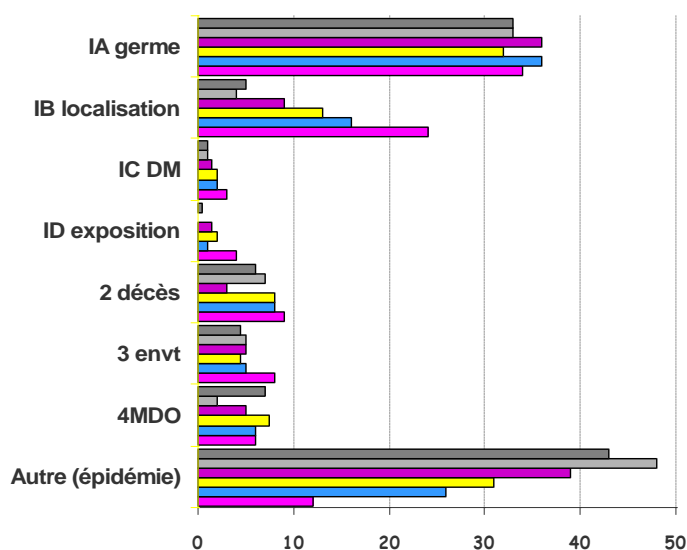
Année	Nb SE	SE ES publics	SE ES privés	SE ES Espic	Nb ES signa-lants	Nb ES privés MCO
2009	178	2004-2009 73%	2004-2009 20%	2004-2009 7%	88	22
2010	155	73%	20%	7%	78	17
2011	194	77%	17%	6%	90	19
2012	169	86%	12 %	2%	72	13
2013	196	90%	9%	1%	76	17

En 2013, 90 % des signalements proviennent d'établissements publics, 9 % d'établissements privés et 1 % d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC).

Le pourcentage de signalements provenant d'établissements privés passe de 20 % à 9 % entre 2004 et 2013.

4. Critères de signalement (2001 à 2013)

Graph 1 : évolution des critères de signalements entre 2001 et 2013 dans l'Ouest



Les critères 1A (germe) et autre (épidémie) sont prédominants. Le critère 1A est stable dans le temps. Il représente plus de 30% des critères de signalements depuis l'origine du dispositif. Le critère autre (épidémie) est en constante augmentation : 12% entre 2001 et 2005 et plus de 40% en 2013. Depuis 2012 les critères de signalement sont saisis dans e-SIN, sans possibilité de changement par le CCLin/Arlin. Certaines recherches thématiques se faisant par critère de signalement, si celui-ci n'est pas présent, la recherche ne peut aboutir. Un exemple sera détaillé ci-après (ISO).

5. Besoin d'expertise extérieure

Pour chaque signalement effectué, l'établissement a la possibilité de demander une expertise extérieure auprès de l'Arlin ou du CCLin.

En 2013, 26 signalements/196 (13%) comportaient une demande d'expertise.

Majoritairement l'expertise est apportée par téléphone soit par un contact direct avec l'établissement, parfois en réunion téléphonique (CCLin/Arlin/ARS parfois CNR). Les thèmes abordés étaient 9 EPC, 3 ERG, 2 *Clostridium difficile*, 2 cas de gale, 3 listérioses, 1 légionellose, 1 tuberculose multirésistante.

Pour 2 signalements, l'expertise a abouti à un audit de pratiques dans l'établissement :

- Arlin Pays de la Loire : cas groupés d'endophtalmies
- Arlin Centre : cas groupés d'infections à *Streptococcus agalactiae* en maternité

Certains signalements ont fait l'objet d'expertise extérieure sans demande formulée au moment du signalement.

- Arlin Centre : épidémie de gale
- Arlin Basse Normandie :
EPC et infection à *Mycobacterium marinum*
Epidémie d'*Acinetobacter baumannii*
Cas groupés de Streptocoque A en maternité

6. Depuis e-SIN

Le circuit du signalement reste identique.

- Des avantages semblent émerger :
La réception simultanée de l'alerte par les différents acteurs :
- L'action plus coordonnée suite au signalement : chaque acteur réagit selon son rôle, son expertise et l'évaluation du risque [risque épidémique, gravité (événement évitable), risque lié au contexte]
- Une concertation se met en place entre les différents acteurs pour répondre à l'établissement.
- *Coordination CCLin/Arlin*
- *Coordination ARS/CCLin/Arlin si besoin*
- La création d'une base de données.
- Des points restent à améliorer :
- Des informations sont parfois manquantes dans le suivi
- La non anonymisation des documents joints (ATB, rapport) pose parfois problème
- La clôture des signalements ne fait pas l'objet d'une procédure claire

Dans l'Ouest, deux conventions ont été signées entre le CCLin, les ARS (Bretagne et Centre) et les 2 Arlin pour définir précisément l'organisation de la prise en charge des signalements et le rôle de chacune des parties prenantes.

Par ailleurs, depuis la création des ARS, une réunion annuelle de coordination CCLin, Arlin, ARS et Cire est organisée par le CCLin afin d'analyser et discuter les points forts et points faibles de la prise en charge de certains signalements remarquables. Ces rencontres qui permettent aux différents partenaires de mieux se connaître favorisent les échanges et facilitent la communication en situation de crise. Elle a eu lieu le 26 novembre 2013.

Une journée de formation sur le thème du signalement externe, est proposée sous forme d'échanges d'expériences, tous les 2 ans aux hygiénistes et aux responsables de signalement des établissements de santé.

7. Quelques exemples d'exploitation des données du signalement

7.1 Signalements d'infections à *Clostridium difficile* (CD) en 2006-2013

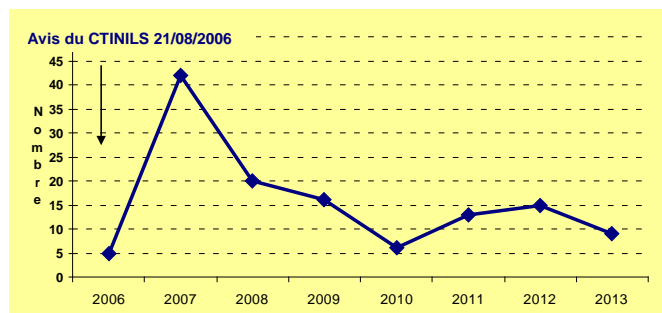
Le CCLin Ouest a reçu 126 signalements d'infections à CD entre 2006 et 2013 soit 11 % des signalements.

Parmi lesquels :

- 21 décès dont 14 imputables directement à CD
- 21 infections sévères
- 79 épisodes de cas groupés (2 à 23 cas)
- et quelques cas isolés avec envoi des souches au CNR.

Le sérotype 027 a été retrouvé pour la première fois dans l'Ouest en 2009 (9 souches en 2009, 1 souche en 2010, 4 souches en 2012, 4 souches en 2013).

Graphe 2 : évolution des SE d'infections à *Clostridium difficile* dans l'Ouest

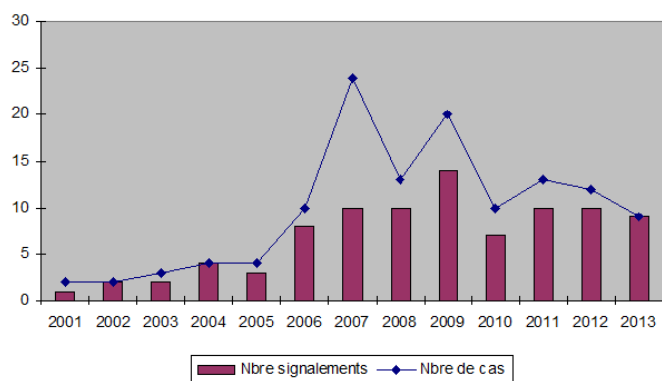


La sensibilisation des établissements reste forte. à plusieurs cas survenus en région Bretagne, une information a été réalisée dans cette région en mars 2013, puis en Basse Normandie et Pays de la Loire en mai 2013. Elle concernait les techniques de diagnostic, les mesures de prévention et les critères de signalement. Une information nationale du CNR a été diffusée aux établissements de l'Ouest en octobre 2013.

Toutes ces informations sont sur le site : <http://www.cclinouest.com/Pages/Signalement-CD3-2.html>

7.2 Signalements d'infections du post-partum à Streptocoque du groupe A (SGA) entre 2001 et 2013

Graphe 3 : évolution des SE d'infections à SGA dans l'Ouest

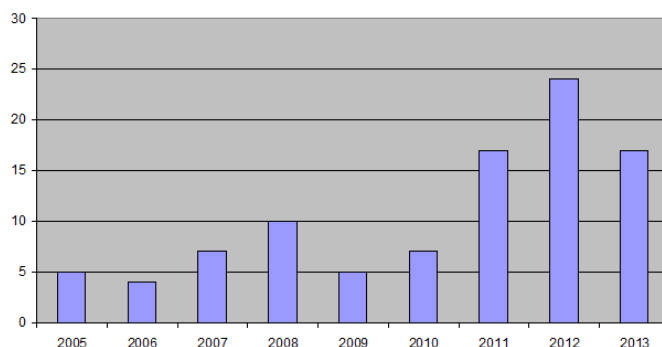


Suite à une augmentation des signalements d'infections du post-partum à Streptocoque du groupe A en 2007 et 2008, une enquête avait été réalisée en 2009 par le CCLin pour évaluer le niveau connaissance des recommandations publiées en 2006 sur la prévention et l'investigation des infections hospitalières à SGA. D'où une forte sensibilisation des ES au signalement de ce type d'infection en 2009.

Depuis, les signalements restent stables (5 à 10 par an). Une étude complémentaire est toujours en cours. L'objectif de cette étude est de décrire les caractéristiques de l'ensemble des signalements externes d'infections à SGA (invasives ou non) du post-partum transmis par les établissements de santé au CCLin Ouest. Ces informations complémentaires concernent le délai entre l'accouchement et l'apparition des signes cliniques, les signes cliniques observés, les caractéristiques microbiologiques des souches de Streptocoque A, la survenue d'évènements particuliers lors de la grossesse ou de l'accouchement et l'origine présumée de l'infection. Les résultats de cette étude seront présentés lors de journée « maternité » du CCLin Ouest à Rennes le 15 mai 2014.

7.3. Signalements d'infection et colonisation à ERV 2005-2013

Graphe 4 : évolution des SE concernant des ERV de 2005 à 2013 dans l'Ouest



Il n'y avait pas eu de signalement de cas d'entérocoques résistants à la vancomycine (ou aux glycopeptides) (ERV ou ERG) avant 2005.

En 2012, le nombre de signalements était important car plusieurs établissements d'une même région avaient été touchés par des cas liés entre eux (cas secondaires). En 2013, il n'y a pas eu de diffusion régionale.

7.4. Signalements de cas de colonisation et infection à Entérobactéries productrices de carbapénèmases (EPC) 2009-2013

Graphe 5 : évolution des SE de colonisations et infections à EPC de 2009 à 2013 dans l'Ouest

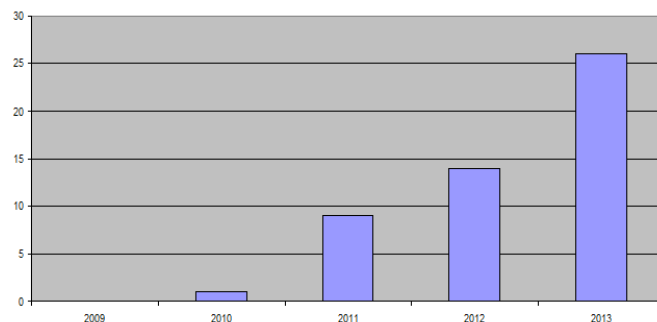


Tableau 4 : caractéristiques des EPC impliquées dans des SE de 2009 à 2013 dans l'Ouest

Année	SE	EPC	<i>E.coli</i>	<i>K.pneumoniae</i>	<i>K.oxytoca</i>	<i>E.cloacae</i>	<i>E.aerogenes</i>	<i>C.koseri</i>	<i>C.freundii</i>	Rapatrié
2009	178	0								
2010	155	1	1 NDM 1							0
2011	194	9	1 KPC, 3 OXA 48	1 NDM, 2 KPC		2 OXA 48				7
2012	169	14	1 OXA 48	10 OXA 48		1 OXA 48	1 OXA 48	1 OXA 48		8
2013	171	26	4 OXA 48	15 OXA 48, 3 KPC	1 OXA, 1 VIM	3 OXA 48, 1 IMI			1 OXA 48	10

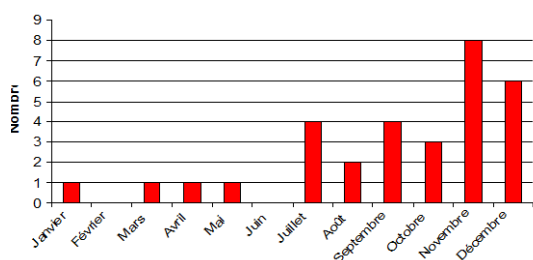
Les nouvelles recommandations du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) sont sorties en août 2013 concernant la prévention de la transmission croisée des Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRE).

En 2013, les EPC sont en forte augmentation dans l'Ouest et ont été à l'origine d'une diffusion régionale en Pays de la Loire (graphe 6).

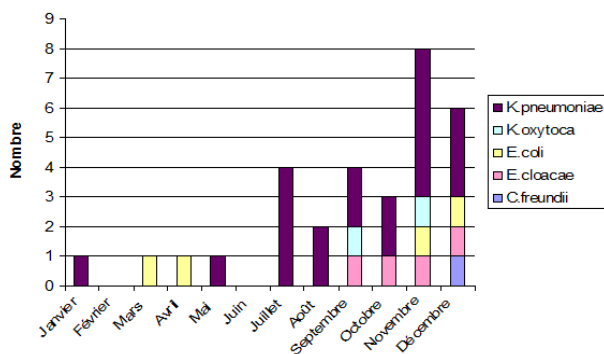
Le CCLin Ouest a reçu 31 signalements d'EPC. Les germes retrouvés sont principalement : *K. pneumoniae*, *E. coli* et *E. cloacae*.

Pour 21 signalements, le lien avec l'étranger n'était pas établi.

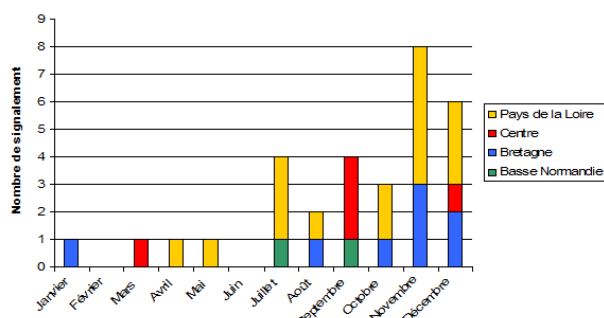
Grappe 6 : répartition mensuelle des SE d'EPC en 2013 dans l'Ouest



Grappe 7 : répartition mensuelle des SE d'EPC en 2013 par type de germe dans l'Ouest



Grappe 8 : répartition mensuelle des SE d'EPC en 2013 par région dans l'Ouest



En 2013, une augmentation des signalements s'observe particulièrement à partir du second semestre, et ce, dans toutes les régions.

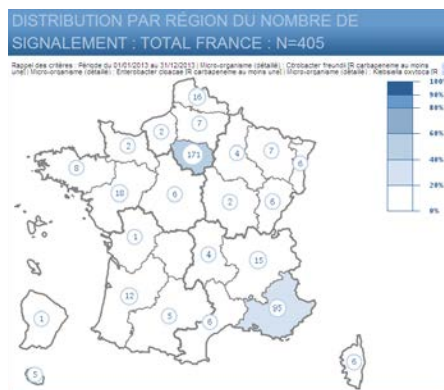
La tendance à l'augmentation des signalements de 2009 à 2012 se confirme en 2013.

Cette évolution croissante de cas, associée au fait que le lien avec une hospitalisation à l'étranger n'est pas toujours établi, laisse penser à une diffusion progressive communautaire de ces EPC.

Pour connaître l'épidémiologie régionale des EPC, vous pouvez utiliser l'outil e-SIN : rechercher des situations similaires :

- Sélection de la période souhaitée
- Sélection de la/les régions
- Sélection des critères de recherche (jusqu'à 5 possibilités)
- Résultats de la recherche et affichage par carte.

Distribution par région du nombre de signalement pour l'année 2013



7.5. Signalements d'ISO (cas graves ou cas groupés) de 2010 à 2013

Un exemple de recherche thématique sur e-SIN :
 • Le repérage des ISO sur e-SIN est difficile : il n'y a pas de codage spécifique ISO ; de plus, lorsqu'un signalement est émis, nous n'avons pas la possibilité de revenir dessus pour modifier le critère de signalement.

- Afin de repérer ces ISO, plusieurs possibilités :
- Rechercher par critère de signalement : localisation, ou épidémie/autre
 - Rechercher « ISO » dans le texte libre
 - Rechercher par service de chirurgie

Quelques propositions pour un repérage plus facile :

- Lorsqu'une ISO grave ou des cas groupés d'ISO sont signalés :

- mettre le critère localisation (1B) et/ou critère autre (5)
- faire apparaître dans les commentaires libres le terme « ISO ».

Tableau 5 : Evolution des SE d'ISO de 2010 à 2013 dans l'Ouest

Services	2010	2011	2012	2013
Orthopédie	7	4	2	4
Ophthalmologie	15	7	2	4
Autres	7	6	9	1
Nombre d'ISO	29 (18,7%)	17 (8,7%)	13 (7,7%)	9 (4,6%)
Nombre de SE	155	194	169	196

Parmi les 9 signalements d'ISO retrouvés en 2013 :
 - 4 cas avec gravité clinique dont 3 décès
 - 1 cas d'infections groupées sur prothèses, en orthopédie

Conclusion

Une dynamique de signalement qui se maintient avec une répartition des signalements qui évolue vers une augmentation des signalements de germes émergents et d'épidémies.

La gestion d'épisodes récents d'épidémies à ERG ou EPC, montre bien le rôle que peuvent jouer le CCLin et les Arlin en venant en appui des établissements concernés.

Pour la suite, il reste à élaborer une stratégie de repérage des établissements qui pourraient bénéficier de l'aide du réseau CCLin Arlin pour signaler, s'il y a lieu et de travailler sur les freins au signalement qui ont été mis en évidence lors de l'évaluation du dispositif^[3].

Hélène Sénéchal, Aurélie Kervella, Martine Aupée

[3] RAISIN - Pratique du signalement externe des infections nosocomiales : une étude sociologique - Novembre 2010

La lettre du signalement



3 QUESTIONS À...

Liliane Groslier-Bois, Médecin hygiéniste, Centre hospitalier de Bretagne Sud

Vous avez accompagné e-SIN depuis sa phase initiale de test avant son déploiement. Quel regard portez-vous sur cet outil aujourd'hui ?

Les infections nosocomiales (IN) et en particulier leur signalement externe, représentent pour les Commissions médicales d'établissement (CME) un modèle à reproduire. En effet, le signalement d'un événement indésirable est l'étape initiale de toute démarche d'amélioration de la qualité des soins. Les organisations, portées le plus souvent par les Comités de lutte contre les IN (Clin) et aujourd'hui associées au coordonnateur de la gestion des risques, sont à reproduire dans les autres domaines de la gestion des risques associés aux soins, comme les risques liés aux médicaments ou aux actes interventionnels. Sollicitée pour tester e-SIN en tant que praticien hygiéniste (PH) et responsable signalement (RS), la conclusion tirée de mon expérience m'avait semblé mitigée. Je pensais qu'il pourrait être, au moins pour les plus jeunes, un outil facilitant. Pour préparer son déploiement, e-SIN a cependant été accompagné d'un mode d'emploi didactique et d'un support aux utilisateurs qui n'a jamais failli. Mon activité multi-sites m'avait permis de souligner la difficulté à obtenir des accès indépendants pour chacun des sites dont j'avais la charge. Ces modalités d'exercice sont désormais prises en compte sans souci. Signaler sur e-SIN en tant que PH et RS multi-sites est devenu un jeu d'enfant, et encore plus après la suppression de l'obligation d'installer un certificat sur les postes informatiques. La plateforme e-SIN a acquis ses lettres de noblesse en tant qu'outil facilitateur du signalement.

En quoi e-SIN a modifié votre approche du signalement externe ?

En rien en première analyse ! Mon avis est en lui-même positif. Pour une ancienne hygiéniste ayant connu l'être sans le signalement électronique, ma création était de perdre les contacts directs que j'avais avec les collègues en région. Elle était infondée car e-SIN n'a pas remplacé ces contacts lors de la gestion de certains épisodes. Inutile de s'en priver : les réseaux d'action permettent en effet de signaler aussi des épisodes « pour information ». Je dois toutefois nuancer mon avis. J'ai en effet été contrainte après une mutation d'utiliser la procédure dégradée avec un signalement papier. Mon constat est sans appel : je ne peux plus me passer d'e-SIN ! Son utilité est évidente lorsque vous changez de poste et devez partager votre activité entre deux départements. Quelle gageure alors que de vouloir connaître rapidement tous ses interlocuteurs en Agence régionale de santé (ARS) ! Grâce à e-SIN, vous savez que votre signalement va leur parvenir, sans perte de temps pour rechercher leurs coordonnées.

Estimez-vous qu'e-SIN a facilité le partage d'expérience ?

Sans hésitation, oui ! L'informatisation facilite l'exploitation des données, avec une connaissance accrue sur les modalités de survenue des épisodes signalés. L'outil e-SIN a aussi été complété par la Lettre du signalement qui inclut une rubrique « Retour d'expérience ». Le signalement externe enrichi par ailleurs les boîtes à outils de nos Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLin), avec un partage d'informations utile pour la prévention d'événements similaires dans d'autres établissements de santé. Au final, e-SIN contribue ainsi à la révolution culturelle représentée par la gestion des risques associés aux soins.

OUTILS

e-SIN : la fonction « Ajouter des pièces jointes » p.2

RETOUR D'EXPÉRIENCE

Epidémie à *Staphylococcus aureus* résistant à la métilocilline exprimant la leucocidine de Pantone Valentine dans un service de soins de suite et de réadaptation p.3

BILAN

Enquête de satisfaction web e-SIN « Votre avis nous intéresse », avril à juin 2013 : résultats p.4

LIENS UTILES

Application web e-SIN : <http://www.e-sin.fr>
 Dossier thématique e-SIN : <http://www.invs.sante.fr/esin>

InVS
 INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

LA LETTRE DU SIGNALLEMENT - N°9 - DÉCEMBRE 2013 - PAGE 1

nouveaux praticiens ou ceux qui changent de région, e-SIN permet d'envoyer sans risque d'erreur le signalement aux bons interlocuteurs. Elle considère qu'e-SIN a grandement facilité le partage d'expérience et contribue à la culture de la qualité et de la gestion des risques.

Dans la partie « Outils » est abordé l'ajout des pièces jointes qui suscite souvent des questions de la part des utilisateurs. Cette fonction très intéressante d'e-SIN permet d'associer les relevés de décisions des cellules de crise, des antibiogrammes, des courbes épidémiques. La marche à suivre détaillée vous est rappelée.

Un point qui n'est pas abordé dans cet article : veillez à anonymiser les noms des patients notamment sur les résultats des antibiogrammes, mais aussi sur les tableaux synoptiques. Les 3 premières lettres du nom et du prénom permettent de suivre les patients notamment lors d'épidémies sans révéler leur identité.

Un retour d'expérience sur une épidémie à *Staphylococcus aureus* résistant à la métilocilline exprimant la leucocidine de Pantone Valentine est présenté dans ce numéro, vous trouverez le plan d'actions très détaillé et comme toujours, les 5 points clé pour maîtriser ce type d'épidémie.

Enfin les résultats de l'enquête de satisfaction sur web e-SIN vous sont présentés. Sur les 5075 utilisateurs d'e-SIN référencés par l'InVS, 989 ont répondu (taux de participation 19.5%), majoritairement les professions médicales. 66% des répondants sont satisfaits ou très satisfaits de l'outil. Les fonctions les plus appréciées sont la rapidité de transmission du signalement, la traçabilité des échanges, et la facilité de saisie de la fiche dans l'application.

Pour retrouver les lettres du signalement : <http://www.invs.sante.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-associees-aux-soins/Signalement-et-alertes/Signalement-externe-des-infections-nosocomiales>

Martine Aupée

Le neuvième numéro de la lettre du signalement est paru en décembre. Pour ceux qui n'ont pas encore eu le temps de la lire en voici les grandes lignes.

Notre collègue Liliane Groslier-Bois interrogée sur l'intérêt d'e-SIN souligne combien la disparition du certificat a changé la vie des praticiens multi-sites. On peut en effet désormais se connecter à e-SIN à partir de n'importe quel poste informatique ce qui est extrêmement facilitant. Elle précise que pour les

Indicateurs du Tableau de Bord 2012 (Publication 2013)

Le 28 novembre dernier, au cours de la semaine de la Sécurité des Patients, la DGOS et la Haute Autorité de Santé, ont présenté à l'institut Pasteur, l'ensemble des résultats des indicateurs de qualité et sécurité des soins parmi lesquels figuraient les résultats des indicateurs du Tableau de Bord des IN.

Publiés chaque année, les indicateurs du tableau de bord sont calculés à partir des bilans standardisés des activités de lutte contre les infections nosocomiales

remplis par les établissements de santé.

Les objectifs du programme national de lutte contre les infections nosocomiales ayant été atteints, des indicateurs de deuxième génération (V2), plus sévères, ont été proposés, rendant impossible toute comparaison avec les indicateurs des années précédentes.

Un établissement peut, par contre, comparer ses résultats à ceux des établissements de sa région, de son interrégion ou aux résultats nationaux.

ICALIN2 reflète l'engagement des professionnels et les actions mises en place pour prévenir les IN

ICALIN2	A		B		C		D		E		DI		Total ES	ES A ou B
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Basse-Normandie	39	61,9	12	19,0	4	6,3	5	7,9	3	4,8	0	0,0	63	81,0
Bretagne	92	73,6	24	19,2	5	4,0	2	1,6	2	1,6	0	0,0	125	92,8
Centre	86	72,3	16	13,4	9	7,6	7	5,9	1	0,8	0	0,0	119	85,7
Pays de la Loire	91	66,9	26	19,1	11	8,1	5	3,7	3	2,2	0	0,0	136	86,0
Ouest 2012	308	69,5	78	17,6	29	6,5	19	4,3	9	2,0	0	0,0	443	87,1
Ouest 2011	221	49,4%	96	21,5%	51	11,4	44	9,8%	35	7,8%	0	0,0%	447	70,9
France 2012	1941	69,5	443	15,9	198	7,1	116	4,2	88	3,1	8	0,3	2794	85,3

*Di : Données insuffisantes

En 2012, 87,1 % des établissements de l'Ouest sont classés A ou B, 3 régions ont un score supérieur au score national. On observe entre 2011 et 2012, une progression de 23 %.

ICSHA2 mesure la consommation des produits hydroalcooliques et indirectement la politique d'hygiène des mains menée dans l'établissement

ICSHA2	A		B		C		D		E		DI		Total ES	ES A ou B
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Basse-Normandie	26	41,9	17	27,4	16	25,8	3	4,8	0	0,0	0	0,0	62	62
Bretagne	35	29,9	38	32,5	33	28,2	11	9,4	0	0,0	0	0,0	117	117
Centre	61	52,6	26	22,4	16	13,8	7	6,0	4	3,4	2	1,7	116	116
Pays de la Loire	66	50,0	40	30,3	20	15,2	6	4,5	0	0,0	0	0,0	132	132
Ouest 2012	188	44,0	121	28,3	85	19,9	27	6,3	4	0,9	2	0,5	427	427
Ouest 2011	178	41,4	110	25,6	101	23,5	31	7,2	8	1,9	2	0,5	430	430
France 2012	1342	49,7	732	27,1	439	16,3	142	5,3	27	1,0	16	0,6	2698	2698

*Di : Données insuffisantes

En 2012, 72,4 % des établissements de l'Ouest sont classés A ou B, une seule région a un score supérieur au score national. On observe cependant, entre 2011 et 2012, une progression globale de 8 % pour cet indicateur.

ICATB évalue l'engagement de l'établissement dans la politique de bon usage des ATB

ICATB	A		B		C		D		E		Total ES	ES A ou B
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Basse-Normandie	41	74,5	8	14,5	2	3,6	3	5,5	1	1,8	55	89,1
Bretagne	83	74,8	18	16,2	9	8,1	1	0,9	0	0,0	111	91,0
Centre	77	80,2	15	15,6	4	4,2	-	0,0	0	0,0	96	95,8
Pays de la Loire	93	75,6	21	17,1	7	5,7	1	0,8	1	0,8	123	92,7
Ouest 2012	294	76,4	62	16,1	22	5,7	5	1,3	2	0,5	385	92,5
Ouest 2011	276	71,1	73	18,8	30	7,7	7	1,8	2	0,5	388	89,9
France 2012	1858	75,7	412	16,8	151	6,1	24	1,0	11	0,4	2456	92,4

En 2012, 92,5% des établissements de l'Ouest sont classés A ou B, 2 régions ont un score supérieur au score national. On observe entre 2011 et 2012, une progression de 3%.

ICABMR évalue l'organisation, les moyens, les actions mis en place pour maîtriser la diffusion des BMR

ICABMR	A		B		C		D		E		Total ES	ES A ou B
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Basse-Normandie	31	50,8	20	32,8	4	6,6	5	8,2	1	1,6	61	83,6
Bretagne	68	58,6	32	27,6	14	12,1	1	0,9	1	0,9	116	86,2
Centre	43	37,1	43	37,1	21	18,1	8	6,9	1	0,9	116	74,1
Pays de la Loire	69	52,7	35	26,7	18	13,7	4	3,1	5	3,8	131	79,4
Ouest 2012	211	49,8	130	30,7	57	13,4	18	4,2	8	1,9	424	80,4
Ouest 2011	149	35,0	107	25,1	88	20,7	51	12,0	31	7,3	426	60,1
France 2012	1430	53,6	698	26,1	295	11,0	162	6,1	85	3,2	2670	79,7

En 2012, 80,4% des établissements de l'Ouest sont classés A ou B, 2 régions ont un score supérieur au score national. On observe entre 2011 et 2012, une progression de 34%.

Indice SARM, c'est un Indicateur de résultats qui reflète l'écologie de l'établissement

Indice SARM	A		B		C		D		E		DI		Total ES	ES A ou B
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Basse-Normandie	3	12,5	6	25,0	12	50,0	1	4,2	1	4,2	1	4,2	24	37,5
Bretagne	15	31,3	12	25,0	15	31,3	2	4,2	4	8,3	0	0,0	48	56,3
Centre	9	27,3	8	24,2	13	39,4	2	6,1	1	3,0	0	0,0	33	51,5
Pays de la Loire	20	37,0	16	29,6	5	9,3	2	3,7	10	18,5	1	1,9	54	66,7
Ouest 2012	47	29,6	42	26,4	45	28,3	7	4,4	16	10,1	2	1,3	159	56,0
Ouest 2011	49	29,3	41	24,6	50	29,9	11	6,6	0	0,0	16	9,6	167	53,9
France 2012	164	17,4%	263	27,9%	348	37,0%	106	11,3%	32	3,4%	28	3,0%	941	45,4%

En 2012, 56% des établissements de l'Ouest sont classés A ou B, 3 régions ont un score supérieur au score national. On observe entre 2011 et 2012, une progression de 4%.

ICALISO évalue l'organisation, les moyens, les actions pour prévenir les infections du site opératoire

ICALISO 2011	A		B		C		D		E		Total ES	ES A ou B
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Basse-Normandie	17	65,4	7	26,9	1	3,8	-	0,0	1	3,8	26	92,3
Bretagne	34	85,0	2	5,0	1	2,5	2	5,0	1	2,5	40	90,0
Centre	28	80,0	4	11,4	3	8,6	-	0,0	-	0,0	35	91,4
Pays de la Loire	36	81,8	3	6,8	1	2,3	4	9,1	-	0,0	44	88,6
Ouest 2012	115	79,3	16	11,0	6	4,1	6	4,1	2	1,4	145	90,3
Ouest 2011	87	60,0	29	20,0	11	7,6	10	6,9	8	5,5	145	80,0
France 2012	699	71,6	127	13,0	78	8,0	39	4,0	33	3,4	976	84,6

En 2012, 90,3% des établissements de l'Ouest sont classés A ou B, les 4 régions ont un score supérieur au score national. On observe entre 2011 et 2012, une progression de 13%.

Le score agrégé, indicateur de deuxième génération est construit à partir de 5 indicateurs : ICALIN2, ICSHA2, ICALISO, ICATB, ICABMR

SCORE AGREGE	A		B		C		D		E		DI		Total ES	ES A ou B
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Basse-Normandie	39	62,9	14	22,6	6	9,7	2	3,2	1	1,6	0	0,0	62	85,5
Bretagne	69	59,0	41	35,0	6	5,1	0	0,0	1	0,9	0	0,0	117	94,0
Centre	75	64,7	32	27,6	8	6,9	1	0,9	0	0,0	0	0,0	116	92,2
Pays de la Loire	89	67,4	35	26,5	7	5,3	1	0,8	0	0,0	0	0,0	132	93,9
Ouest 2012	272	63,7	122	28,6	27	6,3	4	0,9	2	0,5	0	0,0	427	92,3
Ouest 2011	221	49,4	96	21,5	51	11,4	44	9,8	35	7,8	0	0,0	447	70,9
France 2012	1722	63,8	735	27,2	181	6,7	35	1,3	16	0,6	9	0,3	2698	91,1

En 2012, 92,3% des établissements de l'Ouest sont classés A ou B, 3 régions ont un score supérieur au score national. On observe entre 2011 et 2012, une progression de 30%.

Les résultats de l'Ouest, pour les établissements classés en A ou en B, se situent au dessus des résultats nationaux pour tous les indicateurs sauf ICSHA.

Si l'on s'intéresse aux résultats régionaux, on constate que pour ICALISO, les 4 régions ont un score supérieur au résultat national. Pour l'indice SARM et ICALIN2, 3 régions sur les 4 ont des résultats supérieurs aux résultats nationaux.

Pour ICATB et ICABMR, 2 régions sont au dessus du score national et pour ICSHA une seule région est au dessus du score national.

Si l'on compare les résultats des indicateurs 2011 et 2012, on observe une progression variant de 3% pour ICATB, à 34% pour ICABMR entre les deux années.

A noter que les résultats individuels du tableau de bord des infections nosocomiales de chaque éta-

blissement de santé sont diffusés sur Scope Santé, site internet public d'information sur la qualité et la sécurité dans les établissements de santé.

Evolution des indicateurs du Tableau de Bord

Dès l'année prochaine, une alternance dans le recueil des indicateurs sera proposée aux établissements. « ICATB2 et ICABMR » puis « ICALIN2 et ICALISO » seront recueillis tous les 2 ans.

En 2014 seront recueillis ICABMR et ICATB, en 2015 : ICALIN2 et ICALISO.

Cependant, les établissements de santé qui le souhaitent pourront continuer le recueil annuel d'ICALIN2. Le recueil annuel sera obligatoire pour les établissements participant à l'expérimentation IFAQ (incitation financière pour l'amélioration de la qualité).

Autre nouveauté : le score agrégé disparaît, d'une part parce que 91,1 % des établissements de santé sont classés en A ou B, et d'autre part parce que le recueil bisannuel des indicateurs lui fait perdre son intérêt.

La catégorie d'établissements « SSR-SLD » sera scindée en deux catégories distinctes :

Pour les établissements de soins de suite et réadaptation (SSR) : les indicateurs opposables seront ceux de la catégorie « MCO ».

Pour les établissements de Soins de Longue Durée (SLD) : les indicateurs opposables seront ceux de la catégorie « établissements psychiatriques ».

L'indice SARM disparaît également, remplacé par l'indicateur « Bactériémie nosocomiale à SARM acquise dans l'établissement », dont les objectifs cibleront des actions formalisées de gestion du risque infectieux. Le

recueil de ce nouvel indicateur sera annuel. La première campagne de recueil aura lieu en 2014 et sera une année de simulation (pas d'affichage public des résultats).

L'indicateur ICSHA2 est maintenu en recueil annuel mais son niveau d'exigence sera révisé pour atteindre un minimum efficace.

Enfin, l'indicateur sur le bon usage des antibiotiques de 2^e génération (ICATB2), en lien avec les objectifs du plan d'alerte sur les antibiotiques, sera recueilli en simulation par les établissements de santé afin de leur permettre de préparer et de conduire les actions nécessaires aux nouveaux objectifs attendus. Sa diffusion publique est prévue en 2014 sur les données d'activité 2013.

Martine Aupée, Anne Ingels

Informations diverses

Audit Précautions complémentaires

Retrouvez la méthodologie de l'audit PC sur le site du GREPHH :

http://cclin.grephh.fr/PrecautionsComplementaires-GREPHH_0.html

L'audit Précautions complémentaires (Audit PC) premier outil Web proposé aux établissements de santé s'inscrit dans la continuité de l'Audit précautions standard (Audit PS) mené en 2011.

Élaboré sur la base des recommandations parues depuis 2009 sous l'égide du Haut Conseil de santé publique (HCSP) et de la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H), l'audit explore la mise en œuvre des précautions complémentaires contact (PCC), gouttelettes (PCG) et air (PCA).

Des critères incontournables précisent l'organisation des soins, les moyens mis à disposition dans les services, les pratiques de chaque professionnel et l'environnement du patient.

Mission Mains Propres 2014

Comme chaque année, le ministère de la santé nous demande de relayer les informations relatives à l'organisation de la prochaine Campagne MMP le 5 mai.

Nous vous invitons à retrouver les informations sur le site CCLin-Arlin :

http://www.cclin-arlin.fr/Campagnes/Hygiene_Mains/hygienedesmains.html

Un critère spécifique développe les conditions d'élimination des selles et des urines (excreta) en raison de l'actualité liée à la diffusion des entérobactéries productrices de lactamase à spectre étendu (EBLSE).

Cet audit se présente en 3 parties :

- Au niveau établissement : organisation, alerte et protocoles concernant les PC
- Au niveau patient : modalités de mise en place des PC, information du patient et moyens effectivement mis à disposition
- Au niveau professionnel : connaissances relatives à l'application des PC.

Selon les résultats obtenus, le bilan de cet audit contribue à la mise en place d'un plan d'actions.

- Nouveauté 2014 : **Participez à l'appel à projets ! Avant le 14 février**
 - **Inscription MMP 2014 sur le site du Ministère**
 - **Commande d'outils (affiches, flyers) avant le 25 mars**
- N'hésitez pas à consulter le site régulièrement mis à jour et à nous contacter pour en savoir plus.
- En vous souhaitant de bons préparatifs pour cette nouvelle campagne.

Marie-Alix Ertzscheid

À propos :

Les freins à la déclaration des événements indésirables liés aux soins : une étude transversale au groupement hospitalier Edouard Herriot, CHU de Lyon

Introduction : Les événements indésirables (EI) liés aux soins sont sous-déclarés et les freins à leur déclaration demeurent mal connus. L'objectif de l'étude était d'identifier les freins à la déclaration des EI liés aux soins.

Matériel-Méthodes : Une étude descriptive transversale a été réalisée par auto-questionnaire standardisé, entre janvier et juin 2010, auprès de l'ensemble du personnel soignant médical et paramédical du groupement hospitalier Edouard Herriot (CHU de Lyon). Les items comportaient des mises en situation de signalement et recherchaient les raisons de non-déclaration

Résultats : Au total, 415 soignants appartenant à 24 services de soins ont été inclus, dont 62% (n = 255) déclaraient connaître la définition d'un EI. Les principales raisons de non-déclaration des EI invoquées étaient le manque de connaissance du système de déclaration (n = 342 ; 82%), une absence de perception de l'intérêt de la déclaration (n = 243 ; 58%), une charge de travail trop lourde (n = 161 ; 39%) et la crainte des sanctions (n = 103 ; 25%).

Discussion-Conclusion : Les soignants connaissaient globalement bien les concepts d'EI et de signalement. La méconnaissance du système et le manque de retour d'information étaient les principaux freins à la déclaration des EI. Le renforcement des systèmes de signalement des EI doit se faire par la formation continue et l'information aux soignants.

(Résumé d'auteur)

Bénet T, Gagnaire J, Jean-Denis M, Gerbier-Colomban S, Haesebaert J, Khanafer N et al. Les freins à la déclaration des événements indésirables liés aux soins : une étude transversale au groupement hospitalier Edouard Herriot, CHU de Lyon. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2013; (24-25) : 275-278 (Réf. 366213)
http://www.invs.sante.fr/content/download/68207/261131/version/5/file/BEH_24-25.pdf

Mots-clés : étude transversale, soin, déclaration, qualité, personnel, médecin, infirmier, information, formation, signalement, événement indésirable grave, attitude

NOSO-NEWS - bulletin du CCLin Ouest

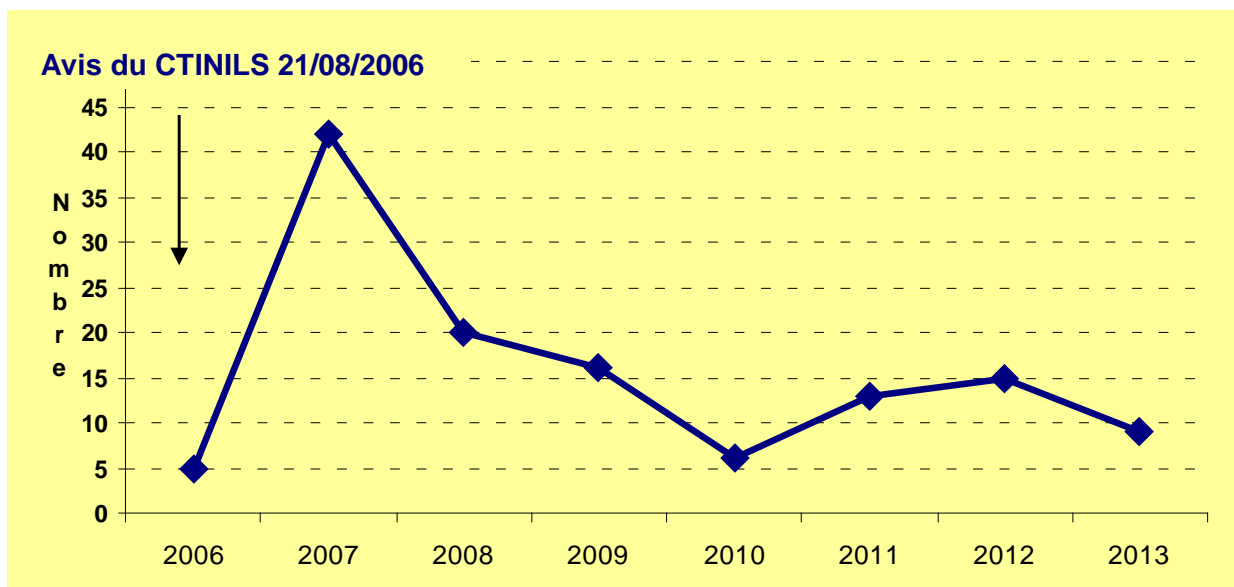
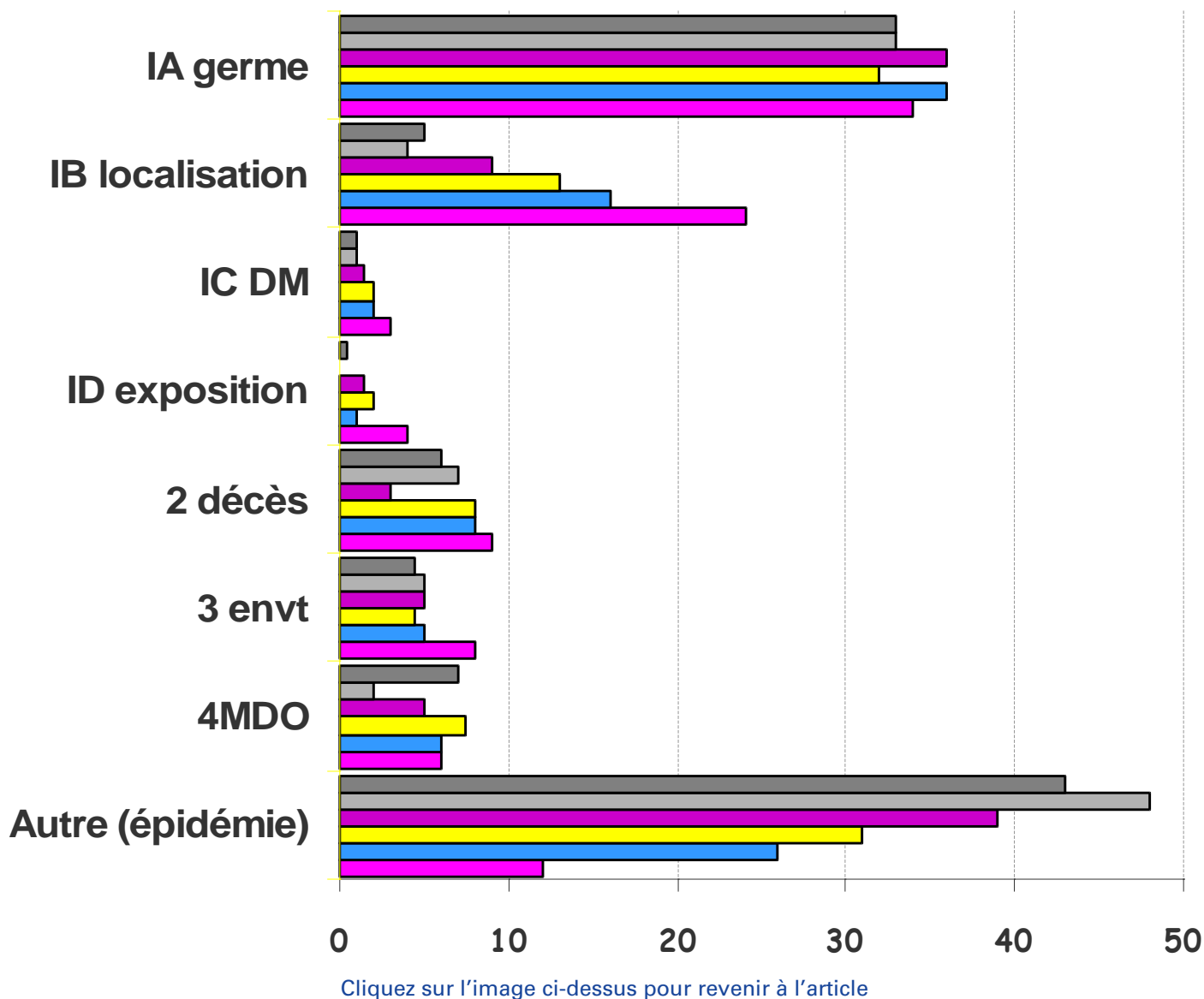
Directeur de la publication : Dr M. AUPÉE - Secrétaire de Rédaction : J. BOURGEOIS

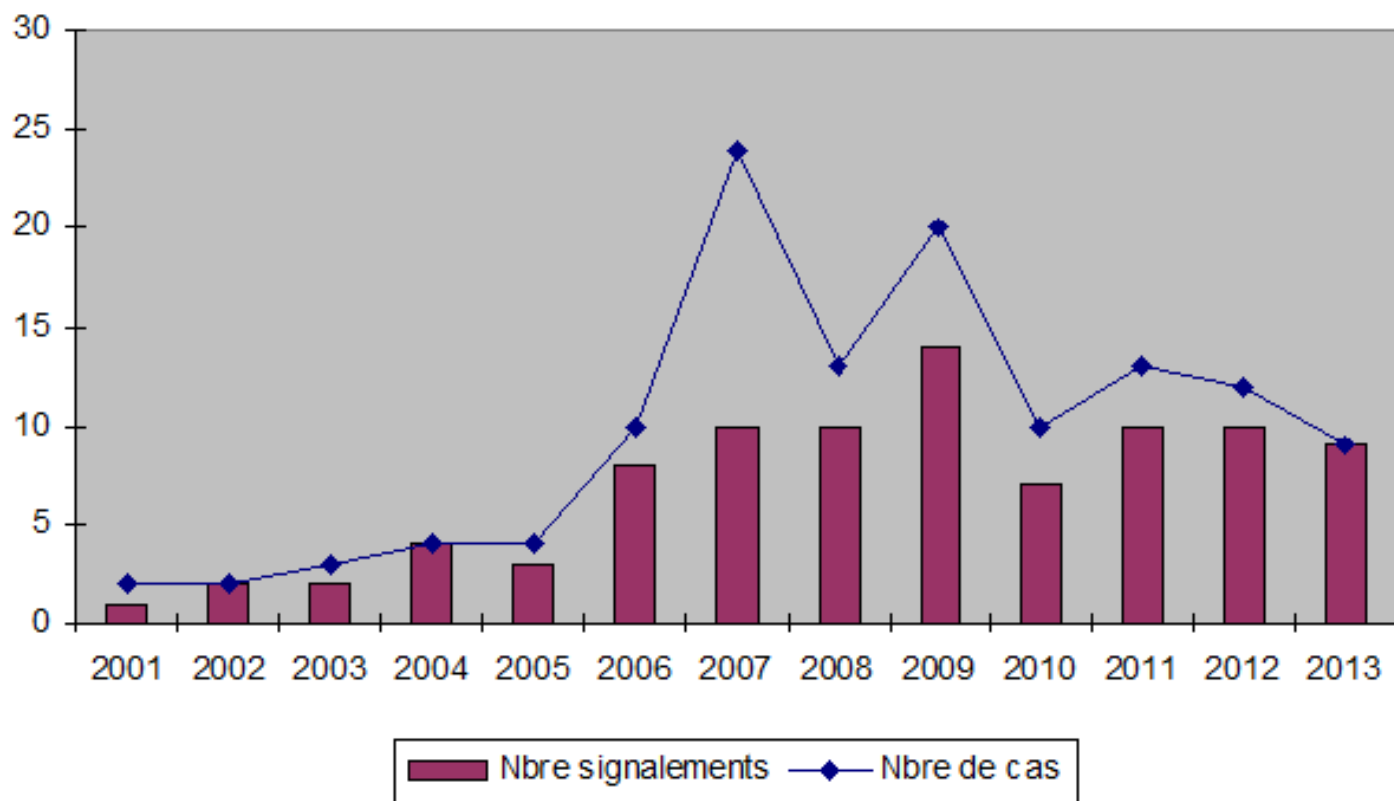
CCLin Ouest - CHU Hôtel-Dieu - 2, rue de l'Hôtel-Dieu - CS 26419 - 35064 Rennes cedex 2

Tél. 02 99 87 35 30 - Fax 02 99 87 35 32

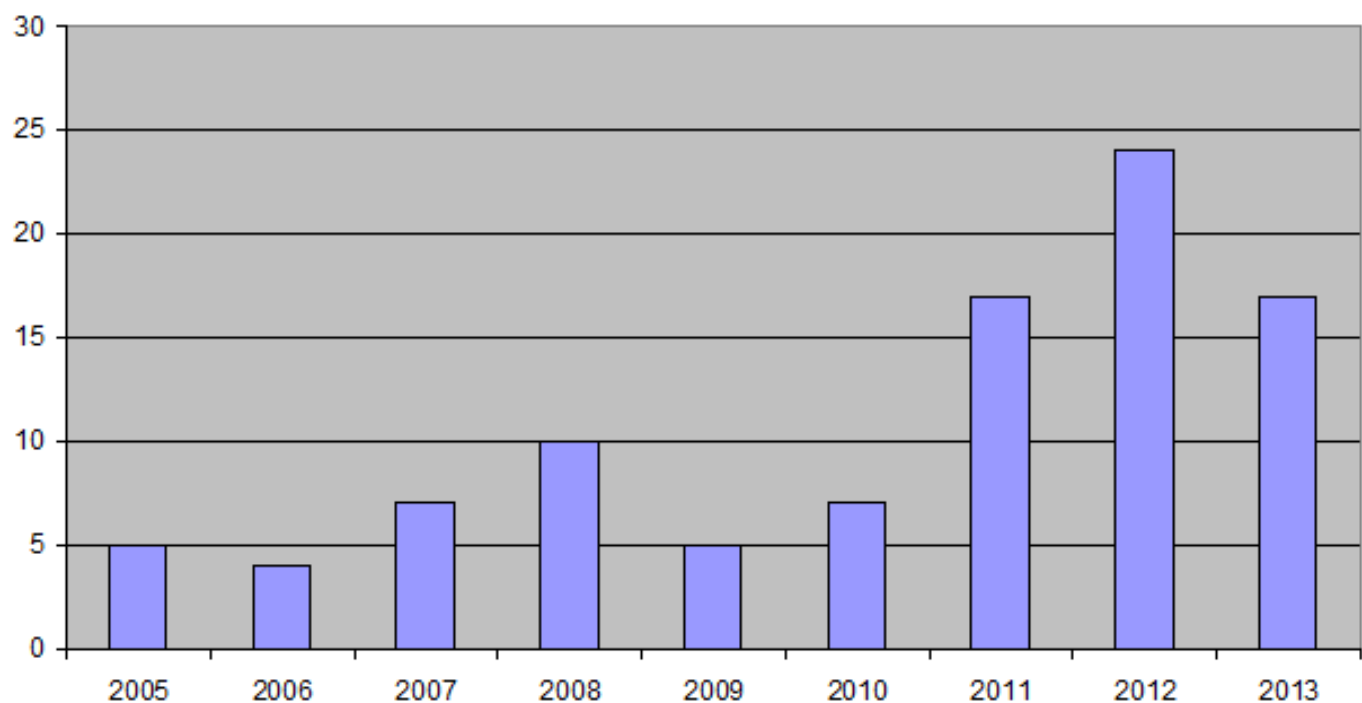
martine.aupee@chu-rennes.fr - Site web : <http://www.cclinouest.com>

Dépôt légal : 4^e trimestre 2013 - ISSN 2266-4912 - Maquette : ALJ Création (Montfort-sur-Meu - www.alj-creation.fr)

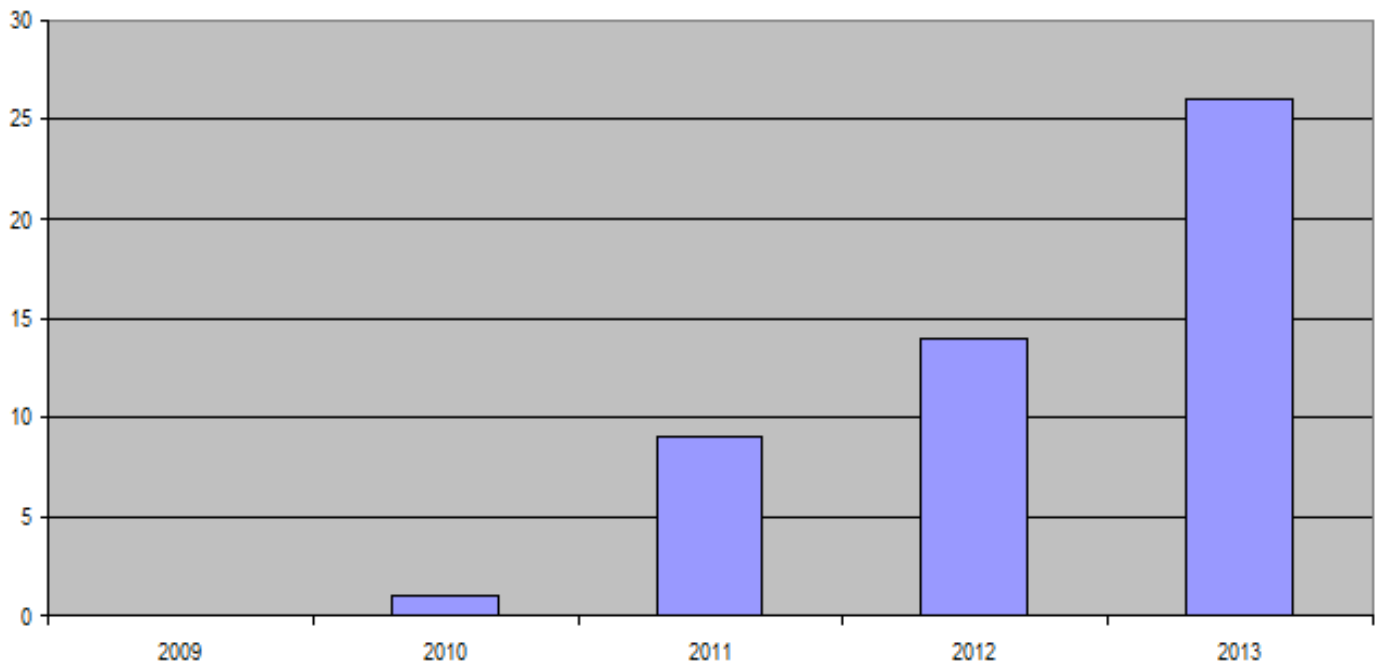




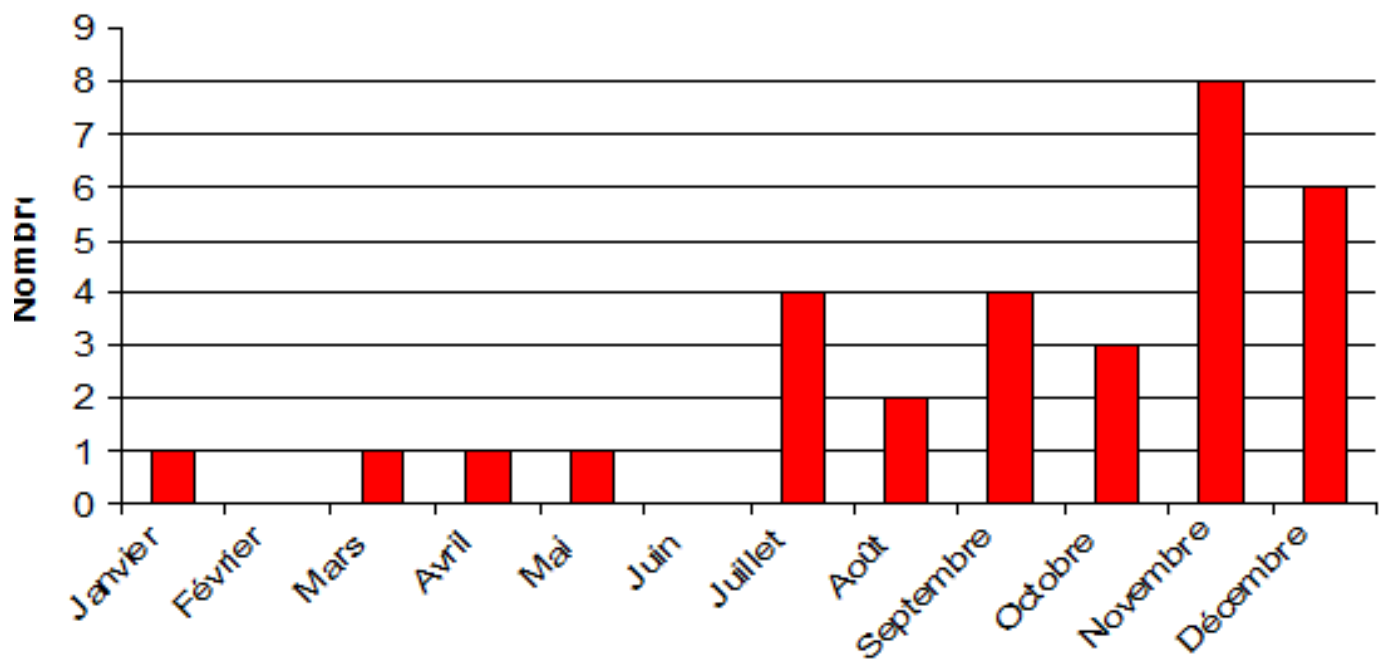
[Cliquez sur l'image ci-dessus pour revenir à l'article](#)



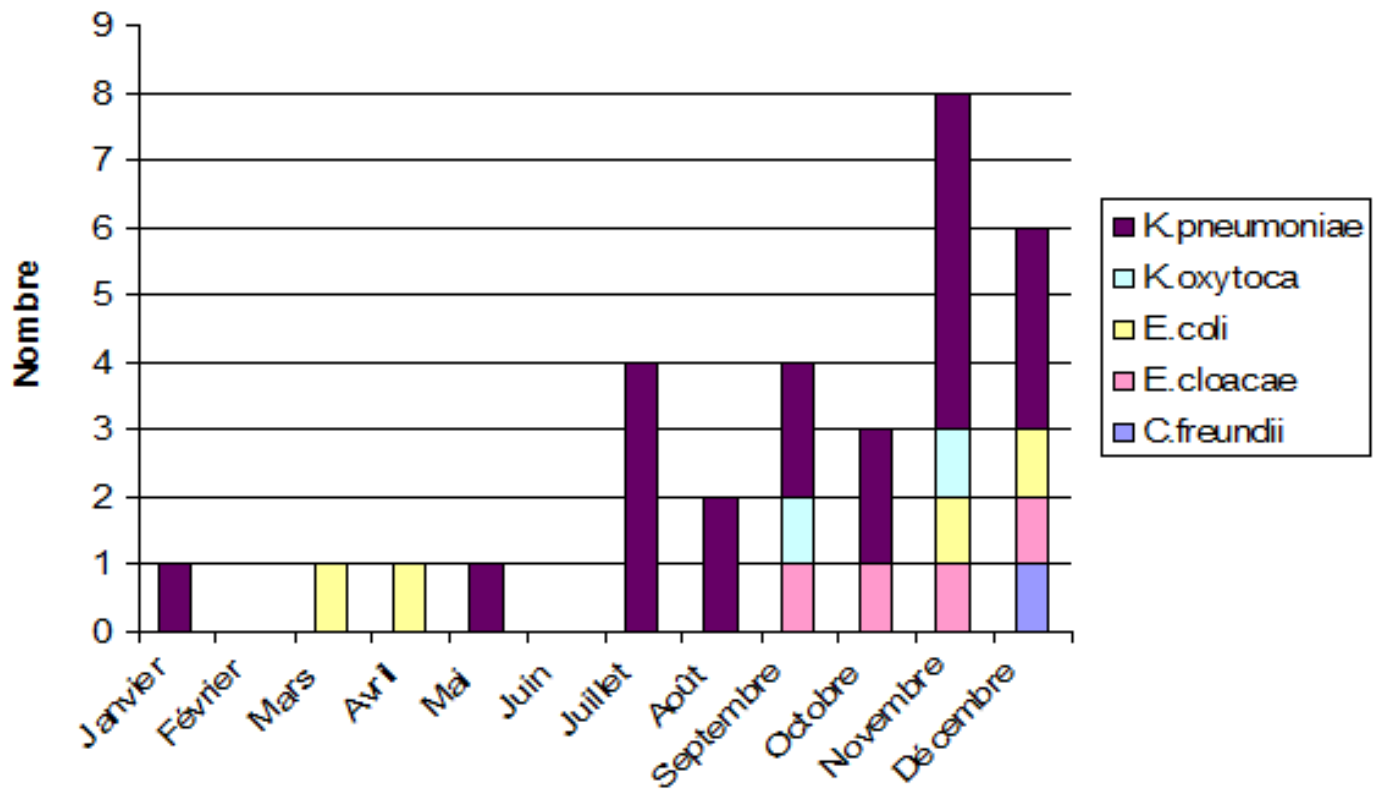
[Cliquez sur l'image ci-dessus pour revenir à l'article](#)



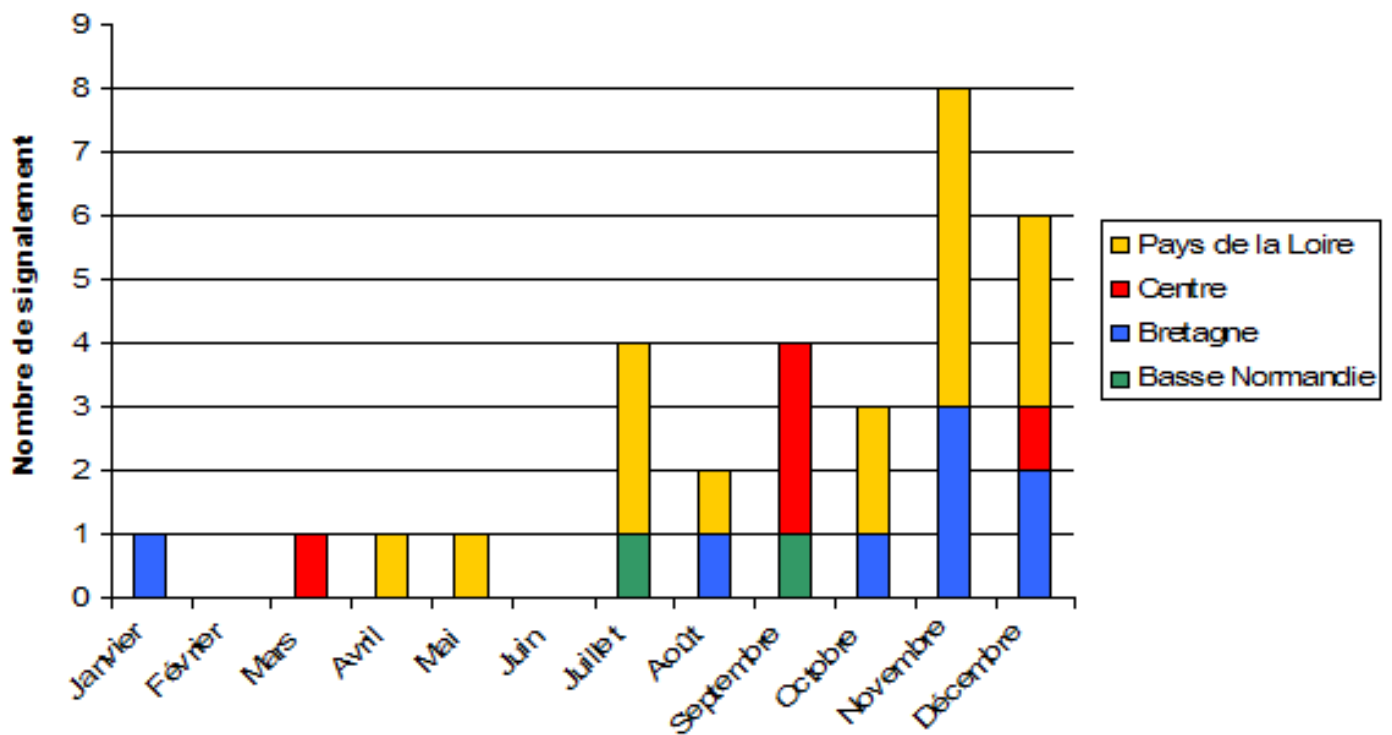
[Cliquez sur l'image ci-dessus pour revenir à l'article](#)



[Cliquez sur l'image ci-dessus pour revenir à l'article](#)



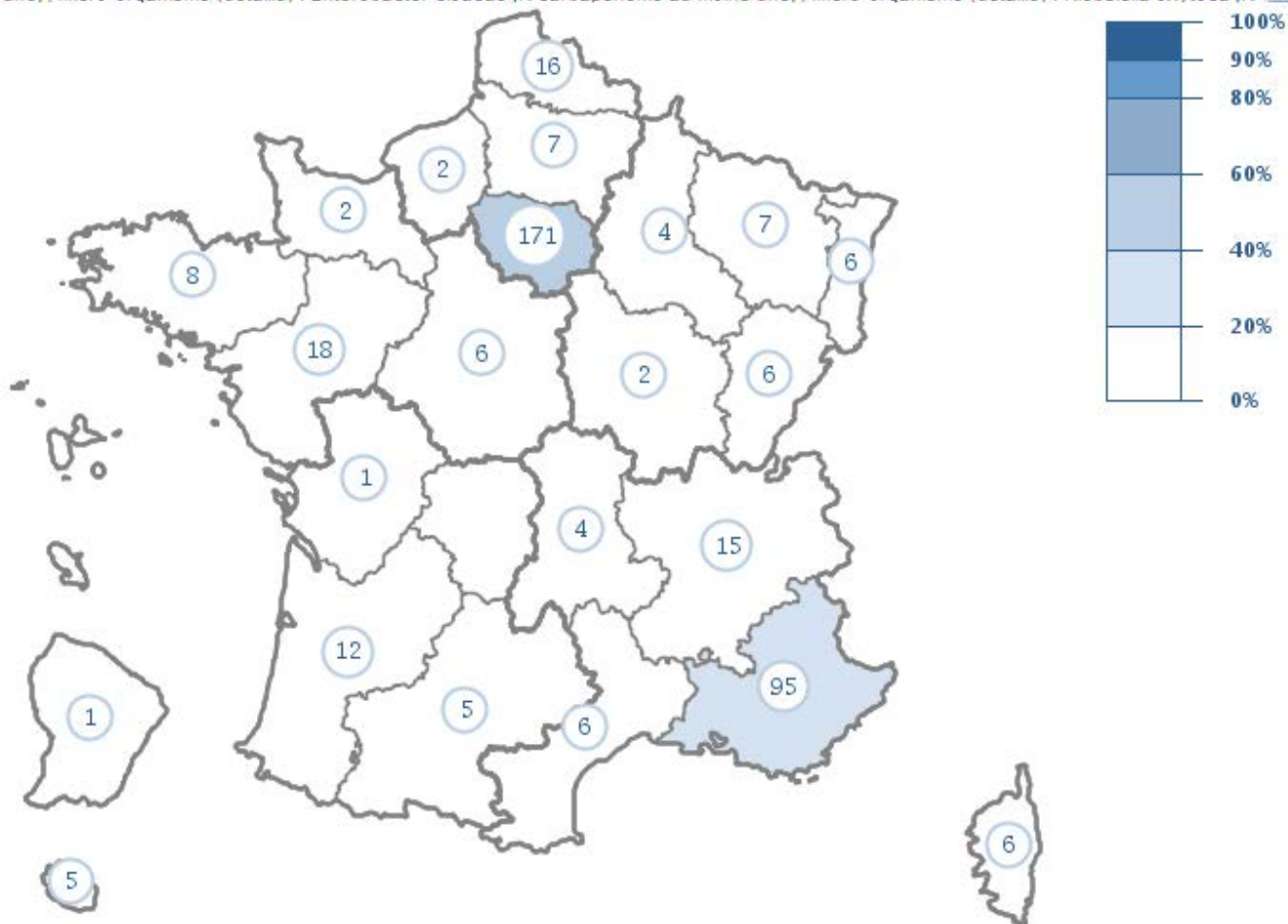
[Cliquez sur l'image ci-dessus pour revenir à l'article](#)



[Cliquez sur l'image ci-dessus pour revenir à l'article](#)

DISTRIBUTION PAR RÉGION DU NOMBRE DE SIGNALEMENT : TOTAL FRANCE : N=405

Rappel des critères : Période du 01/01/2013 au 31/12/2013 | Micro-organisme (détailé) : *Citrobacter freundii* [R carbapeneme au moins une] | Micro-organisme (détailé) : *Enterobacter cloacae* [R carbapeneme au moins une] | Micro-organisme (détailé) : *Klebsiella oxytoca* [R



[Cliquez sur l'image ci-dessus pour revenir à l'article](#)

▶ 3 QUESTIONS À...



Liliane Grolier-Bois,
Médecin hygiéniste,
Centre hospitalier
de Bretagne Sud

Vous avez accompagné e-SIN depuis sa phase initiale de test avant son déploiement. Quel regard portez-vous sur cet outil aujourd'hui ?

Les infections nosocomiales (IN) et en particulier leur signalement externe, représentent pour les Commissions médicales d'établissement (CME) un modèle à reproduire. En effet, le signalement d'un évènement indésirable est l'étape initiale de toute démarche d'amélioration de la qualité des soins. Les organisations, portées le plus souvent par les Comités de lutte contre les IN (Clin) et aujourd'hui associées au coordonnateur de la gestion des risques, sont à reproduire dans les autres domaines de la gestion des risques associés aux soins, comme les risques liés aux médicaments ou aux actes interventionnels. Sollicitée pour tester e-SIN en tant que praticien hygiéniste (PH) et responsable signalement (RS), la conclusion tirée de mon expérience m'avait semblé mitigée. Je pensais qu'il pourrait être, au moins pour les plus jeunes, un outil facilitant. Pour préparer son déploiement, e-SIN a cependant été accompagné d'un mode d'emploi didactique et d'un support aux utilisateurs qui n'a jamais failli. Mon activité multi-sites m'avait permis de souligner la difficulté à obtenir des accès indépendants pour chacun des sites dont j'avais la charge. Ces modalités d'exercice sont désormais prises en compte sans souci. Signaler sur e-SIN en tant que PH et RS multi-sites est devenu un jeu d'enfant, et encore plus après la suppression de l'obligation d'installer un certificat sur les postes informatiques. La plateforme e-SIN a acquis ses lettres de noblesse en tant qu'outil facilitateur du signalement.

En quoi e-SIN a modifié votre approche du signalement externe ?

En rien en première analyse ! Mon avis est en lui-même positif. Pour une ancienne hygiéniste ayant connu l'ère sans le signalement électronique, ma crainte était de perdre les contacts directs que j'avais avec les collègues en région. Elle était infondée car e-SIN n'a pas remplacé ces contacts lors de la gestion de certains épisodes. Inutile de s'en priver : les niveaux d'action permettent en effet de signaler aussi des épisodes « pour information ». Je dois toutefois nuancer mon avis. J'ai en effet été contrainte après une mutation d'utiliser la procédure dégradée avec un signalement papier. Mon constat est sans appel : je ne peux plus me passer d'e-SIN ! Son utilité est évidente lorsque vous changez de poste et devez partager votre activité entre deux départements. Quelle gageure alors que de vouloir connaître rapidement tous ses interlocuteurs en Agence régionale de santé (ARS) ! Grâce à e-SIN, vous savez que votre signalement va leur parvenir, sans perte de temps pour rechercher leurs coordonnées.

Estimez-vous qu'e-SIN a facilité le partage d'expérience ?

Sans hésitation, oui ! L'informatisation facilite l'exploitation des données, avec une connaissance accrue sur les modalités de survenue des épisodes signalés. L'outil e-SIN a aussi été complété par la Lettre du signalement qui inclut une rubrique « Retour d'expérience ». Le signalement externe enrichit par ailleurs les boîtes à outils de nos Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CClin), avec un partage d'informations utile pour la prévention d'évènements similaires dans d'autres établissements de santé. Au final, e-SIN contribue ainsi à la révolution culturelle représentée par la gestion des risques associés aux soins.

▶ OUTILS

e-SIN : la fonction
« Ajouter des pièces jointes »
.....p.2

▶ RETOUR D'EXPÉRIENCE

Épidémie à *Staphylococcus aureus* résistant à la métiliciline exprimant la leucocidine de Panton Valentine dans un service de soins de suite et de réadaptation
.....p.3

▶ BILAN

Enquête de satisfaction web e-SIN « Votre avis nous intéresse », avril à juin 2013 : résultats
.....p.4

▶ LIENS UTILES

Application web e-SIN :
<http://www.e-sin.fr>

Dossier thématique e-SIN :
<http://www.invs.sante.fr/esin>



INSTITUT
DE VEILLE SANITAIRE