

Les signalements externes des infections nosocomiales au C.CLIN Ouest



Hélène Sénéchal, C.CLIN Ouest

31 janvier 2012

Signalements par région

Année	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total (2001- 2011)
Basse Normandie	24	25	22	31	19	24	26	245
Bretagne	42	38	45	64	42	51	65	456
Centre	32	24	43	31	45	31	47	318
Pays de la Loire	56	45	55	52	72	49	56	485
Total	154	132	165	178	178	155	194	1504
<i>ES</i>	<i>77</i>	<i>61</i>	<i>77</i>	<i>87</i>	<i>88</i>	<i>78</i>	<i>90</i>	

Signalement

Ratios signalements/ 10 000 lits/an

Région	Bilan 2001-2005 IVS *	Bilan 2007-2009 IVS**
B-Normandie	19,5	22
Bretagne	10,4	20
Centre	9,8	21
Pays de Loire	10,2	25
Total	11,5	24,9

* BEH 51-52/26 Décembre 2006-
Le signalement des infections
nosocomiales, France, 2001-2005.

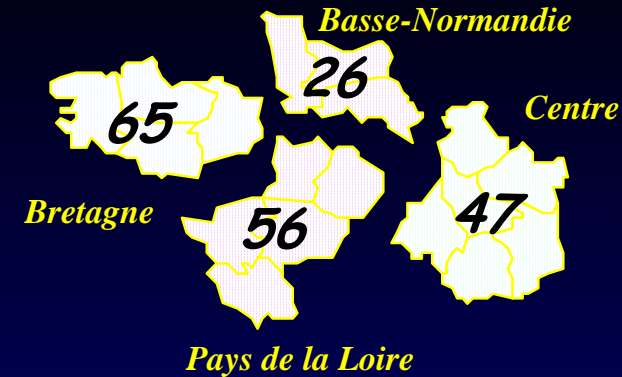
** BEH 38-39 Octobre 2010-
signalements 2007- 2009

Délai entre 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

Signalement = système d'alerte

Origine des signalements de l'inter région Ouest (2011)



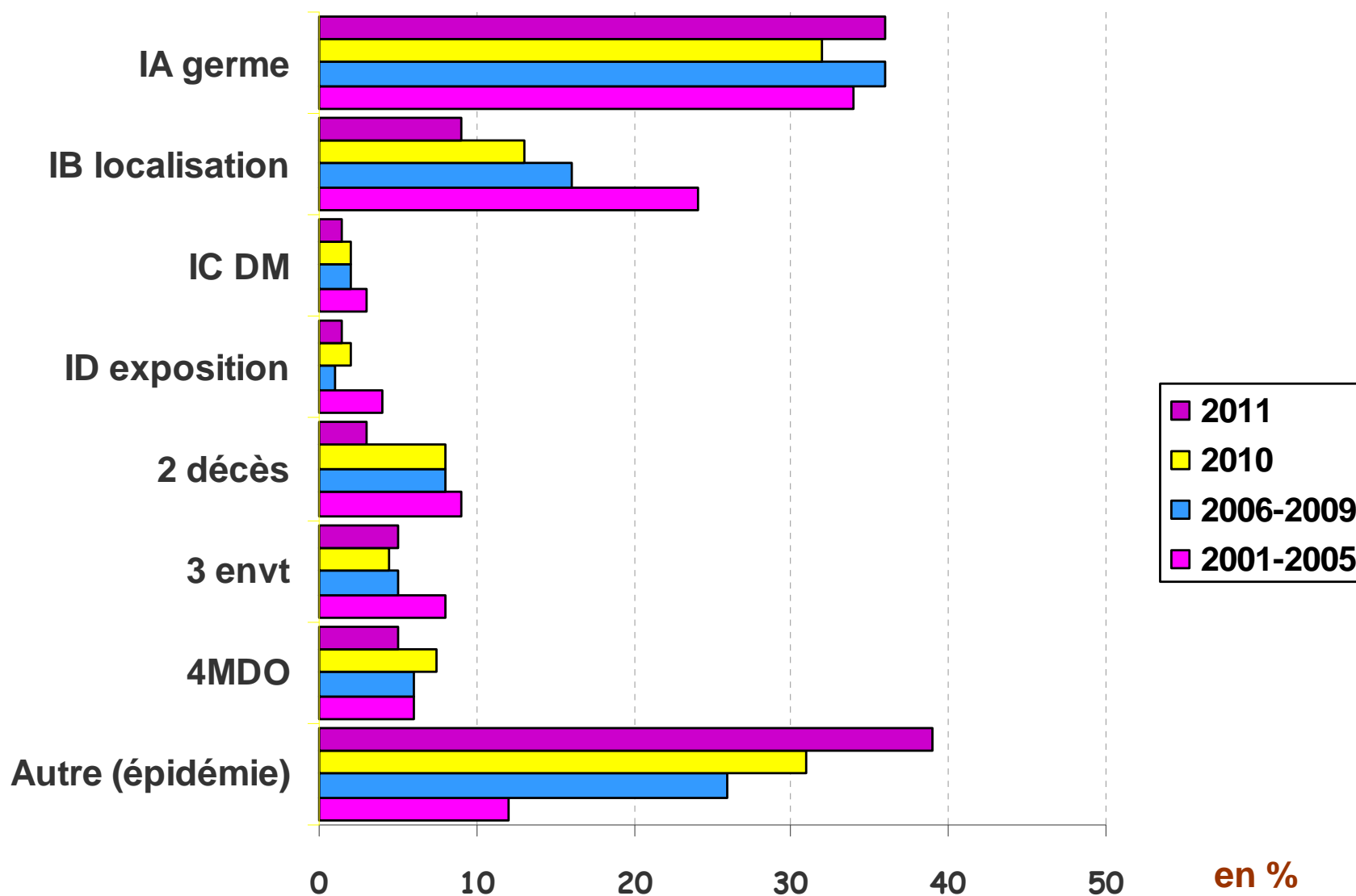
→ 194 fiches reçues (soit 17/mois) : 150 du public (77%), 32 du privé (17%), et 12 de psph (6%)

→ 90 établissements

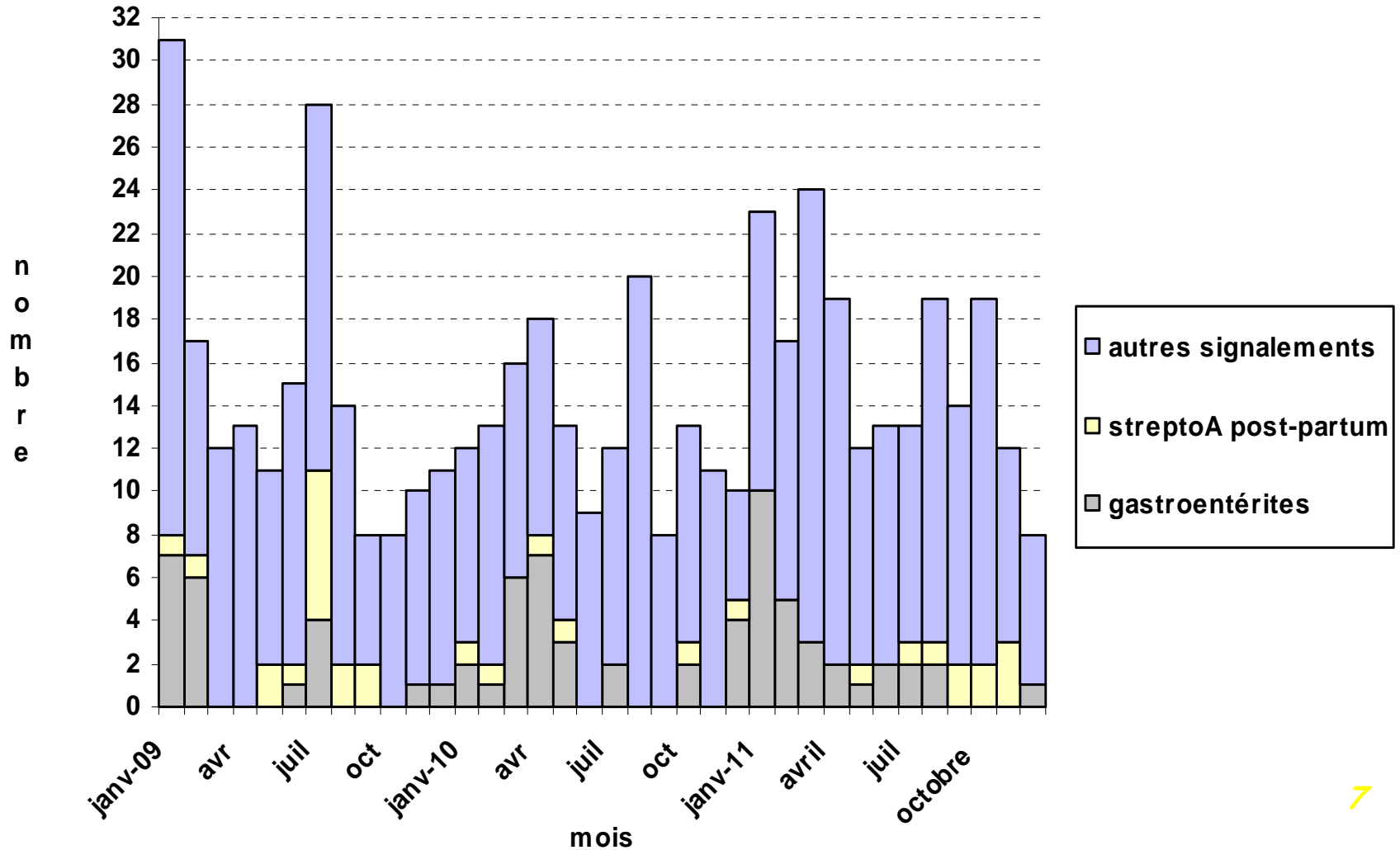
- ◆ 6 CHU
- ◆ 41 CH
- ◆ 4 ES Psy
- ◆ 19 cliniques MCO
- ◆ 5 HL
- ◆ 13 autres (2 CRLCC + 10 SSR + 1 HAD)

- ◆ 2 EHPAD

Critères de signalement (2001 à 2011)



Evolution des signalements depuis 2009



Pertinence des signalements

Pertinence ?

Circulaire janvier 2004 Quatre critères retenus

IN ayant un caractère rare ou particulier

1A : Espèce rare

1B : Localisation particulière

1C : Utilisation d'un dispositif médical suspect

1D : Exposition d'autres personnes

Décès lié à une IN

IN liée à un germe présent dans l'eau ou air de l'environnement

Maladies nosocomiales devant faire l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles

Etude CCLIN PN (A. Carbonne. BEH 1/2005)

gravité, risque épidémique, intervention du C.CLIN

Etude CCLIN O

gravité, risque épidémique, intervention du C.CLIN, rareté « absolue », investigation de l'établissement,

Pertinence des signalements

Cinq critères retenus

gravité, rareté «absolue», risque épidémique,
investigation de l'établissement, intervention du C.CLIN

Année	2009	2009	2010	2011
IA germe	91%	84%	86%	94 % (n=82)
IB localisation	89%	95%	87%	95% (n=20)
IC dispositif	100 (n=7)	87%(n=8)	0%(n=1)	67%(n=3)
ID exposition	100%(n=1)	100% (n=2)	33% (n=3)	67% (n=3)
2	85%	88%	87%	86%(n=7)
3 et 4	100%	100%	90% (n=8+14)	100% et 91%
Total	90%(n = 178)	91% (n = 178)	87%(n=155)	94%(n=194)

Signalement = système d'alerte

La sensibilité et la réactivité doivent primer
sur la spécificité

Mieux vaut signaler « trop » que « pas assez »

Services concernés en 2011

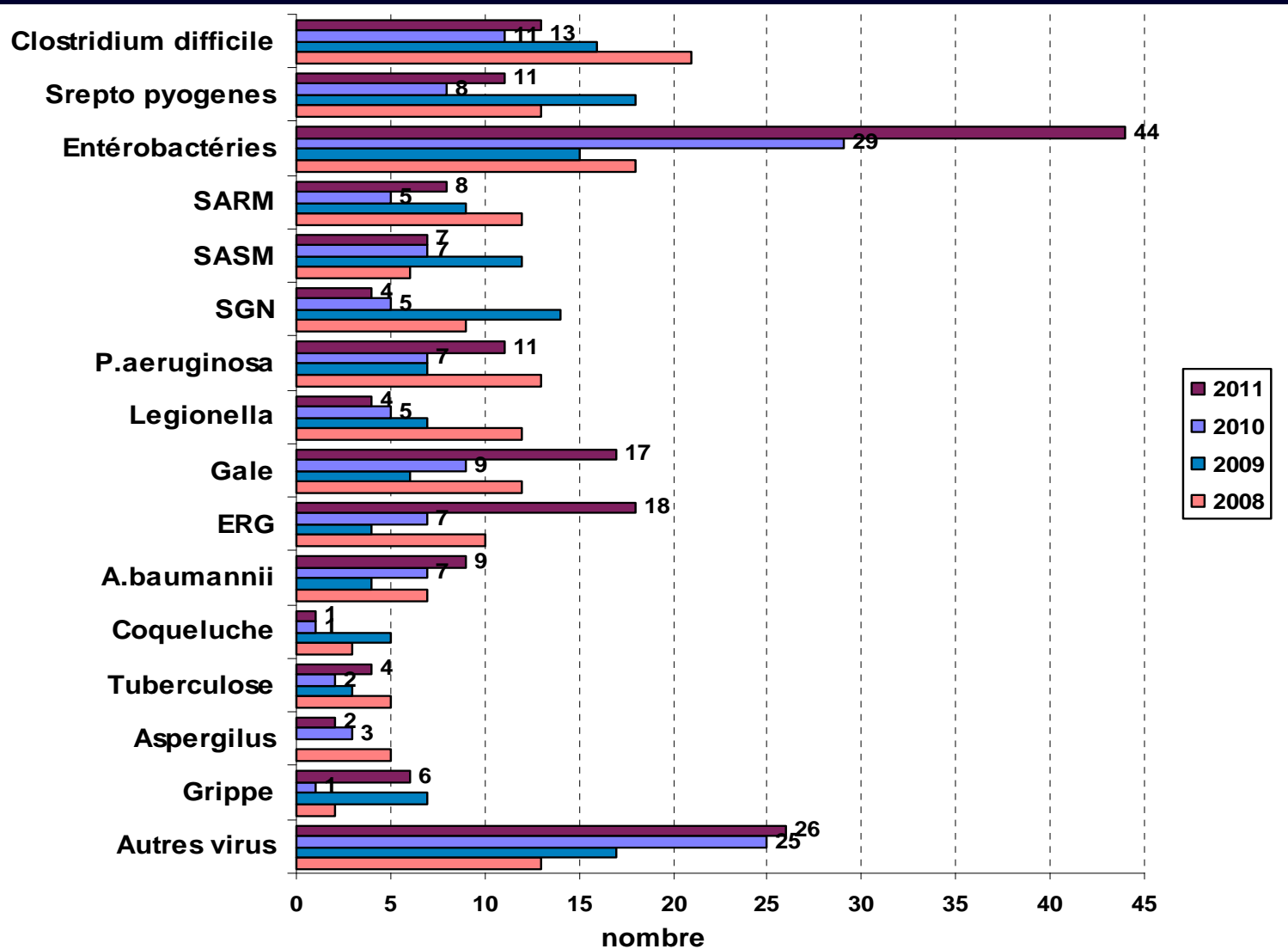
◆ disciplines

- 17% en chirurgie
- 27% en médecine
- 15% en réanimation
- 6% en obstétrique
- 4% en psychiatrie
- 8,5% en SSR
- 0,5% en SLD
- 23% autres (EPHAD, CLCC....)

60 %



Les germes (2007-2011)



2011: 204 sites de l'infection

74 sièges gastro-intestinaux

36 pneumopathies (legionnelle, Aspergillus, grippe)

22 cutanées (gale)

20 infections urinaires

14 bactériémies

11 endométrites post-partum

8 sur KT (avec bactériémie)

7 oculaires (endophtalmies)

6 ISO (autres que chir ortho et ophtalmo)

4 os et articulations

2 infections systémiques (2 chocs toxiques à SA)

3 inf sur KT

2 SNC (MCJ+ méningite sur DV)

**Un 1^{er} rapport sort en mai
2010 suivi d'un second
en novembre**



Des recommandations permettant 3 actions

→ 1. De décrire le flux

- ◆ Son intensité
- ◆ Ses facteurs de risque

→ 2. De décrire le devenir des patients

- ◆ Survenue d'infections
- ◆ Dissémination secondaire
- ◆ Chiffrer les conséquences et le bénéfice des recommandations
 - Économiques
 - Médicaux (consommation antibiotiques)

→ 3. D'imaginer de « faire mieux »

- ◆ En terme de dépistage (puces ?, meilleure phénotypie)
- ◆ En terme de prise en charge
 - Place exacte des PCC
 - Décontamination ?

Etude

RAISIN- EPC

Octobre 2011

2010 : 21 bactéries hautement résistantes

→ 7 *Enterococcus faecium* (ERV)

- ♦ 2 épidémies en maladies infectieuses et réanimation
- ♦ 5 cas isolés dont 1 importé du Portugal

→ 6 *Klebsiella pneumoniae* (BLSE multi R, 3 R carbapénèmes)

- ♦ 4 épidémies en réanimation, neurochirurgie, hématologie, SSR
- ♦ 2 cas isolés autochtones

→ 4 *Acinetobacter baumannii* (1 S carbapénèmes, 3 R carbapénèmes oxa 23, oxa 23-27)

- ♦ 2 épidémies en réanimation dont 1 avec cas index rapatrié de Singapour
- ♦ 2 cas isolés importés (hospitalisation Thaïlande + Portugal)

→ 2 *E. coli* (1 R carbapénèmes NDM 1, 1 I carbapénèmes)

- ♦ 1 cas isolé importé (Inde, pas d'hospitalisation)
- ♦ 1 cas isolé autochtone en réanimation

→ 2 *Pseudomonas aeruginosa* (BLSE R carbapénèmes)

- ♦ 2 cas isolés en réanimation

Au total sur 2010 : 1 EPC
1 *E. coli* NDM 1

2011 : 31 BHR

→ BHR isolées

→ 10 *Enterococcus faecium* (ERV)

- ♦ 3 épidémies en maladies infectieuses, médecine, pré greffe
- ♦ 7 cas isolés

→ 2 *E. coli* (Oxa 48)

- ♦ 2 cas isolés autochtone

→ 3 *Enterobacter cloacae* (1 BLSE multi R, 1 R carbapénème, 1 oxa 48)

- ♦ 1 épidémie en réanimation
- ♦ 1 cas isolé autochtone
- ♦ 1 cas isolé rapatrié du Maroc

→ 3 *Klebsiella pneumoniae* (BLSE multi R + KPC)

- ♦ 2 épidémies en réanimation et neurochirurgie
- ♦ 2 cas isolés (contact d'un patient rapatrié)

→ 4 *Acinetobacter baumannii* (1 oxa 23-27, oxa 23 + 2 Multi R)

- ♦ 1 épidémie en réanimation (même germe qu'en 2010)
- ♦ 1 épidémie en réanimation
- ♦ 1 cas isolé rapatrié du Maroc
- ♦ 1 cas isolé rapatrié d'Algérie

→ 3 *Pseudomonas aeruginosa* (R carbapénèmes dont 1 MLB et 1 VIM)

- ♦ 1 épidémie (2 cas liés à un fibroscope)
- ♦ 2 cas isolés autochtones

Associations de BHR

→ 2 *Klebsiella pneumoniae* (NDM1, KPC)

- ♦ 1 patient isolé rapatrié de l'Inde (KP NDM 1+ *E coli* KPC)
- ♦ 1 patient isolé rapatrié de Grèce (KP KPC + *A. baumannii* R carbapénème)

→ 1 *Acinetobacter baumannii* (1 R carbapénèmes)

- ♦ 1 patient isolé rapatrié de Grèce (KP KPC + *A. baumannii* R carbapénème)

→ 2 *E. coli* (Oxa 48, KPC)

- ♦ 1 cas isolé rapatrié d'Inde (KP NDM 1+ *E coli* KPC)
- ♦ 1 cas isolé rapatrié du Maroc (*E. cloacae* + *E coli* oxa 48 tous les deux)

→ 1 *E. cloacae*

- ♦ 1 cas isolé rapatrié du Maroc (*E. cloacae* + *E coli* oxa 48)

Au total sur 2011 : 9 EPC

2 *E. cloacae* Oxa 48

3 *Kl. Pneumoniae* (1 NDM 1+ 2 KPC)

4 *E. coli* (KPC + 3 Oxa 48)

Au total sur 2010 et 2011

→ 10 EPC

- ◆ 4 *E. coli* (1 KPC, 2 Oxa 48, 1 NDM1)
- ◆ 3 *Kl. pneumoniae* (NDM1 ,2 KPC)
- ◆ 2 *E. cloacae* Oxa 48

→ Origine

- ◆ Maroc, Inde ,Grèce , 2 autochtones

Épidémiologie de la résistance aux carbapénèmes

EARSS, 2009

Figure 5.25: *Klebsiella pneumoniae*: proportion of Invasive Isolates resistant to carbapenems In 2009



La petite dernière

➔ A vos stylos !

INFECTIONS NOSOCOMIALES
LA LETTRE DU SIGNALLEMENT **N°2**
NOVEMBRE 2011

3 QUESTIONS À... REGARDS CROISÉS

Le 18 octobre 2011, le déploiement de l'application e-SIR a débuté dans l'Île-de-France (Ile-DF). Le Centre hospitalier (CH) de Rambouillet dans les Yvelines est à l'origine du premier agencement réalisé, via un nouvel outil. Il concernait en cas de nosocomies hospitalières, d'infections nosocomiales, mais qui a permis à l'établissement de revenir en conscience à tenir pour la prévention de ce risque infectieux. Nous avons sollicité les différents acteurs de ce agencement pour leur demander leurs impressions sur e-SIR.

Dr Sabine Gamara, présidente Agencement, CH de Rambouillet

La conversion à e-SIR est très facile. Le mot de passe initialement attribué est un peu complexe mais il est possible de le modifier (il est un peu de mal à installer le certificat, mais c'est parce que je n'avais pas suivi strictement la procédure d'installation prévue dans l'annexe). Concernant la fiche, il nous a semblé être un premier temps un peu étrange, beaucoup d'items à renseigner, mais tout s'est fait utile. La migration en anglais automatiquement permet de ne rien oublier, et l'outil nous a paru très ergonomique et très rapide.

Enfin, les nouvelles fonctions offertes sont très intéressantes : suivi du signalement, échanges d'informations entre les différents acteurs, envoi d'un e-mail pour nous prévenir d'un élément nouveau, accompagnement des signalements sur une plateforme sécurisée, e-SIR apporte un vrai plus par rapport à la version papier et l'utilisation d'un outil informatique ne m'a pas du tout rebuté. Serait-ce le contraire ?

Dr Lydie Reval, médecin inspecteur de santé publique, Agence régionale de santé (ARS) de Lorraine

L'application e-SIR étonnante, comme tout nouveau outil, un temps d'appropriation. Nous avons écrit une procédure d'utilisation pour l'ARS Lorraine, adaptée à notre fonctionnement et destinée aux personnels, grâce aux signaux sanitaires. Nous n'avons pas encore testé toutes les fonctionnalités, mais

e-SIR est convivial, répond aux besoins actuels de l'information de nos outils de communication et autorise une capacité des actions.

Contrairement aux fiches papier, la déclarations est claire et on ne doit plus hésiter pour un bon parcours utilisateur. Nous apprécions le fait de pouvoir échanger avec le déclarant via la fiche de suivi et de pouvoir consulter des documents en plus précis. La visibilité de ces échanges pour tous les intervenants, permet également d'éclaircir les demandes, "en douceur". Cette fiche de suivi ne remplace toutefois pas les échanges téléphoniques et ne doit pas se substituer au forum de discussion, e-SIR nous permettrait aussi, à terme, de faire des recherches plus rapides sur des signalements antérieurs, nous permettant de faire des liens rapides et d'avoir une vision plus globale, par exemple, des cas groupés d'un type d'infection nosocomiale (IN) donnée.

Ce premier signalement électronique correspond en fait à une situation de première et à l'automatisme plus global de nos secondaires. Il a toutefois été utile pour attirer l'attention des professionnels de santé sur la prévention de cette infection nosocomiale en milieu hospitalier.

Dr Emeline Poirier et Lydie Simon, praticiennes hospitalières, Agence régionale de lutte contre les infections nosocomiales (ARLINC), Lorraine et Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCIL) Est

Ce premier signalement est intervenu le jour du déploiement de l'application en région Lorraine, ce qui est plutôt de bon augure. Il montre que les établissements de santé (ES) étaient en attente d'un outil facilitant leur pratique de signalement. Les premiers retours de nos collègues sont enthousiastes. La transition vers ce nouvel outil avait été préparée par le CCIL et le CHU Lorraine en amont du déploiement. Au printemps 2011, deux ES de la région, le CCIL et l'Arle ont participé avec l'Institut de veille sanitaire (IVS)

aux tests de l'outil. Celui-ci a ainsi été présenté lors des journées régionales d'hygiène de Lorraine en juin 2011, et une formation a été proposée aux professionnels de la région quelques jours avant le déploiement.

L'outil édité est un "facilitateur de communication". Outre le fait de simplifier les échanges, il apporte à chaque acteur une meilleure visibilité des actions effectuées par les autres, évitant les demandes redoublées. Le fait de pouvoir archiver ses données actualise les signalements même lorsque partie d'informateurs. Si la fiche de suivi ne remplace pas tous les échanges, elle permet à chacun, selon ses propres contraintes d'espace et de temps, d'apporter sa contribution à la gestion d'un signalement. Enfin, e-SIR apporte une vision plus globale des signalements, permettant à tous les acteurs de profiter de leurs actions. Nous tirons chaque ES à nous pour les fonctions de e-SIR pour ne rendre compte des progrès accomplis par rapport à l'ancien système papier.

OUTILS
e-SIR et les niveaux d'action (ils, quel acteur) : comment les utiliser ? p. 2

RETOUR D'EXPIÉRIENCE
Légionella nosocomiale : ancien problème mais nouvelles solutions p. 3

RÉSULTATS
La nosologie : une infection commentée, mais aussi nosocomiale ? p. 4

InVS
INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE