

Le signalement et la surveillance des infections nosocomiales



H Sénéchal, responsable signalement CCLIN Ouest
N Rouzic, médecin responsable ARLIN Bretagne-CCLIN Ouest
P Jarno, médecin coordinateur CCLIN Ouest
15 novembre 2011 – Rennes

Principes du signalement (décret juillet 2001 - circulaire janvier 2004)

- **Signalement interne de toute infection nosocomiale**
- **Signalement externe de toute infection nosocomiale présentant au moins un des critères suivants**
 - ◆ 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
 - ◆ Toute épidémie «nouvelle»

A l'origine : signalement interne de toute IN (décret 2001)

→ **Tout médecin, pharmacien, chirurgien- dentiste, sage-femme ou membre du personnel para médical qui dans l'exercice de ses missions au sein d'un ES constate un ou plusieurs cas d'infections nosocomiales, en informe :**

- ◆ d'une part, le médecin responsable du service dans lequel le ou les cas sont apparus dans les ES publics ou le médecin responsable des patients dans les autres ES
- ◆ et d'autre part le praticien de l'EOHH.

Dynamique du signalement externe

→ étude qualitative*

- ◆ Signalement interne implanté = facteur favorisant pour la dynamique de signalement
- ◆ Les freins :
 - Une définition qui ne colle pas à la représentation qu'en ont les cliniciens
 - Origine hospitalière (acquise dans l'ES)/survenue dans l'ES
 - La représentation négative du signalement
 - Associé à délation
 - Pression médiatique
 - Conséquences médico-légales
 - L'ambivalence des cliniciens
 - IN comme faute / devoir de signaler + intérêt
 - La faible implication des paramédicaux
 - Ou par défaut
 - L'insatisfaction des EOH
 - Une tâche chronophage
 - Une exhaustivité du SI impossible à atteindre

* "Pratique du signalement externe des infections nosocomiales : une étude sociologique"
RAISIN-Christine Quélier, 2009-2010

http://www.cclinouest.com/PDF/Evaluation/Signalement/Rap_etude_socio-IN_C.Quelier.pdf

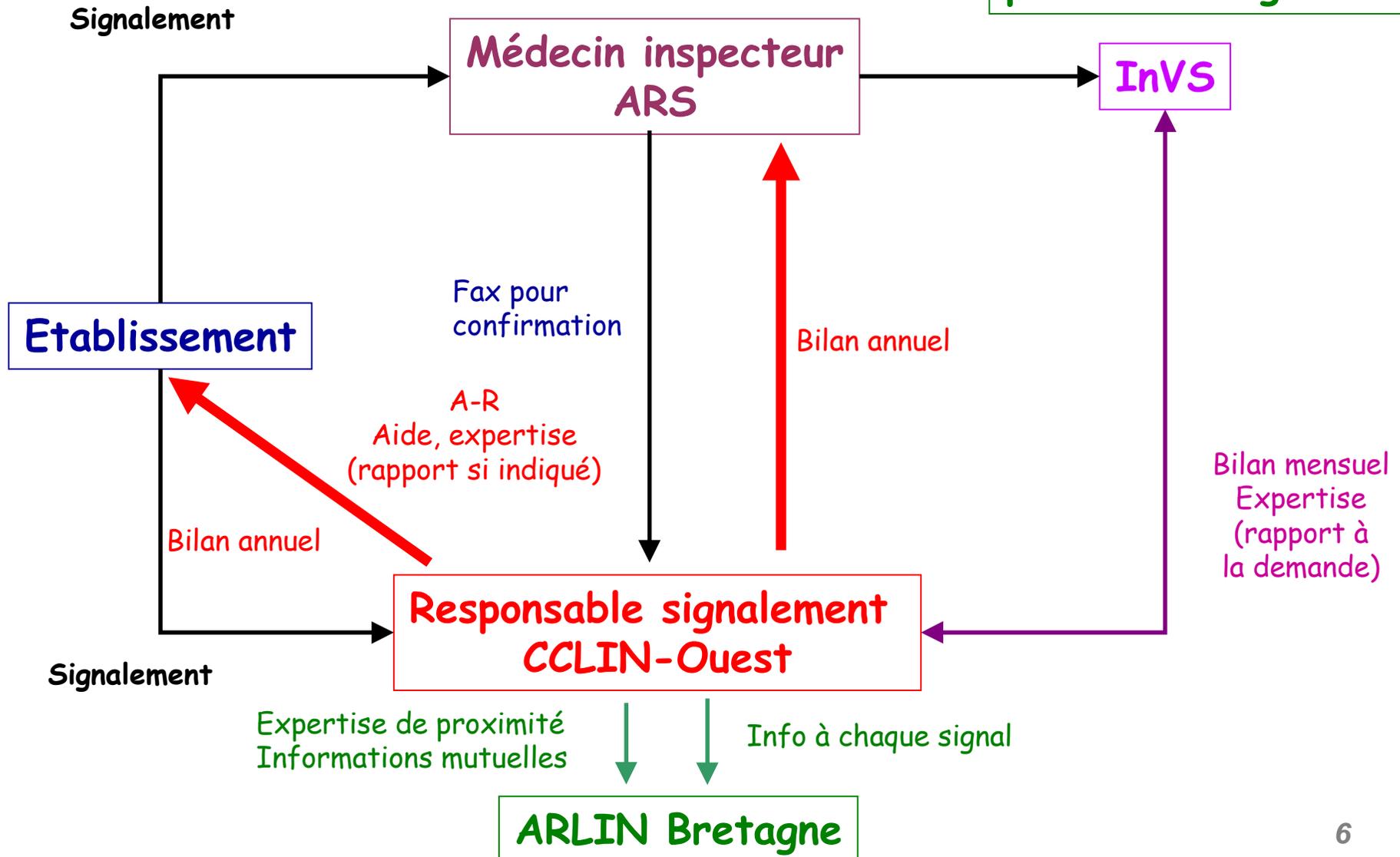
Signalement externe de toute infection nosocomiale présentant au moins un des critères cités Circulaire 2004

→ Les objectifs du signalement des infections nosocomiales sont :

- ◆ d'alerter les autorités sanitaires afin que l'ARS s'assure de la réalisation d'investigations et de la mise en œuvre des mesures correctives nécessaires
- ◆ d'apporter une aide si besoin aux ES (CCLIN – ARLIN)
 - nature de l'investigation,
 - évaluation du risque,
 - maîtrise des épisodes infectieux,
 - modalités éventuelles d'information et de prise en charge des patients potentiellement exposés
- ◆ d'enregistrer, suivre et analyser l'évolution d'événements pouvant conduire l'Institut de veille sanitaire (InVS) à alerter à tout moment sur un risque infectieux concernant tous les ES et proposer des mesures ou suggérer la diffusion de recommandations nationales, au ministère chargé de la santé.

Signalement IN / CCLin Ouest

Nécessité
d'un rapport
pour les cas graves



Signalements par région

Année	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total (2001- 2010)
Basse Normandie	24	24	25	22	31	19	24	219
Bretagne	42	42	38	45	64	42	51	391
Centre	29	32	24	43	31	45	31	271
Pays de la Loire	34	56	45	55	52	72	49	429
Total	129	154	132	165	178	178	155	1310
ES	68	77	61	77	87	88	78	

Origine des signalements de l'inter région Ouest (2010)



155 fiches reçues (soit 13/mois) : 115 du public (73%), 30 du privé (20%), et 10 de psph (7%)

→ 78 établissements

- ◆ 6 CHU
- ◆ 41 CH
- ◆ 3 ES Psy
- ◆ 17 cliniques MCO
- ◆ 2 HL
- ◆ 6 autres (2 CLCC + 4 SSR)

- ◆ 3 EHPAD

→ Dix sept nouveaux ES ont fait au moins un signalement en 2010 : 9 CH, 7 cliniques, 1 CLCC (données 2004 à 2010).

Qu'est-ce qui se passe après le signalement ?

Gestion de 155 signalements concernant 88 ES

- ◆ Basse Normandie : 24
- ◆ Bretagne : 51
- ◆ Centre : 31
- ◆ Pays de la Loire : 49

→ Appel systématique

→ Pour 14 fiches de signalements figurait la demande d'une expertise extérieure, soit 9 % des signalements.

- ◆ Cette expertise a été apportée lors de réunions téléphoniques
- ◆ 2 cellules de crise
- ◆ 2 signalements ont amené le CCLIN à se déplacer dans les établissements concernés pour :
 - un choc toxique à SASM suite à une sacco-radiculographie
 - une colonisation à *E coli* avec carbapénémase.

→ Les autres expertises ont été réalisés par les antennes régionales

Qu'est-ce qui se passe après le signalement ?

→ Echange des données

- ◆ A chaque nouveau signalement vers l'AR concernée
- ◆ Vers les ARS, 1 fois par an et au cas par cas
- ◆ Mensuellement avec InVS
- ◆ Rapport CCLIN (Noso news)
- ◆ Rapport InVS (BEH)
- ◆ La lettre du signalement n°1 (InVS Septembre 2011)

Éléments de discussion

→ Comment est organisée la réception du signal : où et qui ?

- ◆ Au niveau du CCLIN-ARLIN
 - 1 responsable , 1 interne, 1 responsable ARLIN
- ◆ Au niveau de l'ARS
 - des plates-formes = CVAGS = entrée unique
 - la place des DT varie selon les régions

→ Comment est organisée la réponse : où et qui ?

- ◆ Au niveau du CCLIN-ARLIN, des réseaux : missions d'aide et d'expertise reconnues par les ES
- ◆ Au niveau de l'ARS : CVS, Délégation territoriale, CIRE
 - La place de la CIRE est encore à préciser (double tutelle InVS (scientifique) et ARS (administrative))
 - Sur les IN, les CIRE ne souhaitent pas être associées MAIS quid des IAS (EMS, activité libérale...) ?

Éléments de discussion

→ Comment clarifier les missions : qui intervient et comment ?

- ◆ Expertise, compétences
- ◆ Missions :
 - Conseil expertise (CCLIN-ARLIN)
 - Sécurité sanitaire (ARS)
 - Investigation épidémiologique (CIRE)
- ◆ Périmètre
 - ES (CCLIN-ARLIN)
 - EMS ou libéral (idem ou ARS/CIRE ?)

→ Comment associer les objectifs de gestion de crise et d'information ?

→ Comment définir les situations où une cellule de crise est nécessaire ?

Éléments de discussion

→ Apprendre à travailler ensemble

- ◆ Se rencontrer physiquement
 - Une journée annuelle avec CCLIN, ARLIN, CAVGS, CIRE, DT ... et participation éventuelle des ES à cette journée (journée de veille sanitaire et journée IN)

- ◆ Bien informer l'ensemble des partenaires :

- ◆ Partage d'outils : e-SIN, Gastro-entérites, REX...

- ◆ Espace de discussion CAVGS-CCLIN +++++ :
 - le 1er qui a l'information sollicite l'autre partenaire pour prendre une décision d'intervention++++

Mettre du lien et ne pas réinventer ce qui marche déjà...

Conclusion

- **Signalement interne, parfois difficile à mettre en place**
- **Signalement externe : des résistances**
 - ◆ préjugés, peurs (réels ou supposés)
 - ◆ absence d'ancrage dans la pratique quotidienne des ES
 - ◆ textes contradictoires...
- **Une dynamique qui existe et qu'il est nécessaire de soutenir**
- **Nouvelles perspectives : *collaboration active des différents acteurs, mise en place des REX, RMM, nouvel outil e-SIN***



disponible depuis le 24 octobre 2011

La surveillance des IN en France : déjà 20 ans

- ➔ 1990 : enquête «Hôpital Propre » (39 hôpitaux)
- ➔ 1992 : création des CClin et premiers réseaux de surveillance
 - ◆ 1993 : ISO (Sud-Est), bactériémies (Sud-Est), BMR (Sud-Ouest)
 - ◆ 1994 : réanimation (Sud-Est)
 - ◆ 1995 : accidents exposant au sang (Paris-Nord)
- ➔ 1996 : ENP 1996 (830 établissements)
- ➔ 1999 : données nationales ISO
- ➔ 2001 : création du RAISIN
 - ◆ ENP 2001 (1 533 établissements)
 - ◆ signalement des infections nosocomiales
 - ◆ 5 réseaux nationaux de surveillance : AES, BN, BMR, ISO, REA
 - ◆ 3 réseaux pilotes : REACAT, MATER, NEOCAT
- ➔ 2004 : tableau de bord des IN
- ➔ 2006 : ENP 2006
- ➔ 2008 :
 - ◆ 4 réseaux nationaux de surveillance : AES, BMR, ISO, REA
 - ◆ **outil WEB CCLIN Ouest (WEBISO...)**
- ➔ 2011
 - ◆ 5 réseaux nationaux de surveillance : AES, BMR, ISO, REA, conso ATB et rés bact
 - ◆ **outil commun entre CCLIN (WEBISO... WEBBMR, WEBAES)**

Surveillances des IN

→ Etablissement

- ◆ Recueil des données
- ◆ Saisie des données
- ◆ Contrôle et exploitation des données
- ◆ Envoi des données (**+++ après contrôle des données**) au CCLIN Ouest
- ◆ +/- corrections des données et nouvel envoi

→ CCLIN Ouest (équipe inter régionale et antennes régionales)

- ◆ Assistance technique
- ◆ Contrôle des données
- ◆ Traitement des données pour envoi au niveau national
- ◆ Analyse des données
- ◆ Rédaction des rapports de surveillance de l'interrégion et mise à disposition des rapports interrégionaux
- ◆ Retour d'information sur les résultats : journée surveillance
- ◆ Participation aux réunions des coordinations nationales
 - Globales : RAISIN
 - Par type de réseau : ISO.....

Priorités nationales du RAISIN

→ AES

- ◆ En lien avec médecins du travail → **Prévalence un jour donné (*tous les 5 ans*)**

→ ISO

- ◆ Multiples intervenants

→ **Prévalence de l'utilisation des ATB**

→ Réanimation

- ◆ Tous services

→ *Bactériémies Nosocomiales*

→ BMR

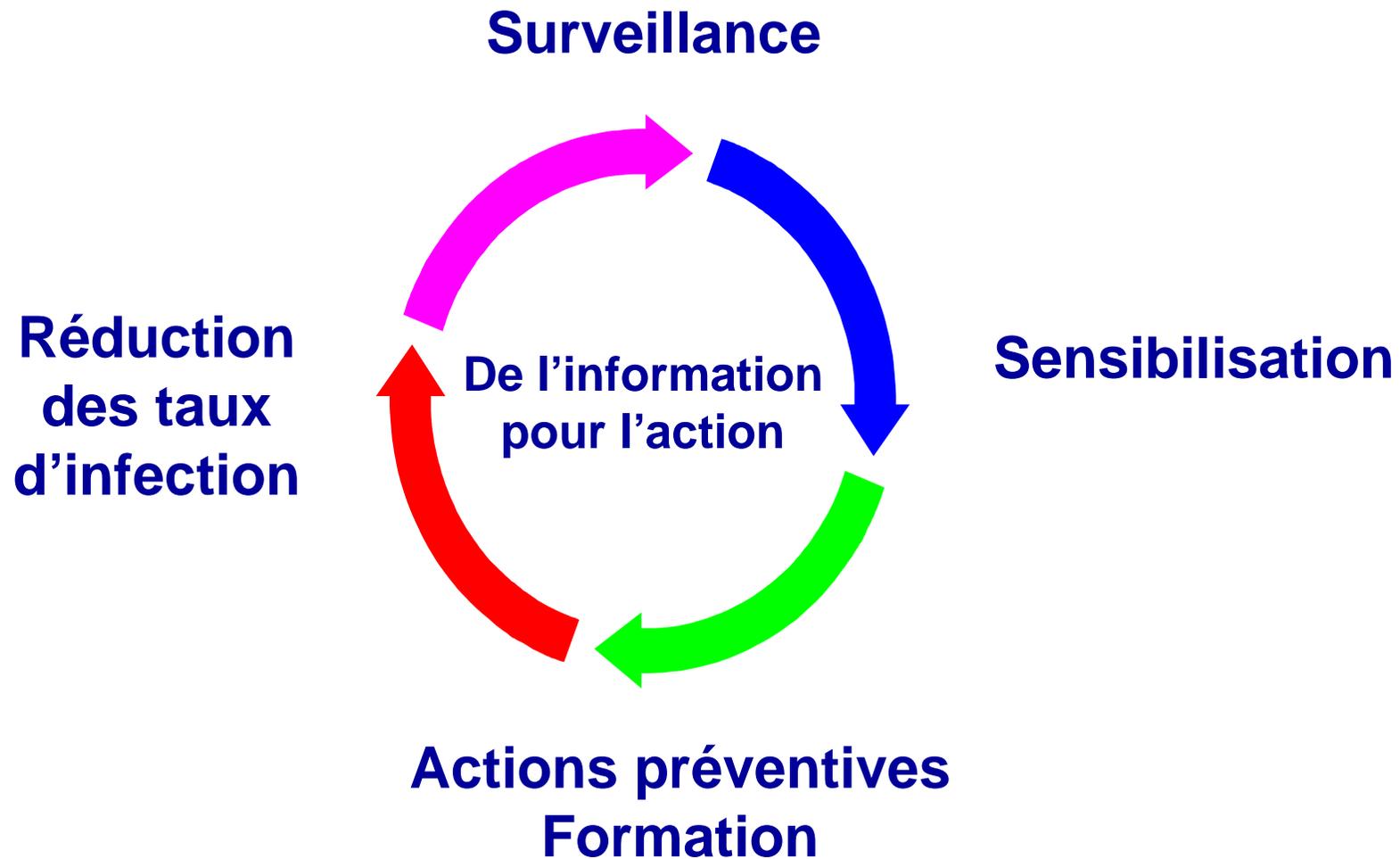
- ◆ SARM et EBRC3G +++

→ *Dialyse*

→ *NEOCAT*

→ Conso ATB et résistances B

Surveillance des I.N. : objectifs



Impact du SENIC Project, USA, 1970

→ Surveillance

- ◆ clinique, active, continue, prospective
- ◆ généralisée à tout l'hôpital
- ◆ personnel formé, en nombre adéquat
- ◆ 4 principaux sites d'infections nosocomiales (urinaire, pulmonaire, site opératoire, bactériémie)

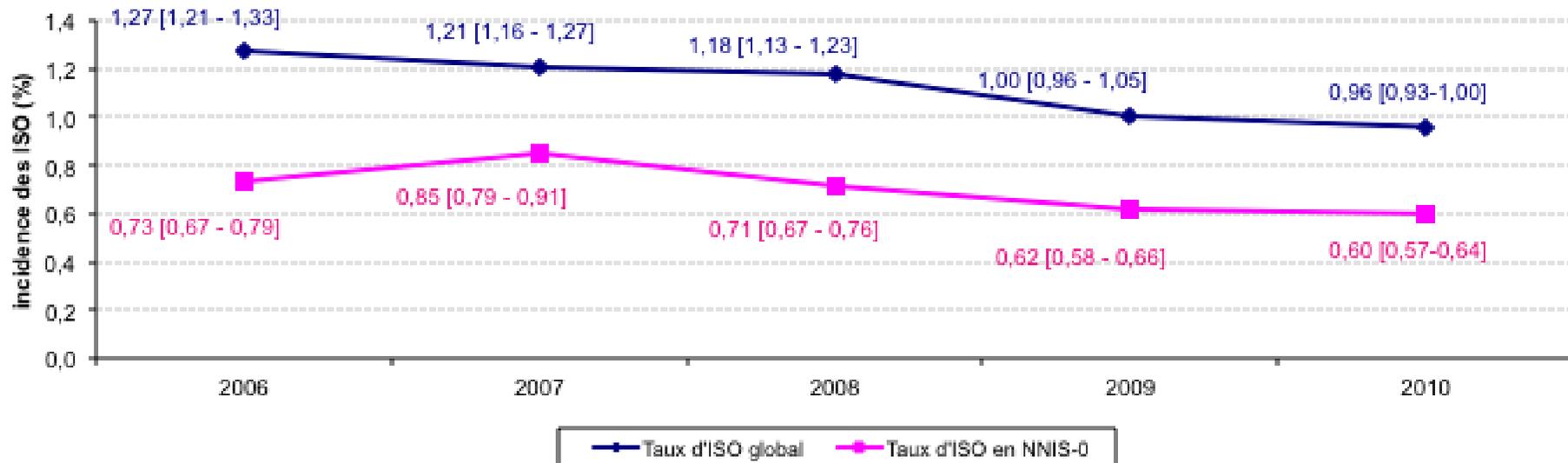


→ ↘ diminution de 32% de l'incidence des IN

Haley RW, Culver DH, White JW. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. *Am J Epidemiol* 1985; 121:182-205.

Incidence

Tendances évolutives



Entre 2006 et 2010

Diminution de 24 % de l'incidence brute

Diminution de 18 % de l'incidence NNIS-0

Surveillances des IN au CCLIN Ouest

Animation des réseaux de surveillance

- ◆ **Nadine GARREAU**
 - Bactéries Multi-Résistantes*
 - Réanimation*
 - Prévalence

- ◆ **Marion OLIVIER**
 - ISO*
 - Prévalence antibiotique

- ◆ **Pacôme ANGORA**
 - Outils WEB
 - Conso ATB – résistances B*

- ◆ **Anne INGELS**
 - Accidents d'Exposition au Sang*

Avec l'aide active des antennes régionales

Conclusion : les réseaux de surveillance sont-ils valides ?

→ OUI

- ◆ données de référence accumulées depuis 15 ans
- ◆ formation et sensibilisation des professionnels
- ◆ excellente couverture : 40% des ES
- ◆ tendances : diminution des taux observée

→ mais sous réserve de vérifier ...

- ◆ l'application des définitions (les simplifier ?)
- ◆ l'exhaustivité du recueil
- ◆ la représentativité des services participants
- ◆ la validité des ajustements proposés

→ et si ...

- ◆ meilleur partage, rétro-information et valorisation des données **notamment entre les ES et le CCLIN pour adapter les rapports de résultats**
- ◆ meilleure communication vers le public et les médias