

▶ 3 QUESTIONS À...



Emilie Daimant – Sylvie Renard-Dubois
ARS Ile-de-France

Quel est le rôle de l'Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France dans la gestion des signalements d'infection nosocomiale ?

À la réception d'un signalement, l'ARS s'assure en lien avec l'Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales (Arlin) que l'établissement a mis en œuvre les investigations à la recherche de l'origine de l'infection et les mesures de gestion face au risque épidémique. L'ARS informée peut alors participer aux réunions de crise où une décision de l'autorité sanitaire est requise, contribuer à la rédaction de documents pour l'information et la prise en charge des patients potentiellement exposés ou encore de communiqués de presse. L'ARS évalue l'impact de l'événement sur l'offre de soins régionale grâce à sa connaissance du paysage sanitaire. Elle peut être amenée à informer le niveau national (Direction générale de la santé, DGS) en cas de gravité particulière, de risque d'extension au-delà de la région ou de médiatisation. Un signalement peut ainsi parfois conduire à une alerte nationale ou faire évoluer des recommandations.

Quel est pour votre ARS l'apport de l'application e-SIN ?

L'accessibilité simultanée de l'information par les différents acteurs facilite

les échanges, le suivi des événements déclarés et raccourcit les délais de mise en œuvre des mesures de gestion.

La centralisation des informations dans une même application évite qu'une des entités concernées n'en soit pas destinataire. L'application e-SIN permet aussi de suivre en temps réel les actions prises par les différents acteurs *via* la fiche de suivi, ce qui contribue à renforcer la qualité de gestion de l'événement. Enfin, e-SIN facilite la création de rapports d'activité ou de statistiques (rapports automatisés selon différents critères de sélection ou extractions des fiches accessibles à une entité donnée).

Comment sont organisées les différentes entités de l'ARS (délégations territoriales, siège) pour gérer les signalements reçus, et comment s'articulent-elles avec le Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CClin) et l'Arlin ?

Les huit délégations territoriales de l'ARS Ile-de-France sont les gestionnaires des signalements de leur département. L'Arlin prend la première attache avec l'établissement pour apporter son expertise, puis en informe la délégation territoriale afin d'assurer un suivi commun des événements. Si la situation le nécessite, les deux entités peuvent se rendre ensemble dans l'établissement, avec des rôles distincts, la délégation territoriale apportant sa connaissance des acteurs et de l'institution. Le siège de l'ARS vient en appui de la délégation territoriale lorsque plusieurs départements et/ou régions sont concernés, ou si le problème est complexe et nécessite une expertise ou une aide à la gestion. L'ARS Siège assure enfin une veille régionale et se charge d'informer le niveau national. Elle organise des réunions avec les délégations territoriales, l'Arlin et le CClin pour partager les informations, faire évoluer les procédures et organiser des retours d'expériences.

▶ OUTILS

e-SIN : la fonction "Recherche de situations similaires"

.....p.2

▶ RETOUR D'EXPÉRIENCE

Cas groupés de gale en service de médecine et de réanimation

.....p.3

▶ RÉSULTATS

Signalement externe des infections nosocomiales dans les Départements d'outre-mer (DOM)

.....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

e-SIN : la fonction "Recherche de situations similaires"

S. Barquins-Guichard

Grâce à l'application e-SIN, tout signalement externe émis par un établissement de santé est porté simultanément à la connaissance de l'ARS et du CCLin puis à l'ArIn et l'InVS, facilitant ainsi la coordination des actions par l'amélioration des échanges, leur transparence et leur traçabilité.

Dans ce cadre, la fonctionnalité "Recherche de situations similaires" offerte par e-SIN permet à tout utilisateur d'interroger la base de données nationale des signalements externes, et de savoir si un ou plusieurs cas d'une infection donnée ont déjà été signalés, sans accéder toutefois aux données élémentaires permettant d'identifier le(s) établissement(s) concerné(s).

En pratique, l'application e-SIN permet de choisir un ou plusieurs critères sur lesquels s'appliquera cette recherche : une période de temps donnée (en référence à la date du premier cas pour chaque signalement), la population concernée (patients ou personnels), le critère de signalement, l'existence ou non de cas groupés, la spécialité du service concerné, le micro-organisme (genre – espèce – caractéristiques de résistance), le site anatomique ou la localisation infectieuse (figure 1).

Le résultat est accessible sous forme de tableau de synthèse et/ou de carte (données agrégées : répartition par pourcentage des signalements ou cas) respectant le strict anonymat de chaque signalement (figure 2).

Figure 1 – Critères de recherche

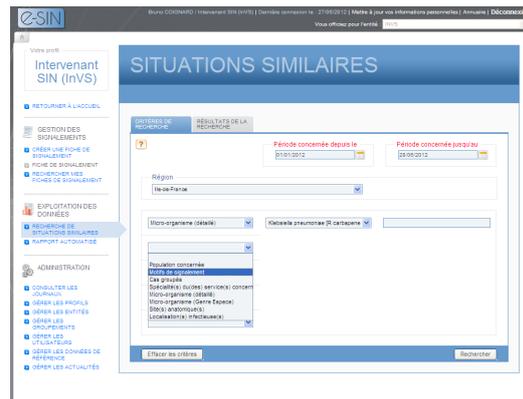
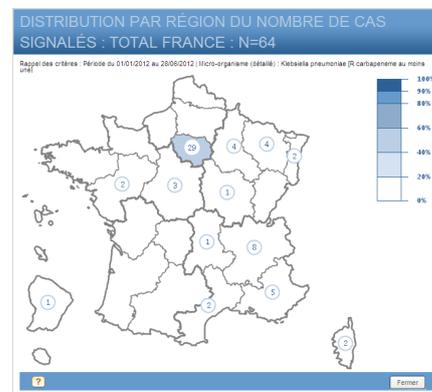


Figure 2 – Résultats sous forme de carte



Six mois après le déploiement de l'application e-SIN, le volume des signalements (environ 700 depuis début janvier) permet à chaque utilisateur de vérifier l'existence ou non de certains phénomènes épidémiologiques (grippe, gastro-entérites, bactéries multirésistantes émergentes...) en France ou dans une région donnée, ou de rechercher l'existence de certains cas particuliers d'infection (germe rare, motif de signalement...).

L'exemple des figures 1 et 2 concerne une recherche ciblée sur les signalements à *Klebsiella pneumoniae* productrice de carbapénémase, qui sont d'actualité compte tenu de leur émergence constatée depuis 2009 en France.

À vous de jouer pour interroger la base nationale en fonction de vos centres d'intérêts !

e-SIN - Bilan du déploiement au 18 mai 2012

- Une montée en puissance progressive du nombre d'utilisateurs connectés :
 - 2 733 établissements de santé (ES) référencés dans l'annuaire e-SIN ;
 - 5 206 comptes utilisateurs créés : 53 % ont récupéré leur certificat, 39 % se sont connectés à e-SIN au moins une fois ;
 - environ 900 connexions par semaine à l'application.
- Un nombre de signalements en augmentation :
 - 648 signalements électroniques reçus de 360 ES différents depuis le 1^{er} janvier 2012 ;
 - un nombre de signalements en légère augmentation par rapport à 2011.
- Un accompagnement des utilisateurs nécessaire :
 - 30 à 50 demandes traitées chaque semaine par le support InVS (esin-support@invs.sante.fr) ;
 - un nombre de demandes en diminution par rapport à janvier 2012 ;
 - une foire aux questions est disponible sur <http://www.invs.sante.fr/esin>.
- Un premier bilan du déploiement, réalisé en juin 2012 lors d'un comité de pilotage associant tous les acteurs, qui a permis :
 - de souligner l'apport de cette nouvelle application et la satisfaction de la majorité de ses utilisateurs ;
 - d'identifier plusieurs pistes d'amélioration et évolutions jugées prioritaires, qui seront mises en œuvre en 2013.



Cas groupés de gale en services de médecine et de réanimation

M. Donadel, H. Labrousse, P. Parneix, AG. Venier

Dans trois services hospitaliers, et à partir d'un cas index, ont été diagnostiqués sur une période de sept mois, dix-huit cas (dont deux ré-infestations) de gale parmi les professionnels de santé. Le diagnostic, tardif, a été posé par un examen clinique dermatologique, les examens parasitologiques étant tous revenus négatifs. Ce scénario n'est pas rare en établissement de santé et la gestion de cette épidémie a permis de dégager de nombreuses pistes d'amélioration.

Le patient index a séjourné 16 jours dans l'établissement de santé, 11 jours en médecine et 5 jours en réanimation. Lors de son transfert en réanimation, il avait été accompagné par un professionnel des urgences. Les premiers cas secondaires sont apparus 2 jours après la sortie du patient en médecine et en réanimation, avec un professionnel atteint dans chacun de ces services. Les investigations ont permis de conclure que le patient avait été en contact avec 73 professionnels des services de médecine, réanimation et des urgences.

Une première phase de gestion de l'épidémie a impliqué les acteurs internes à l'établissement de santé au sein d'une cellule de crise. Les actions entreprises incluaient le traitement et la prise en charge adaptée des cas, une recherche documentaire, le rappel des mesures barrière efficaces contre la gale, un suivi épidémiologique, et la proposition d'un traitement curatif post-exposition aux contacts (non suivie par certains professionnels). Peu de temps après sont survenus sur plusieurs mois d'autres cas secondaires, portant à 18 le nombre total de professionnels atteints. Il n'a pas été recensé de cas secondaires chez les patients.

La cellule de crise a alors été étendue au CCLin, à l'ARS ainsi qu'à la direction et aux chefs de service de l'établissement de santé. Un traitement collectif en un temps donné, mobilisant les services concernés, la blanchisserie, la pharmacie, le service de santé

au travail, l'équipe opérationnelle d'hygiène et l'économat, a alors été décidé. Il a associé de façon concomitante l'administration un jour donné d'un traitement post-exposition à l'ensemble des agents de l'unité par ivermectine (associé à une seconde prise à 15 jours d'intervalle) et l'entretien et la désinfection en parallèle des unités concernées (locaux, matériels, textiles).

La concertation avec les responsables des services impliqués a permis de déterminer :

- la date du traitement collectif en conformité avec le délai d'obtention en grande quantité des produits scabicides nécessaires ;
- le choix et l'évaluation quantitative de la thérapeutique (ivermectine *per os*) ;
- un plan de communication interne aux patients et personnels soignants ; externe aux intervenants extérieurs, médecins de ville et visiteurs ;
- une formation adaptée des personnels soignant ;
- une coordination pour la délivrance du traitement ;
- le traitement de l'environnement par scabicide type A-PAR après étude de la main-d'œuvre nécessaire.

La mise en œuvre de ces propositions d'action a permis de stopper l'épidémie.

▶ Circonstances, causes immédiates et latentes

- retard de signalement dû à l'intervention non coordonnée de plusieurs dermatologues qui, devant des signes cliniques atypiques, ne concluaient pas tous au diagnostic de gale ;
- difficultés initiales dans la communication interne aux professionnels de santé (difficulté à dégager du temps pour une réunion d'information) ;
- manque d'adhésion des professionnels aux principes du traitement post-exposition avec refus de prise du traitement pour certains ;
- absence de prise simultanée du traitement prophylactique de tous sujets contacts lors du premier épisode.

Cette expérience a permis de montrer l'importance d'une bonne réactivité *via* :

- l'intervention d'un dermatologue unique ayant une expérience en termes de diagnostic de gale ;
- un signalement interne précoce avec une implication de l'ensemble des acteurs concernés ;

- l'intervention de l'EOH et du service de santé au travail auprès des équipes soignantes pour une formation et une aide à la mise en place des mesures barrières ;
- le recensement exhaustif des cas et des contacts avant tout traitement collectif ;
- le suivi des recommandations et précautions d'hygiène concernant la gestion de la gale ;
- une coordination dans la délivrance et la traçabilité des produits scabicides ;
- une coordination pour un traitement conforme et simultané des cas et des contacts ainsi que le traitement du linge et de l'environnement ;
- une rétro-information en interne et en externe ;
- la réactualisation des procédures internes de conduite à tenir (cas isolé ou cas groupés de gale).

Pour en savoir plus sur la prise en charge d'un ou plusieurs cas de gale : <http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/gale.html>

5 points clés pour optimiser la gestion du risque infectieux lors d'une épidémie de gale

- ▶ Posséder une procédure interne en cas d'épidémie de gale, actualisée et "prête à l'emploi".
- ▶ Faire examiner tout patient suspect de gale par un même praticien ayant de l'expérience clinique en matière de gale, l'examen parasitologique n'étant pas toujours contributif (faux négatifs) et attester de la guérison clinique avant de lever les précautions complémentaires.
- ▶ Prendre le temps de recenser de manière exhaustive cas et contacts avant d'initier un traitement collectif.
- ▶ Assurer une organisation et une communication qui permettront, en cas de traitement collectif, la prise simultanée du traitement par tous les contacts et l'entretien de l'environnement.
- ▶ Savoir prendre en compte la dimension sociale de l'épidémie et en particulier le coût du traitement parfois dissuasif dans l'entourage des cas et source de ré-infestation.



Signalement externe des infections nosocomiales dans les Départements d'outre-mer (DOM)

C. Mourlan, P. Parneix, C. Bernet

Les caractéristiques des signalements externes d'infection nosocomiale (IN) dans les Départements d'outre-mer (DOM) – Départements français d'Amérique (DFA : Guadeloupe, Guyane et Martinique) et Réunion-Mayotte – varient selon ces régions et diffèrent de celles des signalements réalisés au niveau national (France entière). Nous les avons étudiées sur les années 2010 et 2011, rassemblées en une seule période afin de lisser des variations annuelles assez importantes compte tenu du faible nombre d'établissements de santé (ES) concernés.

Dans les DFA, le taux moyen de signalement externe était de 26 pour 10 000 lits (variant de 10 à 40 selon les départements) alors qu'il était à la Réunion-Mayotte de 58, bien supérieur au taux observé au niveau national sur la période 2007-2009 (36 signalements pour 10 000 lits). Dans les DFA, ces signalements étaient en majorité issus des ES publics alors qu'à la Réunion-Mayotte, un tiers émanait d'ES privés (situation comparable à la France entière). Dans les DOM comme au niveau national, le critère de signalement le plus fréquent était celui lié à l'agent pathogène (critère 1a) mais les micro-organismes en cause n'étaient pas les mêmes.

Ainsi, les entérocoques (résistants aux glycopeptides surtout) et *Clostridium difficile*, qui représentent près de 20 % des agents cités au niveau national, étaient nettement moins fréquents à la Réunion-Mayotte et non rapportés dans les DFA.

De même, les agents pathogènes liés à l'environnement (*Aspergillus* et *Legionella*) représentaient 7 % des agents cités au niveau national, seulement 3 % à la Réunion-Mayotte (uniquement *Legionella*) et n'étaient pas rapportés dans les DFA. Dans ces DFA par contre, les signalements à entérobactéries étaient deux fois plus fréquents qu'au niveau national et ceux à *Acinetobacter baumannii* trois fois plus, ces deux micro-organismes représentant plus de 70 % des agents cités contre seulement 26 % à la Réunion-Mayotte et 29 % au niveau national.

Enfin, depuis la diffusion de recommandations pour le dépistage des entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC), 4 épisodes d'EPC ont été signalés à la Réunion ; 3 ont été retrouvés sur des patients rapatriés ou originaires d'Inde ou des îles voisines ayant des échanges importants avec ce pays. Aucune EPC n'a été déclarée dans les DFA.

Zoom sur la dynamique de signalement à la Réunion-Mayotte

Dans ces régions, l'activité de signalement externe a toujours été supérieure à celle observée en métropole. Plusieurs facteurs peuvent l'expliquer : une politique volontariste de transparence et de signalement des événements infectieux graves, impulsé par une communauté d'hygiénistes rassemblés autour d'une fédération régionale de lutte contre les IN (la Felin, devenue depuis antenne régionale de lutte contre les IN) ; le rôle moteur dans ce dispositif de quelques ES, autant publics que privés ; des réunions annuelles associant l'ARS, l'Arlin et le CCLin pour faire le bilan et promouvoir le dispositif ; des formations destinées aux responsables signalement, organisées par la Felin ou dans le cadre d'un diplôme universitaire de gestion du risque nosocomial organisé avec la faculté Bichat (Paris).

Ces actions ont contribué à développer dans cette communauté une culture de la sécurité des soins s'appuyant notamment sur l'analyse des événements indésirables graves. Des retours d'expérience avec présentation d'analyses des causes sont présentés régulièrement lors de congrès annuels ou dans le cadre d'enseignements postuniversitaires. Une véritable appropriation du dispositif par les professionnels a permis de le faire percevoir non pas comme un système de déclaration obligatoire, mais comme un outil permettant de gérer ces épisodes (avec l'aide éventuelle de l'Arlin, du CCLin et de l'ARS) et de capitaliser les expériences.

Ce bilan globalement positif concerne le signalement externe, mais les équipes opérationnelles d'hygiène soulignent leurs difficultés à faire fonctionner le signalement interne. Si des procédures existent partout, la culture de signalement des cliniciens reste à améliorer. Pour essayer d'y remédier, la réunion régionale sur le signalement sera en 2012 étendue aux présidents de CME, afin de relayer cette dynamique au sein de la communauté médicale.



DR

Le comité de rédaction de "La lettre du signalement" vous souhaite un excellent été et vous donne rendez-vous à la rentrée.

Édition :

Institut de veille sanitaire
12 rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice cedex
Tél : 01 41 79 67 00
www.invs.sante.fr
lettre-sin@invs.sante.fr
ISSN : en cours
ISBN-NET : 978-2-11-129750-0

Directrice de la publication :

Françoise Weber, directrice générale de l'InVS

Comité de rédaction :

Sophie Alleaume, Sandrine Barquins-Guichard, Bruno Coignard, Jean-Luc Duponchel, Nathalie Floret, Bernard Gouget, Laurence Marty, Pierre Parneix, Jean-Luc Termignon

Création : www.legroupemira.net

Réalisation : InVS - Service communication

