

**12e Journée régionale de lutte contre les
infections nosocomiales**

Actualités, alertes

**Signalement des infections
nosocomiales**

H Tronel, I Raclot

RESCLIN

Jeudi 15 novembre 2007

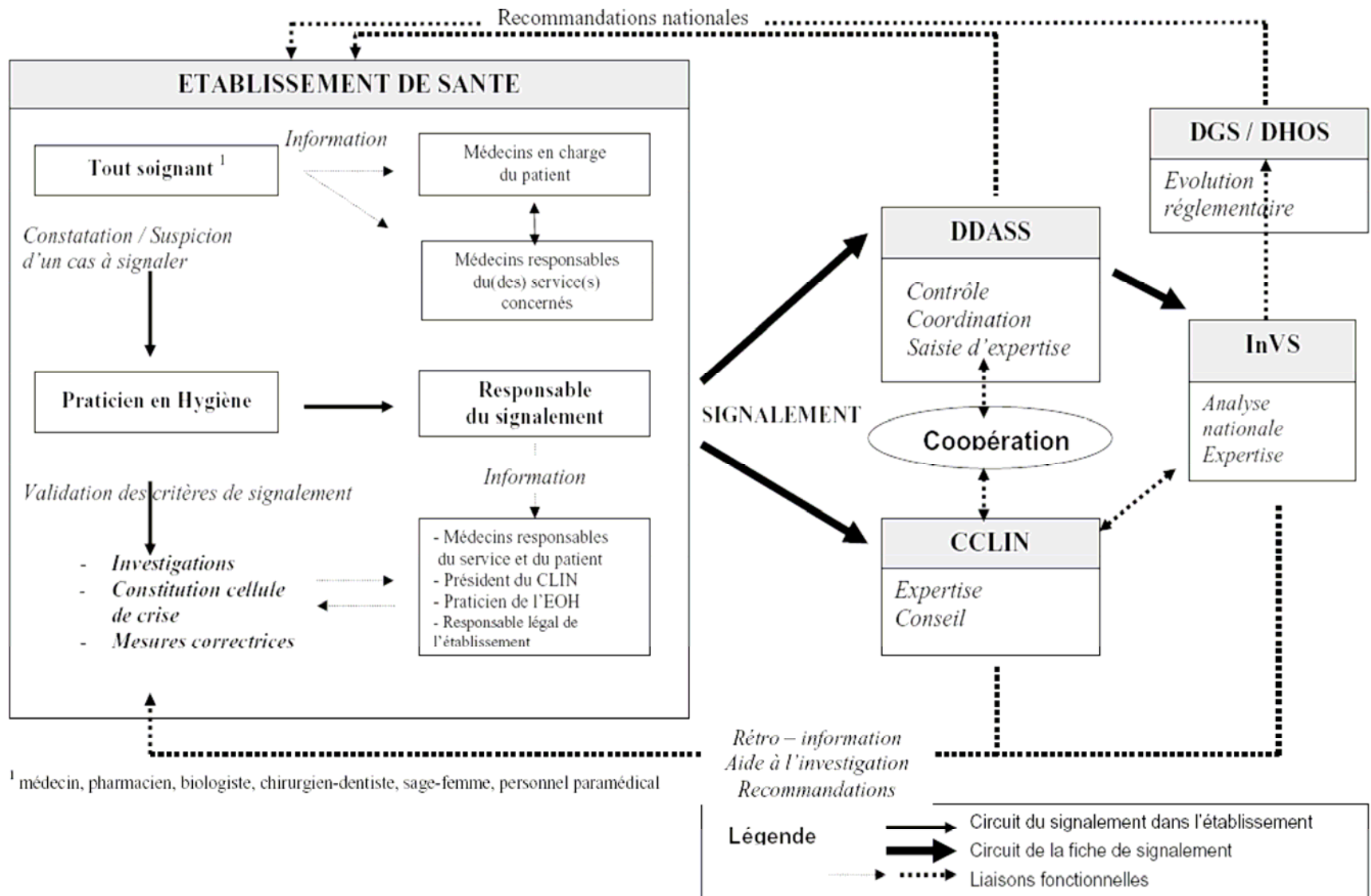


Le signalement des IN : Cadre juridique

- Décret 2001-671 du 26/07/2001 Code de la Santé Publique – Article L1413-14
- Circulaire DHOS\E2-DGS\SDSC N°21 du 22/01/2004
- Contexte de l'information* des patients
(Loi N°2002-303 du 04/03/2002)
Article L1111-2

* : Information individuelle systématique sur le risque infectieux en général, sur les facteurs de risque particuliers, et lors de la survenue d'une infection.

SCHEMA : CIRCUIT DU SIGNALEMENT



Critères de signalement externe d'une IN au CCLin et à la Ddass (1)

- 1. Infections nosocomiales ayant un caractère **rare** ou **particulier**, par rapport aux données épidémiologiques locales, régionales ou nationales, du fait :
 - a. de la nature, des caractéristiques ou du profil de résistance aux anti-infectieux de l'**agent pathogène** en cause (1) ;
 - b. de la **localisation** de l'infection ;
 - c. de l'utilisation d'un **dispositif médical** suspect d'avoir été préalablement contaminé ;
 - d. de **procédures** ou **pratiques** pouvant exposer ou avoir exposé, lors d'un acte invasif, d'**autres** personnes au même risque infectieux.

(1) Doivent aussi être signalées les colonisations pour certains phénotypes de résistance rares (ERG par exemple).

Critères de signalement externe d'une IN au CCLin et à la Ddass (2)

- 2. **Décès** liés à une infection nosocomiale.
- 3. Infections nosocomiales suspectes d'être causées par un germe présent dans l'**eau** ou dans l'**air** environnant.
- 4. Maladies devant faire l'objet d'une **déclaration obligatoire** à l'autorité sanitaire et dont l'origine nosocomiale peut être suspectée.

Autres : épidémies...

Signalement des IN : objectifs

- **Détecter des évènements inhabituels** au niveau local, régional ou national.
→ Développer (ou rappeler) mesures ou recommandations nationales.
Ex : BMR et identification d'un phénotype particulier de résistance aux antibiotiques.
- Promouvoir et soutenir **l'investigation des épidémies** et leur contrôle (précoce).
- InVS : **Alerte** régionale et nationale :
[en lien avec le Ministère en charge de la Santé : (DGS), (DHOS) et des agences telles que l'AFSSAPS (lorsqu'un dispositif médical est impliqué)].

Ex : Alerte régionale et nationale :
phénomènes rares ou émergents : *Enterobacter sakasaki*, ERV...

Détection de BMR émergentes par le signalement des infections nosocomiales

(Exemples révélés par des cas
groupés ou des épidémies)

Source : Signalement des infections nosocomiales
France
Bilan 2001-2005

26 décembre 2006 / n° 51-52

Bilans réguliers de surveillance - Maladies infectieuses *Regular assessments of surveillance - Infectious diseases*

p.403 Surveillance épidémiologique et virologique de la grippe en France : saison 2005-2006 / *Epidemiological and virological influenza activity in France: season 2005-2006*

p.406 Le signalement des infections nosocomiales, France, 2001-2005 / *Nosocomial infection mandatory notification, France, 2001-2005*

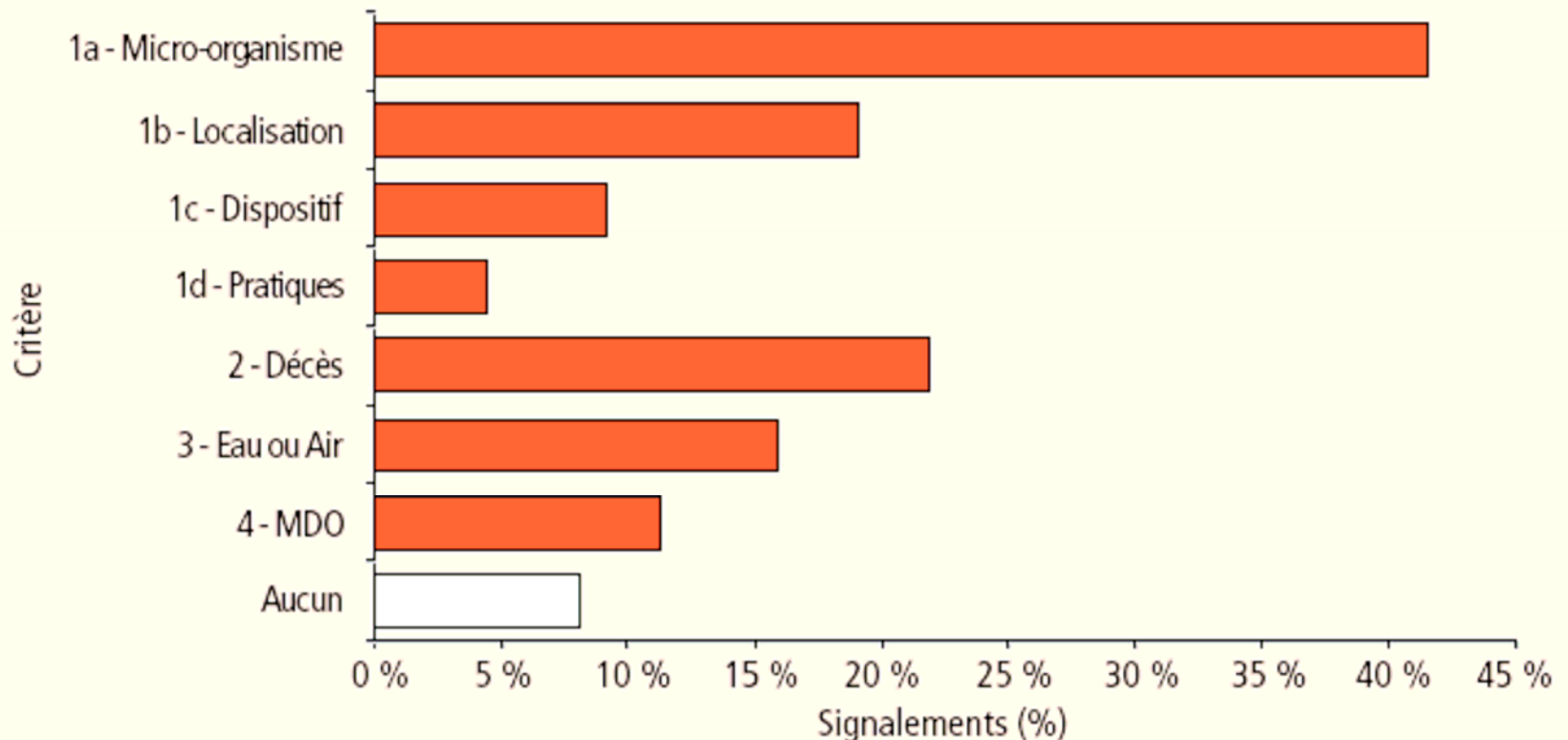
p.411 Surveillance épidémiologique des donneurs de sang homologues et risque résiduel en France entre 2003 et 2005
Epidemiological surveillance of homologous blood donors and residual risk in France, 2003 to 2005

p.414 Surveillance nationale de l'hépatite C à partir des pôles de référence volontaires : années 2001-2004
National surveillance of Hepatitis C by voluntary hepatology reference centres, 2001-2004

p.418 Les toxi-infections alimentaires collectives en France entre 1996 et 2005 / *Foodborne-disease outbreaks in France between 1996 and 2005*

Signalements par critère, France, 2001 – 2005 (N = 3 110)

Figure 3 Critères de signalement externe utilisés par les établissements de santé, France, 2001-2005 (n = 3 110) / *Figure 3 Notification criteria used by healthcare facilities, France, 2001-2005 (n = 3 110)*



Alertes nationales 2001 – 2005

- 08/2005 : *Salmonella enterica* sérotype Worthington
- **07/2005** : entérocoques résistants à la vancomycine
- 12/2004* : *Enterobacter sakazakii*
- **06/2004*** : *Klebsiella pneumoniae* imipénème-R
- 06/2004 : endophtalmies et usage de Xylocaïne Gel
- **09/2003*** : *Acinetobacter baumannii* BLSE VEB-1

* : Alerte européenne

Source : InVS

En pratique, les Alertes

En Champagne Ardenne

En 2007



Bilan

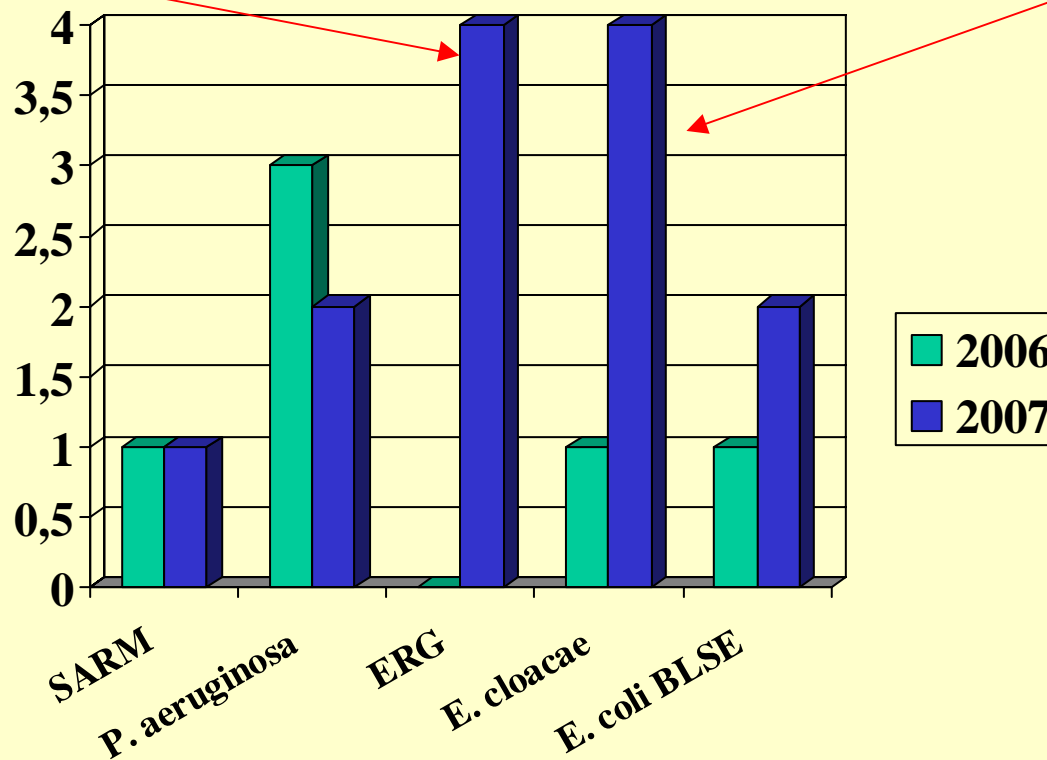
- 34 signalements reçus au 15/11/07
- 9 établissements différents
- 10 pour ICD (rappel des critères de signalement dans le cadre de l'alerte ICD 027, ATB, souche)
- 4 pour ERG *Enterococcus faecium* (3 van A et 1 van B)

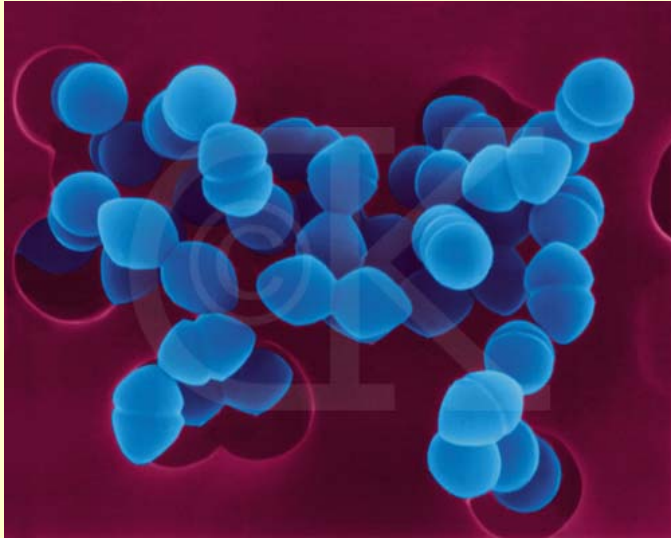
Répartition des BMR signalées par région : Champagne-Ardenne

4 cas

33 cas

Nbre de SE



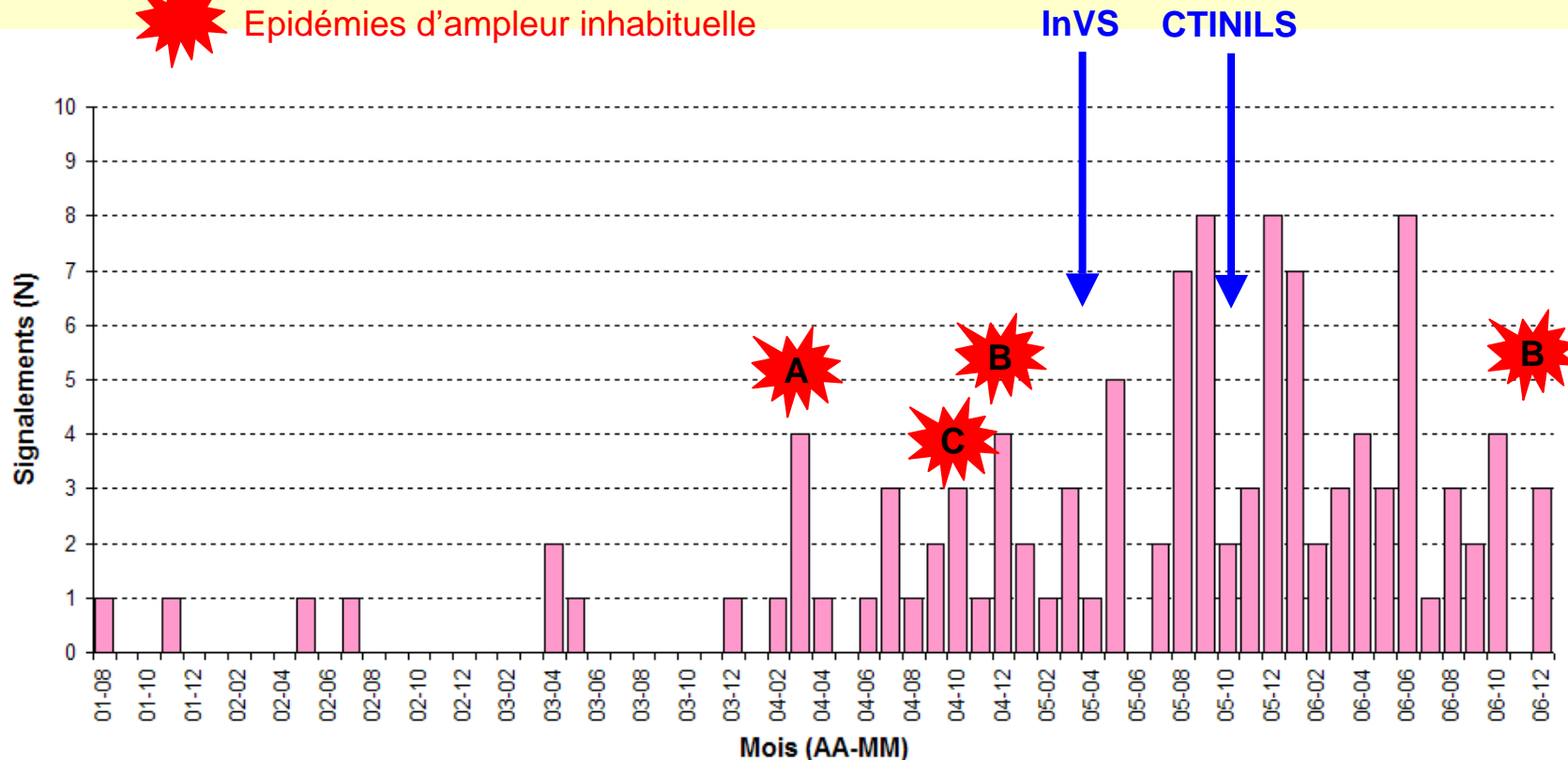


Admission en urgence d'une patiente
ERG + dans un établissement

Signalements à ERG, France, par mois, aout 2001 – décembre 2006 (N=111)



Epidémies d'ampleur inhabituelle



Source : InVS, données au 11/01/2007

Avis CTINILS du 06/10/05 (1/3)

En l'absence de cas groupés d'infection ou colonisation

1. mettre en place un système de surveillance et d'alerte des EOHH et CLIN à partir du laboratoire, pour tous les prélèvements ERV(+)
2. signalement sans délai à la Ddass et au CClin de tout cas identifié
3. mise en place des précautions contact
4. bionettoyage quotidien
5. recherche systématique de portage dans les selles chez les patients contacts d'un cas identifié (patients pris en charge dans la même unité)
6. information des structures d'aval (établissement de santé et autres) si transfert
7. renforcement de l'hygiène des mains : PHA +++
8. mise en place d'une politique de restriction raisonnée et efficace de l'usage des glycopeptides, mais aussi C3G, imipénème, anti-anaérobies
(suivi des consommations en DDJ / 1000 JH)

Avis CTINILS du 06/10/05 (2/3)

En présence de cas groupés d'infection ou colonisation

9. signalement systématique sans délai à la Ddass et au CCLin
10. transmission des souches au CNR « mécanismes de résistance aux antibiotiques »
11. identification des patients et services à risque pour dépistage systématique
12. identification des réadmissions des porteurs connus et isolement ;
dépistage des patients réadmis au statut ERV inconnu, et isolement jusqu'au résultat
13. mise en place ou renforcement des mesures de contrôle (cf. recommandations BMR)
 14. précautions standard + contact
 15. SHA
 16. isolement ou sectorisation
 17. réorganisation des soins
 18. bionettoyage
 19. dépistage des patients contact
 20. signalisation si transfert (plateaux techniques)
 21. formation des personnels
 22. réduction des admissions
 23. évaluation de ces mesures
24. dimension régionale (suivi coordonné CCLin, antennes, Ddass, Drass et ARH)
25. limitation des transferts de patients ERV(+) à haut risque de dissémination, information des structures d'aval, s'assurer de leur connaissance des procédures de prévention
26. restriction au maximum de l'usage des glycopeptides, C3G, imipénème, anti-anaérobies

Avis CTINILS du 06/10/05 (3/3)

Dans tous les cas

27. de débiter un traitement antibiotique uniquement sur des arguments objectifs d'infection clinique à ERV

Recommandations du CA-SFM (18/11/05)

Concernant la détection de la résistance acquise des entérocoques aux glycopeptides

- Du fait d'une expression parfois faible ou tardive de la résistance aux glycopeptides des entérocoques, il est recommandé de déterminer les CMI de la vancomycine et de la teicoplanine par la méthode de dilution en gélose ou par toute technique ayant démontré, pour ces antibiotiques, son équivalence avec la technique de référence lorsque, après 24 heures d'incubation :
 - le diamètre de la zone d'inhibition des disques de l'un des deux glycopeptides est ≤ 17 mm
 - le diamètre de la zone d'inhibition du disque de vancomycine est inférieur d'au moins 3mm à celui du disque de teicoplanine
 - quelques colonies sont présentes dans la zone d'inhibition de l'un des deux glycopeptides
 - les souches sont catégorisées I ou R à au moins l'un des deux glycopeptides par les méthodes automatisées.
- Il convient aussi de vérifier l'identification, notamment en cas d'infection sévère, *Enterococcus casseliflavus* et *Enterococcus gallinarum* étant naturellement résistants aux glycopeptides.

Note technique opérationnelle

DGS/DHOS (06/12/06)

- Etape 1 : évaluation de la situation dès J1

- arrêter les transferts du patient porteur et de ses contacts
- limiter admissions dans l'unité en attendant l'évaluation de la situation
- dépistage des patients contacts

- Etape 2 : dans les 2 jours

- liste des patients contacts déjà transférés
- dépistage autour des patients contacts transférés
- recherche rétrospective des ERG au laboratoire
- mesures de prévention et contrôle
- signalement

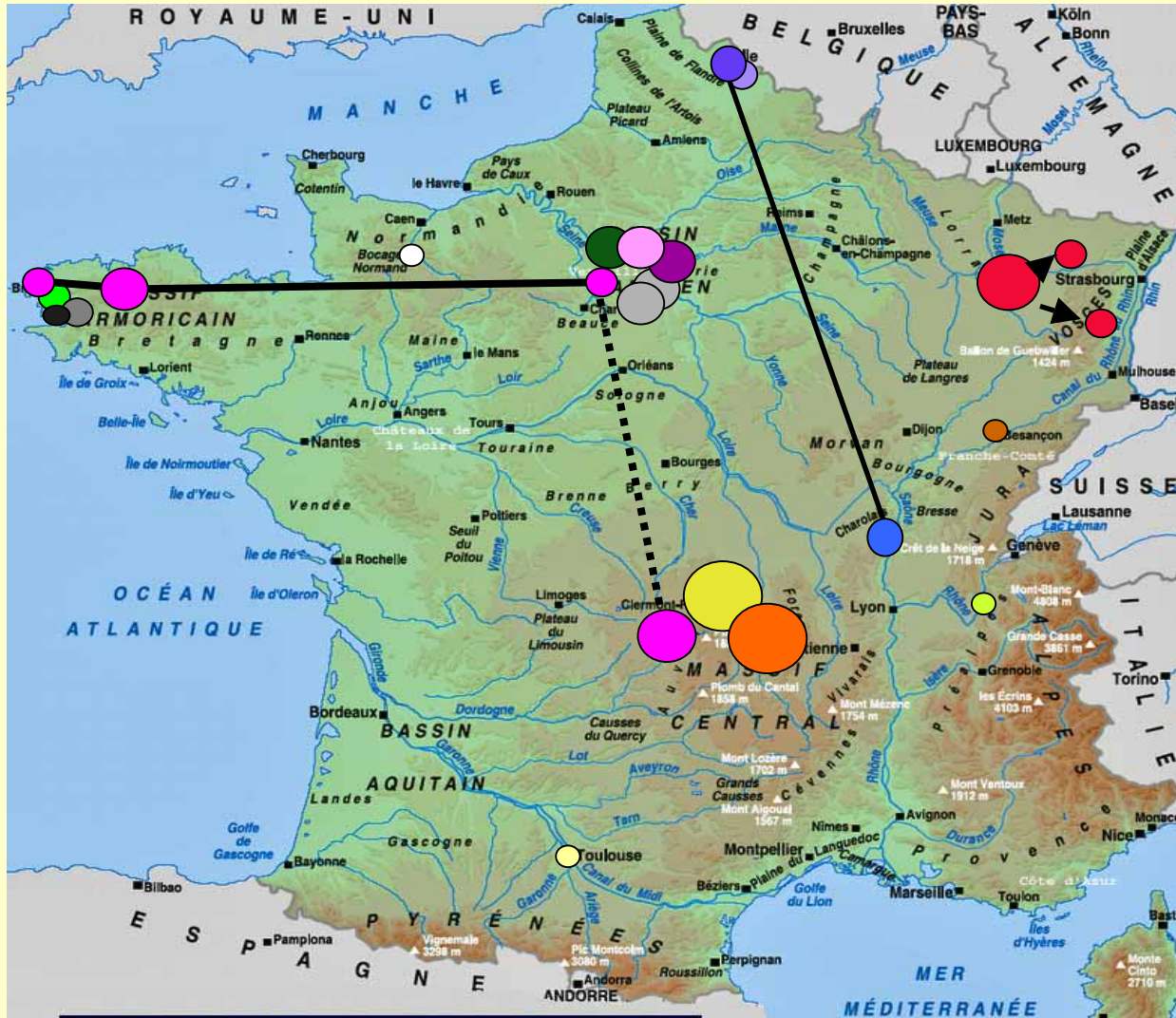
- Etape 3 : pendant l'épidémie, en plus des précautions standard et contact

- regroupement des porteurs dans un secteur dédié
- regroupement des contacts dans un secteur dédié
- reprise des admissions dans un 3^{ème} secteur (« indemne »)
- dépistage hebdomadaire
- transfert possible si 3 prélèvements successifs négatifs
- Information des patients
- liste (alerte si réadmission)
- envoi des souches au CNR

Rappel émergence ERG en LORRAINE

- Cas d'infection signalés fin 2004 CHU de NANCY
- Épidémie 2005-Avril 2006
- Mesures mises en place
- Reprise épidémie fin 2006
- Situation à ce jour, Mission spécifique ERG

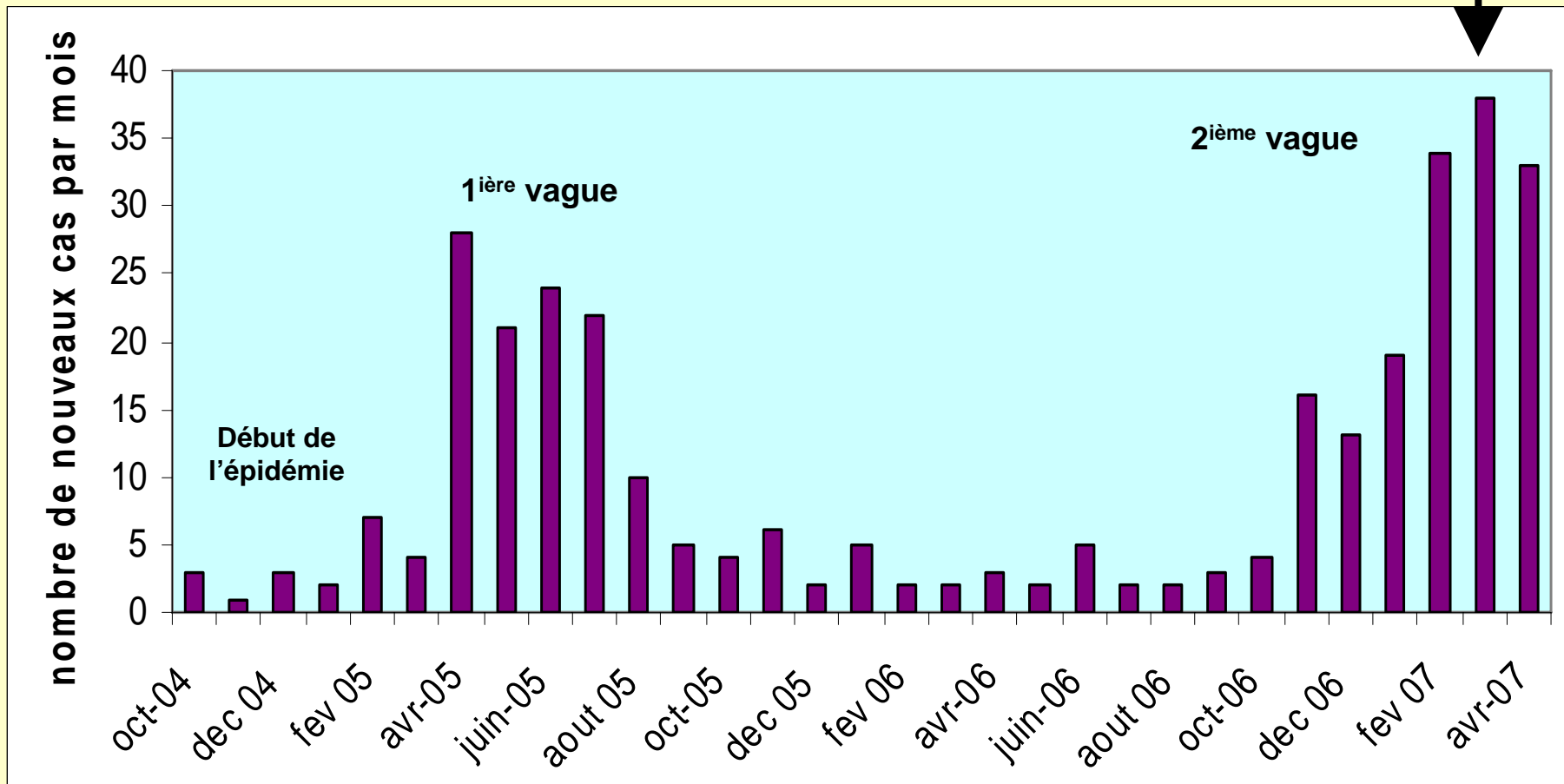
① Souches clonales, France, 2005 - 2006



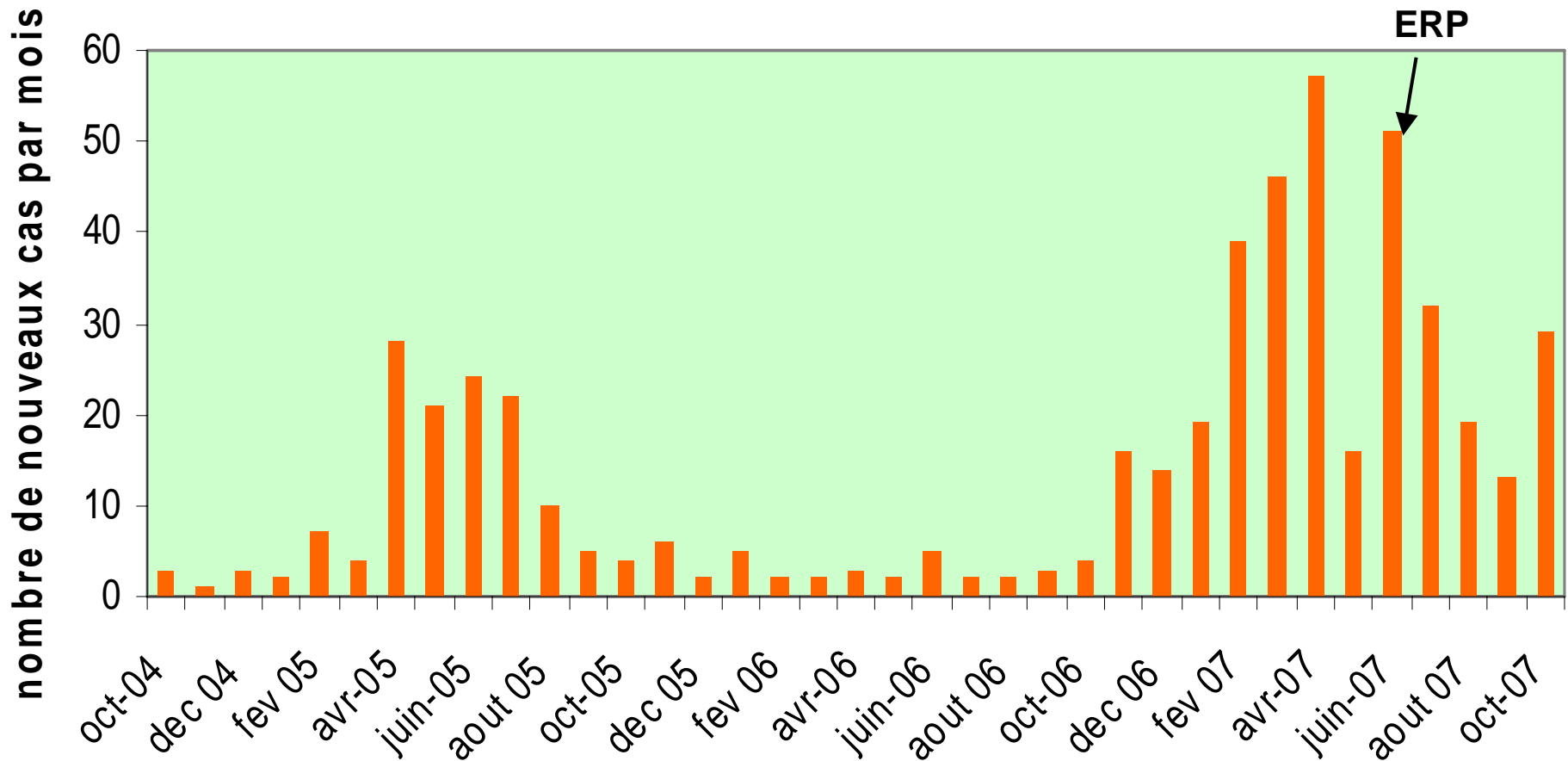
Source : CNR Résistance aux antibiotiques, laboratoire associé (M. Fines, N. Bourdon, R. Leclercq)

Courbe de l'incidence au CHU de octobre 2004 à avril 2007

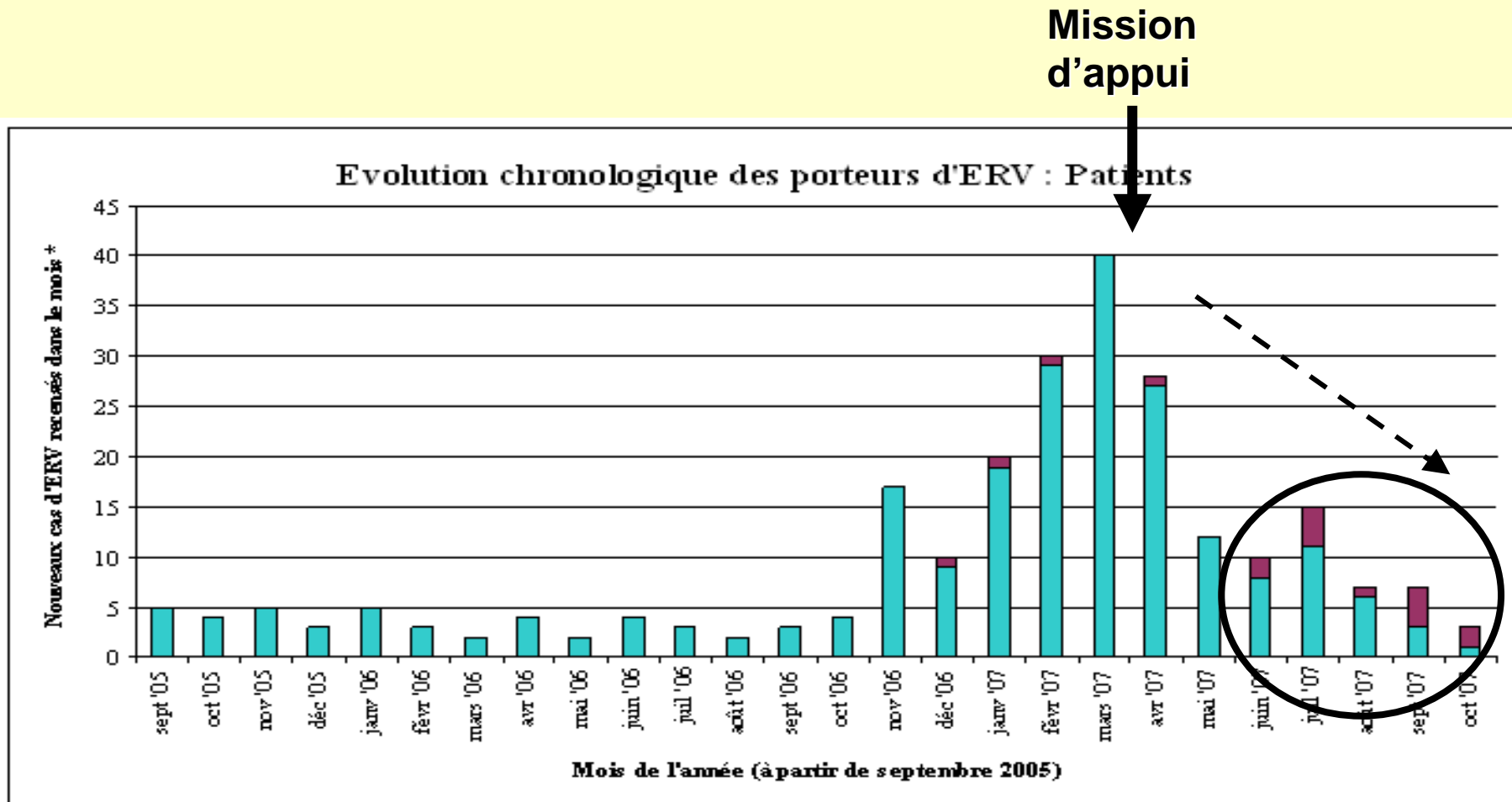
Mission
d'appui



Évolution de l'incidence en Lorraine (CHU + autres établissements)



Évolution de l'incidence au CHU



* Le graphique n'inclut pas les patients positifs à l'extérieur du CHU

■ Patients positifs à leur entrée au CHU

■ Patients positifs au cours de leur séjour au CHU

- SAMEDI 6 octobre : admission en urgence d'une patiente à domicile par le SAMU dans un SAU de Champagne -Ardenne
- Sortie le jour même d'unité de cohorting ERG + du CHU de Nancy

**Signalisation du portage ERG
retrouvé par SAMU**

**Dans lettre de sortie au domicile de
la patiente**

=

**Prescription précautions contact
dès arrivée au SAU**



- Réunion CELLULE DE CRISE pour gestion du risque ERG (contact)
- Informations aide de l'antenne régionale du CCLIN –EST
- Pas de cas secondaires liés à une transmission croisée manuportée
- A permis d'anticiper une gestion de crise liée à une éventuelle épidémie

Les enseignements...

- Anticipation de la gestion d'une crise liée à une épidémie
- Sensibilisation des personnels à un risque émergents
- Travail de l'inter-région : mission ERG
- Procédures de prises en charge des patients ERG+



**Cas groupés d'infections
colonisations à *Enterobacter
cloacae* BLSE en réanimation**

- 1^{er} SE juillet 2006 de colonisations infections à *Enterobacter cloacae* BLSE dans un secteur de réanimation
- 2^e SE mai 2007 : 37 patients touchés
- Demande aide antenne régionale et CCLIN
- AUDIT de pratiques, création secteur septique, prélèvements

Les conséquences pratiques

- EPP soins hygiène en réanimation
- Renforcement de la politique d'utilisation des SHA (formation)
- Renforcement de la politique de dépistage des BMR
- Politique d'utilisation raisonnée des antibiotiques
- Information des personnels médicaux et paramédicaux
- Rédaction et évaluation de procédures

En résumé

De l'utilité de la procédure de
signalement externe et de
l'information sur les alertes et
risques émergents ...



Conclusion



Mieux vaut pomper même si rien n'arrive,
plutôt qu'à ne pas pomper risquer quelque chose de grave

C'est tout pour aujourd'hui ...