

ISO : que signaler?

Réunion régionale du CPias Grand-Est

17 mai 2018

NANCY

Dr Loïc SIMON
CPias Grand-Est

Contexte : modalités du signalement externe des infections nosocomiales (SIN)



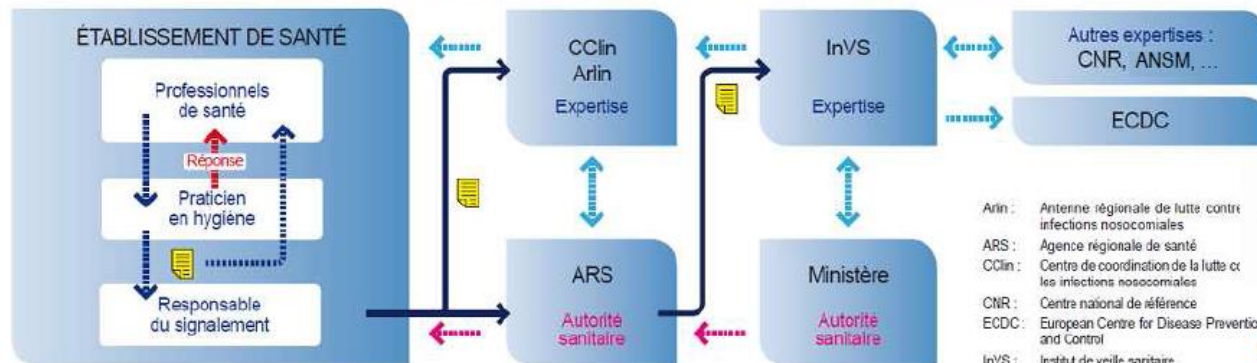
- Décret n° 2001-671 du 26 juillet 2001 : Les établissements de santé **signalent de façon non nominative** la survenue de toute infection nosocomiale selon les critères de signalement et recueillent les informations les concernant.

= système d'alerte qui constitue un cadre pour **l'identification** et une aide pour la **gestion** des situations présentant un risque infectieux nosocomial grave (sévérité) et/ou élevé (fréquence)

→ gestion des alertes, promotion de REX, outils GDR ...



Le circuit du signalement des infections nosocomiales

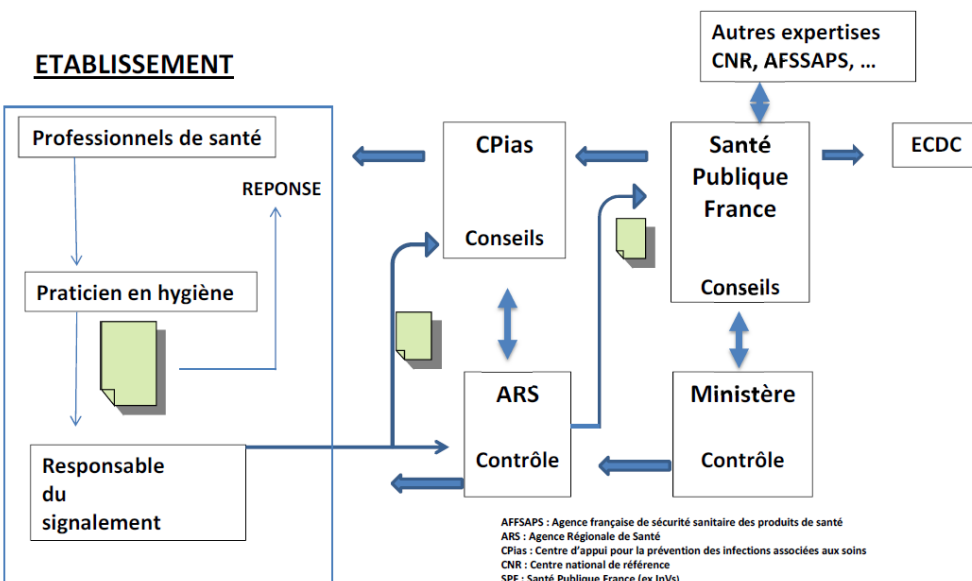


avant janvier 2012 : transmission par Fax aux CCLin et Drass
après janvier 2012 : télé-transmission par e-SIN



2016 : création de Santé Publique France
2017 : création des CPias

Le circuit du signalement des IAS



Que demande la réglementation?

Contexte et objectif

- Le signalement externe des IAS est un dispositif permettant de **détecter les situations à risque infectieux graves ou récurrentes** imposant la mise en place rapide de **mesures de contrôle**.
- Un bilan des signalements d'IAS en établissement de santé hors BHRe de l'année écoulée est réalisé.

- Arrêté du 19 décembre 2017 relatif au formulaire de déclaration d'un événement indésirable grave associé à des soins et aux modalités de transmission à la Haute autorité de santé
- Instruction DGS/VSS1/PP1/PP4/EA1/SG/DGOS/PF2/78 du 3 mars 2017 relative à l'organisation régionale des vigilances et de l'appui sanitaires
- Arrêté du 27 février 2017 relatif au traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé «portail de signalement des événements sanitaires indésirables»
- Arrêté du 27 février 2017 fixant la liste des catégories d'événements sanitaires indésirables pour lesquels la déclaration ou le signalement peut s'effectuer au moyen du portail de signalement des événements sanitaires indésirables
- Décret n° 2017-129 du 3 février 2017 relatif à la prévention des infections associées aux soins
- Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales

- Décret n° 2016-1813 du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales
- Délibération n° 2016-325 du 3 novembre 2016 portant avis sur un projet d'arrêté relatif au traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé "Portail de signalement des événements sanitaires indésirables" (demande d'avis n° 16016139)
- Décret n° 2016-1151 du 24 août 2016 relatif au portail de signalement des événements sanitaires indésirables
- Instruction DGOS/PF2/DGS/RI3 n°2012-75 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
- Instruction DGS/RI3/DGOS/PF2 n° 2011-186 du 18 mai 2011 relative au déploiement de l'outil de télé-signalement des infections nosocomiales dénommé "e-SIN"

Réglementation

- Après un signalement interne, les fiches de signalement relevant d'un ou plusieurs critères de signalement sont transmis par l'établissement de santé simultanément au Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPias) et à l'Agence régionale de santé (ARS), cette dernière les transmettant dans un délai compatible avec l'alerte à Santé publique France, tel que précisé dans le décret n° 2017-129 du 3 février 2017 relatif à la prévention des infections associées aux soins. Afin de prendre en compte les nouveaux critères de signalement et la création des CPias suite au décret de 2017, l'application e-SIN a été modifiée en septembre 2017.

Bilan annuel 2017 (Hors sin BHRe)

- Signalement externe des infections associées aux soins dans les établissements de santé

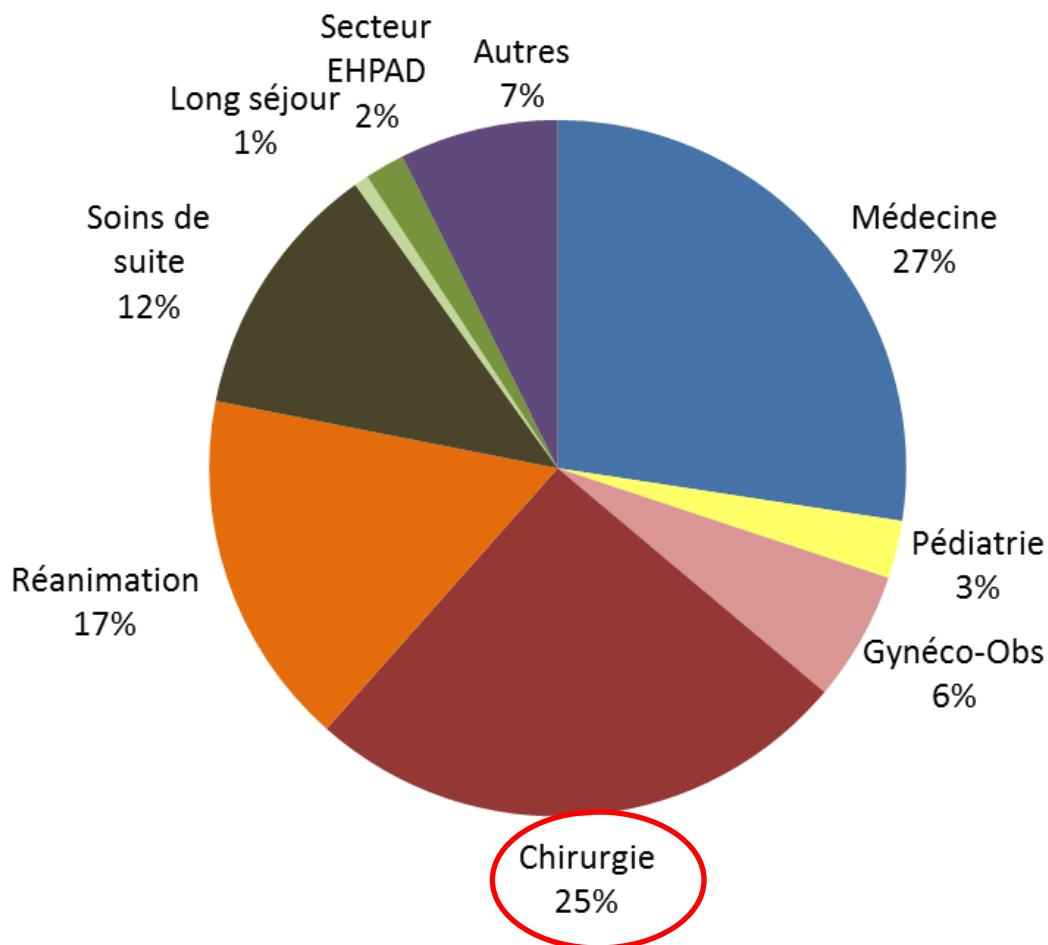
CARACTERISTIQUES DES SIN hors BHRe, France, 2017 (N=1286)

- Nombre de signalements : 1 286 (soit 44% de l'ensemble des SIN, n=2898)
- Nombre de cas signalés * : 9 344
- Nombre d'es signaleurs : 425
- Nombre de SIN critère = Décès Lié : 94 (7,3%)
- Cas groupés = signalements avec 2 cas et plus : 723 (56%)
- Investigations locales : 92 % (dont 17% en cours au moment du SIN)
- Demande d'aide extérieure : 6,7 %

* à la date d'émission

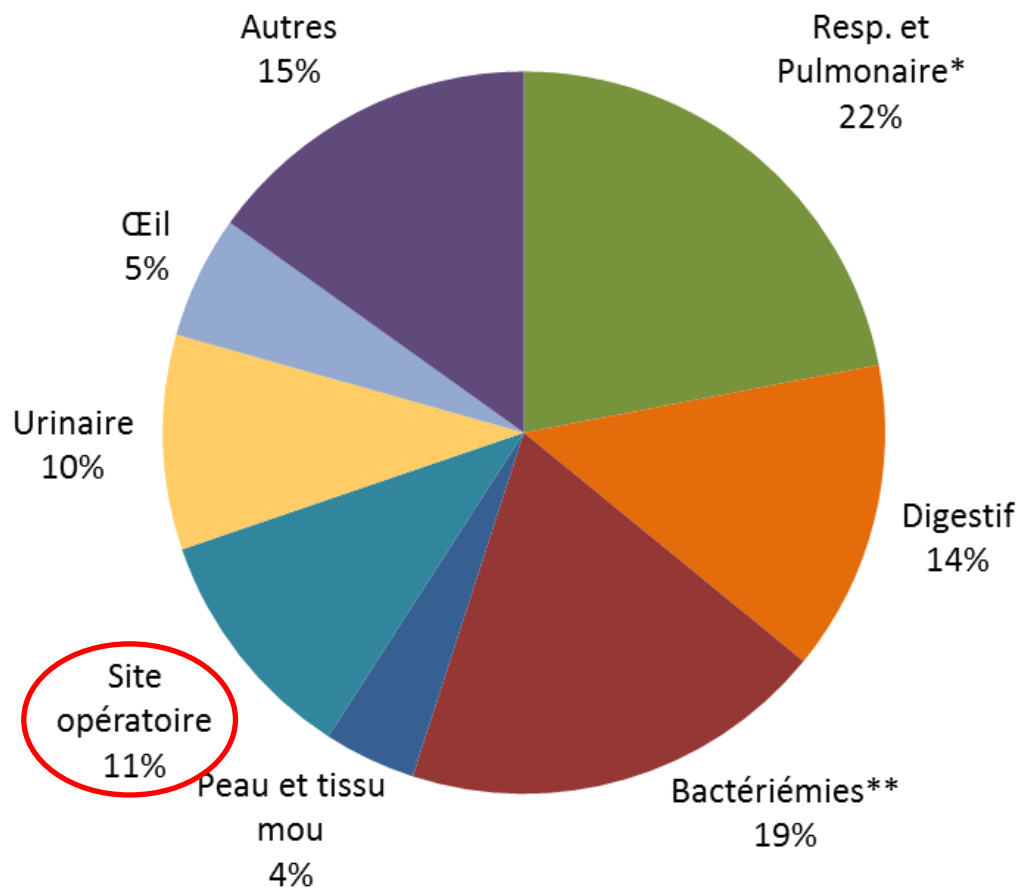
SIN Hors BHRe, cas isolé :

Quels Services ?



563 SIN CAS ISOLÉ
598 SERVICES RENSEIGNES
RATIO SERVICE / SIN : 1,1

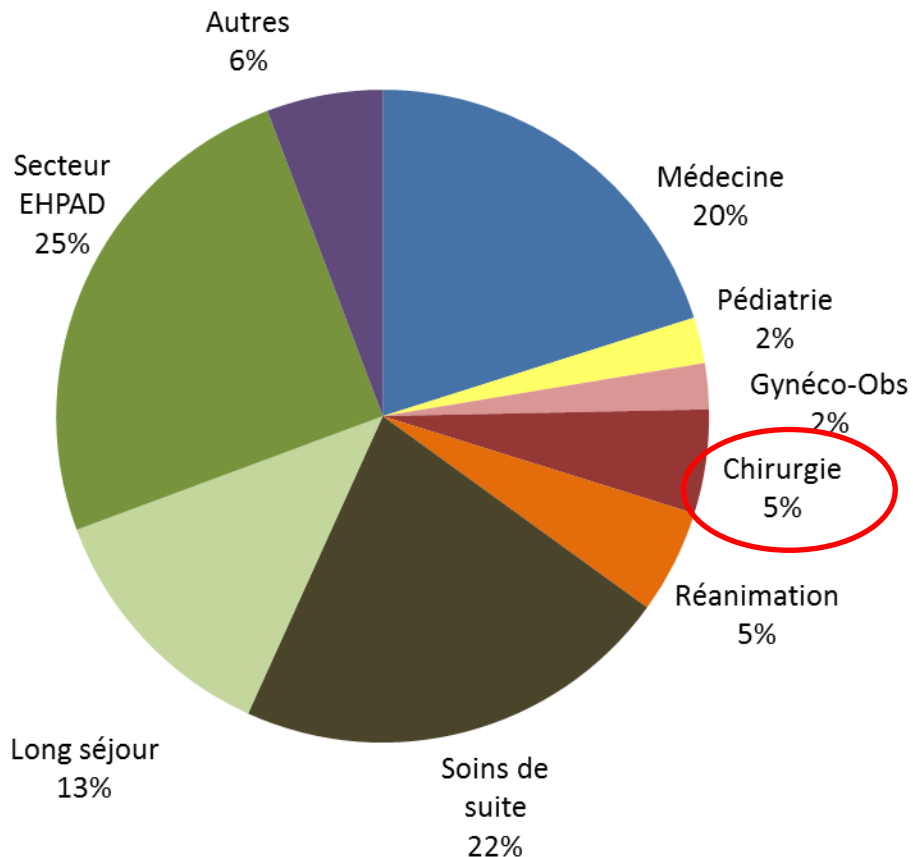
SIN Hors BHRe, cas isolé : Quels sites?



563 SIN CAS ISOLE
587 SITES RENSEIGNES
RATIO SITE / SIN : 1,0

* 1,5% pour colonisation pulmonaire
0,5 pour syndrome grippal
** 1,7% pour bactériémie sur cathéter

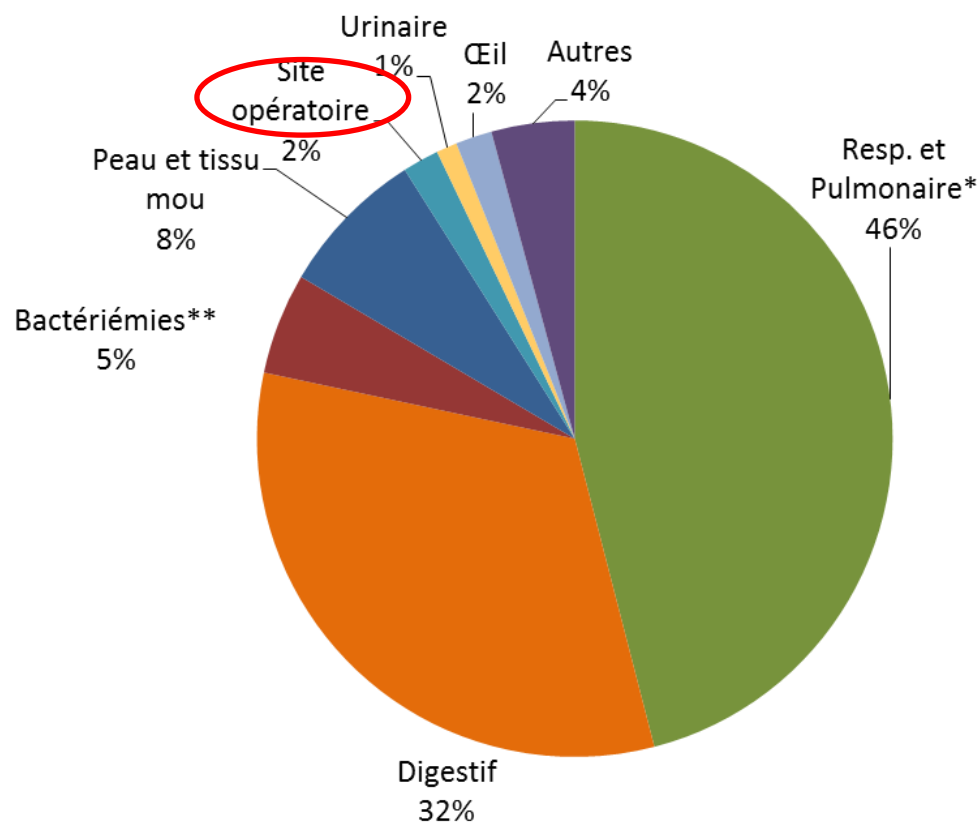
SIN Hors BHRe, cas groupés : Quels Services ?



723 SIN CAS GROUPÉS
835 SERVICES RENSEIGNES
RATIO SERVICE / SIN : 1,2

SIN Hors BHRe, cas groupés :

Quels sites ?

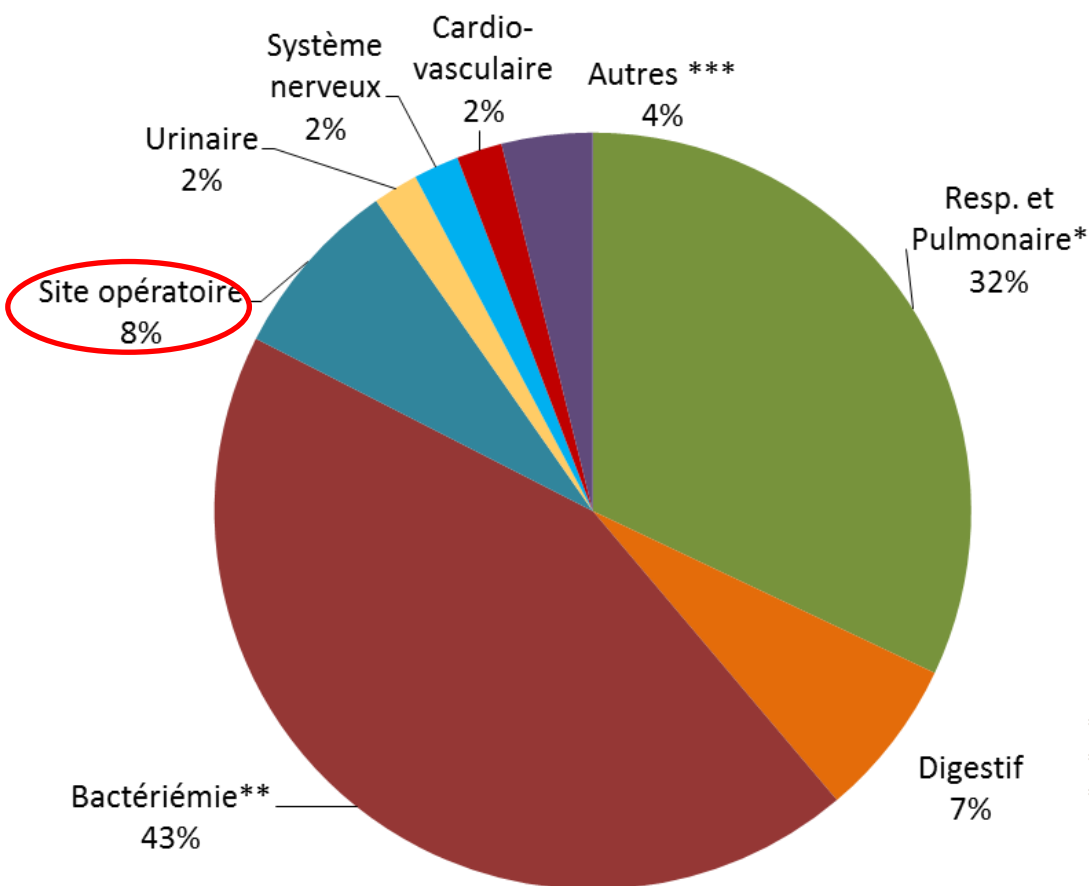


723 SIN CAS GROUPÉS
765 SITES RENSEIGNES
RATIO SITE / SIN : 1,1

* 3,5% pour colonisation pulmonaire
10,8% pour syndrome grippal

** 0,3% bactériémie sur cathéter

SIN Hors BHRe, SIN avec décès liés : Quels sites ?



- 94 SIN critère = décès lié
- (105 décès au total)
- 103 sites infectieux renseignés

* dont 3 syndromes grippaux et 1 colonisation

** dont 7 bactériémies sur cathéter

*** dont 1 infection locale sur cathéter, 1 inf. peau et tissu mou, 1 inf. génitale et 1 sans indication

Alertes nationales IAS et RATB

Fiches ouvertes pour l'année 2017

Pour l'année 2017, 15 épisodes d'infections associées aux soins hors épisodes BHRe ont fait l'objet d'une remontée d'information au bulletin quotidien des alertes de SPFRANCE.

- Sept épisodes concernaient des cas groupés ou cas grave d'infection en néonatalogie, dont 4 épisodes d'infections à *Staphylococcus aureus* et un épisode marquant à *Bacillus cereus*.
- Cinq autres épisodes concernaient des maladies à déclaration obligatoires : légionellose (2 épisodes), coqueluche (1 épisode), rougeole (1 épisode) et hépatite B (1 épisode).
- Enfin, 3 épisodes concernaient des cas groupés d'autres infections : **Cas groupés d'endocardites à mycobactéries atypiques (infections invasives à *Mycobacterium chimaera* après une chirurgie cardiaque sous circulation extracorporelle (CEC)),** bactériémies à Streptocoque du groupe A chez des patientes hospitalisées en gynécologie-obstétrique, cas groupés de salmonellose dans un CH.

Pas de réel signalement majeur pour la chirurgie



Et pourtant il devrait y en avoir des signalements?

- Autre source de données : les CRIOAC (Centres de référence interrégionaux pour la prise en charge des Infections Ostéo-Articulaires complexes)
- CRIOAC : 2000 à 2500 nouveaux dossiers d'IOAC chaque année analysés en RCP (Réunions de Concertation Pluridisciplinaire) en 2017

Localisation des Centres de Référence et des Centres Correspondant



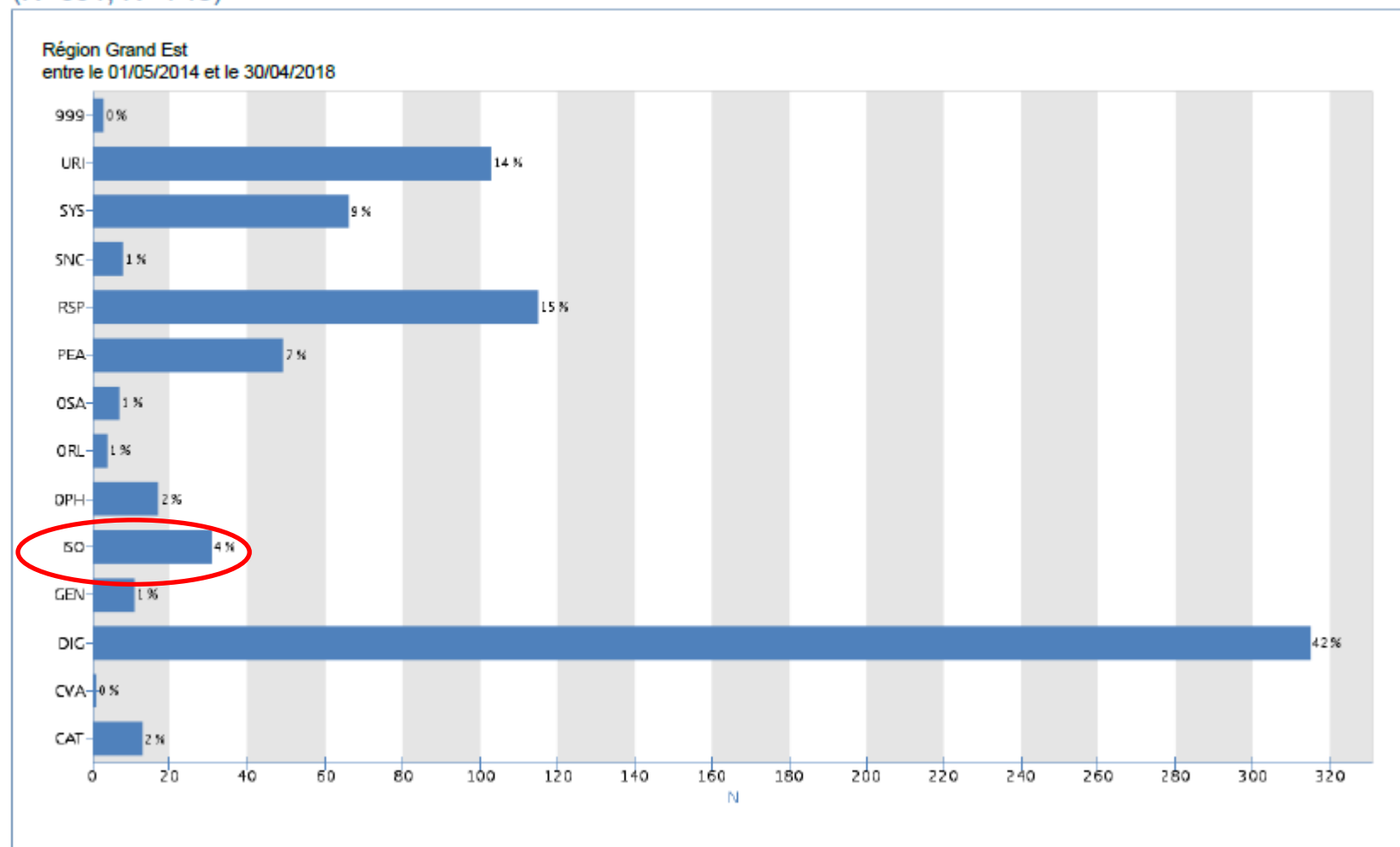
Signalements dans la région Grand Est

Signalements émis : entre le 01/05/2014 et le 30/04/2018 :

- Etablissement(s) signalant(s) : N= 138 (nombre de Finess etab.différents)
- Nombre de signalements : N= 693
- Cas groupés : 35 % (% Nombre de signalements)
- Investigations locales : 88 % (% Nombre de signalements)

Signalements par site infectieux :

(N=691, N'=743)



Signalements par type d'ISO depuis 2011 (création e SIN)

Quelques exemples :

- ISO en Cardio-vasculaire : N= 66 dont 2 dans le Grand Est
- ISO en Chirurgie digestive : N = 64 dont 3 dans le Grand Est
- ISO en Chirurgie Orthopédique : N=207 dont 34 dans le Grand Est

Quelques exemples de signalements d'ISO dans le Grand Est

Suspicion d'épidémie à *Enterobacter cloacae* chez les patients de chirurgie traumatologique (décembre 2012)

3 cas d'*enterobacter cloacae* chez des patients différents dans une période restreinte ayant chacun séjourné en chirurgie et passé au bloc opératoire

1er cas (en bleu sur le plan du service)

- Homme de 43 ans opéré d'une fracture de cheville Dte lors d'un séjour en chirurgie du 23 au 29/10/12 (chambre ?)
- Ré-hospitalisé du 02 au 21/11/12 (chambre 211) pour infection de plaie opératoire : mise en évidence d'un ***Enterobacter cloacae* type S**
- Mise en route d'un ttt par OFLOCET 200 x 2 pour 6 semaines. Parage chirurgical et pst sous pression négative. Pas de dépose du matériel.
- Ré-hospitalisation du 01 au 07/12/12 (chambre 209) pour dépose du matériel. Patient toujours sous OFLOCET.

2ème cas (en jaune sur plan du service)

- Femme de 86 ans hospitalisée en chirurgie depuis le 18/11/2012 (chambre 219P jusqu'au 05/12, 216 en PPG depuis) pour fracture du col fémoral G.
- Arrivée avec un encombrement bronchique important et mise sous AUGMENTIN avec amélioration clinique en qqes jours (crachats plus propres, amélioration de la saturation en O2)
- Intervention le 28/11/12 : pose d'une PIH G
- Puis rechute progressive avec dyspnée, désaturation et virage purulent des crachats => ECBC réalisé le 02/12/12 avec mise en évidence d'un ***Enterobacter cloacae* type BLSE**
- Début d'un ttt par Tienam et Amiklin
- Concomitamment, apparition de signes inflammatoires sur plaie opératoire puis d'un écoulement purulent de plus en plus abondant => plvt en attente

3ème cas (en rose sur plan du service)

- Femme de 80 ans hospitalisée en chirurgie depuis le 17/11/12 (chambre 221) pour fracture per trochantérienne G
- Pleuro pneumopathie basale G à l'entrée avec décompensation respiratoire d'une IRpC restrictive (obésité morbide avec IMC à 42) mise sous AUGMENTIN 8 jours avec amélioration clinique.
- Pose d'un clou gamma G le 23/11/12
- Le 03/12/12, apparition de signes inflammatoires au niveau de la cicatrice
- Prélèvement du 05/11/12 retrouve un ***Enterobacter cloacae* type S**
- Début d'un ttt par OFLOCET.
- Pas de reprise chirurgicale prévue pour le moment.

Fiche e-SIN n°15639

Suspicion d'épidémie à *Enterobacter cloacae* chez les patients de chirurgie traumatologique décembre 2012

Hypothèses du mode de transmission :

- Transmission croisée dans le service avec 1er cas à l'origine (chevauchement des séjours et voisins de chambre face à face) ?
- Transmission au bloc opératoire car infection toujours après passage au bloc opératoire ?
- Type BLSE induit par ttt par AUGMENTIN ?

Actions à envisager :

ARLIN contacté ce jour pour conseils (Dr E Poirier)

- Si nouveau plvt positif au même germe => signalement externe d'une épidémie
- Déclaration interne de tous les cas d'IN à la GREQ (fait)
- Passer tous les cas d'ISO en RMM (prévu janvier/février 2013) puis signalement de tous les cas graves (DC ou perte fonctionnelle grave)
- Audit sur le respect des précautions standard en service
- Audit au bloc opératoire sur la globalité de prise en charge du patient (lavage chirurgical, respect d'aseptie, ttt du matériel, technique d'hémostase, bionettoyage, ttt de l'air...)
- Prévalence portage *E. cloacae* dans le service ?
- Identifier les clones pour comparaison. (échantillons jetés à cette heure mais consigne au labo de congeler toute nouvelle souche d' *E. cloacae*)

Évolution :

Situation au 10/12/12 :

Patiente n° 2 décédée ce WE suite à oligoanurie, hypoTA, élévation des GB à 20000 (choc septique??)

Plvt de plaie opératoire fait mais sous Tienam + Amiklin => négatif

Pas d'autres cas identifiés pour le moment. Un autre patient présentant une pneumopathie peu de temps après retour du bloc (dans la même période et encore hospitalisé). Mis sous Rocéphine en probabiliste et ECBC négatif (fait sous ATB). Amélioration clinico-biologique.

Autres ex. d'eSIN dans la région GE

Nombre de cas à la date du signalement : 1

1er site infectieux : INFECTION SITE OPERATOIRE (DIGESTIF)

1er micro-organisme : Escherichia coli [CIIIIG I/R]

Grand Est 16/03/2017

1ère spécialité : CHIRURGIE DIGESTIVE

25018

01 mars : Patiente de 85 ans : cholécystectomie sous coelioscopie convertit par laparotomie pour difficulté technique (antécédents deux laparotomies avec cures d'éventrations par plaque) cholécystectomie initialement prévue/ coelio à distance d'une cholécystite aigue gangreneuse fin dec 2016)

05 mars : abcès de paroi le avec syndrome infectieux

22 mars : sortie à domicile, médecin informé des résultats du prélèvement, rendez-vous avec le chirurgien le 13 avril après contrôle scanner

**PEU
INFORMATIF**

Nombre de cas à la date du signalement : 1

1er site infectieux : INFECTION SITE OPERATOIRE
(ORTHOPEDIQUE)

1A | 1er micro-organisme : Staphylococcus aureus [meticilline R
1B [SARM]]

1ère spécialité : CHIRURGIE ORTHOPEDIE
TRAUMATOLOGIE

Grand
Est 08/04/2018

28022

22 mars : Patient de 68 ans, prise en charge pour luxation d'une prothèse de hanche posée le 7 mars.

26 mars : intervention pour réduction de la luxation et prélèvement bacterio revenus négatifs

04 avril : écoulement sero sanglant, plaie propre

8 avril : ablation d'une agrafes 1/2, désunion entre deux points avec écoulement , réalisation d'un prélèvement revenu positif à SARM

12 avril : évacuation hématome + prélèvement + lavage articulaire au bloc opératoire
prélèvement positif à SARM

Quelques exemples de signalements d'ISO En France

Quelques signalements ou REX pour des ISO

- prostatite et ponction et biopsie de prostate transrectale : note ARS AURA des règles d'asepsie de l'acte, *en cours*

Source : Signalement externe des infections nosocomiales, France, 2015 : focus par Cclin. Bulletin Cclin-Arlin n°2 – mars 2016



REX pour Bloc opératoire / chirurgie

- Cas groupés d'infections chez deux patientes opérées de cure de hernie inguinale en chirurgie ambulatoire - mai 2015
- Cas groupé d'ISO en chirurgie bariatrique - mai 2013
- Deux cas d'infections post opératoires à Streptococcus pyogenes en chirurgie viscérale - octobre 2012
- Cas groupés d'infections post-opératoires à Streptocoque A - janvier 2012
- Infection ostéo-articulaire (IOA) sur prothèse du genou - juin 2011

Prévention des endophtalmies



Centres d'appui pour la prévention
des infections associées aux soins

Ile-de-France Occitanie Grand-Est



Enquête sur les procédures en chirurgie de la cataracte

Questionnaire EOH



Région

-- Choisir la région -- ▾

Statut de l'établissement

-- Choisir le statut -- ▾

Type d'établissement

-- Choisir le type -- ▾

Établissement

Ville

Nombre de chirurgiens exerçant la chirurgie de la cataracte dans votre établissement :

Que prévoit le protocole de votre établissement ?

1- En dehors des cas d'allergie vérifiés, la Bétadine® 5 %, solution pour irrigation oculaire, unidose, est le **seul antiseptique préconisé**

☐ oui ☐ non

☐ Povidone iodée (Bétadine® dermique) 10% unidose

☐ Povidone iodée (Bétadine® dermique) 10% multidose

☐ Solution à base d'hypochlorite de sodium (Amukine®)

Si non, quelle(s) solution(s) est(sont) préconisée(s) ?
(plusieurs réponses possibles)

»

Fiche « Investigation d'une ISO »

CPias Nouvelle Aquitaine



Outil d'aide à l'analyse des causes des infections du site opératoire (ISO)

Cet outil a pour vocation d'aider les établissements de santé dans la conduite d'une analyse approfondie des causes de la survenue des infections du site opératoire (ISO).

Cet outil propose une méthode reconnue permettant l'identification des causes de survenue d'une ISO et la mise en place d'actions d'amélioration afin d'éviter la survenue ultérieure d'évènement similaire.



◆ Cet outil permet de tracer l'analyse des causes des infections du site opératoire et de suivre la mise en œuvre des actions d'amélioration.

◆ Afin d'aider les professionnels, des listes des principaux écarts ou causes immédiates et des causes profondes susceptibles d'être identifiées, sont proposées lors de l'analyse.

***Les macros doivent obligatoirement être activées. Si ce n'est pas le cas, se reporter à l'aide.
Dans chaque onglet, vous ne pourrez saisir des données que dans les cases jaunes.***



Guide
d'utilisation

Liste des ISO

Accès aux
référentiels

Cet outil est une première version qui sera amenée à évoluer et à s'enrichir chaque année en intégrant les retours des utilisateurs afin d'en faire un véritable outil participatif. A cette fin, vous pouvez contacter le CPIAS Nouvelle Aquitaine (tél : 05.56.79.60.58) pour donner vos avis et commentaires.

Conclusion

- **Les signalements d'ISO sont exceptionnels alors que les ISO ne le sont pas.**
- Trop rares? Mais pourquoi?
 - Outil inadapté?
 - Culture du « secret » en chirurgie?
 - Existence d'autre outil comme celui de la surveillance nationale qui permet un suivi longitudinal des ISO

