

Les dispositifs de signalement des MDO et des infections nosocomiales en PACA

DU Hygiène – 14 octobre 2019

- Organisation de la réception des signaux en PACA
- Dispositif de signalement des MDO
- Dispositif de signalement des infections nosocomiales

- Au sein du département de Veille et Sécurité Sanitaire de l'ARS PACA
- Réception de tous les signaux relatifs à l'alerte sanitaire avec un point focal régional unique :
 - Tel : 04 13 55 80 00
 - Bal : ars-paca-vss@ars.sante.fr (signaux nominatifs) ou ars13-alerte@ars.sante.fr (signaux anonymisés)
- Equipe dédiée opérationnelle de 8h30 à 18h : en permanence un assistant de régulation, un médecin et une infirmière
- Remplacée les soirs, weekends et jours fériés par une astreinte médicale

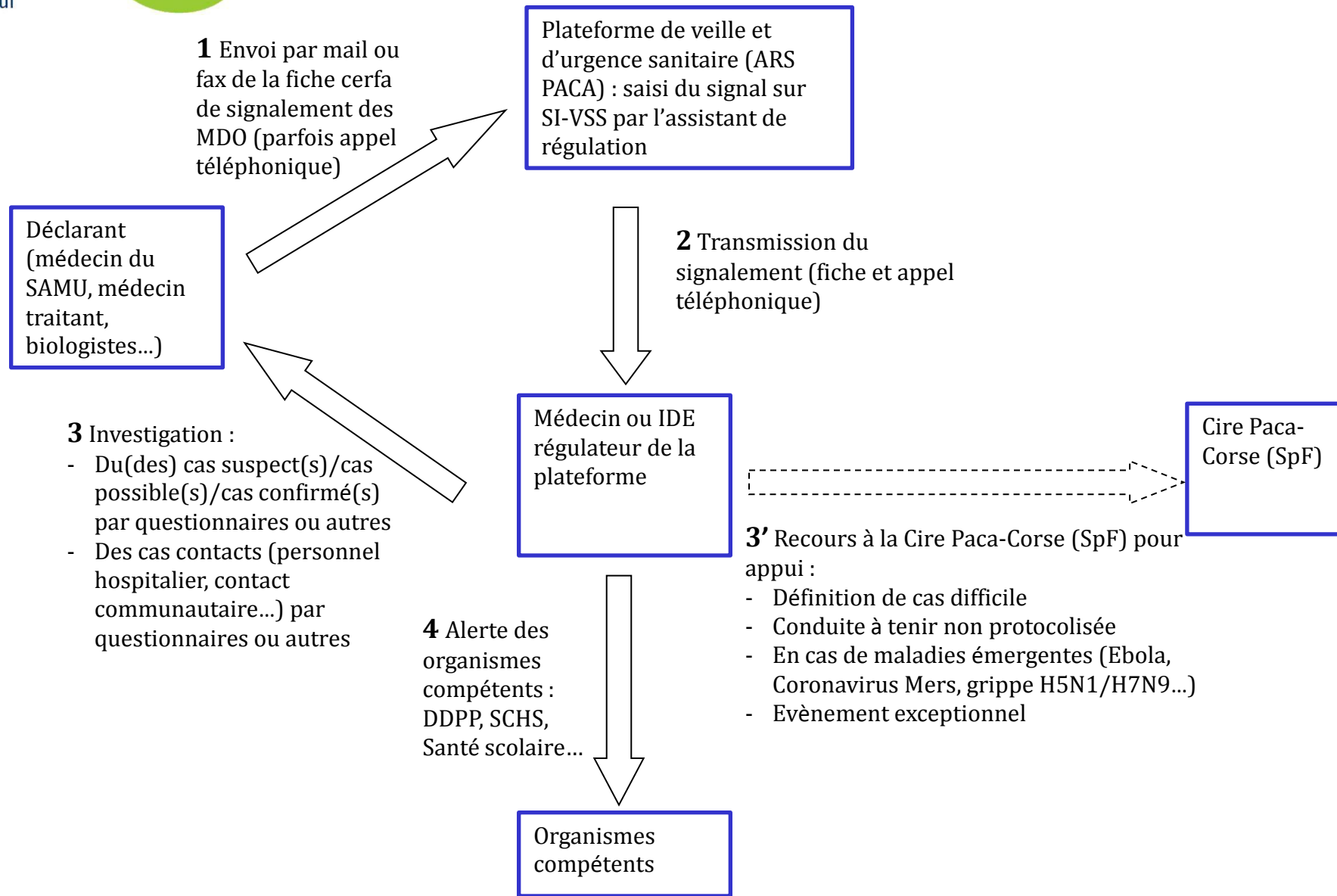
- 34 « maladies » à déclaration obligatoire
- Déclaration soit par un médecin soit par un biologiste
- Protection de l'anonymat et des données

- Bilharziose
- Botulisme
- Brucellose
- Charbon
- **Chikungunya**
- Cholera
- **Dengue**
- Diphtérie
- Fièvres hémorragiques africaines
- Mesotheliome
- Orthopoxviroses dont la variole
- Paludisme autochtone
- Paludisme d'importation dans DOM
- Peste
- Poliomyélite
- Rage
- Fièvre jaune
- Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes

- **Hépatite A aiguë**
- Infection par le virus de l'hépatite B
- Infection par le VIH quel qu'en soit le stade
- **Infection invasive à méningocoque**
- **Légionellose**
- **Listériose**
- **Rougeole**
- Rubéole
- **Saturnisme de l'enfant mineur**
- Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob
- Tétanos
- **Toxi-infection alimentaire collective**
- **Tuberculose**
- Tularémie
- Typhus exanthématique
- **Zika**

- 32 maladies infectieuses et 2 maladies non-infectieuses (mésothéliomes et saturnisme chez les enfants mineurs)
- On distingue deux groupes de MDO :
 - 30 MDO qui nécessitent à la fois une intervention urgente locale, nationale ou internationale et une surveillance pour la conduite et l'évaluation des politiques publiques
 - 4 maladies pour lesquelles seule une surveillance est nécessaire. Il s'agit de l'infection par le VIH quel que soit le stade, de l'hépatite B aiguë, du tétanos et des mésothéliomes.

Circuit de signalement des MDO



Infection invasive à méningocoque

République française			
Médecin ou biologiste déclarant (tampon) Nom : _____ Hôpital/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Télécopie : _____ Signature : _____		Si notification par un biologiste Nom du clinicien : _____ Hôpital/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Télécopie : _____	

Maladie à déclaration obligatoire
Infection invasive à méningocoque
 N° 12201*04

Important : cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, télécopie...) au médecin de l'ARS avant même confirmation par le CNR ou envoi de cette fiche.

Initiale du nom : <input type="checkbox"/>	Prénom : _____	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance : _____
Code d'anonymat : _____ (à saisir par l'ARS)		Date de la notification : _____	

Code d'anonymat : _____ (à saisir par l'ARS)		Date de la notification : _____	
--	--	---------------------------------	--

Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance : _____ ou âge : _____	Code postal du domicile du patient : _____
--	--	--

Confirmation du diagnostic : - Culture positive dans : <input type="checkbox"/> sang <input type="checkbox"/> LCS <input type="checkbox"/> lésion cutanée purpurique Liquide : <input type="checkbox"/> articulaire <input type="checkbox"/> pleural <input type="checkbox"/> péricardique <input type="checkbox"/> péritonéal <input type="checkbox"/> chambre antérieure de l'œil - PCR positive dans : <input type="checkbox"/> sang <input type="checkbox"/> LCS <input type="checkbox"/> lésion cutanée purpurique Liquide : <input type="checkbox"/> articulaire <input type="checkbox"/> pleural <input type="checkbox"/> péricardique <input type="checkbox"/> péritonéal <input type="checkbox"/> chambre antérieure de l'œil - Présence de diplocoques Gram - au direct : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non recherché - LCS évocateur de méningite bactérienne purulente : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non recherché - Purpura fulminant : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Signes de choc : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Éléments purpuriques cutanés : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Infection invasive à méningocoque Critères de notification 1. Isolément bactériologique de méningocoques ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile (sang, LCS, liquide articulaire, liquide pleural, liquide péritonéal, liquide de la chambre antérieure de l'œil) ou à partir d'une lésion cutanée purpurique. 2. Présence de diplocoques Gram négatif à l'examen microscopique du LCS. 3. LCS évocateur de méningite bactérienne purulente (à l'exclusion de l'isolement d'une autre bactérie) et présence d'éléments purpuriques cutanés quel que soit leur type. 4. Présence d'un purpura fulminant (purpura dont les éléments s'étendent rapidement en taille et en nombre, avec au moins un élément microscopique ou histomorphologique de plus de trois millimètres de diamètre, associé à un syndrome infectieux sévère, non attribué à une autre étiologie).
--	--	--

Sérogroupe : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> autre, préciser : _____ <input type="checkbox"/> non groupé

Hospitalisation (phase aiguë) : Date : _____ Hôpital : _____
--

Le patient avait-il reçu un traitement antibiotique avant les premiers prélèvements biologiques : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu
 Si oui, s'agit-il d'une injection antibiotique précoce pour suspicion de purpura fulminant : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Statut vaccinal : le sujet est-il vacciné par un vaccin antiméningococcique : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas	
Si oui : <input type="checkbox"/> conjugué C Date dernière injection : _____ Nombre total de doses reçues : _____	<input type="checkbox"/> méningocoque B Date dernière injection : _____ Nombre total de doses reçues : _____
<input type="checkbox"/> conjugué ACYW135 Date dernière injection : _____	<input type="checkbox"/> A+C Date dernière injection : _____
<input type="checkbox"/> ACYW135 Date dernière injection : _____	

Évolution : <input type="checkbox"/> guérison <input type="checkbox"/> décès <input type="checkbox"/> séquelles, préciser : _____

Prophylaxie des sujets contacts	Nom de l'antibiotique/du vaccin	Collectivité : nombre de personnes	Entourage proche : nombre de personnes
Chimio-prophylaxie		_____	_____
Vaccination		_____	_____
Type de contacts		<input type="checkbox"/> crèche <input type="checkbox"/> milieu scolaire <input type="checkbox"/> autre, préciser : _____	<input type="checkbox"/> famille <input type="checkbox"/> amis

Autres cas dans l'entourage : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu Si oui, pour chaque autre cas, indiquer l'âge, la date d'hospitalisation et le département de résidence

Cas n°1 : Âge (en années) : _____	date d'hospitalisation : _____	département : _____
Cas n°2 : Âge (en années) : _____	date d'hospitalisation : _____	département : _____

Médecin ou biologiste déclarant (tampon) : Nom : _____ Hôpital/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Télécopie : _____ Signature : _____	Si notification par un biologiste Nom du clinicien : _____ Hôpital/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Télécopie : _____	ARS (signature et tampon)
---	--	----------------------------------

Maladie à déclaration obligatoire (ART L 3113-1, R 3113-1, R 3113-2, R 3113-5, D 3113-7 du Code de la santé publique)
 Information individuelle des personnes - Droit d'accès et de rectification pendant 6 mois par le médecin déclarant (à partir du 1er janvier 1978) - Centralisation des informations à l'Institut de veille sanitaire

1. Vérification des critères de notification
2. Validation du signal
3. Intervention :

Antibioprophylaxie autour d'un cas

- Elle est débutée dans les plus brefs délais, autant que possible avant les 48h suivant le diagnostic. Elle devient sans intérêt au delà de 10 jours après le dernier contact avec le cas.
- Le médecin de ville ou hospitalier, en lien avec le médecin de l'ARS, identifie les contacts familiaux et leur prescrit l'antibioprophylaxie.
- Le médecin de l'ARS identifie les contacts extra-familiaux, en lien avec les services concernés (PMI, médecine scolaire, travail ...), et coordonne la mise en place de l'antibioprophylaxie.
- Le médecin hygiéniste identifie les contacts hospitaliers (membres du personnel et patients) éligibles à l'antibioprophylaxie et leur préconise l'antibioprophylaxie. L'instruction du 27 juillet 2018 relative à la prophylaxie des infections invasives à méningocoque précise que *lors de la prise en charge médicale d'un malade, l'antibioprophylaxie est recommandée uniquement pour les personnes ayant réalisé le bouche à bouche, une intubation ou une aspiration endotrachéale sans masque de protection avant le début du traitement antibiotique du malade et jusqu'à la première prise d'un antibiotique efficace sur le portage. L'antibioprophylaxie n'est pas recommandée pour les autres membres du personnel ayant pris en charge le malade. L'antibioprophylaxie est également recommandée pour toute personne ayant eu un contact prolongée et rapprochée avec le malade (c'est-à-dire en face à face, à moins d'un mètre et au moins une heure d'affilée).*

Vaccination autour d'un cas

- La vaccination complète l'antibioprophylaxie et vise à prévenir le risque de réintroduction de la souche dans la collectivité de vie du malade. Elle est proposée le plus rapidement possible aux sujets contacts qui se retrouvent de façon régulière et répétée dans son entourage proche, dans un délai de dix jours après le dernier contact avec le malade pendant sa période de contagiosité
- Elle concerne les sérogroupes A, C, W135, Y. L'utilisation du vaccin contre le méningocoque B est restreinte à d'autres situations (sujets à risque, grappe de cas, épidémie).
- La survenue d'une IIM C doit être l'occasion de mettre à jour la vaccination contre le méningocoque C des personnes cibles pour la vaccination vivant dans l'entourage du cas (conformément au calendrier vaccinal en vigueur)

1. Vérification des critères de notification
2. Validation du signal
3. Intervention :

Objectifs :

- Identifier les lieux fréquentés avec installations à risque sur une période de 14 jours avant la date de début des signes : domicile (système de production d'eau chaude individuel ou collectif), centres commerciaux, restaurants, piscines, salon de coiffure, lavage de voiture...
- Rechercher d'autres cas en relation avec ces mêmes expositions : dans les établissements sanitaire, informer les médecins afin qu'ils recherchent d'autres cas.

Si cas nosocomial :

- Solliciter l'EOH de l'établissement.
- Une enquête environnementale doit être menée pour identifier les expositions à risque dans l'établissement, vérifier la maintenance des réseaux et prendre connaissance des derniers résultats de prélèvements et si besoin demander de procéder à de nouveaux prélèvements.



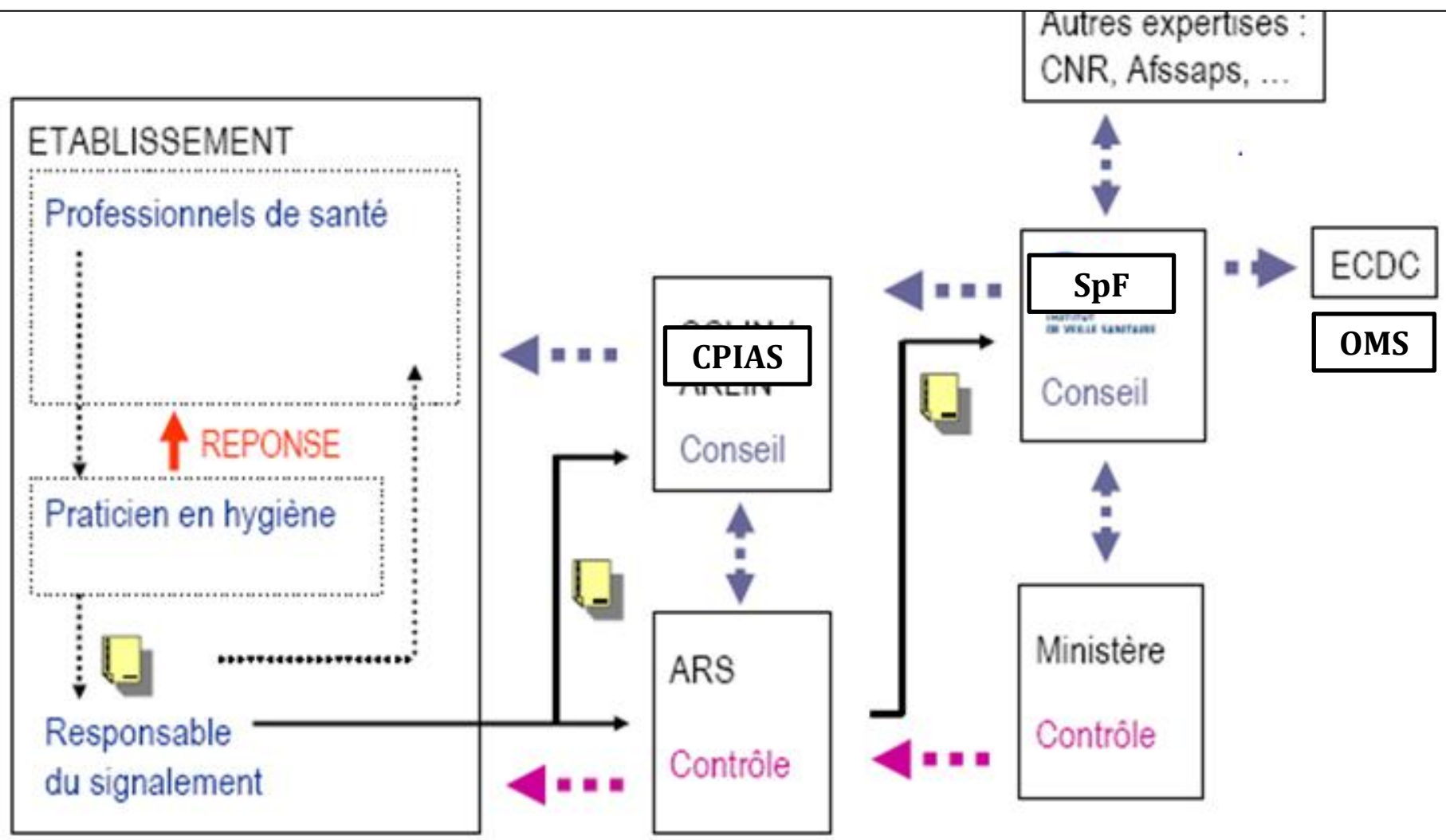
Dispositif de signalement des infections nosocomiales

- Mettre en place un système d'information réactif au sein de l'établissement de santé
- Alerter les autorités sanitaires et les CPIAS
- Fournir des informations à SpF, chargé du suivi épidémiologique national

Qui signale les infections nosocomiales au sein d'un ES ?

- Tout médecin, pharmacien, sage-femme ou membre du personnel paramédical qui, dans l'exercice de ses missions, 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, et d'autre part le praticien de l'EOH.
- Le praticien de l'EOH apprécie si le ou les cas correspond(ent) aux critères de signalement justifiant un signalement externe (aux autorités sanitaires).

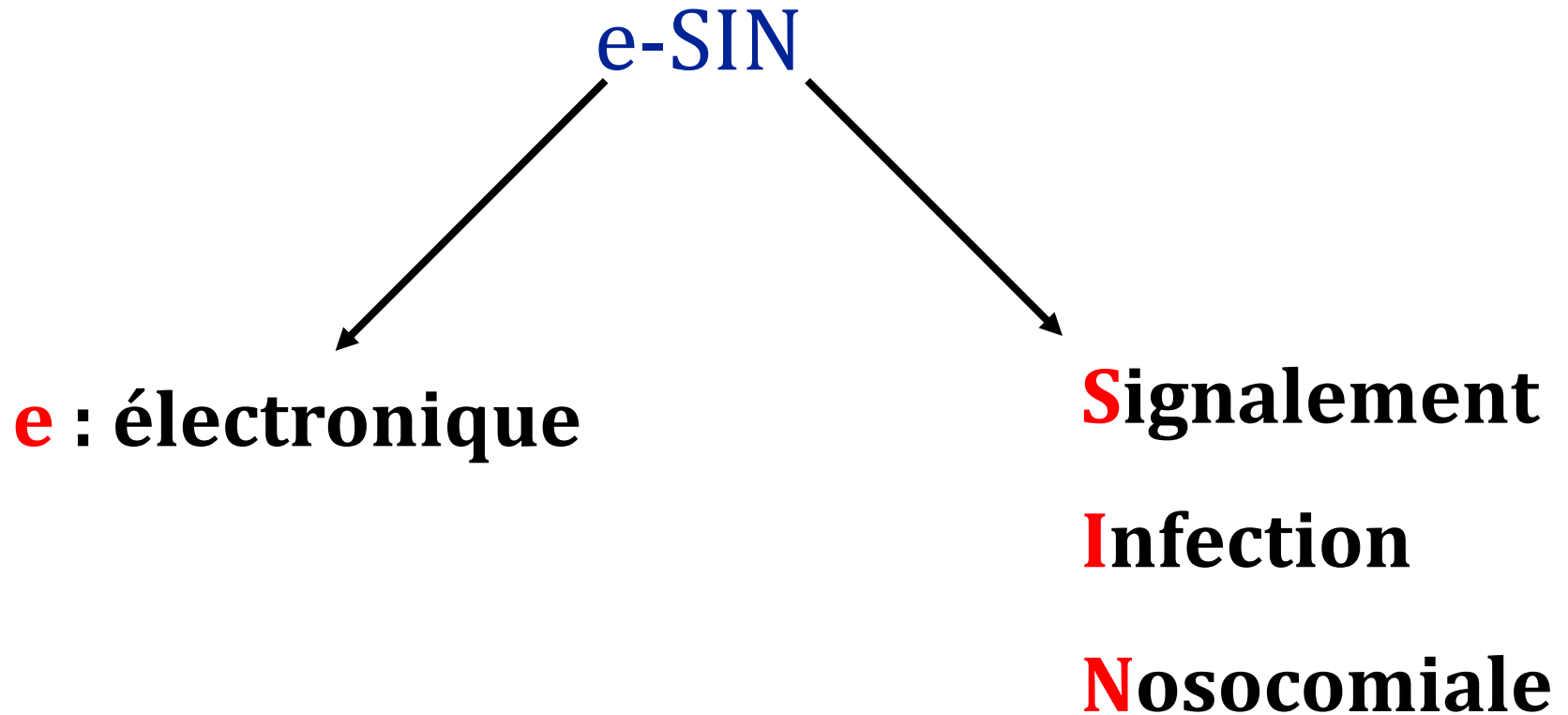
Circuit de signalement des infections nosocomiales



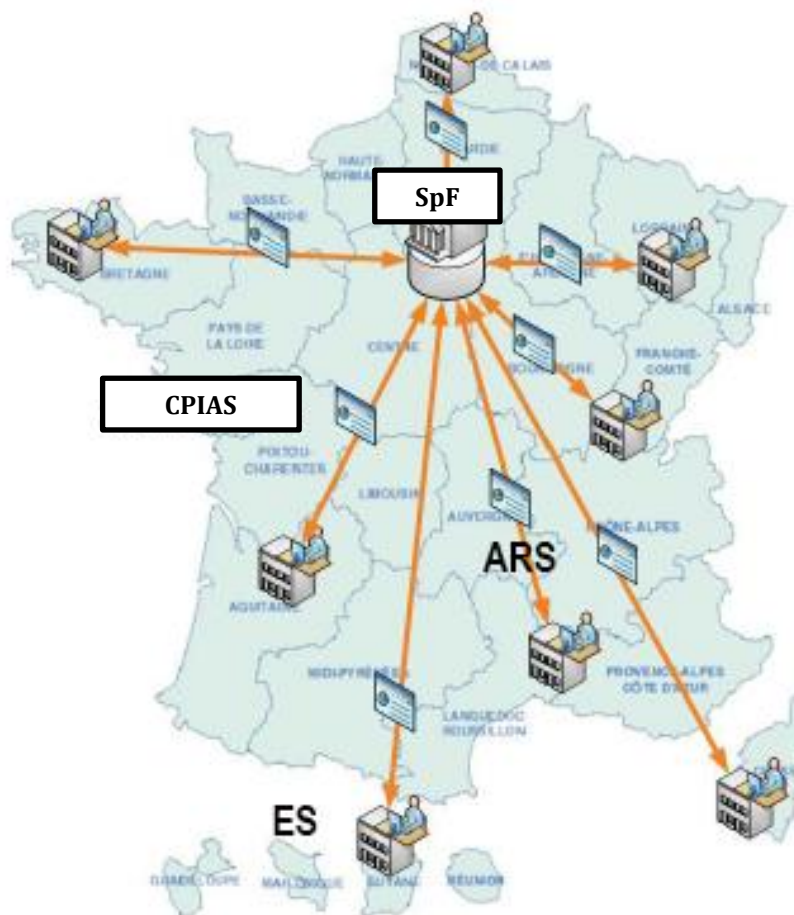
1. Les infections nosocomiales ayant un caractère rare ou particulier, par rapport aux données épidémiologiques locales, régionales et nationales, du fait de :
 - soit des caractéristiques de l'agent pathogène en cause [ex : infections à *Streptococcus pyogènes* en maternité, *mycobactéries atypiques*, *Coronavirus MERS* ou *grippe aviaire*...] ou de son profil de résistance aux anti-infectieux [ex : entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC), entérocoques résistant aux glycopeptides (ERG)].
 - soit de la localisation de l'infection, le plus souvent consécutive à un geste invasif sur site a priori stérile, et inhabituelle et grave sur le plan fonctionnel ou vital [ex: fasciite nécrosante, endophtalmie post-cataracte, méningites après acte invasif sur le rachis...].
 - soit de l'utilisation d'un dispositif médical suspect d'avoir été préalablement contaminé du fait d'un défaut de conception ou de fabrication [ex : endoscope, générateur de dialyse].
 - soit de procédures ou pratiques pouvant exposer ou avoir exposé, lors d'un acte invasif, d'autres personnes au même risque infectieux [ex : suite d'une procédure inadaptée ou défailante dans le cadre d'une antibioprophylaxie, ou d'une préparation cutanée en chirurgie, ou dispositif médical contaminé par insuffisance de procédure (endoscope avec dysfonctionnement du laveur-désinfecteur) ou infection nosocomiale liée à un produit de santé contaminé (greffe, transfusion, perfusion)...].
2. Tout décès lié à une infection nosocomiale.
3. Les infections nosocomiales suspectes d'être causées par un germe présent dans l'eau ou dans l'air environnant (ex : légionellose, aspergillose...).
4. Les maladies à déclaration obligatoire.

Comment signaler ?

- Au sein d'un ES, les instances désignent les responsables du signalement (un titulaire et un suppléant) dont les noms doivent être transmis à l'ARS, au CPIAS et à SpF.
- Un annuaire des responsables du signalement est ainsi constitué et doit être mis à jour.
- En cas de changement de responsable du signalement, l'établissement doit en informer les autorités sanitaires et faire connaître les personnes nouvellement désignées.
- Le signalement s'effectue via l'outil e-sin.



- Un système déployé en 2011
 - Répondant aux besoins de chaque acteur
 - Pour un « meilleur » signalement des infections nosocomiales
 - Adhésion renforcée (couverture améliorée)
 - Réactivité accrue (signalement et réponse)
 - Finalité mieux comprise (pertinence)
 - Support aux ES plus adapté (CAT, outils d'analyse de cas...)
 - Retours d'expérience plus fréquents (suivi, partage des données)
 - Meilleure sécurité des patients hospitalisés
- Préfiguration des autres systèmes de télédéclaration (MDO,...)
- e-SIN est un outil au service du signalement des IN



- Interconnexion des différents acteurs du signalement
- Application sécurisée, serveur hébergé par SpF
- Dématérialisation
 - Fiche papier > Informations électroniques
 - Mise à disposition d'informations brutes ou travaillées
- Métropole + DOM

Fiche de signalement des Infections Nosocomiales (version 2011) à transmettre sans délai à l'ARS et au CClin dont dépend votre établissement

Rappel : Selon les articles L 1413-14 et R 6111-12 à R 6111-17 du code de la santé publique, certains cas d'infections nosocomiales doivent être signalés conjointement à l'ARS et au CClin dont dépend votre établissement. L'épisode qui doit être signalé peut être constitué de plusieurs cas d'infections nosocomiales, notamment lorsque les caractéristiques ou modalités de survenue du ou des premiers cas ne permettent pas d'identifier de réponse aux critères énoncés ci-dessous.
Une copie de cette fiche doit être insérée dans le dossier médical du(s) patient(s) concerné(s) (circulaire DHO/SE2 - DGS/SDSC n°21 du 22 janvier 2004).

Données administratives

Etablissement : _____ Personne responsable du signalement
(si différente du praticien en hygiène)
Code FINESS Etablissement : _____ Nom : _____
Adresse : _____ Fonction : _____
Tel : _____
Code postal : _____ Fax : _____
Ville : _____ Courriel : _____
Statut : ☐ Public ☐ Privé
☐ Privé d'intérêt collectif
Type : ☐ CHR/CHU ☐ CH/CHG ☐ H. Local ☐ CHS/Psy
☐ MCO ☐ SSR ☐ SLD ☐ HIA
☐ CLCC ☐ HAD ☐ Autre
Praticien en hygiène
(ou à défaut représentant de l'EOHH)
Nom : _____
Fonction : _____
Tel : _____
Fax : _____
Courriel : _____

Critères de signalement (à cocher obligatoirement, une ou plusieurs cases)

1. Infection nosocomiale ayant un caractère rare ou particulier du fait :

- ☐ 1.a. De l'agent pathogène en cause (nature, caractéristiques ou profil de résistance)

Agent pathogène envoyé à un CNR ou laboratoire expert ☐ Non ☐ Oui

Si Oui, date : _____ Quel CNR ou laboratoire expert : _____

- ☐ 1.b. De la localisation de l'infection

- ☐ 1.c. De l'utilisation d'un dispositif médical (DM), lequel : _____

- ☐ 1.d. De procédures ou pratiques pouvant exposer ou avoir exposé d'autres personnes au même risque infectieux, lors d'un acte invasif

Précisez lesquelles : _____

Si un produit de santé est concerné, lequel : _____

- ☐ 2. Décès lié à une infection nosocomiale

- ☐ 3. Infection nosocomiale suspecte d'être causée par un germe présent dans l'eau ou dans l'air environnement

- ☐ 4. Maladie devant faire l'objet d'une Déclaration Obligatoire et dont l'origine nosocomiale peut être suspectée

D.O. faite pour cette maladie : ☐ Non ☐ Oui Date : _____

- ☐ Autre (épidémie par exemple), précisez : _____

- Lien avec les vigilances : déclaration faite pour ce cas ☐ Non ☐ Oui, précisez alors type(s) et date :

☐ bio- ☐ cosméto- ☐ hémato- ☐ météoro- ☐ pharmaco- ☐ radio-vigilance Date : _____

Description de l'événement

Événement n° _____ - _____ (1) Nombre de cas : _____ dont décédés : _____
Date du 1er cas : _____ Si plusieurs cas, date du dernier cas connu : _____
Cet événement se rapporte-t-il à un événement déjà signalé ? ☐ Non ☐ Oui Si oui, date de signalement : _____

(1) : AAAA-X, où et AAAA est l'année et X le X^{ème} événement signalé par l'établissement depuis le début de l'année.

- Cas groupés ou épidémie : ☐ Non ☐ Oui
- Type de cas : ☐ Infection(s) ☐ Colonisation(s)
- Population concernée : ☐ Patient(s) ☐ Personnel(s)
- Caractère nosocomial : ☐ Certain ☐ Probable ☐ Possible
- Origine du (des) cas : ☐ Acquis dans l'établissement ☐ Importé(s)
- Autre(s) établissement(s) concerné(s) : ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) : _____
- Site(s) anatomique(s) : _____
- Microorganisme(s) en cause : _____
- Profil de résistance (joindre l'antibiogramme si besoin, notamment si critère 1a) : _____
- Spécialité(s) du(des) service(s) concerné(s) : _____

Investigations réalisées à la date du signalement

- ☐ Non ☐ Oui ☐ En cours

- Précisez : _____

- Hypothèse sur la cause de l'événement : ☐ Non ☐ Oui

- Précisez : _____

- Actions d'amélioration :

Prises à la date de signalement ☐ Non ☐ Oui ☐ Sans objet

A programmer : ☐ Non ☐ Oui ☐ Ne sait pas ☐ Sans objet

- Précisez : _____

- Besoin d'expertise extérieure : ☐ Non ☐ Oui

- Précisez : _____

- Pensez-vous que l'événement soit maîtrisé : ☐ Non ☐ Oui ☐ En cours ☐ Sans objet

- Précisez : _____

Informations complémentaires (joindre tout document utile, établi par l'établissement et rendu anonyme)

Justification des critères de signalement, description de l'événement
(éléments de gravité, potentiel épidémique, caractère exceptionnel, n° de fiche vigilance éventuel, etc.) :

Commentaires additionnels du praticien en hygiène (ou à défaut d'un représentant de l'EOHH)

Fait à : _____ le : _____ Signature : _____

Circuit d'alerte

4 colonnes :

- ES
- ARS
- CPias
- SpFrance

3 lignes :

- Lecture
- Niveau d'action
(3 niveaux)
- Clôture

Intervenant
SIN (ARS)

RETOURNER À L'ACCUEIL

GESTION DES
SIGNALEMENTS

FICHE DE SIGNALEMENT

RECHERCHER MES FICHES
DE SIGNALEMENT

EXPLOITATION DES
DONNÉES

RECHERCHE DE
SITUATIONS SIMILAIRES

RAPPORTS AUTOMATISÉS

FICHE e-SIN

Circuit d'alerte

	ES	ARS	CPias	SpFrance
Lecture	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Niveau d'action	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Clôture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Clôturer la fiche : ☐ Niveau d'action : ☒ Pour informati...

Fiche e-SIN n°26254 | Emise le :09/10/2017

Données de l'établissement

CH DE GRASSE - Provence-Alpes-Côte d'Azur - Alpes-Maritimes - 06 (Grasse)

Résumé :

Motifs : 2

Nombre de cas à la date du signalement : 6

1er site infectieux : INFECTION SITE OPERATOIRE (ORTHOPEDIQUE)

1er micro-organisme : Staphylococcus aureus [NMR]

1ère spécialité : CHIRURGIE ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE

DONNÉES ADMINISTRATIVES	CRITÈRES DE SIGNALEMENT	DESCRIPTION DE L'ÉVÈNEMENT	INVESTIGATIONS ET MESURES	INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES	FICHE DE SUIVI	FICHE STRUCTURES D'APPUI
----------------------------	----------------------------	-------------------------------	------------------------------	---------------------------------	----------------	-----------------------------

Données de l'établissement :

Etablissement : **CH DE GRASSE** Statut : PUBLIC

Code FINESS étab : **060000478** Type : ES

Adresse : CHE DE CLAVARY BP 53149 , 06135 GRASSE

Fin du cours

