

SIGNALEMENTS EXTERNES DES IN et ALERTES

1. Evolution des signalements de 2006 à 2015

Le dispositif de signalement externe a eu 10 ans en 2011 (décret 2001¹). Il a été complété par la mise en place de l'outil de saisie en ligne des signalements (e-SIN)² (dans notre interrégion depuis le 26 octobre 2011). L'accès à e-SIN a été facilité le 25 juin 2013, par la suppression du certificat.

Tableau 1 : Evolution des SE depuis 2006 dans l'interrégion Ouest

Année	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total (2001-2015)
Basse Normandie	25	22	31	19	24	26	32	31	24	39	371
Bretagne	38	45	64	42	51	65	48	66	52	66	688
Centre	24	43	31	45	31	47	42	49	47	58	514
Pays de la Loire	45	55	52	72	49	56	47	50	42	57	681
Total	132	165	178	178	155	194	169	196	165	220	2551
ES	61	77	87	88	78	90	72	76	68	94	

En 2015, **deux cent vingt signalements** ont été reçus au CClin Ouest. Dans toutes les régions, le nombre de signalements a augmenté par rapport à 2014.

Quatre-vingt-quatorze établissements ont signalé en 2015. C'est un nombre important d'établissements signalant.

¹ Le décret du 26 juillet 2001 relatif à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique

² Instruction 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

2. Signalement : système d'alerte

Tableau 2 : Délai entre le(s) premier(s) cas de l'évènement et le signalement depuis 2001

Année	Médiane	Moyenne
2001-2002	42j	67j
2006	33j	34j
2007	31j	30j
2008	27j	28j
2009	17j	24j
2010	10j	20j
2011	9j	16j
2012	13j	49j
2013	12j	43j
2014	10j	
2015	7j	

Le délai entre l'évènement et le signalement se réduit régulièrement tous les ans. A noter que très souvent, dès qu'il a connaissance d'un évènement susceptible d'être signalé,

l'hygiéniste appelle le CClin ou l'Arin pour les informer qu'une investigation est en cours et qu'un signalement suivra. Ces appels sont tracés.

3. Origine des signalements de l'interrégion Ouest

Tableau 3 : Origine des signalements par année sur l'interrégion Ouest

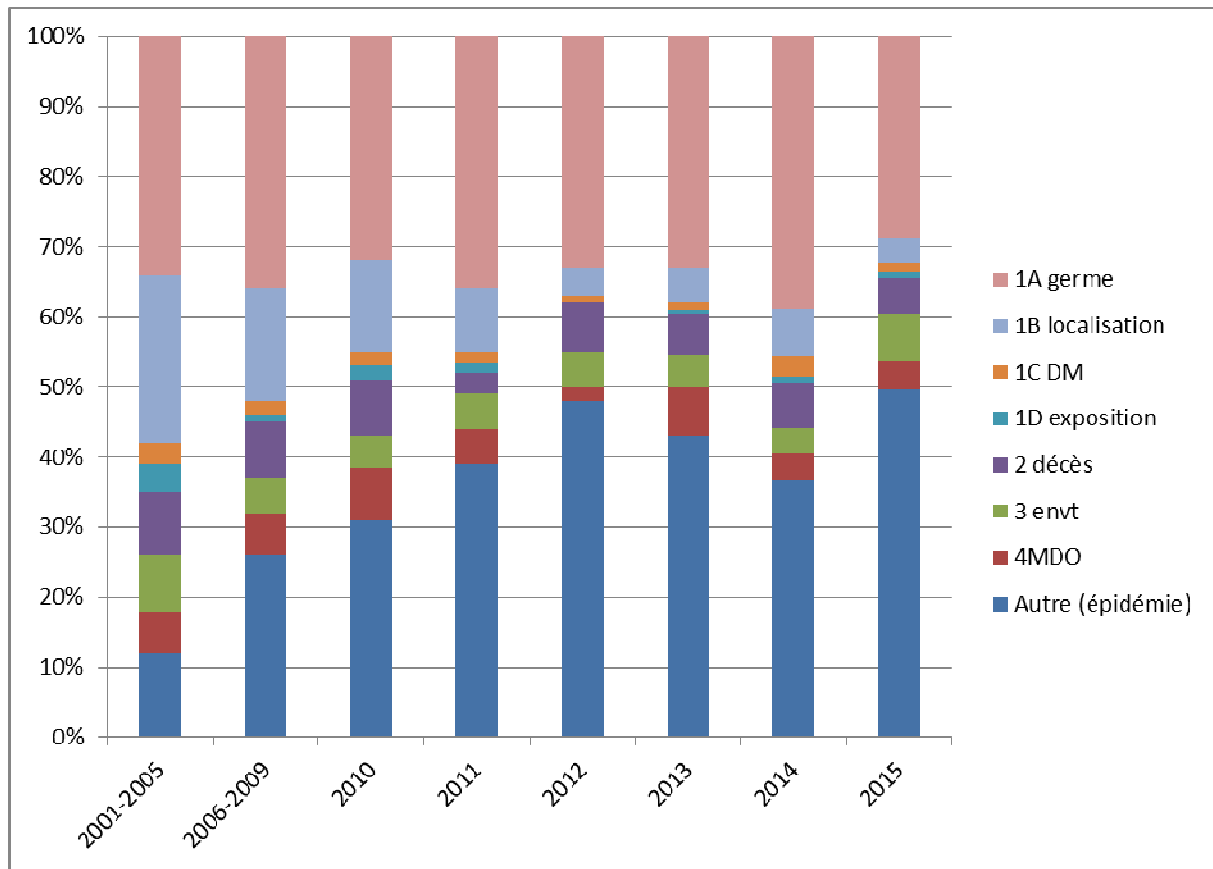
	Signalements	Signalts ES publics	Signalts ES privés	Signalts ES Espic	Nbre ES signalants	Nbre ES privés MCO
2009	178	2004-2009 73%	2004-2009 20%	2004-2009 7%	88	22
2010	155	73%	20%	7%	78	17
2011	194	77%	17%	6%	90	19
2012	169	86%	12 %	2%	72	13
2013	196	90%	9%	1%	76	17
2014	165	85%	14%	1%	68	13
2015	220	87%	8%	5%	94	22

En 2015, 87% des signalements proviennent d'établissements publics, 8% d'établissements privés et 5% d'établissements participants au service public.

Le pourcentage de signalements provenant d'établissements privés diminue de 20% à 8 % entre 2004 et 2015.

4. Critères de signalement (2001 à 2015)

Graphe 1 : évolution des critères de signalements entre 2001 et 2015 dans l'interrégion Ouest



Les critères 1A et « autre » sont prédominants. Le critère 1A est stable dans le temps. Il représente plus de 30% des critères de signalement depuis l'origine du dispositif. **Le critère « autre » est en constante augmentation : 12% entre 2001 et 2005 et**

50% en 2015. Depuis 2012, les critères de signalement sont saisis dans e-SIN, sans possibilité de changement par le CClin/ Arlin. Sous ce critère « autre » il y a les épidémies, mais aussi les germes multi résistants ou émergents.

5. Besoin d'expertise extérieure

Pour chaque signalement effectué, l'établissement a la possibilité de demander une expertise extérieure auprès de l'Arlin ou du CClin.

En 2015, **25 signalements/220 (11%) comportaient une demande d'expertise.**

Majoritairement l'expertise est apportée par téléphone soit par un contact direct avec l'établissement, parfois en réunion téléphonique (CClin/Arlin / ARS parfois CNR). Les thèmes abordés étaient 9 BHRé (8 EPC, 1 ERG), 2 *Clostridium difficile*, 4 gale, 1 *Enterobacter cloacae*, 3 légionelloses, 2 infections tuberculeuses (*Mycobacterium*

fortuitum, *M. tuberculosis*), 1 épidémie d'entérocolites néonatales .

Pour 2 signalements, l'expertise a abouti à un **audit de pratiques** dans l'établissement :

- ♦ Arlin Basse Normandie : cas groupés d'entérocolites (audit et étude cas témoin)
- ♦ Arlin Pays de la Loire : épidémie de gale
- ♦ Arlin Pays de la Loire : visite au cabinet médical libéral pour une infection à *Mycobacterium fortuitum* post infiltration.

Certains signalements ont fait l'objet d'une **visite sur site** sans demande formulée au moment du signalement.

- ♦ Arlin Basse Normandie : EPC
- ♦ CClin : cas groupés d'infections à *Streptococcus pyogenes* en maternité

Certains signalements ont fait l'objet de **réunion de crise**.

- ♦ Arlin Bretagne /CClin /ARS/CNR : cas groupés d'infections à *Streptococcus pyogenes* en maternité
- ♦ Arlin Basse Normandie/ CClin /ARS/InVS/DGS :
3 Réunions de crise : décès par entérocolites en néonatalogie.
- ♦ CClin / 2ES des Pays de la Loire : 3 cas groupés *K.pneumoniae* BLSE suite endoscopie

6. Quelques exemples d'exploitation des données du signalement

6.1. Signalements d'infections à *Clostridium difficile* (CD) en 2006-2015

Le CClin Ouest a reçu **144 signalements d'infections à CD entre 2006 et 2014** soit 11% environ des signalements.

Parmi lesquels :

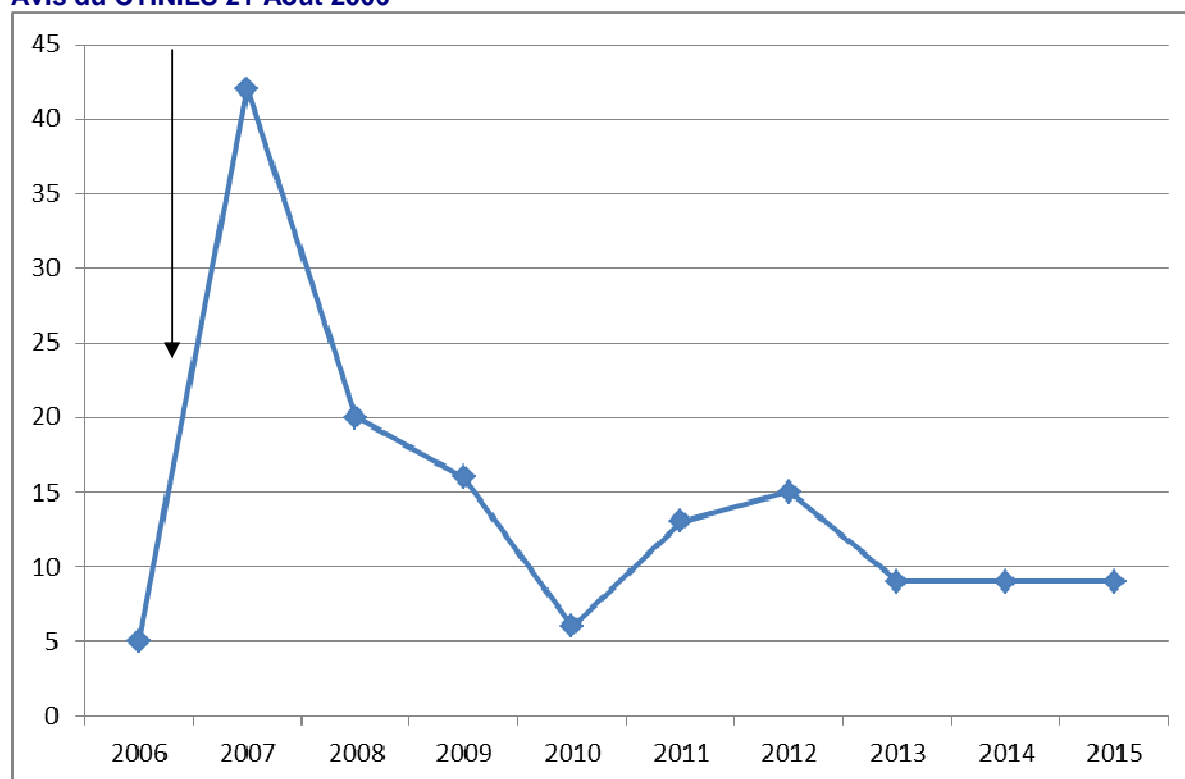
- 22 décès
- 26 infections sévères
- 91 épisodes de cas groupés (2 à 23 cas)

et quelques cas isolés avec envoi des souches au CNR.

Le sérotype 027 a été retrouvé pour la première fois dans l'interrégion Ouest en 2009 : 9 souches en 2009, 1 souche en 2010, 4 en 2012, 4 en 2013, 4 en 2014, **4 souches en 2015**.

Graph 2 : Evolution des SE d'infections à *Clostridium difficile* dans l'interrégion Ouest

Avis du CTINILS 21 Août 2006



La sensibilisation des ES reste forte. En mars 2013 plusieurs cas sont survenus en région Bretagne. Une information a alors été réalisée dans cette région, puis en Basse Normandie et Pays de la Loire en mai 2013. Elle concernait les techniques de diagnostic, les mesures de prévention et les critères de signalement.

Suite à une réunion du BactérioCercle Breton le 2 octobre 2014, un conseil scientifique le 3 octobre 2014, une journée thématique « Clostridium difficile » a été organisée par le CCLin Ouest à Rennes le 2 avril 2015 avec

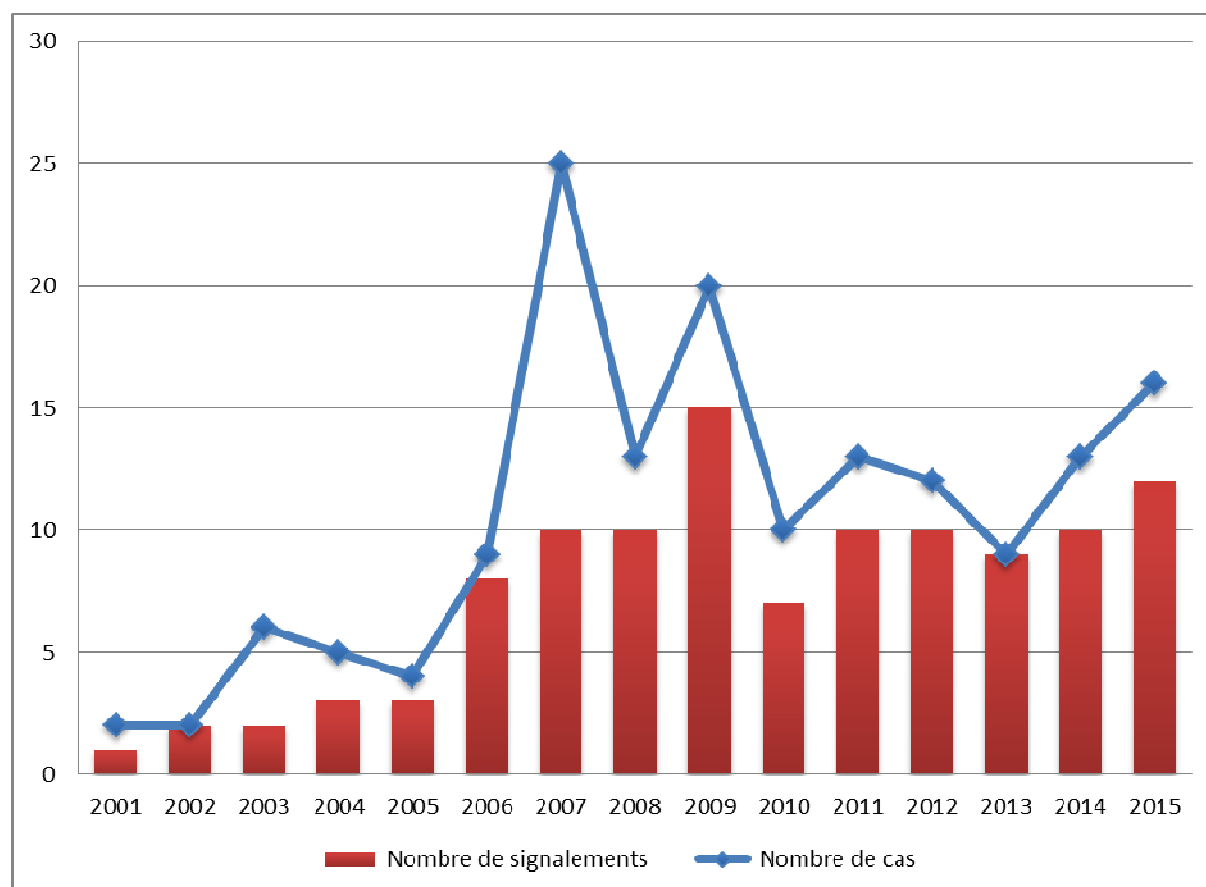
F.Barbut , responsable du CNR (117 participants).

Le CCLin Ouest a proposé en 2015, une surveillance annuelle des infections à *Clostridium difficile* optionnelle à la surveillance BMR. Le protocole de cette surveillance s'inspire du protocole européen de l'enquête pilote ECDC : European surveillance of Clostridium difficile infections « ECDIS-Net » pilot Surveillance Protocol version 1.2. ECDC, May 2013.

Cent trente-quatre établissements se sont inscrits à cette surveillance en 2015.

6.2. Signalements d'infections du post partum à Streptocoque du groupe A (SGA) entre 2001 et 2015

Graphe 3 : Evolution des SE d'infections à SGA dans l'interrégion Ouest



Suite à une augmentation des signalements d'infections du post partum à Streptocoque du groupe A en 2007 et 2008, une enquête avait été réalisée en 2009 par le CCLin pour évaluer le niveau connaissance des recommandations publiées en 2006 sur la prévention et l'investigation des infections hospitalières à SGA. D'où une forte sensibilisation des ES au signalement de ce type d'infection en

2009. Depuis les signalements restent stables (5 à 10 par an).

Une étude complémentaire est toujours en cours. L'objectif de cette étude est de décrire les caractéristiques de l'ensemble des signalements externes d'infections à SGA invasives ou non du post-partum transmis par les établissements de santé au CCLin Ouest. Ces informations complémentaires concernent

le délai entre l'hospitalisation, l'accouchement et l'apparition des signes cliniques, les signes cliniques observés, les caractéristiques microbiologiques des souches de Streptocoque A, la survenue d'évènements particuliers lors de la grossesse ou de l'accouchement et l'origine présumée de l'infection.

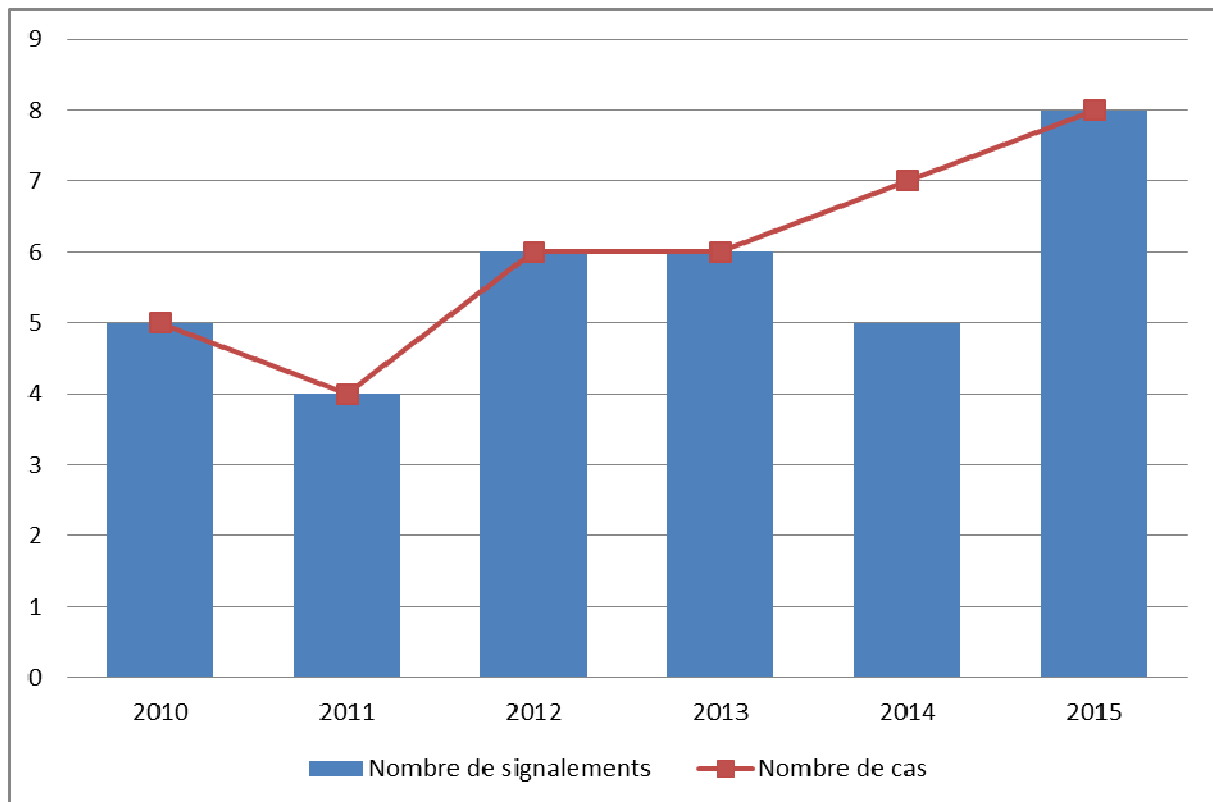
Parmi les 12 signalements de 2015, 4 cas isolés et 5 épisodes de cas groupés probables sont retrouvés (3 cas groupés pour 2 épisodes,

2 cas pour 3 épisodes), dont 2 avec un délai de plusieurs mois entre les cas. Le délai médian entre la date d'hospitalisation et le début des symptômes est 3 jours.

Pour deux épisodes, une transmission croisée a été évoquée et confirmée par le typage des souches (emm89 A4 pour l'un et emm89 A8 pour l'autre). Pour les autres épisodes de cas groupés, les souches retrouvées sont différentes (cf article signalement du bulletin national CClin Arlin n°2 mars 2016).

6.3. Signalements de légionellose entre 2010 et 2015

Graphe 3 : Evolution des SE de légionellose dans l'interrégion Ouest

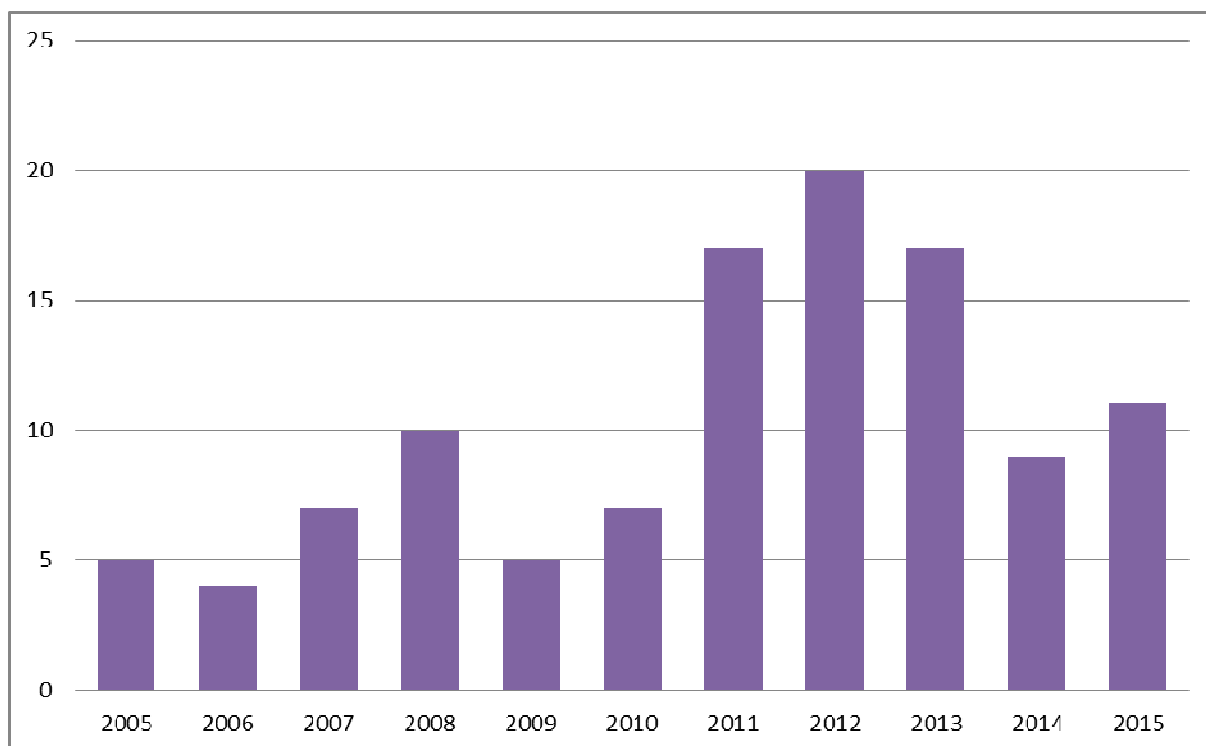


Entre 2010 et 2014 le nombre de signalements de légionellose variait de 4 à 6 par an. Le nombre de signalement est plus important en 2015 (8 signalements, 8 cas). Un signalement a été réalisé pour une contamination du réseau d'eau par des légionelles, mais aucun cas n'était diagnostiqué. Ce signalement ne correspond pas aux critères de signalement, nous l'avons exclu.

En 2014 et 2015, certains ES signalent des cas groupés (1 signalement de 3 cas en 2014 et 3 signalements du même établissement liés en 2015). Sur cette même période, 8 signalements proviennent de services de court séjour, 2 de psychiatrie, 2 de secteur Ehpad. L'origine nosocomiale est fortement suspectée pour 9 signalements sur 13 car une contamination de l'eau est retrouvée.

6.4. Signalements d'infection et colonisation à ERV 2005-2015

Graphe 4 : évolution des SE concernant des ERV de 2005 à 2015 dans l'interrégion Ouest



Il n'y avait pas eu de signalement de cas d'entérocoques résistants à la vancomycine (ou aux glycopeptides) (ERV ou ERG) avant 2005.

Jusqu'en 2011, nous comptons comme ERV les 2 espèces *Enterococcus faecium* et *Enterococcus faecalis*.

A partir de 2012, seul *Enterococcus faecium* est considéré une BHRé.

En 2012, le nombre de signalements était important car plusieurs établissements d'une même région avaient été touchés par des cas liés entre eux (cas secondaires). En 2013 et 2014, il n'y a pas eu de diffusion régionale. En 2015, il y a eu une diffusion départementale qui a impacté 3 établissements (13 cas au total).

7.4. Signalements de cas de colonisation et infection à Entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) 2009-2015

Ce travail sur les EPC signalées a été réalisé par l'interne de Santé Publique, Simon Jan. Toutes les requêtes ont été faites sur l'outil e-SIN.

E-SIN est un outil d'alerte sanitaire, mais présente quelques limites pour le suivi des événements (nombre de cas, type de carbapénémase), des liens entre les signalements.

Les données manquantes ont été recueillies auprès des ES, des Arlin et de l'InVS (données du CNR).

La nouvelle version d'e-SIN permet de renseigner le nombre total de cas à la clôture du signalement et le type de carbapénémase retrouvé et validé par le CNR.

A la date du signalement

Nombre de cas : dont décédés :

Date du premier cas :

Si plusieurs cas, date du dernier cas connu :

A la clôture du signalement

Nombre total de cas : dont décédés :

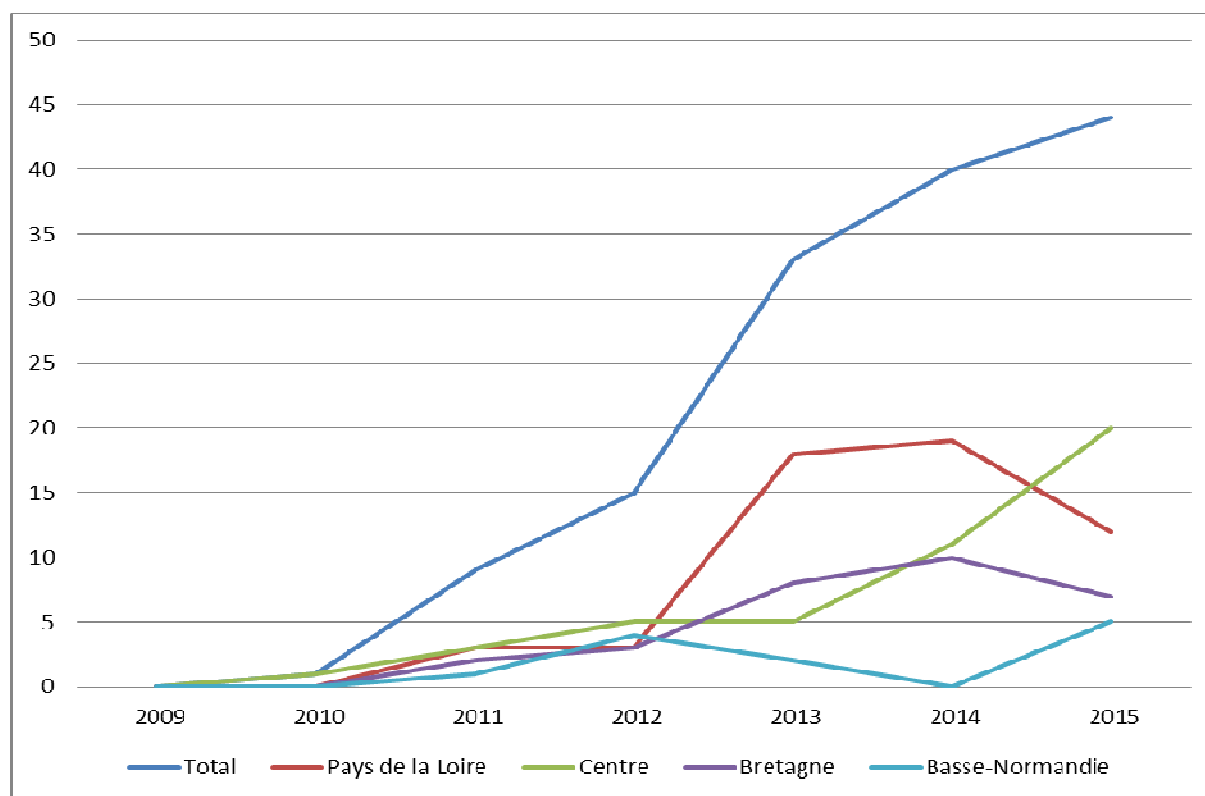
Si plusieurs cas, date du dernier cas connu :

Micro-organisme(s) en cause

Précisez :

Précisez :

Graph 5 : Evolution des SE d'EPC par région de 2009 à 2015 dans l'interrégion Ouest



Le nombre de signalement d'EPC est en augmentation constante sur l'inter région Ouest depuis 2010. En 2015, 44 signalements ont été reçus sur e-SIN soit 20% des signalements.

Sur ces courbes sont reportés tous les signalements reçus, même si certains appartiennent au même épisode ou si un même patient a été signalé deux fois par deux établissements différents.

On entend par épisode, un ou plusieurs cas infecté(s) et /ou colonisé(s) par une EPC et reliés par une chaîne de transmission épidémiologique.

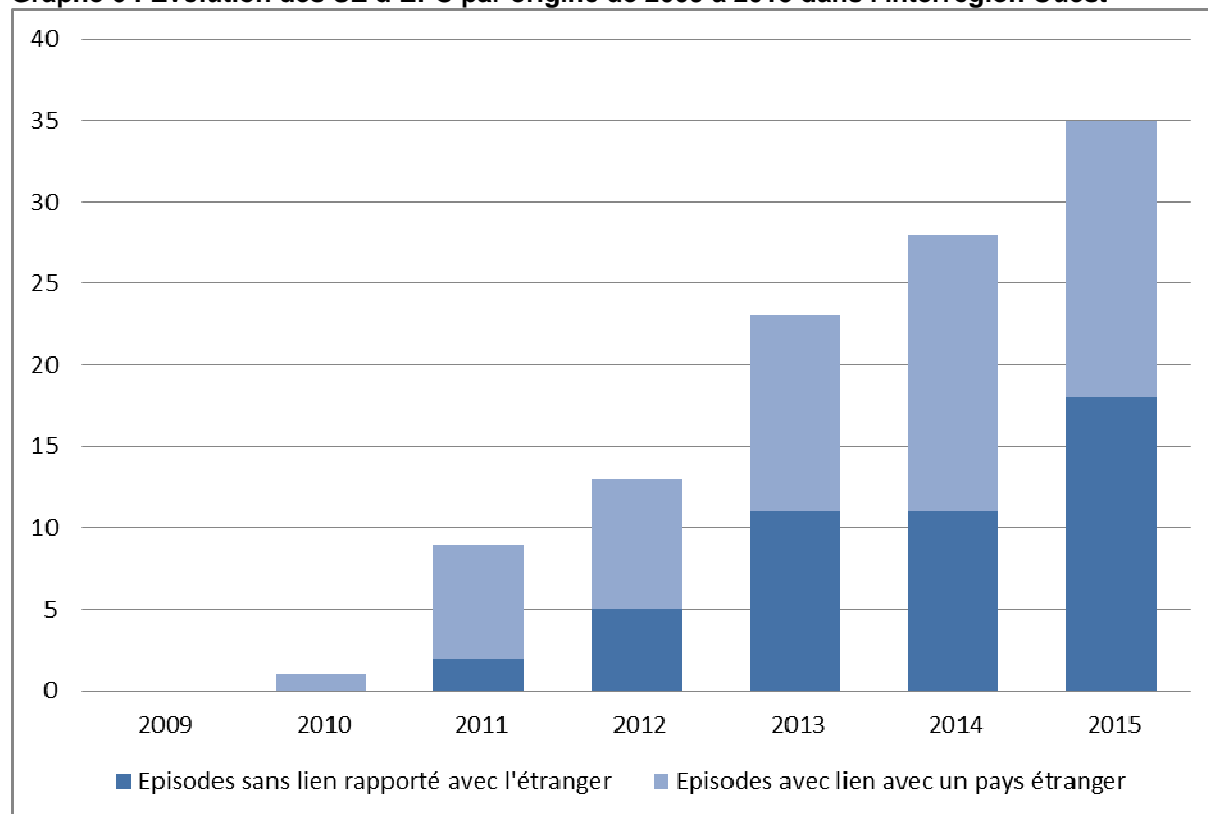
On note une augmentation importante des signalements en région Centre depuis 2013.

Près de la moitié des signalements de l'inter région proviennent de la région Centre en 2015.

En région Pays de la Loire, les signalements sont en diminution. En 2013, deux épisodes importants en nombre de cas avaient été à l'origine d'une diffusion régionale .L'évolution de ces épisodes est détaillée ci-dessous (figure1).

Les signalements d'EPC de la région Bretagne et de la région Basse Normandie restent plus faibles (de 0 à 10/signalements/an).Dans ces deux régions la dynamique de signalement est importante donc ce nombre faible d'EPC semble être en relation avec une épidémiologie épargnée à ce jour.

Graphe 6 : Evolution des SE d'EPC par origine de 2009 à 2015 dans l'inter région Ouest



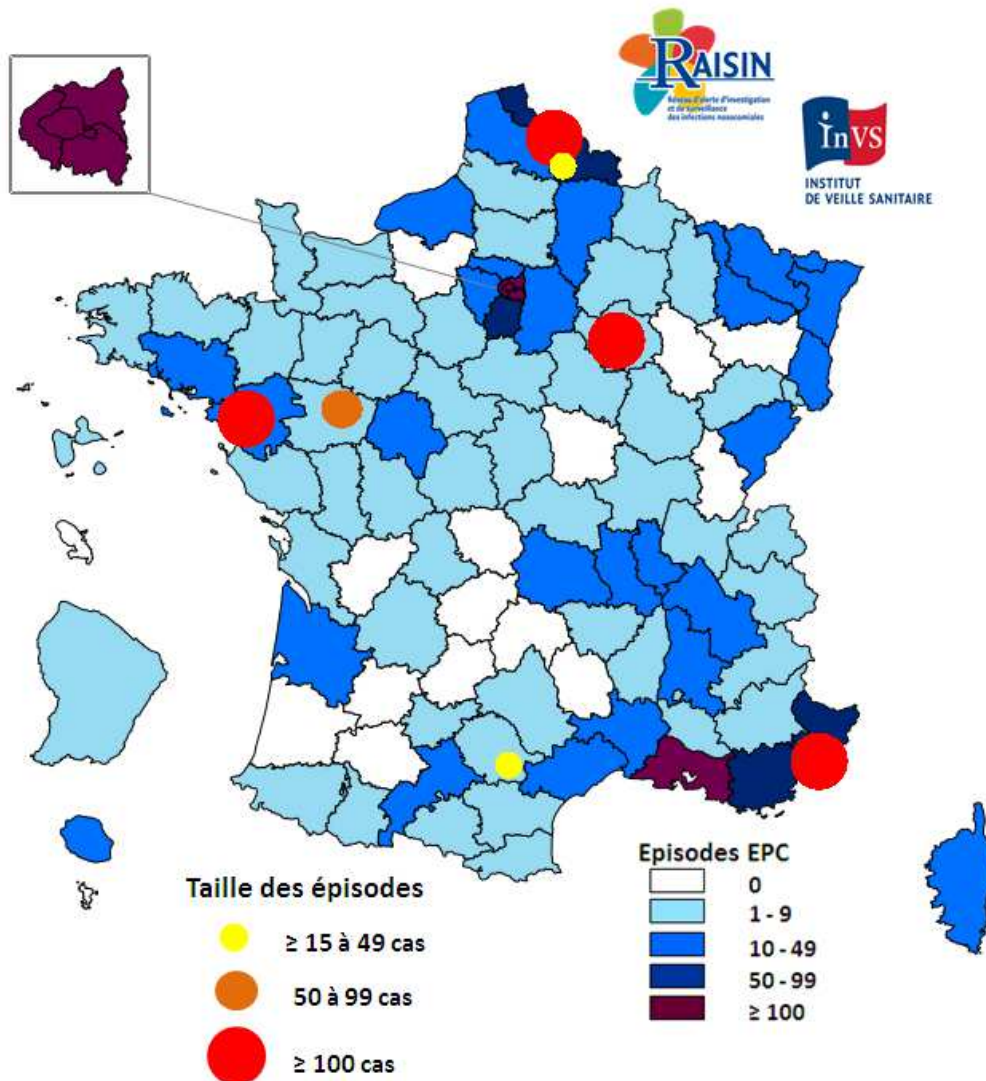
Tous les signalements ayant un lien épidémiologique (même épisode) ont été regroupés. De même les signalements/doublon qui correspondent exactement au même patient, mais qui ont été réalisés par deux établissements différents ont été regroupés.

Depuis 2009, 108 épisodes d'EPC ont été signalés dans l'inter région Ouest. En 2015, il y a eu 35 épisodes, 18 épisodes avaient un lien avec l'étranger, 17 étaient sans lien avec l'étranger (11 en 2014). Les épisodes en lien avec l'étranger restent prédominants.

Tous les épisodes sont suivis par l'InVS et les CClin. Le dernier bilan national du 4 septembre 2015 au lien suivant : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-associees-aux-soins/Surveillance-des->

[infections-associees-aux-soins-IAS/Enterobacteries-productrices-de-carbapenemases-EPC/Episodes-impliquant-des-enterobacteries-productrices-de-carbapenemases-en-France.-Situation-epidemiologique-du-4-septembre-2015.](#)

Figure 1 : Carte de France de l'InVS des épisodes et épidémies d'EPC au 4 septembre 2015



Épisodes impliquant des entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) en région Pays de Loire. Situation épidémiologique actualisée au 2 mars 2016.

La région Pays de Loire est actuellement concernée par la diffusion, dans plusieurs établissements de santé, de bactéries hautement résistante aux antibiotiques (BHRe), *Klebsiella pneumoniae* pour une grande majorité des cas, productrice de carbapénémase (de type OXA-48). Ce premier

bilan complète l'information hebdomadaire transmise aux établissements par l'Arlin depuis août 2013.

Cette région fait l'objet de plusieurs épisodes de cas groupés de BHRe, de taille importante. On entend par épisode, un ou plusieurs cas

infecté(s) et /ou colonisé(s) par une EPC et reliés par une chaîne de transmission épidémiologique.

Au CHU de Nantes le premier épisode a débuté par un signalement impliquant un *Citrobacter freundii* producteur de carbapénémase (de type OXA-48) le 13 06 2013. Cet épisode a pour point de départ une découverte fortuite d'un cas de BHRé en unité de médecine interne MI chez un patient sans antécédent d'hospitalisation à l'étranger hospitalisé depuis 3 semaines. Cette épidémie s'est étendue au service de maladies infectieuses et tropicales (SMIT) situé dans la même aile d'hospitalisation de l'Hotel Dieu et au service d'immunonéphrologie-transplantation (ITUN). Elle a été responsable de 40 cas secondaires de juillet 2013 à octobre 2013. Quatre autres établissements ont été impactés par des patients contacts qui se sont positivés après leur transfert

Fin octobre, l'épidémie était contrôlée.

Une deuxième vague de ce premier épisode a débuté fin novembre 2013, lors de la ré-hospitalisation d'un cas connu au SMIT. Ce nouvel épisode a généré 39 cas secondaires supplémentaires.

Une autre épidémie a débuté en février 2014 suite à une découverte fortuite chez un patient sans antécédent d'hospitalisation à l'étranger et a généré un total de 18 cas.

Un autre service a été impacté par de la transmission secondaire suite à une découverte fortuite de deux bactériémies en décembre 2014 (Hépto gastro).

Dans ce dernier service, du 30/10/2015 au 31/01/2016, 4 patients porteurs de *K.pneumoniae* OXA 48 ont été découverts. Seul point commun entre ces patients, une endoscopie digestive avec le même duodéno-scopie. Celui-ci a été prélevé. Les résultats sont restés négatifs. Cet endoscope a été séquestré.

Au total au CHU de Nantes :

90% des patients de ces épidémies étaient des colonisations et aucun décès n'était attribuable. L'espèce prédominante était ***Klebsiella pneumoniae* OXA-48**. Des patients porteurs ont été transférés dans des structures d'aval et n'ont pas donné lieu à une diffusion secondaire. Sur cette période plus de 4000 contacts ont été suivis. Sur le plan stratégique, 3 triples cohortes successives avec personnel dédié pendant 2 mois chacune + 1 unité gigogne avec personnel dédié regroupant les cas des différents services pendant 2 mois ont été mises en place. Pour l'épisode de

décembre 2014 en Hépto gastro, 3 secteurs de cohorting ont été créés avec fermeture de lits et arrêt des transferts pendant la période critique.

Plus récemment, un repérage informatique des contacts a complété le repérage des patients porteurs. Une sensibilisation institutionnelle a été réalisée, avec mise en place de moyens humains supplémentaires à l'étage SMIT/M vasculaire pour permettre une prise en charge regroupée des patients porteurs dans ce service. Le dernier cas dans ce service date

Au total : **170 cas porteurs** au CHU de Nantes au 2 mars 2016, des colonisations à ***Klebsiella pneumoniae* OXA 48** essentiellement, mais aussi **2 bactériémies** en Hépto gastroentérologie.

Au CHU d'Angers, compte deux épisodes épidémiques distincts.

La première épidémie est une épidémie de *K.pneumoniae* OXA 48 dont le cas index date de 2012 (rapatriement du Maroc).

L'alerte a été donnée en novembre 2013 suite au signalement de trois cas porteurs de *Klebsiella pneumoniae* OXA 48, à priori distincts : un patient rapatrié de Tunisie en médecine gériatrique, un patient de réanimation chirurgicale ayant séjourné 3 semaines en orthopédie, un patient en réanimation médicale, hémodialysé. Un lien génotypique a été retrouvé pour ces trois cas et un quatrième cas datant de juillet 2012.

Cet épisode compte **70 cas secondaires d'infections ou colonisations à *Klebsiella pneumoniae*** au 2 mars 2016 (51 au 12 juin 2015). Trois services ont été impactés : le SMIT, l'endocrinologie, l'hépto gastro et trois établissements SSR avec des cas secondaires (10 cas secondaires dans un SSR en décembre 2015/ janvier 2016).

Plus de 2000 contacts ont été identifiés.

Les patients porteurs sont pris en charge en PCC dans des services différents, avec le principe de « marche en avant ».

La répartition des patients porteurs dans différents secteurs de soins génère 600 à 800 dépiages par mois.

Une deuxième épidémie a débuté le 19/12/2014 avec 1 cas index de ***Klebsiella pneumoniae* KPC** en réanimation chirurgicale (rapatriement de Grèce).

21 cas secondaires au 2 mars 2016 (5 cas secondaires au 12 juin 2015).

Malgré des diagnostics espacés dans le temps pour certains cas, ceux-ci sont liés génotypiquement. Une origine environnementale est évoquée. Une transmission croisée a été mise en évidence en octobre/novembre 2015, toujours en réanimation chirurgicale et une autre au SMIT en février 2016.

En réanimation chirurgicale, un secteur de cohorting avec personnel dédié a été mis en place pendant quelques semaines en novembre 2015. Un renfort en personnel paramédical est actuellement en cours (Mars 2016) dans ce secteur en fonction des effectifs disponibles.

Au total au CHU d'Angers :

1 cas index et 70 cas secondaires à ***Klebsiella pneumoniae* OXA 48** essentiellement (*Citrobacter freundii* et *E. coli parvois*), mais aussi 2 bactériémies avec décès non lié en chirurgie cardiaque. Le dernier cas date de la semaine 8 2016 (février 2016).

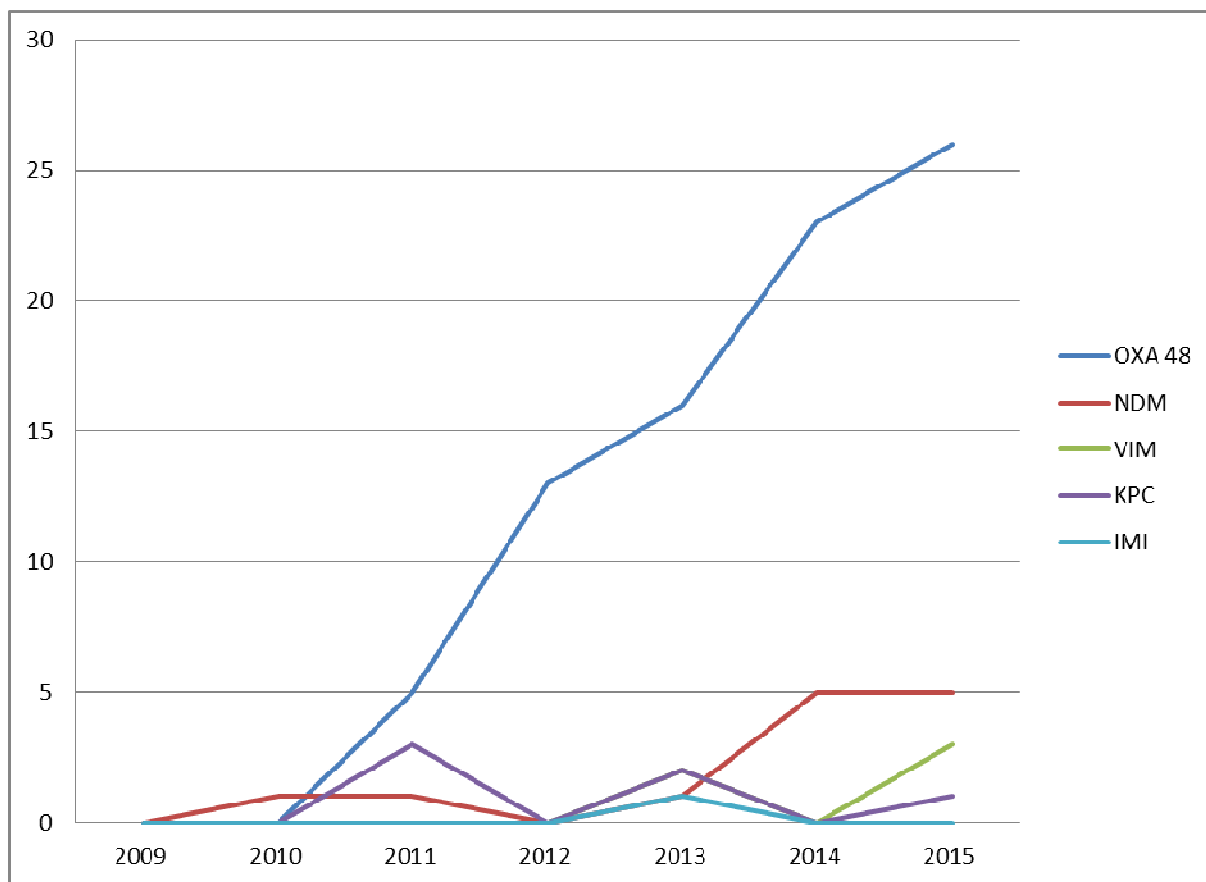
1 cas index et 21 cas secondaires à ***Klebsiella pneumoniae* KPC** en réanimation chirurgicale. Le dernier cas date de la semaine 8 2016 ((février 2016).

Treize patients ont été considérés comme **infectés et parmi eux trois décès** sont survenus.

Prélèvements clinique et infections à EPC au CHU d'Angers :

Patient	Type d'infection	Décès
1	Choc septique (porte entrée cutanée)	Oui
2	Choc septique (porte entrée digestive)	Décès précoce
3	Sepsis	Non
4	Bactériémie	Non
5	Site opératoire digestif	Non
6	Site opératoire digestif	Non
7	Pneumopathie	Non
8	Pneumopathie	Non
9	Ostéite	Non
10	Ostéite	Non
11	Ostéite	Non
12	Ostéite	Non
13	Péritonite	Oui

Graphe 7 : Evolution de 2009 à 2015 des EPC par type de carbapénémase dans l'interrégion Ouest

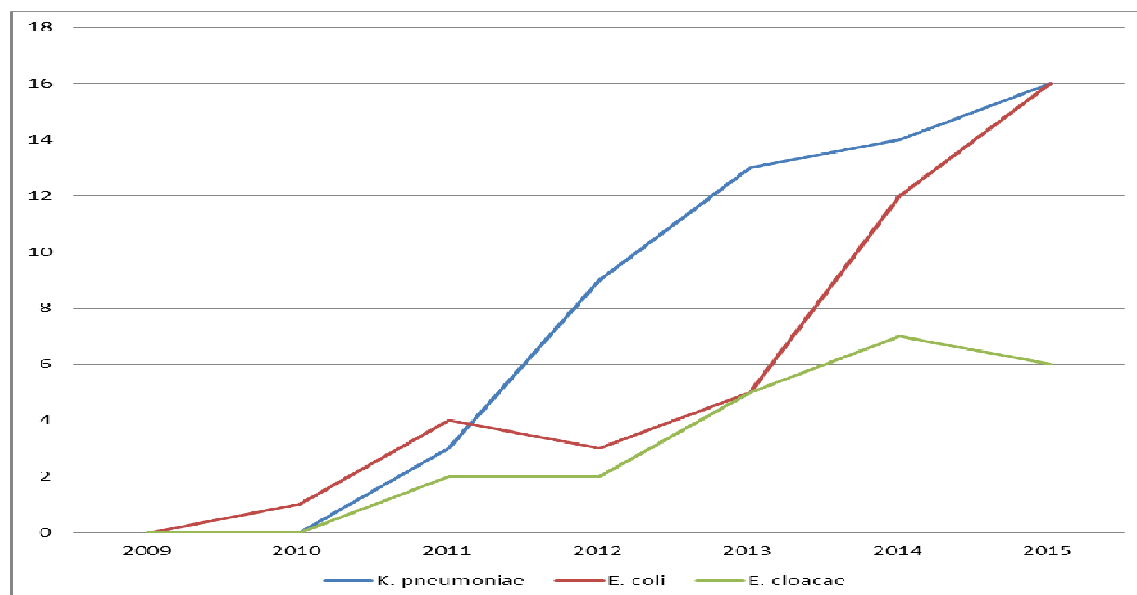


Cent huit types de carbapénémase ont été identifiés depuis 2009. Le type de carbapénémase le plus fréquemment retrouvé est OXA 48.

En 2015, le deuxième type est NDM, ensuite VIM et enfin KPC.

Mécanismes de résistance	nb d'épisodes	% des épisodes
OXA 48	83	76,9%
NDM	13	12,0%
KPC	6	5,6%
VIM	5	4,6%
IMI	1	0,9%

Grphe 8 : Evolution de 2009 à 2015 des EPC par type de germe dans l'interrégion Ouest



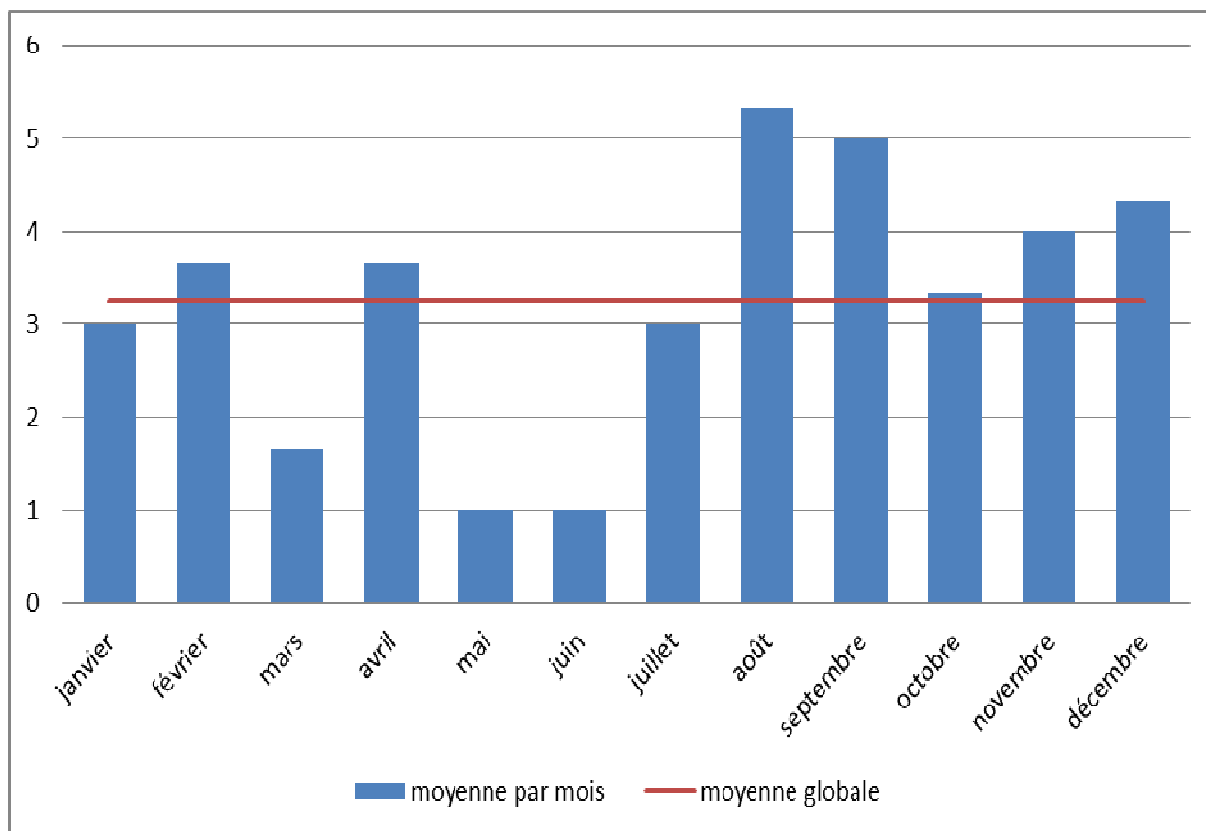
Cent trente-cinq entérobactéries ont été identifiées productrices de carbapénémases . Les principaux germes producteurs de carbapénémases sont : *K. pneumoniae*, *E. coli*, et *E. cloacae*. Il y a eu une forte augmentation d'*E.coli* depuis 2013. Certains patients sont porteurs de plusieurs souches EPC, le plus souvent avec la même carbapénémase.

Le portage a été retrouvé jusqu'à deux ans après leur découverte pour certains patients.

Autres germes : *Citrobacter freundii*, *Klebsiella oxytoca*, *Raoultella planticola*, *Enterobacter aerogenes*, *Citrobacter koseri*, *Citrobacter amalonaticus*.

Bactéries	nb d'épisodes	% des épisodes
<i>K. pneumoniae</i>	55	50,9%
<i>E. coli</i>	41	38,0%
<i>E. cloacae</i>	22	20,4%
<i>C. freundii</i>	6	5,6%
<i>K. oxytoca</i>	6	5,6%
<i>E. aerogenes</i>	2	1,9%
<i>C. amalonaticus</i>	1	0,9%
<i>C. koseri</i>	1	0,9%
<i>R. planticola</i>	1	0,9%

Graphe 9 : Moyenne du nombre de SE d'EPC par mois d'émission entre 2013 et 2015 dans l'interrégion Ouest



Entre 2013 et 2015, la moyenne mensuelle de signalements d'EPC est de 3,3. Sur les trois années un nombre de signalements plus important est retrouvé au second semestre.

9. Alertes

EPC en Pays de la Loire

Epidémie d'espèces et de plasmides de large ampleur dans deux ES CHU.

2 réunions de la cellule régionale de gestion des épidémies BHRé

- ◆ Le 30 juillet 2015 à Nantes (Arlin, ARS, ES)
- ◆ Le 30 novembre 2015 (téléphonique Arlin, CCLin, ARS, ES)

Décès d'un enfant de deux ans en Basse Normandie

- ◆ 3 réunions (Arlin CCLin ARS InVS DUS ANSM)
- ◆ Saisie de la DGOS du 10 février 2015 concernant le risque infectieux lors de la pose et des manipulations des CVC de nutrition parentérale en néonatalogie.
- ◆ Audit des pratiques par questionnaire auprès de 6 établissements de l'inter région Ouest

Entérocolites en néonatalogie en Basse Normandie

- ◆ 3 réunions de crise (Arlin CCLin ARS InVS DUS ANSM)
- ◆ Etude cas témoin (Arlin et CIRE)

Alerte européenne - Recherche active de cas : infections invasives à *Mycobacterium chimaera*

Fin juin début juillet 2015

L'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) a lancé une alerte sur des cas de patients infectés par une mycobactérie atypique en lien avec des générateurs thermiques de circulation extra-corporelle (heater-cooler unit).

En parallèle de l'alerte aux services de chirurgie cardiaque pratiquant des actes sous circulation extra-corporelle (CEC), les Directeurs Général de la santé et de l'Offre de soins ont signé un Message d'Alerte Rapide Sanitaire (MARS) pour inciter à la recherche prospective active de nouveaux cas devant toute endocardite infectieuse ou infection de prothèse "sans germe identifié" survenant après un chirurgie cardio-vasculaire réalisée sous circulation extra corporelle (CEC).

Conclusion

Une dynamique se maintient avec une répartition des signalements qui évolue vers une augmentation des signalements de germes émergents et d'épidémies.

La gestion d'épisodes récents d'épidémies à ERG ou EPC, montre bien le rôle que peuvent jouer le CCLin et les Arlin en venant en appui des établissements concernés.

Pour la suite, il reste à élaborer une stratégie de repérage des ES qui pourraient bénéficier de l'aide du réseau CCLin Arlin pour signaler, s'il y a lieu et de travailler sur les freins au signalement qui ont été mis en évidence lors de l'évaluation du dispositif³.

³ RAISIN - Pratique du signalement externe des infections nosocomiales : une étude sociologique - Novembre 2010