

Evaluation du dispositif de signalement des infections nosocomiales dans les établissements de santé Sud-est

Dr M Giard, Dr C Bernet, Dr A Savey , E Laprugne-Garcia, Pr J Fabry
CCLIN Sud-Est, 15 octobre 2009

Introduction

Le signalement des infections nosocomiales (IN) est une obligation législative qui découle de la loi de sécurité sanitaire de 1998. C'est un dispositif d'alerte et de vigilance mis en place en France en août 2001. Conçu pour détecter et maîtriser des infections nosocomiales « sentinelles », des événements inhabituels, il peut relever de la mise en œuvre de mesures de protection et/ou de contrôle si nécessaire à l'échelon local, régional ou national. L'outil repose sur la déclaration externe à la DDASS et au CCLIN par les professionnels désignés selon les modalités du décret du 26/07/01. Le bon fonctionnement du dispositif s'appuie pleinement sur les équipes opérationnelles d'hygiène (EOH), le processus de signalement externe étant lié au processus de signalement interne déjà organisé au sein des établissements de santé (ES).

La circulaire du 19 août 2009 relative à la mise en œuvre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins précise que « repérage et signalement s'imposent comme deux étapes clefs pour la détection précoce des IAS, elle-même condition d'une maîtrise rapide des phénomènes infectieux ».

A l'heure du développement du télésignalement par l'InVS (projet SIN@PSE), le CCLIN Sud-Est a souhaité évaluer le dispositif de signalement des IN avec pour objectif de profiter de cette impulsion pour dégager des actions d'amélioration interrégionales et optimiser le dispositif de signalement.

Méthode

Une enquête transversale a été réalisée le 02/12/2008 par envoi (e.mail) d'un questionnaire de 2 pages (annexe) à chaque établissement de santé de l'inter-région Sud-Est (présidents de CLIN, responsables signalement, équipes opérationnelles d'hygiène), qu'il ait déjà signalé en externe ou non. Un seul questionnaire était à remplir par établissement. Le retour des questionnaires par courrier ou par fax était attendu pour le 31/01/2009.

Les données recueillies étaient partagées en 4 chapitres :

- données administratives,
- organisation au sein des établissements des dispositifs de signalement interne et externe,
- perception par les établissements du dispositif de signalement externe,
- perception par les établissements de la fiche de signalement externe.

Plusieurs questions permettaient de saisir des commentaires libres.

L'analyse effectuée par le CCLIN Sud-Est est descriptive.

Les 943 établissements recensés par le CCLIN Sud-Est ont été contactés via les moyens suivants, non exclusifs :

- 778 courriels à des présidents de CLIN,
- 821 courriels à des EOH,
- 710 courriels à des responsables signalements,
- 33 courriers postaux (présidents de CLIN sans adresse électronique).

Résultats

1. Description des participants

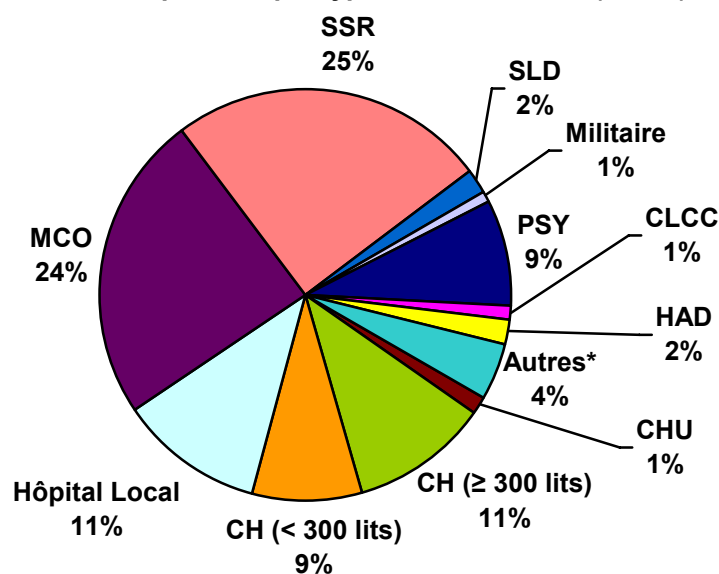
Au total, 50% des établissements de santé ont participé (soit 470/943). La répartition des établissements participant est représentative de toutes les régions, excepté pour la Corse (29%) et la Réunion (32%).

Répartition des participants par département et région

Régions et départements	Nombre d'établissements participants	Nombre total d'établissements	Participation par région %
<i>Auvergne</i>	39	68	57,4
Allier – 03	6	10	
Cantal – 15	6	10	
Haute-Loire – 43	9	15	
Puy-de-Dôme – 63	18	33	
<i>Corse</i>	6	21	28,6
Corse-du-Sud – 2A	3	15	
Haute-Corse – 2B	3	6	
<i>Languedoc-Roussillon</i>	94	168	56,0
Aude – 11	11	16	
Gard – 30	22	36	
Hérault – 34	34	67	
Lozère – 48	8	14	
Pyrénées Orientales – 66	19	35	
<i>Provence-Alpes-Côte d'Azur</i>	167	315	53,0
Alpes de Haute-Provence – 04	7	20	
Hautes Alpes – 05	16	24	
Alpes Maritimes – 06	30	65	
Bouches du Rhône – 13	55	108	
Var – 83	40	64	
Vaucluse – 84	19	34	
<i>Réunion – 974</i>	12	38	31,6
<i>Rhône-Alpes</i>	152	324	46,9
Ain – 01	16	34	
Ardèche – 07	16	27	
Drôme – 26	12	22	
Isère – 38	20	48	
Loire – 42	20	45	
Rhône – 69	45	99	
Savoie – 73	7	17	
Haute-Savoie – 74	16	32	
<i>Total</i>	470	943	49,8

Les types d'établissements les plus représentés sont les établissements de soins de suite et réadaptation (SSR) et les établissements de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), qui totalisent près de 50% des participants.

Distribution des établissements répondant par type d'établissement (n=470)



* 8 établissements de dialyses, 2 EHPAD, 1 maison d'enfants à caractère sanitaire, 1 maison de retraite, 9 non précisés

Dans près de 60% des cas, les présidents de CLIN ont participé au remplissage du questionnaire.

Fonction des personnes qui ont rempli le questionnaire (n=470)	n	% des participants
Président du CLIN	281	59,8
Responsable du signalement	199	42,3
Infirmier(e) ou cadre hygiéniste	198	42,1
Praticien hygiéniste (médecin, pharmacien)	132	28,1
Administratif (directeur, responsable qualité, gestionnaire de risques...)	56	11,9
Autre*	29	6,2

*EOH, CLIN, médecin, pharmacien, cadre santé, IDE, secrétaire, réf. hygiène, responsable qualité.

2. Organisation dans l'établissement du signalement des infections nosocomiales (IN)

a. Dispositif de signalement

Un dispositif de signalement existe dans 98% des cas, dont 100% des centres hospitalo-universitaires (CHU), centres hospitaliers (CH) de plus de 300 lits, établissements militaires, psychiatriques ou de soins de longue durée (SLD). Les 10 établissements n'ayant pas de dispositif de signalement sont de plus petite taille : 4 hôpitaux locaux, 3 établissements de SSR, 1 CH de moins de 300 lits, 1 centre de lutte contre le cancer (CLCC) et 1 établissement d'hospitalisation à domicile (HAD).

Lorsqu'il existe, le dispositif est formalisé par écrit et validé par le CLIN dans plus de 90% des cas. Il persiste une difficulté à concrétiser la démarche, surtout dans les établissements qui n'ont pas de praticien en hygiène.

Existence du dispositif de signalement	n	%
Un dispositif de signalement des IN existe dans l'établissement (n=467)	457	97,9
Si oui, il existe une procédure écrite pour ce dispositif (n=457)	410	90,7
Si oui, cette procédure est validée par le CLIN (n=457)	397	91,5

Un responsable du signalement existe dans 99 % des cas, l'objectif à terme étant d'atteindre les 100%. Concernant sa catégorie professionnelle, ce responsable est un praticien (médecin ou pharmacien) dans plus de 90% des cas et un paramédical dans 8% des cas, notamment dans les établissements de type MCO et HAD. Dans les CHU et les hôpitaux militaires, le responsable du signalement est toujours un médecin.

Concernant sa fonction complémentaire, dans moins d'1/4 des cas seulement, ce praticien ou paramédical est hygiéniste, et dans 45% des cas, la responsabilité du signalement revient au président du CLIN. Un administratif n'est responsable du signalement que dans des établissements de type SSR.

Responsable du signalement	n	%
Il existe un responsable du signalement dans l'établissement (n=459)	453	98,7
Si oui (n=453), qui est-il :		
Par catégorie		
Médecin	260	74,9
Pharmacien	56	16,1
Paramédical	28	8,1
Administratif	3	0,9
Par fonction complémentaire		
Président de CLIN	210	44,7
Hygiéniste	115	24,5
Responsable d'autres vigilances	19	4,0
Responsable du laboratoire	14	3,0
Responsable qualité	11	2,3
Gestionnaire des risques	4	0,9

b. Critères et circuit du signalement

Dans presque ¾ des cas, les critères de signalement interne ont été élargis par rapport aux critères de signalement externe. Dans 60% de ces cas, c'est à l'ensemble des IN qu'ils ont été élargis. Des consignes écrites listant ces critères additionnels de signalement ont été rédigées dans moins de la moitié des cas, ce qui n'empêche pas l'élaboration d'un circuit spécifique pour la transmission de la fiche IN dans plus de 2/3 des cas. Malgré le circuit établi, la transmission se fait parfois par oral ou par courriel. De plus, le président du CLIN persiste à avoir du mal à imposer le processus de signalement. Ce dernier dépend parfois, pour le suivi à 30 jours, de chirurgiens en consultation post-opératoire en libéral et semble plus efficace lorsqu'il est effectué par le laboratoire.

Critères de signalement interne	n	%
Critères de signalement interne = critères de signalement externe (n=452)	107	23,7
Si non (n=345), quels sont les critères d'élargissement du signalement interne		
Toutes les infections nosocomiales (IN)	220	63,8
Les IN concernées par une surveillance standardisée en réseau	81	23,5
Autre*	51	14,8
Consignes écrites listant les critères additionnels de signalement interne (n=416)	184	44,2
Circuit du signalement interne (n=470)		
Circuit spécifique pour la transmission de la fiche IN	320	68,1
Circuit commun avec les autres vigilances réglementaires	42	8,9
Circuit spécifique avec les événements indésirables liés aux soins	30	6,4
Circuit commun avec l'ensemble des événements indésirables (y compris vol, violence, risque incendie...)	88	18,7

*exemples : toutes les infections, signalement labo, BMR, nécessité de précautions complémentaires, nécessité d'ATB, cas groupés, infections d'origine environnementale, infections sentinelles, gale, *C. difficile*, certaines infections listées, selon l'appréciation du praticien.

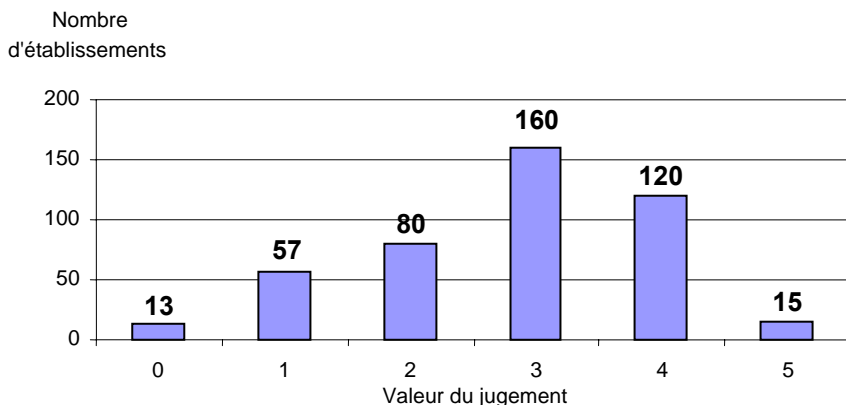
c. Evaluation du dispositif

Le dispositif de signalement a déjà été évalué dans 18,7% (n=86) des établissements. Les établissements qui ont le plus souvent procédé à ce type d'évaluation sont les établissements de type MCO et les CH de

moins de 300 lits, alors que les CHU et les hôpitaux militaires participant à l'enquête n'ont jamais évalué leur dispositif de signalement.

Le dispositif de signalement est jugé plutôt opérationnel (valeur du jugement de 3, 4 ou 5) dans 2/3 des cas malgré le faible nombre de signalements internes et externes.

Jugement du dispositif de signalement sur le plan opérationnel (n=445)



Le dispositif de signalement est plus souvent jugé opérationnel quand il existe une procédure écrite et quand le circuit du signalement interne passe par un circuit spécifique de transmission d'une fiche IN. Par contre, il n'y a pas de lien avec la qualification du responsable du signalement (hygiéniste ou non).

Jugement du dispositif de signalement en fonction de son organisation	Dispositif de signalement jugé opérationnel (valeur 3, 4 ou 5)		
	n	%	p
Procédure écrite pour le dispositif de signalement			< 0,001
Oui	274	69,7	
Non	16	39,0	
Circuit du signalement interne			
Circuit spécifique pour la transmission de la fiche IN	223	72,2	< 0,001
Circuit commun avec les autres vigilances réglementaires	24	59,5	0,27
Circuit spécifique avec les événements indésirables liés aux soins	15	51,7	0,09
Circuit commun avec l'ensemble des événements indésirables (y compris vol, violence, risque incendie...)	57	65,5	0,87

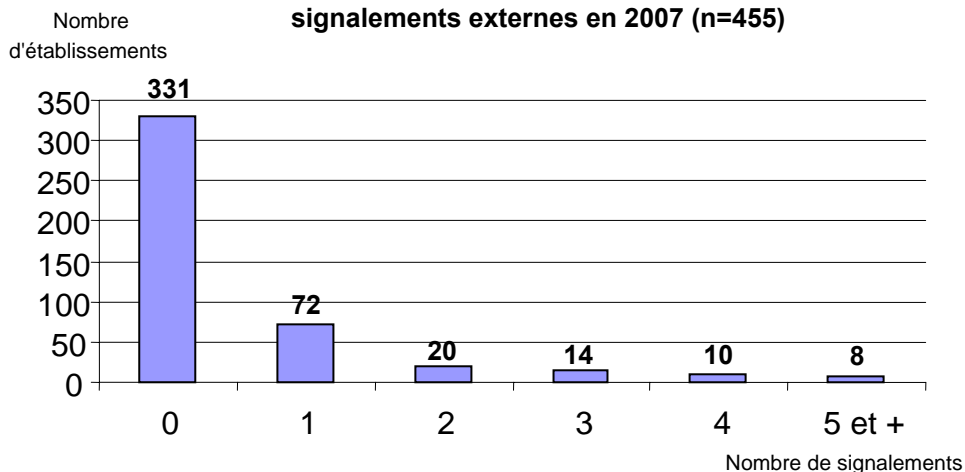
d. Nombre de signalements

Le nombre de signalements internes en 2007 est faible : il est estimé à moins d'une fois par mois dans près de 60% des cas, et la médiane des 369 établissements inclus dans l'étude qui connaissaient le nombre exact de signalements internes est de 7 pour l'année. Les établissements qui recensent le plus de signalements internes sont les CHU, les CH, quelle que soit leur taille, et les établissements de type MCO.

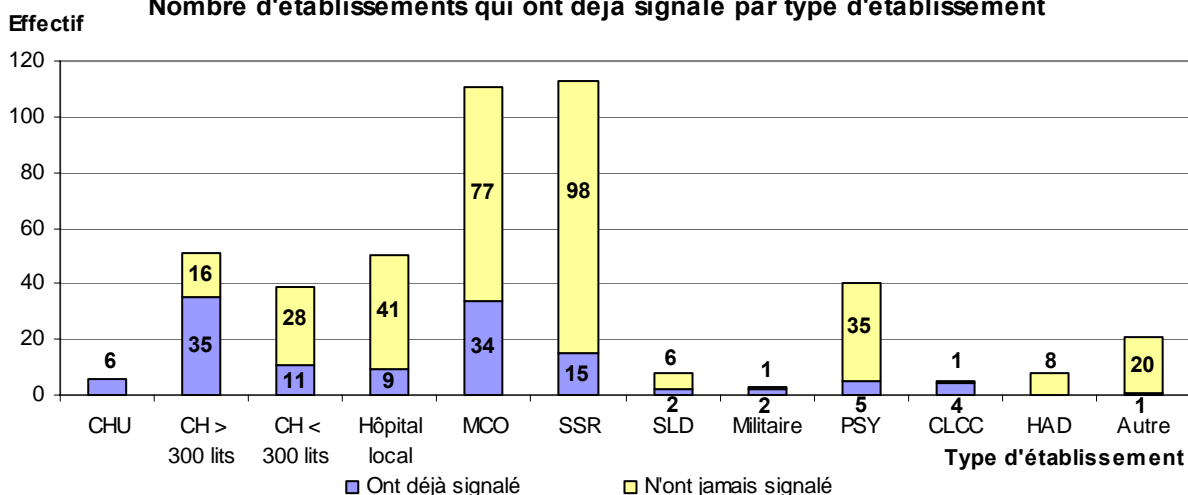
Estimation du nombre de signalements internes en 2007 (n=245)	n	%
Moins d'1 fois par mois	144	58,8
Entre 1 fois par semaine et 1 fois par mois	69	28,2
Plus d'1 fois par semaine	32	13,1

Les ¾ des établissements n'ont pas fait plus d'1 signalement externe au cours de l'année évaluée (2007).

Répartition des établissements selon le nombre de signalements externes en 2007 (n=455)



Nombre d'établissements qui ont déjà signalé par type d'établissement



Parmi les 367 établissements qui ont fourni à la fois le nombre de signalements internes et externes en 2007, on observe que le ratio nombre de signalements internes / externes global est de 62,16 (soit au total 12 556/202). Parmi les 273 établissements qui ne rapportaient aucun signalement externe et qui ont fourni le nombre de signalements internes, 65,2% rapportaient au moins 1 signalement interne. Parmi les 93 établissements qui rapportaient au moins 1 signalement externe et qui ont fourni le nombre de signalements internes, 86,0% rapportaient plus d'1 signalement interne. Ces résultats permettent de rappeler l'importance d'avoir un bon fonctionnement du signalement interne pour rendre le signalement externe optimal.

3. Perception du dispositif de signalement externe

Le circuit de signalement semble trop complexe à 27,7% des établissements, essentiellement en lien avec le double circuit de déclaration, ce qui conduit certains établissements à ne signaler qu'à la DDASS.

Perception du dispositif de signalement externe	n	%
Le circuit de signalement est trop complexe (n=455)	126	27,7
Si oui (n=126), en lien avec :		
le circuit interne à l'établissement	22	17,5
le double circuit de déclaration (CCLIN – DDASS)	105	83,3
Autres*	18	14,3

*Exemples : problème de communication avec les laboratoires privés, multiplication des systèmes de déclaration pour différents événements, papier et non Internet ou e.mail, lourdeur, obligation de diffuser en

interne la fiche de signalement aux directions/responsables des services/dossiers de tous les patients concernés.

Près de 30% des établissements (n=135) rencontrent des réticences à signaler, en lien soit avec la crainte d'être pris en « faute », soit avec l'absence de compréhension de l'utilité du signalement. Les établissements qui rencontrent le plus de réticences à signaler sont pour 50% des CHU et 46% des CH de plus de 300 lits et des MCO. Seuls les établissements militaires et les CLCC ne déclarent aucune réticence à signaler. La rédaction systématique d'un rapport d'investigation, lourd en terme de charge de travail, peut être un frein à un signalement exhaustif.

Nature des réticences à signaler au sein de l'établissement (n=135)	n	%
Professionnels non convaincus de l'utilité du signalement externe	70	51,9
Crainte pour la notoriété du service, de l'établissement, du médecin	66	48,9
Surcharge de travail engendré	51	37,8
Crainte d'une judiciarisation	46	34,1
Crainte d'un contrôle externe	44	32,6
Crainte d'une médiatisation	41	30,4
Nécessité d'informer le patient	29	21,5
Crainte du non respect de la confidentialité	29	21,5
Autre*	29	21,5

*Exemples : crainte de la tutelle, pas de culture de la transparence, plus de réticence avec les seniors, frein de l'administration ou du président de CME, notion de faute par le personnel et par le public, signalements antérieurs inutiles, crainte d'une altération des relations avec les établissements adresseurs pour les IN importées, manque d'information en interne.

Près de 51% (236) des établissements ont déjà signalé depuis 2001. Les raisons du non signalement sont soit l'absence d'épisode d'IN correspondant aux critères du signalement externe, soit un dispositif ou un personnel en place depuis trop peu de temps pour avoir déjà effectué un tel signalement.

Raisons du non signalement (n=222)	n	%
Aucun épisode d'IN observé correspondant aux critères du signalement externe	191	86,0
Méconnaissance du dispositif ou des critères par les professionnels	15	6,8
Non adhésion des professionnels au dispositif	4	1,8
Blocage à un autre niveau (chef de service, CME, direction...)	4	1,8
Autres*	8	3,6

*Exemples : dispositif en place ou personne en fonction depuis trop peu de temps dans l'établissement, circuit interne non opérationnel, enquêtes d'incidence suffisantes pour décrire les IN, peu d'intérêt des soignants de psychiatrie.

Le CCLIN/ARLIN a déjà demandé des informations complémentaires à près de 69,7% (163) des établissements signaleurs. Ces informations paraissaient globalement justifiées, mais étaient en doublon avec les demandes des tutelles dans 10% des cas.

Les informations complémentaires demandées paraissaient (n=163)	n	%
Justifiées	132	81,0
En doublon avec les demandes de la tutelle	17	10,4
En doublon avec les demandes de l'antenne régionale	5	3,1
Lourdes en terme de charge de travail	38	23,3
Autres*	8	4,9

*Non adaptée, pas toujours bien ciblées, décalées par rapport à la pratique de terrain, demande systématique de protocoles pour des épisodes semblables, demande d'informations déjà présentes dans la fiche.

Une aide du CCLIN/ARLIN a déjà été apportée à plus de 2/3 des signaleurs, alors que seuls 13,6% ont déjà demandé cette aide. Lorsqu'une aide était apportée par le CCLIN/ARLIN, elle semblait adaptée dans plus de ¾ des cas. Lorsqu'elle semblait inadaptée, elle était parfois vécue comme un contrôle (n=5) ou était trop tardive (n=5).

Aide du CCLIN/ARLIN	n	%
Le CCLIN/ARLIN ont apporté une aide pour la gestion du (ou des) épisode(s) signalé(s) (n=228) :		
jamais	73	32,0
parfois	68	29,8
souvent	33	14,5
toujours	54	23,7
Si une aide était apportée (n=153), était-elle adaptée ?		
jamais	1	0,7
parfois	37	24,2
souvent	67	43,8
toujours	48	31,4
Si l'aide apportée était non adaptée (n=30), pourquoi ?		
pas de contact avec le CCLIN (en dehors de l'accusé de réception)	4	
contact insuffisant	2	
réponse tardive	5	
qualité relationnelle non satisfaisante	2	
expertise non adaptée	2	
intervention perçue comme un contrôle	5	
Autres	10	
L'item « besoin d'expertise extérieure » a déjà été utilisé (n=235)	32	13,6

*Exemples : aide identique à l'apport du praticien hygiéniste, expertise trop loin du terrain et pas assez ciblée, non adaptée à la taille et aux moyens de l'établissement, aide trop standardisée (audit, recommandations), délai entre envoi du signalement et contact du CCLIN trop long pour permettre l'adaptation de pratiques visant à limiter le risque de diffusion, réponse ou accusé de réception jamais reçu, aide mal vécue par les professionnels car non demandée, accueil variable.

L'expertise du CCLIN/ARLIN et son appui méthodologique sont les 2 domaines perçus comme les plus utiles aux établissements.

Domaines dans lesquels un appui du CCLIN ou de l'antenne régionale semble le plus nécessaire (n=470)	n	%
Expertise (documentation, conseils techniques, observation des pratiques, mesures correctives)	175	74,2
Appui méthodologique (rappel de patients, investigation, enquête épidémiologique, audit...)	143	60,6
Communication et traçabilité (restitution, rapport d'investigation)	51	21,6
Interface avec les tutelles	55	23,3
Tiers facilitant (management, organisation, gestion de conflits...)	46	19,5
Autres*	10	4,2

*Exemples : le CCLIN centralise les alertes pour pouvoir prévenir les autres établissements, informe de façon descendante en cas d'alerte ou d'épidémie nationale, aide sur le terrain, crédibilise l'action du CLIN, permet un travail de groupe avec des projets communs.

Le signalement a permis à 45% des signaleurs une amélioration des pratiques de soins, ce qui est un des objectifs principaux de la démarche. Si beaucoup d'établissements sont convaincus de l'utilité du signalement, certains déplorent une surcharge de travail sans retombée pratique directe.

Le signalement a permis (n=470)	n	%
Une amélioration des pratiques de soins	107	45,3
Une meilleure collaboration entre professionnels	95	40,3
Une meilleure vision du risque infectieux	77	32,6
De valoriser le travail du CLIN ou celui de l'EOH	76	32,2
Un meilleur soutien de l'administration (ressources, échéances...)	26	11,0
Autres*	17	7,2

*Exemples : amélioration du signalement interne, décision concernant le caractère nosocomial d'une infection, meilleur recueil d'information, audit, évaluation, élaboration de protocole, mesures correctives, formalisation de relations au sein de l'établissement, implication et sensibilisation d'autres professionnels que le CLIN ou l'EOH y compris la direction, mise en évidence de l'émergence de résistances bactériennes.

4. Perception de la fiche de signalement externe

La fiche de signalement est perçue comme globalement adaptée à sa fonction pour 95,6% des établissements (n=430), quel que soit le type d'établissements, qu'ils aient déjà signalé ou non. Par contre, elle semble complexe à remplir, parfois liée à un manque de recul sur l'évènement au moment du remplissage (notamment en cas d'épidémie ou de germes à culture lente ou difficile) ou à des difficultés pour trouver l'information dans le dossier du patient. Les critères de signalement peuvent revêtir des contours flous, et de nombreux établissements souhaiteraient avoir un listing des germes à signaler. Trente établissements (7%) souhaiteraient la suppression de critères de signalement, notamment les maladies nosocomiales à déclaration obligatoire pour 16 établissements. Les cas groupés d'infections fréquentes en période épidémique comme les infections respiratoires aiguës basses pourraient également être supprimées des critères de signalement. Enfin, le critère DM est jugé trop vaste.

Critères de signalement	n	%
Il est difficile de renseigner les critères de signalement (n=440)	62	14,1
L'introduction de critères complémentaires est souhaitée (n=423)	23	5,4
Si oui, lesquels*		
La suppression de critères est souhaitée (n=424)	30	7,1
Si oui (n=30), lesquels :		
1a (agent pathogène en cause)	4	13,3
1b (localisation)	4	13,3
1c (utilisation d'un DM)	6	0,2
1d (procédure exposant d'autres personnes)	5	16,7
2 (décès)	6	0,2
3 (infection liée à un germe de l'environnement)	5	16,7
4 (maladie à DO nosocomiale)	16	53,3

*Cas groupés ou épidémie, porteurs chroniques, les infections rares pas uniquement nosocomiales, portage (et non infection) d'un germe ayant un profil de résistance particulier (ex : GISA), cas où les services logistiques sont impliqués, IAS avec pratique en activité libérale, pathologie tropicale, augmentation d'incidence d'une bactérie.

Les autres rubriques de la fiche sont difficiles à remplir pour 18% des établissements, notamment les causes de l'infection, du fait que la fiche de signalement est remplie avant la fin de l'investigation. Il est également parfois difficile de déterminer le caractère nosocomial de l'infection en l'absence de germe identifié, l'imputabilité du décès à l'IN ou le germe en cause lors d'épisodes viraux pour lesquels il n'y a pas d'analyse microbiologique. D'autres difficultés sont propres à certains services, comme la dialyse où il n'y a pas connaissance systématique de l'agent pathogène et de la source de l'infection du fait de la prise en charge ambulatoire.

Autres rubriques de la fiche	n	%
Il est difficile de renseigner les autres rubriques de la fiche (n=427)	75	17,6
Si oui (n=75), de quelle rubrique s'agit-il ?		
données administratives	4	5,3
description de l'évènement	13	17,3
investigation(s) réalisée(s)	16	21,3
hypothèse sur la cause de l'infection	48	64,0
mesures correctives	14	18,7
besoin d'expertise extérieure	14	18,7
maîtrise de l'évènement	24	32,0
commentaires du praticien en hygiène	0	0

Les commentaires sont importants pour mettre en exergue le caractère singulier de chaque épidémie. La description est très numérique et la fiche nécessiterait plus d'espace pour décrire la situation de manière qualitative.

Discussion

Le nombre de signalements annuels n'a cessé de croître depuis la publication du décret du 26 juillet 2001 pour atteindre 347 en 2007 (Sud-Est).

Parmi les 50% d'établissements ayant participé à cette enquête, un nombre non négligeable déclarait avoir élaboré un dispositif de signalement depuis trop peu de temps ou avoir trop peu d'expérience de l'utilisation de la fiche de signalement pour pouvoir effectuer des commentaires objectifs et contributifs.

1. Mise en relief des principaux résultats

L'organisation du signalement (dispositif, responsable, circuit) dans les établissements de santé reste perfectible. Le dispositif de signalement est plus souvent jugé opérationnel quand il existe une procédure écrite et quand le circuit du signalement interne passe par un circuit spécifique de transmission d'une fiche IN. Cependant, le dispositif mis en place semble peu opérationnel, avec au final un faible nombre de signalements internes ou externes (1 établissement sur 2 a déjà signalé en externe depuis 2001). Si 86% de ceux qui n'ont jamais signalé déclarent qu'ils n'ont jamais observé d'épisode d'IN répondant aux critères du signalement, on peut se demander s'ils en sont certains car seuls 19,3% d'entre eux ont déjà évalué leur dispositif de signalement. La mise en place d'une formation peut améliorer la culture du signalement.

Bien qu'adaptée à sa fonction, la fiche de signalement reste, avec le circuit de signalement, complexe. La démarche est jugée fastidieuse, parfois alourdie par une demande d'informations complémentaires du CCLIN/ARLIN (les demandes du CCLIN et de l'ARLIN étant rarement en doublon). Malgré cela, un des établissements joint systématiquement un rapport chronologique à la fiche de signalement. Parmi les 30 établissements qui souhaitent supprimer des critères de signalement plus de la moitié veut supprimer le signalement des maladies à déclaration obligatoire (DO), faisant déjà l'objet d'une déclaration.

L'intervention du CCLIN/ARLIN semble globalement justifiée et adaptée, surtout pour son apport méthodologique. La DDASS et le CCLIN/ARLIN sont cités comme étant disponibles pour aider les établissements. Bien que certains ne perçoivent dans le signalement qu'une alerte sans bénéfice direct, les établissements signalant ont perçu dans 45% des cas une amélioration des pratiques de soins, ce qui contribue à l'amélioration de la sécurité du patient.

2. Comparaison avec les CCLIN Sud-Ouest et Ouest

Les enquêtes réalisées par les CCLIN Sud-Ouest en 2006 et Ouest en 2007 rapportaient des résultats très proches, tant du point de vue de la participation, que de l'organisation du dispositif ou de sa perception.

	CCLIN Sud-Ouest 2006	CCLIN Ouest 2007	CCLIN Sud-Est 2008
	%	%	%
Participation			
% de répondants	43 (n=163)	68 (n=269)	50 (n=470)
Type d'établissements			
CH / CHU	28	29	21
Hôpital Local	7	15	11
MCO	24	20	24
SSR / SLD	30	23	27
PSY	9	10	9
Autres	2	3	8
Dispositif de signalement			
Organisation formalisée	90	91	91
Circuit spécifique de transmission d'une fiche d'IN	56	74	68
Ont déjà signalé	34	34	27
Perception du dispositif			
Réticences au signalement			
Fréquence	23*	21	29
Nature des réticences	Crainte pour la notoriété du service / médecin / établissement		
	Crainte d'une médiatisation		Non convaincus de l'utilité du signalement
Apports du signalement aux ES	Crainte d'un contrôle externe		
	Amélioration des pratiques de soins + Meilleure collaboration entre professionnels		
Fiche de signalement			
Adaptée à sa fonction	80	94	96
Rubriques difficiles à remplir :			
Motif de signalement	11	9	14
Autres rubriques	8	18	18

3. Télésignalement

A l'avenir, l'informatisation du dossier patient et du signalement interne devrait permettre d'optimiser le dispositif interne à l'établissement, alors que le télésignalement simplifiera le circuit de signalement externe, avec un guichet unique, et diminuera la charge de travail des établissements. Les différents acteurs qui interviennent dans le circuit du signalement (Institut de Veille Sanitaire, CCLIN, DDASS) devront veiller à se coordonner dans la diffusion et le traitement de l'information et pour les actions vis-à-vis des établissements. Cette saisie en ligne est souhaitée et attendue des établissements. Ils soulignent à ce sujet la nécessité d'avoir une interface simple, la possibilité d'imprimer, relire et modifier avant d'envoyer, de pouvoir saisir en 2 temps (1 temps précoce puis 1 temps après l'investigation) et d'avoir une aide en ligne pour chaque item. La procédure générale doit rester accessible à de petits établissements qui ont peu de moyens humains pour les démarches administratives.

4. Demandes des établissements

D'autres suggestions ont été effectuées par les établissements, qui peuvent servir de pistes d'action pour le CCLIN et les ARLIN.

Une sensibilisation des soignants et présidents de CLIN, par voie de courrier ou de communiqué, pourrait être utile pour rappeler la nécessité de signaler et pour dédramatiser le signalement, la survenue d'une IN n'étant pas forcément synonyme de faute. Ce courrier pourrait insister sur l'importance de la traçabilité des actes.

Le fait de ne pas signaler peut être interprété comme « mauvais élèves » alors qu'il n'y a aucun intérêt à signaler certains événements très fréquents comme une IN urinaire à entérobactérie. Dès lors, l'élaboration d'un guide du signalement agrémenté d'exemples de situations cliniques aiderait les établissements à distinguer ce qui n'a pas d'intérêt à être signalé de ce qui ne doit pas être oublié. Toutefois, la liste des épisodes à signaler ne peut être limitative car le signalement doit rester ouvert pour ne pas exclure à des situations évolutives ou inconnues à l'heure actuelle. Sa sensibilité prévaut sur sa spécificité.

D'un point de vue pratique, l'élaboration de fiches standardisées complémentaires pour transmettre au CCLIN et à la tutelle des informations obtenues *a posteriori* faciliteraient les démarches des signaleurs. L'enquête menée par le CCLIN Sud-Ouest en 2006 révélait que 62% des établissements étaient favorables à ce type de fiche. Les rôles respectifs du CCLIN et de la DDASS, ainsi que le lien qui existe entre ces structures, pourraient être rappelés.

Enfin, dans certains cas, un document de clôture du signalement émanant du CCLIN et envoyé conjointement au responsable du signalement et au gestionnaire des risques participerait à la valorisation du travail du CLIN et de l'EOH et aiderait à obtenir un meilleur soutien de l'administration.

5. Pistes d'action

a. Pour le CCLIN

- Transmission de la liste des 10 établissements qui ont déclaré ne pas avoir de dispositif de signalement aux ARLIN correspondantes, pour qu'elles puissent les aider à en élaborer un. Parmi ceux-ci, tous ont identifié un référent signalement et sont en cours d'élaboration de leur dispositif de signalement.
- Optimisation de la rétro-information pour augmenter le vécu de l'intérêt du signalement par les professionnels, par exemple dans le bulletin du CCLIN (En Bref), ou le développement de fiches de retour d'expérience (fiches REX). Ces dernières ont pour objectif de pouvoir informer de façon synthétique les professionnels de la survenue d'un événement signalé par un ES et de sa prise en charge par les divers partenaires.
- Elaboration d'outils pédagogiques (didacticiel, diaporama) à utiliser au sein des établissements pour :
 - o sensibiliser les professionnels à l'intérêt du signalement externe et à l'importance d'un signalement interne opérationnel, notamment à travers les formations annuelles proposées par le CCLIN et ouvertes à tous les professionnels ;
 - o rappeler le fonctionnement, voire expliquer le télésignalement, sur le site Internet du CCLIN Sud-Est et à l'aide des conseils quotidiens ;
 - o dédramatiser le signalement au cours des formations et des conseils en rappelant qu'une IN n'est pas synonyme de faute et que le signalement ne doit pas faire craindre pour la notoriété du service ni pour une judiciarisation accrue. A l'inverse, c'est en cas de procès qu'il sera préjudiciable au service de ne pas avoir fait de signalement préalable. Le signalement apparaîtra comme une initiative forte pour la recherche des causes racines par les professionnels.
- Poursuite de la coordination avec les tutelles pour se répartir les tâches et ne pas demander d'information en doublon. Les rôles respectifs des DDASS et du CCLIN sont détaillés sur le site du CCLIN Sud-Est à l'adresse suivante : <http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/signalement/procedure.htm> . Le CCLIN doit veiller à rester dans son rôle de soutien, d'expertise et de conseil pour que son intervention ne soit pas vécue comme un contrôle. Une réunion annuelle sur ce thème, réunissant DRASS/DDASS/CIRE/CCLIN est l'occasion d'un réajustement des pratiques.
- Pour répondre aux participants pour lesquels les informations complémentaires demandées par le CCLIN paraissent lourdes en terme de charge de travail, le CCLIN peut accroître sa vigilance pour différencier les établissements bien dotés en personnels en hygiène hospitalière, qui ont certainement besoin de peu d'aide, et les établissements pour lesquels un appui est probablement plus utile. Quelques personnes ont proposé une fiche type pour transmettre ces informations complémentaires, notamment à l'issue de l'investigation ou de l'épidémie. De tels outils existent déjà pour l'investigation des infections du site

opérateur ou des endophtalmies post-cataracte à l'adresse suivante : http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/signalement/Fiches/sommaire_fiches.htm.

b. Au niveau national

Le processus sera allégé par la mise en place du télésignalement. A cette occasion, un groupe de travail national a réétudié les besoins de chaque acteur et les modalités du signalement, dont la fiche en elle-même.

Au final, la production d'un outil plus simple d'utilisation sera l'occasion de se remobiliser autour de ce thème et contribuera à l'amélioration de la culture du signalement pour une meilleure gestion du risque associé aux soins.

Le CCLIN remercie tous les établissements de santé qui ont participé à cette enquête.

Annexe

Fiche d'évaluation du dispositif de signalement des infections nosocomiales

Partie 1 - Données administratives

1. Nom de l'établissement

Ville Département ! ! ! ! !

2. Quel est votre type d'établissement ?

- | | | |
|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CH (< 300 lits) | <input type="checkbox"/> CH (≥ 300 lits) | <input type="checkbox"/> CHU |
| <input type="checkbox"/> Hôpital Local | <input type="checkbox"/> MCO | <input type="checkbox"/> SSR |
| <input type="checkbox"/> SLD | <input type="checkbox"/> Militaire | <input type="checkbox"/> PSY |
| <input type="checkbox"/> CLCC | <input type="checkbox"/> HAD | <input type="checkbox"/> Autre |

3. Personne à contacter le cas échéant pour ce questionnaire :

Nom

Tél.

Email@.....

4. Qui a rempli le questionnaire ? (plusieurs choix possibles)

- président du CLIN
- praticien hygiéniste (médecin, pharmacien)
- infirmier(e) ou cadre hygiéniste
- responsable du signalement
- administratif (directeur, resp. qualité, gestionnaire de risques...)
- autre :

Partie 2 - Organisation dans votre établissement du signalement des infections nosocomiales (IN)

5. Existe-t-il dans votre établissement un dispositif de signalement des IN selon le décret n° 2001-671 du 26 juillet 2001 ?

- Oui Non

Si non, merci de prendre contact avec le CCLIN Sud-Est.

Si oui :

6. Existe-t-il une procédure écrite pour ce dispositif de signalement ?

- Oui Non

et est-elle validée par le CLIN ?

- Oui Non

7. Votre signalement interne se limite-t-il aux épisodes infectieux correspondant aux critères du décret du signalement externe ?

- Oui Non

8. Si non, vous avez élargi votre signalement interne à :

- toutes les IN
- les IN concernées par une surveillance standardisée en réseau (ISO, BMR, AES, REA, MATER, DIALIN, BN...)
- autre solution, préciser

9. Et existe-t-il des consignes écrites pour les professionnels de santé listant les critères additionnels de votre signalement interne ?

- Oui Non

10. Préciser le nombre de signalements internes réalisés en 2007

 | | | |

11. A défaut, estimez la fréquence de signalements internes en 2007 (mail, téléphone, écrit) :

- moins d'une fois par mois
- entre une fois par semaine et une fois par mois
- plus d'une fois par semaine

12. Votre dispositif de signalement fait l'objet :

- d'un circuit spécifique pour la transmission de la fiche "IN"
- d'un circuit commun avec les autres vigilances réglementaires
- d'un circuit spécifique avec les événements indésirables liés aux soins
- d'un circuit commun avec l'ensemble des événements indésirables (y compris vol, violence, risque incendie...)

13. Existe-t-il un responsable du signalement pour votre établissement ?

- Oui Non

Si oui, le responsable du signalement de l'établissement est : (plusieurs réponses possibles)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> médecin | <input type="checkbox"/> pharmacien | <input type="checkbox"/> paramédical |
| <input type="checkbox"/> administratif | <input type="checkbox"/> hygiéniste | <input type="checkbox"/> président du CLIN |
| <input type="checkbox"/> resp. du laboratoire | <input type="checkbox"/> responsable d'autres vigilances | |
| <input type="checkbox"/> responsable qualité | <input type="checkbox"/> gestionnaire de risque | |

14. Préciser le nombre de signalements externes

(au CCLIN et à la DDASS) réalisés en 2007 | | | |

15. Avez-vous déjà évalué votre dispositif de signalement ?

(connaissance du dispositif, des critères de signalement, exhaustivité des déclarations, qualité des données ...)

- Oui Non

16. Sur le plan opérationnel, comment jugez-vous le dispositif de signalement de votre établissement ?

(entourer un chiffre de 0 : non opérationnel à 5 : très opérationnel)

☹ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 ☺

Partie 3 - Perception du dispositif de signalement externe

17. Trouvez-vous le circuit de signalement trop complexe ?

- Oui Non

Si oui, en lien avec (plusieurs choix possibles) :

- le circuit interne à l'établissement
- le double circuit de déclaration (CCLIN – DDASS)
- autre, préciser

18. Etes-vous confrontés à des réticences au sein de l'établissement pour signaler en externe ?

- Oui Non

Si oui, de quelles natures sont-elles ? (plusieurs choix possibles)

- réticences liées à la nécessité d'informer le patient
- crainte du non respect de la confidentialité
- crainte d'un contrôle externe
- crainte pour la notoriété du service, de l'établissement, du médecin
- crainte d'une médiatisation
- crainte d'une judiciarisation
- professionnels non convaincus de l'utilité du signalement externe
- réticences liées à la surcharge de travail engendré
- autres, préciser

19. Depuis juillet 2001 (parution du décret), avez-vous déjà signalé en externe au moins un épisode d'IN au CCLIN et à la DDASS ?

- Oui Non

✓ Si vous n'avez jamais signalé d'IN en externe depuis 2001

20. Pour quelle raison ?

- aucun épisode d'IN observé ne correspondait aux critères de signalement externe
 méconnaissance du dispositif ou des critères par les professionnels
 non adhésion des professionnels au dispositif
 blocage à un autre niveau (chef de service, CME, direction ...)
 autre

Préciser

(aller directement à la partie 4)

✓ Si vous avez déjà signalé en externe au CCLIN et à la DDASS :

21. Le CCLIN vous a-t-il demandé des informations complémentaires ?

- Oui Non

Si oui, en général vous paraissent-elles (plusieurs réponses possibles) :

- justifiées
 en doublon avec les demandes de la tutelle
 en doublon avec les demandes de l'antenne régionale
 lourdes en termes de charge de travail
 autres, préciser

22. Le CCLIN ou l'antenne régionale vous ont-ils apporté une aide pour la gestion du (ou des) épisode(s) signalé(s) ?

- jamais parfois souvent toujours

L'aide apportée était-elle adaptée ? (entourer un chiffre de 0 à 5)

☹

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 ☺

En cas d'aide non adaptée, préciser pourquoi (plusieurs choix possibles)

- pas de contact avec le CCLIN (en dehors de l'accusé de réception)
 contact insuffisant
 réponse tardive
 qualité relationnelle non satisfaisante
 expertise non adaptée
 intervention perçue comme un contrôle
 autres, préciser

23. Avez-vous déjà utilisé l'item "besoin d'expertise extérieure" sur la fiche de signalement externe ?

- Oui Non

24. Dans quel(s) domaine(s), un appui du CCLIN ou de l'antenne régionale vous semble-t-il le plus nécessaire ? (plusieurs choix possibles)

- expertise (documentation, conseils techniques, observation des pratiques, mesures correctives)
 appui méthodologique (rappel de patients, investigation, enquête épidémiologique, audit...)
 communication et traçabilité (restitution, rapport d'investigation)
 interface avec les tutelles
 tiers facilitant (management, organisation, gestion de conflits ...)
 autre, préciser

25. Le signalement vous a permis :

- de valoriser le travail du CLIN ou celui de l'EOH
 une meilleure collaboration entre professionnels
 une meilleure vision du risque infectieux
 un meilleur soutien de l'administration (ressources, échéances...)
 une amélioration des pratiques de soins
 autres, préciser

Partie 4 - Perception de la fiche de signalement externe

26. Globalement, trouvez-vous la fiche de signalement adaptée à sa fonction ?

- Oui Non

27. Est-il difficile de renseigner les critères de signalement ?

- Oui Non

28. Souhaiteriez-vous l'introduction de critères complémentaires ?

- Oui Non

Si oui, lesquels : 1

2

3

29. Souhaiteriez-vous la suppression de critères (du fait d'un impact faible en termes de prévention, de redondance avec d'autres circuits, etc.) ?

- Oui Non

Si oui, concernant quel(s) critère(s) ?

- 1a (agent pathogène en cause)
 1b (localisation)
 1c (utilisation d'un DM)
 1d (procédure exposant d'autres personnes)
 2 (décès)
 3 (infection liée à un germe de l'environnement)
 4 (maladie à DO nosocomiale)

Préciser

30. Est-il difficile de renseigner les autres rubriques de la fiche ?

- Oui Non

Si oui, s'agit-il de la rubrique (plusieurs choix possibles) :

- données administratives
 description de l'évènement
 investigation(s) réalisée(s)
 hypothèse sur la cause de l'infection
 mesures correctives
 besoin d'expertise
 maîtrise de l'évènement
 commentaires du praticien en hygiène

VOS COMMENTAIRES EVENTUELS

.....
.....
.....
.....
.....

Nous vous remercions de votre participation

Questionnaire à remplir (un seul par établissement)
et à retourner avant le 31 décembre 2008
de préférence par courrier au
CCLIN Sud-Est Hôpital Henry Gabrielle, Villa Alice,
20 route de Vourles, 69230 SAINT GENIS LAVAL
ou par fax au 04 78 86 49 48