

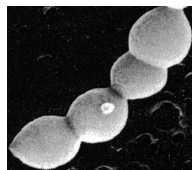


SIP CONSEIL SCIENTIFIQUE

Réunion du 2 juin 2017

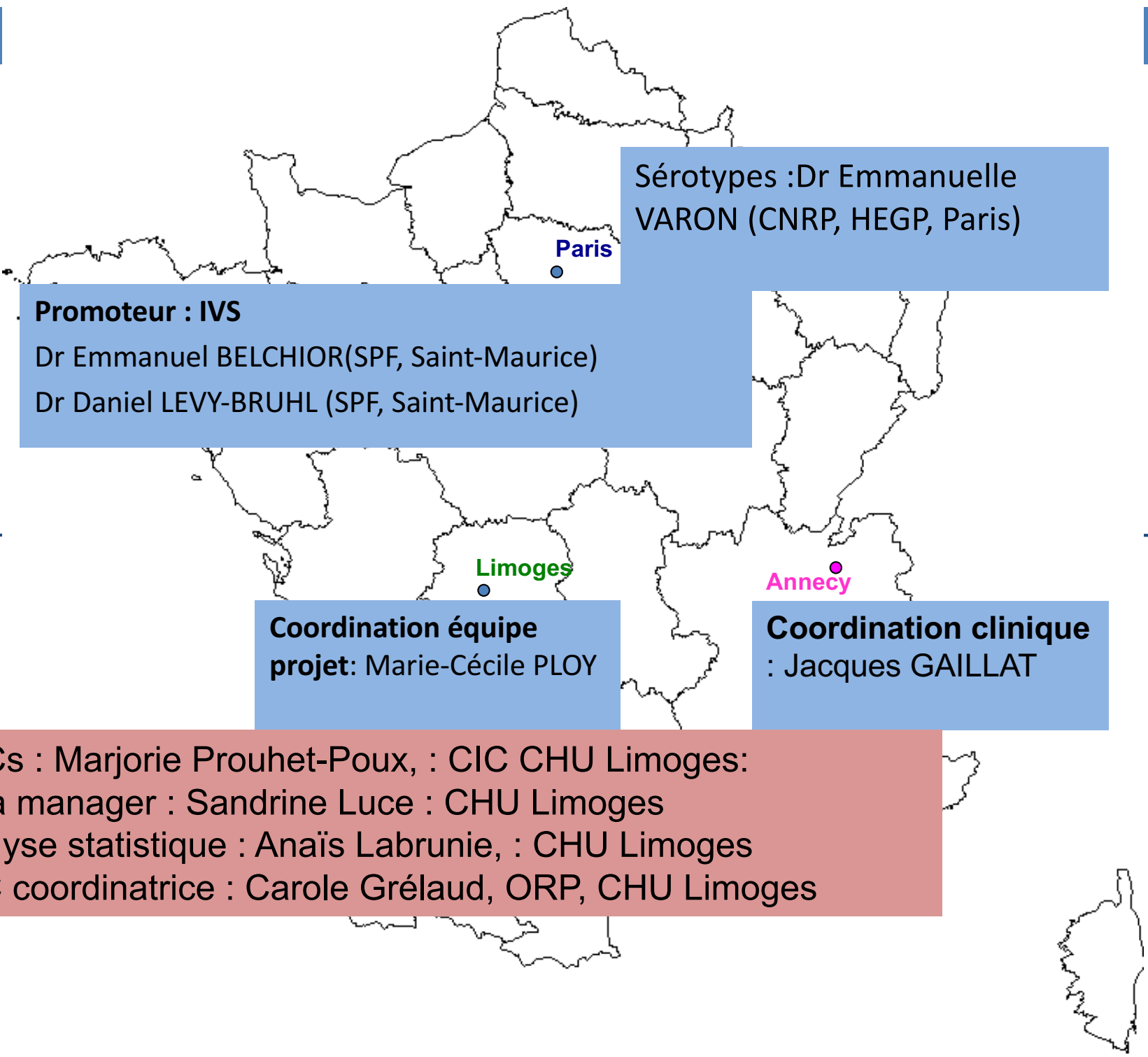
Coordination scientifique

- Dr Jacques GAILLAT (Hôpital d'Annecy, SPILF)
 - Dr Emmanuel BELCHIOR (Santé Publique France)
 - Dr Daniel LEVY-BRUHL (Santé Publique France)
 - Dr Emmanuelle VARON (CNRP, HEGP, Paris)
 - Pr Marie-Cécile PLOY (CHU Dupuytren, Limoges, Coordination nationale ORP)
-



CNRP





Sérotypes : Dr Emmanuelle VARON (CNRP, HEGP, Paris)

Promoteur : IVS

Dr Emmanuel BELCHIOR (SPF, Saint-Maurice)

Dr Daniel LEVY-BRUHL (SPF, Saint-Maurice)

Limoges

Coordination équipe

projet: Marie-Cécile PLOY

Annecy

Coordination clinique

: Jacques GAILLAT

ARCs : Marjorie Prouhet-Poux, : CIC CHU Limoges:
Data manager : Sandrine Luce : CHU Limoges
Analyse statistique : Anaïs Labrunie, : CHU Limoges
TEC coordinatrice : Carole Grélaud, ORP, CHU Limoges

Rationnel

- Infections Invasives à Pneumocoques (IIP) = *S.pneumoniae* isolé dans LCR, sang, liquide pleural / péritonéal / articulaire
- Incidence France: 13 cas / 100 000
- Taux de mortalité: 10 – 30 %
- Manifestation cliniques: pneumonies (80 % après 16 ans et + de 90 % après 85 ans)
- Impact de certains facteurs:
 - Pathologies chroniques cardiaques ou pulmonaires, diabète
 - Comportements à risque (alcool, tabac)
 - Immunodépression
 - Asthme sévère

Recueil en France

- ORP et CNR : suivi des souches pneumocoques invasives et non invasives (otites)
 - (23 centres, 400 laboratoires)
- INVS (réseau EPIBAC) : infections invasives
- SFP : Activ : IIP en pédiatrie
- Etude COMBAT : méningites de l'adulte

Ce qu'on n'a pas

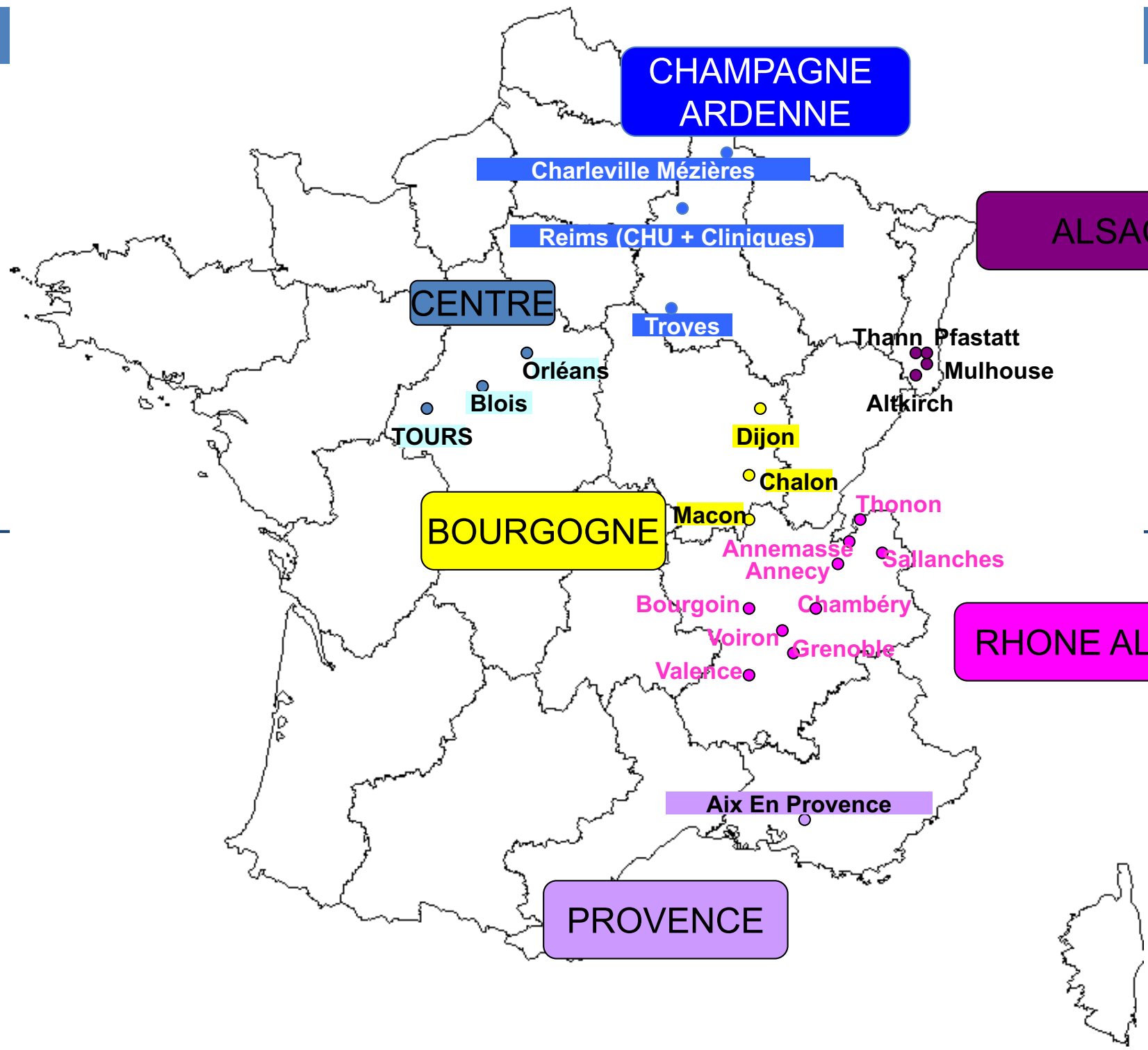
- Caractéristiques cliniques : quelles pathologies (pneumonie?)
- Quelle évolution?
- Quels facteurs de risque?
- Quelle relation sérotype/mortalité/terrain à risque/facteur de risque spécifique
- Taux de couverture vaccinal/IIP
- Saisonnalité
- ...

Objectifs de SIIP

- **Principal** : Décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et microbiologiques des infections invasives à pneumocoque hors méningite, chez l'adulte âgé de 18 ans ou plus. Mesurer l'évolution des infections invasives à pneumocoque en fonction de ces caractéristiques et de la couverture vaccinale

Méthodologie

- Cohorte descriptive multicentrique, France métropolitaine
- Recueil exhaustif ou quasi exhaustif dans des zones géographiques couvertes pour mesurer l'incidence en s'appuyant sur le réseau ORP
- Animation par zone géographique par un binôme coordinateur clinicien-microbiologiste



**CHAMPAGNE
ARDENNE**

Charleville Mézières

Reims (CHU + Cliniques)

CENTRE

Troyes

Orléans

Blois

TOURS

BOURGOGNE

Dijon

Chalon

Macon

Annemasse
Annecy

Bourgoin

Voiron

Valence

Chambéry

Grenoble

Thann Pfastatt

Mulhouse

Altkirch

Thonon

Sallanches

RHONE ALPES

Aix En Provence

PROVENCE

ALSACE

Surveillance des infections invasives à pneumocoque (SIIP) de l'adulte Questionnaire clinique

A compléter et à retourner à : CIC Limoges,
télécopie : 05 55 05 80 57 / marjorie.prouhet-poux@chu-limoges.fr

Code Centre : _____ Nom centre : _____ Date admission (JJ-MM-AA) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Code dossier ORP : _____ = N° de souche du centre coordinateur	
Provenance du patient • Département de domicile : <input type="text"/> <input type="text"/> • Lieu d'origine: <input type="checkbox"/> domicile <input type="checkbox"/> institution <input type="checkbox"/> SDF	ATCD de prise en charge • Le patient a-t-il consulté ou été hospitalisé dans les 12 mois précédents ? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non *Si oui préciser : <input type="checkbox"/> Consultation MG <input type="checkbox"/> Consultation spécialiste <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Centre de soins • ALD ? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non *Si oui, indiquer la (les)quelle(s) en clair : _____	Présentation clinique (plusieurs réponses possibles) • Site(s) d'infection(s) : <input type="checkbox"/> Pneumonie <input type="checkbox"/> Pleurésie <input type="checkbox"/> Bactériémie isolée (Pas de site d'infection identifié) <input type="checkbox"/> Autre site d'infection *Si autre, préciser : _____
Prise en charge, gravité, évolution • Sepsis grave <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Syndrome de choc : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Ventilation assistée y compris VM/ECMO: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non *Si oui, nombre de jours de VA : <input type="text"/> <input type="text"/> • USI (réanimation ou USC) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non *Si oui, Nombre de jours en USI/USC : <input type="text"/> <input type="text"/> • Décès pendant le séjour : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non *Si oui, date du DC : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> • Destination : <input type="checkbox"/> domicile <input type="checkbox"/> institution *Si institution, <input type="checkbox"/> EHPAD <input type="checkbox"/> autre étab. non hosp. <input type="checkbox"/> SSR <input type="checkbox"/> autre étab. hospitalier <input type="checkbox"/> autre • Date de sortie : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Facteurs de risque (voir les définitions au verso) • Aucun facteur de risque : <input type="checkbox"/> • Insuffisance cardiaque : <input type="checkbox"/> • Insuffisance coronarienne : <input type="checkbox"/> • Pathologie broncho-pulmonaire chron. : <input type="checkbox"/> *Si oui, préciser : <input type="checkbox"/> Emphysème <input type="checkbox"/> BPCO <input type="checkbox"/> Asthme sévère <input type="checkbox"/> autre, préciser : _____ • oxygénothérapie à domicile? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Hépatopathie chronique : <input type="checkbox"/> *Si oui, cirrhose ? : <input type="checkbox"/> • Insuffisance hépatocellulaire ? : <input type="checkbox"/> • Insuffisance rénale chronique : <input type="checkbox"/> *Si oui, préciser le stade : <input type="checkbox"/> Stade III <input type="checkbox"/> Stade IV <input type="checkbox"/> Stade V ou dialysé • Syndrome néphrotique ? <input type="checkbox"/> • Pathologie neurologique à risque : <input type="checkbox"/> • Diabète sucré : <input type="checkbox"/> • Tumeur maligne solide (< 5 ans) : <input type="checkbox"/> • Hémopathie maligne (< 5 ans) : <input type="checkbox"/> • Maladie auto-immune : <input type="checkbox"/> • Infection VIH : <input type="checkbox"/> *Si oui, dernier taux de CD4 : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> • Asplénie organique ou fonctionnelle : <input type="checkbox"/> • Drépanocytose : <input type="checkbox"/> • Transplantation d'organe : <input type="checkbox"/> • Greffe de moelle : <input type="checkbox"/> • Traitement immunosuppresseur : <input type="checkbox"/> • Autre déficit immunitaire (Hypogammaglobulinémie acquise, Immunodépression congénitale...) : <input type="checkbox"/> • Dénutrition : <input type="checkbox"/> • Implant cochléo-vestibulaire : <input type="checkbox"/> • Brèche ostéo-méningée : <input type="checkbox"/> • Alcoolisme : <input type="checkbox"/> • Tabagisme actif : <input type="checkbox"/> • ATCD d'IIP ou de pneumonie à pneumocoque : <input type="checkbox"/>	Vaccination grippe, pneumocoque • Modalité de recueil : <input type="checkbox"/> Carnet vaccination <input type="checkbox"/> Dossier médical hop. <input type="checkbox"/> Dossier médical MG <input type="checkbox"/> Le patient • Vaccination anti-pneumococcique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non *Si oui préciser le ou les vaccins, en cochant : <input type="checkbox"/> Prevenar 7 <input type="checkbox"/> Prevenar 13 <input type="checkbox"/> Pneumo 23 • Vaccination grippe : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non *Si oui : mois <input type="text"/> <input type="text"/> année : <input type="text"/> <input type="text"/>

✂ CA découper avant envoi _____

Nom : _____ Prénom : _____ DDN : Service : _____
 Date de prélèvement : Type de prélèvement : Hémoculture Liq. Pleural
 Numéro de dossier de l'établissement (= Numéro de souche du laboratoire d'origine) : _____

OBSERVATOIRES REGIONAUX DU PNEUMOCOQUE
FICHE DE RENSEIGNEMENTS BACTERIOLOGIQUES 2015

Code CENTRE :

N° souche du centre coordinateur:

Nom du CH ou du labo :

(correspond à « Initiales » dans la base)

N° dossier du centre d'origine :

A - RENSEIGNEMENTS DEMOGRAPHIQUES

Nom du patient (ne pas saisir dans la base) :

Date de naissance: JJ/MM/AAAA

Sexe: M F

B - PRELEVEMENT

Date:/..../2015

Nature :

- LCR
- Hémoculture
- Pus d'oreille
- Liquide pleural
- Prélèvement respiratoire

Diagnostic(s) :

- Pneumopathie
- Otite
- Méningite
- Pleurésie
- Autre

ANTIGENES URINAIRES : Positif Négatif Non fait Ne sait pas

VACCINATION : - 7 valences: Oui Non Ne sait pas 1 inj 2 inj 3 inj rappel

- 13 valences Oui Non Ne sait pas 1 inj 2 inj 3 inj rappel

- Pneumo 23 Oui Non Ne sait pas

C - SENSIBILITE AUX ANTIBIOTIQUES

CMI	CMI Routine	Agar pour le centre coordinateur
PEN I G		
AMOX		
CTX		
TXL (Cz fibrinose)		

- CMI Routine :**
- Etest
 - MICE test
 - Vitek
 - Phoenix
 - Microscan

PRECISER LE REFERENTIEL UTILISE

CA-SPM 2013

CA-SPM EUCAST 2014

ATB Méthode routine	S	I	R		Dtm	S	R
Erythromycine				Fosfomycine			
Cotrimoxazole				Vancomycine			
Tétracycline				Norfloxacine 5 µg (7)	---		
Rifampicine				ou Norfloxacine 10 µg (12)	---		
Pristinamycine				Lévofloxacine			
Chloramphénicol				Moxifloxacine			

D - SEROGROUPE :

Pool	P	Q	R	S
B	19	6		8
H	14	23	-	15
D	-	-	9	-
A	1	18	4	5
E	-	-	12	10

E - ENVOI AU CNRP : oui

Motif :

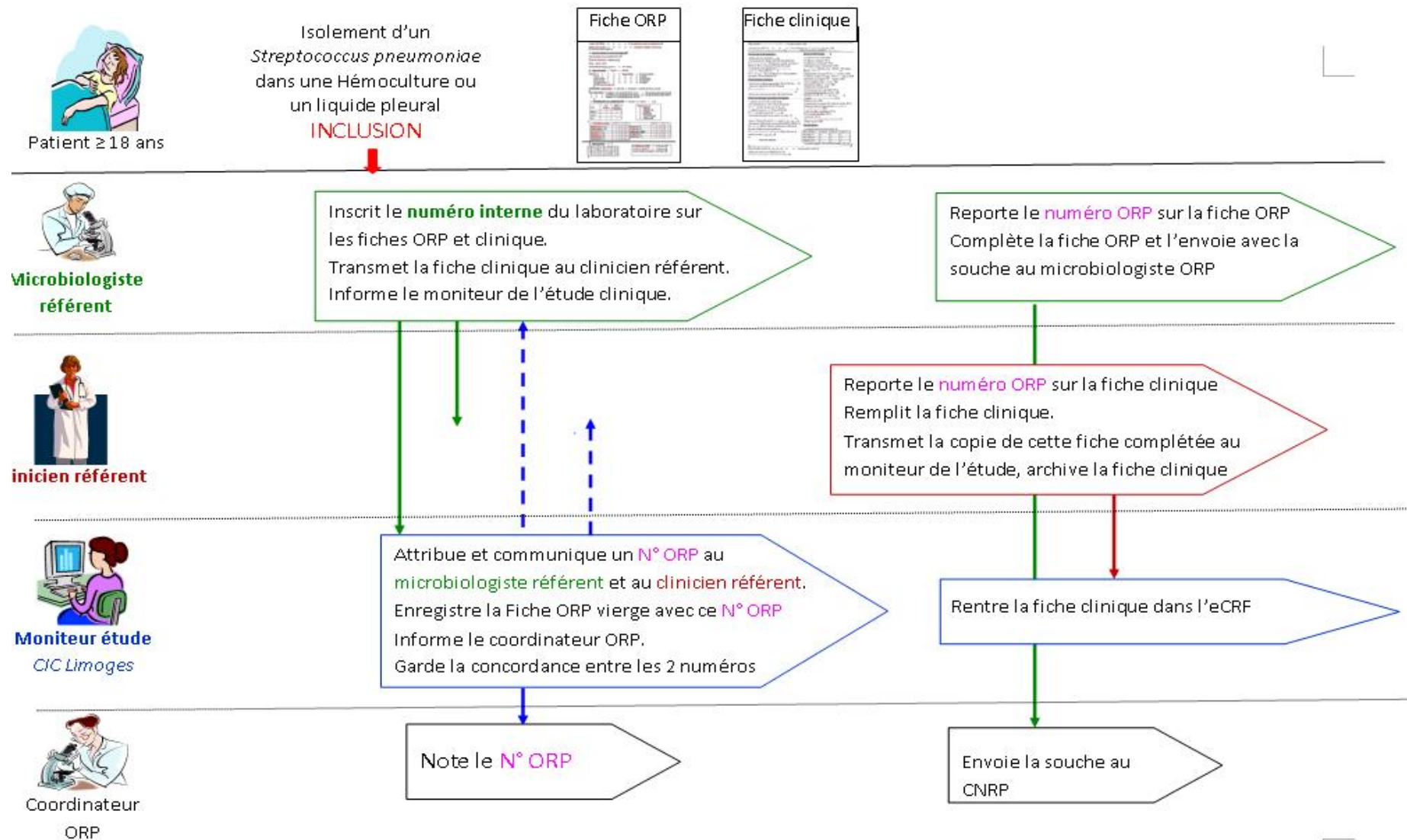
Souche du « quota » : oui

Souche étude SHIP : oui

Souche résistante pristinamycine : oui

Autre motif :

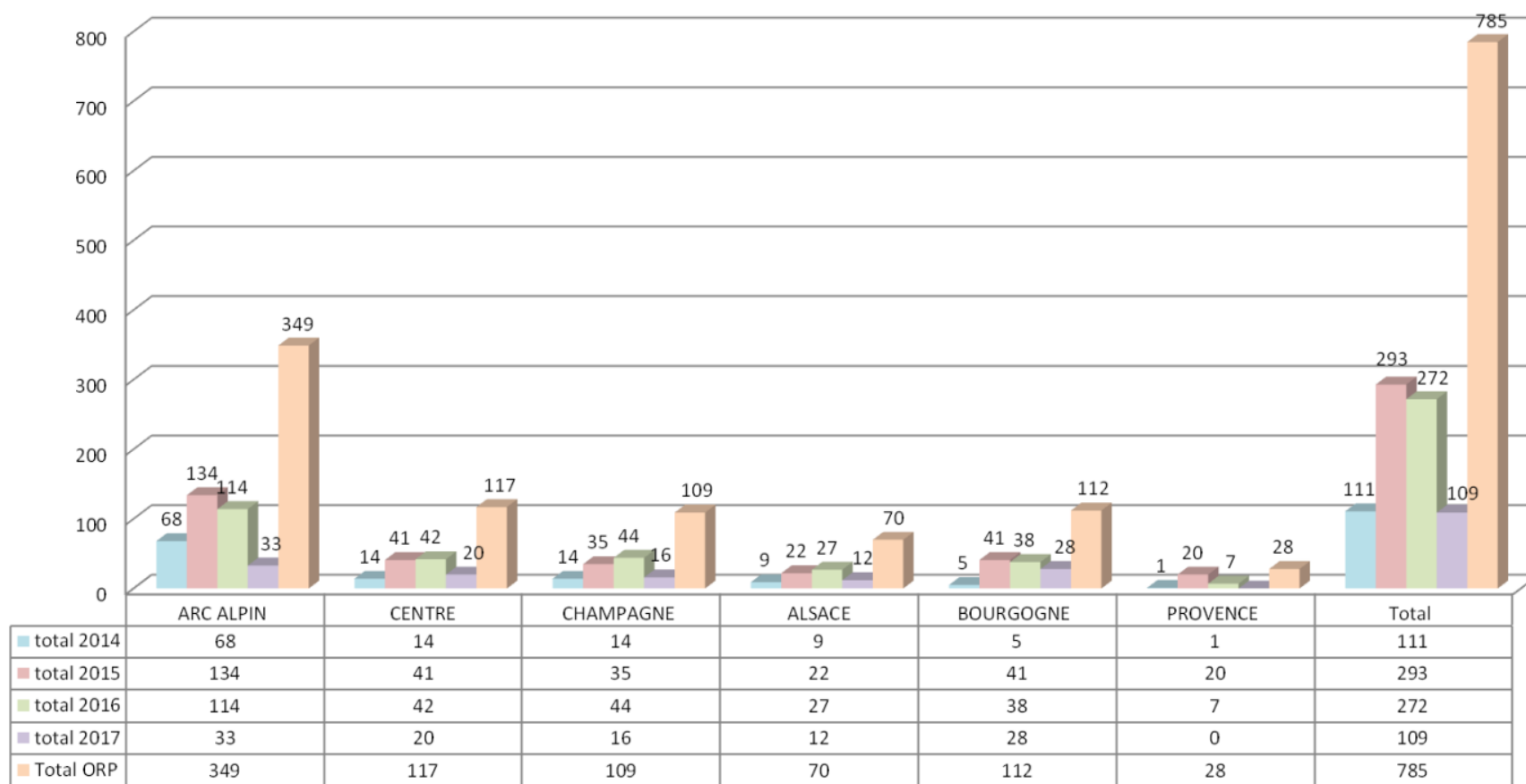
Schéma de l'étude



INCLUSIONS

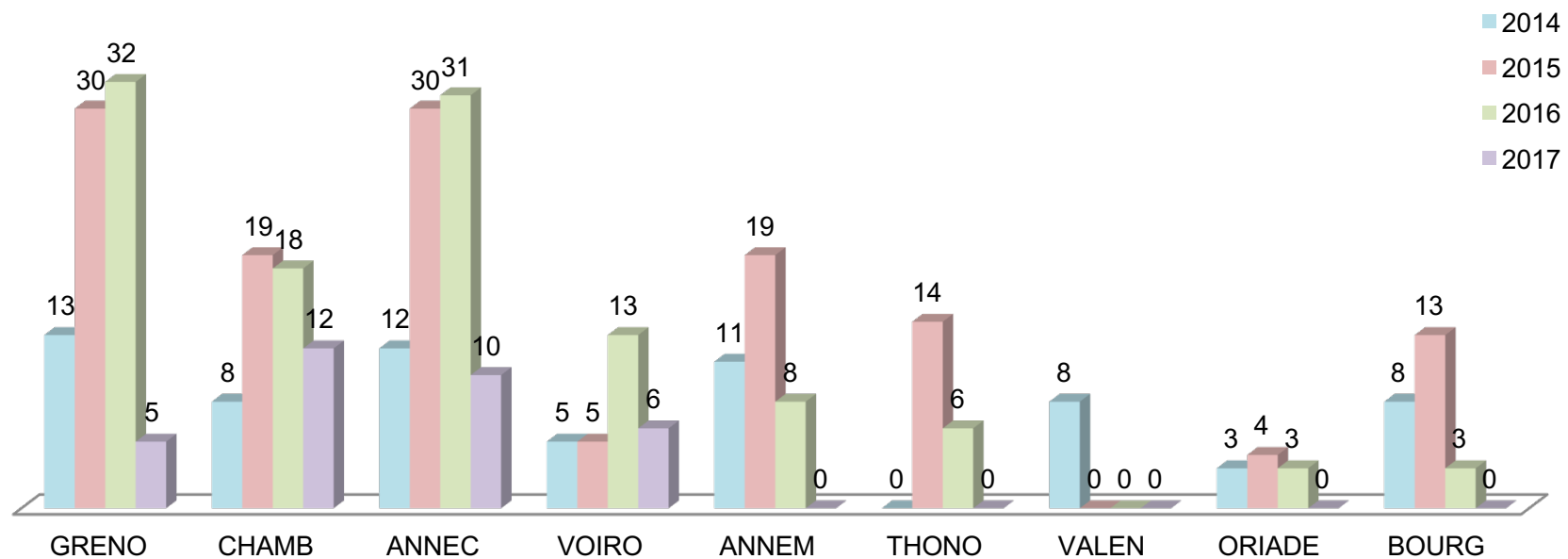
Inclusions – répartition globale par ORP

Répartition par ORP et par année



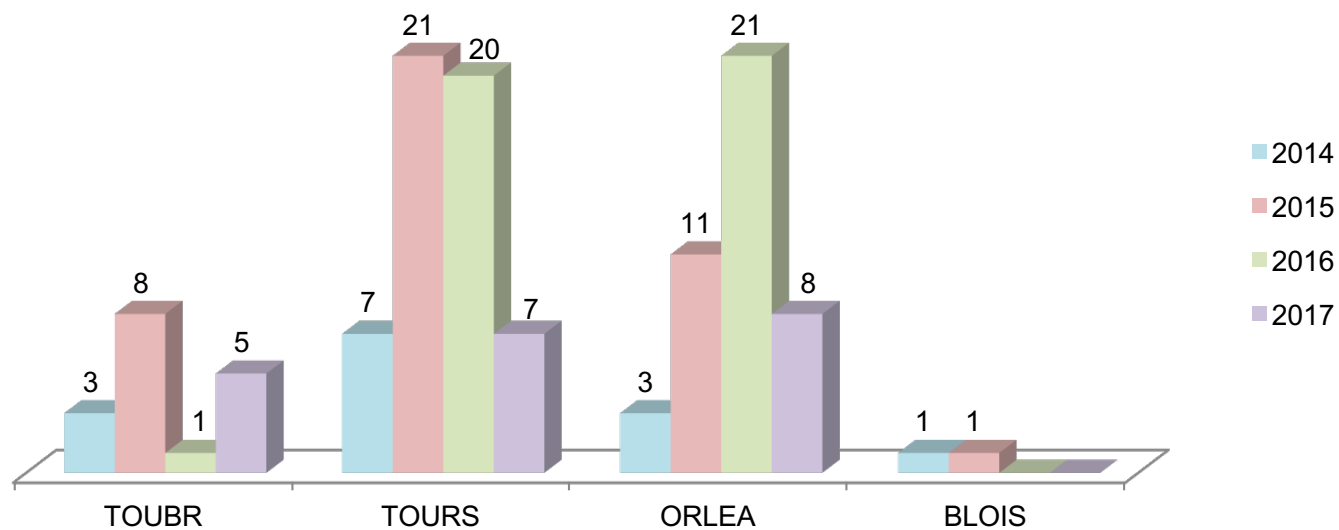
Inclusions répartition par centre

Répartition des inclusions par centre participant,
ORP Arc Alpin



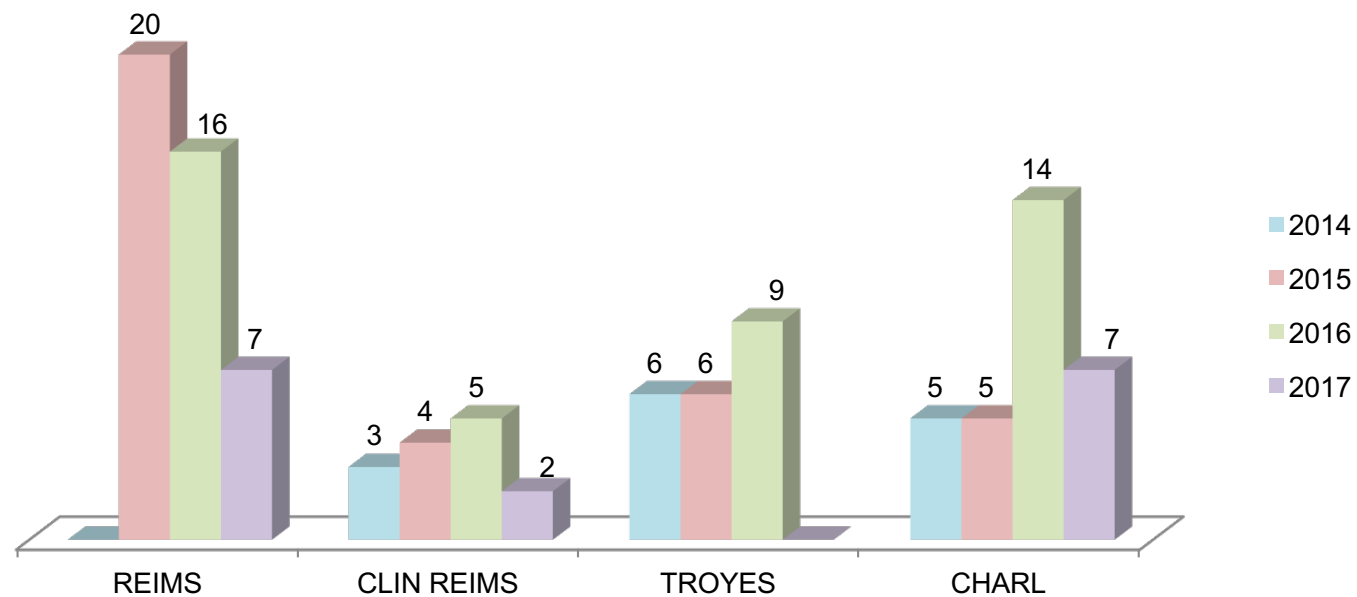
Inclusions répartition par centre

Répartition par centre participant, ORP Centre



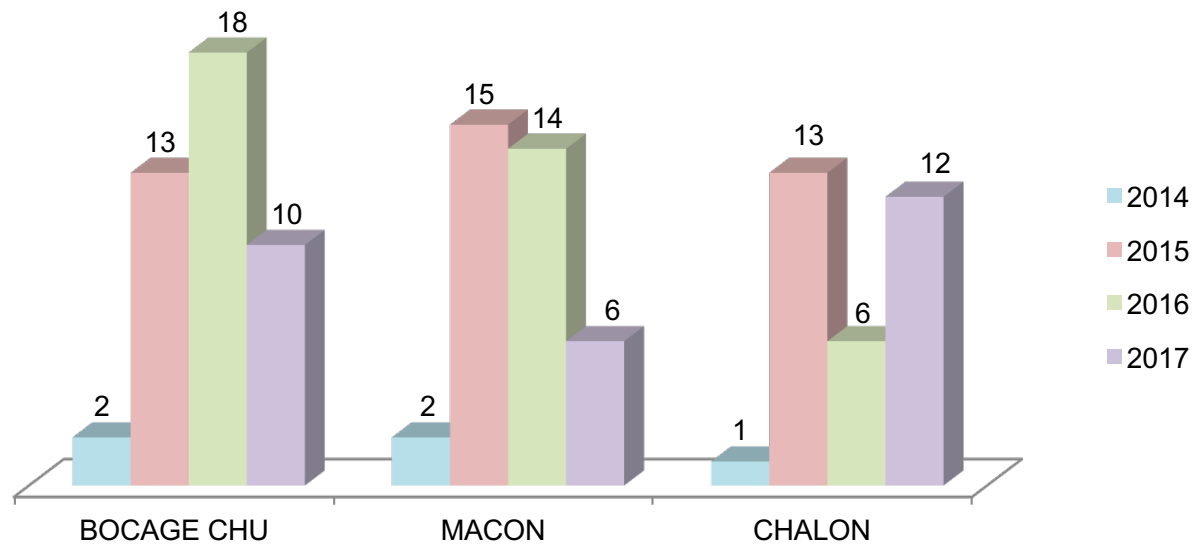
Inclusions répartition par centre

Répartition par centre participant,
ORP Champagne



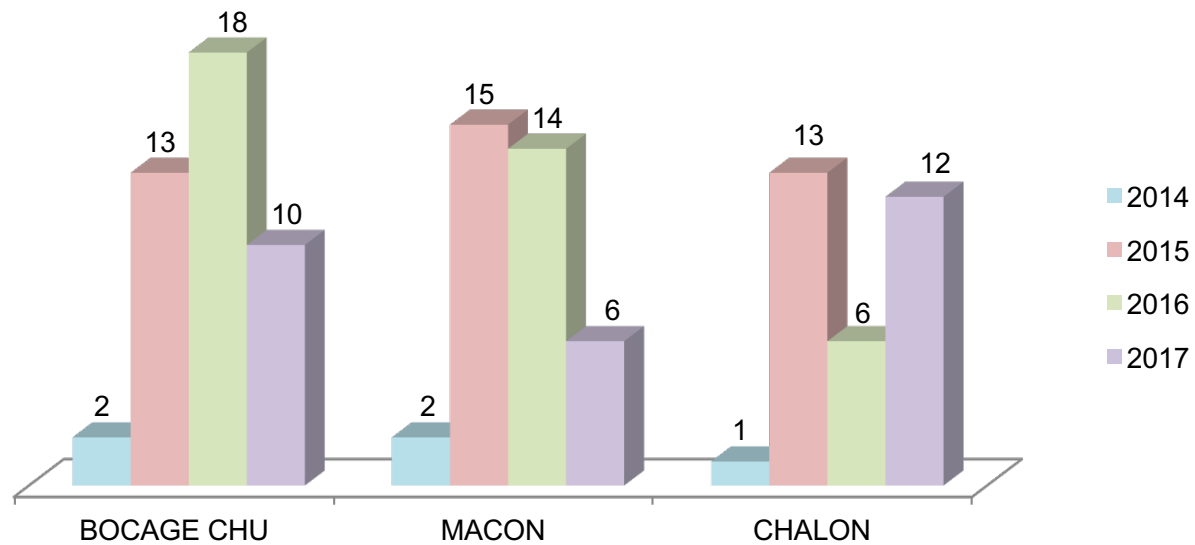
Inclusions répartition par centre

Répartition par centre participant,
ORP Bourgogne



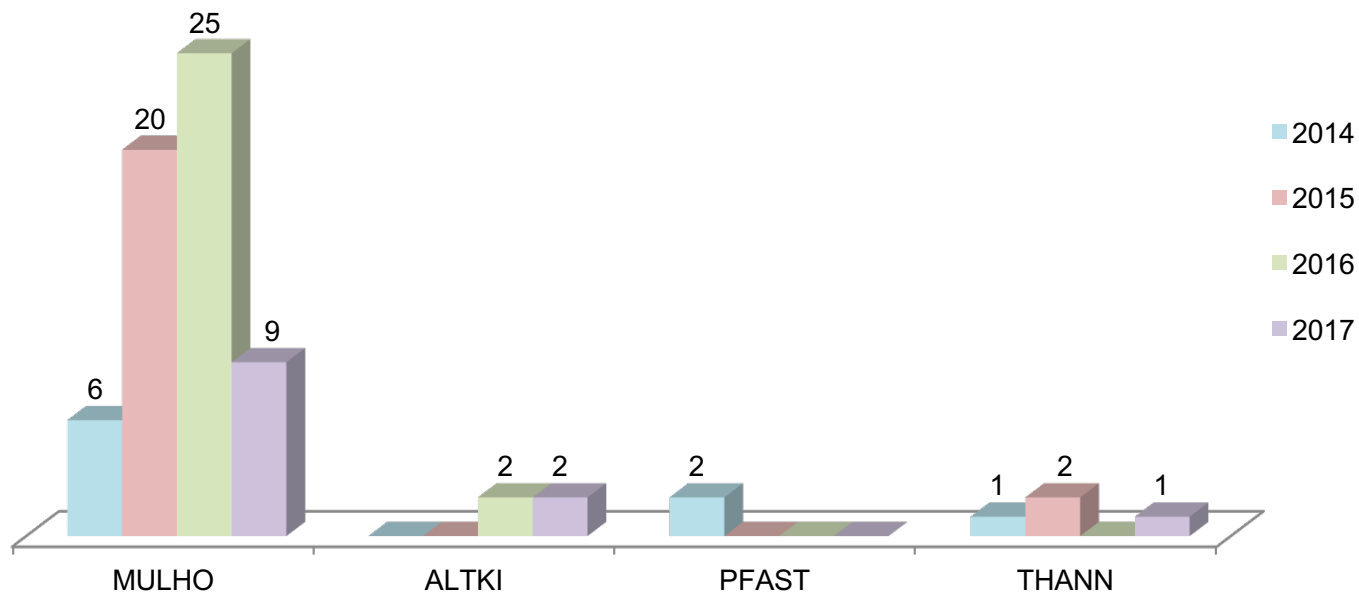
Inclusions répartition par centre

Répartition par centre participant,
ORP Bourgogne



Inclusions répartition par centre

Répartition par centre participant,
ORP Alsace





CONVENTIONS

Convention, Où en est-on?

ORP	Centres Participants	OUVERTURE DES CENTRES	Convention signée oui/non fin 2016	Convention signée en 2017
ORP Alsace	CH Mulhouse	27/06/2014	OUI (1 pour toutes les régions-gérées par Mulhouse)	NA
	CH Altkirch			NA
	CH Pfastatt			NA
	CH Thann			NA
ORP ARC Alpin	CHR Annecy	17/04/2014	OUI	Avenant à la convention pour activité coordination clinique J. Gaillat – en cours de signature
	CHG Chambéry		OUI	NA
	CH Alpes-Léman (Annemasse)		NON	OUI
	CH Bourgoin		OUI	NA
	CHU Grenoble		OUI	NA
	Laboratoire Oriade		NON	OUI Mars 2017
	CH Voiron		NON	Envoi du 2 mai 2017, pas de réponse Relance mail le 23 mai 2017
	CH Salanche		NON	
	CH Valence		NON	
	CH Thonon		OUI	NA
	CHU Dijon		OUI	NA
ORP Bourgogne	CH Mâcon	27/06/2014	OUI	NA
	CH Chalons		OUI	NA
	CH Chalons		OUI	NA

Convention, Où en est-on?

ORP	Centres Participants	OUVERTURE DES CENTRES	Convention signée oui/non fin 2016	Convention signée en 2017
ORP Centre	CHU Bretonneau (Tours)	09/06/2014	Document envoyé en 2016	Relance le 2 mai, pas de réponse Relance le 23 mai 2017
	CH Trousseau (Tours)			
	CHR Orléans		NON	OK En cours de signature
	CH Blois		NON	Envoi du 2 mai 2017, pas de réponse Relance mail le 23 mai 2017
ORP Champagne	CHU Reims	26/06/2014	NON	<i>En attente retour de SpF sur la question de la contractualisation avec associations ou structures privées</i>
	Cliniques de Reims		NON	<i>En attente retour de SpF sur la question de la contractualisation avec associations ou structures privées</i>
	CH Charleville-Mézières		NON	Envoi du 2 mai 2017, pas de réponse Relance mail le 23 mai 2017
	CH Troyes		NON	Envoi du 2 mai 2017, pas de réponse Relance mail le 23 mai 2017
ORP Provence	CH Aix	04/07/2014	NON	<i>En attente retour de SpF sur la question de la contractualisation avec associations ou structures privées</i>