

LE POINT SUR...

LA SURVEILLANCE ET LA PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES DANS LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS FRANÇAIS

P. RUFAT *, L. FROMENT **, B. HUBERT **, J.-P. KARSENKY *, A. MARCINIACK *

La circulaire n° 73-45 du 18 octobre 1973 relative à « la prévention des infections hospitalières » préconisait la création d'un comité de lutte contre l'infection au sein de chaque établissement hospitalier public ou privé participant au service public hospitalier. Un premier bilan réalisé en 1984 (B.E.H. n° 10/1985) montrait que seulement 47 % des établissements publics avaient créé un comité de lutte contre l'infection dont 45 % produisaient un rapport d'activité.

Le décret n° 88-657 du 6 mai 1988 relatif à « l'organisation de la surveillance et de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier » et la circulaire n° 263 du 13 octobre 1988 sont venus renforcer le dispositif juridique pour mener une « politique cohérente et active de prévention et de lutte contre les risques infectieux en précisant les conditions de création et de fonctionnement des comités de lutte contre les infections nosocomiales (C.L.I.N.) ».

Un an après la parution de ce décret, le directeur général de la Santé et le directeur des Hôpitaux ont décidé de dresser un bilan des systèmes de surveillance et des actions de prévention des infections nosocomiales dans les hôpitaux français.

MÉTHODES

Un questionnaire a été adressé à tous les établissements publics et privés participant au secteur public hospitalier en octobre 1989. Ce questionnaire devait être rempli par l'infirmier(e) chargé(e) de l'hygiène hospitalière ou l'infirmier(e) général(e) ou, à défaut, le président du C.L.I.N.

Il comportait plusieurs volets :

- caractéristiques de l'établissement et du C.L.I.N.;
- activités de surveillance des infections nosocomiales (surveillance clinique, microbiologique, ou à partir de la pharmacie);
- identification de situations d'alerte en 1989;
- actions de prévention mises en œuvre (protocoles de soins et de désinfection, surveillance de l'environnement, formation du personnel).

Pour l'analyse, les établissements ont été classés en 7 catégories qui correspondent au classement administratif des établissements :

- centres hospitaliers régionaux (C.H.R.);
- centres hospitaliers généraux (C.H.G.) qui regroupent les centres hospitaliers généraux et les centres hospitaliers;
- centres hospitaliers de secteurs (C.H.S.) qui regroupent les centres hospitaliers de secteurs et les hôpitaux;
- centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (C.H.S.P.);
- hôpitaux locaux (H.L.) qui regroupent les hôpitaux locaux et ruraux;
- établissements privés participant au service public hospitalier (E.P.S.P.H.);
- les autres établissements (autres) regroupent les établissements privés, les centres de long et moyen séjour et toutes les autres catégories d'établissements ayant répondu à cette enquête.

Le numéro correspondant à l'entité d'établissement du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (F.I.N.E.S.S.) a été choisi comme l'unité d'enregistrement des établissements. Ce numéro est identique au numéro F.I.N.E.S.S. d'entité juridique pour les établissements, sauf pour les C.H.R.

Pour évaluer l'acceptabilité de cette enquête, le nombre total de lits et le nombre de lits de court séjour ont été comparés, pour chaque catégorie d'établissement, avec les résultats disponibles pour l'année 1988 de l'enquête H 80 effectuée par le service des statistiques, des études et des systèmes d'information (S.E.S.I.).

RÉSULTATS

1. Caractéristiques des établissements ayant participé à l'enquête

Au total 1 111 établissements ont répondu au questionnaire. 75 (7 %) sont des C.H.R., 198 (18 %) des C.H.G., 247 (22 %) des C.H.S., 232 (21 %) des H.L., 69 (6 %) des C.H.S.P., 221 (20 %) des E.P.S.P.H. et 69 (6 %) des « autres » établissements.

Le taux de réponse est satisfaisant pour les établissements d'hospitalisation publics, puisque 93 % de leurs lits de court séjour sont intégrés dans l'enquête (tabl. 1). Ce taux est nettement moins bon pour les E.P.S.P.H. (17 %).

Tableau 1. – Lits par établissements selon leur catégorie
Proportion sur l'ensemble du parc français
(d'après les données de H 80)

| Type d'établissement | Lits totaux | | | Lits de court séjour | | |
|---|-------------|---------|------|----------------------|---------|---------|
| | H 80 | Enquête | H 80 | Enquête | H 80 | Enquête |
| Centre hospitalier régional universitaire (C.H.R.) | 111 719 | 107 946 | 97 | 74 853 | 70 333 | 94 |
| Centre hospitalier général (C.H.G.) | 149 115 | 129 730 | 87 | 79 945 | 77 506 | 97 |
| Centre hospitalier de secteur (C.H.S.) | 102 949 | 73 770 | 72 | 37 626 | 32 482 | 86 |
| Hôpitaux locaux (H.L.) | 52 321 | 33 176 | 63 | 6 694 | 4 246 | 63 |
| Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie (C.H.S.P.) | 75 683 | 50 472 | 67 | - | 9 589 | - |
| Établissements privés (E.P.S.P.H.) | 208 767 | 33 866 | 16 | 110 697 | 19 179 | 17 |
| Autres | 16 605 | 13 571 | 82 | - | 4 646 | - |
| Total | 717 169 | 442 531 | 62 | 305 223 | 217 981 | 71 |

* Interne en santé publique, D.G.S.

** Bureau des maladies transmissibles, D.G.S.

Le plateau technique et les moyens disponibles pour surveiller les infections nosocomiales varient de façon importante selon le type d'établissement. Ainsi, un service d'hygiène hospitalière existe dans 52 % des C.H.R., 22 % des C.H.G., 6 % des C.H.S. et 13 % des C.H.S.P. Pour les autres établissements ayant répondu à l'enquête, un service d'hygiène hospitalière est présent dans 7 % des établissements. Il faut noter l'absence totale de ce service dans les H.L.

Des laboratoires pratiquant la microbiologie existent dans 87 % des C.H.R. et des C.H.G., dans 36 % des C.H.S. et des E.P.S.P.H., et dans 1 % des H.L. (2 établissements). Une informatisation de ces laboratoires n'existe que dans 45 % des C.H.R., 36 % des C.H.G. et 9 % des C.H.S.

2. Les comités de lutte contre l'infection nosocomiale (C.L.I.N.)

Sur les 1 111 établissements ayant participé, 567 (51 %) ont créé un C.L.I.N. en 1989 (tabl. 2). Cette proportion est de 65 % si on considère les établissements publics et privés P.S.P.H., sauf les hôpitaux locaux.

Tableau 2. — Établissements possédant un comité de lutte contre les infections nosocomiales (C.L.I.N.)

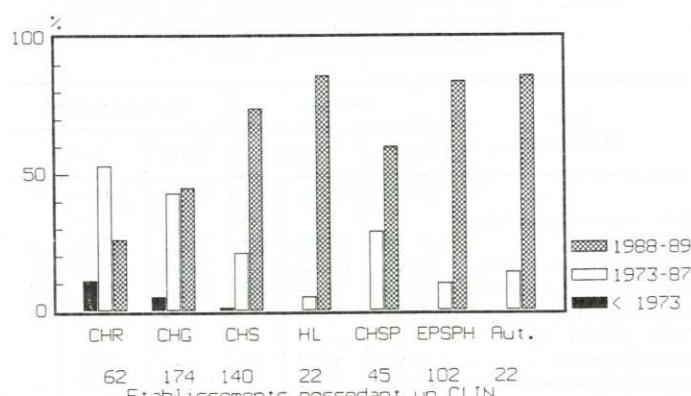
| Type (effectif) | Avec C.L.I.N. | |
|------------------|---------------|--------|
| | % | Nombre |
| C.H.R. (75) | 83 | 62 |
| C.H.G. (198) | 88 | 174 |
| C.H.S. (247) | 57 | 140 |
| H.L. (232) | 10 | 22 |
| C.H.S.P. (69) | 65 | 45 |
| E.P.S.P.H. (221) | 46 | 102 |
| Autres (69) | 32 | 22 |
| Total (1 111) | 51 | 567 |

Le fait que 17 % des C.H.R. n'aient pas de C.L.I.N., tient à l'unité d'enregistrement utilisée pour l'analyse de cette enquête.

Dans les H.L., la Commission médicale d'établissement joue le rôle du C.L.I.N. (décret de 1988), il est donc logique de ne retrouver que peu de comités dans cette catégorie d'établissements.

La date de création des C.L.I.N. varie selon le type d'établissement (fig. 1) : seuls les C.H.R. et à moindre échelle les C.H.G. avaient constitué un C.L.I.N. avant 1973. 64 % des C.H.R. et 48 % des C.H.G. l'avaient mis en place avant 1988. Pour la majorité des établissements (62 %) la création s'est réalisée à la suite du décret de 1988.

Figure 1. — Date de création des C.L.I.N.
(en pourcentage)



Le nombre de réunions durant l'année 1989 dépend de la catégorie de l'établissement (tabl. 3). Les C.L.I.N. se réunissent plus fréquemment en C.H.R. (2,9 réunions en moyenne en 1989) qu'en C.H.G. (2,4), en E.P.S.P.H. (2,1), en C.H.S. (1,4), en C.H.S.P. (1,7), en H.L. (0,7). 20 % des C.L.I.N. ne se sont pas réunis en 1989.

Tableau 3. — Nombre de réunions du C.L.I.N.
pour les établissements possédant un C.L.I.N.

| Type (effectif) | Zéro | 1-2 | 3 et plus | Non-réponse |
|------------------|------|-----|-----------|-------------|
| | % | % | % | % |
| C.H.R.U. (62) | 5 | 34 | 56 | 5 |
| C.H.G. (174) | 15 | 45 | 38 | 2 |
| C.H.S. (140) | 33 | 47 | 19 | 1 |
| H.L. (22) | 45 | 50 | — | 5 |
| C.H.S.P. (45) | 27 | 47 | 24 | 2 |
| E.P.S.P.H. (102) | 15 | 54 | 31 | — |
| Autres (22) | 13 | 59 | 23 | 5 |
| Total (567) | 20 | 47 | 31 | 2 |

Le nombre de réunions du C.L.I.N. dépend également de sa date de création. Les C.L.I.N. les plus anciens se réunissent davantage que les nouveaux : en moyenne 2,5 réunions par an pour les C.L.I.N. créés avant 1988, contre 1,8 pour ceux constitués en 1988-1989.

Le président du C.L.I.N. est un médecin dans la moitié des cas (tabl. 4) sauf pour les C.H.R. qui élisent plutôt un biologiste à la tête du C.L.I.N. La spécialité médicale la plus sollicitée, hormis l'hygiène hospitalière, est l'anesthésie-réanimation (27 %), principalement dans les C.H.G., puis la médecine générale (14 %), retrouvée surtout dans les H.L. 10 % des présidents, médecins, des C.L.I.N. sont des pneumologues, 8 % des internistes, 6 % des pédiatres. La psychiatrie est représentée exclusivement dans les C.H.S.P. avec 83 % des présidents de C.L.I.N.

Tableau 4. — Discipline du président du C.L.I.N.
pour les établissements possédant un comité de lutte
contre les infections nosocomiales

| Type (effectif) | Discipline | | | | | |
|------------------|------------|-----------|----------|-----------|---------|----------|
| | Médecine | Chirurgie | Biologie | Pharmacie | Hygiène | Inconnue |
| | % | % | % | % | % | % |
| C.H.R. (62) | 32 | 2 | 44 | 6 | 16 | 0 |
| C.H.G. (174) | 40 | 14 | 28 | 12 | 1 | 5 |
| C.H.S. (140) | 47 | 19 | 14 | 11 | 0 | 8 |
| H.L. (22) | 95 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 |
| C.H.S.P. (45) | 64 | 0 | 2 | 29 | 0 | 4 |
| E.P.S.P.H. (102) | 61 | 13 | 13 | 2 | 2 | 10 |
| Autres (22) | 59 | 18 | 14 | 4 | 0 | 4 |
| Total (567) | 49 | 12 | 20 | 10 | 2 | 6 |

Les chirurgiens présidents d'un C.L.I.N. sont le plus souvent gynécologues-obstétriciens (20 %), orthopédistes (17 %) ou chirurgiens polyvalents (16 %).

3. Activités de surveillance des infections nosocomiales

Parmi les établissements ayant répondu à l'enquête, 19 % effectuent une surveillance clinique, 42 % une surveillance bactériologique et 29 % une surveillance de la consommation des antibiotiques (tabl. 5).

Tableau 5. — Établissements effectuant une surveillance des infections nosocomiales

| Type (effectif) | Surveillance clinique | Surveillance bactériologique | Surveillance à partir de la pharmacie | % |
|------------------|-----------------------|------------------------------|---------------------------------------|---|
| | | | | % |
| C.H.R.U. (75) | 57 | 77 | 47 | |
| C.H.G. (198) | 31 | 55 | 40 | |
| C.H.S. (247) | 17 | 43 | 29 | |
| H.L. (232) | 1 | 15 | 10 | |
| C.H.S.P. (69) | 13 | 42 | 41 | |
| E.P.S.P.H. (221) | 18 | 50 | 31 | |
| Autres (69) | 14 | 38 | 19 | |
| Total (1 111) | 19 (n = 209) | 42 (n = 472) | 29 (n = 319) | |

3.1. La surveillance clinique

En 1989, 152 établissements ont réalisé une enquête d'incidence et 95 une enquête de prévalence (tabl. 6).

Tableau 6. — Établissements réalisant des enquêtes d'incidence ou de prévalence pour tous les établissements

| Type (effectif) | Incidence | | Prévalence | |
|----------------------------|-----------|--------|------------|--------|
| | % | Nombre | % | Nombre |
| C.H.R. (75) | 44 | 33 | 25 | 19 |
| C.H.G. (198) | 21 | 42 | 17 | 33 |
| C.H.S. (247) | 12 | 30 | 9 | 22 |
| H.L. (232) | 0,5 | 1 | 1 | 2 |
| C.H.S.P. (69) | 9 | 6 | 6 | 4 |
| E.P.S.P.H. (221) | 14 | 31 | 6 | 13 |
| Autres (69) | 13 | 9 | 3 | 2 |
| Total (1 111) | 14 | 152 | 9 | 95 |

La présence ou l'absence d'un C.L.I.N. conditionne la mise en œuvre d'une surveillance clinique dans l'établissement. Sur les 567 établissements possédant un C.L.I.N., 34 % ont effectué une enquête d'incidence et/ou de prévalence en 1989, contre 3 % des établissements sans C.L.I.N.

3.1.1. Enquêtes d'incidence (tabl. 7)

Les enquêtes d'incidence sont plus fréquemment réalisées en continu sur toute l'année (41 %). Elles concernent principalement soit l'ensemble des services (36 %), soit les services de chirurgie (30 %) ou de réanimation (18 %). Toutes les infections nosocomiales sont relevées (50 %) ou les infections urinaires (25 %). Le recueil d'informations est réalisé par un médecin (34 %), par une infirmière (24 %) ou par un membre du service d'hygiène (25 %).

Un H.L. a réalisé une enquête en 1989, celle-ci concernait la fréquence des infections urinaires et sur cathéters, dans un service de médecine.

Tableau 7. — Enquêtes d'incidence Principales caractéristiques

| Type (effectif) | C.H.R. (45) | C.H.G. (42) | C.H.S. (32) | C.H.S.P. (6) | E.P.S.P.H. (34) | Autres (9) | Total (169) |
|------------------------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|--------------------|---------------|----------------|
| | % | % | % | % | % | % | % |
| Fréquence : | | | | | | | |
| - semestre | 13 | 10 | 13 | 17 | 18 | - | 13 |
| - année | 51 | 40 | 31 | 17 | 44 | 44 | 41 |
| - autre | 11 | 12 | 6 | 17 | 6 | - | 9 |
| - non précisé | 24 | 38 | 50 | 50 | 32 | 56 | 37 |
| Infection : | | | | | | | |
| - toutes | 42 | 48 | 50 | 67 | 59 | 56 | 50 |
| - urinaires | 27 | 24 | 22 | 33 | 26 | 22 | 25 |
| - post-opératoires | 22 | 7 | 6 | 17 | 18 | 11 | 14 |
| - pulmonaires | 16 | 10 | 6 | 17 | 6 | - | 9 |
| - septiques | 20 | 14 | 16 | - | 3 | 11 | 13 |
| - cutanées | - | - | - | 33 | 3 | 11 | 2 |
| - cathéters | 9 | 10 | 3 | - | - | 11 | 7 |
| Service : | | | | | | | |
| - tous | 16 | 45 | 50 | 67 | 29 | 44 | 36 |
| - chirurgie | 22 | 36 | 28 | - | 47 | 11 | 30 |
| - médecine | - | 12 | 22 | - | 3 | 11 | 9 |
| - réanimation | 24 | 17 | 6 | - | 24 | 22 | 18 |
| - maternité | 16 | 10 | 6 | - | 9 | - | 9 |
| Recueil : | | | | | | | |
| - médecin | 33 | 29 | 34 | 17 | 41 | 44 | 34 |
| - infirmier | 31 | 19 | 28 | - | 26 | - | 24 |
| - hygiéniste | 51 | 31 | 9 | 33 | 6 | - | 25 |
| - pharmacien | - | 14 | 16 | 17 | 3 | - | 8 |
| - biologiste | 13 | 26 | 16 | 33 | 29 | 56 | 23 |

3.1.2. Enquêtes de prévalence (tabl. 8)

Les enquêtes de prévalence se tiennent sur une seule journée lorsque la durée est précisée. Elles s'intéressent à l'ensemble des infections (52 %), principalement dans les C.H.R., et aux infections urinaires (22 %).

Les enquêtes ont lieu dans l'ensemble des services (50 %) ou en chirurgie (19 %). Par contre, les services de réanimation (4 %) sont moins concernés que pour les enquêtes d'incidence.

Le recueil des données est confié à un médecin (33 %) ou à un hygiéniste (28 %). Les infirmiers (18 %) et les biologistes (14 %) semblent moins prendre part aux enquêtes de prévalence que d'incidence.

En 1989, les C.H.S.P. ont réalisé 3 enquêtes de prévalence, les « autres » établissements 2 enquêtes et un H.L. 1 enquête.

3.2. La surveillance microbiologique

Cette surveillance existe dans 57 % des établissements ayant un C.L.I.N., et dans 27 % des établissements qui n'en n'ont pas créé. Ce pourcentage augmente quand le président du C.L.I.N. est un biologiste, puisque cette surveillance est alors effectuée dans 76 % de ces établissements.

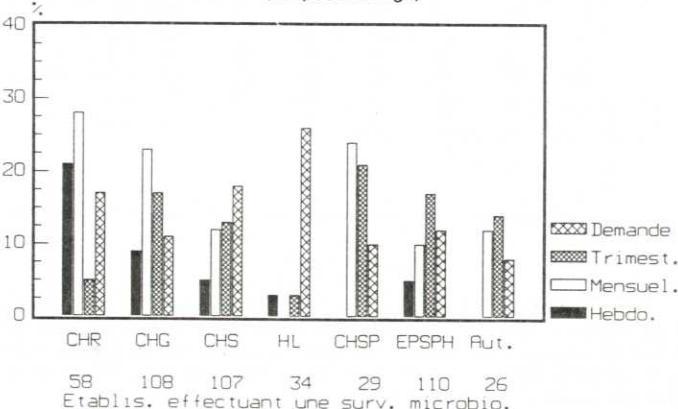
Hormis les C.H.S.P., le type d'analyse est plus fréquemment réalisée par service d'hospitalisation (46 %), que par micro-organisme (39 %) ou par type de prélèvement (37 %). Près de la moitié des C.H.R. (48 %) et des C.H.G. (45 %) effectuent ces 3 types d'analyses, de même que 15 % des C.H.S.

La fréquence de ces analyses est également variable selon la catégorie d'établissement (fig. 2). Cette analyse s'effectue soit mensuellement (16 %), soit trimestriellement (14 %) ou bien à la demande (14 %). Toutefois les C.H.R. et les C.H.G. pratiquent des bilans mensuels (28 % et 23 % respectivement) alors que les C.H.S. et les H.L. réagissent plutôt à la demande (18 % et 26 %). À l'inverse, les laboratoires informatisés pratiquent plutôt des analyses mensuelles (30 %) ou trimestrielles (17 %) qu'à la demande (10 %).

Tableau 8. — Enquêtes de prévalence Principales caractéristiques

| Type (effectif) | C.H.R. (20) | C.H.G. (36) | C.H.S. (23) | E.P.S.P.H. (14) | Total (99) |
|------------------------------|----------------|----------------|----------------|--------------------|---------------|
| | % | % | % | % | % |
| Fréquence : | | | | | |
| - 1 jour | - | 14 | 4 | 7 | 7 |
| - autre | 20 | 17 | 13 | 7 | 15 |
| - non précisé | 80 | 69 | 83 | 86 | 78 |
| Infection : | | | | | |
| - toutes | 90 | 50 | 35 | 29 | 52 |
| - urinaires | 5 | 25 | 17 | 36 | 21 |
| - post-opératoires | - | - | 9 | - | 2 |
| - pulmonaires | - | - | 4 | 7 | 3 |
| - septiques | 5 | 11 | 9 | 7 | 8 |
| - cutanées | - | 3 | 4 | 7 | 3 |
| Service : | | | | | |
| - tous | 55 | 61 | 35 | 36 | 50 |
| - chirurgie | 20 | 17 | 26 | 21 | 19 |
| - médecine | 10 | 11 | 13 | 14 | 11 |
| - réanimation | 10 | 3 | - | 7 | 4 |
| - maternité | 5 | 8 | 13 | 7 | 8 |
| Recueil : | | | | | |
| - médecin | 30 | 42 | 26 | 36 | 33 |
| - infirmier | 15 | 11 | 30 | 14 | 18 |
| - hygiéniste | 70 | 25 | 13 | 14 | 28 |
| - pharmacien | 10 | 14 | 13 | - | 10 |
| - biologiste | 20 | 8 | 22 | 7 | 14 |

Figure 2. — Fréquence des analyses des données de surveillance microbiologiques (en pourcentage)



Parmi les établissements qui effectuent une surveillance microbiologique, seuls 34 % vont valider l'information dans les services (69 % dans les C.H.R., dans 45 % dans les C.H.G. et dans 29 % des C.H.S.). Les H.L. ne le font que dans 3 % des cas. La validation est réalisée dans 42 % des établissements possédant un C.L.I.N. et dans 27 % des établissements qui en sont dépourvus.

3.3 La surveillance de la consommation d'antibiotiques

La consommation d'antibiotiques est surveillée par 29 % des établissements et varie selon la catégorie de l'établissement. Cette surveillance est réalisée dans 40 % des établissements avec un C.L.I.N. et dans 17 % pour les autres. Lorsque le président du C.L.I.N. est un pharmacien, la surveillance de la consommation des antibiotiques est effectuée dans la moitié des établissements.

Un comité du médicament existe dans 21 % des établissements en moyenne, (51 % des C.H.R., 54 % des C.H.G. et 20 % des C.H.S.). 57 % des établissements ayant un comité du médicament surveillent la consommation des antibiotiques (contre 22 % pour ceux qui n'en n'ont pas) et 74 % d'entre eux établissent des protocoles d'antibiothérapie (contre 33 % pour les autres établissements). Ce comité existe dans 36 % des établissements ayant un C.L.I.N.

3.4. Diffusion des données de surveillance (tabl. 9)

Parmi les établissements effectuant une surveillance clinique, 67 % diffusent l'information recueillie. Celle-ci est principalement destinée au président du C.L.I.N. (78 %) et au service concerné (57 %).

Tableau 9. — Destinataires des données de surveillance pour chaque type de surveillance

| Nombre d'établissements effectuant une surveillance | Surveillance clinique (n = 209) | Surveillance bactériologique (n = 472) | Surveillance à partir de la pharmacie (n = 319) |
|--|---------------------------------|--|---|
| Nombre d'établissements effectuant une diffusion | 139 (67 %) | 261 (55 %) | 130 (41 %) |
| Diffusion | % | % | % |
| Président du C.L.I.N. | 78 | 63 | 60 |
| Tous les services | 37 | 30 | 42 |
| Service concerné | 57 | 66 | 49 |
| D.D.A.S.S.-D.R.A.S.S. | 15 | 6 | 6 |
| Autres destinataires. | 8 | 8 | 6 |

Les données de bactériologie, dont la diffusion est réalisée dans 55 % des établissements, sont destinées au président du C.L.I.N. et au service concerné.

Enfin, les données de la pharmacie restent principalement dirigées vers les présidents des C.L.I.N. (60 %) et peu vers l'ensemble des services (42 %).

4. Les demandes de conseils à l'extérieur

16 % des établissements ont demandé des conseils à l'extérieur de leur établissement en 1989. Cette demande a été plus fréquente dans les C.H.R. (25 %) et les C.H.G. (22 %) et plus faible dans les E.P.S.P.H. (17 %), les C.H.S. (16 %) et les H.L. (7 %).

Ces demandes sont principalement effectuées auprès des C.H.R. (44 %) et des organismes extérieurs tels que D.D.A.S.S., D.R.A.S.S. ou organismes privés (36 %), et 14 % à des établissements hospitaliers publics non C.H.R.

Ces demandes sont motivées par une situation d'alerte dans 45 % des cas et par des conseils d'organisation de la surveillance dans 31 % des cas. Les H.L. demandent plus fréquemment conseils pour des situations d'alerte (63 %) que les autres catégories d'établissements.

5. Les situations d'alerte

Une situation d'alerte a été définie par une situation nécessitant une réponse particulière (cas groupés ou épidémie, agents pathogènes inhabituels, antibiorésistances particulières...). Au cours de l'année 1989, 352 situations d'alerte ont été identifiées dans 239 établissements (tabl. 10), soit en moyenne 1,5 alerte par établissement. (Les C.H.R. ont identifié 1,8 alerte en 1989 contre 1,4 pour les C.H.G. et 1,4 pour les C.H.S.). Il est intéressant de noter que les établissements qui effectuent une surveillance microbiologique identifient davantage de situations d'alerte (33 % contre 11 % des autres établissements).

Tableau 10. — Établissements ayant identifié une situation d'alerte

| Type (effectif) | Établissements ayant identifié une situation d'alerte | | Nombre total d'alertes |
|----------------------------|---|--------|------------------------|
| | % | Nombre | |
| C.H.R. (75) | 71 | 53 | 97 |
| C.H.G. (198) | 41 | 82 | 112 |
| C.H.S. (247) | 13 | 33 | 45 |
| H.L. (232) | 7 | 17 | 27 |
| C.H.S.P. (69) | 19 | 13 | 18 |
| E.P.S.P.H. (221) | 15 | 33 | 45 |
| Autres (69) | 12 | 8 | 8 |
| Total (1 111) | 22 | 239 | 352 |

Les motifs de ces situations d'alerte ont été la présence de cas groupés d'infections (58 %), l'apparition d'antibiorésistances particulières (14 %) et la présence d'un agent inhabituel (11 %).

Les micro-organismes mis en cause varient en fonction des motifs d'alerte (tabl. 11). Les cas groupés impliquent principalement des staphylocoques; les agents inhabituels les plus fréquents sont des *Pseudomonas*; l'apparition d'antibiorésistances particulières porte surtout sur les staphylocoques et les klebsielles.

Les problèmes le plus fréquemment rencontrés ont concerné les staphylocoques en chirurgie (11 établissements) et en réanimation (6), les septicémies à *Acinetobacter* en réanimation (6), les aspergilloses pulmonaires dans des services accueillant des sujets immunodéprimés (9), et les légionelloses (6). Les problèmes de gale sont essentiellement observés dans les centres de moyen ou long séjour et les H.L.

Tableau 11. — Motifs des situations d'alerte en fonction des germes en cause

| Agents | Cas groupés (203) | Agent inhabituel (39) | Résistance (47) | Autres (30) | Non précisé (33) |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|-----------------|-------------|------------------|
| | | | | | % |
| Staphylocoque | 20 | 10 | 26 | 3 | 12 |
| <i>Pseudomonas</i> | 13 | 23 | 9 | 20 | 9 |
| Klebsielle | 3 | 3 | 28 | 3 | 9 |
| <i>Acinetobacter</i> | 6 | 13 | 9 | — | 6 |
| Salmonelle | 6 | 5 | — | 3 | 12 |
| Aspergillus | 3 | 5 | 2 | — | 18 |
| Gale | 5 | 3 | — | — | 6 |
| Virus | 6 | — | — | — | — |
| Autres | 27 | 30 | 11 | 31 | 25 |
| Non précisé | 11 | 8 | 15 | 40 | 3 |

Les actions entreprises en situation d'alerte sont les suivantes :

- une réunion du C.L.I.N. (94 % des alertes) quand celui-ci existe;
- une enquête épidémiologique (68 %), notamment lors de cas groupés (74 %).

Les enquêtes sont réalisées en général dans des établissements avec C.L.I.N. Cette enquête est réalisée par des membres du service d'hygiène (30 % des enquêtes), du laboratoire (23 %) ou du C.L.I.N. (14 %). Dans les C.H.R., l'enquête est menée en priorité par le personnel du service d'hygiène (58 %); dans les C.H.G. ce travail est plus fréquemment confié au personnel du laboratoire (28 %), dans les C.H.S., à un membre du C.L.I.N. (23 %) et dans les H.L. et dans les C.H.S.P., au pharmacien (30 % et 45 % respectivement).

Les mesures de prévention prises devant ces situations d'alerte ont été variables :

- la désinfection des locaux semble la première mesure, appliquée dans 32 % des cas, de préférence lors de la découverte de germes inhabituels (51 %);
- le rappel des règles d'hygiène (surtout lavage des mains) auprès du personnel est fréquent (29 %);
- la formation complémentaire du personnel pour le problème rencontré (14 %);
- des mesures d'isolement du ou des malades restent peu fréquentes (16 %);
- la fermeture totale ou partielle du service concerné est pratiquée dans 10 % des cas. Ces fermetures ont été motivées principalement par des cas groupés (*Aspergillus*, staphylocoque);
- la mise au point d'actions spécifiques est peu fréquente (9 %) : vaccinations, modification de la prescription des antibiotiques, décontamination digestive, et de même que la rédaction de protocoles de soins, de contrôle et de surveillance de l'environnement.

6. Les activités de prévention

6.1. Protocoles de soins et surveillance de l'environnement (tabl. 12)

Des protocoles écrits sur les techniques de soins ont été établis dans 73 % des établissements. Ces protocoles portent essentiellement sur les sondages urinaires, les cathétérés veineux et les techniques des pansements. Des protocoles de désinfection des locaux et du matériel non autoclavable existent dans la majorité des établissements. Enfin, une surveillance systématique de l'environnement est effectuée dans 61 % des établissements.

6.2. Formation du personnel

86 % des établissements assurent une formation en hygiène hospitalière à leur personnel, 93 % dans les C.H.R., 94 % dans les C.H.G., 87 % dans les C.H.S., 85 % dans les H.L., 80 % dans les E.P.S.P.H., et 78 % pour les C.H.S.P. et les « autres » établissements.

Cette formation est effectuée dans le cadre de la formation continue dans 69 % des cas. Dans l'ensemble, 24 % des établissements forment leur personnel dès son arrivée (50 % pour les C.H.R., 26 % pour les C.H.G. et 20 % pour les C.H.S.). 53 % des établissements forment le personnel à sa demande et 14 % déclarent le faire rarement, ceci principalement dans les E.P.S.P.H. Les raisons évoquées sont un manque de crédits de formation et une insuffisance de personnel.

COMMENTAIRES

Cette enquête a été bien accueillie par les établissements. Elle dresse un état des lieux en 1989, met en évidence quelques points importants :

| Type (effectifs) | C.H.R. (75) | C.H.G. (198) | C.H.S. (247) | H.L. (232) | C.H.S.P. (69) | E.P.S.P.H. (221) | Autre (69) | Total (1 111) |
|--------------------------------------|----------------|-----------------|-----------------|---------------|------------------|---------------------|---------------|------------------|
| | % | % | % | % | % | % | % | % |
| Technique soin | 91 | 77 | 74 | 60 | 62 | 82 | 70 | 73 |
| - sondage U | 63 | 60 | 57 | 41 | 33 | 63 | 57 | 54 |
| - KT veineux. | 60 | 55 | 53 | 35 | 30 | 58 | 55 | 50 |
| - pansements | 57 | 58 | 52 | 42 | 39 | 67 | 58 | 54 |
| - lave-mains | 13 | 14 | 9 | 3 | 16 | 7 | - | 8 |
| - risque sang | 11 | 4 | 1 | 1 | 17 | 5 | - | 4 |
| - prép. bloc | 5 | 8 | 3 | - | - | 4 | 1 | 3 |
| Désinfection : | | | | | | | | |
| - locaux | 92 | 89 | 88 | 83 | 74 | 90 | 96 | 87 |
| - matériel | 80 | 84 | 83 | 68 | 65 | 85 | 87 | 79 |
| Procédure d'isolement | 63 | 62 | 59 | 38 | 38 | 58 | 38 | 53 |
| Surveillance environnement | 80 | 84 | 68 | 37 | 48 | 59 | 45 | 61 |
| - air | 32 | 23 | 13 | 2 | 4 | 8 | 12 | 12 |
| - eau | 39 | 34 | 19 | 8 | 20 | 18 | 16 | 20 |
| - surfaces | 32 | 46 | 31 | 5 | 13 | 17 | 14 | 23 |

— en dehors des hôpitaux locaux, 65 % des établissements visés par le décret de 1988 ont mis en place un C.L.I.N.; les C.L.I.N. de création récente n'ont pas encore véritablement structuré leur activité;

- des actions de surveillance et de prévention sont déjà menées dans de nombreux hôpitaux, même s'il s'agit principalement d'établissements importants (C.H.R. et C.H.G.) qui disposent de moyens techniques (service d'hygiène hospitalière, informatisation des laboratoires de microbiologie);
- l'identification d'une situation d'alerte est plus fréquente lorsqu'il existe un système de surveillance organisé;
- la surveillance des infections hospitalières n'a d'intérêt que dans la mesure où l'information recueillie est diffusée aux personnes qui peuvent avoir un rôle dans la prévention, ce qui n'est que peu fréquemment réalisé;
- la formation du personnel en hygiène hospitalière est insuffisante, que ce soit à l'arrivée du personnel ou en formation continue.

Nous avons choisi de ne pas recenser les cas d'infections nosocomiales, ce qui n'aurait concerné qu'un nombre limité d'établissements avec des définitions et des méthodes de recueil de données très disparates. Cependant, seule l'étude des situations d'alerte est donnée sous forme de résultats plus détaillés dans ce travail car, elle reflète pour une première approche la perception des établissements sur la réalité des infections nosocomiales.

La surveillance nationale peut maintenant être envisagée. Un rapport standardisé d'activité, adapté à chaque catégorie d'établissement, va être élaboré. Ces rapports annuels permettront d'effectuer les synthèses régionales telles qu'elles ont été prévues dans le décret de 1988.

RÉSUMÉ

Une enquête a été réalisée en octobre 1989 auprès des établissements publics et privés participant au service public. Sur les 1 111 établissements ayant participé à l'enquête, 567 (51 %) disposent d'un comité de lutte contre les infections nosocomiales. Ces comités sont récents puisque 62 % ont été créés en 1988-1989. Cependant, 20 % d'entre eux ne se sont pas réunis en 1989.

La surveillance des infections nosocomiales est effectuée à partir d'enquêtes d'incidence et/ou de prévalence dans 19 % des établissements, à partir de données provenant du laboratoire de microbiologie dans 42 % des établissements et à partir de la consommation d'antibiotiques dans 29 % des établissements.

Une situation d'alerte a été identifiée en 1989 dans 22 % des établissements. Les motifs des 352 situations d'alerte recensées ont été la présence de cas groupés d'infections (58 %), l'apparition d'antibiorésistances particulières (14 %) et la présence d'un agent inhabituel (11 %).

Les activités de prévention reposent sur des protocoles de soins pour 76 % des établissements, une surveillance systématique de l'environnement dans 61 % des établissements. Enfin, 24 % des établissements forment leur personnel en hygiène hospitalière à l'arrivée.

Par suite d'un mouvement de protestation des médecins inspecteurs de la santé lancé le 2 avril dernier, les Directions départementales des Affaires sanitaires et sociales ne sont pas en mesure de communiquer normalement à la Direction générale de la Santé les relevés hebdomadaires de déclarations obligatoires de maladies.

Dans ces conditions, la publication des données relatives à la situation épidémiologique hebdomadaire des maladies transmissibles est suspendue.