

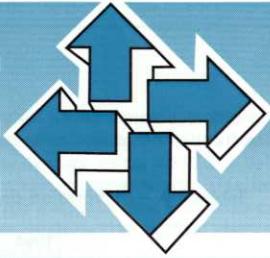
# bulletin épidémiologique hebdomadaire

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de l'Emploi

et de la Solidarité

Direction générale de la Santé



# BEH

Activités des comités de lutte contre les infections nosocomiales en 1996 et évolution depuis 1993, p. 117

Liste des centres de vaccination contre la Fièvre jaune, p. 119

N° 27/1998

REÇU LE

10 JUIL 1998

7 juillet 1998

Centre Européen

## LE POINT SUR...

### ACTIVITÉ DES COMITÉS DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES EN 1996 ET ÉVOLUTION DEPUIS 1993

(K. POCQUET<sup>1</sup>, A. LEPOUTRE-TOULEMON<sup>2</sup>, D. CULLET<sup>2</sup>, C. DUMARTIN<sup>2</sup>)

#### INTRODUCTION

Depuis 1998, date de création des Comités de Lutte Contre les Infections Nosocomiales (CLIN) dans les établissements publics, la prévention des infections nosocomiales est progressivement devenue un objectif affiché des établissements et des pouvoirs publics. Cette prévention implique un investissement humain, financier, et une prise de conscience de l'ensemble des professionnels hospitaliers.

La prévention repose sur un ensemble de mesures. Elles comprennent l'élaboration et la diffusion de recommandations, et l'évaluation de leur application, la surveillance épidémiologique et la formation des personnels en hygiène.

Le décret du 6 mai 1988 fixe les missions et le fonctionnement des CLIN. Ceux-ci ont été précisées par deux circulaires en 1988 [1] et 1995 [3]. Les établissements qui ont l'obligation de créer un CLIN sont les établissements de santé publics ou privés participant au service public hospitalier (PSPH), à l'exclusion des centres hospitaliers locaux où la CME fait office de CLIN. Cette démarche de qualité de soins doit pouvoir s'appuyer sur une unité d'hospitalisation de plus de 400 lits [3]. L'arrêté du 3 août 1992, a mis en place des structures de coordination nationales et régionales :

- un Comité technique national des infections nosocomiales (C.T.I.N)
- cinq centres inter-régionaux de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (C.C.L.I.N.).

En novembre 1994, un plan de lutte à 5 ans venait inscrire ces actions dans un programme national de prévention.

#### MÉTHODE

Chaque année, les CLIN des établissements publics et PSPH rédigent un rapport d'activité qui est soumis à la CME. Un bilan standardisé d'activité du CLIN est envoyé à la D.D.A.S.S., puis à la « cellule des infections nosocomiales » à la D.G.S. Ce bilan standardisé utilisé depuis 1993, permet d'évaluer au plan national, l'activité des CLIN, mais également, les disparités et les difficultés de fonctionnement par type d'établissement. Les résultats présentés portent sur quatre années de fonctionnement des CLIN.

Les présidents des CLIN sont interrogés essentiellement sur les moyens en personnel d'hygiène de l'établissement et sur 3 grands types d'activités :

- la mise au point de protocoles
- la formation et la communication en hygiène
- la surveillance épidémiologique

Afin de prendre en compte la nature des activités des établissements, ceux-ci ont été classés en cinq catégories : centres hospitaliers régionaux (CHR), centres hospitaliers (CH), centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CHSP), privés participant au service public hospitalier (PSPH), et les autres catégories (établissements privés, hôpitaux militaires, établissements de long séjour...). Ces deux dernières catégories regroupent des établissements dont l'activité et la taille sont hétérogènes.

L'analyse des questionnaires a été réalisée à l'aide du logiciel EPI INFO 6.

#### RÉSULTATS

##### Participation

727 établissements ont retourné le questionnaire en 1996 (tableau 1). Les centres hospitaliers constituent la moitié de ces établissements. La représentativité des établissements dont le bilan a été exploité en 1996 est diffi-

cile à préciser en termes de nombres d'établissements. Certains établissements renvoient un questionnaire correspondant à l'ensemble des sites d'une même entité administrative tandis que d'autres renvoient un questionnaire par site. Les établissements publics ou PSPH qui ont retourné le questionnaire représentaient en 1996, 70 % des lits d'hospitalisation français situés dans ces établissements. La représentativité est meilleure pour les CHR et les CH que pour les PSPH et les CHSP (tableau 2). Les retours de questionnaires se sont sensiblement améliorés entre 1993 (509 questionnaires) et 1996 (727 questionnaires).

Tableau 1. – Nombre d'établissements ayant répondu au questionnaire

	1993	1994	1995	1996
CHR	35	41	49	61
CH	365	271	345	366
CHSP	34	61	64	49
PSPH	31	81	78	181
Autre	44	90	102	70
TOTAL	509	544	638	727

Tableau 2. – Représentativité des établissements en 1996 en termes de nombre de lits établi pour les établissements soumis à l'obligation de CLIN

	Nb de lits des éts du bilan des CLIN 96	Nb de lits en France en 96 (SAE 96)	Taux de retour (en % des lits)
(1) CHR	71 833	89 715	80 %
(2) CH	146 323	177 667	82 %
(3) CHSP	23 059	41 145	56 %
(4) PSPH	33 207	81 988	41 %
(1) + (2) + (3) + (4)	274 422	390 515	70 %

##### Présence d'un CLIN

La proportion d'établissements ayant mis en place un CLIN (91 % en 1996) est stable depuis 1993, et diffère peu par catégorie d'établissement. Entre 1993 et 1996 la proportion de CHSP ayant mis en place un CLIN est passée de 88 % à 94 % respectivement (tableau 3).

Tableau 3. – Présence d'un CLIN au sein de l'établissement

	1993 (N = 509)	1994 (N = 544)	1995 (N = 638)	1996 (N = 727)
CHR	100 %	98 %	96 %	97 % (59)
CH	92 %	93 %	94 %	95 % (347)
CHSP	88 %	84 %	88 %	94 % (46)
PSPH	90 %	73 %	85 %	88 % (159)
Autre	71 %	64 %	78 %	76 % (53)
TOTAL	90 %	84 %	90 %	91 % (664)

Une approche globale de l'activité des CLIN, peut être faite par l'examen du nombre de réunions annuelles. On peut alors constater que la proportion de comités considérés comme actifs<sup>1</sup> augmente régulièrement depuis 1993, et

1. Interne de santé publique, DGS

2. Cellule infections nosocomiales DGS/DH.

ce, quelque soit le type d'établissement. Au total, 611 établissements (84 %), disposaient d'un CLIN considéré comme actif en 1996 (contre 77 % en 1993).

### Les moyens en personnel

La circulaire du 19 avril 1995 [3] recommande d'affecter au moins une infirmière temps plein à l'hygiène hospitalière lorsque l'établissement compte plus de 400 lits. De même, tous les établissements de plus de 800 lits devraient disposer d'au moins un praticien hospitalier à temps plein en hygiène.

Les moyens disponibles en personnel d'hygiène diffèrent selon le type d'établissement. En 1996, 78 % des CHR de plus de 400 lits ont une infirmière temps plein en hygiène, et 77 % des CHR de plus de 800 lits ont un praticien hospitalier temps plein en hygiène. 63 % des CH de plus de 400 lits ont une infirmière temps plein, et seuls 40 % des CH de plus de 800 lits ont un praticien temps plein. Cependant, on note une progression nette des moyens en personnel d'hygiène, notamment dans les CH puisqu'en 1993, 45 % seulement des CH de plus de 400 lits disposaient d'une infirmière temps plein en hygiène, et 18 % des CH de plus de 800 lits disposaient d'un praticien temps plein en hygiène. Par contre, en 1996, seul un hôpital psychiatrique de plus de 400 lits sur cinq dispose d'un temps plein d'infirmière hygiéniste.

**Tableau 4. – Proportion d'établissements de plus de 400 lits qui ont une infirmière temps plein en hygiène \***

	1993 (N = 193)	1994 (N = 198)	1995 (N = 222)	1996 (N = 228)
CHR	76 %	71 %	85 %	78 % (35)
CH	45 %	55 %	58 %	63 % (81)
CHSP	19 %	14 %	18 %	21 % (6)
PSPH				
Autre				
<b>TOTAL</b>	<b>48 %</b>	<b>48 %</b>	<b>54 %</b>	<b>58 % (137)</b>

\* Remarque : les proportions n'ont été calculées que pour les effectifs supérieurs à 20 établissements.

**Tableau 5. – Proportion d'établissements de plus de 800 lits qui ont un praticien temps plein en hygiène \***

	1993 (N = 73)	1994 (N = 65)	1995 (N = 80)	1996 (N = 75)
CHR	73 %	77 %	80 %	77 % (24)
CH	18 %	29 %	32 %	40 % (15)
CHSP				
PSPH				
Autre				
<b>TOTAL</b>	<b>38 %</b>	<b>43 %</b>	<b>56 %</b>	<b>56 %</b>

\* Remarque : les proportions n'ont été calculées que pour les effectifs supérieurs à 20 établissements.

Sur l'ensemble des établissements de l'enquête, 153 CH (42 %), 5 CHR (8 %) et 134 (74 %) établissements privés participant au service public n'ont aucun personnel en hygiène. Les moyens en personnel varient également en fonction de la situation géographique des hôpitaux. Les établissements des régions Alsace et Lorraine par exemple sont plus défavorisés (on y retrouve une moyenne de 0,8 infirmière temps plein pour 1 000 lits de court séjour), alors que les établissements des régions Midi-Pyrénées, et PACA sont mieux dotés (respectivement 3,2, et 3,4 infirmières temps plein pour 1 000 lits de court séjour).

### La formation continue en hygiène

Une formation continue en hygiène a été dispensée dans 90 % des établissements ayant un CLIN en 1996. Ces formations en hygiène ont concerné les infirmières dans 82 % des établissements (98 % des CHR, 83 % des CH, 79 % des PSPH et 70 % des CHSP). Les formations continues destinées aux médecins sont beaucoup moins fréquentes (47 % des établissements en 1996) avec une forte disparité selon le type d'établissement. 75 % des CHR ont assuré un enseignement en hygiène des médecins, alors que seuls 40 % des CH, 45 % des PSPH, et 28 % des CHSP l'ont fait. L'évolution des résultats depuis 1993 montre les efforts faits par les hôpitaux pour la formation continue des infirmières en hygiène, qui était réalisée par 65 % des établissements en 1993 et par 82 % d'entre eux en 1996. La formation proposée aux médecins est également en augmentation (29 % en 1993 et 47 % en 1996), mais reste encore peu fréquente.

### Activités des CLIN

L'élaboration de protocoles d'hygiène est une fonction habituelle des CLIN. Les thèmes prioritaires ne varient pas depuis 93 : en 1996, 86 % des hôpitaux ayant un CLIN ont élaboré des protocoles sur l'entretien et la désinfection, 78 % sur les soins, et 70 % sur des recommandations au personnel.

Les protocoles concernant l'isolement du malade, ou l'antibiothérapie sont moins fréquemment retrouvés (respectivement 50 % et 32 %) (tableau 6).

**Tableau 6. – Élaboration de protocoles ou de recommandations**

	1993 (N = 459)	1994 (N = 459)	1995 (N = 574)	1996 (N = 664)
Entretien/désinf.	74 %	81 %	83 %	86 % (570)
Soins	58 %	77 %	78 %	78 % (518)
Personnel	60 %	62 %	66 %	70 % (468)
Isolement	41 %	50 %	45 %	50 % (329)
Autre	20 %	37 %	37 %	38 % (252)
Antibiotiques	31 %	35 %	30 %	32 % (210)

Des évaluations ou des pratiques d'audit ont été réalisées dans 78 % des CHR en 1996. Ces activités sont moins fréquentes pour les CLIN des autres catégories d'établissements (CH : 49 %, PSPH : 39 %, CHSP : 28 %). Il n'y a pas de progression sensible sur ce sujet depuis 1993 (en 1996 : CHR : 93 %, CH : 77 %, CHSP : 72 %, PSPH : 78 %).

69 % des CLIN, toute catégorie d'établissement confondue, ont été sollicités pour des conseils lors de travaux.

La participation à des activités interhospitalières en hygiène, est indiquée par 63 % des CLIN en 1996 (contre 56 % en 1993). Elle est plus importante dans les CHR et les CH que dans les autres types d'établissements : 88 % dans les CHR, 68 % dans les CH, 53 % dans les PSPH et 41 % dans les CHSP.

### La surveillance épidémiologique des infections nosocomiales :

L'identification d'une situation d'alerte est fréquemment signalée par les CHR (80 %) en 1996, mais cette identification est plus rare, dans les CH (45 %), les PSPH (34 %), et les CHSP (26 %). Cette activité régresse depuis 1993 pour ces établissements.

En 1996, une enquête (prévalence ou incidence) sur les infections nosocomiales, a été réalisée par la majorité des CLIN (78 %). Elles sont plus fréquemment réalisées dans les CHR (93 %), mais aussi dans les CH (84 %). Une progression sensible des enquêtes réalisées est observée entre 1993 (59 % des CLIN) et 1996 (78 % des CLIN) (tableau 7).

**Tableau 7. – Réalisation d'une enquête (prévalence ou incidence)**

	1993 (N = 459)	1994 (N = 459)	1995 (N = 574)	1996 (N = 664)
CHR	86 %	93 %	94 %	93 % (55)
CH	58 %	62 %	66 %	84 % (291)
CHSP	53 %	33 %	38 %	63 % (29)
PSPH	61 %	46 %	55 %	71 % (113)
Autre	39 %	62 %	45 %	62 % (33)
<b>TOTAL</b>	<b>59 %</b>	<b>59 %</b>	<b>61 %</b>	<b>78 % (521)</b>

La surveillance continue est une activité présente dans les CHR (80 % en 1996), mais peu développée dans les CH (45 %), les PSPH (41 %) ou les CHSP (17 %) (Tableau 8). La présence d'une infirmière hygiéniste à temps plein est un facteur important de la mise en place de cette surveillance, qui est alors réalisée dans 81 % des CHR, 64 % des CH et 50 % des PSPH en 1996. Si l'on sélectionne les hôpitaux ayant un CLIN avec une infirmière à temps plein, et des lits de réanimation, 61 % des CLIN de ces établissements exercent une surveillance continue d'au moins un de leur service de réanimation (au lieu de 44 % dans ces mêmes établissements n'ayant pas d'infirmière d'hygiène). Contrairement aux enquêtes d'incidence ou de prévalence, la surveillance continue n'a pas progressé depuis 1993.

**Tableau 8. – Surveillance continue**

	1993 (N = 459)	1994 (N = 459)	1995 (N = 574)	1996 (N = 664)
CHR	83 %	85 %	85 %	80 % (47)
CH	49 %	47 %	42 %	45 % (155)
CHSP	27 %	29 %	21 %	17 % (8)
PSPH	46 %	46 %	42 %	41 % (65)
Autre	39 %	53 %	30 %	38 % (28)
<b>TOTAL</b>	<b>50 %</b>	<b>49 %</b>	<b>42 %</b>	<b>44 % (295)</b>

La surveillance de la consommation des antibiotiques n'est réalisée que par 38 % des CLIN en 1996.

Dans ce bilan, 63 établissements sont dépourvus de CLIN. Ils ne sont pas pour autant complètement inactifs en matière de lutte contre les infections nosocomiales, et 56 % d'entre eux possèdent une unité d'hygiène. Une for-

1. Au moins une réunion annuelle.

mation des infirmières a été assurée pour 48 % d'entre eux, et des opérations de sensibilisation pour 42 % de ces établissements. 35 % des hôpitaux n'ayant pas de CLIN ont réalisé des protocoles de soins, 45 % sur l'entretien, 38 % sur le personnel. Cependant, certaines activités sont très faiblement représentées dans ce type d'hôpital, par exemple, la surveillance continue (8 %), l'identification d'une situation d'alerte (13 %), la réalisation d'enquête (14 %), la formation des médecins (14 %).

## DISCUSSION

Le taux de retour des bilans est satisfaisant pour les CHR et les CH mais reste peu élevé pour les autres catégories d'établissements. Compte tenu du plus faible taux de retour des établissement psychiatriques ou PSPH, et de l'augmentation de ce retour au cours de ces quatre années, les évolutions constatées en termes d'activités et de moyens ne peuvent être réellement appréciées que pour les CHR et les CH. Par ailleurs, aucune information n'a été recueillie sur les établissements dont le bilan n'a pas été envoyé à la DDASS ou n'a pas été transmis à la DGS.

En trois ans, il existe une progression sensible des activités des CLIN comme la formation continue, la réalisation de protocoles et la coopération inter-hôpitalière. De même, la réalisation d'une enquête d'incidence ou de prévalence est plus fréquente, et notamment dans les CH. Cependant la réalisation de l'enquête nationale de prévalence en 1996 peut expliquer en partie les résultats observés cette année.

Les moyens en personnel d'hygiène se sont également améliorés, en particulier dans les centres hospitaliers. La situation a moins évolué dans les CHR dont la plupart disposaient déjà de personnel en 1993.

L'importance et la nature des activités des CLIN, ainsi que leurs moyens, varient significativement en fonction du type d'hôpital, les CHR se distinguant nettement des autres types d'établissements. Cette disparité des activités par catégorie d'hôpitaux peut être notée, par exemple, dans l'élaboration des protocoles. On relève ainsi, que l'entretien et les soins sont des domaines sur lesquels tous les hôpitaux ont travaillé, alors que l'isolement des malades ou la gestion des antibiotiques ne sont fréquemment traités que par les CLIN des CHR. Cependant, les informations obtenues grâce au questionnaire nous renseignent sur les protocoles réalisés au cours de l'année 1996, et on ignore donc si l'absence de réalisation de protocole n'est pas le fait de l'existence de documents antérieurs à 1996.

L'étude de l'évolution des résultats sur quatre années permet aussi d'identifier les activités des CLIN qui restent peu fréquentes. L'évaluation, la surveillance continue, et l'alerte, ne sont pas réalisées fréquemment en dehors des CHR. Ces activités semblent être corrélées aux moyens en personnels (dont l'insuffisance est plus marquée dans les centres hospitaliers non universitaires) et aux possibilités de mobilisation d'expertise interne pour mettre en œuvre des activités qui nécessitent des compétences spécifiques (audits, surveillance continue). Par ailleurs certains thèmes semblent peu mobiliser les CLIN : les protocoles sur les antibiotiques ne sont réalisés que dans 32 % des centres, et la surveillance de la consommation d'antibiotiques est peu

pratiquée par l'ensemble des établissements (38 %), y compris par les CHR (56 %). On peut supposer que la gestion et la surveillance des antibiotiques ne sont pas des thèmes jugés comme prioritaires par l'ensemble des établissement, ou que les CLIN ne s'impliquent pas dans ces activités qui relèvent du comité du médicament et de la pharmacie intérieure. La formation continue des infirmières est fréquente au sein de tous les établissements ayant un CLIN. La formation destinée aux médecins bien qu'en augmentation, reste peu fréquente en dehors des CHR. Dans les centres de plus petite taille, qui n'ont souvent pas de praticien hygiéniste, il est plus difficile pour une seule infirmière de dispenser des cours, et de s'adresser à des médecins, voire à des chefs de services. De plus, les médecins qui ont de multiples contraintes, et qui sont moins sensibilisés dans leur cursus d'études aux infections nosocomiales, se sentent peut être moins impliqués face à cette approche par la formation.

## CONCLUSION

L'analyse des rapports annuels d'activité des CLIN permet d'appréhender une progression sensible sur quatre ans des actions menées par les CLIN et des moyens en personnels affectés à la lutte contre les infections nosocomiales. Cette amélioration ne concerne pas tous les domaines ; certains types d'actions, tels l'audit, l'alerte, la surveillance ou la formation continue des médecins, sont encore insuffisamment développés en dehors des centres hospitaliers régionaux. Les efforts en termes de moyens et de soutien des activités les plus techniques doivent être poursuivis et renforcés en particulier dans les centres hospitaliers non universitaires.

On remarque que les objectifs et les recommandations édictés par la circulaire de 1995 concernant les effectifs en personnel d'hygiène au sein de chaque établissement, ne sont pas atteint partout. En 1996, 23 centres hospitaliers (18 %) de plus de 400 lits n'avaient aucune infirmière ni aucun médecin affecté en hygiène.

Les informations recueillies mériteraient également d'être approfondies et précisées : la réponse affirmative à un item du questionnaire ne signifiant pas toujours, ni le même investissement, ni la même ampleur de travail, selon les CLIN. C'est pourquoi, le Comité Technique de Lutte Contre les Infections Nosocomiales se propose de réfléchir cette année, à l'élaboration d'un nouveau questionnaire plus complet et plus exhaustif. Ainsi, une approche plus qualitative de l'activité de chaque CLIN devrait être possible dans l'avenir.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Circulaire du 13 octobre 1988, BEH n° 46, 1988.
- [2] Prévention des infections nosocomiales, P. Rufat, BEH n° 34, 1990.
- [3] Circulaire DGS/DH n° 17 du 19 avril 1995, BEH n° 29, 1995.
- [4] Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales 1996, BEH n° 39, 1997.

# INFORMATIONS

## LISTE DES CENTRES DE VACCINATION CONTRE LA FIÈVRE JAUNE

Liste complémentaire à la liste parue dans le BEH n° 26, 1997)

### ARDÈCHE

#### ANNONAY

Centre hospitalier général  
B.P. – Médecine D  
07103 Annonay

Tél. : 04 75 67 35 95

### CHER

#### BOURGES

Centre hospitalier Jacques-Cœur  
Médecine Interne  
145, avenue François-Mitterrand  
18016 Bourges Cedex

Tél. : 02 48 48 49 42

### MANCHE

#### SAINT-LO

Centre hospitalier Mémorial  
France États-Unis Saint-Lo  
Consultation de Médecine Exotique  
715, rue Dunant  
50009 Saint-Lo

Tél. : 02 33 06 33 02

### SEINE-SAINT-DENIS

AÉROPORT ROISSY-CHARLES DE GAULLE  
Service Médical du Travail des CRD Lignes  
PP ZM – Air France

Tél. : 01 41 56 30 43

### VAL D'OISE

#### GONESSE

Centre hospitalier de Gonesse  
25, rue Pierre de Theilley – B.P. 71  
95503 Gonesse Cedex

Tél. : 01 34 53 20 02

### GUYANE

#### MANA

Centre de santé de Mana  
DASS/GUY  
1, Cité des Kaulans  
97360 Mana

Tél. : (00 594) 34 82 26  
ou 34 84 71

### TONATE MACOURIA

Centre de santé de Macouria  
Centre de prévention et de vaccination  
Rue Leopol-Heder  
97355 Macouria

Tél. : (00 594) 38 88 79

### REGINA

Centre de santé de Regina  
Poste de santé de Kaw  
Dispensaire  
Le bourg  
97390 Regina

Tél. : (00 594) 27 06 51

## Cas déclarés pour certaines maladies transmissibles

Données provisoires non validées

Semaine du 15 juin  
au 21 juin 1998

**Directeur de la publication :** P' J. MENARD – **Rédacteur en chef :** P' Élisabeth BOUDET  
**Rédaction :** D<sup>r</sup> Jean-Baptiste BRUNET, Sophie FEGUEUX, Corinne LEGOASTER, Agnès LEPOUTRE, Martine LEQUELLEC-NATHAN, Florence LOT, Vincent PIERRE, Isabelle REBIEIRI, Véronique VAILLANT. **Administration :** M. André CHAUVIN – **Sécrétariat :** M<sup>me</sup> Hortense PINVILLE Direction générale de la Santé – Sous-direction de la Veille sanitaire Bureau VS 2 : 1, place de Fontenoy, 75350 Paris 07 SP Tél. : 01 40 56 40 95 – N° CPP : 2015 AD – N° INPI : 1 732 278 – ISSN 0245-7466

**Diffusion : LA DOCUMENTATION FRANÇAISE** – Service abonnements

124, rue Henri-Barbusse, 93308 AUBERVILLIERS CEDEX (France)

Tél. : 01 40 15 70 00 – Télécopie : 01 40 15 68 00

Tarif 1998 - France : 300 FF TTC, Europe (U.E.) : 335 FF TTC, Europe (hors U.E.) et Maghreb : 328,11 FF HT

DOM/TOM et Pays R.P. (Régime Particulier : Pays de la Zone francophone de l'Afrique

[hors Maghreb] et de l'Océan Indien), avion économique : 325 FF HT ; suppl. par avion rapide : 25 FF HT

Autres pays, avion économique : 345 FF HT ; suppl. par avion rapide : 25 FF HT.