



ENQUÊTE

ENQUÊTE NATIONALE DE PRÉVALENCE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES EN FRANCE « Hôpital propre » (octobre 1990)

J.-L. QUENON *, S. GOTTOT *, Ph. DUNETON *, S. LARIVEN *, J. CARLET **, B. RÉGNIER ***, G. BRÜCKER *

« HÔPITAL PROPRE »

Un projet pour promouvoir la lutte contre les infections nosocomiales

Comme l'ont montré les études nord-américaines (N.N.I.S.), la surveillance des infections nosocomiales est un des éléments essentiels de leur prévention.

En France, il existe un retard dans la mise en place de cette surveillance. En 1989, seulement 19 % des établissements hospitaliers participant au service public effectuaient une surveillance clinique (enquêtes de prévalence et/ou d'incidence) de ces infections (B.E.H. n° 34, 1990).

Le projet « Hôpital propre » a été créé en 1989 à l'initiative de l'Institut Beecham et en collaboration avec la Fondation Maurice-Rapin pour promouvoir la lutte contre les infections nosocomiales et étudier les aspects méthodologiques de cette surveillance.

Parmi les objectifs, 2 priorités :

- mesurer l'ampleur du phénomène par une enquête nationale de prévalence;
- réaliser une étude de faisabilité de la surveillance clinique dans 11 sites pilotes.

Nous rapportons ici les résultats de l'enquête de prévalence.

MÉTHODE

En octobre 1990, une enquête de prévalence des infections nosocomiales fut menée dans 39 hôpitaux publics (34 C.H.G. et 5 C.H.U.), répartis dans 16 départements préalablement tirés au sort; 11 599 malades ont été inclus dans l'étude.

L'enquête s'est déroulée selon la technique dite « un jour donné », dans tous les services d'aigus. 5 sites anatomiques : urinaire, pulmonaire, opératoire, bactériémie/septicémie, cathéter ont été étudiés. Les infections actives et nosocomiales étaient définies par les critères suivants :

- infection : critères simplifiés des C.D.C. d'Atlanta;
- active : infection diagnostiquée dans les 3 jours précédant l'enquête ou patient recevant des antibiotiques le jour de l'enquête;
- nosocomiale : infection absente à l'admission.

Le recueil des données a été effectué par 13 médecins enquêteurs n'appartenant pas aux hôpitaux enquêtés. Ils ont suivi une formation commune avant le début de l'enquête.

La recherche des infections a été réalisée seulement chez les patients hospitalisés depuis plus de 72 heures. Un examen cytbactériologique des urines systématique a été pratiqué chez tous les patients porteurs d'une sonde urinaire le jour de l'enquête.

La saisie des données a été faite en double avec un programme de validation interne. L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel EPIINFO des C.D.C. d'Atlanta.

RÉSULTATS

Les hôpitaux qui ont participé à l'enquête représentent un total de 17 934 lits, soit 6,6 % de l'ensemble des lits hospitaliers français.

L'analyse porte sur 11 599 patients. La répartition des malades enquêtés par spécialité est la suivante : 54,1 % en médecine, 39,9 % en chirurgie, 4,4 % en réanimation et 1,6 % classé dans d'autres services.

Au total, 857 infections chez 776 patients ont été identifiées. Le ratio infections/infectés est égal à 1,1.

Le taux de prévalence des malades infectés est de 6,7 % (I.C. à 95 % : 6,2-7,2) et celui des infections nosocomiales de 7,4 %. La médiane des taux d'infections dans les 39 hôpitaux est de 6,4 %, avec une étendue de 1,4 à 13,9 % (fig. 1). 6 hôpitaux ont un taux de prévalence supérieur à 10 %.

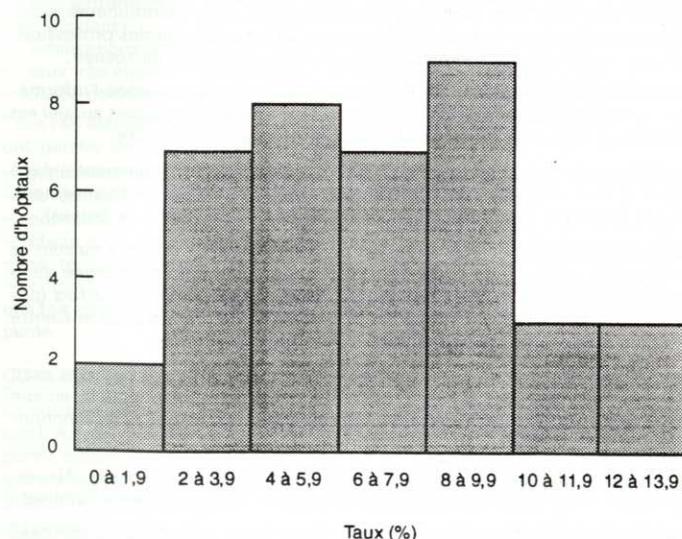
Les taux les plus élevés sont observés dans les C.H.U. (9,0 %) et dans les C.H.G. de 150 à 300 lits (8,6 %) [tabl. 1].

Les services à haut risque sont ceux de réanimation (28,1 %), suivi par la chirurgie (7,4 %), la médecine (7,2 %), la gynéco-obstétrique (2,7 %) et la pédiatrie (1,4 %).

Les infections urinaires représentent la moitié (48,9 %) des infections enregistrées; viennent ensuite celles du site pulmonaire (20,3 %) et du site opératoire (16,3 %) [fig. 2]. Parmi les 3 131 patients opérés, 140 (4,5 %) présentaient une infection du site opératoire. Pour la chirurgie propre, le taux de prévalence des infections sur site opératoire est égal à 3,0 %.

Cette étude confirme l'association, d'une part entre sondage urinaire et infection urinaire, d'autre part, entre ventilation mécanique et infection pul-

Figure 1. — Répartition des 39 hôpitaux enquêtés selon le taux de prévalence des infections nosocomiales



* Service Études, Hygiène et Prévention (AP-HP).
** Service de réanimation (hôpital Saint-Joseph).
*** Service de réanimation des maladies infectieuses (hôpital Bichat - Claude-Bernard).

monaire. Pour le site urinaire, 22 % des patients sondés ont une infection pour seulement 1,8 % des patients non sondés. Pour le site pulmonaire, 19,7 % des patients ventilés ont une infection pour seulement 1,1 % des patients non ventilés.

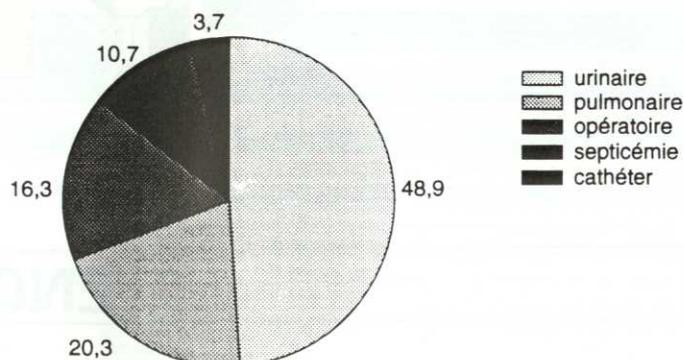
Tableau 1. — Prévalence des infections nosocomiales selon la catégorie et la taille de l'hôpital

Infections nosocomiales	C.H.G.					C.H.U.	Total
	< 150 lits	150 à 299	300 à 500	> 500	Tous	> 500 lits	
Nombre	42	101	136	304	583	274	857
Taux de prévalence (%)	5,7	8,6	6,0	7,0	6,8	9,0	7,4
Nombre de malades enquêtés	732	1 180	2 262	4 365	8 539	3 060	11 599

Un diagnostic microbiologique a été établi pour 81,2 % de ces infections. Les germes les plus fréquents sont les bactéries Gram négatif (62,0 %), surtout *Escherichia coli* (24,9 %), suivi par les bactéries Gram positif (30,4 %), principalement *Staphylococcus sp.* (22,2 %) et enfin, les levures (6,3 %).

Près d'un tiers (29,5 %) des patients reçoit une antibiothérapie en curatif ou en prophylaxie; les 3 familles d'antibiotiques les plus prescrites étant les pénicillines associées aux inhibiteurs des β -lactamases (16,6 %, les pénicillines A (13,3 %) et les quinolones (13,1 %). Pour les infections nosocomiales, 3 familles sont principalement utilisées : les quinolones (23,5 %), les aminoglycosides (12,3 %) et les pénicillines associées aux inhibiteurs des β -lactamases (11,8 %).

Figure 2. — Répartition des infections nosocomiales selon le site anatomique



CONCLUSION

Malgré l'absence de programme national de prévention des infections, le taux de prévalence des infections nosocomiales mesuré sur 5 sites anatomiques se situe dans des limites acceptables, comparé aux résultats d'études européennes similaires.

Cette enquête doit aider chaque hôpital à définir des programmes de prévention.

Enfin, elle doit conduire à proposer une méthodologie standardisée pour réaliser des études transversales sur les infections nosocomiales.

LE POINT SUR...

LE SYSTÈME E.H.L.A.S.S. :

« De l'intérêt d'un système de recueil dans l'élaboration d'une décision »

C. DUVAL *

Depuis 1986, la C.E.E. a permis aux différents pays de la Communauté de se doter d'un système de recueil d'accidents domestiques de sport et de loisirs dénommé : le système E.H.L.A.S.S. (European Home and Leisure Accident Surveillance System).

Ce système E.H.L.A.S.S. porte sur l'ensemble des « accidents de la vie courante », selon l'appellation proposée récemment par le Conseil national de l'Information statistique : il s'agit des accidents domestiques proprement dits, au domicile ou dans ses abords immédiats, des accidents de sport, de loisirs et des accidents scolaires. Sont exclus : les accidents de la circulation, du travail, les agressions et les suicides, conformément aux catégories définies par l'O.M.S.

Ce système, identique dans la plupart des pays de la Communauté européenne, est basé sur un recueil de données, 24 h sur 24, par des professionnels de santé, dans les services d'urgence des hôpitaux du réseau.

Actuellement, 60 hôpitaux en Europe recueillent en permanence l'information. Chaque État membre traite ses propres données. Un rapport annuel est transmis à Bruxelles par tous les États participant à l'enquête.

La taille de ce réseau est sensiblement inférieure à celle initialement prévue qui était de 11 hôpitaux pour la France et 90 pour la C.E.E. (le financement, assuré pour une grande part par la C.E.E., ayant été revu à la baisse).

Ce système est géré en France par le ministère chargé de la Santé au sein de la Direction générale de la Santé (D.G.S.). C'est elle qui est chargée de la conduite technique du projet et des exploitations statistiques à la fois globales et thématiques. Ce travail est réalisé en collaboration avec le Centre interuniversitaire de traitement de l'information (C.I.T.I. 2).

Pour rappel, une première analyse des résultats, portant sur 9 632 cas, avait été présentée en 1988 (B.E.H. n° 34, 1988). Une autre a été réalisée en juin 1991 (B.E.H. n° 22, 1991) faisant un premier bilan de 4 années de fonctionnement du système.

En France, 8 hôpitaux transmettent régulièrement leurs données : Aix-en-Provence, Besançon, Béthune, Bordeaux, Caen, Pontoise, Reims, Vannes.

Fondée sur un petit nombre d'hôpitaux volontaires, cette base de données n'a pas pour vocation de fournir une image nationale des accidents de la vie

courante vus dans les services d'urgence. Toutefois, grâce au nombre important de cas enregistrés (> 200 000), elle permet une approche détaillée des différents types d'accidents caractérisés par le sexe et l'âge des victimes, les circonstances, les lésions provoquées ou encore les produits en cause. En France, ce système fonctionne depuis juillet 1986.

Cet article a pour but de répondre à la question suivante :

Comment cette base de données peut-elle constituer une aide à la décision ?

Pour cela nous prendrons 2 exemples : les aires de jeux et les parapentes. Mais auparavant, nous donnerons quelques explications sur un de nos partenaires administratifs, le plus important, véritable « courroie de transmission », c'est la Commission de sécurité des consommateurs (C.S.C.).

La C.S.C. est une commission administrative indépendante, composée de consommateurs, de professionnels, de hauts magistrats et d'experts. Elle a été créée par la loi du 21 juillet 1983 sur la sécurité des consommateurs, pour l'amélioration de la prévention des risques et accidents liés à l'utilisation des produits et services.

Elle peut être saisie par toute personne physique ou morale, par les pouvoirs publics, et par les autorités judiciaires ; elle peut également se saisir d'office pour tout problème concernant la sécurité.

Son action est triple :

- le recensement des risques et des accidents : en utilisant tous les types de recueils qui existent (E.H.L.A.S.S., C.N.A.M., I.N.S.E.R.M., centres anti-poison, etc.) ;

- l'émission d'avis sur des produits ou des services. Ces avis sont émis au terme d'une procédure contradictoire, chaque avis est adressé aux personnes et administrations concernées et reproduit en annexe du rapport annuel qui donne lieu à une large diffusion dans la presse. Depuis son installation en 1985, la commission a émis environ 200 avis. Sur proposition de la commission ou de leur propre initiative, les administrations compétentes peuvent faire adopter des normes et des réglementations préventives pour assurer la sécurité des consommateurs ;

- l'information du public, notamment par des communiqués de presse, chaque fois qu'elle le juge nécessaire et notamment en cas d'urgence. Elle diffuse très largement des fiches pratiques sur des sujets fort variés. Actuellement 76 types de fiches sont disponibles, donnant aux consommateurs des conseils de comportement dans les circonstances à risque.

* Chef de projet (Paris).