

à renforcer les connaissances sur les IAS et leur prévention, et donc la sécurité des patients en Europe.

Références

[1] Haley RW, Culver DH, White JW, Morgan WM, Emori TG, Munn VP, *et al.* The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. *Am J Epidemiol.* 1985;121:182-205.

[2] Emori TG, Culver DH, Horan TC, Jarvis WR, White JW, Olson DR, *et al.* National nosocomial infections surveillance system (NNIS): description of surveillance methods. *Am J Infect Control.* 1991;19:19-35.

[3] Décision N° 2119/98/CE du Parlement européen et du Conseil du 24 septembre 1998 instaurant un réseau de surveillance épidémiologique et de contrôle des maladies transmissibles dans la Communauté (JO L 268 du 3.10.1998, p.1). Disponible à : <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:1998D2119:20071228:FR:PDF>

[4] Suetens C, Savey A, Lepape A, Morales I, Carlet J, Fabry J. Surveillance des infections nosocomiales en réanimation : vers une approche consensuelle en Europe. *Réanimation* 2003;12:205-13.

[5] Regulation (EC) N° 851/2004 of the European Parliament and of the Council of 21 April 2004 establishing a European Centre for Disease Prevention and Control.

Disponible à : http://www.ecdc.europa.eu/en/aboutus/Key%20Documents/0404_KD_Regulation_establishing_ECDC.pdf

[6] Council recommendation of 9 June 2009 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections (2009/C 151/01). Disponible à : http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_en.pdf et http://ec.europa.eu/health-eu/europe_for_patients/patient_safety/index_fr.htm

[7] European Centre for Disease Prevention and Control: Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2008. Chapter 2. Healthcare-associated infections. Stockholm: ECDC, December 2008; pp. 16-38.

Surveiller pour conduire et évaluer la politique de prévention des infections nosocomiales d'un établissement de santé : l'expérience du Centre hospitalier de Mulhouse, France

Pascale Minery (mineryp@ch-mulhouse.fr)¹, Dominique Bourderont¹, Alain Gravet², Joy Y. Mootien^{3,4}, Marie-Laure Courdier⁵, Catherine Berg⁶, Jean-Marie Delarbre², Philippe Réal^{7,8}

1/ Pôle de santé publique, Centre hospitalier de Mulhouse, France

3/ Service de réanimation médicale, Centre hospitalier de Mulhouse, France

5/ Médecine du travail, Centre hospitalier de Mulhouse, France

7/ Service de réanimation chirurgicale, Centre hospitalier de Mulhouse, France

2/ Laboratoire de microbiologie, Centre hospitalier de Mulhouse, France

4/ Commission des anti-infectieux, Centre hospitalier de Mulhouse, France

6/ Pharmacie, Centre hospitalier de Mulhouse, France

8/ Comité de lutte contre les infections nosocomiales, Centre hospitalier de Mulhouse, France

Résumé / Abstract

Cet article a pour objet de présenter le rôle des surveillances dans la politique de lutte contre les infections nosocomiales du Centre hospitalier de Mulhouse. Organisée dans un premier temps à partir du laboratoire de microbiologie, la surveillance s'est ensuite développée autour d'un double dispositif : le suivi épidémiologique et la veille sanitaire. Le suivi épidémiologique comprend la surveillance en réseau selon une méthodologie nationale, la surveillance à partir des données du laboratoire de microbiologie et de la pharmacie dans les domaines suivants : maîtrise du risque infectieux en secteurs opératoires, en réanimation, maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes (BMR) aux antibiotiques, maîtrise des infections nosocomiales liées à un dispositif médical et de celles observées chez les professionnels de santé. La veille sanitaire regroupe le signalement interne des événements indésirables de risque infectieux.

La surveillance des infections du site opératoire sur des actes traceurs est effective pour toutes les spécialités chirurgicales. Elle a permis à deux d'entre elles de construire un programme de prévention avec le Comité de lutte contre les infections nosocomiales et d'en suivre l'efficacité. La surveillance des BMR s'appuie sur une organisation où l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière intervient activement auprès des services. Cette politique a contribué à la maîtrise de l'épidémie régionale à entérocoques résistants aux glycopeptides de l'Est de la France.

Les résultats de la surveillance ont permis de fixer les priorités du programme de lutte contre les infections et de suivre les tendances.

Ils éclairent sur les risques actuels et permettent à l'établissement d'adapter sa politique de prévention aux phénomènes émergents. La surveillance devient le terreau d'actions pragmatiques.

Mots-clés / Key words

Surveillance, infection nosocomiale, évaluation, programme d'actions / Surveillance, healthcare-associated infection, evaluation, action program

Introduction

L'Hôpital de Mulhouse est un centre hospitalier général de 1 600 lits et places avec une activité de court séjour (60%), de psychiatrie (10%), de soins de suite et réadaptation (10%) et de long séjour-Ehpad (20%). La politique de lutte contre les infections nosocomiales (IN) est définie par le Comité de lutte contre les infections nosocomiales (Clin) en

place depuis mai 1988. Il s'appuie sur une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOH) depuis 1994. Le programme d'action pluriannuel est élaboré à partir des programmes nationaux [1;2].

En 2006, le Centre hospitalier de Mulhouse (CHM) se classait, selon les médias, 99^{ème} dans la catégorie des établissements de santé de plus de 300 lits, classement établi à partir du bilan standardisé des activités de la Lutte contre les infections nosoco-

Surveillance for conducting and prevention policies of healthcare-associated infections in a healthcare facility: the experience of the Mulhouse Hospital, France

The objective of the present study is to present the role of surveillance in our control policy of nosocomial infections at the General Hospital of Mulhouse. Surveillance was first set up from the microbiology laboratory, and then focused on epidemiological monitoring and early warning.

Epidemiological monitoring includes network monitoring based on a national methodology, and the surveillance of data from the microbiology laboratory and from the hospital pharmacy in the following areas: control of infectious risks in the operating ward, intensive care, control of the spread of multidrug-resistant bacteria, control of nosocomial infections related to medical devices and those found in healthcare professionals. Early warning includes the internal reporting of adverse events in the field of infectious risk.

Surveillance of surgical site infections on specific procedures is effective for all surgical specialties practiced at the CHM. It allowed two surgical specialties to design a prevention program with the Infection Control Committee (CLIN), and monitor its effectiveness. Monitoring of multidrug-resistant bacteria relies on an organization where the infection control unit (EOHH) is very active within the services. This policy contributed to control the regional outbreak of ERG in eastern France.

Surveillance results helped set priorities for the program to control infections and monitor trends. They inform on the current risks, and allow the healthcare facility to adapt its prevention policy for emerging phenomena. Monitoring becomes a breeding ground for pragmatic action.

miales (LIN) 2005. Ce résultat n'était pas à la hauteur des attentes au regard des actions entreprises. En 2007, le Clin a proposé de relever trois défis : renforcer l'hygiène des mains, baisser le taux de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (Sarm), développer la surveillance des infections du site opératoire (ISO). Les thèmes prioritaires étant réévalués chaque année, le Clin a ajouté en 2010 à ses priorités la surveillance des infections en

réanimation et la prévention des infections associées aux actes invasifs.

L'objectif de cet article n'est pas de donner les résultats de la surveillance, mais de présenter le rôle des surveillances dans la conduite et l'évaluation de la politique de lutte contre les infections nosocomiales.

La surveillance au Centre hospitalier de Mulhouse

Quel que soit son domaine d'application, la surveillance est définie comme « le recueil continu et systématique, l'analyse et l'interprétation des données sur la santé nécessaires pour la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des pratiques de santé publique, ce qui est étroitement lié à la dissémination de ces données à ceux qui doivent les utiliser » [3].

La politique de surveillance au Centre hospitalier de Mulhouse (CHM) est sous-tendue par :

- les priorités nationales et leurs objectifs quantifiés [1;2] ;

- la gestion nationale et régionale d'épidémies (type *Clostridium difficile* 027, entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG), entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC)) ;

- les priorités locales : après avoir implémenté des protocoles de prévention des infections associées aux soins (IAS), organisé des formations et des évaluations, l'objectif est d'en mesurer l'impact à travers le nombre d'infections. Les surveillances prioritaires concernent d'abord les ISO, les bactéries multi-résistantes (BMR) aux antibiotiques, les bactériémies, en particulier celles associées aux actes invasifs, et la surveillance des infections en réanimation ;

- le respect des droits des usagers, l'obligation d'information lors de la survenue d'infections nosocomiales [4], la mise à disposition du public des indicateurs de qualité et de sécurité des soins [5]. Les moyens humains et informatiques pouvant être mobilisés conditionnent la politique de surveillance menée.

La surveillance implique de nombreux secteurs et acteurs du CHM (EOH, laboratoire de microbiologie, pharmacie, médecine du travail, commission des anti-infectieux, services de soins). Le développement d'outils informatiques optimise le temps consacré au recueil des données.

Le programme de surveillance du CHM répond au Plan stratégique de prévention des infections associées aux soins 2009-2013 [6]. La surveillance est menée en réseau selon une méthodologie nationale (Réseau d'alerte et de surveillance des infections nosocomiales, Raisin) permettant au CHM de comparer ses résultats aux résultats régionaux et nationaux. La surveillance couvre les domaines suivants : maîtrise du risque infectieux en secteurs opératoires, en réanimation, maîtrise de la diffusion des BMR, maîtrise des infections nosocomiales liées à un dispositif médical et de celles observées chez les professionnels de santé par accidents d'exposition au sang. Pour les mener à bien, le CHM exploite les données du laboratoire de microbiologie et de la pharmacie confrontées, dans le cas de la surveillance des IAS, à des renseignements cliniques qui en améliorent les performances [7].

Les infections nosocomiales détectées font l'objet d'un signalement interne, et si elles répondent aux critères définis par le décret n° 2001-671 du 26/07/2001 relatif à la lutte contre les infections

nosocomiales dans les établissements de santé [8], un signalement externe est fait (à l'ARS et au CCLIN).

Méthode d'analyse de l'impact de la surveillance sur la politique de prévention

Des tableaux de bord d'indicateurs de résultats (exhaustivité du suivi des actes et résultats épidémiologiques obtenus) sont élaborés et les résultats comparés d'une année à l'autre (tests statistiques classiques). Le *benchmarking* permet d'identifier un service « outlier ».

Les résultats sont communiqués aux équipes concernées et aux instances de l'établissement (Clin, commission médicale d'établissement (CME), directoire et conseil de surveillance) et déclenchent des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Des plans d'amélioration sont mis en œuvre selon les modalités complémentaires suivantes : écriture ou révision de protocoles, formations des professionnels et réévaluations de l'implémentation des pratiques.

Résultats

Les résultats obtenus pour la surveillance des ISO, des BMR et des bactériémies ont déterminé des mesures de prévention. Ces trois domaines illustrent plus particulièrement le rôle de la surveillance dans la conduite et l'évaluation de la politique de lutte contre les infections nosocomiales du CHM.

Maîtrise du risque infectieux dans les secteurs opératoires

Le Clin a élaboré divers protocoles de prévention des ISO qui sont régulièrement actualisés : préparation cutanée de la personne opérée (depuis 1997), antisepsie (depuis 1993), antibioprophylaxie (depuis 1993), bionettoyage au bloc opératoire (depuis 1998), maîtrise de la qualité de l'environnement en secteur à air maîtrisé (depuis 2006), tenue au bloc opératoire (depuis 2008), hygiène des mains (depuis 1993).

Ces recommandations ont été accompagnées, pour l'ensemble des professionnels des blocs opératoires, de formations et d'évaluations.

La surveillance des ISO est réalisée selon la méthodologie Raisin. Les spécialités chirurgicales surveillées au CHM sont : chirurgie générale, cardiaque et vasculaire, digestive, infantile, orthopédique et traumatologique, plastique et reconstructrice, thoracique, gynéco-obstétrique, urologique, ophtalmologie.

À partir de 2007, le nombre d'interventions surveillées et les actes « traceurs » ont augmenté (tableau 1). La volonté politique de développer cette surveillance a été favorisée par un partenariat indispensable entre les équipes chirurgicales et l'EOH. La mise en place d'outils de recueil des données, l'analyse et l'appropriation des résultats par les équipes ont convaincu de l'intérêt et de la faisabilité de cette surveillance. En 2011, toutes les disciplines chirurgicales du bilan standardisé de lutte contre les IN participent à la surveillance des ISO avec des actes traceurs. L'indicateur de surveillance des infections du site opératoire (Survivo) est égal à 10 depuis 2007. C'est l'un des 5 indicateurs du score agrégé de la LIN. Ce score explore l'organisation, les moyens et les actions, l'hygiène des mains, le bon usage des antibiotiques et la démarche de maîtrise du risque

infectieux en chirurgie et mesure le niveau de performance des établissements de santé.

Hors périodes de surveillance, deux disciplines participent activement aux signalements des ISO : l'ophtalmologie et la gynécologie-obstétrique. Elles ont élaboré des projets intégrés au programme d'action du Clin.

En ophtalmologie, l'acte traceur retenu est la cataracte non « prioritaire », incluse dans la surveillance « globale ». Le suivi des endophtalmies mis en place depuis 2002 a permis :

- la rédaction de protocoles de préparation cutanée spécifiques ;

- la réalisation d'audits cliniques ciblés (ACC) sur l'antibioprophylaxie (méthodologie de la Haute autorité de santé) ;

- des actualisations du protocole d'antibioprophylaxie ;

- le contrôle de la maîtrise de l'environnement des salles d'opération.

La dernière endophtalmie a été déclarée en 2008.

En gynécologie-obstétrique, le suivi des césariennes et des tumorectomies est continu depuis 2005. Les résultats ayant alerté les professionnels, un projet de maîtrise du risque infectieux a été intégré dans le programme d'action du Clin en 2009. Depuis, plusieurs protocoles ont été rédigés ou mis à jour : antibioprophylaxie, champ opératoire pour césarienne, circuit des professionnels au bloc césarienne. L'analyse et le contrôle du risque infectieux tout au long de la prise en charge des tumorectomies (injection de produit radiomarqué pour prélèvement du ganglion sentinelle, repérage radiologique de la tumeur à l'aide d'un fil métallique ou harpon, préparation cutanée de l'opérée la veille et le matin de l'intervention, intervention elle-même et ré-interventions) sont la prochaine étape du projet.

Maîtrise de la diffusion des BMR et des germes suivis par le Clin

Depuis 2007, la lutte contre la diffusion des BMR est une priorité. Bien que le CHM dispose de tous les outils de maîtrise des BMR (protocoles d'isolement septique, matériel, système d'alerte), le taux de Sarm ne diminue pas de manière significative. Le projet mis en place est caractérisé par une double approche :

- maîtrise de l'utilisation et du bon usage des antibiotiques. La Commission des anti-infectieux a rédigé des protocoles d'antibiothérapie et arrêté une liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée. Elle a conduit un travail sur la durée de l'antibiothérapie. Parallèlement, cette commission mène une activité de conseils et d'évaluations et forme les nouveaux prescripteurs ;

- maîtrise de la transmission croisée des micro-organismes. Le Clin a validé :

- la promotion de l'hygiène des mains avec une campagne pour l'utilisation des solutions hydro-alcooliques (SHA) ;

- la promotion des précautions standard et complémentaires, par une démarche active du laboratoire de microbiologie et de l'EOH pour toute BMR signalée ;

- le signalement systématique par le laboratoire des entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) / *Pseudomonas* toto-résistant / *Pseudomonas* producteur de bêta-lactamase à spectre étendu (BLSE) / *Acinetobacter* toto-résistant / toxines positives de *Clostridium difficile* ;

Tableau 1 Nombre et type d'interventions chirurgicales surveillées au Centre hospitalier de Mulhouse, France, entre 2002 et 2010 / Table 1 Number and type of surgery acts monitored at the Mulhouse Hospital (France) between 2002 and 2010

Spécialités	Type de surveillance / interventions surveillées	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
		Nombre d'interventions surveillées								
Chirurgie générale	Globale			203			43			
ORL	Globale						109			
Chirurgie ophtalmologique	Globale / cataracte	208					307	296	317	538
Chirurgie gynécologique	Globale		399							
	Prioritaire / chirurgie carcinologique du sein				84	110	101	41	66	92
Gynécologie-obstétrique	Prioritaire / césarienne		102		104	105	111	151	186	272
Chirurgie vasculaire	Globale			176			132			
	Prioritaire / exérèse veineuse du membre inférieur							60	70	103
Chirurgie digestive	Prioritaire / cholécystectomie					127	88	91	99	78
	Prioritaire / hernie									124
Chirurgie urologique	Prioritaire / résection d'une hypertrophie de la prostate par urétrocystoscopie						91	57	59	78
Chirurgie plastique reconstructrice	Globale		140							
	Globale / chirurgie esthétique du sein						137	63	60	79
	Globale / chirurgie esthétique du ventre									25
Chirurgie orthopédique	Prioritaire / prothèse de hanche de première intention				68		67	61	57	78
	Prioritaire / prothèse de genou				36					
Chirurgie cardiaque	Globale							182	283	283
Chirurgie thoracique	Globale							29	59	54
Chirurgie infantile	Globale									59
Total		208	641	379	292	342	1 186	1 031	1 256	1 863

Tableau 2 Nombre de signalements réalisés en 2008 et 2009 par le laboratoire de microbiologie à l'EOH, Centre hospitalier de Mulhouse, France / Table 2 Number of notifications conducted in 2008 and 2009 by the microbiology laboratory, Mulhouse Hospital, France

	2008	2009
Toxines de <i>C. difficile</i>	52	85
BMR et germes suivis	139	283
ERG	17 patients ERG+ / 1 337 patients dépistés	11 patients ERG+ / 3 094 patients dépistés
Total des signalements	208	379

Tableau 3 Évolution entre 2005 et 2009 de l'indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques (ICSHA) et de l'indice triennal de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (Sarm), Centre hospitalier de Mulhouse, France / Table 3 Trends of the consumption indicator of alcohol-based solutions (ICSHA) and the triennial rate of *Staphylococcus aureus* resistant to methicillin (MRSA), Mulhouse Hospital, France

	2005	2006	2007	2008	2009
ICSHA	44,6%	46,8%	60,2%	90,6%	133,3%
Sarm			0,48%	0,41%	0,34%

– pour chaque signalement du laboratoire, l'EOH intervient auprès des services de soins pour mise en œuvre et évaluation des précautions complémentaires.

Deux cent huit patients répondant aux critères de signalement systématique ont été signalés par le laboratoire et suivis par l'EOH en 2008, 379 en 2009. Ce suivi permet de contrôler la diffusion de ces germes (tableau 2).

L'indice triennal de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (Sarm) en baisse depuis 2007 et l'indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques (ICSHA) en hausse illustrent les résultats favorables de la politique de lutte contre les BMR

et germes suivis par le Clin (tableau 3). L'indicateur Sarm mesure le nombre de patients hospitalisés chez lesquels au moins une souche de Sarm a été isolée dans un prélèvement diagnostique, rapporté à 1 000 journées d'hospitalisation, au cours des trois années précédant sa publication.

Maitrise des infections nosocomiales liées à un dispositif médical

Depuis 1990, le laboratoire de microbiologie organise la surveillance des bactériémies en continu pour le CHM. En 1996, elle s'intègre aussi dans le réseau Raisin.

À partir de 2002, les microbiologistes classifient les bactériémies en bactériémies vraies ou souillures, en caractère nosocomial ou communautaire de l'épisode, avec le suivi annuel de l'incidence des bactériémies nosocomiales.

En 2010, afin de s'inscrire dans la démarche nationale de prévention des IN, « améliorer la prévention des infections associées aux actes invasifs » devient une priorité du Clin qui demande au laboratoire de microbiologie de calculer le taux de bactériémies associées aux cathéters veineux centraux (CVC) et périphériques (CVP).

Les résultats de la surveillance des bactériémies pour 2009 présentés par le laboratoire de microbiologie permettent de fixer un seuil de référence. Les résultats pour 2010 mesureront l'évolution suite aux actions de prévention menées au CHM : ateliers de pratiques professionnelles (APP) (APP cathéter périphérique, APP cathéter central), participation à l'audit national CVP, mise à jour des protocoles « pose et entretien des cathéters veineux périphériques » et « antisepsie ».

Parallèlement, le secteur d'hémodialyse s'inscrit dans une démarche visant à diminuer les incidences des bactériémies à Sarm sur CVC. Cette démarche d'EPP comprend des audits sur l'hygiène des mains (deuxième tour en 2010 selon la méthodologie du GREPHH (Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière)), la formation des médecins de néphrologie à la désinfection chirurgicale des mains, la promotion de l'hygiène des mains auprès des professionnels mais aussi des patients d'hémodialyse, un audit d'observation sur la pose des CVC, un audit sur le branchement/débranchement du CVC à venir en 2011. Les indicateurs de processus (ICSHA, consommation des antibiotiques, nombre de signalements internes et externes) et les

Tableau 4 Participation au réseau Raisin de surveillance en réanimation entre 2004 et 2010 au Centre hospitalier de Mulhouse, France / **Table 4** Participation in the RAISIN surveillance network of intensive care units between 2004 and 2010 at the Mulhouse Hospital, France

	2004	2005	2007	2010
Participation réanimation médicale	Oui	Oui	Oui	Oui
Participation réanimation chirurgicale	Non	Non	Non	Oui
Nombre de patients surveillés	396	240	243	419

indicateurs de résultats (incidence des infections sur cathéter d'hémodialyse et des bactériémies) seront les baromètres de la démarche.

En raison du « risque patient » majoré, la surveillance des infections nosocomiales en réanimation, en particulier des infections liées aux CVC, s'intègre dans ce projet du Clin, qui propose donc en 2010 aux deux services de réanimation adulte de participer à nouveau au réseau REA-Raisin. En effet en 2004, 2005 et 2007, le service de réanimation médicale a participé au réseau REA-Raisin. Le tableau 4 confirme qu'il est impossible de surveiller sans un minimum de ressources médicales disponibles.

Il est indispensable de poursuivre cette surveillance afin de dégager les tendances spécifiques, cibler les actions à entreprendre et en mesurer l'impact.

Discussion-conclusion

La mise en place d'un programme de surveillance était indispensable au CHM. Cette démarche s'inscrit dans la politique de lutte contre les événements indésirables associés aux soins [9]. Elle a permis de dresser une cartographie des risques. Le risque identifié a pu être analysé et maîtrisé par des moyens de prévention : protocoles, formations, évaluations. L'efficacité des actions mises en œuvre est alors mesurée par la poursuite de cette surveillance, le travail en réseau ouvrant sur des comparaisons au niveau régional et national.

Dans le cadre du Raisin, le CHM alimente les bases de données à partir desquelles la politique nationale est établie.

Au niveau régional, le suivi des BMR au CHM a permis de limiter l'épidémie d'ERG qui a frappé l'Est de la France.

Depuis 2007, la surveillance valorise les actions de prévention entreprises. Le score agrégé a progressé : il est de 98/100 en 2009. La surveillance nous a appris la culture du résultat qui est aussi le fruit d'un investissement au quotidien. Rien ne s'est fait tout seul : il a fallu convaincre, expliquer et innover. L'augmentation régulière du nombre de patients surveillés au CHM traduit la préoccupation du Clin mais aussi celle des professionnels vis à vis de la sécurité des soins. La surveillance est perçue comme un outil de progrès et de prévention. Les différents acteurs s'approprient les indicateurs de surveillance et les exploitent.

Après avoir construit l'hygiène sur les fondations indispensables que sont les protocoles, les formations et les évaluations de pratiques professionnelles, le développement de la surveillance devenait incontournable. La surveillance autorise le pragmatisme : le service rendu est reconnu par les professionnels et par les patients. Aujourd'hui, l'objectif est de poursuivre et d'augmenter encore le champ de la surveillance pour cibler les actions de prévention et être efficace.

Remerciements

Nous remercions tous les acteurs de la surveillance du Centre hospitalier de Mulhouse et plus particulièrement : les membres de l'Unité d'hygiène hospitalière (Mesdames Bitzberger, Brustlein, Clément, Empereur, Frigo, Sester, Husserr, Martin, Weiss), les chefs des services de chirurgie (Docteurs Andreoletti, Ansieau, Barsotti, Bischoff, Lenoble, Miclo, Ott, Steinmetz, Weber Philippe), les chefs

de services de réanimation adultes (Docteurs Guiot, Réal), le chef de service de néphrologie/hémodialyse (Dr Petitjean).

Références

- [1] Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Circulaire n°DHOS/DGS/E2/5C/2004/599 du 13 décembre 2004 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005/2008 dans les établissements de santé.
- [2] Ministère de la Santé et des Sports, Secrétariat d'État à la Solidarité. Circulaire n°DHOS/E2/DGS/RI/2009/272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009/2013.
- [3] Berthelot P, Fabry J. Surveillance des infections associées aux soins (IAS). Fiches pratiques pour la prévention du risque infectieux. CCLin Sud-Est. 2004 (mise à jour 2010). Disponible à : http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Doc_Reco/guides/FCPRI/Epidemiologie/Epidemio_Surveillance.pdf
- [4] Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Disponible à : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000227015>
- [5] Ministère de la Santé et des Sports, Secrétariat d'État à la Solidarité. Arrêté du 30 décembre 2009 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Disponible à : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021573332>
- [6] Ministère de la Santé et des Sports, Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville. Circulaire interministérielle n° DGS/DHOS/DGAS/2009/264 du 19 août 2009 relative à la mise en œuvre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins.
- [7] Talon D. Rôle du laboratoire dans la prévention du risque infectieux. Fiches pratiques pour la prévention du risque infectieux. CCLin Sud-Est. 2004 (mise à jour 2009). Disponible à : http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Doc_Reco/guides/FCPRI/Epidemiologie/Epidemio_Laboratoire.pdf
- [8] Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Décret n°2001-671 du 26 juillet 2001 relatif à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État). JO du 28/07/2001.
- [9] Ministère de la Santé et des Sports. Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé. JO du 16/11/2010.

La surveillance des infections nosocomiales en France : un élément clé des programmes nationaux

Pierre Parneix (pierre.parneix@chu-bordeaux.fr)

CCLin Sud-Ouest, Bordeaux, France

Résumé / Abstract

Depuis 1995, la France dispose d'un programme national de prévention des infections nosocomiales porté par le ministère chargé de la Santé. Organiser un système de surveillance et créer une culture associée de la prévention sont des composantes stratégiques fortes des programmes successifs. Fruit du partenariat de l'Institut de veille sanitaire et des cinq Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales, le Raisin (Réseau d'alerte et d'investigation des infections nosocomiales) a été au cœur de la structuration de ce dispositif dans les années 2000. Globalement, la fréquence des infections nosocomiales, mesurée par les enquêtes de prévalence quinquennales, a baissé de façon significative. Les cibles spécifiques des programmes que sont les infections à Sarm et les infections du site opératoire ont été atteintes grâce à un système de surveillance s'appuyant sur des équipes opérationnelles d'hygiène insérées de façon efficace au cœur du dispositif de soins. La mise en place d'un tableau de bord des infections nosocomiales et d'un affichage public de la performance, associés à

Surveillance of healthcare-associated infections in France: a key component of national programs

Since 1995, France has a national program for prevention of healthcare-associated infections (HAI) managed by the Ministry of Health. Organizing a monitoring system and creating an associated culture of prevention are strong strategic components implemented by successive programs. Resulting from partnerships between the French National Institute for Public Health and five regional healthcare-associated control centers, the RAISIN Network (National program for early warning, investigation and surveillance of healthcare-associated infections) has been at the heart of this strategy in the years 2000. The overall incidence of HAI, as measured by prevalence surveys, has declined significantly. Specific targets of MRSA and surgical site infections programs were achieved by combining the quality of a surveillance