

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.

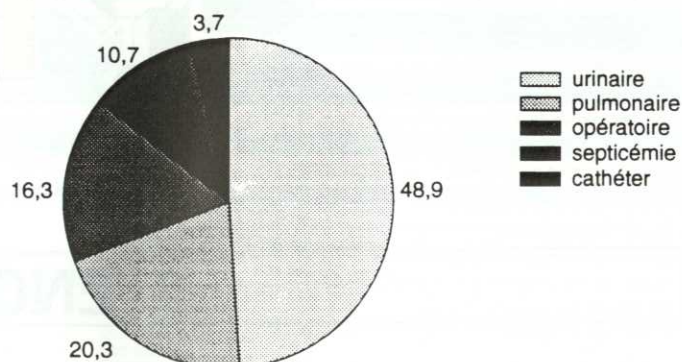
Tableau 1. — Prévalence des infections nosocomiales selon la catégorie et la taille de l'hôpital

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).

LES AIRES DE JEUX

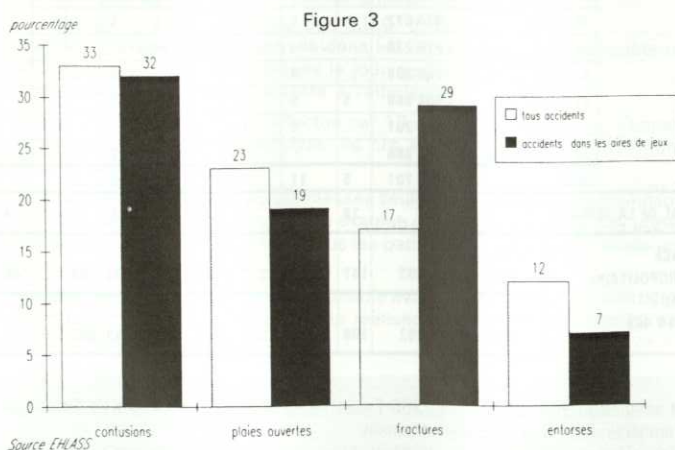
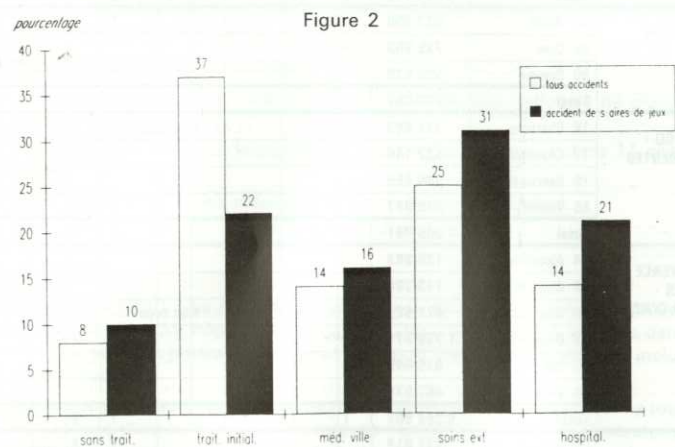
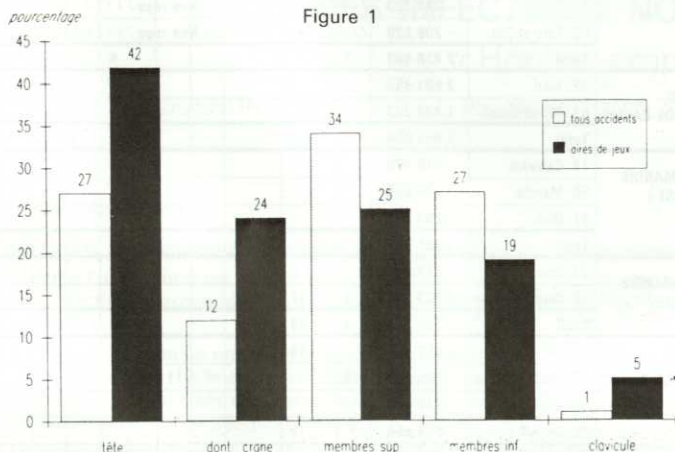
En 1989, la C.S.C. a été saisie par des associations pour préparer un avis sur les aires de jeux et donc elle a eu besoin de connaître la nature et la gravité des accidents survenus dans ces aires de jeux.

Nous avons extrait de la banque de données, les cas correspondant aux accidents dans les aires de jeux, ce qui correspondait à 197 cas sur les 19 759 recensés en 1987. Nous avons ainsi pu faire l'analyse de ce type d'accident.

Les éléments étudiés correspondent au questionnaire de l'enquête dans lequel nous avons sélectionné les informations qui nous permettent d'établir les caractéristiques et la gravité : l'âge, le mécanisme de l'accident, les parties du corps lésées, les lésions et le taux d'hospitalisation :

- l'âge : l'accident survient entre 1 et 10 ans ;
- le mécanisme de l'accident : les chutes à 72 % ;
- la partie du corps lésée : la tête à 42 % (fig. 1) ;
- les fractures : 29 % (fig. 2) ;
- le taux d'hospitalisation : 21 % (fig. 3).

Accidents des aires de jeux
Comparaison ensemble de l'enquête/aires de jeux



En comparant ces résultats avec l'ensemble des accidents recueillis dans l'enquête pendant la même période on peut constater :

- un taux plus élevé d'atteinte de la tête : 42 % avec une grande fréquence des accidents du crâne (24 %) ;
- un taux plus élevé de fractures (29 %) ;
- une hospitalisation plus fréquente (21 %) ;
- la spécificité des risques inhérent à chaque équipement. Exemple : écrasements par les tourniquets, chutes et chocs par les toboggans et les balançoires, etc.

Les accidents dans les aires de jeux sont pour l'enquête des accidents graves car ils touchent des enfants, le crâne est atteint avec une grande fréquence et les accidents nécessitent plus souvent une hospitalisation que pour d'autres types d'accidents, même si souvent celle-ci n'est pas très prolongée.

Quelles en sont les circonstances ? C'est un élément important dans la compréhension de l'accident et dans la démarche de prévention qui peut être réalisée. Nous avons la chance d'avoir dans notre questionnaire un texte clair qui peut nous éclairer sur les circonstances.

Une partie de la réponse se trouve en effet dans ce texte : « les enfants tombent du toboggan ou de la balançoire sur un sol qui est devenu dur ».

La C.S.C. s'est aidée en premier lieu des résultats du système E.H.L.A.S.S. Elle a ensuite analysé d'autres études plus spécifiques, comme celle de l'hôpital Édouard-Herriot de Lyon sur les toboggans, ou celle de la C.P.A.M. d'Ille-et-Vilaine. À partir de cet ensemble d'éléments, elle a commandité des études approfondies pour compléter l'analyse. Munie de tous ces éléments, elle a procédé à diverses auditions auprès des professionnels, des services administratifs et de requérants.

C'est grâce à cet ensemble d'éléments que la commission a pu émettre un avis sur les aires de jeux qui a conduit les pouvoirs publics à :

- un renforcement des contrôles des installations des aires de jeux par la direction de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des fraudes (D.G.C.C.R.F.) ;
- des travaux de normalisation, qui sont actuellement en cours, sur les matériels de jeux, sur les caractéristiques du sol et sur les conditions d'implantation des équipements ;
- la publication de plusieurs normes ;
- la constitution d'un groupe de travail interministériel à l'initiative de la D.G.C.C.R.F. pour définir les exigences essentielles de sécurité applicables aux aires de jeux avec élaboration de projets de décrets (sur les équipements, sur l'installation et l'entretien des aires de jeux elles-mêmes) ;
- la constitution d'un groupe de travail du Comité européen de normalisation (C.E.N.) dont les membres souhaitent la rédaction d'une directive européenne sur les aires de jeux.

Une banque de données telle que le système E.H.L.A.S.S. permet de mettre en évidence certaines caractéristiques qui peuvent aider à la décision.

LES PARAPENTES

De la même façon à la demande de la C.S.C. et de plusieurs administrations : D.G.C.C.R.F., ministère de la Jeunesse et des Sports, nous avons analysé les accidents de parapentes. Nous avons repris les mêmes critères que pour les accidents dans les aires de jeux à savoir : âge, parties lésées, lésions, taux d'hospitalisation.

Il s'agit pour nous d'un accident très grave où tous les critères de gravité se trouvent réunis :

- taux extrêmement élevé de fractures : 56 % (contre 17 % pour l'ensemble des accidents) ;
- localisations rachidiennes : 34 % (l'ensemble est à 2 %) ;
- taux très élevé d'hospitalisation, le plus élevé de toute l'enquête : 45 % ;
- durée de séjour à l'hôpital élevé : 9 j (5 j pour l'ensemble des accidents).

Tous ces éléments associés aux études faites par les médecins de montagne ont permis de prendre certaines décisions :

- sensibilisation des sportifs pratiquant le parapente ;
- surveillance accrue du matériel ;
- normalisation relative au parachute de secours ;
- étude sur la création d'un brevet pour la pratique de certains sports à risques, tel le parapente ;
- diffusion par les sociétés d'assurances de l'avis de la C.S.C. Ces sociétés ont fait des communiqués sur les risques de certains sports dont le parapente.

CONCLUSION

La collaboration constante entre une structure de recueil tel que le système E.H.L.A.S.S. et des décideurs, qu'ils soient institutionnels ou autres, nous paraît extrêmement importante. C'est grâce à cette démarche que les risques, aussi bien domestiques que de sport ou de loisirs, peuvent être diminués. C'est une démarche de santé publique.

C'est bien le premier objectif que la C.E.E. s'était fixé en 1986 lorsqu'elle avait mis en place ce système : « créer un système d'information afin d'améliorer la qualité et la sécurité des produits responsables d'accidents par une réglementation et une normalisation appropriée ».