

Lutte contre les infections nosocomiales en France

Où en sommes-nous en 2007 ?

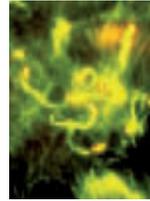
Jean-Ralph Zahar

Par définition, les infections nosocomiales ne sont ni présentes ni en incubation, et surviennent plus de 48 heures après l'admission hospitalière, ou sont directement liées à un acte de soin. Elles concernent un patient hospitalisé sur vingt. D'une manière générale, les infections nosocomiales ont comme conséquences : une augmentation des coûts économiques qu'occasionne l'augmentation des durées de séjours hospitaliers et des traitements antibiotiques nécessaires, mais surtout une augmentation, contestée, du risque de mortalité, et des séquelles qui, à ce jour, restent insuffisamment évaluées.

Les faits

Vingt ans après les premiers décrets rendant obligatoire la création des Comités de lutte contre les infections nosocomiales, quinze ans après la création des centres de coordination régionaux, et malgré la médiatisation accrue de certains épisodes d'infections qui suggère une aggravation des problèmes, des résultats substantiels ont été obtenus au fil des années même si de nombreux efforts restent à faire.

Depuis 1996, les enquêtes révèlent une diminution de la prévalence des patients infectés et des infections nosocomiales. En 2006 l'enquête nationale de prévalence [1] révèle que 4,97 % des patients hospitalisés étaient infectés et que la prévalence des infections nosocomiales parmi ces infections était de 5,38 %. L'analyse comparative restreinte aux infections acquises dans les établissements de santé suggère une diminution modérée de 4 % de la prévalence des patients infectés entre 2001 et 2006 (Tableau 1), et une diminution importante, de 38 %, de la prévalence des patients infectés par des souches de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM). Il est important de souligner qu'en Europe, la France et la Slovénie sont les deux seules nations qui ont vu leur incidence de SARM dimi-



nuer ces dernières années. Ces deux réalités ne doivent toutefois pas masquer que 30 % des infections noso-

comiales sont évitables et qu'il reste beaucoup de chemin pour atteindre l'objectif zéro dans ce domaine. Le second point, dont la mesure précise reste un exercice délicat, est celui de la mortalité directement liée aux infections nosocomiales. En effet en France chaque année, 6,6 % des décès qui surviennent à l'hôpital ou au décours d'une hospitalisation seraient associés à une infection nosocomiale [2]. Au total, les infections nosocomiales seraient donc en cause dans 9 000 décès par an dont 4 200 concernent des patients dont le pronostic vital n'était pas engagé à court terme.

Schématiquement, deux voies de contamination sont possibles : (1) la voie endogène, en rapport avec la propre flore bactérienne du patient, à l'origine de la grande majorité des infections hospitalières ; (2) la voie exogène, secondaire à une contamination du patient par des agents pathogènes provenant soit d'autres malades, soit de l'environnement. Nombreux sont les facteurs qui participent à la survenue d'une infection nosocomiale. Toutefois nous pouvons résumer l'infection nosocomiale à la concordance de trois acteurs : une source d'infection, un vecteur et une population - ou un patient - exposé(e) au risque. Toute la difficulté de la maîtrise du risque vient de la variabilité de ces trois facteurs. Si le vecteur est généralement connu et sa présence constante, les deux autres paramètres sont variables dans le temps. En effet, l'un des défis auxquels nous serons confrontés à moyen terme est l'augmentation des populations à risque, en raison de l'amélioration des traitements, du vieillissement de la population et de l'utilisation de médicaments de plus en plus

Hygiène hospitalière,
Service de Microbiologie-
Hygiène hospitalière,
CHU Necker Enfants Malades,
Université Paris V,
René Descartes,
149, rue de Sèvres,
75015 Paris, France.
jean-ralph.zahar@nck.ap-hop-paris.fr



Année	1990	1996	2001	2006
Nombre d'hôpitaux participants	39	830	1533	2337
Nombre de patients étudiés	11 599	236 334	305 656	438 474
Proportion de patients infectés	6,7 %	6,7 %	5,9 %	4,97 %
Proportion d'infections nosocomiales*	7,4 %	7,6 %	6,4 %	5,38 %

Tableau I. Données des enquêtes nationales de prévalence. * Cette proportion est calculée parmi les patients infectés.

immunosuppresseurs. Ainsi, à travers les nombreuses épidémies décrites ces trois dernières années, nous avons assisté à l'émergence de nouveaux risques à l'image des infections à entérocoque résistant à la vancomycine [3], de la diffusion communautaire des entérobactéries sécrétrices de β -lactamase à spectre élargi [4] et enfin des épidémies de *Clostridium difficile* [5].

Que faire ?

Dans ce contexte, conscient de la nécessité d'une nouvelle impulsion, le Ministère de la santé a mis en place en 2005, un programme de lutte sur trois ans [6] qui s'articule autour de cinq grandes orientations (Tableau II), et un indicateur d'activité de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN) [7].

Ces deux démarches ont pour but de : renforcer les structures de lutte, améliorer la qualité de prise en charge des patients infectés, actualiser les recommandations, renforcer la surveillance épidémiologique et, dans une démarche de transparence, mesurer la qualité des efforts des établissements de soins dans la lutte contre les infections nosocomiales. Pour la première fois le gouvernement a quantifié les objectifs à atteindre pour 2008. Quels efforts de plus devons-nous faire ?

À titre individuel, il est urgent d'améliorer nos pratiques d'hygiène des mains et de maîtriser la prescription antibiotique. En effet malgré tous les efforts consentis par les équipes opérationnelles d'hygiène, et l'in-

1. Adapter les structures et faire évoluer le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales
2. Améliorer l'organisation des soins et les pratiques professionnelles
3. Optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance et du signalement des infections nosocomiales
4. Mieux informer les patients et communiquer sur le risque infectieux lié aux soins
5. Promouvoir la recherche sur les mécanismes, l'impact, la prévention et la perception des infections nosocomiales

Tableau II. Programme de lutte contre les infections nosocomiales envisagé pour 2005-2008.

troduction des solutions hydro-alcooliques, l'observance de l'hygiène des mains reste inférieure à 70 % dans nos hôpitaux [8]. Concernant la maîtrise de la prescription antibiotique, alors que la médecine de ville a consenti des efforts majeurs, et que nous avons aujourd'hui les moyens et les preuves scientifiques pour imposer une politique volontariste, rares sont les hôpitaux qui ont entrepris une démarche de qualité. À titre collectif, de nombreux axes de changement sont encore nécessaires. L'éducation doit être prioritaire, et il est à mon sens urgent d'imposer l'enseignement de l'épidémiologie et de la prévention des infections et en particulier celle des risques nosocomiaux ; il faut valoriser non pas les équipes d'hygiène hospitalière mais surtout la médecine de prévention. Trop longtemps l'enseignement médical en France s'est résumé à la thérapeutique, et le nombre d'heures consacrées à l'enseignement de la prévention des risques reste dérisoire comparativement au temps occupé par les autres matières. Au plan national, et malgré les multiples réseaux de surveillance, il me semble important d'imposer la mise en place d'une vigilance et d'une veille sanitaire bien plus réactive que les systèmes d'alerte que nous possédons actuellement. Une politique de prévention obligeant les soignants à respecter un calendrier vaccinal doit être instauré notamment dans les hôpitaux pédiatriques, les établissements de soins de suite et les établissements de longs séjours. Enfin, il me paraît important de franchir le pas et d'inclure dans notre démarche de qualité les « utilisateurs », ils sont les premiers concernés et leur perception de nos activités et de nos résultats semble à mes yeux indispensable. Aujourd'hui, en France, nous avons les structures et les moyens nécessaires pour mener une politique efficace à condition que nous changions de mentalités. ♦

Updating on nosocomial infections in France

RÉFÉRENCES

1. Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales, juin 2006 : http://www.invs.sante.fr/display/?doc=publications/2007/enp2006_resultats_preliminaires/index.html
2. Kaoutar B, Joly C, L'Heriteau F, et al. French hospital mortality study group. Nosocomial infections and hospital mortality: a multicentre epidemiology study. *J Hosp Infect* 2004 ; 58 : 268-75.
3. Leclercq R, Coignard B. Les entérocoques résistants à la vancomycine. *BEH* 2006 ; 13.
4. Livermore DM, Canton R, Gniadkowski M, et al. CTX-M: changing the face of ESBLs in Europe. *J Antimicrob Chemother* 2007 ; 59 : 165-74.
5. Coignard B, Barbut F, Blanckaert K, et al. Emergence of *Clostridium difficile* toxinotype III, PCR-ribotype 027-associated disease, France, 2006. *Euro Surveill* 2006 ; 11 : E060914.1.
6. Tableau de bord des infections nosocomiales dans les établissements de santé : http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/nosoco/tab_bord/accueil.htm
7. Programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 : http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/infect_nosoco181104/prog.pdf
8. Girou E, Legrand P, Soing-Altrach S, et al. Association between hand hygiene compliance and methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* prevalence in a French rehabilitation hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2006 ; 27 : 1128-30.

TIRÉS À PART

J.R. Zahar