

Plan gouvernemental de lutte contre les infections nosocomiales 1995-2000.

I - OBJET ET PROVENANCES DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

1. Définition

Une infection est dite nosocomiale lorsqu'elle a été acquise à l'hôpital. Absente à l'admission, elle apparaît chez un patient dans un délai d'au moins 48h après le début de l'hospitalisation.

2. Etiologies

Jusqu'aux années 50, l'origine des infections nosocomiales était relativement simple et connue : il s'agissait d'infections transmises d'un malade à l'autre (infections croisées) par les mains du personnel médical et paramédical.

Un environnement hospitalier défaillant, réservoir de microorganismes nombreux pouvait être responsable de nombreuses infections, en quelque sorte "exogènes" au patient.

Depuis cette époque l'environnement hospitalier (l'hygiène des locaux), les méthodes de travail (généralisation des procédures de désinfection et de stérilisation) et la qualité des matériels et produits (antiseptiques, désinfectants, matériels à usage unique) se sont nettement améliorés et ont permis de diminuer ce risque. Toutefois le risque classique d'infection n'a pas entièrement disparu et une vigilance toute particulière doit donc être maintenue.

Dans le même temps l'évolution des pratiques hospitalières a fait apparaître de nouveaux risques liés aux microorganismes "endogènes" (présents chez les patients). Des explorations et des interventions plus audacieuses, chez les patients plus fragiles - du fait de leur âge, de leurs états immunitaires - s'accompagnent de risques nosocomiaux nouveaux où les propres germes du patient sont cause d'infection.

La moitié au moins des infections nosocomiales relève à présent de ce mécanisme où interviennent conjointement la situation médicale des patients - âge, autres pathologies fragilisantes - les traitements - antibiotiques notamment, qui déséquilibrent la flore des patients et sélectionnent les bactéries résistantes - la qualité des soins - non respect des procédures d'hygiène au cours d'un geste invasif par exemple - présence de germes qui sont pathogènes pour certains patients fragilisés.

Ces deux mécanismes peuvent se combiner lorsque des bactéries résistantes sont transmises d'un malade à un autre, sans qu'elles soient cause d'une infection initiale. cependant, à l'occasion de situation particulières (citées précédemment), ces bactéries, devenues secondairement endogènes, peuvent être cause d'infections nosocomiales graves, car résistantes aux antibiotiques.

II - UN PROBLÈME MAJEUR DE SANTÉ PUBLIQUE

1. Fréquence

Un problème quotidien pour les hôpitaux

Les infections nosocomiales sont à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité non négligeables. Ce risque n'est pas nouveau. Il a accompagné la naissance et le développement de l'hôpital moderne depuis ses origines. Changeant de nature au gré des progrès technologiques, de l'évolution des pratiques de soins et du recrutement des patients, il représente toujours un problème quotidien à l'hôpital.

5% à 10% des patients hospitalisés ont une infection nosocomiale

Les mesures de fréquence varient selon les méthodes utilisées et le type de patients surveillés. Globalement, on estime aujourd'hui que 5% à 10% des patients acquièrent une infection pendant leur séjour hospitalier. Au total chaque année 600 000 à 1 100 000 cas d'infection sont acquises à l'hôpital, en court séjour. Toutefois ce taux est semblable à celui des pays européens du nord.

2. Gravité

Une mortalité difficile à évaluer, des coûts certains

Ces infections seraient à l'origine d'environ 10 000 décès par an, un ordre de grandeur comparable aux décès dus aux accidents de la circulation. Il convient néanmoins de noter qu'elles ne représentent que 0,25% des décès survenant à l'hôpital.

Par ailleurs, ces infections sont responsables de 2% à 5% des journées d'hospitalisation en court séjour. En terme de coût, le seul allongement de la durée de séjour (3 à 7 jours), du fait de la présence d'une infection nosocomiale, entraîne un surcoût de 3900 francs à 9100 francs par infection, soit 2 à 5 milliards de francs chaque année.

Une résistance aux antibiotiques préoccupante

Selon les travaux réalisés auprès de différents pays européens la fréquence des résistances aux antibiotiques à l'hôpital, de germes responsables d'infections nosocomiales, est particulièrement élevée en France. La fréquence de la résistance à la pénicilline des staphylocoques dorés serait de 34%, alors qu'elle n'est que de 1% dans les pays nordiques. C'est donc cette résistance qui est particulièrement préoccupante.

Des infections parfois évitables

Ces infections ne sont pas une fatalité inévitable et leur fréquence peut être diminuée d'au moins 30% à 40% comme l'a montré l'étude évaluant l'efficacité du SENIC-Project¹ aux États-Unis. Cette action nécessite un investissement humain, mais elle peut aussi permettre de dégager des ressources financières non négligeables, notamment pour la maîtrise de la consommation des antibiotiques, qui pourraient être prescrits plus efficacement pour les malades.

III- UN DISPOSITIF RÉCENT DE LUTTE

C'est en 1988 que furent créés (décret du 6 mai 1988 et circulaire du 13 octobre 1988) les Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales, dans tous les établissements publics de santé (hôpitaux publics et privés participant au service public hospitalier). Depuis cette date, une action continue à être menée par les Pouvoirs Publics et a permis une meilleure perception de la part des hospitaliers, et du grand public, de l'importance des infections nosocomiales d'un point de vue épidémiologique, éthique médico-légal et économique. Sans doute l'apparition de nouveaux risques (germes résistants aux antibiotiques, contaminations virales iatrogènes, tuberculoses nosocomiales, infections opportunistes...) a également fait progresser les mentalités et a permis une attitude plus positive vis-à-vis de l'hygiène et de l'épidémiologie hospitalière.

Actuellement la prévention de ces infections repose sur les structures hospitalières et les structures inter-régionales et nationales de coordination et de conseil.

1. Au niveau des établissements

Chaque établissement public de santé dispose d'un Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN). Ce comité organise et coordonne la surveillance, la prévention et la formation continue en matière de lutte contre les infections nosocomiales. Ce comité est composé de médecins, de pharmaciens, infirmières et directeurs d'établissement.

Ce comité est assisté, dans certains établissements, de personnels en hygiène hospitalière. Il peut s'agir d'une infirmière hygiéniste, d'une unité fonctionnelle ou d'un service d'hygiène constitué de médecins, d'infirmières hygiénistes et de techniciens spécialisés en hygiène, dans les établissements les plus importants.

Pour les établissements privés, la conférence médicale est chargée par la loi hospitalière (31 juillet 1991) de veiller à l'évaluation des soins. Ces établissements ont mis en place un bureau d'assurance qualité (BAQHP) qui est chargé, notamment pour les infections nosocomiales, d'instaurer des méthodes d'audit et d'évaluation dans les structures de soins et des procédures entrant dans une démarche qualité.

2. Au niveau inter-régional et national

Cinq Centres de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales (C.CLIN) ont été mis en place (arrêté du 3 août 1992) au niveau inter-régional. Ce sont des centres de référence à l'appui technique des CLIN, travaillant au niveau d'une inter-région (Est, Ouest, Sud-Est, Sud-Ouest, Paris-Nord). Ils sont chargés de

¹Haley, R.W. et al. , Update of the SENIC , Am. J. Inf. Contr., 1985, 13, 97-108.

mettre en place la politique définie au niveau national et d'animer la coopération inter-hospitalière (réseau de surveillance, formation, documentation, études..), sans exclure les cliniques privées.

Le Comité Technique National des Infections Nosocomiales (CTIN) est une instance de proposition, de coordination et d'évaluation, situé dans le cadre du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (arrêté du 3 août 1992). Ce comité propose des objectifs prioritaires et des méthodologies standardisées de surveillance et de prévention.

IV - LE PLAN GOUVERNEMENTAL

Afin d'améliorer la qualité des soins hospitaliers et de mieux contrôler les risques infectieux nosocomiaux, un programme de lutte contre les infections nosocomiales sera réalisé sur cinq ans.

Il s'appliquera à tous les établissements publics de santé, c'est-à-dire aux hôpitaux français publics et privés participant au service public hospitalier, et associera les établissements privés.

L'objectif en terme de santé publique est de réduire significativement sur cinq ans :

- **le nombre des infections nosocomiales de 30%**
- **le taux de bactéries résistantes aux antibiotiques.**

Les grandes lignes de ce programme sont, en priorité, de :

- 1) diffuser des recommandations et des protocoles permettant d'améliorer les pratiques d'hygiène dans tous les établissements de santé.
- 2) Améliorer la formation des personnels hospitaliers dans le domaine de l'hygiène et de l'évaluation de la qualité des soins.

mais aussi de :

- 3) Renforcer les structures de lutte contre les infections nosocomiales, notamment au niveau des établissements.
- 4) Inciter tous les établissements de santé à adopter une politique de prévention et de maîtrise des infections nosocomiales.
- 5) Développer progressivement un programme de surveillance national des infections nosocomiales dans tous les hôpitaux publics et privés et évaluer l'impact du plan gouvernemental.

1. LES MESURES PRINCIPALES

A. La prévention des risques

Objectif : Harmoniser dans tous les établissements de santé les pratiques d'hygiène en diffusant des documents de référence sur différents aspects techniques tout en évaluant leur impact et améliorer la prescription d'antibiotiques.

Le CTIN élabore actuellement des protocoles techniques permettant aux établissements d'adopter des pratiques les plus en adéquation avec les connaissances scientifiques.

Ces documents portent, par exemple, sur :

- les méthodes d'isolement de patients atteints de maladies transmissibles ;
- la désinfection des endoscopes ;
- les méthodes de prévention de la transmission des bactéries résistantes aux antibiotiques ;
- la prévention du risque de transmission de virus ou de prions ;
- la protection du personnel.

Tous ces documents seront diffusés auprès des établissements publics et privés de santé, par l'intermédiaire des CLIN et du bureau d'assurance qualité (BAQHP), au fur et à mesure de leur élaboration. Pour les établissements publics de santé, les CLIN seront ensuite chargés de diffuser ces documents à toutes les personnes concernées.

Puis, une évaluation de l'application et de la faisabilité de ces protocoles et recommandations sera effectuée par les CLIN.

Les premiers documents seront adressés courant novembre. À terme, ces documents seront intégrés dans un "guide des bonnes pratiques d'hygiène en milieu hospitalier.

Parallèlement, afin de permettre une meilleure prescription des antibiotiques dans les établissements, une mission a été confiée à l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM) sur le bon usage des antibiotiques en milieu hospitalier. Cette mission se fera en collaboration avec le CTIN, les professionnels et les organismes concernés. Elle débouchera sur des recommandations pratiques qui seront diffusées à tous les établissements de santé par l'intermédiaire entre autre des Comités du Médicament qui seront chargés avec les CLIN d'en surveiller l'application.

B. La formation des personnels hospitaliers

Objectif : Former les personnels hospitaliers médicaux, paramédicaux et non-médicaux aux risques nosocomiaux et aux bonnes pratiques d'hygiène.

Le CTIN est chargé de mettre en place, début 1995, un groupe de travail sur la formation non seulement initiale et continue mais aussi spécialisée des personnels médicaux et paramédicaux en hygiène hospitalière, en collaboration avec le Ministère de l'Enseignement Supérieur.

Dès à présent il est prévu pour :

- **la formation continue**, une sensibilisation, dès 1995, par la Direction des Hôpitaux auprès des directions d'établissement, afin que les programmes proposés, dans le cadre de la formation continue des personnels médicaux (agents de service, aide-soignantes, administratifs, techniques), incluent les infections nosocomiales.

A cet effet, la Direction des Hôpitaux finance un programme de formation et de sensibilisation aux infections nosocomiales, élaboré par l'Association Nationale de Formation du Personnel Hospitalier (ANFH), principal organisme de formation continue des établissements publics de santé.

- **la formation initiale**, l'envoi d'une circulaire conjointe avec le Ministère de l'Enseignement Supérieur, en application de l'arrêté du 18 mars 1992² mettant en place pour les étudiants en médecine une formation à la fois théorique et pratique sur les principes de base de la lutte contre les infections nosocomiales dès leur stage infirmier.

Cette formation sera élaborée en concertation avec les enseignants de santé publique, de microbiologie, d'inféctiologie appuyés par les services d'hygiène des Centres Hospitaliers Universitaires (quand ils existent), en collaboration avec les équipes hospitalo-universitaires et les cadres enseignants des instituts de soins infirmiers.

Un grand nombre de contaminations sont dues à des mains ou des objets souillés : il est important que les futurs médecins soient formés au lavage efficace des mains, à la désinfection de leur stéthoscope et au changement de leur blouse, afin qu'ils prennent conscience des risques nosocomiaux.

2. LES MESURES COMPLÉMENTAIRES

A. Les structures de lutte contre les infections nosocomiales

Objectif : Renforcer les moyens de lutte contre les infections nosocomiales, notamment au niveau des établissements, et coordonner l'activité des différents partenaires et structures.

A l'échelon de chaque établissement :

²relatif à l'organisation du premier cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales.

Une nouvelle circulaire sera diffusée à l'ensemble des établissements dès décembre 1994 portant sur l'organisation de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements et inscrivant les infections nosocomiales dans les priorités du budget 1995 (marges de manoeuvre régionales) :

- renforcer la participation des différents professionnels de l'hôpital (médecins, chirurgiens, infirmières, administratifs...), dans les CLIN : le CLIN doit être une structure émanant de l'ensemble de l'institution. Production d'un bilan annuel d'activité du CLIN, en utilisant un modèle uniformisé.
- création dans les hôpitaux (qui n'en disposent pas déjà) d'unités fonctionnelles ou de services d'hygiène hospitalière. Les structures inter-hospitalières ou départementales pour les hôpitaux de petite taille seront encouragées.
- favoriser la coordination transversale entre les différentes structures de l'hôpital (CLIN, service ou unité d'hygiène, Comité d'Hygiène Sécurité et Conditions de travail (CHSCT), DIM, structure d'évaluation, administration, médecine du travail...)

A l'échelon des régions :

Le rôle et l'activité de coordination régionale des C.CLIN seront renforcés par des dispositions complémentaires prévues dans la circulaire, notamment en les incitant à organiser des réseaux à l'échelon régional.

A l'échelon national :

Une cellule nationale de lutte contre les infections nosocomiales, commune à la DGS et à la DH est créée et fonctionnera dès janvier 1995 ; elle travaillera en collaboration étroite avec le CTIN et les sociétés savantes. Elle sera chargée de la mise en oeuvre des différentes mesures du plan. Son action concernera l'ensemble des établissements publics et privés.

B. Les incitations financières

Objectif : mettre en oeuvre des incitations pour les établissements publics de santé afin qu'ils adoptent une politique de prévention et de maîtrise des infections nosocomiales dans le cadre d'une politique plus générale de la qualité des soins.

Au titre du programme hospitalier de recherche clinique, les dossiers portant sur les infections nosocomiales pourront bénéficier d'un financement.

L'appel d'offre, 1995, a été adressé aux hôpitaux début novembre.

Parallèlement le CTIN est chargé de mettre en place un groupe de travail réunissant des personnes qualifiées dans ce domaine afin d'émettre des propositions sur la mise en place d'un système d'incitation dans les établissements publics de soins.

De plus, des programmes spécifiques présentés par les C.CLIN au CTIN et à la cellule donneront lieu à des financements spécifiques.

C. Le programme de surveillance et d'évaluation national

1. A l'échelle des établissements

Objectifs : Connaître le risque propre à chaque établissement afin d'orienter les mesures de prévention, et de définir les objectifs prioritaires de surveillance.

Afin de permettre une auto-évaluation par les établissements, **un programme de surveillance épidémiologique** préparé par le CTIN, va être mis en place dans tous les établissements publics de santé d'ici cinq ans et permettra un recueil standardisé des données.

Ce programme de surveillance présente :

1. une stratégie spécifique pour les services présentant un risque élevé d'infections nosocomiales (réanimation, chirurgie) ;
2. des méthodes appropriées à la surveillance de ces infections dans les services à risque moins élevé ;

3. des documents méthodologiques (définitions, questionnaires, etc...) pour chaque type de surveillance proposée.

La surveillance dans les établissements reposera donc :

- d'une part, sur des recommandations générales pour l'ensemble des services hospitaliers :
 - des enquêtes de prévalence répétées au moins tous les deux ans dans tous les établissements,
 - des recueils complémentaires portant sur les infections à bactéries multi-résistantes et des marqueurs d'infections appropriés.
- d'autre part, sur des recommandations spécifiques pour les services à haut risque :
 - un recueil en continu des cas dans les services de réanimation pour tous les types d'infection,
 - un recueil périodique des infections des sites opératoires pour tous les services de chirurgie.

Les établissements seront par ailleurs encouragés dans la nouvelle circulaire à croiser les différentes sources de données existantes afin d'optimiser les informations disponibles (surveillance des infections par les CLIN, Résumé Standardisé de Sortie, résultats d'examen de laboratoire, prescription médicamenteuses, médecine du travail...). La coordination pourra être assurée par le CLIN en appui avec l'unité fonctionnelle ou le service d'hygiène et d'épidémiologie, lorsqu'ils existent.

2. A l'échelle nationale

Objectif : Évaluer l'efficacité des mesures prises au moyen d'indicateurs d'activité et de qualité pertinents, disponibles au niveau régional et national.

- Les indicateurs d'activité

L'activité des structures mises en place est suivie par des tableaux d'activité au niveau des CLIN, des C.CLIN, et du CTIN. Toutes ces informations seront centralisées au niveau de la cellule de lutte contre les infections nosocomiales.

- Les indicateurs de qualité

Une enquête de prévalence des infections nosocomiales sera effectuée sur un échantillon représentatif d'établissements publics de santé à deux ans, et à quatre ans. Cette enquête sera coordonnée par les C.CLIN au niveau de chaque inter-région.

Grâce à la mise en place de réseaux d'établissements, des enquêtes d'incidence seront effectuées annuellement portant successivement sur des services spécifiques (réanimation, chirurgie, moyens et long séjours, psychiatrie...).

Enfin à cinq ans une enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des germes multi-résistants sera réalisée sur l'ensemble des établissements concernés, par la cellule nationale de lutte contre les infections nosocomiales.

Pour la réalisation de chacune des enquêtes, le Réseau National de Santé Publique pourra être sollicité pour participer, avec les C.CLIN, le CTIN et la cellule nationale, à leur élaboration et aux traitements des données nationales de surveillance.

Les tableaux de bord, les indicateurs de qualité et les études spécifiques seront systématiquement publiés dans le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH) afin que toutes les personnes qui travaillent à ce dispositif puissent suivre l'évolution du travail entrepris ; tout en garantissant la confidentialité des personnes et des structures.

L'ensemble de ces études pourront être menées dans les établissements privés dans le cadre du bureau d'assurance qualité (BAQHP), le recueil des indicateurs se fera en concertation entre les représentants de ces établissements, le CTIN et la cellule nationale.