



Marcelle Mounier*

Infections nosocomiales : le biologiste au cœur de la lutte

Vers l'an 400 après JC, le premier « Nosocomium » est construit par les romains. De ce lieu, plus dédié aux pèlerins et aux indigents qu'aux malades, nous est resté l'adjectif « nosocomial » qui, quand il s'agit d'infections, caractérise celles qui sont « acquises » à l'hôpital. Et, paradoxalement, c'est au moment où les actions mises en place commencent à porter leurs fruits, que ces infections, largement médiatisées, sont vécues comme un « nouveau » fléau s'abattant sur les hôpitaux.

Dès novembre 1994, le premier plan de lutte contre les infections nosocomiales (IN) avait entre autres objectifs d'en diminuer le taux de 30%. Deux grandes enquêtes nationales de prévalence des IN ont eu lieu depuis : l'une en 1996 et l'autre en 2001. Les chiffres qui concernent plus de 200 000 patients pour la première et plus de 300 000 pour la seconde montrent un taux de prévalence des IN de 7,6% en 1996 et de 6,4% en 2001. Mais au delà de ces chiffres globaux pour l'ensemble des établissements quelque soit leur statut, des surveillances plus ciblées ont été mises en place tant au plan national à l'initiative du CTIN (Comité Technique des Infections Nosocomiales) et du RAISIN (Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales) qu'au plan inter régional à l'initiative des CCLINs (Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales), voire même au plan local à l'initiative des CLINs (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales) de chaque établissement.

Le deuxième plan de lutte, annoncé en novembre 2004 (1), prend en compte ce travail et a pour objectifs prioritaires la transparence des actions et des résultats. Pour ce faire, cinq

grandes orientations sont définies concernant les structures, l'organisation des soins, la surveillance, l'information des patients et la promotion de la recherche à mener au plan local, régional, inter régional et national. Un « tableau de bord » sera mis en place et affiché dans chaque établissement, dans un « souci de prévention et d'information des usagers ». Il comporte 5 indicateurs :

- l'indice « composite » obtenu à partir des bilans d'activité des CLINs ;
- le taux d'infection du site opératoire ;
- le volume annuel de produits hydro alcooliques par journées patient ;
- le taux des *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) pour 1000 journées patients ;
- le suivi de la consommation des antibiotiques.

Cette liste permet de cerner d'emblée la place importante occupée par le biologiste dans le cadre du suivi du taux SARM : c'est lui qui « comptabilise » le numérateur (nombre de SARM). Toutefois, le rôle du biologiste va bien au-delà de la détection et du comptage, de par sa position il a également le devoir d'avertir le médecin, l'équipe soignante, l'équipe d'hygiène et éventuellement le patient de la présence des SARM ou autres bactéries multirésistantes aux antibiotiques (BMR) afin d'en limiter la diffusion par la mise en place des mesures de prévention. Ainsi, le biologiste se positionne comme un acteur essentiel dans la lutte contre les infections nosocomiales qui, au fil des plans de lutte, demeure avant tout une action quotidienne et transversale où chacun a un rôle à jouer, sans jamais baisser les bras, y compris l'utilisateur de la santé.

(1) Pour en savoir plus, www.sante.gouv.fr/htm/actu/infect_nosoco181104/prog.pdf

* Unité d'Hygiène - CHU de Limoges – Hôpital Universitaire Dupuytren – 2, avenue Martin-Luther King 87042 Limoges cedex – Tél. : 05 55 05 80 81