

# SÉNAT DE BELGIQUE

---

SESSION DE 2010-2011

---

15 DÉCEMBRE 2010

---

## Proposition de résolution visant à lutter systématiquement contre les infections nosocomiales

(Déposée par M. Jurgen Ceder et consorts)

---

### DÉVELOPPEMENTS

---

La problématique relative aux infections nosocomiales reste d'actualité. Comme chacun le sait, l'admission à l'hôpital s'accompagne également de son lot de victimes, notamment parmi les patients qui, lors de leur admission ou des interventions médicales qu'ils y subissent, contractent une infection, et ce, avec toutes les conséquences que cela suppose.

Pour la bonne compréhension de cette problématique, nous la résumerons succinctement ci-dessous (1):

#### 1. De quoi s'agit-il exactement ?

Les infections nosocomiales (également dénommées « infections de l'hôpital ») sont des infections que contractent les patients lors ou en conséquence de leur séjour à l'hôpital, infections qui surviennent dans tous les hôpitaux. Si de 5 à 10 % des patients admis à l'hôpital peuvent contracter une infection nosocomiale, ce sont surtout les patients dont la résistance immunitaire générale est amoindrie qui sont le plus susceptibles d'être atteints par ce type d'infections. Les adultes et les enfants atteints d'un cancer ou d'une leucémie sont, par exemple, extrêmement vulnérables, de même que les prématurés, les personnes âgées, les blessés, les personnes qui ont subi une opération lourde et les patients déjà infectés lors de leur admission à l'hôpital.

---

(1) *Source* : Hôpital universitaire de Bruges.

# BELGISCHE SENAAAT

---

ZITTING 2010-2011

---

15 DECEMBER 2010

---

## Voorstel van resolutie tot systematische bestrijding van ziekenhuisinfecties

(Ingediend door de heer Jurgen Ceder c.s.)

---

### TOELICHTING

---

De problematiek omtrent de ziekenhuisinfecties blijft actueel. Zoals iedereen weet, heeft de opname in een ziekenhuis ook haar tol, namelijk die van de, ter gelegenheid van de opname en bijhorende medische ingrepen, opgedane infecties met alle kwalijke gevolgen van dien.

Voor een goed begrip volgt er een kort overzicht van de problematiek (1):

#### 1. Waarover gaat het precies ?

Ziekenhuisinfecties (ook wel nosocomiale infecties genoemd) zijn infecties die optreden bij patiënten tijdens of in aansluiting op hun verblijf in het ziekenhuis. Ze komen voor in alle ziekenhuizen. Men stelt dat 5 tot 10 % van de opgenomen patiënten een nosocomiale infectie kunnen oplopen. Vooral mensen met een daling van de algemene weerstand zijn vatbaarder voor infecties. Volwassenen en kinderen met kanker en leukemie zijn erg kwetsbaar, alsook vroeggeborenen, bejaarden, gewonden, personen die een zware operatie ondergingen en reeds bij opname geïnfecteerde personen.

---

(1) *Bron* : Academisch Ziekenhuis Brugge.

Les infections qui se manifestent sont, entre autres, les suivantes :

Les infections des voies urinaires sont les plus fréquentes et représentent plus de 30 % des infections qui sont contractées dans un hôpital. La majeure partie (70 %) de ces infections urinaires sont la conséquence d'une cathétérisation de la vessie.

Les infections traumatiques postopératoires constituent le deuxième type le plus fréquent d'infections nosocomiales. La prévention des infections traumatiques postopératoires se situe au moment de l'intervention chirurgicale. L'environnement opératoire et la préparation du patient méritent également une attention particulière.

Les infections des voies respiratoires arrivent en troisième position dans le classement des infections nosocomiales, dont elles représentent 10 à 17 %. Le taux de mortalité résultant de ces infections des voies respiratoires est de 28 à 37 %. La plupart des pneumonies nosocomiales bactériennes sont dues à l'aspiration de bactéries, qui colonisent le pharynx et le tractus gastro-intestinal supérieur du patient : 45 % des adultes sains font cette aspiration durant leur sommeil. Ce risque est encore plus grand, notamment, chez les patients ayant une conscience diminuée et chez les patients intubés.

Le placement d'un cathéter intravasculaire entraîne un risque important de septicémie. Environ la moitié des septicémies nosocomiales sont liées à la présence d'un cathéter intravasculaire. Le risque de septicémie dans le cas de cathéters intravasculaires centraux s'élève à 3 à 10 % et le taux de mortalité, à environ 20 %.

## 2. Quelles en sont les principales conséquences ?

Il ne faut surtout pas sous-estimer les conséquences des maladies nosocomiales. Elles coûtent très cher à la collectivité en raison de leur prévalence. Le coût des infections nosocomiales se mesure généralement de trois façons : la prolongation de la durée d'hospitalisation, le coût supplémentaire par hospitalisation et les décès, attribuables directement ou indirectement aux infections nosocomiales.

La prolongation de la durée d'hospitalisation est le temps supplémentaire que le patient doit rester à l'hôpital en raison de son infection. Cette période est la plus longue dans les cas d'infections postopératoires de plaies (= sept journées en moyenne). Les infections des voies urinaires nécessitent globalement peu de journées d'hospitalisation supplémentaires. Les infections des voies respiratoires et les septicémies allongent le plus le séjour à l'hôpital, mais sont heureusement les plus rares.

De infecties die zich onder meer voordoen zijn de volgende :

Urinerweginfecties vormen het grootste deel van de infecties die in een ziekenhuis verworven worden, namelijk meer dan 30 %. Het grootste gedeelte van deze urinerweginfecties, nl. 70 %, is het gevolg van een blaaskatheterisatie.

De postoperatieve wondinfecties zijn de tweede meest voorkomende nosocomiale infectie. De preventie van postoperatieve wondinfecties situeert zich op het moment van de chirurgische ingreep. De operatieve omgeving en de voorbereiding van de patiënt verdienen eveneens speciale aandacht.

Infecties van de luchtwegen bekleeden de derde plaats in het geheel van de ziekenhuisinfecties. Ze vertegenwoordigen 10 tot 17 % van de nosocomiale infecties. De mortaliteit tengevolge van deze luchtweginfecties bedraagt 28 tot 37 %. De meeste bacteriële nosocomiale pneumonieën treden op door aspiratie van bacteriën die de farynx en de bovenste gastro-intestinale tractus van de patiënt koloniseren : 45 % van de gezonde volwassenen aspireren tijdens hun slaap. Dit risico is nog veel groter bij onder andere patiënten met verminderd bewustzijn en bij geïntubeerde patiënten.

Het plaatsen van een intravasculaire katheter houdt een belangrijk risico in op sepsis. Ongeveer de helft van de nosocomiale sepsis houdt verband met de aanwezigheid van een intravasale katheter. De kans op sepsis bij centraal intravasale katheters bedraagt 3 tot 10 % en de mortaliteit ongeveer 20 %.

## 2. Wat zijn hoofdzakelijk de gevolgen ?

De gevolgen van ziekenhuisinfecties kunnen en mogen vooral niet worden onderschat. Omdat ze vaak voorkomen, kosten ze de gemeenschap veel geld. De kost van ziekenhuisinfecties wordt meestal op drie wijzen gemeten : de verlengde hospitalisatieduur, de extra kostprijs per hospitalisatie en de mortaliteit, rechtstreeks of onrechtstreeks toe te schrijven aan ziekenhuisinfecties.

De verlengde hospitalisatieduur is de tijd die de patiënt langer in het ziekenhuis moet verblijven omwille van zijn infectie. Deze periode is het grootst bij postoperatieve wondinfecties (= gemiddeld zeven dagen). Urinerweginfecties vergen globaal weinig extra hospitalisatiedagen. Luchtweginfecties en septicaemieën verlengen de hospitalisatieduur het meest, maar treden gelukkig het minst vaak op.

Les coûts financiers par type d'infection nosocomiale sont plus difficiles à calculer précisément. Le coût le plus élevé est occasionné par les infections des voies respiratoires (= en moyenne 5 000 euros); ces patients séjournent habituellement aux soins intensifs.

Parmi les patients souffrant d'une infection nosocomiale, un sur cent décède des suites de l'infection nosocomiale proprement dite; trois sur cent décèdent des suites, entre autres, d'une infection nosocomiale. Les infections nosocomiales occupent le quatrième rang sur la liste des causes de mortalité aux États-Unis.

### 3. Quelles mesures ont été prises afin de lutter contre les infections provoquées par des bactéries nosocomiales ?

Une étude américaine (1) a démontré, dès 1970, que n'importe quel hôpital pouvait diminuer d'un tiers les infections en établissant un programme de lutte intensive contre les infections. Ce programme doit prévoir une « surveillance » et un contrôle organisés, la présence d'un médecin ou d'un infirmier hygiéniste hospitalier formé par 250 lits et l'établissement systématique de rapports adressés aux chirurgiens sur le taux d'apparition des infections.

#### Quelle est la situation actuelle au sein des hôpitaux belges ?

Depuis 1988 (2), une législation relative à l'hygiène en milieu hospitalier détermine, notamment, les fonctions des médecins, des infirmiers et des hygiénistes hospitaliers. Quelques années auparavant, un arrêté royal avait imposé la création d'un Comité d'hygiène hospitalière dans chaque établissement hospitalier (3).

La principale tâche de l'hygiéniste hospitalier consiste à prévenir et à lutter contre les infections nosocomiales (infections résultant d'une complication du traitement suivi par le patient en milieu hospitalier). Il lui incombe donc concrètement de « surveiller » les infections nosocomiales, d'élaborer, de mettre en œuvre et de remanier les procédures en la matière, d'agir en tant qu'interlocuteur sur le terrain pour les questions relatives à l'hygiène hospitalière et de rechercher les sources d'infections et les germes.

Les tâches des équipes d'hygiène hospitalière et des comités d'hygiène hospitalière sont actuellement définies par l'arrêté royal du 26 avril 2007 modifiant l'arrêté du 23 octobre 1964 portant fixation des normes

(1) Robert Haley (USA, 1970): project SENIC: *Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control*.

(2) Arrêté royal du 30 décembre 1988.

(3) Arrêté royal du 24 avril 1974.

Minder accuraat te berekenen zijn de financiële kosten per type ziekenhuisinfectie. De hoogste kost wordt verwekt door de luchtweginfecties (= gemiddeld 5 000 euro); deze patiënten verblijven meestal op de intensieve zorgenafdeling.

Van de patiënten met een ziekenhuisinfectie overlijdt een op honderd rechtstreeks tengevolge van de ziekenhuisinfectie; drie op honderd overlijden mede tengevolge van een ziekenhuisinfectie. Nosocomiale infecties nemen de vierde plaats in onder de doods-oorzaken in de Verenigde Staten.

### 3. Welke maatregelen werden genomen om de besmetting door ziekenhuisbacteriën aan te pakken ?

Een Amerikaanse studie (1) toonde in 1970 reeds aan dat elk ziekenhuis de infecties met 1/3e kan verminderen door een intensief infectieprogramma op te stellen. Dit moet bestaan uit: een georganiseerde « surveillance » en controle, de aanwezigheid van een opgeleide geneesheer en verpleegkundige ziekenhuis-hygiënist per 250 bedden en het systematisch rapporteren van het infectiepercentage aan de chirurgen.

#### Hoe is de situatie nu in de Belgische ziekenhuizen ?

Sedert 1988 (2) is er een wetgeving inzake ziekenhuishygiëne waarin de functies van onder meer geneesheren, verpleegkundigen en ziekenhuishygiënisten zijn vastgelegd, nadat enkele jaren voordien de oprichting van een Comité voor ziekenhuishygiëne in elk ziekenhuis wettelijk werd verplicht (3).

De voornaamste taak van de ziekenhuishygiënisten bestaat erin om ziekenhuisinfecties (zijn het gevolg van besmettingen die optreden als een verwickeling van de behandeling die de patiënt in het ziekenhuis ondergaat) te bestrijden en te voorkomen. Concreet betekent dit de « surveillance » van nosocomiale infecties, het opstellen, implementeren en herwerken van procedures, fungeren als aanspreekpunt voor ziekenhuishygiëne op de werkvloer, opsporen van de bron van infecties en kiemen.

De taken van de teams voor ziekenhuishygiëne en de comités voor ziekenhuishygiëne worden thans omschreven in het koninklijk besluit van 26 april 2007 tot wijziging van het koninklijk besluit van

(1) Robert Haley (USA, 1970): project SENIC: *Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control*.

(2) Koninklijk besluit 30 december 1988.

(3) Koninklijk besluit 24 april 1974.

auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.

L'hygiène hospitalière n'a rien à voir, en tant que telle, avec l'hygiène personnelle ou l'hygiène de travail du personnel. Entre-temps, Les autorités ont en effet étendu cette responsabilité à la lutte et à la prévention globales des complications dont le ou la patient(e) peut être victime au cours de son séjour dans l'hôpital, et ce, sur le plan social, psychique et physique.

Les hygiénistes hospitaliers ne peuvent évidemment pas vaincre à eux seuls les infections nosocomiales. Tous les membres du personnel, et surtout les médecins et les infirmiers, doivent être informés des principes de l'hygiène hospitalière et les appliquer.

L'hygiène défectueuse des systèmes de ventilation ou de chauffage et la résistance des bactéries aux antibiotiques constituent un autre problème très grave. Des données récentes montrent en effet qu'il convient également d'approfondir les recherches sur les antibiotiques. Il faudra constituer des réserves contre les bactéries nosocomiales. Il ne resterait plus qu'un seul antibiotique encore efficace. Reste à savoir: pour combien de temps ?

#### 4. Qui rassemble les données ?

Le *Center for Disease Control* aux États-Unis a publié une étude très détaillée sur la problématique des infections nosocomiales. Cet organisme enregistre avec exactitude les infections nosocomiales. En Belgique, cette tâche est essentiellement accomplie par l'Institut scientifique de santé publique. Outre le personnel hospitalier particulier, il y a donc également la participation de l'ISSP (1). Cet institut est responsable du contrôle des infections nosocomiales, coordonne la «surveillance», mais travaille davantage sur la base d'estimations, plutôt que sur la base d'un enregistrement systématique et exhaustif.

Il communique ses résultats sous la forme de rapports, présentations orales et de publications. Les hôpitaux sont libres de collaborer ou non avec l'ISSP. À l'issue de chaque période de suivi par l'ISSP, ils se voient remettre un rapport détaillé contenant des observations et d'éventuelles recommandations.

Depuis 2000, en Communauté flamande, les hôpitaux sont en outre tenus, conformément au décret relatif à la gestion de la qualité, de transmettre leurs

(1) Institut scientifique de santé publique.

23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd.

Ziekenhuishygiëne heeft als dusdanig niets te maken met de persoonlijke hygiëne of de arbeids-hygiëne van het personeel. De overheid breidde deze verantwoordelijkheid inmiddels uit naar het globaal bestrijden en vermijden van verwickelingen die de patiënt kan oplopen tijdens zijn of haar verblijf in het ziekenhuis en dit op sociaal, psychisch en fysisch vlak.

De ziekenhuishygiënisten kunnen de strijd tegen nosocomiale infecties natuurlijk niet alleen aan. Alle personeelsleden, en dan voornamelijk artsen en verpleegkundigen, moeten op de hoogte zijn van de principes van de ziekenhuishygiëne en deze dan ook terdege toepassen.

De gebrekkige hygiëne van ventilatie- of verwarmingssystemen en de resistentie van bacteriën tegen antibiotica is een ander zeer acuut probleem. Uit recente gegevens blijkt immers dat er ook meer onderzoek moet komen naar antibiotica. Er zullen reserves moeten worden aangelegd tegen de ziekenhuisbacterie. Er zou maar één antibioticum overblijven dat nog werkt. De vraag is: hoe lang nog ?

#### 4. Wie brengt de gegevens in kaart ?

Het *Center for Disease Control* in de Verenigde Staten heeft omtrent de ziekenhuisinfectie-problematiek een zeer gedetailleerde studie afgeleverd. Deze instelling houdt zich bezig met een zeer nauwgezette registratie van ziekenhuisinfecties. In België wordt deze taak voornamelijk uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Naast bijzonder ziekenhuispersoneel, is er dus nog de bijdrage die het WIV (1) levert. Dit instituut is verantwoordelijk voor de bewaking van de ziekenhuisinfecties, coördineert de «surveillance», maar werkt veeleer op basis van schattingen en niet zozeer volgens een systematische en volledige registratie.

Ze maakt haar resultaten bekend in de vorm van rapporten en door mondelinge presentaties en publicaties. De ziekenhuizen zijn echter vrij om al dan niet samen te werken met het WIV. Na elke periode dat ze door het WIV worden gevolgd, krijgen zij een uitvoerig verslag met opmerkingen en eventuele aanbevelingen.

Daarenboven wordt vanaf het jaar 2000 op het niveau van de Vlaamse Gemeenschap, naar aanleiding van het kwaliteitsdecreet van de ziekenhuizen, geëist

(1) Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

données relatives aux infections nosocomiales aux autorités flamandes.

Ainsi qu'il ressort de ces données, la collaboration avec l'ISSP est facultative, ce qui n'est pas vraiment de nature à favoriser un rapportage complet sur la situation réelle en matière d'infections nosocomiales.

La précédente ministre de la Santé publique, Magda Aelvoet, était intimement convaincue de l'absolue nécessité de prendre des mesures et étaya son point de vue, chiffres à l'appui.

## 5. Conclusion

À la lumière de ces données, il s'avère que la problématique des infections nosocomiales est plus actuelle et plus épineuse que jamais. C'est précisément pour cette raison qu'il est indispensable que les autorités déploient des efforts supplémentaires afin de limiter au maximum les dommages physiques, psychiques, financiers et sociaux résultant des infections nosocomiales.

\*  
\* \*

dat zij hun gegevens over ziekenhuisinfecties rapporteren aan de Vlaamse overheid.

Zoals blijkt uit deze gegevens is de samenwerking met het WIV vrijblijvend en dat is niet bepaald bevorderlijk voor een degelijke rapportering over de ware toestand in verband met de ziekenhuisinfecties.

Voormalig minister van Volksgezondheid, Magda Aelvoet, was er stellig van overtuigd dat het uitvoeren van metingen zeer belangrijk is. Ze toonde dit dan ook aan met de nodige cijfergegevens.

## 5. Conclusie

Na al deze gegevens moge duidelijk blijken dat de problematiek van de ziekenhuisinfecties nog steeds actueel en acuut is. Precies daarom is het noodzakelijk dat de overheid extra inspanningen doet om maximaal de fysieke, psychische, financiële en sociale schade als gevolg van ziekenhuisinfecties te beperken.

Jurgen CEDER.  
Yves BUYASSE.  
Bart LAEREMANS.  
Anke VAN DERMEERSCH.

\*  
\* \*

## PROPOSITION DE RÉOLUTION

---

Le Sénat,

A. vu la nécessité de soins de santé fiables et de qualité;

B. considérant que la durée d'hospitalisation est prolongée à cause de nombreuses infections nosocomiales;

C. considérant que la prolongation de la durée d'hospitalisation entraîne une augmentation des dépenses de sécurité sociale;

D. vu le coût social et la souffrance psychique occasionnés par une maladie qui se prolonge, et même les décès fréquents qui résultent — en partie ou non — d'infections nosocomiales;

E. considérant la charge élevée de travail et l'ensemble très vaste et varié des tâches du médecin hygiéniste hospitalier;

F. considérant la problématique de la résistance aux antibiotiques,

Demande au gouvernement :

1. de prendre de manière générale toutes les mesures nécessaires pour réduire drastiquement et systématiquement le nombre d'infections nosocomiales dans l'intérêt de la santé publique générale;

2. de mettre tout en œuvre afin d'améliorer le soutien des hygiénistes hospitaliers (les médecins et les infirmiers) en vue de leur permettre de se concentrer de manière soutenue sur leurs tâches essentielles;

3. d'augmenter le nombre d'hygiénistes hospitaliers jusqu'à atteindre la norme internationale;

4. d'améliorer l'accompagnement et le contrôle en ce qui concerne la problématique des infections nosocomiales par l'intermédiaire de l'Institut scientifique de la santé publique;

5. d'effectuer une étude poussée concernant la diminution de l'efficacité des antibiotiques;

## VOORSTEL VAN RESOLUTIE

---

De Senaat,

A. gelet op de noodzaak aan goede, degelijke en betrouwbare gezondheidszorg;

B. gelet op de verlengde hospitalisatieduur die het gevolg is van menige ziekenhuisinfecties;

C. gelet op de extra kosten die een verlengde hospitalisatieduur meebrengt voor de sociale zekerheid;

D. gelet op de sociale kosten en het psychische lijden van een verlengde ziekteduur en zelfs de veelvoorkomende mortaliteit als — al dan niet gedeeltelijk — gevolg van ziekenhuisinfecties;

E. gelet op de hoge werklast en het zeer gevarieerde en omvangrijke takenpakket van de ziekenhuishygiënisten;

F. gelet op de problematiek van resistentie tegen onder andere de antibiotica,

Vraagt de regering :

1. in het algemeen alle maatregelen te nemen die noodzakelijk zijn om het aantal ziekenhuisinfecties drastisch en systematisch terug te dringen ten behoeve van de algehele volksgezondheid;

2. alles in het werk te stellen voor een betere ondersteuning van de ziekenhuishygiënisten (de geneesheren en de verpleegkundigen) met het oog op een doorgedreven concentratie op hun kerntaken;

3. het aantal ziekenhuishygiënisten op te trekken tot de internationale norm;

4. te voorzien in een betere begeleiding en controle wat de ziekenhuisinfectieproblematiek betreft via het Wetenschappelijk Instituut voor volksgezondheid;

5. een doorgedreven onderzoek te doen naar de tanende effectiviteit van antibiotica;

6. de se concerter systématiquement avec les communautés dans le cadre de leur compétence en matière de prévention.

23 novembre 2010.

6. met de gemeenschappen systematisch te overleggen in het kader van hun preventiebevoegdheid.

23 november 2010.

Jurgen CEDER.  
Yves BUYSSE.  
Bart LAEREMANS.  
Anke VAN DERMEERSCH.