

ENQUETE NATIONALE DE PREVALENCE 2001 : METHODOLOGIE ET PRINCIPAUX RESULTATS

Dr A. Lepoutre, (Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice), Réseau d'Alerte d'Investigation et de surveillance des Infections Nosocomiales (RAISIN)

Méthodologie : B. Branger (Rennes, C.CLIN Ouest) président du groupe de travail, A. Carbonne (Paris, C.CLIN Paris-Nord), S. Maugat (Paris, C.CLIN Paris-Nord), C. Hommel (Strasbourg, C.CLIN Est), A. Boulétreau (Lyon, C.CLIN Sud-Est), P. Parneix (Bordeaux, C.CLIN Sud-Ouest), JC. Desenclos (Saint-Maurice, InVS), B. Tran (Paris, Ministère délégué à la Santé).

Coordination, validation et analyse de l'enquête dans les inter-régions :

- C.CLIN Paris Nord : A. Carbonne, S. Maugat, P. Astagneau
- C.CLIN Est : C. Hommel, M. Jebabli, S. Gayet
- C.CLIN Sud-Est : A. Boulétreau, L. Ayzac, A. Savey
- C.CLIN Sud-Ouest : P. Parneix, C. Gauthier
- C.CLIN Ouest : B. Branger, N. Garreau

Analyse, rédaction : A. Lepoutre (InVS)

Ces résultats sont issus d'une première analyse des données de l'enquête et seront complétés. Les résultats définitifs de l'enquête nationale de prévalence feront l'objet d'un rapport complet qui sera diffusé ultérieurement.

L'enquête de prévalence nationale des infections nosocomiales initiée en 1996 par le Ministère du Travail et des Affaires sociales avait permis de faire une estimation de la fréquence de ces infections dans les établissements d'hospitalisation publics en France. La proportion de patients infectés par une ou plusieurs infections acquise dans l'établissement était de 6,7 % des patients présents à l'hôpital le jour de l'enquête. Le plan quinquennal de lutte contre les infections nosocomiales ayant prévu d'organiser une nouvelle enquête nationale de prévalence dans les cinq années à venir, l'enquête a été renouvelée en 2001.

D'autres programmes de surveillance des infections nosocomiales ont par ailleurs été mis en place par les Centres inter-régionaux de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales (C.CLIN), en particulier des enquêtes d'incidence. Cependant, l'enquête de prévalence est un moyen simple de faire le point sur l'importance de ce problème pour de nombreux établissements.

L'intégration des établissements privés dans le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales en 1999 a permis de proposer cette enquête à l'ensemble des établissements hospitaliers français. Des améliorations ont été introduites afin de disposer d'une information plus précise sur les facteurs de risques d'infection propres aux patients et à leurs traitements.

Les objectifs de cette enquête sont de :

- sensibiliser l'ensemble du personnel hospitalier à la réalité des infections nosocomiales ;
- former les établissements et les structures de soins n'ayant pas l'habitude de ce type de surveillance à la réalisation d'une enquête épidémiologique ;
- mobiliser l'ensemble de l'établissement autour d'un projet de surveillance à l'aide du CLIN et de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière ;
- informer les membres du CLIN et l'ensemble du personnel hospitalier du taux de prévalence des infections nosocomiales dans leur établissement ;
- estimer le poids (prévalence) des infections nosocomiales à l'hôpital ;
- connaître les grandes caractéristiques des infections nosocomiales en 2001 et les comparer à celles décrites lors de l'enquête nationale de 1996 (en tenant compte des modifications du protocole et des établissements participants).

METHODE

La méthodologie de l'enquête a été élaborée par un groupe de travail du RAISIN. Il s'agit d'une enquête de prévalence « un jour donné » concernant tous les établissements publics et privés d'hospitalisation français (métropole et DOM). La participation des établissements à l'enquête était volontaire. L'ensemble des patients présents en hospitalisation complète ou de semaine dans l'établissement ont été inclus. Les variables recueillies concernaient les caractéristiques des établissements (nature, statut juridique, nombre de lits), des services (discipline d'activité, type de séjour), des patients (âge, sexe, immunodépression, score de Mac Cabe), l'exposition des patients à certains actes invasifs (intervention, cathéter, sonde urinaire) et l'existence d'un traitement anti-infectieux le jour de l'enquête. Pour chaque patient infecté porteur d'une infection acquise dans un établissement hospitalier, un recueil de trois infections au maximum était prévu. Pour chaque infection la date du diagnostic, le siège de l'infection, l'origine de l'infection (dans l'établissement ou ailleurs), les micro-organismes identifiés et leurs résistances à certains antibiotiques étaient recueillis.

La définition du caractère nosocomial des infections était celle des « 100 recommandations »¹. Les infections acquises dans un autre établissement étaient prises en compte ce qui n'était pas le cas en 1996. Seules les infections actives le jour de l'enquête étaient prises en compte. Un dépistage systématique des infections urinaires chez les patients sondés était prévu. Une déclaration de l'enquête à la CNIL a été faite (N° 901 037). L'enquête a eu lieu entre le 21 mai et le 23 juin 2001.

¹ Les définitions des infections nosocomiales spécifiques de chaque localisation infectieuse ont été élaborées, à partir de référentiels existants (100 recommandations, définitions des Center for diseases control) et adaptées pour les infections chez les nouveau-nés et en gériatrie. Elles figuraient dans le guide de l'enquêteur diffusé dans chaque établissement.

RESULTATS

Participation

1 533 établissements hospitaliers représentant 381 303 lits d'hospitalisation ont participé à l'enquête et envoyé le fichier d'enquête au C.CLIN de leur inter-région (tableau 1). Parmi ces établissements, 717 (47%) étaient publics, 562 (37%) étaient privés et 254 (17%) étaient privés participant au service public hospitalier. En première estimation, les établissements participants comprendraient 78% des lits d'hospitalisation français, les établissements publics participants comprendraient 91% des lits hospitaliers publics français et les établissements d'hospitalisation privés ou PSPH, 55% des lits de ce type d'établissements en France (tableau 2 et 3).

TABLEAU 1 : NOMBRE D'ETABLISSEMENTS SELON LEUR TYPE ET LEUR STATUT

Type	Public	PSPH	Privé	Ensemble
CHU	72	-	-	72
CH/CHG	420	43	1	464
CHS/psy	62	16	38	116
Hôpital local	111	11	2	124
Clinique MCO	-	40	395	435
H. Armées	10	-	-	10
SSR/ELD	40	121	122	283
CLCC	-	20	-	20
AUTRE	2	3	4	9
Ensemble	717	254	562	1533

TABLEAU 2 : NOMBRE DE LITS PAR TYPE D'ETABLISSEMENTS ET STATUT D'ETABLISSEMENT

Type	Public	PSPH	Privé	Ensemble	%
CHU	77 848	-	-	77 848	20%
CH/CHG	163 914	8 364	187	172 465	45%
CHS/psy	24 301	4 421	2 942	31 664	8%
Hôpital local	11 129	1 417	178	12 724	3%
Clinique MCO	-	4 829	42 815	47 644	13%
H. Armées	2 785	-	-	2 785	1%
SSR/ELD	8 049	13 469	10 817	32 335	9%
CLCC	-	3 105	-	3 105	1%
AUTRE	225	297	211	733	0%
Ensemble	288 251	35 902	57 150	381 303	100%

TABLEAU 3 : PART DES LITS D'HOSPITALISATION INCLUS DANS L'ENQUETE

Statut	ENP 2001 Nb de lits	Etablissements français Nb de lits(1)	% des lits
Public	288 251	315 687	91%
Ensemble privés (PSPH + Privé)	93 052	170 382	55%
Ensemble	381 303	485 769	78%

(1) Source Les établissements de santé en 1999 –DREES

Patients

305 656 patients étaient présents le jour de l'enquête dans les établissements participants, 45% dans les centres hospitaliers, 20% dans les centres hospitaliers universitaires et 13% en clinique de médecine–chirurgie-obstétrique (tableau 4).

TABLEAU 4 : REPARTITION DES PATIENTS SELON LE TYPE D'ETABLISSEMENTS

Type	Nombre	%
CHU	60 931	19,9%
CH/CHG	135 939	44,5%
CHS/psy	26 620	8,7%
Hôpital local	9 156	3,0%
Clinique MCO	40 650	13,3%
H. Armées	1 839	0,6%
SSR/ELD	27 643	9,0%
CLCC	2 289	0,7%
Autre	589	0,2%
Ensemble	305 656	100,0%

L'âge moyen des patients était de 61,5 ans, et 55% des patients avaient 65 ans ou plus. Les nouveau-nés (enfants de moins de 28 jours) représentaient 3% des patients.

Les caractéristiques des patients le jour de l'enquête et la fréquence d'exposition à un soin invasif sont présentées dans le tableau 5. La proportion de femmes était de 56%. Les patients avaient une pathologie sévère² dans 23% des cas, ils étaient immunodéprimés dans 9% des cas. Parmi les patients, 21% avaient eu une intervention dans les 30 jours précédant l'enquête, 22% avaient un cathéter périphérique ou central, 9% avaient une sonde urinaire ou en avaient eu une dans les 7 jours précédant l'enquête et 17% avaient un traitement anti-infectieux le jour de l'enquête.

² Correspondant à un score de Mac Cabe de 1 : pathologie pouvant conduire au décès à une échéance de 5 ans, ou 2 : pathologie pouvant conduire au décès à une échéance d'1 an.

TABLEAU 5 : CARACTERISTIQUES DES PATIENTS ET EXPOSITION AUX FACTEURS DE RISQUE

CARACTERISTIQUES	NOMBRE DE PATIENTS	%
Age		
Moins de 65 ans	136 804	44,7%
65 ans ou plus	168 354	55,1%
Inconnu	498	0,2%
Sexe		
Homme	132821	43,5%
Femme	172096	56,3%
Inconnu	739	0,2%
Mac Cabe		
0	170135	55,7%
1	49263	16,1%
2	20455	6,7%
Inconnu	65803	21,5%
Immunodépression		
Oui	28106	9,2%
Non	269199	88,1%
Inconnu	8351	2,7%
Opéré		
Oui	64476	21,1%
Non	236585	77,4%
Inconnu	4595	1,5%
Cathéter		
Oui	67439	22,1%
Non	238137	77,9%
Inconnu	80	0,0%
Sondage urinaire		
Oui, le jour de l'enquête	16972	5,6%
Oui, dans les 7 jours	11628	3,8%
Non	276736	90,5%
Inconnu	320	0,1%
Dépistage par bandelette urinaire chez les patients sondés (% sur les patients sondés)		
Dépistage positif	8086	28,3%
Dépistage négatif	13 661	47,8%
Dépistage non fait	5231	18,3%
Inconnu	1622	5,7%

L'infection NOSOCOMIALE sous surveillance !
Prévalence 2001, incidence et signalement des infections nosocomiales.
5 mars 2002, Ministère délégué à la santé, salle Pierre Laroque

Anti-infectieux		
Oui	50982	16,7%
Non	254648	83,3%
Inconnu	26	0,0%

Les patients hospitalisés dans les établissements privés non participant au service public étaient plus jeunes, avaient moins souvent une maladie fatale, étaient moins souvent immunodéprimés, que les patients hospitalisés dans un établissement public, (tableau 6). Ils avaient plus souvent eu une intervention, plus souvent un cathéter ou une sonde urinaire que les patients hospitalisés dans un établissement public (tableau 7).

TABLEAU 6 : FREQUENCE DES FACTEURS DE RISQUE INDIVIDUELS SELON LE STATUT DE L'ETABLISSEMENT

TYPE	PLUS DE 65 ANS	MAC CABE 1-2	IMMUNODEPRIME
	%	%	%
Public	57%	25%	9%
PSPH	50%	25%	14%
Privé	49%	13%	6%

TABLEAU 7 : FREQUENCE DE L'EXPOSITION AU RISQUE INFECTIEUX SELON LE STATUT DE L'ETABLISSEMENT

TYPE	INTERVENTION	CATHETER	SONDE URINAIRE
	%	%	%
Public	15%	21%	9%
PSPH	24%	18%	9%
Privé	47%	29%	13%

Présence d'une infection nosocomiale

Le jour de l'enquête 21 010 patients avaient une infection nosocomiale soit un taux de prévalence de 6,9%. Parmi eux, 18042 (5,9%) avaient au moins une infection acquise dans l'établissement et 2 939 (1,0%) avaient une ou des infections acquises dans un autre établissement (tableau 8).

TABLEAU 8 : FREQUENCE DES INFECTIONS CHEZ LES PATIENTS PRESENTS

	NOMBRE	TAUX DE PREVALENCE
Infectés	21 010	6,87%
<i>Dont</i>		
Infectés dans l'établissement	18 042	5,90%
Infectés dans un autre établissement	2939	0,96%
Infections	23 024	7,53%
<i>Dont</i>		
Acquises dans l'établissement	19 640	6,43%
Acquises dans un autre établissement	3 353	1,10%

Le nombre d'infections nosocomiales était de 23 024, le taux de prévalence des infections était de 7,5%. Le ratio infections sur infectés était de 1,1. Le taux de prévalence des infections acquises dans l'établissement était de 6,4%, celui des infections acquises dans un autre établissement de 1,1%.

Siège de l'infection

Les infections urinaires représentaient 40% des infections, les infections urinaires asymptomatiques 24% des infections. Les infections cutanéomuqueuses représentaient 11% des infections, les infections du site opératoires 10% , les pneumopathies 10% et les infections respiratoires hautes 9%.

TABLEAU 9 : SIEGE DE L'INFECTION

SIEGE	NOMBRE	%
URI asymptomatique.	5401	23,6%
URI symptomatique	3734	16,3%
ISO superficielle	888	3,9%
ISO profonde	779	3,4%
ISO organe	681	3,0%
Pneumopathie	2294	10,0%
Inf. respiratoire haute	1978	8,7%
Peau/tissus mous	2465	10,8%
Infection sur cathéter, locale	376	1,6%
Infection sur cathéter, septi.	340	1,5%
Bacter/septi	931	4,1%
Inf V. URI autre	201	0,9%
Inf. systémiques	192	0,8%
Gastro-intestinales	586	2,6%
ORL, stomato.	781	3,4%
Ophthlmo	518	2,3%
Génitale	251	1,1%
Os/articulations	363	1,6%
SNC	45	0,2%
Cardio-vasculaire	38	0,2%
Ensemble	22842	100,0%

L'infection NOSOCOMIALE sous surveillance !
 Prévalence 2001, incidence et signalement des infections nosocomiales.
 5 mars 2002, Ministère délégué à la santé, salle Pierre Laroque

Microorganismes

19 731 microorganismes ont été identifiés. Les germes les plus fréquemment identifiés sont indiqués dans le tableau 10. Trois germes représentaient plus de la moitié des microorganismes identifiés : *Escherichia coli* (23%), *Staphylococcus aureus* (20%) et *Pseudomonas aeruginosa* (11%).

TABLEAU 10 : FREQUENCE DES 17 GERMES LES PLUS FREQUEMMENT IDENTIFIES

GERME	NOMBRE	% DES GERMES
Escherichia coli	4452	22,6
Staphylococcus Aureus	3913	19,8
Pseudomonas aeruginosa	2199	11,1
Entérocoque	1178	6,0
Proteus mirabilis	1048	5,3
Staph. coag nég	914	4,6
Candida albicans	704	3,6
Klebsiella pneumoniae	601	3,1
Streptocoque autre	514	2,6
Enterobacter cloacae	390	2,0
Enterobacter aerogenes	378	1,9
Candida non albicans	256	1,3
Klebsiella oxytoca	255	1,3
Morganella	233	1,2
Acinetobacter	230	1,2
Serratia	210	1,1
Enterobacter autre	206	1,0
Ensemble	17 681	89,6

La résistance des *Staphylococcus aureus*, des pneumocoques, des entérocoques, des entérobactéries, des acinetobacter et des pseudomonas a été documentée pour 87% des souches isolées. Parmi les souches pour lesquelles la résistance a été documentée, 64% des *Staphylococcus aureus* étaient résistants à la méticilline et 0,5% résistants à la vancomycine, 18% des pseudomonas et apparentés étaient résistants à la ceftazidime (tableau 11) et 10% des entérobactéries étaient résistantes à la céfotaxime.

TABLEAU 11 : FREQUENCE DES RESISTANCES

	NOMBRE DE SOUCHES DOCUMENTEES	% RESISTANCE SUR SOUCHES DOCUMENTEES
Staph. aureus méti-R	3652	63,6%
Pneumocoques Péni I/R	68	58,8%
Entérocoque Ampi-R	1018	10,2%
Citrobacter freundii céfotaxime I-R	151	29,8%
Enterobacter cloacae céfotaxime I-R	345	35,4%
Enterobacter aerogenes céfotaxime I-R	349	59,6%
Enterobacter autre céfotaxime I-R	177	27,1%
Escherichia coli céfotaxime I-R	3756	2,8%
Klebsiella pneumoniae céfotaxime I-R	508	13,8%
Klebsiella oxytoca céfotaxime I-R	209	7,7%
Morganella céfotaxime I-R	194	12,4%
Proteus mirabilis céfotaxime I-R	850	5,1%
Providencia céfotaxime I-R	158	15,2%
Serratia céfotaxime I-R	180	28,9%
Entérobactérie autre céfotaxime I-R	142	14,1%
Acinetobacter ceftazidime I-R	204	58,3%
Pseudomonas aeruginosa ceftazidime R	1984	16,9%

Infections en fonction de différentes caractéristiques

Le tableau 12 présente les taux de prévalence des patients infectés et des infections en fonction des caractéristiques individuelles des patients.

TABLEAU 12 : FREQUENCE DES INFECTIONS SELON LES CARACTERISTIQUES DES PATIENTS

CARACTERISTIQUES	INFECTES	INFECTIONS
Age		
Moins de 65 ans	4,4%	4,9%
65 ans ou plus	8,8%	9,6%
Inconnu	9,4%	10,0%
Sexe		
Homme	7,1%	7,8%
Femme	6,7%	7,3%
Inconnu	6,1%	6,4%
Mac Cabe		
0	4,4%	4,6%
1	10,8%	11,9%
2	18,2%	21,1%
Inconnu	7,0%	7,5%
Immunodépression		
Oui	13,5%	15,3%
Non	6,2%	6,7%
Inconnu	8,2%	8,9%
Opéré		
Oui	9,7%	10,9%
Non	6,1%	6,6%
Inconnu	7,8%	8,2%
Cathéter		
Oui	11,2%	12,8%
Non	5,6%	
Inconnu	15,0%	16,3%
Sondage urinaire		
Oui, le jour de l'enquête	33,0%	38,2%
Oui, dans les 7 jours	18,9%	20,6%
Non	4,9%	5,1%
Anti-infectieux		
Oui	28,8%	31,9%
Non	2,5%	2,7%
Inconnu	11,5%	23,1%
Ensemble	6,9%	7,5%

L'infection NOSOCOMIALE sous surveillance !
 Prévalence 2001, incidence et signalement des infections nosocomiales.
 5 mars 2002, Ministère délégué à la santé, salle Pierre Laroque

L'âge moyen des patients infectés était de 70,2 ans IC₉₅[70,0-70,5], celui des patients non infectés était de 60,9 ans IC₉₅[60,8-61,0]. Les patients immunodéprimés étaient plus souvent infectés que les patients non immunodéprimés. Les patients dont la pathologie sous-jacente ne pouvait pas entraîner un décès avaient une infection dans 4% des cas, ceux qui avaient une pathologie estimée comme possiblement fatale dans les cinq ans avaient une infection dans 11% des cas et ceux qui avaient une pathologie fatale à 1 an avaient une infection dans 18% des cas.

La fréquence des infections parmi les patients hospitalisés dans les établissements privés non PSPH était de 5,3%, parmi les patients hospitalisés dans les établissements publics elle était de 7,8% et parmi les patients hospitalisés dans les établissements privés PSPH de 9,4%. (tableau 13)

TABLEAU 13 : INFECTIONS NOSOCOMIALES SELON LE STATUT

TYPE	% ACQUISE DANS ETABLISSEMENT	% ACQUISE HORS ETABLISSEMENT	% TOTAL
Public	6,9	0,9	7,8
PSPH	6,7	2,8	9,4
Privé	4,1	1,2	5,3

COMPARAISON DES RESULTATS DE L'ENQUETE DE PREVALENCE 2001 ET DE L'ENQUETE DE PREVALENCE 1996

Les taux de prévalence observés en 1996 et 2001 sont présentés dans le tableau 14. Entre 1996 et 2001 on observe une diminution de 12% du taux de patients infectés et de 16% du taux d'infections. Cependant ces différences doivent être interprétées avec la plus grande prudence dans la mesure où la population et les méthodes de l'enquête n'étaient pas identiques entre 1996 et 2001.

TABLEAU 14 : FREQUENCE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES EN 1996 ET 2001 – COMPARAISON NON AJUSTEE

	ENP 1996		ENP 2001	
	N	Taux	N	Taux
Patients infectés	18 885	8,0%	21 010	6,9%
Dont				
Infectés dans l'établissement	15 798	6,7%	18 042	5,9%
Infectés dans un autre établissement	3087	1,3%	2939	1,0%
Infections			23 024	7,5%
Dont				
Acquises dans l'établissement	18 074	7,6%	19 640	6,4%
Acquises dans un autre établissement	NC		3 353	1,1%
Patients présents	236 334		305 656	

NC : Non calculable

Les établissements inclus différaient en 1996 et 2001, 4% des lits étaient situés dans des établissements privés non PSPH en 1996, contre 15% en 2001.

Par ailleurs les établissements ont été invités à pratiquer un dépistage systématique des infections urinaires chez les patients porteurs d'une sonde urinaire en 2001, ce qui permet de dépister un nombre plus élevé d'infections urinaires asymptomatiques. Les infections urinaires asymptomatiques représentaient 12,3% de l'ensemble des infections en 1996 et 24,6% des infections en 2001 (p = 0,006).

Afin de prendre en compte les différents types d'établissements participants à l'enquête une comparaison des taux observés dans les CHU et les CH est présentée dans le tableau 15. Les taux de ces deux types d'établissements peuvent être comparés entre les deux enquêtes avec plus de pertinence dans la mesure où ils ont participé de façon importante aux deux enquêtes. Ces deux types d'établissements représentent plus de 80% des lits hospitaliers publics en France.

De plus afin d'annuler l'effet des recommandations de dépistage des infections urinaires chez les patients sondés, les taux d'infections peuvent être comparés en excluant les infections urinaires asymptomatiques.

Pour l'ensemble des infections acquises dans l'établissement on observe une diminution de 4% du taux des infections dans les CHU et de 11% dans les CH. Pour les infections nosocomiales acquises dans l'établissement à l'exclusion des infections urinaires asymptomatiques on observe une diminution de 13% du taux des infections dans les CHU et de 24% dans les CH.

TABLEAU 15 : FREQUENCE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES EN 1996 ET 2001 DANS LES CHU ET LES CH SELON LA PRISE EN COMPTE DES INFECTIONS URINAIRES ASYMPTOMATIQUES

	ENP 1996		ENP 2001		Evolution
	N	Taux	N	Taux	1996-2001 (1)
CHU					
Infections nosocomiales acquises dans l'établissement	5817	9,2%	5396	8,9%	-4%
Infections nosocomiales acquises dans l'établissement sans les inf. urinaires asymptomatiques	5219	8,3%	4368	7,2%	-13%
Nombre de patients présents	63 070		60 931		
CH					
Infections nosocomiales acquises dans l'établissement	9110	7,6%	9135	6,7%	-11%
Infections nosocomiales acquises dans l'établissement sans les inf. urinaires asymptomatiques	7826	6,5%	6732	5,0%	-24%
Nombre de patients présents	120 169		135 939		

(1) Différence relative du taux de prévalence entre les deux enquêtes

Ces différentes comparaisons suggèrent une baisse de la prévalence entre 2001 et 1996 pour les CHU et les CH. Cette diminution serait moins importante dans les CHU que dans les CH. L'importance de cette évolution observée ne peut pas être estimée avec certitude.

Les taux de résistances observés en 2001 sont élevés : la part des *S. aureus* résistants à la pénicilline pour les souches pour lesquelles un antibiogramme était disponibles était de 64% en 2001 contre 57% en 1996.

Ces résultats doivent être pris avec précaution car tous les facteurs pouvant influencer sur les taux d'infections observés lors de deux enquêtes successives ne peuvent pas être pris en compte. Ces tendances doivent être confirmées par des résultats d'enquêtes d'incidence. Par ailleurs il s'agit de résultats préliminaires qui devront être complétés.

COMMENTAIRES

Le taux de participation des établissements à l'enquête a été important. La part des établissements privés non PSPH, qui regroupent 22% des lits d'hospitalisation français, ne représentait que 4% des lits de l'enquête de 1996 et 15% des lits dans cette enquête 2001. Bien que la participation des établissements privés reste moins bonne que celle des établissements publics cette enquête permet une meilleure évaluation de la fréquence des infections nosocomiales dans les établissements français.

Les résultats de cette enquête confirment ceux de l'enquête précédente : fréquence des infections élevée en réanimation et en soins de suite et de réadaptation, prédominance des infections urinaires et fréquence des résistances élevée.

Les infections étaient moins fréquentes dans les établissements privés non PSPH que dans les établissements publics. Les informations disponibles suggèrent que les patients hospitalisés dans ces établissements privés présentent moins de facteurs de risque d'infections nosocomiales que les patients hospitalisés dans les établissements publics.

Les comparaisons de ces résultats à ceux de l'enquête de 1996 suggèrent une diminution de la prévalence des infections dans les centres hospitaliers et dans une moindre mesure dans les CHU, mais ces résultats doivent être interprétés avec beaucoup de précaution compte tenu des limites de l'utilisation de deux enquêtes de prévalence successives pour apprécier une évolution. Ces résultats doivent être confrontés à ceux d'enquêtes d'incidence en continu.