

engendrées par ces facteurs sont faiblement spécifiques. Cette étape reste cependant le seul outil transparent de préparation de la phase de gestion des risques, dans la mesure où elle permet de fournir des informations comparables sur les niveaux de pathologies attendues en fonction de valeurs attribuables à tel ou tel facteur environnemental.

La phase de gestion des risques proprement dite peut en fait se décomposer selon deux axes : un axe orienté vers l'action sur la source de dangers (que l'on pourrait appeler gestion des situations ou des objets générateurs de risques) et un axe orienté vers l'action sur les populations sensibles au sein des populations exposées (que l'on pourrait appeler gestion des populations à risques). Selon les cas, l'un ou l'autre de ces deux axes pourra se voir privilégier.

La gestion du risque de méningo-encéphalite amibienne primitive (Meap) liée à la présence d'amibes *Naegleria fowleri* sur un site de baignade à l'aval d'une centrale de production d'énergie a, par exemple, privilégié la première approche en imposant des concentrations limites en amibes dans le rejet de la centrale. La même démarche appliquée à l'estimation du risque infectieux lié à la qualité microbiologique de l'eau potable en France qui part d'une hypothèse de risque acceptable de 1/10 000 par personne par an, conduit à déterminer des concentrations maximales de microorganismes dans l'eau impossibles à détecter avec les techniques de microbiologie utilisables, même les plus avancées — 3 oocystes dans 100 m³, 2 rotavirus dans 10 000 m³ — et rend extrêmement difficile une gestion de ce problème par un système de surveillance en distribution. Elle pourrait orienter l'action vers l'imposition de contraintes au niveau de la gestion des équipements de production, mais aussi, dès lors qu'il est difficile d'atteindre un niveau de concentration tel ceux définis précédemment, vers la protection de groupes sensibles en formulant des recommandations spécifiques.

Dans le cas du saturnisme infantile, l'action peut s'orienter vers les sources d'exposition (qualité des peintures, qualité de l'eau de distribution, qualité de l'air,...), mais certains effets de cette action ne se feront sentir qu'après plusieurs années ; l'action peut aussi être orientée sur les populations à risque (enfants de familles en situation sociale précaire) et s'exercer à plus court terme.

► D. Bard, F. Siclet. *Amibes libres et santé publique*. Rennes : éd. ENSP, 1995.

► D. Zmirou et coll. Rapport déc. 1997.

► CFES. *Microbiologie et eaux d'alimentation. Problèmes spécifiques à certaines parasitoses. Recommandations pour les malades immunodéprimés*. Vanves : CFES, mars 1997, 14 p.

Prioriser l'une ou l'autre de ces deux approches induit bien entendu des coûts différents, des modalités de répartition de ces coûts différentes et implique également des partenaires différents. Aucun outil n'existe qui permette de trancher totalement entre ces deux possibilités. Chaque citoyen aura tendance à vouloir mettre en œuvre l'ensemble de ces mesures, de façon à prévenir les pathologies dans les populations exposées, mais également dans l'ensemble de la population, à laquelle il se sent plus directement appartenir. Les décideurs, acteurs de santé publique, devront, eux, faire des choix intégrant les données expertes de l'évaluation des risques mais au sein d'un ensemble complexe d'autres données.

La gestion des risques environnementaux émergents, pour que les décisions prises quotidiennement par les pouvoirs publics soient adaptées au contexte sociétal actuel et donc adoptées par le plus grand nombre, va devoir se construire dans les prochaines années sur l'avancée de l'expertise internationale sur l'évaluation des risques, mais aussi en réinventant les modalités de fonctionnement de la démocratie (débat public, débat démocratique, participation des citoyens à la décision publique,...). C'est à ce titre qu'elle constitue une étape, et non un objectif, de la démarche plus générale de sécurité sanitaire.

Michèle Legeas, Rémi Demillac

Des infections hospitalières aux infections nosocomiales

1973 : circulaire instituant la création de Comité de lutte contre les infections, le Cli.

1988 : décret instituant la création des Comités de lutte contre les infections nosocomiales, le Clin.

1994 : première politique nationale de lutte contre les infections nosocomiales.

Il aura fallu 21 ans pour que la question de l'infection hospitalière, déjà reconnue comme problème de santé publique en 1973, aboutisse à la communication d'une politique de lutte

contre les infections nosocomiales par le ministre de la Santé.

Comment expliquer un aussi long délai entre la reconnaissance du risque infectieux nosocomial et son traitement par quelques-uns et la prise de conscience collective de ce risque et leur prise en charge par la société ?

Cette lecture des événements peut paraître caricaturale, car les médecins et les soignants des services cliniques, en particulier des services à risque (réanimation, chirurgie et services d'immunodéprimés) n'ont pas attendu circulaire, décret et prise de position politique pour que soient gérées les épidémies et promues des actions de prévention.

Cette lecture peut paraître tronquée, car existaient dans certains hôpitaux des services d'hygiène hospitalière, des comités de lutte et des services tels que les services de microbiologie, de pharmacie et de chirurgie qui étaient chargés d'assurer les mesures d'hygiène.

Cependant il est indéniable qu'il a fallu au moins 15 ans (1973-1988) pour que l'administration sanitaire prenne conscience de l'importance du risque infectieux nosocomial et propose une nouvelle organisation de sa prise en charge.

Pour des praticiens de santé publique responsables de la mise en œuvre de politiques de prévention des risques sanitaires, l'interrogation se fait pressante : faut-il attendre 10 à 20 ans pour que la prise de conscience d'un risque sanitaire mène à une prise en charge de manière organisée par la société ?

Quels sont les facteurs qui peuvent induire la mise en œuvre d'une politique de prévention ? Ils sont multiples. Certains paraissent évidents, en particulier des facteurs externes au système de soins. D'autres, que l'on pourrait qualifier d'intrinsèques au système de soins, le sont déjà moins. Repérer parmi ceux-ci ceux réellement les plus influents est certainement une gageure.

Cet article n'a pas la prétention de faire l'analyse de ces différents facteurs mais seulement d'explorer quelques pistes qui mériteraient d'être approfondies.

Si on en juge par la littérature journalistique des quinze dernières années, deux éléments externes semblent prépondérants, les crises générées par des épidémies hospitalières fortement relayées par les médias et plus récemment l'évolution de la jurisprudence. Ainsi, par exemple, à partir de 1980, en particulier à Paris, ont éclaté des épidémies à fort retentissement

Le management du risque nosocomial

Les risques nosocomiaux sont des événements sanitaires négatifs (décès, maladies ou accidents et handicaps) jugés évitables par une meilleure organisation du système de soin. Ces événements évitables sont aussi bien des accidents tels que les infections acquises à l'hôpital ou des accidents iatrogènes et des pathologies qui peuvent être prévenues non dépistées (cancers) ou des actes préventifs non dispensés (vaccinations).

Le management du risque nosocomial a pour but la prise en charge efficace, efficiente et effective et de manière organisée des événements sanitaires négatifs évitables.

Le concept et la démarche du management du risque nosocomial se réfèrent aux approches développées aux États-Unis, de 1970 à ce jour, autour du management de la qualité (« *quality assurance* ») dans les services de santé, à l'interface du « *risk management* » et du « *quality improvement* ».

Le terme management du risque nosocomial recouvrent deux entités, la gestion du risque et la promotion de sa prévention :

- la gestion du risque est l'ensemble des activités destinées à prendre en charge précocement l'accident afin d'éviter les conséquences néfastes (décès, handicap...), la survenue de cas secondaires et l'apparition ultérieure d'événements comparables. La démarche de gestion du risque nosocomial repose sur l'analyse des risques et l'intervention. Les méthodes d'analyse des risques comportent, entre autres, un système d'alerte et de vigilance pour l'identification précoce des cas et l'investigation, investigation épidémiologique des cas groupés, analyse d'incident critique des événements singuliers) ;
- la promotion de la prévention du risque comporte l'ensemble des activités coordonnées destinées à assurer à tous le maximum (et le peu ?) de mesures, qui ont prouvé scientifiquement leur impact populationnel c'est-à-dire leur efficacité (réduction de la mortalité ou de la morbidité dans des conditions expérimentales), leur caractère effectif (le maximum d'effet dans les conditions naturelles), leur efficience (le maximum d'effet pour le moindre coût) et leur sûreté (le meilleur rapport bénéfice-risque) et ceci grâce à un effort organisé des services de soins et de santé.

SG

Arrêt du Conseil d'État du 9 décembre 1988

médiatique (entérocolite ulcéro-nécrosante à la maternité de Port-Royal, maladies des légionnaires en 1981 à l'hôpital Bichat). Elles ont fortement contribué à la création du service d'hygiène hospitalière de l'AP-HP. L'arrêt Cohen, en renversant la responsabilité de la preuve, du malade vers l'hôpital, et en générant, en conséquence, des surcoûts financiers assurantiels pour l'institution, a probablement joué et joue encore un rôle prédominant dans la prise et le maintien de la conscience du risque... juridique

sinon sanitaire. On ne peut écarter l'influence, probablement importante, de la crise de la « transfusion sanguine » et de la demande sociale croissante d'une plus grande sécurité du système de soin.

Une étude détaillée de l'ensemble des événements qui ont accompagné de 1973 à 1994 l'élaboration de la politique de lutte contre les infections nosocomiales serait nécessaire pour identifier ces différents facteurs externes et mieux comprendre le rôle et l'interrelation de chacun d'eux. Mais l'influence de professionnels de santé publique sur ces événements est faible...

Tout aussi intéressant, sinon plus, pour des praticiens de la santé publique est d'identifier les éléments qui, au sein du système de soins, ont joué un rôle (majeur ?) dans l'émergence de cette prise de conscience collective.

Si on prend comme point de repère la période 1973-1994, elle pourrait être résumée de la manière suivante : quinze années pour que s'opère un renversement de perspective, préalable à la prise de conscience.

Approches en France et aux États-Unis

Une première manière de comprendre ce changement de perspective est de comparer les approches française et américaine au début des années quatre-vingt.

En France, comme l'indique la circulaire de 1973, les infections étaient « hospitalières » ; leur prévention reposait prioritairement sur la déclaration de cas et sur la décontamination du matériel et de l'environnement. Au même moment, aux États-Unis d'Amérique, les infections devenaient « nosocomiales » ; leur prévention passait progressivement et prioritairement par la surveillance des infections et par l'adoption de mesures préventives centrées sur le patient.

Les paradigmes sous-tendant les politiques et les approches organisationnelles concernant la lutte contre les infections développées en France semblaient s'opposer nettement à celles développées aux États-Unis.

L'approche française, comme l'euro-péenne (les recommandations de la circulaire de 1973 faisaient référence aux recommandations du conseil de l'Europe de 1972), reposait préférentiellement sur les logiques suivantes :

- une logique hygiéniste, issue du courant pasteurien du XIX^e siècle, fondée sur un raisonnement d'épidémiologie microbienne renforcée plus récemment par une logique biomédicale reposant sur l'antibiothérapie-prophylaxie. Celles-ci ont induit des actions centrées prioritairement sur l'interruption de la « chaîne de transmission » de microorganismes de personne à personne (barrière, isolement) et sur la destruction des germes, de l'environnement, en particulier hôtelier, et de ceux du patient ;

- la seconde, découlant en partie de la précédente, renvoie au modèle organisationnel de l'hôpital : une lutte contre les infections éclatée entre plusieurs acteurs et plusieurs services, chacun suivant son propre objectif, l'hygiène appartenant à l'administration et la lutte contre l'infection aux unités de soin, voire l'hôpital dans les situations de crise occasionnées par les épidémies ;

- la troisième est une logique de responsabilité renvoyant plutôt vers les comportements individuels (lavage ou non des mains par exemple), à l'insuffisance des mesures architecturales (circuit propre et sale par exemple) ou de désinfection de l'environnement (décontamination de l'air du bloc opératoire par exemple).

Trois logiques dont l'efficacité aurait été démontrée, si l'on se réfère au texte du Conseil de l'Europe de 1972.

L'approche américaine, basée sur le modèle conceptuel recommandé par le Center for diseases control d'Atlanta (CDC) dès 1970, fondait sa démarche sur trois autres logiques :

- une logique épidémiologique, issue du courant « Snowien » du XIX^e siècle (Simmelweiss pour l'hôpital), portant sur l'épidémiologie des populations humaines. Celle-ci, par sa méthode, mettait en évidence des facteurs de risque, les actes invasifs, et des groupes à risque ;

- une logique organisationnelle (Senic) intégrant la lutte dans la communauté hospitalière par l'intermédiaire des comités de lutte et dans le fonctionnement de l'hôpital en donnant la responsabilité à un personnel spécialisé au sein d'un service spécifique ;

- une logique fondée plutôt sur une responsabilité collective, et donc sur la recherche de dysfonctionnements du système. L'utilisation des techniques épidémiologiques, en particulier les études cas-témoin dans l'investigation d'épidémies, en est un exemple illustratif.

Une évaluation, publiée en 1985, de l'efficacité du modèle proposé par le CDC, objectif

← Snow est l'un des premiers épidémiologistes célèbre par son étude sur le choléra à Londres

← **Senic study** : étude d'évaluation du modèle organisationnel élaboré par le CDC

← associée aussi au mouvement de l'accréditation

vait une réduction du risque infectieux nosocomial d'un tiers des infections.

À la lecture des textes administratifs de 1973 et de 1988 et des recommandations les accompagnant, le passage de la lutte contre l'infection hospitalière à celle de l'infection nosocomiale renvoie à :

- une autre lecture du risque infectieux, le passage d'une lecture microbiologique centrée sur la « découverte » de nouveaux pathogènes à une lecture épidémiologique s'intéressant à l'impact des actions sur les populations ;

- une autre lecture des actions prioritaires, le passage d'une prise en charge reposant sur les individus à une prise en charge centrée sur le fonctionnement du système hospitalier.

Quelques exemples illustrent ce changement et les conséquences en terme de lutte contre les infections.

Introduction de l'« infection nosocomiale »

L'introduction du terme « infection nosocomiale » dans l'hôpital s'est accompagné d'une « recompréhension » du risque infectieux.

Ce terme, d'apparition récente dans l'usage hospitalier (1988), était porteur d'une double lecture : soit l'infection était la conséquence d'une erreur sinon d'une négligence (l'infection hospitalière, l'infection acquise à l'hôpital), soit l'infection faisait suite à l'évolution naturelle de la maladie (complication infectieuse, surinfection). Cette double lecture était renforcée par l'étiologie microbienne de l'infection. L'infection attribuée à une bactérie endogène (flore du malade) est considérée comme une surinfection alors que celle attribuée à une bactérie dite exogène (flore de l'environnement) est interprétée comme une infection hospitalière.

Pour l'épidémiologiste, toute infection survenue au cours ou au décours de l'hospitalisation est nosocomiale, indépendamment de la cause. En excluant toute interprétation causale, la définition épidémiologique permet une lecture plus neutre et donc une prise de conscience partagée par les différents acteurs que toutes ces infections sont l'expression d'un même risque, le lien avec l'hospitalisation ou avec un acte médical.

La déclaration de cas versus la surveillance des infections

7 %, tel est le taux moyen d'infections nosocomiales observé dans les enquêtes de prévalence.

► Recommandations du Conseil de l'Europe en 1972 et recommandations du *BEH* en 1992

◀ Épidémie au sens épidémiologique: fréquence supérieure à celle attendue

Au-delà du chiffre, ces enquêtes ont au moins deux conséquences, passer d'une perception clinique du risque — le cas particulier — à une compréhension épidémiologique du risque — l'excès de cas — et faire sortir l'infection et sa gestion de la seule unité de soins pour en faire un problème et une gestion à partager avec des unités de même spécialité.

L'infection nosocomiale se présente sous plusieurs modalités épidémiologiques, des cas sporadiques et/ou des cas groupés. En dehors d'épisodes de bouffées épidémiques d'infections à germes similaires, la fréquence anormale d'infections nosocomiales n'est pas reconnue. La seule manière de repérer une fréquence anormale est de passer par l'agrégation de cas. L'enquête de prévalence et encore plus la surveillance continue permettent de rendre visible et de faire connaître des épidémies qui, sans surveillance systématique, n'auraient pas été identifiées.

Variabilité des taux d'infection

La deuxième conséquence, probablement la plus opératoire dans le processus de prise de conscience, est le questionnement voire le « choc » induit par le constat de la variabilité des taux d'infection entre les services et entre les hôpitaux. Si l'interprétation de cette variabilité reste délicate d'un point de vue épidémiologique, elle interroge les soignants sur leurs pratiques respectives et donc des solutions à échanger.

La décontamination versus la gestion des actes invasifs

Dans le raisonnement microbiologique, les notions de risque comme celles d'efficacité reposent sur un indicateur : les micro-organismes. Leur présence signe le risque et leur disparition ou leur réduction prouve l'efficacité d'une mesure. Dans le raisonnement épidémiologique, l'indicateur est l'infection. Le risque existe si la relation de cause à effet a été démontrée entre la présence de micro-organismes et l'apparition d'une infection. L'efficacité est démontrée si la mesure introduite est suivie d'une réduction des infections, toutes choses étant égales par ailleurs.

À la lecture de la grille épidémiologique, des mesures portant sur la décontamination de l'environnement (les sols par exemple) ou sur

L'amiante : l'émergence tardive d'un risque...

Bien que connus depuis des décennies, les risques de l'amiante pour la santé n'ont pas fait assez tôt l'objet de mesures de prévention et de réparation suffisantes.

Alors que l'extraction de l'amiante et son usage industriel se développaient depuis le début du xx^e siècle, la première description des lésions de fibrose pulmonaire survenant chez les travailleurs de l'amiante remonte à 1906.

En 1927, le terme d'asbestose est créé pour désigner les lésions de fibrose pulmonaire provoquées par l'amiante et la reconnaissance de l'asbestose comme maladie professionnelle intervient en 1945. Parallèlement, dès 1935, une première publication suggère un accroissement du risque de cancer du poumon dans les professions exposées et la preuve épidémiologique du lien entre l'amiante et le cancer broncho-pulmonaire est apportée en 1955, puis avec le cancer du revêtement mésothélial de la plèvre (mésothéliome) en 1960.

Si le risque est historiquement bien connu, jusque dans les années quatre-vingt, de nombreux ouvriers continuent à travailler à des postes exposés aux fibres. La mise en application du décret de 1977 qui impose pour la première fois en France des limites d'empoussièrément par les fibres d'amiante n'intervient que

progressivement et ne sera généralisée à l'ensemble des entreprises que quelques années plus tard.

En 1995 une expertise collective est demandée à l'Inserm par la direction des Relations du travail et la direction générale de la Santé pour faire le point sur les effets sur la santé des expositions à l'amiante à partir d'une revue critique et argumentée de la littérature scientifique mondiale réalisée par une équipe pluridisciplinaire de chercheurs. L'essentiel des résultats montre que :

- l'immense majorité des cas de mésothéliome de la plèvre survenus jusqu'à aujourd'hui dans les pays industrialisés sont d'origine professionnelle et para-professionnelle ;
- depuis les années cinquante-soixante, l'incidence du mésothéliome croît à raison de 5 à 10 % par an. Le nombre de décès occasionnés par l'amiante en France en 1996 est ainsi estimé par l'Inserm à environ 1 950 (750 mésothéliomes, 1 200 cancers du poumon) ;
- les risques associés à des expositions professionnelles et para-professionnelles ou environnementales (d'origine géologique et/ou industrielle) sont avérés de façon incontestable. En revanche, on ne peut disposer actuellement d'aucune donnée épidémiologique « directe » sur les effets des expositions « passives » dans les bâtiments, sans que cela signifie qu'un tel risque n'existe pas ;

- le cancer pulmonaire peut résulter d'une exposition professionnelle en l'absence d'une fibrose préalable ;

- les effets cancérigènes des fibres d'amiante n'ont pas lieu d'être distingués selon la nature des fibres de type « chrysotile » et « amphiboles ».

Le groupe d'experts a estimé que dans le cas d'une exposition professionnelle continue d'une population masculine à 0,1 fibre/ml, de l'âge de 20 ans à l'âge de 65 ans, 30 décès supplémentaires seront prévisibles pour 10 000 personnes exposées.

Ces éléments ont abouti à l'élaboration du décret d'interdiction du 24 décembre 1996 édictant au 1^{er} janvier 1997 une interdiction générale de l'amiante. Ce principe général d'interdiction s'accompagne toutefois de la possibilité d'exceptions en nombre très limité et strictement encadrées.

Parallèlement, un programme national de surveillance du risque lié à l'amiante a été instauré dont les principaux axes sont :

- l'étude de la contamination des lieux où des personnes sont susceptibles d'être exposées et des expositions attachées à l'exécution des tâches en présence d'amiante. Les métrologies visant à établir les concentrations atmosphériques de poussières d'amiante sont réalisées par divers organismes ;

- la connaissance des expositions des personnes. Les risques pour la santé associés à l'amiante sont essentiellement liés à l'exposition

cumulée déterminée par le niveau de concentration et la durée d'exposition ;

- la surveillance des risques pour la santé associés à l'amiante et de leur évolution. Les recommandations du groupe d'experts Inserm concernent essentiellement deux aspects : la surveillance du mésothéliome et la surveillance des effets respiratoires non cancéreux.

Un programme de surveillance nationale du mésothéliome coordonné par le Réseau national de santé publique a été mis en place début 1998, il est réalisé par l'UFR de santé publique de l'université de Bordeaux, le réseau Francim des registres du cancer, le Centre national de référence du mésothéliome du CHU de Caen et le centre de confirmation clinique du CHU de Marseille.

Améliorer les connaissances pour intervenir plus tôt

Jusqu'en 1977, malgré une connaissance scientifique bien établie, l'amiante n'a fait l'objet que d'une attention médiocre. Les mesures de prévention et de réparation qui sont intervenues par la suite se sont avérées insuffisantes.

La connaissance des maladies professionnelles en France n'est pas exhaustive et précise, en effet les statistiques disponibles sont celles portant sur les maladies ayant fait l'objet d'une indemnisation qui dépend de la confrontation de critères juridiques fixés par décret avec l'instruction individua-

lisée des demandes formulées par les victimes.

Cependant les statistiques de réparation¹ montrent qu'en 1995, 817 maladies correspondant aux tableaux n° 30 et 30 bis relatifs aux affections provoquées par les poussières d'amiante ont été réglées contre 727 en 1994, soit une augmentation de 12,4 %. Elles viennent en troisième position après les affections périarticulaires et les affections causées par le bruit et représentent en 1995, 5,3 % des maladies professionnelles constatées, déclarées et reconnues.

L'exposition à l'amiante et ses risques pour la santé pose le problème de la relation d'une société avec le risque. Quelle est l'acceptation sociale d'un risque à un moment donné ? Sans prétendre que la gestion du risque sanitaire échappe aux contraintes économiques, il convient de préciser les facteurs décisionnels.

Le renforcement des dispositifs de surveillance épidémiologique, comme l'amélioration des connaissances vont révéler des risques préexistants mais jusqu'alors indétectables (effets de faibles doses, risques lents, risques qui relèveront de la médecine prédictive), ils ouvrent plus largement le débat sur la fixation d'un niveau de risque accepté.

Martine Ruch

Référence

1. *Bilan annuel sur les conditions de travail*. Paris : ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DRT, 1997.

l'architecture hospitalière (bâtimens ou locaux neufs comparés à des anciens) n'ont pas fait la preuve de leur efficacité.

Par contre, des études portant sur les infections chez des patients subissant des actes invasifs ont montré que ces actes étaient des facteurs de risque et que des actions portant spécifiquement sur ces actes (le sondage urinaire clos par exemple) avaient un impact élevé sur la réduction des infections.

De nouveaux risques émergents ou l'émergence de la prise de conscience d'« anciens risques » ?

La prise de conscience de l'existence de risques « iatrogéniques » refait surface. En 1998, ils font l'objet d'un volet du rapport du Haut Comité de la santé publique à la Conférence nationale de santé. En 1998 toujours, la première étude française d'évaluation du risque médicamenteux en milieu hospitalier vient de se terminer. Parallèlement, l'Inserm clôt un travail d'expertise collective sur le risque iatrogène.

Le concept d'« iatrogénèse » a pourtant défrayé la chronique au début de la décennie soixante-dix sous la plume d'un certain Ivan Illich. Il a induit de vives réactions dans le milieu médical et a disparu de sa phase d'émergence dans la « conscience collective », même si parallèlement s'est développé un fort intérêt pour les effets indésirables des médicaments grâce à la pharmacovigilance. Cette prise de conscience collective concerne principalement des accidents liés à l'utilisation des produits biologiques (sang, greffons...) et à la consommation de médicaments, qui au moins pour les premiers ont fait la une des médias.

Moins connus et peu documentés de manière systématique sont les autres accidents hospitaliers, les accidents chirurgicaux et les accidents liés aux soins de « nursing », chutes des personnes âgées, escarres, incontinence urinaire... Selon des évaluations américaines dont la dernière, la « Harvard Medical Practice Study » remonte à 1990, en une année 3,7 %, soit un peu plus de 1 000 patients sur environ 30 000 hospitalisés dans un échantillon aléatoire de 51 hôpitaux, ont eu un accident au cours de leur hospitalisation. La moitié des accidents avait pour origine un acte chirurgical. Les trois prin-

cipales causes identifiées étaient les médicaments (19 %), les infections du site opératoire (14 %) et les actes invasifs (13 %). Si la plupart des accidents était sans gravité, près de 3 % ont mené à un handicap et 14 % au décès. Encore moins connues sont les opportunités manquées tels que les « non-dépistages » de cancers, les « non-vaccinations » de maladies infectieuses, les « non-repérages » de facteurs de risque de pathologies faisant l'objet de mesures préventives.

En réponse aux accidents iatrogènes ont été développées des réponses institutionnelles, les vigilances (matérovigilance, hémovigilance et bien sûr pharmacovigilance) et l'Agence des médicaments élargie aux produits de soins au sein de l'Agence de sécurité sanitaire.

Cependant, la plupart des événements iatrogènes nécessitent une prise en charge par les acteurs, médecins comme infirmières, du système de soins, hospitaliers et libéraux. Cette prise en charge nécessite, à l'instar de l'infection nosocomiale, une prise de conscience par ces acteurs qu'une partie de ces événements sont évitables et qu'une réponse organisée, faisant appel aux méthodes du « management du risque sanitaire nosocomial », peut aider à les prévenir.

Le modèle organisationnel de la lutte contre les infections nosocomiales semble faire les preuves de son utilité. Il pourrait être élargi aux autres risques nosocomiaux et s'inscrire dans les organisations au niveau local, régional et national avant qu'ils ne deviennent des risques... juridiques émergents.

Serge Gottot