



Le risque infectieux en dehors des établissements de santé

Sylvie

Renard-Dubois

Médecin, DGS

Thanh Le Luong

Médecin inspecteur

de santé publique,

DGS

Béatrice Tran

Praticien hospitalier,

cellule Infections

nosocomiales, DGS/

DHOS

Valérie Salomon

Praticien hospitalier,

cellule Infections

nosocomiales, DGS/

DHOS

Les infections liées aux soins ne sont pas l'apanage de l'établissement de santé public ou privé. La pratique extrahospitalière, définie comme toute situation dans laquelle des soins sont administrés à des patients non hospitalisés¹, peut également être pourvoyeuse d'infections. En effet, la prise en charge ambulatoire de patients de plus en plus fragiles, immunodéprimés et la réalisation plus fréquente d'actes invasifs en ambulatoire augmentent le risque d'infections. Cependant l'absence de données épidémiologiques ne permet pas d'évaluer précisément la prévalence et l'incidence de ces transmissions. Actuellement, la fréquence des infections liées à ces soins est donc certainement sous-estimée.

Des obligations professionnelles réglementaires déontologiques et éthiques

Tous les professionnels de santé sont concernés ; la prise en compte et la gestion du risque infectieux relèvent du « *primum non nocere* » : tout mettre en œuvre pour ne pas nuire au patient [59]. Les soignants doivent apporter des soins consciencieux, conformes aux données de la science. Les règles déontologiques sont précisées pour les médecins, les chirurgiens dentistes, et les sages-femmes, entrant dans le cadre de la qualité des soins et de la sécurité des patients. De même pour les infirmier(e)s, l'art. 11 du décret du 16 février 1993 du Code de la santé publique prévoit : « l'infirmier ou l'infirmière respecte et fait respecter les règles d'hygiène dans l'administration des soins, dans l'utilisation des matériels et dans la tenue des locaux, il s'assure de la bonne élimination des déchets solides et liquides qui résultent de ses actes professionnels ». Par ailleurs, des obligations réglementaires figurant dans le Code de la santé publique concernent essentiellement l'élimination des déchets et la gestion des dispositifs médicaux. Enfin, la loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé impose dans l'article L. 1111-2, à tout professionnel de santé d'informer le patient des risques fréquents ou graves des différents investigations, traitements ou actes de prévention.

1. Consultation, explorations diverses ou soins effectués dans des cabinets médicaux dentaires, de sages-femmes, dans des centres infirmiers, de kinésithérapie, de podologie, ou au domicile du patient.

Des agents infectieux variés et des modes de transmission bien connus

Le tableau 3 rappelle les agents pathogènes les plus souvent impliqués dans des infections acquises au cours de soins en milieu extrahospitalier, ainsi que leur source lorsqu'elle a pu être identifiée [74].

- Le personnel soignant est exposé lors de blessures avec du matériel contaminé ou de projections de liquides biologiques sur des muqueuses.

- Pour le patient, le risque est surtout lié à l'utilisation de matériel contaminé, essentiellement du matériel réutilisable insuffisamment décontaminé [7, 20] ou des médicaments à usages multiples.

- Plus exceptionnellement, il a pu s'agir d'une transmission directe d'un soignant à un patient.

- Les surfaces et les objets peuvent jouer un rôle de relais dans la chaîne de transmission de l'infection : en contaminant les mains ou du matériel qui se trouve par la suite en contact avec le patient.

La majorité des infections décrites ci-dessus sont des infections typiquement exogènes se présentant le plus souvent sous la forme de cas groupés voire d'épidémies. Il existe des infections plus sporadiques, liées à la flore microbienne du patient lui-même (infections endogènes) à l'occasion de gestes invasifs [26] pratiqués au cabinet ou à domicile : sutures, cathéterismes veineux, ou sondages urinaires.

L'analyse bibliographique montre que la transmission du virus de l'hépatite B semble être l'infection la plus souvent rapportée dans ce contexte, ce risque concerne aussi bien le patient que le personnel soignant non vacciné. Les obligations vaccinales en matière d'hépatite B de certains personnels sont contenues dans l'article L. 3111-4 du Code de la santé publique : « *une personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins, exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination doit être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite* ». L'arrêté du 26 avril 1999 fixe les conditions d'immunisation des personnes visées dans ce texte.

Des mesures communes à l'hôpital et au milieu extrahospitalier

Des moyens communs de prévention de base

La meilleure maîtrise de la transmission des infections reste dans l'application des mesures standard d'hygiène qui reposent essentiellement sur le lavage des mains. Ce lavage des mains doit se faire après chaque soin, entre chaque patient, après chaque contact suspecté être contaminant. Cette recommandation se heurte à des difficultés techniques à l'hôpital, au cabinet, au domicile du patient, où les locaux ne se prêtent pas forcément à une réalisation optimale de ce lavage des mains. Le Comité technique national des infections nosocomiales a donc recommandé, en remplacement du lavage des mains traditionnel, une friction par solution

tableau 3

Étiologies et sources d'épidémies d'infections liés aux soins ambulatoires

Infections	Nombre de publications (années)	Lieux ou modes de contamination suspectés
Hépatite B	18 (1974-1995)	Dentistes, médecins, patients, aiguilles d'acupuncture, ampoules multidoses, dispositifs à injections multiples
Kérato-conjonctivite à adénovirus	10 (1950-1993)	Infirmières, tonomètres, mains des soignants
Infections à mycobactéries non tuberculeuses (abcès des tissus mous, bactériémies, otites)	8 (1969-1996)	Ampoules de médicaments ou solutions à usages multiples, aiguilles à biopsie, instruments d'otologie
Tuberculose	7 (1989-1997)	Patients, médecins, infirmières
Infections à <i>Pseudomonas</i> (arthrite septique, bactériémies, endophtalmies, infections urinaires, pseudo-pneumonies, pseudo-sinusites)	6 (1977-1996)	Ampoules de médicaments ou solutions à usages multiples, perfusions, bronchoscopes, solutions de rinçage, sondes pour rééducation urodynamique
Rougeole	4 (1983-1985)	Patients
VIH	3 (1992-1995)	Dentistes, patients
Autres infections (abcès à streptocoque A, arthrite septique, hépatite C, rubéole, mononucléose infectieuse, légionellose...)	16 (1976-1997)	Ampoules de médicaments ou solutions à usages multiples, instrumentation dentaire, patients, systèmes de ventilation...

hydro-alcoolique à chaque fois que la désinfection des mains s'impose et lorsque les mains ne sont pas visiblement souillées, en l'absence de talc ou de poudre. Cet avis s'applique pour l'exercice hospitalier et extra-hospitalier [5].

Des informations à partager

Le principe de partage de l'information entre médecins est indiqué dans l'article 64 du Code de déontologie.

La connaissance du portage par un patient d'une bactérie multi-résistante permet d'adopter des mesures adéquates. Pour cela, l'information doit être transmise par le service hospitalier dont est issu le patient, vers les professionnels de santé le prenant en charge en ville. Ces professionnels devraient eux-mêmes transmettre l'information en cas de nouvelle hospitalisation ou lorsqu'ils sont amenés à confier le patient à d'autres professionnels de santé en ville.

Par ailleurs, un praticien qui diagnostique une infection nosocomiale tardive devrait en informer le médecin ayant pratiqué l'intervention, comme par exemple lors de la survenue d'une infection tardive sur prothèse.

Enfin, l'article L. 1413-14 de la loi 2002-303 du 4 mars 2002 impose à tout professionnel ayant constaté ou suspecté la survenue d'une infection nosocomiale d'en faire la déclaration à l'autorité administrative compétente. Le décret d'application précisera les modalités de déclaration.

Vers une politique de prévention du risque infectieux lié aux soins en milieu extra-hospitalier

Dans la continuité des politiques de lutte contre les

infections nosocomiales et de démarche de qualité des soins, dès 1995, un travail sur les bonnes pratiques (BP) de désinfection en odonto-stomatologie a été mené, au sein du ministère de la Santé, en concertation avec les professionnels concernés, et a abouti à la publication d'un guide de bonnes pratiques en décembre 1997.

Afin de promouvoir une politique nationale de bonnes pratiques d'hygiène en milieu extra-hospitalier, le ministère a souhaité mettre en place un groupe de travail réunissant des représentants des ordres ou des professions concernées, chargé de coordonner la réalisation d'un guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections en dehors des établissements de soins. Ce guide fera la synthèse des différents documents et travaux existants sous forme de recommandations destinées à permettre aux professionnels de santé d'améliorer leurs pratiques le cas échéant et constituera une référence pour les professionnels.

Une évaluation des pratiques professionnelles est prévue en 2002 avant toute diffusion du document de référence, sur un échantillon représentatif de professionnels de santé exerçant en dehors des établissements de soins (médecins, chirurgiens dentistes, sages-femmes, infirmières, kinésithérapeutes, podologues), ciblé sur les spécialités ou actes les plus à risques. Elle a pour but de :

- décrire l'état des connaissances et des pratiques des professionnels en ambulatoire ;
- mesurer l'écart entre ces connaissances et/ou leur application dans la pratique et les référentiels qui vont être diffusés, ainsi que les variations entre les connaissances et les pratiques ;



Les infections liées aux soins médicaux

- définir les actions à mener plus spécifiquement selon la cause des écarts constatés : défaut de connaissances, de référentiels, de temps, d'organisation, de moyens, etc.,
- identifier les meilleures voies de diffusion des recommandations auprès de ces professionnels.

Une communication large vers les professionnels de ce guide de bonnes pratiques sera accompagnée de la création d'outils pédagogiques à partir de ce référentiel, par l'intermédiaire d'organismes de formation initiale ou continue, et d'outils d'évaluation des pratiques. L'objectif est de faciliter l'appropriation des recommandations par les professionnels de santé et de permettre également d'améliorer la prise de conscience des risques infectieux liés aux soins et leur gestion optimale au quotidien. Une évaluation de l'impact de ce référentiel est envisagée.

Les infections liées aux soins pratiqués en dehors des établissements de soins constituent un problème à prendre en compte, même si actuellement elles sont sous-estimées en raison de l'absence de surveillance épidémiologique permettant de les mesurer. L'application des mesures d'hygiène standard permet d'éviter un nombre important de ces contaminations. L'utilisation de dispositifs médicaux à usage unique, tant que faire se peut, doit être privilégiée, dès lors qu'ils permettent d'assurer la qualité et la sécurité des soins. La gestion des dispositifs réutilisables doit suivre strictement les procédures de désinfection et de stérilisation. Ainsi ces mesures préventives systématiques devraient permettre de maîtriser les sources potentielles et les voies de transmission des agents infectieux. ■

Les données sur l'infection hospitalière en France

La surveillance des infections nosocomiales a pour objectif de connaître leur importance ainsi que les facteurs de risques qui leur sont associés. La surveillance longitudinale permet, dans un service ou un établissement, de suivre l'évolution au cours du temps. Des comparaisons sont possibles entre services et établissements sous certaines conditions.

Plusieurs méthodes de surveillance sont disponibles auprès des comités de lutte contre les infections nosocomiales (Clin) : les enquêtes de prévalence d'un jour, les enquêtes d'incidence sur une période donnée, les enquêtes cas témoins en cas d'épidémies. Jusque dans les années quatre-vingt-dix, ces enquêtes, réalisées par des pionniers, étaient rares et organisées selon des méthodes différentes. Depuis 1996, date de la pre-

mière enquête nationale de prévalence, des protocoles nationaux sont proposés aux établissements par les centres de coordination inter régionale de la lutte contre les infections nosocomiales (C-Clin), sous l'égide du Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin) constitué du Comité technique des infections nationales (CTIN), des cinq C-Clin et de l'Institut de veille sanitaire (InVS).

L'enquête de prévalence 2001 a été organisée au niveau national un jour donné en mai-juin et 300 000 patients ont été inclus. Les résultats provisoires montrent un taux global de 6,9 % sur le nombre des présents (tableau 4 et figure 1).

Les enquêtes d'incidence, coordonnées au niveau national, concernent les infections de site opératoire (ISO), les bactériémies, les bactéries multi-résistantes (BMR) et les accidents d'exposition au sang (AES). Les travaux de coordination futurs concerneront les infections nosocomiales en réanimation et dans des domaines spécifiques tels que le long séjour ou l'urologie...

Les premiers résultats nationaux de l'ISO sont disponibles sur la base de 162 000 interventions pour les années 1999 et 2000. Le tableau 4 montre les taux d'infections contractées sur sites opératoires selon le score NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance) qui est un indice composite du score ASA (American Society of Anesthesiologists), de la classe de contamination d'Altemeier et de la durée d'intervention. La référence est généralement le score NNIS = 0 dans la mesure où les patients y sont plus homogènes et présentent le risque le plus faible d'acquisition d'une infection contractée sur site opératoire. Le seuil de la durée d'intervention est en principe le 75^e percentile de la durée ; ce seuil avant l'année 2000 était de deux heures en raison de l'absence de référence de la durée. Désormais on dispose dans le fichier du Raisin des seuils pour le 75^e percentile de toutes les interventions. L'analyse de l'évolution des tendances au fil des ans sera effective quand les mêmes services surveilleront chaque année sur une longue période ; le recul n'est pas suffisant actuellement.

La surveillance des infections à bactéries multi-résistantes en 2000 et 2001 a été aussi commune et des résultats partiels sont disponibles. Les taux de prévalence de résistance dans l'espèce sont calculés, par exemple, pour les *Staphylococcus aureus* : le taux de SARM (*S aureus* résistant à la méticilline) est de 30 à 40 % sur l'ensemble des *S aureus* isolés à partir de prélèvements à visée diagnostique. Plus intéressants sont les calculs des taux de SARM par rapport aux entrées (entre 0,5 et 1 %) ou par rapport aux journées (entre 0,5 et 1 ‰). Le suivi sur les années récentes ne montre pas de diminution.

Les autres surveillances qui seront harmonisées pour 2002 sont les bactériémies et les accidents d'exposition au sang en lien avec le Groupe d'étude et de recherche sur les accidents d'exposition au sang (Geres). Il n'y a pas de protocoles communs pour la

Bernard Branger
Praticien hospitalier,
responsable du
C-Clin Ouest, Rennes
Agnès Lepoutre
Médecin
épidémiologiste, InVS
Pascal Astagneau
Médecin
coordonnateur
du C-Clin Paris Nord