

Qualité des soins et infections nosocomiales

Que ce soit dans les services de gériatrie ou dans ceux de court séjour, la lutte contre les infections liées aux soins s'inscrit dans une démarche globale de gestion de la qualité et des risques. Elle repose sur l'information, la formation et la motivation du personnel, l'organisation des soins et la politique institutionnelle.

Les infections nosocomiales dans les hôpitaux gériatriques

Bernard Cassou
Praticien-hospitalier-
professeur de santé
publique, consultation
de gérontologie
Sainte-Perine, Paris

Isabelle Simon
Médecin hygiéniste,
Équipe opérationnelle
d'hygiène,
Groupe hospitalier
Sainte-Perine, Paris

Alain Cocquelin
Cadre infirmier
supérieur en hygiène,
Équipe opérationnelle
d'hygiène,
Groupe hospitalier
Sainte-Perine, Paris

Les infections acquises à l'hôpital sont devenues, ces dernières années, l'une des préoccupations majeures de la communauté hospitalière. Longtemps concentrée dans les services de réanimation et de chirurgie, la « lutte contre » les infections nosocomiales a progressivement gagné l'ensemble des services médicaux. Si les services de gériatrie ne sont pas à l'abri des infections nosocomiales, leurs conséquences sont difficiles à évaluer en termes de mortalité, morbidité, prolongation de séjour (en soins de suite et de réadaptation) et coûts.

Les services gériatriques de soins de suite et de longue durée, services qui retiendront notre attention dans cet article, prennent en charge des personnes très âgées, habituellement de plus de 75 ans. Ces personnes sont polypathologiques, dépendantes physiquement pour les gestes de la vie quotidienne et, de plus en plus souvent, atteintes de troubles psycho-comportementaux. La pathologie infectieuse est fréquente dans ces services. Les raisons à l'origine de cette plus grande susceptibilité des personnes âgées sont complexes et probablement multifactorielles (durée de

séjour, vieillissement des fonctions et des organes, pathologies associées).

Maîtriser les infections nosocomiales en gériatrie implique d'adapter les mesures de prévention aux spécificités des hôpitaux gériatriques. Cette adaptation rencontre plusieurs difficultés que nous décrirons succinctement dans cet article.

Un contexte hospitalier à risque

L'enquête nationale conduite par le Comité technique national en 1996 a montré que le taux de prévalence « un jour donné » des infections nosocomiales était de 7,6 % dans les services de soins de longue durée et de 9,3 % en soins de suite et de réadaptation. Ces taux étaient supérieurs à ceux constatés en service de médecine (6,0 %). Les infections les plus fréquemment retrouvées sont, par ordre de fréquence décroissante, les infections urinaires (33,7 %), les infections respiratoires basses (24,9 %), les infections du tissu cutané (21,1 %), les infections gastro-intestinales (2,7 %), les bactériémies (1,9 %).

Dans ces services, un nombre relativement important de patients sont porteurs de germes multirésistants. Ainsi, concernant les personnes infectées, l'enquête de prévalence des infections nosocomiales, faite dans les hôpitaux de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), a évalué que dans les services gériatriques de soins de suite 9,2 % des infections nosocomiales étaient dues à *Staphylococcus Aureus* résistant à la méthicilline et 6,3 % à *Klebsiella pneumoniae* sécrétrices de β -lactamases à spectre élargi. Ces chiffres sont respectivement de 6,9 % et 2,8 % dans les services gériatriques de longue durée.



Infections nosocomiales et site Internet du ministère

Dans le cadre de la politique de communication menée vers les professionnels de santé et les usagers, depuis le début de l'année 1999, la rubrique « Infections nosocomiales » du site Internet du ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité permet de faire connaître les différentes actions menées et les documents produits sur ce thème.

Un accès aisé
www.sante.gouv.fr, puis sous la rubrique dossiers/infections nosocomiales.

- Un contenu didactique**
- Comprendre les infections nosocomiales
 - Statistiques et cadre de l'action
 - Données, documents
 - Actualités : notamment résumés

des communications présentées lors de la journée du 5 mars 2002 « L'infection nosocomiale sous surveillance ».

- Lexique
- Par ailleurs, des fiches de presse actualisées sur les infections nosocomiales sont accessibles sur le site www.sante.gouv.fr dans la rubrique actualité/presse.

Le risque de colonisation dépend en grande partie des opportunités de transmission croisée : durée d'exposition au risque, proximité des autres malades, contacts cutanés prolongés avec le personnel soignant. Dans les services gériatriques, tous ces indicateurs ont une fréquence élevée en raison du fait que la chambre est le lieu de vie du patient et qu'il va y séjourner plusieurs mois ou années, qu'il la partage encore souvent avec un autre, voire plusieurs autres patients et qu'il a besoin d'être aidé dans les gestes de la vie quotidienne, notamment lors des soins du corps.

Le risque d'infection semble dépendre, quant à lui, de la dégradation de l'état général de la personne hospitalisée (dégradation souvent accompagnée d'une dénutrition), du nombre et de la durée des procédures invasives (qu'il s'agisse d'une sonde vésicale, d'une intervention chirurgicale, d'un cathéter veineux ou artériel) et de la durée de l'immobilité au lit ou au fauteuil. En fait, les relations entre portage, colonisation et infection sont complexes et mal connues. Le risque d'épidémie (*clostridium difficile*, gale, grippe) est également élevé en contexte gériatrique pour les raisons précédentes.

Les études cliniques et épidémiologiques se heurtent à la difficulté de définir des critères épidémiologiques d'infection qui prennent en compte les spécificités cliniques des infections chez les sujets très âgés. Le diagnostic d'infection est souvent difficile en raison d'atypies cliniques. Il s'agit d'une sémiologie d'emprunt, orientant vers un organe autre que celui qui est infecté. Ainsi, lors d'infections respiratoires, les signes pulmonaires sont souvent atténués ou absents. La symptomatologie extra-respiratoire peut prédominer : anorexie, fièvre isolée, décompensation cardiaque, apparition d'un syndrome confusionnel. L'impossibilité, souvent, de réaliser certains examens complémentaires du fait de l'état précaire du patient rend difficile la confirmation du diagnostic. Enfin, chez le sujet présentant une détérioration intellectuelle, l'interrogatoire est difficile et peu contributif. Ces difficultés diagnostiques expliquent le délai, parfois long,

entre le déclenchement de l'infection, son diagnostic et son traitement.

Des difficultés de prise en charge

Dans les hôpitaux et services gériatriques, les mesures de prévention, comme dans les hôpitaux de court-séjour, consistent à appliquer les précautions standard, à identifier les patients infectés, voire les patients colonisés, à informer les soignants et les familles de cette situation, à isoler les patients (techniquement et géographiquement lorsque c'est nécessaire et possible) et à éviter de produire des souches résistantes par une utilisation rationnelle des anti-infectieux. Mais l'application de ces mesures rencontre de nombreuses difficultés en contexte gériatrique.

Les conditions architecturales et les conditions de travail de certains services ne permettent pas un lavage des mains dans de bonnes conditions. Se laver les mains n'est pas aussi facile qu'on peut le penser quand il faut répéter ce geste 40 fois dans la matinée, en raison des changes successifs notamment, et qu'il n'existe qu'un seul point d'eau aménagé dans l'unité de soins. L'utilisation de solutions hydro-alcooliques pourrait faciliter la décontamination des mains dans certaines situations. De plus, le nombre de personnels au lit du malade est notoirement insuffisant alors qu'augmente régulièrement la charge en soins. Or la faible densité en personnels accroît le risque de transmission croisée chez des patients nécessitant de l'aide pour les actes de la vie quotidienne.

L'une des préoccupations principales des soignants et de l'administration est, d'autre part, d'insuffler de la vie et de l'animation dans les services de long séjour. C'est pourquoi la vie communautaire est favorisée, notamment lors des repas et au cours des animations et des travaux manuels, au risque de développement d'épidémies et de transmissions manu-portées. Ainsi, équipes soignantes et hygiénistes sont attentifs à ce que les protocoles d'isolement, en particulier, ne nuisent pas à la qualité de vie des malades. Mais il faut reconnaître que dans de

nombreux services gériatriques, les conditions de travail et l'organisation du travail ne facilitent pas l'application de ces protocoles et recommandations.

En effet, la lutte contre les infections nosocomiales est, trop souvent, pensée dans la perspective d'un fonctionnement idéal des soignants à partir d'une vision *a priori* de ce qui devrait être fait, sans lien avec leur activité réelle de travail. L'activité de travail dans les services gériatriques n'est pas identique à celle exercée dans les services de médecine de court séjour. Il importe de mieux connaître les modes de fonctionnement adoptés par les soignants dans les services gériatriques pour répondre aux contraintes, et en particulier d'apprécier leur répercussion sur la gestuelle des actes de soins.

Conclusion

De nos jours, tout le monde s'accorde à penser qu'il faut maîtriser les infections nosocomiales dans les services gériatriques aussi bien que dans ceux de court séjour, notamment en raison des liens étroits qui unissent ces hôpitaux (transferts bi-directionnels de malades entre ces deux types d'hôpitaux). La lutte contre les infections

nosocomiales doit se développer dans de multiples directions. Jusqu'à présent, les dimensions relevant de la bactériologie, de l'hygiène et de l'épidémiologie ont été privilégiées.

La problématique nous paraît plus complexe et les aspects psychologiques, sociologiques et liés à l'activité de travail des soignants doivent être également pris en compte. Faciliter le lavage des mains des soignants, médecins compris, et réaliser un isolement technique de qualité lors des soins sont les deux mesures de base. Elles impliquent que soit repensée l'organisation du travail dans ces services. Cela nécessite que le niveau des effectifs et leur qualification soient adaptés aux problèmes de santé des personnes très âgées présentant des incapacités multiples.

Il nous semble, également, que la maîtrise des infections nosocomiales passe par le développement, dans les hôpitaux gériatriques, d'une démarche de santé publique qui n'isole pas les infections nosocomiales des autres pathologies iatrogènes générées par les pratiques de soins et le mode d'hébergement de ces services. ■

NosoBase® : <http://nosobase.univ-lyon1.fr>

NosoBase® est à la fois une base de données indexant plus de 10 000 documents concernant les infections nosocomiales, un site Internet comptabilisant plus de 5 600 connexions par mois et une liste de discussion. La base de donnée NosoBase a été initiée en 1993 par le C-clin Sud-Est pour répondre à la mission d'aide documentaire des centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales aux établissements de santé. Créé en octobre 1996, le site Internet est devenu rapidement une action nationale commune aux cinq C-Clin. Il a pour objectif de venir en aide à toute personne impliquée dans la lutte contre les infections nosocomiales. Le site se décompose en dix rubriques d'importance variable. Les plus consultées sont « Recommandations », « Législation » et « Bibliographie ».

Le site NosoBase est un outil d'information connu et reconnu des professionnels de santé. Son succès repose sur un large éventail de moyens mis à disposition : articles

scientifiques, recommandations, législation, liste de discussion ; et sur une volonté de s'adapter à la demande des utilisateurs. Suite à l'enquête de satisfaction 2001, les rubriques emploi et formation ont été créées ; un classement thématique a été instauré pour les rubriques recommandations et autres sites. Parmi les projets pour l'année 2002, notons la création d'une rubrique « Normes » et d'une rubrique destinée aux « Usagers des services de santé » en cours d'élaboration.

Rubriques de NosoBase

Bibliographie

100 revues analysées. Recherche par mot clé.

Législation

150 textes officiels en texte intégral, classement thématique.

Recommandations

100 documents de référence en texte intégral, classement thématique et par organisme.

Outils documentaires

Ouvrages, littérature grise, cassettes audiovisuelles, CD-ROM.

Autres sites

Plus de 100 liens avec d'autres sites.

Revue de presse

Commentaires trimestriels d'articles scientifiques récents.

Formations

Liste de DU en hygiène hospitalière, formations des C-Clin.

Emploi

Offres et demandes d'emploi en hygiène hospitalière.

Congrès

Calendrier des congrès et manifestations dans le domaine de l'hygiène hospitalière.

Liste de discussion

753 abonnés, 150 messages par mois. Archives et synthèses disponibles.



Intégrer les infections liées aux soins dans une politique de gestion des risques

Marie-Françoise Dumay

Chargée de la prévention gestion des risques, Fondation hôpital Saint-Joseph, Paris

Jean-François Quaranta

Praticien hospitalier, président de la Coordination des vigilances sanitaires et de la gestion des risques, CHU de Nice

Avec la participation de

Annie Chalfine

Médecin hygiéniste, Fondation hôpital Saint-Joseph, Paris

Patrick Jambou

Praticien hospitalier, président du Clin, CHU de Nice

La maîtrise du risque infectieux est une préoccupation ancienne des professionnels de santé, du fait de la gravité et des conséquences des infections acquises par le patient à l'hôpital. Au cours des trente dernières années, le concept et l'organisation ont particulièrement évolué. La notion d'hospitalisme a mis en évidence les besoins en hygiène hospitalière pour éviter les épidémies, néfastes à la fois pour les patients, le bon fonctionnement et la réputation des hôpitaux. Par la suite, le développement de la technologie et la large utilisation des antibiotiques ont développé l'intérêt de mieux connaître les mécanismes d'acquisition des infections et la nécessité d'organiser la lutte contre l'infection nosocomiale autour de programmes d'actions et par la mise en place de structures.

Depuis la création des premiers comités de lutte contre les infections nosocomiales (Clin) en 1973, une véritable volonté de maîtrise du risque infectieux s'est mise en place tant au niveau national, régional que local.

L'installation des Clin et des unités opérationnelles d'hygiène permet la mise en place de programmes de prévention couvrant les domaines de l'identification et de l'analyse des risques à partir de la surveillance des infections nosocomiales, du suivi des bactéries multi-résistantes, des audits de pratiques et des enquêtes épidémiologiques, de la formation des personnels et de la mise en place de procédures sur la base des recommandations existantes.

Le lien de cause à effet entre un acte, un dispositif invasif et l'acquisition d'une infection nosocomiale a fait place à une dimension plurifactorielle intégrant le rôle déterminant du statut du patient, de la modification de sa flore, la multiplicité des intervenants et des soins et la notion de prise en charge médicale alternée ville-hôpital.

La multiplicité des facteurs et leur interaction pouvant jouer un rôle dans les mécanismes d'acquisition d'infection sont maintenant admis avec la prise en compte de l'impact de l'environnement, de l'organisation et du management, ce qui nécessite de réfléchir à un concept plus global et complexe d'infection liée aux soins. Il en découle une certaine difficulté à imputer directement une faute individuelle et la nécessité d'une approche plus systémique avec la prise en compte des organisations, des acteurs et des mesures mises en place pour réduire le risque infectieux.

La sécurité sanitaire prend une place de plus en plus grande dans la politique de santé nationale et doit s'inscrire aujourd'hui dans la pratique quotidienne des établissements de santé. Les crises récentes du sang contaminé, de l'amiante, de la vache folle ont entraîné le doute de la population et la conviction que certains risques auraient pu être prévisibles et évités.

Par ailleurs, la perception du risque et son acceptabilité ont particulièrement évolué vers une diminution de la tolérance de notre société aux risques en général, avec une exigence d'efficacité sans faille de la médecine et des prestations de soins. Les enjeux scientifiques, sociaux, éthiques, politiques, économiques et assurantiels sont favorables à la mise en place d'une réelle gestion des risques dans les établissements de santé inscrite dans un management global d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des prestations de soins.

Depuis plusieurs décennies, la gestion des risques est un concept sur lequel se sont appuyées les entreprises dans une logique de sécurité, de diminution des sinistres et de productivité. La gestion des risques peut être définie comme la fonction qui, au sein d'une entreprise ou d'une institution, vise à identifier, évaluer, éviter les risques ou à réduire leurs conséquences. Cette fonction repose sur une démarche institutionnelle structurée dans le but d'atteindre les objectifs qui lui ont été assignés.

La gestion des risques à l'hôpital

Pour l'hôpital, la gestion des risques est un concept à la fois ancien, car de nombreuses mesures sont déjà en place, et récent de par la façon de l'intégrer dans une démarche de gestion de la qualité avec une approche systémique et par le changement culturel que cela impose.

Les risques, à l'hôpital, sont multiples et ont souvent été gérés et prévenus de façon diverse et séquencée, sans réelle coordination et centralisation des informations. Ainsi, chaque secteur d'activité a mis en œuvre des démarches plus ou moins organisées pour répondre à des exigences réglementaires ou à l'amélioration de la qualité des soins. C'est le cas de la sécurité incendie avec la mise en place de formations du personnel et de consignes de sécurité, mais aussi de la maîtrise des infections nosocomiales et de la vigilance exercée sur l'utilisation des produits de santé.

Il n'y a pas réellement de connaissance de l'ensemble des incidents pouvant survenir à l'hôpital, ni de méthode ayant fait ses preuves pour une approche globale des risques dans les établissements de santé.

L'évitabilité des situations à risque nécessite une identification des incidents et la compréhension des mécanismes de survenue pour les réduire en mettant en place des mesures préventives efficaces et durables. Le but est de détecter suffisamment tôt les événements indésirables en mettant en place un système d'alerte permanent qui favorise la remontée d'information. Ce système de veille repose sur la participation des différents

professionnels et sur leur réactivité, en grande partie liée à la diffusion et à la coordination de l'information, donc à la possibilité de complémentarité des différents systèmes d'information.

La gestion de la qualité et des risques est un enjeu d'actualité et d'avenir pour les établissements de santé à plusieurs titres : satisfaction des consommateurs, éthique, accréditation, motivation des professionnels, responsabilité individuelle et collective, rigueur dans l'organisation, efficience, rationalisation des coûts, politique nationale, aspect assurantiel, concurrence.

Plusieurs impératifs nous imposent plus particulièrement un niveau de performance élevé et reconnu :

- la loi de sécurité sanitaire de 1998 prévoit la déclaration obligatoire de la iatrogénie et des infections nosocomiales ;

- le décret et la circulaire d'application pour la déclaration obligatoire (juillet 2001) précisent le dispositif de signalement des infections nosocomiales : objectifs du signalement, information des patients, critères de signalement, circuit d'information et évaluation du dispositif. Outre l'objectif d'amélioration de la sécurité sanitaire,

le signalement constitue un dispositif complémentaire des enquêtes épidémiologiques et de surveillance ;

- la démarche d'accréditation, qui relève d'une démarche globale, pluridisciplinaire, et aborde les processus transversaux de l'établissement pour l'amélioration continue de la qualité. Le manuel d'accréditation de l'Anaes prend largement en compte la gestion de la qualité et la prévention des risques, les vigilances sanitaires et la sécurité transfusionnelle, et la surveillance, la prévention et le contrôle du risque infectieux ;

- l'évolution de la jurisprudence, sous l'influence du nouveau Code pénal et des derniers arrêts de la Cour de cassation concernant la responsabilité des établissements et des professionnels de santé en cas d'apparition de complications nosocomiales ou iatrogènes.

Les établissements de santé sont ainsi fortement incités à développer un programme de gestion des risques et de la qualité, pour répondre aux attentes de sécurité et de qualité des usagers. Par ailleurs, il ne faut pas négliger l'intérêt économique de la gestion des risques qui participe à la rationalisation des coûts,

La légionellose : une infection nosocomiale ?

La légionellose, en dehors des rares cas de contamination liés à l'utilisation d'eau du robinet pour la désinfection de dispositifs médicaux, n'est pas une infection liée aux soins. Mais lorsqu'elle est acquise dans un établissement de soins, c'est une infection nosocomiale.

La bactérie responsable, *Légionella*, qui vit à l'état naturel dans les lacs et les rivières, colonise fréquemment les réseaux d'eau, piscines, tours aéro-réfrigérantes des habitations et immeubles, y compris ceux des établissements de santé. D'ailleurs, faut-il rappeler que 80 % des cas de légionellose sont acquis en dehors de l'hôpital ?

La survenue d'un cas de légionellose nosocomiale requiert la contamination du réseau d'eau par une légionelle pathogène et la présence de patients immunodéprimés.

Les facteurs favorisant la présence de légionelles dans un réseau d'eau chaude sont pour certains identifiés : entartrage du réseau et des points de puisage, ballons de stockage, température insuffisante, défauts de circulation permanents (bras

morts) ou transitoires (fermetures estivales).

La France a décidé d'adopter, il y a trois ans, une attitude préventive vis-à-vis du risque « légionelles » en rendant obligatoire l'entretien et la surveillance des réseaux d'eau.

En 2000, une enquête réalisée par le C-Clin Paris Nord montrait que 35 % des établissements avaient réalisé une expertise de leur réseau d'eau vis-à-vis du risque de légionellose. Quarante pour cent des établissements avaient déjà réalisé la recherche d'une contamination par les légionelles et 70 % de ces établissements avaient des points d'eau colonisés (>103 par ml).

Depuis, les établissements de santé mettent progressivement en place une démarche de prévention et de gestion du risque « légionelles ». Cette politique d'amélioration se heurte à de nombreux écueils techniques : certains hôpitaux ne parviennent pas à décontaminer de façon durable leur réseau d'eau, le recours à des pratiques peu ou mal maîtrisées et/ou évaluées est fréquent : dioxyde de chlore, ionisation, ozone... De mul-

tiples inconnues persistent : comment se débarrasser du biofilm ? Quel est le rôle des mitigeurs et des lave-mains dans l'entretien de la contamination du réseau d'eau, implication clinique d'une contamination du réseau d'eau froide ?

Ces inconnues, face à la pression médiatique, alimentent parfois des attitudes dont on peut discuter le bien-fondé. Ainsi, la présence de légionelles dans l'eau froide justifie-t-elle la pose de filtres à tous les points d'eau d'un établissement ?

La prise en compte du risque lié aux légionelles est un dossier souvent très lourd pour un établissement de santé. Elle est indispensable pour les secteurs qui accueillent des patients très immunodéprimés et constitue certainement un progrès dans la qualité de la prise en charge des patients. Il est toutefois urgent d'améliorer les connaissances sur les modes de décontamination des réseaux d'eau, de concevoir des méthodes rapides de surveillance et de montrer l'efficacité d'une telle démarche, au niveau des établissements de soins et en dehors. ■

Caroline Maslo
Praticien
hospitalier, équipe
opérationnelle
d'hygiène,
direction de
la Politique
médicale, AP-HP



Les infections liées aux soins médicaux

tant à l'échelon de l'institution qu'au niveau plus large de la société. Cela implique la mise en place d'outils permettant l'identification des événements indésirables, l'évaluation des organisations, des processus, des pratiques et des résultats, mais demande aussi un changement culturel.

Les conditions de la qualité des soins

La mise en place d'une politique de gestion de la qualité et des risques nécessite une volonté institutionnelle et une prise de conscience de l'ensemble des professionnels. La qualité des soins est l'aboutissement d'un processus où l'ensemble des professionnels, qu'ils soient soignants ou non soignants, joue un rôle complémentaire.

Gérer la qualité, c'est mettre en place un processus de type managérial qui implique l'ensemble des acteurs de l'organisation, afin d'assurer la qualité de la prestation et la satisfaction du consommateur de service.

La gestion des risques est un effort organisé pour identifier, évaluer, réduire chaque fois que cela est possible les risques encourus par les patients, les visiteurs et les personnels.

Le comportement des professionnels est influencé par de nombreux paramètres à la fois individuels et liés à l'environnement. La perception du risque, la formation, l'information, la motivation du personnel, les croyances et convictions personnelles, la politique institutionnelle, les ressources disponibles, l'organisation des soins, l'architecture, l'ergonomie, le comportement des autres professionnels sont autant d'éléments qui vont influencer le comportement individuel. L'implication des personnels dans une démarche de gestion des risques ne peut être durable que si ceux-ci sont responsabilisés et informés des résultats concernant à la fois les événements signalés, les actions mises en place et les résultats obtenus.

La formation et l'information doivent non seulement permettre l'acquisition des connaissances nécessaires à la bonne réalisation du programme de prévention, mais aussi favoriser la dynamique d'équipe en provoquant des échanges sur l'organisation du travail, les résultats obtenus et les axes de progrès à dégager.

Enfin, la détection précoce des situations à risque doit pouvoir favoriser l'alerte des professionnels concernés et permettre le déclenchement rapide d'actions correctives et préventives qui sera facilité par l'information et la communication en temps réel entre les différents acteurs du processus hospitalier.

Un certain nombre de risques hospitaliers sont déjà bien décrits, font l'objet de déclarations, d'une analyse épidémiologique, de la mise en place de mesures de sécurisation et de prévention. C'est en particulier le cas pour les vigilances sanitaires, le risque infectieux et les infections nosocomiales, la sécurité anesthésique. Cependant, la réelle iatrogénie concernant les patients et le personnel, les dysfonctionnements du processus de prise en charge du patient et leurs mécanismes sont encore mal identifiés.

Les vigilances sanitaires (pharmacovigilance, hémovigilance, matériovigilance, biovigilance, réactovigilance, infectiovigilance) sont réglementées et nécessitent une organisation pour assurer un système de veille permanente et l'alerte sanitaire.

La production accélérée de textes réglementaires a favorisé l'installation de ces vigilances de façon autonome et indépendante, cloisonnée, sans une vision d'ensemble en termes d'organisation et de coordination. Cela a pour effet des responsabilisations nécessaires dans des domaines ciblés pour permettre l'organisation opérationnelle de la veille sanitaire et le suivi des programmes, mais aussi le développement de comités multiples au niveau des institutions (comité de lutte contre l'infection nosocomiale, cellule de matériovigilance,

Information et iatrogénie

En matière d'infection nosocomiale et plus généralement d'affection iatrogène la loi du 4 mars 2002 renforce la jurisprudence qui s'était progressivement établie au cours de la dernière décennie.

Guy Nicolas
Professeur,
conseiller
médical auprès
du directeur de
l'Hospitalisation et
de l'Organisation
des soins

La loi demande aux professionnels ou aux établissements de santé de déclarer tout accident médical avéré ou suspecté, ce qui devrait permettre d'obtenir une meilleure connaissance de tous les événements indésirables et d'en organiser la

prévention (art. L. 1413-14 du CSP).

Le droit à l'information des malades devient également une obligation légale (art. L. 1111-2) tout au long de la chaîne thérapeutique. C'est ainsi que l'article précise « lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée... ».

De plus l'article L. 1413-13 indique que l'autorité administrative « peut mettre en demeure les professionnels, organismes ou établissements qui ont effectué ces investigations, traitements ou actions de prévention de procéder à l'information des personnes concernées s'il apparaît que cette information n'a pas été délivrée conformément à l'article L. 1111-2 ». ■

comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance, coordination des vigilances...).

La nécessité d'une approche transversale

Les établissements de santé sont actuellement en pleine révolution culturelle dans un contexte de restriction budgétaire et de mise en place de la réduction du temps de travail.

La dynamique d'amélioration continue de la qualité s'installe progressivement sur la base d'une démarche globale, pluridisciplinaire, et repose sur les processus transversaux de l'établissement pour garantir la prise en charge des patients, la continuité des soins et la gestion des risques. Le manuel d'accréditation de l'Anaes prend largement en compte la gestion de la qualité et la prévention des risques, les vigilances sanitaires et la sécurité transfusionnelle, la surveillance des infections et la prévention du risque infectieux. Cela nécessite, en particulier, le rapprochement des équipes opérationnelles d'hygiène vers des structures de gestion de la qualité et des risques pour répondre de façon complémentaire et interdépendante aux objectifs d'amélioration continue de la qualité. Le but est d'utiliser des outils et des systèmes d'information qui facilitent le travail de l'ensemble des professionnels et des messages communs expliquant la cohérence des actions menées et, en particulier, comment s'intègre la prévention du risque infectieux dans une politique de gestion des risques et ce que peut apporter une démarche systémique de gestion des risques à la réduction des infections liées aux soins.

Cette volonté d'approche transversale, multi-professionnelle, d'interdépendance des différents secteurs d'activité montre toute l'importance de la coordination des programmes, des équipes pour assurer la cohérence des objectifs poursuivis. Il est devenu indispensable de mutualiser les moyens, rationaliser le temps passé par les différents acteurs et faciliter le travail des professionnels. L'objectif est de minimiser les contraintes d'organisation et de favoriser la circulation de l'information et la réactivité pour mener des actions consensuelles et faire comprendre la logique d'articulation.

Le but est de centraliser l'ensemble des données concernant les risques hospitaliers à partir de systèmes d'information qui s'auto-alimentent et se complètent.

De nombreux outils participent à la maîtrise du risque infectieux et sont source d'information ; c'est en particulier, la surveillance des infections nosocomiales et des bactéries multirésistantes, des accidents d'exposition au sang, les enquêtes épidémiologiques et les audits de pratiques qui fournissent des renseignements précieux sur l'observance et les organisations.

La déclaration des événements indésirables favorise la remontée d'information de situations à risque infectieux, qui n'auraient pas été mises en évidence par ailleurs, et favorise le management des équipes par les responsables de services, de l'unité opérationnelle d'hygiène et du Clin.

La déclaration obligatoire des infections nosocomiales nécessite un dispositif de signalement, l'information des patients, et un circuit d'information.

L'infectiovigilance recouvre à la fois la notion de déclaration obligatoire, mais aussi l'importance de développer la vigilance de l'ensemble des professionnels pour identifier et réduire les situations à risque infectieux.

L'utilisation d'un système de signalement unique favorise l'acquisition de comportements adaptés, l'observance des professionnels et le management des équipes et de l'établissement. La fiche de déclaration d'événement indésirable, comprenant une rubrique « infectiovigilance », permet de faciliter le travail des équipes par l'utilisation d'un seul outil, d'un circuit d'information organisé et l'échange d'informations entre les acteurs des différents secteurs d'activité, l'unité opérationnelle d'hygiène, le Clin et le gestionnaire de risques.

La gestion des risques se met en place dans les établissements de santé avec une volonté d'approche holistique intégrant l'ensemble des risques hospitaliers dans un programme de réduction.

Les professionnels de l'hygiène hospitalière ont développé des méthodes et des outils de gestion du risque infectieux qui entrent dans cette même démarche. Leur intégration à une politique plus générale de gestion des risques est à la fois indispensable mais aussi souhaitable de par l'expérience acquise de travail transversal et pluriprofessionnel.

L'intégration des infections liées aux soins dans une démarche globale et cohérente de gestion des risques entre dans cette logique et s'impose dorénavant pour permettre la cohésion des acteurs et la coordination des actions dans une vision systémique des risques hospitaliers. ■