

Le risque infectieux

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 68.

La gestion du risque infectieux nosocomial en France ainsi que la lutte contre l'antibiorésistance font l'objet de recommandations et de plans depuis une vingtaine d'années. Ces démarches se sont inscrites dans des expériences internationales (recommandations du Conseil de l'Europe¹, publication de l'expérience nord-américaine du Senic projet [26]) et dans un paysage européen avec la création de réseaux (Helics² qui a développé des méthodes de surveillance des infections nosocomiales, puis en a coordonné les résultats, réseau EARSS³ pour l'antibiorésistance), aujourd'hui coordonnés par l'European Centre for Disease Control and Prevention (eCDC).

Les deux piliers de cette gestion sont d'une part une organisation déclinée dans chaque établissement de santé et d'autre part un cadre d'identification (surveillance, signalement) des événements indésirables infectieux. Ces deux points sont constamment rappelés dans les programmes nationaux et plans déclinés depuis 1995, et dans les textes réglementaires relatifs à la lutte contre les infections.

Ainsi des objectifs d'organisation sont fixés (création de Comités de lutte contre les infections nosocomiales, d'équipes opérationnelles en hygiène), avec des personnels dédiés. Les actions menées par ces équipes sont également précisées (prévention, formation, surveillance, évaluation) avec des recommandations de bonnes pratiques bien étayées et largement diffusées; en témoignent les actions de promotion d'une des mesures princeps de prévention du risque infectieux, l'hygiène des mains (recommandations nationales et internationales, engagement fort de l'OMS, implication de la France dans la Journée mondiale pour la promotion de l'hygiène des mains avec plus de 2 500 établissements engagés en 2011), ou encore du bon usage des antibiotiques. Toute cette organisation fait l'objet d'une publicité large au travers d'indicateurs de performance publiés⁴. Le suivi de ces indicateurs depuis leur première publication

en février 2006 a montré une large adhésion des établissements à ces recommandations d'organisation et d'actions.

Au niveau national, des réseaux de surveillance coordonnés par les centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (C-CLIN) et l'Institut de veille sanitaire donnent une lisibilité sur l'évolution de ce risque depuis 1999 : les données du Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin)⁵. L'incidence des infections de site opératoire, par exemple, a diminué de 24 % entre 2006 et 2010, et celle des *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM), comme modèle de la bactérie multi-résistante aux antibiotiques (BMR), a également diminué de 34 % depuis 2005. Tous les indicateurs ne sont cependant pas « au vert » ; d'autres BMR, comme les entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu (EBLSE), ont vu leur incidence constamment augmenter ces dernières années (multipliée par 2,3 depuis 2005), ouvrant vers des objectifs renouvelés pour la maîtrise de ce risque infectieux. Le dispositif de signalement de certaines infections nosocomiales⁶ concourt également à cette maîtrise ; l'identification rapide de phénomènes infectieux a permis de mettre en place des mesures de contrôle et ainsi éviter une large diffusion. La gestion coordonnée des infections à *Clostridium difficile* dans les établissements du nord de la France a évité une large diffusion de l'épidémie comme cela avait été observé en Grande-Bretagne ou au Canada.

Cependant, la dernière Enquête nationale sur les événements indésirables en santé (Eneis 2 [47]) positionne le risque infectieux au 3^e niveau après celui lié aux actes invasifs (et une part importante à la chirurgie) et celui lié à un produit de santé (dont essentiellement les médicaments).

Ce tableau, avec des points certes très positifs, mais aussi des défis pour les années à venir nous incite à « ne pas baisser la garde ». ↕

Bruno Grandbastien

Service de gestion du risque infectieux et des vigilances (SGRIVI) hôpital Calmette, pavillon Christiaens CHRU de Lille, président de la Commission spécialisée Sécurité des patients du HCSP

1. Conseil de l'Europe. Recommandations n° R (84) 20 sur la prévention des infections hospitalières, adoptée par le comité des ministres le 25 octobre 1984 lors de la 376^e réunion des délégués des ministres.

2. Helics : Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance.

3. Earss : European Antimicrobial Resistance Surveillance System

4. Platines (Plateforme d'informations sur les établissements de santé), MCO (Médecine, chirurgie, obstétrique) et SSR (Soins de suite et de réadaptation). <http://www.platines.sante.gouv.fr>.

5. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-associees-aux-soins/Surveillance-des-infections-associees-aux-soins-IAS>.

6. Décret 2011-671 du 26/07/2001 relatif à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le Code de la santé publique (NOR : MESP0121280D).