

Editorial

« Le XX^e siècle était celui du progrès de la science. Le XXI^e sera celui du progrès des catastrophes ». Cette prophétie du philosophe PAUL VIRILIO semble se réaliser, d'autant plus que notre société refuse de plus en plus le risque, ce qui conduit à considérer comme catastrophe des accidents qui auraient probablement été acceptés comme l'expression d'une fatalité inéluctable au XIX^e siècle.

En effet notre société, qui aspire à une « quiétude » empreinte d'individualisme (syndrome NIMBY « *not in my backyard* ») dans un monde de plus en plus global et incertain, refuse le risque. Paradoxalement cette exigence collective d'un niveau de sécurité maximal cohabite avec une demande individuelle de liberté et de performance optimale en matière sanitaire.

Cette revendication du risque nul a érigé en phénomène social majeur le principe de précaution, qui en une vingtaine d'années a acquis le droit d'être inscrit dans la constitution française. Dans le rapport des Prs. P. KOURILSKY et G. VINEY remis au premier ministre le 15 octobre 1999 il est écrit : « *le principe de précaution ne doit pas être interprété comme une recommandation systématique d'abstention... La précaution ne saurait, en effet, sauf à se méprendre sur le sens du principe, être assimilée à une existence irréaliste du risque zéro. Elle commande d'évaluer la gravité des risques et leur probabilité de se réaliser, et impose une vigilance toute particulière, non seulement pour préparer la décision – d'agir ou de ne pas agir – mais aussi pour en suivre les conséquences. Il faut donc être en mesure de surveiller l'évolution de la situation et de circonscrire, gérer, et atténuer tout risque qui pourrait apparaître* ».

Ce texte écrit dans le contexte des accidents liés à l'exploitation industrielle et des dangers plus ou moins avérés du progrès scientifique,

s'applique aussi parfaitement au contexte des soins et de l'hygiène hospitalière.

Nos contemporains réclament des performances toujours accrues et, attendent de la médecine qu'elle résolve les problèmes les plus complexes et s'enthousiasment pour les innovations. Ce processus de progrès se révèle porteur de nouveaux dangers, et le risque qui y est associé apparaît inacceptable. Sans intervention le malade serait certainement décédé à plus ou moins brève échéance. Cette intervention lui a permis de survivre et d'espérer des jours meilleurs ; cela ne l'empêche pas d'être peu tolérant à l'égard de tout ce qui va lui apparaître comme une faute (infection) ou une contrainte. La gravité des accidents résiduels a tendance à s'accroître du fait même de l'augmentation des performances technologiques, ceci contribue certainement à rendre ce risque individuellement « inacceptable ».

Il existe des différences culturelles dans l'approche de la réglementation. La France et les pays du Sud de l'Europe ont tendance à surréglementer à l'échelon central, quitte à user localement de dérogations, tandis que les pays du Nord de l'Europe privilégient la pratique de recommandations et décentralisent l'assistance et l'évaluation auprès de structures associatives ou privées.

La France est seulement à l'aube de la prise en compte de ce phénomène « risque » dans le domaine hospitalier, et le document publié en janvier 2003 par l'ANAES « *Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé* » semble en être la première filière officielle. À la lecture de celui-ci on ne peut être que frappé par la différence sémantique qui apparaît immédiatement entre les gestionnaires des risques et ceux que nous appellerons pour simplifier les épidémiologistes et spécialistes de santé publique.

Pour les premiers les définitions suivantes sont proposées, d'essence « assurantielle » : « *Situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenue*

d'un ou plusieurs événements dont l'occurrence est incertaine ».

« *Tout événement redouté qui réduit l'espérance de gain et/ou d'efficacité dans une activité humaine* ».

Pour les seconds, le risque est une probabilité d'occurrence d'un effet néfaste sur la santé lié à l'exposition à un danger physique, chimique ou microbiologique.

Le rôle d'un hygiéniste hospitalier est bien entendu de prévenir la survenue de ces événements néfastes, qu'ils soient des infections nosocomiales, mais aussi des effets liés à la radioactivité, aux produits toxiques ou au bruit. Il se doit donc d'être partie très prenante et active dans une politique d'identification et de prévention des risques. Dans ce cadre, nous ne pouvons que nous réjouir de la fructueuse collaboration nouée avec des sociétés et des individualités impliquées dans la thématique « gestion des risques ». Il convient cependant d'aller plus loin et de susciter des travaux communs, et c'est vers quoi la Société Française d'Hygiène Hospitalière s'emploiera dans le futur... Le premier pas devrait être de rapprocher les définitions et les conceptions, si l'on ne veut pas voir se développer dans nos hôpitaux deux démarches plus ou moins parallèles avec leurs propres structures et une communication aléatoire.

Il m'apparaît enfin nécessaire de préciser qu'en France la tendance est forte à employer le concept de coordination dans un sens purement vertical (chaque structure X, Y, Z travaille séparément et remonte ses informations au coordinateur sans vraie communication) alors qu'il faudrait lui préférer une vision transversale, réellement communicante.

Je vous présente tous mes vœux pour une période des fêtes de fin d'année, et mes meilleurs souhaits pour une heureuse année 2004 tant sur le plan personnel que sur le plan professionnel.

Pr PH. HARTEMANN
Président