

Editorial

IL Y A UN AN ENVIRON, ÉTAIT PUBLIÉE LA LOI DU 4 MARS 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Deux dispositions de ce texte ont particulièrement agité le monde des professionnels de la santé : celle concernant le nouveau régime de responsabilité qui rend obligatoire l'assurance en responsabilité civile professionnelle pour les professionnels de santé exerçant au titre libéral, et celle concernant le dispositif d'indemnisation des patients victimes d'événements iatrogènes ou d'infections nosocomiales. Il faut rapprocher de ce texte le décret n° 2001-671 du 26 juillet 2001 relatif à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé ainsi que la circulaire DHOS/E2 - DGS/SD5C n° 2001/383 du 30 juillet 2001 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients en matière d'infection nosocomiale dans les établissements de santé. Ces deux textes obligent les professionnels de santé à signaler certaines infections nosocomiales à l'autorité sanitaire (DDASS) et la circulaire insiste également sur la nécessité « d'information des personnes relative aux infections nosocomiales ». Information des patients qui est largement traitée dans la loi du 4 mars 2002.

Il s'agit là d'une situation nouvelle, non seulement dans le droit français, mais aussi et surtout dans les relations « médecin/malade ». Cette nécessaire transparence que nul ne réfute est plus facile à écrire dans des textes réglementaires qu'à faire vivre dans la réalité de tous les jours.

Certes, l'hygiéniste hospitalier est en droit de se réjouir d'une évolution du droit qui a pour effet de faire sortir de l'ombre où elle était soigneusement enfouie l'infection nosocomiale. On peut imaginer à partir de ces nouvelles obligations une meilleure connaissance de l'infection nosocomiale donc de meilleures stratégies de prévention de celle-ci. Connaître enfin le niveau exact de l'infection nosocomiale, en permanence dans tous les services ou toutes les unités de soins, est le rêve secret

le plus fou de l'épidémiologiste qui sommeille dans tout hygiéniste hospitalier !

Mais de quoi parle-t-on exactement ? De l'infection due à l'environnement ou de celle provoquée par un défaut dans la qualité des soins ? L'infection urinaire du patient hospitalisé est-elle toujours une infection nosocomiale ? « Vaste débat ». Retour aux sources : « une infection est dite nosocomiale si elle apparaît au cours ou à la suite d'une hospitalisation et si elle était absente à l'admission à l'hôpital. Ce critère est applicable à toute infection ». Il s'agit de la très formelle définition des célèbres « 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales » (1999). Cette définition est au départ essentiellement clinique et surtout à visée épidémiologique. Est-elle adaptée sur le plan juridique ? « Nosocomial » est bien ce qui relève des séjours à l'hôpital mais alors comment appeler ce qui se passe en dehors des lieux d'hospitalisation en médecine ambulatoire ? Peut-on alors parler d'infections liées aux soins (aux défauts dans les soins) ? Mais que dire des légionelles transmises par les douches aussi bien à l'hôpital que dans un hôtel ou un camping ? Et l'infection importée d'un autre établissement qu'en fait-on à part de la comptabiliser dans les enquêtes épidémiologiques ?

Mais alors, que penser d'un malade hébergé en réanimation (forcement très malade) porteur d'un SARM ou d'une EBLSE récupéré depuis bien longtemps en ville (ça existe) et qui va faire une infection (urinaire, ou respiratoire, ou les deux ou plus) pendant son séjour et à cause de son séjour en réanimation (séjour qui peut aussi lui sauver la vie !).

En terme d'information des patients que dire ? Y a-t-il de bonnes et donc de mauvaises infections nosocomiales ? Est-ce que celles d'origine endogènes (et donc liées au patient) seraient plus fréquentes que celles d'origine exogènes (liées à l'environnement et aux soins) ? Et en terme de responsabilité médicale comme le posent les nouveaux textes de loi, qu'en est-il ? Un récent arrêt du Conseil d'État (27 septembre 2002) semble considérer que seules les infections exogènes seraient nosocomiales ! « Il résulte de l'instruction que

les germes qui sont à l'origine de l'infection qui s'est déclarée à la suite de la stérilisation tubaire (...) étaient déjà présents dans l'organisme de la patiente avant l'intervention ; que dans ces conditions, l'intéressée n'est pas fondée à soutenir que l'infection dont elle a souffert révélerait, par elle-même une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service ». Toutefois, dans le même arrêt le Conseil d'État condamne le centre hospitalier en cause pour défaut d'information de la patiente sur les risques encourus «...l'établissement hospitalier n'apporte pas la preuve qui lui incombe, qu'elle a également été informée des risques de complications infectieuses invalidantes d'une telle intervention... »

Comme on le voit, rien n'est simple et surtout pas la notion d'infection nosocomiale.

Le moment est venu et la SFHH le réclame avec insistance auprès du CTIN de réfléchir très soigneusement à une définition des infections nosocomiales un peu plus fine et plus en rapport avec les connaissances actuelles. Faut-il abandonner le terme nosocomial comme a été abandonné le terme hospitalisme infectieux (en vigueur jusque dans le milieu des années 1970) ? Faut-il le remplacer par une locution renvoyant à la notion « d'infection liée aux soins ». Cette réflexion nous renvoie également à celle de « l'évitabilité » et donc à l'environnement juridique actuel et aux différents textes que nous avons évoqués au début de cet éditorial. Nous n'avons pas la prétention de proposer à ce jour une nouvelle définition, mais nous sentons clairement qu'une démarche dans ce sens doit être mise en œuvre.

Toutes les contributions à cette réflexion seront les bienvenues et nos lecteurs peuvent adresser leurs propositions au secrétariat de la SFHH qui les prendra en compte dans les débats à venir.

Au titre des nouvelles récentes, la SFHH a renouvelé son Conseil Scientifique lors de la séance du Conseil d'Administration du 8 novembre 2002. Le Docteur J. HAJJAR, Centre Hospitalier Valence, a été élu président de cette instance. Nous lui souhaitons la bienvenue et le remercions de consacrer du temps et de l'énergie au bon fonctionnement de la SFHH.

J.-C. LABADIE