

éditorial

Sécurité de soins, évitabilité des infections nosocomiales : des exemples étrangers

UNE TENDANCE FORTE est apparue ces dernières années, en particulier chez nos amis anglo-saxons, pour parler d'infections liées ou associées aux soins, plutôt que d'infections nosocomiales. En passant, en France, certains ont cru bien faire et ont utilisé simultanément les deux dénominations (d'où le CTI-NILS !!), alors qu'à titre personnel je pense, comme beaucoup, qu'il s'agit de quasi synonymes et donc d'un pléonasmisme. Un groupe de travail existe, qui aborde indirectement ce sujet au sein de la SFHH (Pr GACHIE) et au niveau national ; nous attendons avec intérêt ses conclusions. Toujours à titre personnel, je préfère la dénomination Infection Associée aux Soins (IAS).

Ceci est lié au fait que dans l'esprit du public, et malheureusement de nombreux juristes, le qualificatif « nosocomial » est attaché (à tort !) à la notion de faute. Toute infection nosocomiale est donc inacceptable. En corollaire les professionnels de santé ont tendance à ne pas vouloir aborder cette question, alors que la transparence est le meilleur moyen d'éviter des difficultés avec les patients et leurs familles. Or une grande partie des IN (ou ILS ou IAS) est inévitable en raison du terrain du patient et du portage sain du micro-organisme en cause. L'évaluation de l'évitabilité des IAS est mal connue. Elle devrait faire l'objet de travaux de recherche. On peut penser qu'il y a des IAS pas évitables, d'autres peu évita-

bles, d'autres enfin tout à fait évitables, mettant directement en cause l'organisation des soins, sinon la responsabilité spécifique d'un intervenant. À l'avenir il conviendra de concentrer nos efforts sur ce qui est évitable et identifier des indicateurs de qualité, là également un groupe de travail de la SFHH (Dr PH BERTHELOT) réfléchit sur ce sujet.

En parallèle les initiatives du Danemark et du Royaume-Uni en matière de signalement de prévention des erreurs de soins méritent d'être étudiées. On admet, grossièrement, que près de 10 % des patients seraient victimes d'erreur médicale dont les causes sont multiples :

- mauvaise communication entre professionnels de santé (ex. dans notre domaine, oubli de signalement de portage de germe) ;
- utilisation de procédures lourdes ;
- prise de décision de façon isolée ;
- problèmes techniques (mauvais équipement, mauvais fonctionnement de l'équipement ou de ce qui est autour)...

À l'image de ce qui se fait dans l'industrie, on travaille de plus en plus à l'hôpital sur le retour d'expérience, à partir de « rapports d'erreurs ». L'objectif est de formaliser l'erreur, l'afficher, puis en tirer des enseignements pour l'ensemble de la communauté. Les revues de morbidité-mortalité font partie de cette démarche. De nombreux pays, y compris bien sûr la France, ont adopté une législation relative à

la sécurité des patients et à l'indemnisation des conséquences négatives des soins. La spécificité du Danemark et du Royaume-Uni tient dans la mise en place d'un système de déclaration par les professionnels de santé de leurs éventuelles erreurs, déclaration qui, au Danemark, les protège ensuite de poursuites disciplinaires ou pénales. C'est l'application du principe « faute avouée (à demi) pardonnée » !! Les rapports d'erreurs sont anonymisés et collectés au niveau local pour adopter les solutions préventives utiles. Au Royaume-Uni le formulaire de déclaration est en ligne sur le site du *National Reporting and Learning System* de la *National Patient Safety Agency*. Ce sujet devrait être débattu au niveau de la commission européenne dans les prochaines années.

Il est clair que cette philosophie est totalement opposée à celle, hélas encore trop fréquente, de professionnels qui « scotomisent » l'infection, car se sentant, souvent à tort, responsables... donc coupables. Il faut absolument que la Société Française d'Hygiène Hospitalière et de Sécurité des Soins (c'est là l'intitulé exact de notre logo) s'investisse dans ce sujet dont les enjeux sont majeurs pour les indispensables transparence, prévention et confiance du public.

Pr PHILIPPE HARTEMANN
PRÉSIDENT

CONSEIL D'ADMINISTRATION : M. AGGOUNE - L.-S. AHO - R. BARON - Ph. BERTHELOT - H. BLANCHARD - J.-Ch. CETRE - C. DUMARTIN - J. FABRY - J.-P. GACHIE - M.-L. GOETZ - B. GRANDBASTIEN - Ph. HARTEMANN - J. HAJJAR - O. KEITA-PERSE - J.-C. LABADIE - B. LEJEUNE - J.-C. LUCET - A.-M. ROGUES - F. TISSOT-GUERRAZ - X. VERDEIL - D. ZARO-GONI.
BUREAU : PRÉSIDENT : Ph. HARTEMANN - VICE-PRÉSIDENTS : M.-L. GOETZ, J. HAJJAR - SECRÉTAIRE : J.-Ch. CETRE - SECRÉTAIRE ADJOINT : Ph. BERTHELOT - TRÉSORIER : R. BARON - AUTRE MEMBRE : D. ZARO-GONI.

CONSEIL SCIENTIFIQUE : PRÉSIDENT : X. VERDEIL - AUTRES MEMBRES : M. AGGOUNE - S. AHO - O. KEITA-PERSE - A.-M. ROGUES - (MEMBRES COOPTÉS : J.-C. LUCET - M. MOUNIER - P. VANHEMS).
COMITÉ DES RÉFÉRENTIELS : PRÉSIDENT : J. HAJJAR - AUTRES MEMBRES : R. BARON - H. BLANCHARD - C. DUMARTIN - M.-L. GOETZ - B. GRANDBASTIEN
MEMBRES D'HONNEUR : J.-C. LABADIE - B. LEJEUNE - J. RICHARD - A. ROUSSEL.