

Signalement des infections nosocomiales : L'avis du Lien

Pour la plupart des usagers du système de santé, la déclaration voire le signalement des infections nosocomiales étaient une réalité et ce, depuis longtemps. Considérant que l'infection à caractère nosocomial est la résultante d'un dysfonctionnement interne de l'établissement de santé de nature à mettre en cause la sécurité des patients, ceux-ci pensaient naturellement que ces infections étaient systématiquement déclarées lorsqu'elles survenaient.

Ainsi, le décalage entre la perception qu'ont les usagers du système de santé et la réalité des choses est tout à fait réel. Ce que les patients considèrent comme naturel, les professionnels de santé ont eu beaucoup de mal à s'accorder sur la rédaction du décret permettant le signalement des infections nosocomiales. De façon très claire, pour nous association, la seule chose qui nous préoccupe est de savoir si ces dispositions sont de nature à améliorer les choses en matière de lutte contre les infections nosocomiales. Le patient sera-t-il gagnant dans cette affaire et que peut-on espérer de ces dispositions.

Par principe, on ne peut qu'être satisfait qu'enfin les autorités sanitaires mettent en place un cadre réglementaire quant à la traçabilité des infections nosocomiales.

On ne peut en effet lutter contre un effet indésirable si l'on est pas en mesure de l'évaluer, l'apprécier et le quantifier. Il était donc nécessaire de mettre en place dans chaque établissement des structures transversales en charge de ce type de dysfonctionnement, d'où la mise en place des CLIN en 1988. On aurait pu penser et c'était probablement le cas à l'époque que les CLIN allaient pouvoir répondre de façon globale à la mission qui lui étaient confiées. 10 ans après la mise en place des CLIN on s'aperçoit que tel n'est pas le cas, et que ce n'est pas parce que des moyens existent et que leurs mises en place est obligatoire qu'ils sont pour autant efficaces. La seule volonté des autorités sanitaires en la matière n'est pas suffisante, il fallait une réelle motivation des établissements et des équipes. Et ce n'est pas la présence une fois par an d'un représentant de patients qui pourra y changer grand chose. Il fallait incontestablement compléter ce dispositif en rendant obligatoire la déclaration d'un certain nombre d'infections nosocomiales aux autorités de tutelle afin que l'établissement ne soit pas juge et partie et qu'un autre regard extérieur à l'établissement puisse être porté quant à l'urgence de la mise en place de mesures correctives pour éviter une situation qui pourrait s'avérer dramatique telle qu'on a pu la connaître dans les années passées.

Le décret du 26 janvier 2001 répond-il à cette attente ? Du côté des associations on ne peut que s'étonner dans un premier temps que seul un certain nombre d'infections soient déclaratives. En effet, nous considérons qu'il n'y a pas de petites infections. Un comportement inadapté d'un professionnel de santé pourra déclencher une infection sans dommage pour un patient alors que dans les mêmes conditions le même comportement provoquera une infection dont les dommages seront éminemment plus importants chez un autre patient. Faut-il ainsi attendre qu'une catastrophe se soit produite pour agir en amont ?

Les professionnels de santé à plusieurs reprises nous ont fait remarquer qu'on ne pouvait déclarer toutes les infections nosocomiales, car non seulement cela ne représentait pas d'intérêt majeur mais qu'en plus les outils mis à la disposition des professionnels n'étaient pas suffisants pour pouvoir exploiter autant de données. Il s'agissait donc de déclarer uniquement les infections marquant un dysfonctionnement dans l'établissement de nature à être corrigé.

Le décret tel qu'il est rédigé, laisse aux établissements une appréciation personnelle de la notion de particularité ou de rareté qui est de nature à ce que le texte soit interprété différemment selon un établissement ou un autre. Ainsi l'article R 711-1-12 du décret précise que seules les infections ayant un caractère rare ou particulier doivent être déclarées. Cette disposition est à interpréter différemment selon les données locales et nationales. On voit déjà là la possibilité pour chacun des établissements d'interpréter le texte selon leur propre environnement. Dans le petit a) Le type de germe et son niveau de résistance sont des facteurs de déclaration mais aussi sa localisation. Dans le petit c) l'utilisation d'un dispositif médical à l'origine de l'infection doit être prise en compte pour argumenter d'une éventuelle déclaration.

En gros, toute infection qui n'a pas causé de décès, ou qui n'est pas liée à un germe présent dans l'eau ou dans l'environnement, ou qui n'a pas causé une maladie à déclaration obligatoire, est susceptible d'une interprétation quant à sa déclaration qui dépendra éminemment de la bonne volonté de l'établissement à se plier à cette nouvelle règle. On peut ainsi craindre que très peu d'infections soient déclarées car on ne décède pas d'une infection nosocomiale mais bien des conséquences de l'infection. Dès lors, on se retrouve là aussi face à la possibilité d'une interprétation que certains ne manqueront pas de faire. Seuls les items 3 et 4 de l'article sont, nous semblent-ils, parfaitement factuels et ne devraient pas donner lieu à une quelconque interprétation. Dès lors que les règles sont interprétables pour chaque établissement la tentation risque d'être grande de les interpréter à minima. En effet, un directeur d'établissement n'aura-t-il pas la tentation de sous-déclarer afin que son établissement ne soit pas montré du doigt par un média quelconque qui pourrait obtenir ces informations. On voit bien que dès lors que les règles ne sont pas parfaitement claires et les mêmes pour tout le monde, même les équipes les plus motivées risquent de reculer face à un éventuel et hypothétique danger de médiatisation de ces données. Nous aurions quant à nous préféré des dispositions nettement plus clairement définies soit en obligeant les établissements à tout déclarer, soit en procédant à une distinction entre les infections iatrogènes et les autres, considérant que toute infection iatrogène est susceptible de pouvoir être évitée et, partant du principe qu'il n'y pas de petite infection, que dès lors qu'elle est iatrogène elle est le marqueur de non qualité et doit être déclarée.

Nous estimons donc que les dispositions du texte concernant les critères de déclaration sont beaucoup trop floues et beaucoup trop susceptibles d'être interprétées différemment par les établissements.

Nous regrettons amèrement que le texte ne prévoit pas de dispositions rendant obligatoire l'information aux patients. En effet, il est pour le moins étonnant de constater que l'infection qu'a contractée Madame Martin fait l'objet d'une déclaration obligatoire susceptible de remonter jusqu'au Ministère de la Santé, alors que la patiente ne sera même pas au courant, non seulement du caractère déclaratif de son infection mais même qu'elle a traversé un épisode infectieux particulièrement lourd. En son temps, nous avions réclamé à ce qu'apparaisse dans le dossier écrit du patient l'information comme quoi une infection s'est produite et qu'elle a fait l'objet d'une déclaration à telle ou telle tutelle. A l'époque, le cabinet du Ministre nous a répondu que le Conseil d'Etat refusait cette disposition car il estimait qu'il n'y avait pas de base légale à obliger les médecins à informer de façon formelle et obligatoire le patient de ce qui lui est arrivé. Le texte sur les droits des personnes malades actuellement en lecture au Parlement, donne une base légale à cette obligation et devrait permettre à ce que toute infection à caractère nosocomial constatée par un professionnel de santé au décours d'une hospitalisation fasse l'objet d'une information obligatoire au patient. Il est de notre point de vue très symptomatique que le législateur soit obligé de s'emparer d'une telle question et qu'il ne soit pas considéré par les professionnels de santé comme naturel que d'informer le patient en cas d'infection contractée dans l'établissement.

La circulaire accompagnant le décret en date du 30 juillet 2001 précise de façon assez claire les principes de l'information des malades relatives aux infections nosocomiales. Notre association sera extrêmement vigilante à s'assurer que toutes les personnes ayant développé une infection dont la gravité laisse supposer qu'elle a fait l'objet d'une déclaration ont bien été informées par le personnel soignant de l'infection et de son caractère déclaratif. Nous n'hésiterons pas le cas échéant à rappeler aux établissements concernés leurs obligations de ce point de vue.

On rappellera que paradoxalement à ce que pensent beaucoup de professionnels de santé en matière d'infection nosocomiale le dialogue et la transparence ne représentent pas un risque supplémentaire de conflit mais bien au contraire correspondent à l'attitude attendue du patient qui amènera son affaire d'autant plus facilement devant les Tribunaux qu'il n'a pas reçu l'information à laquelle il avait droit alors qu'il était encore hospitalisé. Que les médecins n'oublient pas qu'en matière d'infection nosocomiale, ne rien dire c'est mentir. En effet, pour la grande majorité des usagers du système de santé, l'infection nosocomiale est liée à un dysfonctionnement, donc une faute. Elle est excusable, voire pardonnable, si celui ou ceux qui en sont à l'origine et la reconnaissent, voire s'excusent. Ainsi, nous semble-t-il, personne n'a rien à gagner à laisser le patient dans l'ignorance et l'incertitude.

A plus de 6 mois de la mise en place de cette nouvelle réglementation, il serait intéressant de faire un point et de connaître le nombre de déclarations qui ont été enregistrées par les CCLIN et DDASS au niveau national. Les informations que nous avons en notre possession à ce jour montreraient que le nombre de déclarations est extrêmement faible, quelques dizaines au plus par CCLIN. Nous espérons que cette journée du CCLIN Paris-Nord nous permettra d'avoir une vue plus claire de la situation dans ce domaine. Pour notre part, nous ne souhaitons pas faire preuve de pessimisme et faire un procès d'intention aux établissements de santé. Nous restons cependant extrêmement mesurés quant à l'intérêt de la portée de cette réglementation et nous nous interrogeons quant aux moyens mis à la disposition des professionnels, non seulement dans les établissements mais aussi pour les structures type CCLIN et DDASS afin de pouvoir répondre aux traitements des données collectées. La spécialité en France étant de mettre en place des réglementations sans proposer les moyens pour pouvoir rendre efficace le dispositif, nous souhaiterions de la part des acteurs, savoir quels ont été les moyens spécifiques donnés pour espérer une efficacité réelle de cette nouvelle réglementation. Le but, nous le rappelons n'étant pas d'identifier les supposés mauvais élèves afin de les sanctionner, mais bien d'identifier les situations de nature à mettre en cause la sécurité des patients et par la même de pouvoir agir plus vite, plus tôt et plus efficacement.

Nous souhaitons qu'en matière de lutte contre les infections nosocomiales, alors que cette année la mise en place des CCLIN et des CLIN a 14 ans, les Pouvoirs Publics passe d'une logique de mesures des moyens à une logique de mesures des résultats issus de ces moyens. Ainsi, l'usager pourra espérer bénéficier d'informations compréhensibles et validées afin qu'il puisse exercer ses droits en matière de santé. On sait que de ce point de vue la sécurité sanitaire est un critère essentiel de choix.