

SÉANCE PLÉNIÈRE 3

Travaux de la SFHH

PLO6 - IMPUTABILITE ET EVITABILITE DE L'INFECTION NOSOCOMIALE

BERTHELOT P.

*Unité d'Hygiène Inter Hospitalière, Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, CHU de Saint-Etienne.
Pour le groupe de travail* de la SFHH.*

En France, une actualisation des définitions des infections nosocomiales (IN) est en cours. Le champ de ces définitions a été élargi en adoptant la terminologie « infection associée aux soins ». Il s'agit d'une infection qui survient au cours ou à la suite d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique ou préventive) d'un patient, et qui n'était ni présente, ni en incubation au début de cette prise en charge. Dans cette définition, le terme soin est utilisé de façon large (soins hospitaliers et extra-hospitaliers). Il existe toujours la notion d'incubation compatible pour relier plausiblement l'infection à la prise en charge et l'infection peut concerner le patient, le visiteur ou le professionnel de santé. L'infection nosocomiale telle que définie préalablement correspond à une infection associée aux soins contractée en établissement de santé. Il a également été défini des infections associées à l'environnement de soins (exemple : légionellose, aspergillose...) qui lorsqu'elles surviennent en établissement de santé correspondent aussi à des infections nosocomiales. Ces nouvelles définitions, excluant les colonisations, ne prennent pas en compte le rôle des pathologies sous-jacentes (antécédents, comorbidités) chez le patient ni la virulence de l'agent infectieux et ne contiennent pas dans leur libellé de critères d'imputabilité et d'évitabilité. En médecine, l'imputabilité d'une infection à des soins est habituellement jugée selon les critères de Muller et Coordonnier selon les 7 points suivants : (I) réalité du traumatisme, (II) intensité du traumatisme en rapport avec le dommage, (III) absence d'antériorité (intégrité préalable de la région lésée), (IV) concordance entre le siège des lésions et les séquelles, (V) délai entre l'évènement initial et les troubles (à l'appréciation de l'expert ou des recommandations ; par exemple : infection du site opératoire diagnostiquée à 1 mois et une semaine après l'intervention sans implant ni prothèse; c'est le 6^e critère qui permet de trancher), (VI) continuité évolutive ou enchaînement clinique et (VII) certitude du diagnostic actuel. L'évitabilité n'a pas de définition très précise (absence de définition juridique). Elle est habituellement décrite comme l'identification, le dénombrement et la description des effets indésirables pouvant être prévenus et cherche à proposer des actions préventives pour diminuer les risques. Il est possible de penser qu'une IN serait qualifiée d'évitable si elle ne survenait pas dans le cadre d'une attitude conforme aux recommandations les plus commu-

nément admises (référence aux recommandations de bonnes pratiques). Ces notions d'imputabilité et d'évitabilité des IN demandent à être précisées à la fois dans un objectif de compréhension de la genèse de l'IN – physiopathologie ; part du soin ; importance du terrain sous-jacent, de l'inoculum ; virulence particulière de l'agent infectieux, durée d'exposition au risque notamment dans le cas des dispositifs invasifs type cathéter – et d'évaluation des possibilités d'intervention pour diminuer le risque d'acquisition d'une IN. La Société Française d'Hygiène Hospitalière a créé un groupe de travail sur ce thème dont les missions étaient de réaliser une synthèse des données de la littérature, puis de proposer des pistes de recherche sur l'imputabilité et l'évitabilité des IN à partir des informations disponibles. Une meilleure connaissance de ces notions d'imputabilité et d'évitabilité des IN est indispensable afin de guider les professionnels de santé sur les interventions en hygiène susceptibles de diminuer les IN, de mieux informer les patients et leur famille et également d'aider les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation et les juges (sachant que dans ce dernier cas l'imputabilité est jugée en terme de causalité) à mieux préciser le rôle des soins dans la genèse de l'IN. Les travaux de ce groupe de travail seront présentés lors du congrès de la SFHH à Strasbourg en juin 2007.

Membres du groupe de travail par ordre alphabétique :

Serge Aho	Dijon
Pascal Astagneau	Paris
Odile Bellon	Aix-en-Provence
Philippe Berthelot	Saint-Etienne
Jean-Pierre Gachie	Bordeaux
Olivia Keita Perse	Monaco
Jean-Christophe Lucet	Paris
Jean-Luc Quenon	Bordeaux
Albert Sotto	Nîmes
Daniel Talon	Besançon
Françoise Tissot Guerraz	Lyon
Philippe Vanhems	Lyon

Remerciements à Cécile Basselin, interne en pharmacie au CHU de Saint-Etienne, pour la recherche Medline des articles.