

Contact : C.CLIN Sud-Est, Pavillon 1M
Centre Hospitalier Lyon-Sud
F- 69495 Pierre-Bénite cedex

Téléphone 04 78 86 19 71
Télécopie 04 78 86 33 31
cclinse @ lyon-sud.univ-lyon1.fr

En Bref

Bulletin d'information du C.CLIN Sud-Est

Sommaire

Rechercher l'information en hygiène hospitalière Officiel	1
Une nouvelle organisation pour un nouvel enjeu : le signalement des infections nosocomiales	2
Annnonce X ^e AAC	3
Calendrier 2002 de surveillance en réseau	5
L'information du patient	5
Guides et recommandations	6



Rechercher l'information en hygiène hospitalière

Vous êtes confronté à un problème que vous ne savez pas résoudre ! Vous cherchez une information. Celle-ci existe sûrement. Ce document a pour but de vous aider dans votre recherche d'informations.

I. Affiner la question

Avant toute démarche, vous devez affiner votre question et préciser votre objectif. Si par exemple, vous cherchez des informations sur le lavage de mains, il est indispensable de cibler votre recherche.

Vous cherchez :

- un protocole ?
- une expérience de campagne de lavage de mains ?
- des arguments en faveur du lavage de mains ?
- des études sur la tolérance cutanée ?
- ...

II. Recherches d'informations écrites

Etape n°1 : Recherche d'informations consensuelles (Guides recommandations).

N'hésitez pas à consulter les ouvrages de référence que vous possédez éventuellement :

- Mandell, Douglas and Benett's : *Principles and practice of infection diseases*
- Mayhall : *Hospital epidemiology and infection control*
- Bennett and Brachman : *Hospital Infections*

Un grand nombre de documents sont facilement et immédiatement disponibles sur Internet. Vous pouvez consulter les guides, recommandations, conférences de consensus émanant d'instances :

- Françaises :

CTIN, C.CLIN, ANAES, sociétés savantes, etc. :

- Les 100 recommandations (CTIN) :

<http://www.sante.gouv.fr/hm/pointsur/nosoco/guide/sommaire.html>

- C.CLIN Ouest : <http://www.cclinouest.com>

- C.CLIN Paris-Nord : <http://www.ccr.jussieu.fr/cclin/>

- C.CLIN Sud-Est : <http://cclin-sudest.univ-Lyon1.fr/>

- C.CLIN Sud-Ouest : <http://www.cclin-sudouest.com/>

- ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) : <http://www.anaes.fr>

- SFAR (Société Française d'Anesthésie Réanimation) : <http://www.sfar.org/>

- SRLF (Société de Réanimation de Langue Française) : <http://www.srlf.org/>

- SFHH (Société Française d'Hygiène Hospitalière) : <http://sfhh.univ-lyon1.fr/>

- AFS (Association Française de Stérilisation) : <http://www.adiph.org/afs/index.html>

- SFM (Société Française de Microbiologie) : <http://www.sfm.asso.fr/Wfr.html>

- APPIT : Association des Professionnels de Pathologie Infectieuse et Tropicale : <http://www.infectiologie.com/public/appit.htm>

- SPILF : Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française : <http://www.infectiologie.com/public/spilf.htm>

- SYNPREF : Syndicat National des Pharmaciens des Etablissements de Publics de Santé : <http://www.synprefh.org>

- Belges :

Conseil Supérieur d'Hygiène de Belgique

<http://www.md.ucl.ac.be/entites/esp/hosp/cshtoc.htm>

- Internationales ou anglo-saxonnes :

OMS, CDC, SHEA, Santé Canada ou APIC

- OMS - WHO : <http://www.who.ch/>

- CDC (Center for Disease Control) : <http://www.cdc.gov/>

- Santé Canada : <http://www.hc-sc.gc.ca/>

- APIC (Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology) : <http://www.apic.org/ajic/>

- The Society for Healthcare Epidemiology of America, Inc. : <http://www.shea-online.org>

Etape n°2 : Recherche de textes réglementaires

La législation française :

- Le Journal Officiel : <http://www.journal-officiel.gouv.fr/>
- Le Bulletin officiel : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/index.htm>
- Legifrance (site du ministère) : <http://www.legifrance.gouv.fr/>
- Nosobase® (rubrique législation). <http://nosobase.univ-lyon1.fr/index.htm>

La législation européenne :

<http://europa.eu.int/eur-lex/fr/index.html>

Etape n°3 : Interrogation des bases de données

- Nosobase® (*en français*) :

Nosobase® référence près de 10 000 articles extraits de plus de 80 revues dont 48 en français et qui concernent l'hygiène hospitalière et les infections nosocomiales. Un résumé en français est disponible pour chaque article référencé. <http://nosobase.univ-lyon1.fr/index.htm>

- Medline (*en anglais*).

Vous pouvez consulter la base Medline qui référence des centaines de revues médicales dans tous les domaines. Un résumé en anglais est en général disponible.

- PubMed : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/>
- GratefulMed : <http://igm.nlm.nih.gov/>

Pour définir les meilleurs mots clé et connaître leur correspondance en anglais, utilisez le Mesh. Le Mesh est un outil d'indexation par mots clé. L'INSERM vous propose la traduction des mots clés pour vous faciliter la recherche sur Medline :

http://dicdoc.kb.inserm.fr:2010/basismesh/frm_mesh2000.html

- BDSP (Banque de Données de Santé Publique) <http://www.bdsp.tm.fr>

- I can prevent : (payant) www.icanprevent.com

- AFNOR (Agence Française de Normalisation) : <http://www.afnor.fr/>

Etape n°4 : Interrogation sur tout le Web

Vous pouvez également faire une recherche sur tout le Web en utilisant les principaux moteurs de recherche :

- Google : <http://www.google.com/>
- Altavista : <http://www.altavista.com/>
- Yahoo : <http://fr.yahoo.com/>

Attention : En dehors des sites officiels se pose le problème de la validité de l'information disponible sur les sites.

III. Demande d'information à un tiers

Si votre démarche de recherche s'est révélée infructueuse ou incomplète, vous pouvez demander l'aide d'un tiers auprès :

- des C.CLIN :

Les C.CLIN ont pour mission de tenir un fichier documentaire et bibliographique et de vous fournir une aide technique. Adressez-vous au C.CLIN dont vous dépendez.

Coordonnées des C.CLIN :

<http://nosobase.univ-lyon1.fr/lutteIN.htm#C.CLIN>

- des listes de diffusion

Les listes de diffusion rassemblent virtuellement des centaines de personnes concernées par le même thème. Elles permettent d'élargir considérablement son réseau de connaissance. Les questions et réponses sont envoyées

par Email à l'ensemble des membres de la liste et chacun peut prendre la parole.

Elles permettent de partager des expériences, des impressions, des informations...

Dans le domaine de l'hygiène hospitalière, vous pouvez participer aux listes de discussion :

- **NosoBase** en français : <http://www.univ-lyon1.fr/LyonSud/nosobase/liste/liste.htm>
- **HIS** (Hospital Infection Society) en anglais : <http://www.his.org.uk/maillist.html>
- **APIC** (Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology) en anglais : <http://www.apic.org/APICforum/>

NB : Avant de poser une question sur une liste de discussion, pensez à consulter les archives de la liste.

IV. Les revues en ligne

Les sites recensant les revues accessibles sur Internet :

- Free medical journals : <http://www.freemedicaljournals.com>
- HighWire Press : <http://highwire.stanford.edu/>
- Portail Institut Pasteur : <http://www.pasteur.fr/infosci/biblio/Perio.html>

Les revues en ligne :

- Swiss Noso : <http://www.hospvd.ch/swiss-noso/faccueil.htm>
- BEH (Institut National de Veille Sanitaire) : <http://www.rnsp-sante.fr/>
- Hygiène'S : <http://www.hygienes.tm.fr>
- Eurosurveillance : <http://www.eurosurv.org>
- AJIC : <http://www.apic.org/ajic/>
- BMJ : <http://www.bmj.com/>
- Emerging Infectious Diseases <http://www.cdc.gov/ncidod/eid>
- Infection Control and Hospital Epidemiology <http://www.slackinc.com/general/iche/ichehome.htm>
- JAMA : <http://jama.ama-assn.org/>
- Journal of Hospital Infection <http://www.harcourt-international.com/journals/jhin>
- Journal of Infectious Diseases <http://www.journals.uchicago.edu/JID/home.html>
- Lancet : <http://www.thelancet.com/>
- MMWR Weekly Edition http://www.cdc.gov/mmwr/mmwr_wk.html
- New England Journal of Medicine <http://content.nejm.org>

Lionel Ducruet, Nathalie Sanlaville

Officiel

Décret n° 2001-671 du 26 juillet 2001 relatif à la **lutte contre les infections nosocomiales** dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).

Circulaire 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.

Arrêté du 22 juin 2001 relatif aux **bonnes pratiques de pharmacie hospitalière** (J.O. Numéro 152 du 3 Juillet 2001 page 10612).

Les "Bonnes pratiques de Pharmacie Hospitalière" sont accessibles sur le site du ministère à l'adresse suivante :

<http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/bpph/index.htm>

Les textes législatifs sont disponibles en version intégrale sur le site Internet de NosoBase à la rubrique *Législation*

<http://www.univ-lyon1.fr/LyonSud/nosobase>

Une nouvelle organisation pour un nouvel enjeu : le signalement des infections nosocomiales

En application du décret n° 2001-671 du 26 juillet 2001 complété par la circulaire n° 383 du 30 juillet 2001, les établissements de santé vont devoir procéder à un signalement de certains épisodes d'infections nosocomiales à la DDASS et au C.CLIN. Voilà une nouvelle mission qui s'inscrit dans le programme national de lutte contre les infections nosocomiales, qui va modifier quelque peu l'organisation de tous les acteurs concernés : les CLIN des établissements de soins, les C.CLIN, les DDASS et l'Institut de Veille Sanitaire. Nous vous rappelons que cette obligation est **effective dès la date de parution du décret**.

Objectifs du signalement

Le signalement a été mis en place dans le but d'atteindre plusieurs objectifs :

- **de mettre en place un système d'information réactif au niveau des établissements de santé** qui permettra le cas échéant de mobiliser rapidement les services de soins concernés, l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), le CLIN, les responsables administratifs afin : d'amorcer une réflexion sur l'épisode survenu, de réaliser les investigations nécessaires, de mettre en place les éventuelles mesures correctives. Point essentiel, le signalement externe offre aux établissements la possibilité de demander une **aide extérieure** s'ils en ressentent le besoin.
- **d'alerter les autorités sanitaires et les C.CLIN.** Les C.CLIN offriront aux établissements qui le souhaitent ou suite à une demande des tutelles, une expertise et une assistance technique en relation avec le praticien de l'EOH de l'établissement. Les DDASS contribueront à l'évaluation de l'épisode, avec ou sans l'appui des C.CLIN ou de tout autre expert, et s'assureront de la mise en œuvre par l'établissement des mesures correctives.
- **de fournir ces informations à l'InVS au niveau national**, lui permettant d'enregistrer, suivre et analyser l'évolution d'événements pouvant conduire l'autorité sanitaire à proposer des mesures ou à diffuser des recommandations nationales.

On peut résumer cela en deux grands axes :

. le signalement "alerte" : afin que ces épisodes inhabituels soient rapidement investigués, maîtrisés, et que des mesures soient prises pour que des situations similaires soient évitées à l'avenir au niveau de l'établissement, avec une possibilité offerte à celui-ci d'aide extérieure,

. le signalement "suivi épidémiologique" (InVS) permettant l'enregistrement de phénomènes émergents, de l'évolution des tendances, l'édition possible de mesures ou recommandations nationales.

Critères du signalement

Les critères de définition des épisodes devant être signalés sont strictement définis dans le décret du 26 juillet, et la circulaire du 30 juillet 2001 n'apporte pas beaucoup d'éléments de précision. Beaucoup d'établissements nous contactent afin d'obtenir une liste positive (ou négative) des épisodes à déclarer.

Le groupe de travail national (constitué de représentants de la DGS, de la DHOS, de DDASS, des C.CLIN, de l'InVS et d'établissements de santé) qui assure

actuellement le suivi de cette démarche, n'a volontairement pas souhaité établir tout de suite de listes. En effet, il n'existe tout d'abord pas de légitimité à restreindre les critères du décret. Ensuite, il ne faut pas prendre le risque de "casser" la dynamique de signalement alors même que nous n'en sommes qu'au stade de la mise en place. C'est également une chance pour le praticien en hygiène d'avoir une vision élargie des épisodes survenant dans son établissement.

L'appréciation de la pertinence du signalement est donc laissée aux établissements de santé, les C.CLIN seront là pour aider à l'interprétation à partir de l'épisode signalé, et s'il y a lieu, de discuter avec le signalant de l'intérêt ou de la pertinence de la déclaration.

Le groupe d'experts rappelle que l'objectif à terme sera de tendre vers la déclaration de « l'inhabituel » pour ne pas engorger ni saturer le système d'information en place, et lui conserver sa fonction d'alerte et la possibilité d'intervention : **signaler "quand il faut réagir, améliorer ou changer"**.

Ainsi, sans anticiper sur la création d'une liste, on peut dans cet esprit, évoquer les critères du signalement et souligner quelques évidences.

Le concept-clé pour le critère 1, qui pose le plus de problème est : **"ayant un caractère rare ou particulier, par rapport aux données épidémiologiques locales, régionales et nationales"**...

En exemple, nous ne pensons pas qu'il soit pertinent d'envoyer des fiches concernant les infections à SARM ou autres bactéries multirésistantes aux antibiotiques "classiques" (critère 1a), ni systématiquement toutes les infections liées à un dispositif invasif (infections urinaires sur sonde, infections sur cathéters, pneumonies associées à l'intubation...). Le critère 1c, repris dans la circulaire, restreint les cas aux infections suite à l'utilisation d'un dispositif médical *contaminé*.

La circulaire évoque par ailleurs *"des cas d'infections dont la localisation peut mettre en jeu le pronostic vital ou entraîner des séquelles fonctionnelles importantes"*. Il ne s'agit pas non plus de déclarer systématiquement toutes les infections aux conséquences lourdes en terme de morbidité ou de séquelles, mais la possibilité reste ouverte de les signaler quand la situation se démarque par rapport aux données épidémiologiques habituelles.

Les critères 2, 3 et 4 semblent générer moins de questionnements de la part des établissements pour la définition des cas, même si l'on connaît la difficulté d'imputer avec certitude un décès à une infection nosocomiale (critère 2).

Ce que le signalement n'est pas

Le signalement ne se substitue pas aux autres obligations :

- de vigilance concernant les éléments, produits et dispositifs visés à l'article L. 1211-7,
- d'hémovigilance prévue à l'article L. 1221-13,
- de matériovigilance prévue à l'article L. 5212-2
- de pharmacovigilance prévue à l'article L. 512-20,
- de notification et signalement découlant des articles R. 11-2 et R. 11-3.

Une coordination des vigilances peut s'imposer dans l'établissement, certains cas devant faire l'objet d'une double déclaration.

Par ailleurs, le signalement, dispositif d'alerte, ne doit pas être assimilé aux enquêtes épidémiologiques ni aux actions de surveillance. Nous sommes conscients que le signalement génère une charge de travail supplémentaire, mais les objectifs n'étant pas les mêmes, nous encourageons les services et les CLIN à maintenir l'effort investi dans l'activité de surveillance.

Organisation au niveau de l'établissement

L'organisation du recueil des informations en vue du signalement, interne comme externe, doit être organisé selon des modalités définies par le CLIN. Il est important que le directeur informe le C.CLIN et la DDASS de l'identité du professionnel de santé chargé du signalement. Celui-ci peut être le praticien de l'EOH. Les deux textes officiels évoquent les différentes étapes (cf. schéma). La circulaire souligne le rôle important que peuvent jouer ici les correspondants médicaux et infirmiers, véritables relais entre les soignants et l'EOH.

Projet d'établissement à part entière, la mise en place du circuit de signalement nécessite une bonne coordination avec la plus grande lisibilité au sein de l'établissement, autour du praticien en hygiène, qui sera chargé :

- d'assurer l'information auprès des différentes instances (administration, CME/CM, CLIN, services, correspondants en hygiène...) au moyen d'outils appropriés (courriers, réunions, affiches, livret d'accueil ...)
- d'organiser une formation pour les acteurs du signalement (EOH, surveillantes, correspondants en hygiène des services...),
- de mettre en place un circuit de collecte et de validation des informations,
- d'évaluer régulièrement l'exhaustivité du recueil et l'efficacité du système mis en place.

La fiche de signalement (en annexe de la circulaire), envoyée **sans délai** à la DDASS et au C.CLIN Sud-Est, comporte 4 parties permettant :

- 1) la validation du cas : justification (critères de signalement) et description du cas,
- 2) l'évaluation des mesures d'investigation réalisées ou en cours,
- 3) l'évaluation des mesures correctives instaurées et leurs effets (épisode maîtrisé ou évolutif),
- 4) la sollicitation d'une aide extérieure.

La fiche de signalement "Sud-Est" jointe à ce bulletin est téléchargeable sur notre site Internet à la rubrique signalement <http://cclin-sudest.univ-lyon1.fr>

Organisation de l'assistance au niveau du C.CLIN

Dès la parution du décret, le C.CLIN Sud-Est a mis en place une procédure :

- . validation du cas (contact éventuel avec le "signalant" afin de discuter ou compléter certaines données),
- . envoi d'un accusé de réception,

. prise de contact avec le praticien de l'EOH en cas de demande d'aide extérieure.

Ce soutien technique se traduira à plusieurs niveaux pour l'investigation et/ou la maîtrise de l'épisode :

- . assistance ponctuelle : conseil téléphonique simple et/ou envoi de documentation (des dossiers types adaptés aux principales situations seront proposés),
- . suivi : accompagnement de l'établissement avec par exemple élaboration d'outils spécifiques à l'épisode, recherche documentaire spécifique,
- . déplacement sur le terrain.

Les antennes régionales de part leurs statuts et leur situation de proximité seront missionnées par le C.CLIN Sud-Est pour la réalisation de visites sur le terrain.

Les fiches reçues sont encore peu nombreuses à ce jour, mais nous nous attendons à une montée en charge rapide et une évaluation sera nécessaire à moyen terme afin d'optimiser l'organisation de ce soutien technique.

Dans un avenir proche

Dès à présent, vous pouvez nous faire *parvenir (en plus de vos signalements !)* vos remarques ou vos questions sur les critères de définitions, la fiche de recueil, etc.

Par ailleurs, il est important qu'une concertation s'établisse entre le C.CLIN et les DDASS de l'inter-région Sud-Est. Une première séance de travail se tiendra le 9 octobre à Lyon avec les DDASS afin de discuter et mettre en pratique l'organisation générale du dispositif.

Enfin, parallèlement, une enquête d'évaluation nationale a été proposée tout récemment aux praticiens en hygiène de l'inter-région Sud-Est. Les objectifs sont :

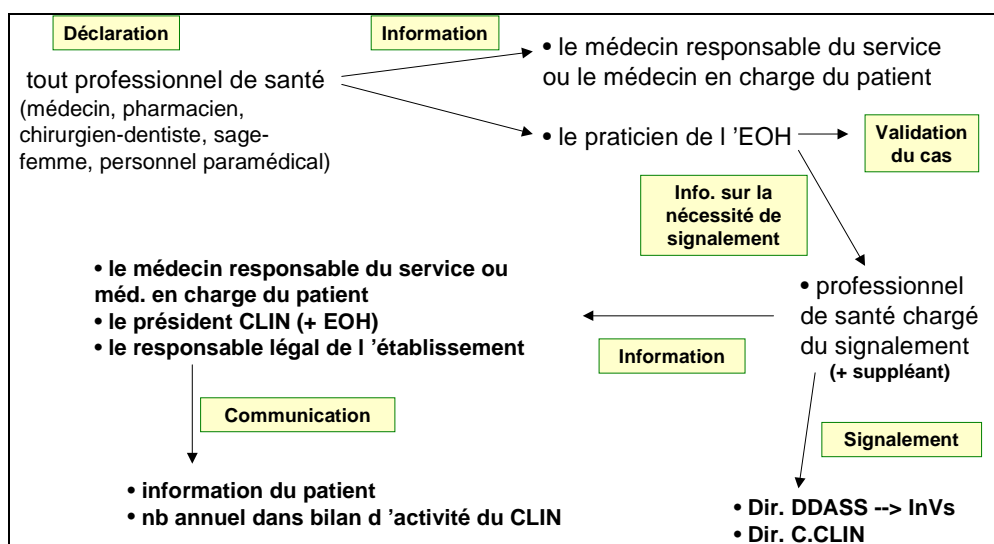
- . d'évaluer la fiche de signalement qui sera amenée à être modifiée,
- . de préciser les critères de signalement du décret,
- . d'organiser le circuit d'information, d'assistance technique et de quantifier la charge de travail pour les différents acteurs impliqués (établissement, DDASS, C.CLIN, InVS).

Les établissements volontaires signaleront de façon exhaustive leurs épisodes d'infections nosocomiales (selon les critères du décret) sur une période de 4 semaines consécutives choisie entre le 15 octobre et le 31 décembre 2001. Ils devront également remplir un questionnaire d'évaluation à la fin de la période d'essai.

Le groupe de suivi national coordonne cette étude pilote d'évaluation. Un rapport national de synthèse sera diffusé en avril 2002.

Dr Anne SAVEY

Schéma d'organisation du signalement





MONTPELLIER
27 novembre 2001

X^e Assemblée Annuelle des CLIN du Sud-Est

HOTEL NOVOTEL MONTPELLIER
125 avenue de Palavas
34000 MONTPELLIER

Inscriptions : voir programme détaillé
et formulaire d'inscription dans cet envoi

Des informations concernant de nombreuses manifestations
sont disponibles sur le site web NosoBase à la rubrique
"Congrès" <http://www.univ-lyon1.fr/LyonSud/nosobase>

Calendrier 2002 de surveillance en réseau C.CLIN Sud-Est

**Anticipez et préparez dès maintenant
le programme de surveillance de votre établissement
pour l'année 2002 !**

La surveillance est un outil fondamental de maîtrise des infections nosocomiales (IN). En France, cette démarche est inscrite depuis 1992 dans les propositions du programme minimum de surveillance défini par le Comité Technique National Infections Nosocomiales (CTIN). La surveillance épidémiologique des IN est de plus un critère d'évaluation figurant dans le manuel d'accréditation de l'ANAES. Une surveillance en incidence permet notamment de quantifier les IN dans un service ou un établissement donné, de sensibiliser les équipes soignantes et les impliquer dans la maîtrise des infections nosocomiales, de cibler des programmes de prévention et d'en évaluer l'impact. Depuis 1994, le C.CLIN Sud-Est anime plusieurs réseaux de surveillance concernant des secteurs, des patients ou des soins à risque élevé. Ces réseaux ont l'avantage de proposer un soutien technique ainsi qu'une méthodologie standardisée rendant possibles les comparaisons entre les différents participants.

Calendrier 2002 de surveillance

	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
AES*												
BMR												
BN												
ISO												
MAT.												
REA												

* depuis octobre 2001

- ✓ **AES Sud-Est**
Accidents exposant au sang
 - Période : du 1er oct. 2001 au 30 septembre 2002
 - Participation minimale de 1 an
 Coordonnateur : A. VINCENT-BOULETREAU
- ✓ **BMR Sud-Est**
Bactéries multirésistantes aux antibiotiques
 - Période : du 1er avril au 30 juin 2002
 - Participation minimale de 3 mois
 Coordonnateurs : A. SAVEY - T. FOSSE (Nice) - A. ROS (St Etienne)

- ✓ **BN Sud-Est**
Bactériémies nosocomiales
 - Période de surveillance : janvier – décembre 2002 (continu)
 - Participation minimale : 6 mois (2e et 4e trimestre)
 Coordonnateur : M.R. MALLARET (Grenoble)
- ✓ **ISO Sud-Est**
Infections du site opératoire en chirurgie
 - Périodes de surveillance :
1er janvier - 30 avril et/ou 1er sept. - 31 déc. 2002
 - Participation minimale de 4 mois
 Coordonnateurs : A. SAVEY - J. HAJJAR (Valence)
- ✓ **MATER Sud-Est**
Infections nosocomiales en maternité
 - Période de surveillance : janvier – décembre 2002
 - Participation minimale de 4 mois
 Coordonnateur : A. VINCENT-BOULETREAU
- ✓ **REA Sud-Est**
Infections nosocomiales en réanimation
 - Période de surveillance : janvier – décembre 2002 (continu)
 - Participation minimale de 1 an
 Coordonnateurs : L. AYZAC, A. LEPAPE (Lyon), A. SAVEY

Secrétariat des réseaux

Lyon : N. VINCENT
T. 04 78 86 65 43 F. 04 78 86 33 31

Grenoble : C. TOCHOU
T. 04 76 76 56 69 F. 04 76 76 50 94

Gestion des données & biostatistiques

Lyon : E. CAILLAT-VALLET
Grenoble : M. LEBOURG

Pour toute participation aux réseaux, il est indispensable de nous faire parvenir un accord de participation comportant les coordonnées et signatures du président de CLIN, du chef de service concerné, du référent pour la surveillance ainsi que du directeur de l'établissement. Il vous sera alors adressé la dernière version des documents nécessaires à la surveillance (charte de participation, fiche de recueil, guide de surveillance) ainsi que l'application informatique associée.

N'oubliez pas de prendre contact avec nous afin de nous signaler votre participation et réclamer la version 2002 du réseau concerné car les méthodologies et les outils informatiques sont régulièrement actualisés. Les principaux résultats sont également consultables et téléchargeables sur le site Internet à la rubrique surveillance <http://cclin-sudest.univ-lyon1.fr>

L'information du patient

La circulaire N°2001/383 du 30 juillet 2001 (1) précise que « tout patient a droit à l'information. L'information est un élément indispensable à l'instauration d'une relation de confiance entre les patients, les professionnels de santé et les établissements de santé. Elle contribue à la prise en charge du patient et fait partie intégrante de la pratique du médecin. »

Il est évident pour tout professionnel de soins qu'une information sur le risque infectieux est due au patient. Mais peut-être est-il nécessaire ici de préciser les situations d'information, les formes que cette information peut prendre ainsi que son contenu possible.

Quand informer le patient?

- **A l'entrée** : une information systématique sur les risques d'infection nosocomiale (IN) doit être donnée au patient dès son entrée dans un établissement de soins. Cette information sera contenue dans le livret d'accueil qui exposera la politique et le dispositif de l'établissement en matière de lutte contre les IN.
- **Lors d'un entretien individuel** : le risque d'apparition d'une IN ne dépend pas seulement de la qualité des soins mais aussi de facteurs inhérents au patient lui-même. Cette information sera donnée au patient lors d'un entretien individuel et sera pondérée notamment par le niveau de risque des soins délivrés au malade.
- **Lors du diagnostic d'une IN** : le médecin ayant en charge le patient doit l'informer de ce diagnostic. Si de plus cette IN fait l'objet d'une déclaration dans le cadre de la circulaire du 30 juillet 2001, le patient doit en être informé également. Les modalités selon lesquelles les informations ont été données doivent figurer dans le dossier médical du patient.
- **Lors de l'exposition de plusieurs patients au même risque infectieux** : la stratégie d'information doit être établie par les praticiens concernés, avec l'aide du CLIN et de l'équipe opérationnelle d'hygiène, en liaison avec la direction de l'établissement. La procédure d'information et éventuellement de suivi des patients concernés sera écrite, afin d'assurer la traçabilité de sa mise en œuvre. Cette information sera également notée dans le dossier médical pour pouvoir assurer la continuité des soins.

Quelles formes cette information peut-elle prendre ?

Elle doit être tout d'abord orale, la forme orale permettant d'adapter l'information au cas de chaque patient. Elle doit être donnée dans un environnement approprié. Il peut être nécessaire de la délivrer de façon progressive. Les recommandations de l'ANAES précisent que le médecin doit y consacrer du temps et de la disponibilité afin de la moduler en fonction de la situation de chaque patient. Mais cette information ne doit pas être uniquement orale.

Premièrement, pour faciliter la compréhension du patient et lui permettre d'en discuter avec toute personne de son choix, il peut être intéressant de lui remettre un complément d'information écrit. Ce document n'a pas vocation à recevoir la signature du patient puisque sa fonction est uniquement de donner au patient des renseignements.

Deuxièmement, depuis un arrêt de la cour cassation en date du 25 février 1997, ce n'est plus au patient de faire la preuve qu'il n'a pas été informé par son médecin mais au médecin à prouver la réalité de l'information fournie (3). Il est donc recommandé d'établir un document qui sera un formulaire d'information et de consentement, l'écrit constituant actuellement le moyen de preuve juridiquement le plus efficace.

Ce formulaire sera, lui, daté et signé par le patient. Il attestera que le patient a bien reçu toute l'information appropriée à son cas sur le diagnostic et le traitement proposé, qu'il a eu la possibilité de poser toutes les questions qu'il désirait et en a reçu des réponses satisfaisantes.

Que doit contenir cette information ?

- l'état du patient et son évolution prévisible avec et sans traitement,
- la description de la nature et du déroulement des examens, soins et thérapeutiques, interventions et de leurs alternatives,
- les précautions générales et particulières recommandées au patient.

Cette information doit présenter les bénéfices attendus des soins envisagés avant leurs inconvénients et risques éventuels. Elle doit préciser les risques graves, y compris exceptionnels, c'est à dire ceux qui mettent en jeu le pronostic vital ou altèrent une fonction vitale.

L'information des patients sera l'un des thèmes principaux de la nouvelle loi, discutée ces jours au parlement, sur la modernisation du système d'hospitalisation. Aujourd'hui, chaque soignant doit être intimement persuadé que l'information est un élément central dans la relation de confiance entre le médecin et le patient, et qu'elle contribue à la participation active de ce dernier aux soins.

Dr Agnès VINCENT-BOULETREAU, Dr Anne SAVEY

1 - Circulaire 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

2 - ANAES. Information des patients, recommandations destinées aux médecins. Mars 2000

3 - Circulaire DH/AF 1N°99-317 du 1^{er} juin 1999 relative à la commission de conciliation.

Guides et recommandations

Infections nosocomiales chez les patients d'établissements de santé liées aux travaux de construction : atténuer le risque d'aspergillose, de légionellose et d'autres infections (Santé Canada, 2001)

http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/dpg_f.html

Guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV, and HIV and recommendations for post-exposure prophylaxis (CDC, MMWR, juin 2001)

<http://www.cdc.gov/ncidod/hip/default.htm>

Draft guideline for the prevention of intravascular catheter-related infections, CDC DHQP 2001

<http://www.cdc.gov/ncidod/hip/default.htm>

En bref - n° 19

Octobre 2001

Bulletin d'information du C.CLIN Sud-Est

Ecrivez-nous !

Faites nous part de vos commentaires et de vos suggestions concernant le contenu de ce bulletin. Vous pouvez également nous adresser vos expériences ou vos travaux. Nous les publierons dans le prochain numéro.

Ce bulletin est également téléchargeable à partir du site Internet du C.CLIN Sud-Est : <http://cclin-sudest.univ-Lyon1.fr>

Equipe de rédaction

M. Auroy, L. Ayzac, A. Vincent-Bouletreau, E. Caillat-Vallet, L. Ducruet, V. Garcia, S. Coudrais, I. Poujol, N. Sanlaville, A. Savey.

Vos courriers ou vos propositions d'articles sont à adresser au Dr A. SAVEY, e-mail : cclinse@lyon-sud.univ-lyon1.fr
C.CLIN Sud-Est, pavillon 1M, CH Lyon-Sud, 69 495 Pierre-Bénite cedex