

Perception du risque de transmission virale hématogène : apport du signalement des infections nosocomiales

I.Poujol
InVS / DMI / NOA

10^e Journée Nationale d'Infectiologie
10 au 12 Juin 2009 - LYON



Dispositif du signalement des infections nosocomiales

Mis en place par le décret du 26/07/2001

Concerne l'ensemble des établissements de santé (ES) publics et privés français

Systeme d'alerte permettant de signaler aux autorités sanitaires (Ddass) ainsi qu'au Cclin tout **phénomène infectieux rare ou à caractère épidémique** survenant dans l'ES

Lors de situation jugée difficile par l'ES, ce dernier peut demander et **obtenir de l'aide, notamment du Cclin**, pour la gestion de l'évènement en cours.



Objectifs

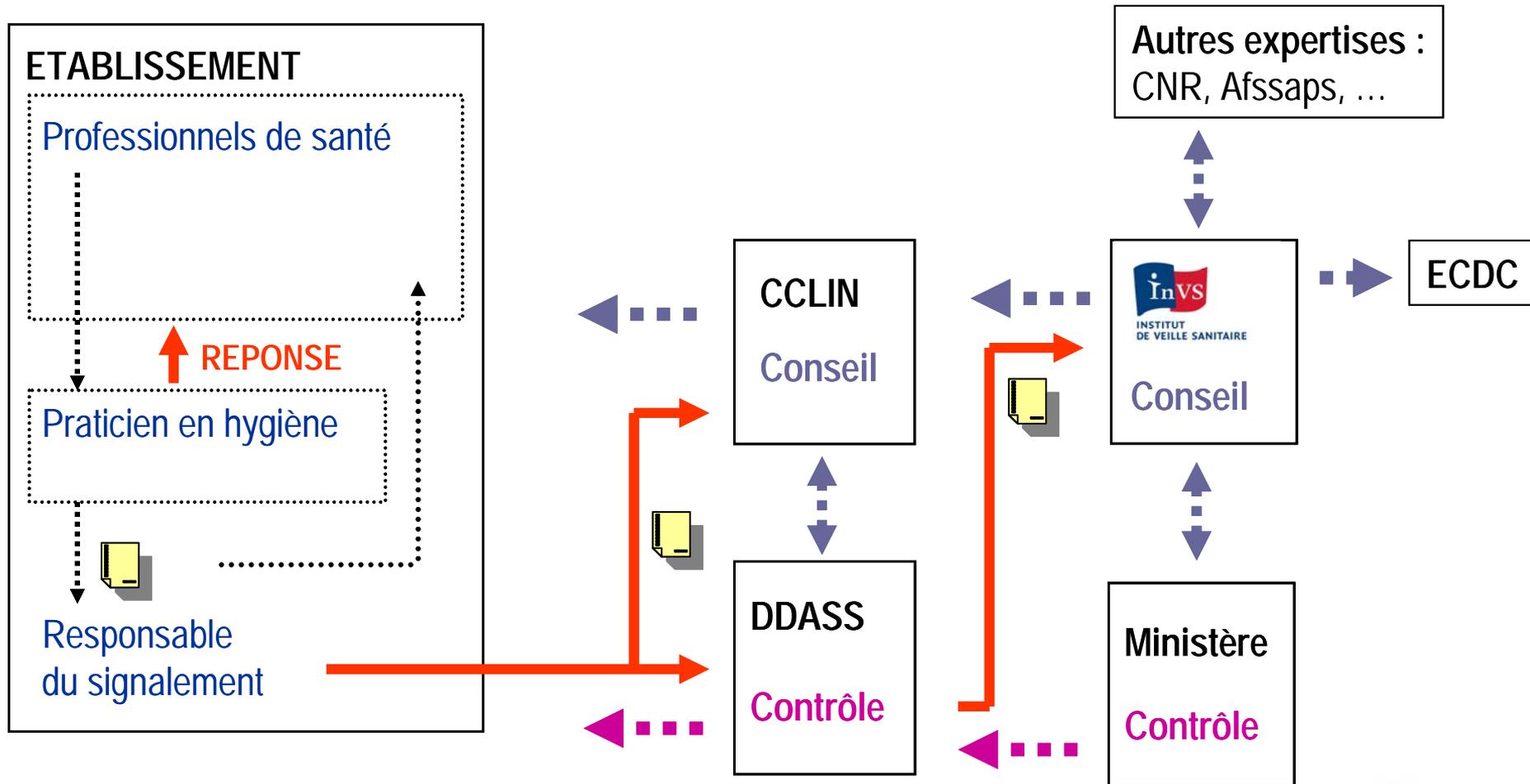
- Détecter des évènements inhabituels au niveau local, régional ou national
- Promouvoir l'investigation des épidémies et leur contrôle précoce
- Développer ou rappeler les recommandations de prévention

Les critères du signalement

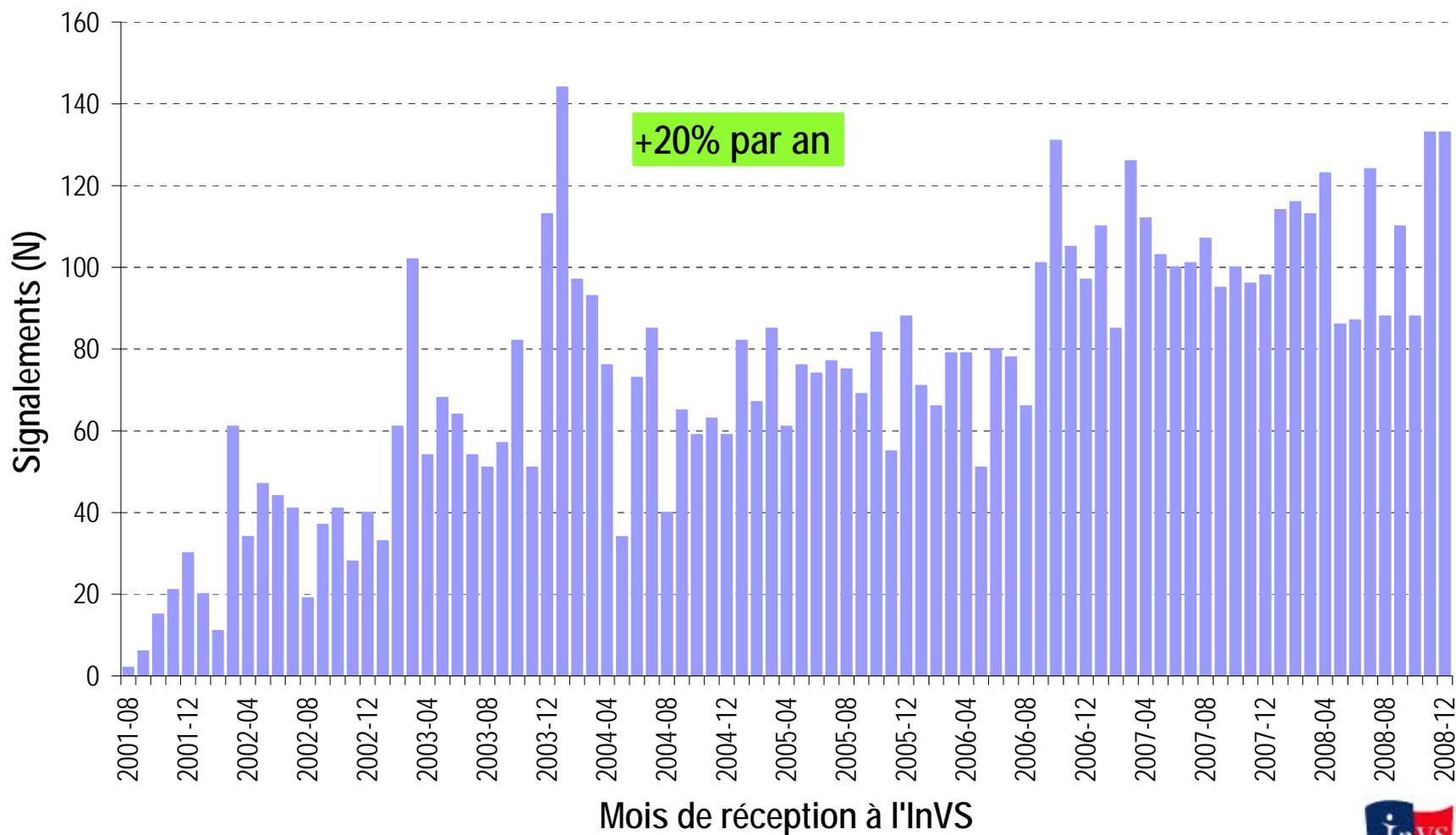
- (1) infection nosocomiale **rare ou particulière**
 - (1a) agent infectieux, dont résistance aux antibiotiques
 - (1b) site de l'infection
 - (1c) infection liée à un dispositif médical contaminé
 - (1d) infection pouvant exposer d'autres patients au même risque
- (2) **décès** du patient **lié** à l'infection
- (3) infection **liée à l'eau ou l'air environnant**
- (4) maladie à **déclaration obligatoire survenant à l'hôpital**
- **autre (épidémie, par exemple)**

- Pas de liste limitative
 - système basé sur la **responsabilité des professionnels de santé** et sur **l'expertise du praticien en hygiène**

Le circuit du signalement



Nombre de signalements par mois, France, 2001 - 2008



Quelques chiffres

- D'août 2001 à décembre 2008, 6655 signalements reçus
- L'implication du personnel soignant était relevée pour 152 d'entre eux (2,3%), soit qu'il soit à l'origine d'une contamination soit que lui-même ait été contaminé
- Risque viral
 - 12 signalements VHB
 - 52 signalements VHC
 - 2 signalements VHA
- Hors signalement, découvertes fortuites et portées à notre connaissance de séroconversions VIH (patient ou professionnel), de portage chronique du VHB chez des chirurgiens



Revue

- Parmi ces 66 signalements relatifs à des séroconversions un seul met en cause directement un professionnel de santé
- Signalement d'hépatite B survenue dans les 11 semaines suivant une résection bi latérale de saphène interne.
- Investigation préalable permet d'éliminer une contamination intra familiale ou d'autres actes à risque
- Identification comme source possible, d'un des professionnels l'ayant pris en charge au cours d'une des 2 interventions chirurgicales.

Histoire du soignant

- Infirmier anesthésiste vacciné en 1990 et se découvrant au cours d'un contrôle sérologique en 1992 porteur du virus VHB.
- Déclaré « porteur chronique sain » sans nécessité de suivi particulier
- L'investigation menée, suite à la séroconversion de la patiente, découvre que le soignant était en phase de réplication du virus (identification concomitante d'une pathologie sous jacente)
- L'interview du soignant permet de noter un non respect systématique des Précautions Standard



Un autre exemple, hors signalement d'IN

- Chirurgien pédiatrique se découvrant porteur chronique du VHB, au cours d'un contrôle sérologique à la suite de la survenue d'un AES
- Nécessité de la constitution d'un groupe d'experts (médecin du travail, gastro entérologue, infectiologue) pour :
 - le contraindre à suspendre son activité aussi longtemps que sa charge virale restera > 1000 copies/ml

à la reprise de son activité,

- l'inciter au strict respect des PS avec port d'un double gantage et à une surveillance sérologique régulière



Réflexions

- Depuis les années 70, les publications ont rapporté plus de 50 soignants impliqués dans des épisodes de transmission de VHB, au cours de soins.
- La plupart d'entre eux concerne des chirurgiens, obstétriciens ou dentistes, professions procédant à des actes invasifs.
- Deux publications évoquent du personnel infirmier, le mode de transmission n'ayant pas été nécessairement explicitement démontré



Ressenti

- Le soignant ne peut avoir conscience de représenter un risque de transmission, protégé par son statut de « porteur sain »
- Au cours de son exercice, en tant que porteur sain, le soignant ne semble pas être particulièrement inquiet, si l'on s'en tient à son comportement vis-à-vis de l'application des Précautions Standard.



Résultats de l'enquête Nicolle¹

à partir de l'échantillon des médecins libéraux interrogés

- Près d'un généraliste sur deux et plus d'un pédiatre sur trois estiment que depuis 10 ans, le risque d'infection nosocomiale (IN) est en augmentation
- D'après les médecins, les 3 situations à l'hôpital les plus susceptibles de donner lieu à une IN sont le **geste chirurgical**, le **défaut d'hygiène par les professionnels** et l'**hospitalisation dans un service à risque**
- Lorsqu'il s'agit de conseiller un patient pour le choix d'un établissement de santé, seul un tiers des généralistes, prend en compte le critère IN.

¹ Gautier A., Jauffret-Roustide M., Jestin C.(sous la direction) Enquête Nicolle 2006.



Tendances

- La perception du risque nosocomial est difficile à appréhender et l'enquête Nicolle a confirmé qu'il ne s'agit pas d'une préoccupation essentielle ni de la population générale ni des médecins interrogés

Primum non nocere

- Dans ses propres représentations, un soignant ne peut être celui par qui la contamination arrive
- Confronté à une réalité objective : l'identification d'une sérologie virale positive, une sorte de déni s'installe.
- Pas de prise de conscience effective qu'il représente, en tant que soignant, un risque réel d'opportunité de transmission



En conclusion

L'enquête Nicolle¹ nous rappelle que

« la perception du risque est un phénomène difficile à analyser en raison de sa multi dimensionnalité et de son caractère parfois paradoxal »

« la perception des risques s'intègre à une forme de rapport au monde marqué par des sentiments tels que le fatalisme ou la confiance dans l'avenir »

La construction des messages de prévention à l'intention des professionnels de santé doit intégrer ces différents aspects

1 Gautier A., Jauffret-Roustide M., Jestin C.(sous la direction) Enquête Nicolle 2006.

Connaissances, attitudes et comportements face au risque infectieux. Saint Denis : INPES, coll. Etudes santé, 2008 : 252 p..