

1. INTRODUCTION

Méthode de travail

Le Ministère en charge de la Santé, à l'initiative du Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins* (CTINILS), a constitué un groupe de travail pour élaborer un document permettant de répondre aux questions formulées par les usagers sur les infections nosocomiales.

Ce groupe a été piloté par le représentant des usagers au sein du CTINILS et le secrétariat assuré par la Cellule Infections nosocomiales du Ministère en charge de la Santé.

Le groupe de travail a choisi de présenter le document sous la forme de Questions - Réponses accompagnées d'un glossaire définissant les termes techniques et d'un lexique des sigles utilisés.

Un questionnaire a été élaboré pour identifier les demandes d'informations les plus fréquemment formulées par le grand public et a été adressé à plusieurs sources d'informations : associations d'usagers, CLIN* (représentants d'usagers présents dans ces Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales), médecins conciliateurs des établissements de santé, médecins experts judiciaires, avocats, Conseils de l'Ordre, Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux (CRCI*). Parallèlement, le questionnaire a été envoyé à une centaine d'adhérents de l'association Le Lien.

Les demandes d'informations ont été ordonnées selon 3 chapitres : avant une hospitalisation, pendant une hospitalisation avec survenue d'une infection nosocomiale, après l'hospitalisation. Les réponses aux questions ainsi recueillies ont été rédigées par les différents membres du groupe de travail.

2. LEXIQUE DES ABREVIATIONS ET SIGLES UTILISÉS

AES	: Accident exposant au sang
AFNOR	: Agence Française de Normalisation
AFSSAPS	: Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AP-HP	: Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
BMR	: Bactérie multi-résistante (aux antibiotiques)
CCLIN	: Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CLIN	: Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CRCI	: Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation (des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales)
CRU/ CRUQ	: Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge (dans les établissements de santé).
CTINILS	: Comité Technique national des Infections Nosocomiales et Infections Liées aux Soins (a remplacé le CTIN)
DDASS	: Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGS	: Direction Générale de la Santé (Ministère de la Santé)
DHOS	: Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Ministère de la Santé)
DM	: Dispositif médical
EOHH	: Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière
HAS	: Haute Autorité de Santé
ICALIN	: Indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales
InVS	: Institut de Veille Sanitaire
INPES	: Institut National pour la Prévention et l'Education de la Santé
IPP	: Incapacité Permanente Partielle
ISO	: Infection du site opératoire
ITT	: Incapacité temporaire de travail
LIEN	: Lutte, Information, Etudes des infections Nosocomiales (association d'aide aux victimes d'infections nosocomiales)
MCJ	: Maladie de Creutzfeldt-Jakob
ONIAM	: Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, (des affections iatrogènes et des infections nosocomiales)
PHA	: Produit hydro-alcoolique
RAISIN	: Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales, constitué des 5 CCLIN et de l'InVS
SARM	: <i>Staphylococcus aureus</i> (= staphylocoque doré) résistant à la méticilline

SHA : Solution hydro-alcoolique
TA : Tribunal Administratif
TGI : Tribunal de Grande Instance
VHB : Virus de l'Hépatite B
VHC : Virus de l'Hépatite C
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

3. AVANT UNE HOSPITALISATION

3.1. Prévention pour le patient et son entourage

3.1.1. Que puis-je faire pour limiter les infections ? Quelles précautions dois-je prendre en cas d'hospitalisation ?

Dans la plupart des situations, pour l'hygiène de base, il n'est pas nécessaire d'appliquer des mesures différentes de celles que vous observez habituellement dans la vie courante. Il s'agit le plus souvent d'appliquer les principes quotidiens de propreté: propreté corporelle (une douche par jour), hygiène bucco-dentaire (brossage des dents au moins deux fois par jour), propreté des vêtements (sous-vêtements changés tous les jours), propreté des mains après des activités qui souillent les mains (après chaque passage aux toilettes, après le ménage ou le jardinage par exemple) et avant des activités propres (par exemple avant le repas, donner des soins à son bébé).

Lors d'une hospitalisation, il faut vous munir de votre nécessaire de toilette (savon liquide, dentifrice) et en particulier d'une brosse à dents en bon état, de rasoir, peigne, brosse à cheveux. Vos serviettes de toilette doivent être fréquemment lavées et correctement séchées. Lorsque des accessoires ne peuvent pas être fournis ou sont oubliés, les équipes soignantes disposent de certains accessoires en « dépannage » qui sont à patient unique ou qui seront ensuite désinfectés entre chaque patient.

3.1.2. Faut-il observer des précautions particulières avant une intervention chirurgicale, une endoscopie, un examen en radiologie interventionnelle ?

En cas d'intervention chirurgicale programmée, il vous est demandé de participer à la préparation de votre intervention. Cette participation consiste tout d'abord à renforcer votre hygiène corporelle la veille et le matin de l'intervention. Cette mesure est souvent préconisée lors de la première consultation préopératoire avec le chirurgien et avec l'anesthésiste. Une plaquette expliquant les consignes à respecter ainsi qu'une ordonnance comportant la prescription d'un savon antiseptique vous sont remises à l'issue de ces entretiens en complément de la discussion avec les médecins. Il est très important de suivre attentivement les recommandations de votre praticien.

Au domicile, il peut arriver que cette information manque de précisions ou soit mal comprise. Ainsi, il arrive que des patients rasent la zone à opérer avec un rasoir à lames et provoquent ainsi des micro-plaies : la pratique du rasage mécanique est déconseillée pour cette raison. En cas de doute, n'hésitez pas à interroger les équipes du service de consultations ou du futur service d'hospitalisation ou encore votre médecin traitant.

3.1.3. Existe-t-il des soins spécifiques qui permettent de réduire le risque infectieux avant mon intervention (antibioprophylaxie, dépistages...) ?

Pour certaines interventions le chirurgien prescrira des examens complémentaires (dépistage d'infections dentaires ou urinaires), ceci afin de les traiter avant l'intervention.

Des conseils hygiéno-diététiques avant une intervention vous seront prodigués en particulier l'arrêt du tabac si vous fumez. Vous concurrez à diminuer le risque infectieux si vous les respectez scrupuleusement.

3.2. Formation et Prévention pour le personnel soignant

3.2.1. Pourquoi le lavage des mains est-il si important à l'hôpital ? Qu'est-ce que les SHA ?

L'hygiène des mains est la première mesure de prévention d'efficacité prouvée et démontrée pour limiter le risque de transmission croisée des micro-organismes. « L'hygiène des mains » désigne plusieurs méthodes de traitement des mains adaptées au niveau de risque encouru par les patients. Le lavage des mains est un geste fréquent de la vie courante. Ce geste simple « se transforme » pour les soignants en geste technique voire hautement technique selon le soin à réaliser.

a) **La qualité de l'hygiène des mains des soignants est conditionnée par des préalables :**

- ◆ la mise à disposition de produits spécifiques appelés « solutions hydro-alcooliques » (SHA) ou « produits hydro-alcooliques » (PHA) ;
- ◆ la mise à disposition de points d'eau en nombre suffisant, proches des activités de soins, convenablement équipés en savon, en essuie-mains à usage unique ;
- ◆ le comportement adapté de chaque soignant par « l'intégrité des mains et des avant-bras » : ongles courts sans vernis, absence de bijoux sur les mains, avant-bras nus (tenue à manches courtes).

b) **Les différentes techniques correspondent à des niveaux de risque infectieux encouru par les patients :**

- ◆ L'hygiène des mains est pratiquée soit par une friction avec un produit hydro-alcoolique (PHA) soit par un lavage simple réalisé avec un savon liquide ordinaire pour les gestes de la vie courante (par exemple avant de manger, après s'être mouché, avant de commencer son travail) et entre chaque patient.
- ◆ Une désinfection des mains est assurée par une friction avec un produit hydro-alcoolique ou par un lavage avec un savon antiseptique pour les actes techniques (par exemple avant de poser un cathéter, avant de mettre des gants stériles pour réaliser une ponction lombaire) ou après les soins d'un patient en isolement infectieux (pour empêcher la diffusion des micro-organismes vers les autres patients et dans l'environnement).
- ◆ Une désinfection chirurgicale des mains est obtenue par lavage avec un savon antiseptique ou par friction avec un produit hydro-alcoolique pour les actes à risque infectieux élevé pour le patient (par exemple intervention chirurgicale, pose d'un cathéter* dans une artère fémorale pour un examen radiologique en cardiologie).

3.2.2. Les solutions hydro-alcooliques (SHA) sont-elles disponibles dans le commerce ?

Oui, les solutions hydro-alcooliques (SHA) et les autres produits hydro-alcooliques (PHA) sont en vente dans les pharmacies et les parapharmacies et chez les distributeurs de matériel médical. Les marques de produits ne sont pas toujours identiques à celles utilisées dans les établissements de santé.

Les personnes qui doivent utiliser les PHA sont essentiellement les professionnels de santé paramédicaux et médicaux en activité libérale ou en établissement de santé mais aussi, dans certains cas particuliers, les patients eux-mêmes (avant de se rendre en salle à manger par exemple) et leurs proches (à la fin d'une visite par exemple).

Au domicile du patient, le lavage des mains avec du savon liquide de préférence reste le moyen simple et efficace pour limiter la diffusion des micro-organismes en cas d'infection.

Les PHA peuvent être utiles pour plus de confort pour le patient et ses proches en cas de déplacements ou d'activités en dehors du domicile (en l'absence de points d'eau par exemple). Ces produits doivent exclusivement s'appliquer sur des mains propres et sèches.

Des conseils peuvent être demandés auprès des pharmaciens et des préparateurs en pharmacie.

3.2.3. Le personnel soignant qui me prend en charge est-il formé aux règles d'hygiène et de prévention du risque infectieux ?

Oui, dès la formation initiale des futurs professionnels et tout au long de leur exercice professionnel par la formation continue.

a) Pour la formation initiale, l'enseignement est organisé par :

- les instituts de formations publics ou privés pour les infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeutes, pédicures, etc.
- et les facultés pour les médecins, sages-femmes (écoles ensuite pour les sages femmes), dentistes et pharmaciens.

Le programme de formation est actualisé au fur et à mesure des évolutions scientifiques et réglementaires. Les professionnels de terrain sont associés à l'enseignement : infirmières et praticiens hygiénistes, pharmaciens, microbiologistes, infectiologues.

La formation aux règles d'hygiène et à la prévention comporte un enseignement théorique et une mise en application pratique notamment lors des stages dans les services de soins.

b) Pour la formation continue, les règles professionnelles et déontologiques précisent l'obligation pour les soignants d'actualiser leurs connaissances professionnelles.

Chaque établissement de santé définit un programme annuel de formation qui comporte des formations obligatoires dites « institutionnelles ». Ce type de formation est organisé par l'établissement de santé (plan de formation continue), pour ce qui concerne l'hygiène, avec la participation du CLIN (Comité de lutte contre les infections nosocomiales de l'établissement) ou de la commission équivalente. Ces formations sont le plus souvent réalisées par l'équipe opérationnelle d'hygiène de l'établissement de santé. Le CCLIN ou son antenne régionale peuvent être associés à ce type de formation par le biais de journées à thème. Le Ministère de la Santé peut aussi impulser certaines formations. Des organismes privés participent également au dispositif de formation continue des soignants.

3.2.4. Qui s'occupe de l'hygiène dans un établissement ?

L'hygiène et la prévention des infections sont souvent intégrées dans la prévention des risques de l'établissement sous le terme d'infectiovigilance.

Chaque établissement de santé, public ou privé, doit posséder une commission en charge de définir un programme annuel d'actions et qui s'appelle le plus souvent CLIN (comité de lutte contre les infections nosocomiales).

En complément chaque établissement de santé doit disposer d'une équipe opérationnelle en hygiène hospitalière (EOHH) spécifique de l'établissement ou partagée par plusieurs établissements. Elle est composée de professionnels de la prévention, médicaux et non médicaux, chargés de mettre en œuvre les actions de prévention, de surveillance, de signalement, d'évaluation et de formation dans l'établissement. Les professionnels de santé

font l'objet de formations aux techniques d'hygiène et il existe au sein des services cliniques des soignants plus particulièrement sensibilisés, appelés « correspondants en hygiène » en charge de tenir leurs collègues informés des nouveaux protocoles de prévention. Ils sont les relais de l'EOHH dans les services cliniques auprès de l'équipe soignante.

3.3. Rôle de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH)

3.3.1. Existe-t-il un personnel soignant dans l'établissement spécifiquement en charge de la lutte contre les infections nosocomiales ?

Oui, chaque établissement de santé comprend une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH). L'équipe est composée de personnels spécialement formés aux activités de prévention du risque infectieux : médecin, pharmacien, infirmier, biohygiéniste. L'EOHH met en œuvre le programme de prévention défini par le CLIN de l'établissement.

Plusieurs établissements peuvent passer une convention pour constituer une EOHH partagée. Cette pratique est recommandée aux établissements de petite taille.

3.3.2. Quel est son rôle ?

L'EOHH anime un réseau de correspondants médicaux et paramédicaux dans les services de soins. Cette organisation permet de renforcer la dynamique engagée par le CLIN. Les correspondants bénéficient d'une formation préalable. Ils sont particulièrement utiles pour favoriser le passage d'informations auprès des équipes. Ils participent également aux évaluations des pratiques professionnelles, aux recensements des matériels ou des produits dans les services, au signalement, aux enquêtes et aux surveillances

L'EOHH est engagée dans des activités en lien direct avec les soins par exemple :

- la formation des nouveaux professionnels arrivants dans les services et l'actualisation des connaissances des professionnels en activité ;
- l'élaboration de nouvelles recommandations en lien avec des produits, des matériels nouveaux ou des techniques plus efficaces ;
- l'aide à la mise en œuvre de mesures particulières en cas de patients infectés et d'épidémie ;
- les enquêtes épidémiologiques ou investigations en cas de survenue de problèmes infectieux particuliers dans l'établissement (signalement de ces infections si nécessaire).

L'EOHH organise les surveillances des infections nosocomiales en coordination avec les services concernés par exemple :

- la surveillance des infections du site opératoire en chirurgie, la surveillance des infections en réanimation* ;
- la consommation d'antibiotiques en relation avec la pharmacie ;
- la surveillance des infections et des BMR en relation avec le service de microbiologie ;
- la surveillance des accidents d'exposition au sang (AES*) en relation avec la médecine du travail.

L'EOHH organise des audits et des évaluations régulières des pratiques professionnelles (par exemple : observance de l'hygiène des mains, audit* de la préparation cutanée de l'opéré...).

L'EOHH travaille en étroite collaboration avec les services logistiques de l'établissement par exemple :

- la prévention du risque d'aspergillose* lors des travaux dans les services ;
- la prévention du risque de légionellose* pour les actions sur les circuits d'eau ;
- la sécurité des filières d'élimination des déchets, du linge ;
- le contrôle de la fabrication et de la distribution des repas.

3.4. La lutte contre les infections nosocomiales

Le document « Vos questions – nos réponses » sur le tableau de bord des infections nosocomiales est consultable à l'adresse suivante :

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/nosoco/tab_bord/documents/quest_reponses_2006.pdf

3.4.1. Quelle est la politique de lutte contre les infections nosocomiales en France ?

La politique de lutte contre des infections nosocomiales repose sur un programme national quinquennal qui définit des actions prioritaires et des objectifs à atteindre. Un groupe national de pilotage assure le suivi du bon déroulement de ce plan et en mesure l'efficacité. Il est en particulier composé de spécialistes du risque infectieux, de représentants des fédérations d'établissements de santé et aussi d'un représentant des usagers.

Le Ministère en charge de la Santé dispose d'une cellule Infections nosocomiales chargée de faire la liaison entre les différentes structures concernées par ce sujet et d'assurer la coordination des actions menées en France. En matière d'expertise du risque infectieux le Ministère s'appuie, pour élaborer ses recommandations, sur un comité d'experts appelé Comité technique national des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS). Les usagers du système de santé y sont représentés.

3.4.2. Qu'est ce qu'un CCLIN ?

Il existe en France, depuis 1992, cinq structures techniques interrégionales appelées Centres de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN) et chargées notamment de participer à la mise en œuvre, dans chaque inter-région, du programme national en le relayant vers les établissements de santé. Les CCLIN disposent d'un site documentaire national Nosobase (<http://nosobase.chu-lyon.fr/>) dans lequel une rubrique « grand public » est accessible aux usagers.

Les CCLIN sont des instances d'expertise et de conseil, des structures d'aide aux établissements de santé pour la gestion des épidémies, la mise en place d'audits en hygiène, la formation professionnelle. Ils animent des réseaux d'établissements de santé et coordonnent des enquêtes de surveillance épidémiologique.

3.4.3. Qu'est ce que le signalement des infections nosocomiales ?

Depuis 2001, il existe pour les établissements de santé une obligation de signalement.

Reposant sur l'information du médecin hygiéniste par les professionnels de santé lors de la survenue d'infections nosocomiales, ce système impose aux établissements de déclarer à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et au CCLIN certaines situations. La DDASS a un rôle de contrôle et d'évaluation, le CCLIN un rôle de conseil et d'expertise. Le signalement concerne les cas jugés rares ou particuliers et plus spécialement les épidémies et les infections ayant des conséquences graves pour les patients. L'anonymat des patients est toujours préservé. Ce système permet entre autres de vérifier la mise en place d'actions correctives et la gestion de l'information des patients exposés à un risque infectieux lorsque cela est nécessaire.

L'ensemble des cas est analysé au niveau national par l'Institut de veille sanitaire (InVS) afin d'identifier les risques nouveaux et de déclencher si nécessaire une alerte nationale.

3.4.4. Qu'est ce que le tableau de bord des infections nosocomiales ?

Pour poursuivre dans la voie de la transparence et de l'information des usagers, le Ministère a décidé de mettre en place un « Tableau de bord des infections nosocomiales », (http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/nosoco/tab_bord/carto/html/index.html).

Il s'agit de la mise en place progressive de plusieurs indicateurs permettant de mesurer, sous forme d'un score ou d'un taux par exemple, le niveau d'organisation et la performance des actions de prévention des infections nosocomiales menées au sein de chaque établissement de santé.

Le premier indicateur est l'indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales ou l'ICALIN, qui est complété depuis janvier 2007 par l'indicateur de consommation des produits hydro-alcooliques (ICSHA) et la réalisation d'une enquête de surveillance des infections du site opératoire (SURVISO). Suivront d'ici 2008 la consommation et le bon usage des antibiotiques*, puis la fréquence des infections à staphylocoques résistants à la méticilline (SARM*).

Ces indicateurs annuels permettent une comparaison des établissements de santé, dans le domaine de la prévention du risque infectieux, en comparant entre eux les établissements de même nature (par exemple les centres hospitaliers universitaires ou les hôpitaux locaux). Les résultats de ces indicateurs et les comparaisons qui en résultent sont accessibles à tous via le site Internet du Ministère.

3.4.5. Existe-t-il des statistiques sur la fréquence des infections nosocomiales ?

La surveillance des infections nosocomiales est une obligation pour chaque établissement de santé et sa mise en œuvre est de nature à faire baisser la fréquence des infections en induisant une amélioration des pratiques de prévention.

Au-delà des 5 indicateurs rendus obligatoires par le tableau de bord, et qui ont un caractère public, les établissements définissent des thèmes de surveillance adaptés à l'activité de leur structure. Pour guider leur choix et faciliter la mise en œuvre des projets il existe au niveau national des thèmes prioritaires de surveillance dont la mise en œuvre est effectuée dans le cadre du Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN) (<http://www.invs.sante.fr/raisin/>). La participation à ces réseaux se fait sur la base du volontariat des établissements de santé.

Il existe des enquêtes dites d'incidence* où les infections sont suivies sur des périodes allant de 3 à 6 mois par an, voire en continu et des enquêtes dites de prévalence* consistant

en une mesure un jour donné de la situation. En France, l'organisation d'une enquête nationale de prévalence tous les 5 ans depuis 1996 permet de disposer d'un bilan évolutif national. En 2006, cette enquête réalisée par 2337 établissements a montré qu'un patient sur 20 présentait une infection nosocomiale, soit 5% des patients hospitalisés. Ceci correspond à une légère diminution par rapport à l'enquête de 2001 (cf. rapport de l'InVS, http://www.invs.sante.fr/publications/2007/enp2006_resultats_preliminaires/enp_2006_resultats_preliminaires.pdf).

Les établissements peuvent ainsi comparer leurs résultats à ceux d'autres structures similaires pour situer leur performance et mettre en place si nécessaire des stratégies d'amélioration. La surveillance, qui représente une charge de travail importante, s'intègre donc dans une démarche qualité visant à la réduction des risques infectieux.

3.4.6. Existe t-il des statistiques d'infection nosocomiale dans chaque établissement de santé ?

Les données individuelles des établissements n'ont pas, dans le cadre des réseaux décrits ci-dessus, un caractère public systématique. Il appartient à chaque structure de déterminer si elle juge opportun d'inclure, et donc de diffuser, certains de ces résultats dans son tableau de bord en complément des indicateurs nationaux obligatoires, en les accompagnant d'une information adaptée.

4. PENDANT L'HOSPITALISATION

4.1. Prévention pour le patient et son entourage

4.1.1. Quelle est l'attitude adaptée pour éviter qu'une plaie s'infecte après mon intervention ?

En cas de pansement de plaies, qu'il s'agisse d'une plaie aiguë ou d'une plaie chronique, votre participation est indispensable au processus de cicatrisation, notamment :

- ◆ en veillant à la propreté corporelle, dans la plupart des situations et sur l'avis du chirurgien, une douche est possible même peu de temps après l'intervention ;
- ◆ en évitant de toucher au pansement ; en signalant les écoulements, la gêne occasionnée, le décollement du pansement ;
- ◆ en signalant les douleurs et la survenue de fièvre aux soignants (en particulier si les symptômes surviennent au retour au domicile, toujours contacter le chirurgien ou le médecin traitant).

4.1.2. Mon entourage est-il également concerné par des mesures à prendre lors des visites ?

Oui, il est demandé aux visiteurs de respecter des consignes pour le bon déroulement des soins. Les proches sont souvent associés aux processus de soins plus ou moins étroitement selon votre pathologie (âge du patient, état dépendance, pathologies lourdes et complexes).

Les horaires de visite sont définis dans certains services de soins pour faciliter la programmation des soins.

Il est conseillé de ne pas se rendre auprès d'un patient lorsqu'on est soi-même porteur d'une maladie qui peut être contagieuse (exemple : la grippe).

Il est vivement recommandé de ne pas amener des enfants en visite dans certains services de soins, compte tenu des risques infectieux encourus, en particulier pour les enfants en bas âge.

Il vaut mieux ne pas apporter des fleurs et des plantes car elles peuvent constituer un réservoir de micro-organismes en nombre très important. Il est indispensable de vérifier leur autorisation éventuelle auprès de l'équipe soignante.

Il est conseillé d'éviter de s'asseoir sur le lit du patient.

Il faut éviter de toucher systématiquement aux équipements et aux matériels de soins.

Un risque infectieux supplémentaire peut être encouru par vous-même en consommant des plats cuisinés en dehors de l'établissement. Cette pratique peut être autorisée sous des conditions strictes et définies selon chaque situation. Il est indispensable de se renseigner auprès de l'équipe soignante.

Avant de vous quitter, il est conseillé à vos proches de se laver les mains à la fin de chaque visite.

Des interprètes peuvent être mis à la disposition des personnes d'origine étrangère qui ne maîtrisent pas ou mal le français, pour faciliter la communication avec l'équipe soignante.

4.2. L'annonce de la maladie et son signalement

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé.

Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, sur leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention*, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. (*Art. L.1111-2 du Code de la Santé Publique*)

Lorsqu'une personne a contracté une infection nosocomiale, le médecin en charge de cette personne doit l'en informer dans le respect du code de déontologie. La nature de l'information et les modalités de sa délivrance figurent dans le dossier médical de la personne, ainsi que, le cas échéant, la copie de la fiche de signalement. Lorsque le signalement concerne le cas de plusieurs personnes, une copie de la fiche de signalement doit figurer dans le dossier médical de chacune de ces personnes (*Circulaire N°DHOS/E2/DGS/SD5C/2004/21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé*).

4.3. Manifestations, durée et gravité de la maladie

4.3.1. Dois-je prendre des précautions particulières si je suis infecté(e) ?

Oui, il vous est demandé de participer à la maîtrise du risque de diffusion des micro-organismes dont vous êtes porteur temporairement.

Selon le micro-organisme en cause et sa capacité à provoquer une épidémie dans le service de soins, et selon sa localisation, il vous sera demandé de respecter des règles d'hygiène plus exigeantes :

- vous désinfecter les mains avant de quitter votre chambre, lorsque vous y êtes autorisé, par exemple pour rejoindre la salle à manger (dans des services de soins de suite, des maisons de retraite) ou lors d'un transfert ;
- porter un masque destiné à la protection des personnes présentes (par exemple dans une salle d'attente, dans une ambulance ou lors de la visite de vos proches ou en présence de soignants).

Cette situation difficile s'ajoute aux contraintes d'une hospitalisation. Il peut arriver que des difficultés à surmonter ce sentiment d'isolement surviennent, auxquelles s'ajoutent des difficultés d'autre nature : difficultés financières, difficultés socioprofessionnelles. Ces préoccupations peuvent parfois être ignorées des soignants. Il est important de parler de vos difficultés avec les soignants pour qu'elles puissent être prises en compte, si besoin par une assistante sociale.

Pendant ou après votre hospitalisation, vous pouvez être amené à utiliser vous-même des aiguilles ou des dispositifs auto-piqueurs, par exemple pour la prévention des phlébites, pour des injections d'insuline ou pour des glycémies au doigt. Vous ne devez ni laisser traîner ces objets piquants ni les jeter dans une poubelle standard car ils peuvent être responsables de piqûres et d'infection pour les soignants ou pour votre entourage. Vous

devez éliminer ces objets piquants dans des conteneurs adaptés, qui prennent habituellement la forme d'une boîte en plastique rigide dont la couleur dominante est le jaune, fermée par un couvercle muni d'une ouverture pour glisser l'aiguille ou la lancette.

Ces conteneurs sont mis à disposition dans votre chambre d'hôpital par l'équipe soignante ou sont disponibles auprès du pharmacien proche de votre résidence après la sortie de l'hôpital. Une limite de remplissage est indiquée sur ces conteneurs et, dès que cette limite est atteinte, le conteneur doit être fermé.

De retour à votre domicile, pour connaître les modalités d'élimination de ces conteneurs, vous pouvez vous adresser à la mairie de votre commune ou au service Santé-environnement de la DDASS de votre département.

4.3.2. Existe-t-il des mesures imposées à mon entourage lorsque je suis infecté(e) ?

Oui, le personnel soignant est à la disposition de votre entourage pour lui fournir toutes les explications utiles.

Le port d'une surblouse sur la tenue de ville des visiteurs peut être exigé lorsque vous êtes placé en isolement infectieux. Le nombre de visiteurs est souvent limité. Le but de ces consignes est d'éviter la diffusion dans l'environnement des micro-organismes responsables de votre infection.

Lorsque vous êtes en isolement, la désinfection des mains par friction doit être pratiquée après chaque visite. Cette mesure est capitale pour éviter la diffusion des microorganismes dans l'environnement. N'hésitez pas à demander les produits nécessaires à l'équipe soignante.

Il peut arriver que le linge personnel soit lavé par vos proches même dans les situations d'isolement : serviettes de toilette, vêtements fragiles. Dans tous les cas, le lavage en machine doit être préféré chaque fois que c'est possible. Sauf en cas de recommandations spécifiques d'un service de soins, cette consigne est suffisante. Les vêtements fragiles (nettoyage à sec) doivent être évités pendant la durée de l'isolement. Le linge sale doit être lavé rapidement afin qu'il ne séjourne pas longtemps dans la chambre

Certaines situations d'isolement peuvent être particulièrement pénibles pour les proches. Il est important que celles-ci puissent être évoquées avec les soignants pour mieux prendre en charge les difficultés rencontrées. Dans tous les cas, les soignants sont à votre disposition pour vous renseigner.

4.4. Traitement de l'infection nosocomiale

4.4.1. Que sont les antibiotiques ?

Ce sont des substances chimiques douées de la capacité d'agir sur les bactéries soit en diminuant leur vitalité (en inhibant leur croissance = effet bactériostatique) soit en les tuant (effet bactéricide). Ils sont inactifs sur les virus.

4.4.2. Depuis quand existent-ils ?

La découverte des antibiotiques a été fortuite il y a un peu moins d'un siècle. C'est en 1928 que le microbiologiste anglais Fleming a constaté une interruption de la croissance d'une culture de staphylocoques par une moisissure (*Penicillium*) qui avait contaminé le milieu de culture. La pénicilline, obtenue à partir de cette moisissure, a été utilisée avec succès chez l'homme pour traiter les infections des blessés lors de la Seconde Guerre Mondiale.

4.4.3. Existe-t-il différents antibiotiques ?

Depuis la pénicilline, plusieurs "variétés" d'antibiotiques ont été identifiées. Elles sont regroupées en fonction de leurs caractéristiques chimiques pour former des "familles". Chaque antibiotique se reconnaît par son nom chimique qui est le nom de la substance et par son nom commercial qui est le nom de la spécialité.

4.4.4. Comment les antibiotiques sont-ils produits ?

Les antibiotiques sont, pour la plupart, des substances produites dans la nature par des champignons microscopiques ou par des bactéries. A l'échelle industrielle, ils sont fabriqués par "assemblage" (synthèse) pour reproduire la substance naturelle.

4.4.5. Comment agissent-ils ?

Les antibiotiques sont précis et spécifiques. Ils sont actifs **uniquement** sur les bactéries. Les substances qui sont actives sur les virus sont des antiviraux et celles actives sur les champignons sont des antifongiques.

Chaque famille d'antibiotique agit sur un constituant défini de la bactérie qui est sa "cible".

4.4.6. Quelles sont les limites des antibiotiques ?

Il n'existe pas d'antibiotique "universel". L'activité d'un antibiotique dépend de plusieurs facteurs :

- l'espèce bactérienne : l'ensemble des espèces sur lesquelles un antibiotique est actif constitue son "spectre" d'activité ;
- l'état de la bactérie : certains antibiotiques ne sont actifs que si la bactérie se multiplie (phase de croissance). Ces antibiotiques seront inactifs si la bactérie est en phase de repos ;
- la localisation de la bactérie : pour être actif sur la bactérie, l'antibiotique doit pouvoir l'atteindre ce qui dépend de la façon dont il va diffuser dans le sang et les tissus (pharmacocinétique). Ainsi la pénétration dans certaines localisations (os, système nerveux, œil..) ou dans du pus accumulé autour des bactéries est plus difficile et le traitement sera plus complexe ;
- la résistance bactérienne aux antibiotiques.

4.5. Germes responsables et résistance aux antibiotiques

4.5.1. Qu'est ce que la résistance aux antibiotiques ? Que veut dire BMR* ?

Les bactéries sont des êtres vivants et les antibiotiques sont naturellement produits dans l'environnement. C'est pourquoi certaines bactéries, en particulier celles de l'environnement, pour survivre en présence de ces antibiotiques, ont dû "inventer" des "programmes" de protection et sont devenues "naturellement résistantes aux antibiotiques" qui les entouraient. Ces résistances sont transmises à la descendance : on parle de "**résistance naturelle**" (par exemple : le bacille pyocyanique est naturellement résistant à l'ampicilline).

Quand les bactéries sont soumises à des traitements antibiotiques, elles essaient aussi de survivre par des mécanismes plus ou moins complexes : on parle de "**résistance acquise**".

Cette résistance peut concerner un seul antibiotique ou de nombreux antibiotiques. C'est dans ce dernier cas que l'on parle de **bactéries multirésistantes ou BMR**.

Staphylococcus aureus (staphylocoque doré*) résistant à la pénicilline ou SARM est la plus connue de ces bactéries multirésistantes. La pénicilline est un antibiotique qui appartient à la famille des bêta-lactamines et la résistance du *Staphylococcus aureus* à cet antibiotique fait que cette bactérie est résistante à tous les antibiotiques de cette famille et à un grand nombre d'autres aussi. Mais ce n'est pas le seul germe ni le seul mécanisme concerné.

4.5.2. Comment reconnaît-on une BMR (ou bactérie multirésistante) ?

Le test fait au laboratoire pour évaluer la résistance d'un germe aux antibiotiques s'appelle un antibiogramme. Mais la simple lecture de résistance(s) sur l'antibiogramme ne suffit pas pour identifier une BMR puisque certaines bactéries sont naturellement résistantes...

Pour reconnaître une BMR, il faut donc faire une analyse combinée de l'identité du germe et de son antibiogramme, voire des tests complémentaires. La confirmation de la résistance ainsi que son mécanisme sont fournis par le laboratoire de microbiologie qui a analysé le prélèvement, identifié le germe et "interprété" son antibiogramme (profil de résistance).

4.5.3. Pourquoi accorde-t-on une telle importance aux BMR ?

Les BMR ne sont pas plus "méchantes" (dangereuses) que les mêmes bactéries sensibles aux antibiotiques (souches sauvages).

En revanche, pour le traitement, le choix des antibiotiques peut être très limité, voire quasi nul dans certains cas, ce qui peut être défavorable pour le pronostic (notamment du fait du retard à l'efficacité du traitement).

De ce fait, les mesures de prévention* pour éviter la diffusion de ces bactéries sont renforcées (isolement) d'autant que ces BMR peuvent, pour certaines d'entre elles, favoriser la résistance d'autres bactéries d'espèces différentes en leur donnant leur programme de résistance "tout prêt". Ce phénomène de "transfert" de résistance peut très rapidement entraîner des "épidémies" de BMR difficiles à contrôler au sein d'un service ou même d'un établissement de santé.

4.5.4. Que sont les infections endogènes* et exogènes* ?

Quelles définitions ?

- Endogène : qui provient de l'intérieur, qui est produit dans l'organisme.
- Exogène : qui provient de l'extérieur, dont la cause est extérieure.

Les bactéries (microbes) sont-elles endogènes ?

Les bactéries représentent 80% de la biomasse de la Terre. Il en existe plus de 500 000 espèces.

Un corps humain héberge 10 fois plus de microbes qu'il ne compte de cellules. Il existe donc bien des bactéries endogènes **qui vivent normalement dans ou sur le corps humain** en systèmes plus ou moins complexes appelés « écosystèmes » ou « flores ».

Quelles sont les relations de l'homme avec ses bactéries endogènes ?

La flore endogène est la flore normale rencontrée sur la peau ou certaines muqueuses de l'homme (par exemple la flore vaginale, digestive, buccale ...). Cette flore, dite flore "commensale", a un effet barrière (de défense) qui contribue à préserver l'équilibre de l'organisme en empêchant l'implantation des bactéries extérieures (exogènes).

Sous certaines conditions (cf. facteurs de risques* et actes invasifs*), cette flore peut donner lieu à une infection qui est alors dite "endogène" : l'homme s'infecte avec ses propres germes. Ils sont alors qualifiés d'opportunistes.

Quelles sont les relations de l'homme avec les bactéries exogènes ?

Les microorganismes sont omniprésents dans l'environnement ainsi que chez l'homme et les animaux. Tout être humain est en permanence exposé à ces réservoirs de « microbes » qui proviennent du sol, de l'eau, de l'air mais aussi des animaux, des autres hommes ou de lui-même...

Dans la vie courante, nous échangeons en permanence les microbes de nos flores commensales et dans l'immense majorité des cas il n'y a aucune conséquence. Dans certains cas ces échanges se manifestent par une "infection" qui est dite « exogène ».

4.5.5. Qu'est ce qu'un microbe dangereux ?

C'est un microbe qui provoque une maladie ou infection qui se manifeste par des signes cliniques et/ou des signes biologiques. On parle de microbes "pathogènes*".

Pourquoi les microbes sont-ils dangereux ?

Pour survivre et se reproduire, les microbes ont besoin de trouver les aliments qui leur sont nécessaires. Pour cela, ils possèdent ou fabriquent des "programmes" qui leur permettent de puiser les ressources nécessaires dans leur environnement y compris les tissus humains, le sang, les liquides biologiques. C'est par ces mécanismes qu'ils peuvent être plus ou moins agressifs (dangereux). Certains de ces programmes spécifiques de l'invasion des tissus sont appelés "facteurs de virulence".

Tous les microbes sont-ils dangereux ?

Classiquement, on différencie :

- des pathogènes* stricts : ils ne peuvent se multiplier en dehors du foyer infectieux. Leur présence signe la maladie (par exemple : méningocoque et méningite).
Il peut arriver, chez certains individus, que ces pathogènes soient retrouvés sans qu'il y ait de signes cliniques (sans expression de leur virulence). On parle alors de "portage sain ou asymptomatique".
- des pathogènes opportunistes : ils profitent d'un affaiblissement de l'hôte ou d'une porte d'entrée (plaie opératoire, cathéter*...) pour s'implanter, se multiplier et créer l'infection (exemple : bacille pyocyanique et brûlés,...).

4.5.6. Est-ce que seul le microbe signe le danger ?

L'infection est en fait un processus complexe où le microbe n'intervient pas seul. Entre autres facteurs, on peut retenir :

- la "virulence" propre du microbe pour l'hôte, c'est-à-dire sa capacité à attaquer l'hôte. Le microbe agit :
 - soit par lui-même (exemple : *Salmonella typhi*, agent de la typhoïde),
 - soit par production de toxine (exemple : *C. botulinum* responsable du botulisme),
- la « fragilisation » de l'hôte (immunodépression, antibiothérapie, interventions chirurgicales, pose de matériel...) qui affaiblit ses moyens de défense naturels. Dans ce cas, des microbes "opportunistes", normalement non pathogènes, peuvent

provoquer une maladie chez l'hôte (par exemple : staphylocoque et infection sur cathéter).

4.5.7. Doit-on prendre en compte la localisation du microbe ?

L'arrivée des microbes dans un site normalement "stérile" (exempt de microbes) (os, sang, liquide céphalo-rachidien...) facilite leur implantation, leur multiplication et l'apparition des signes cliniques de l'infection.

En revanche, dans un site normalement pourvu d'une flore endogène commensale (par exemple peau, bouche, intestin...) l'implantation d'un microbe extérieur (exogène*) est rendue difficile, voire impossible par cette flore endogène résidente pourvu que l'équilibre de celle-ci soit maintenu.

Remarque : un microbe peut être anormalement présent au sein d'une flore commensale ou dans un site habituellement stérile, sans invasion ni réaction tissulaire et donc sans manifestations cliniques et/ou biologiques ; on parle alors de "colonisation*".

4.5.8. Doit-on prendre en compte la quantité de microbes ?

Pour certaines infections, le nombre de microbes présents au site infecté est pris en compte dans la définition de l'infection (ex : les infections urinaires)

La notion de quantité de microbes nécessaire pour induire une infection (dénommée inoculum) reste assez imprécise (par exemple : on ne sait pas combien de légionelles il faut inhaler pour faire une légionellose). Elle est toutefois connue pour certains microbes et on sait que cette quantité peut varier en fonction de l'hôte (par exemple : il faut environ 1 milliard de *Vibrio cholerae* pour qu'un homme "normal" soit malade du choléra alors que quelques milliers suffisent si cette personne prend des médicaments qui diminuent l'acidité de son estomac...).

L'inoculum nécessaire pour développer une infection est souvent moindre en présence d'un dispositif invasif ou de matériel étranger.

4.5.9. Au total comment puis-je savoir si ce microbe est dangereux ou pas ?

La réponse n'est pas univoque en oui ou non. La réponse en ce qui concerne le danger pour moi-même dépendra :

- du microbe lui-même,
- de la présence ou non de facteurs de virulence (pouvoir pathogène),
- de la localisation (site),
- de la quantité inoculée,
- de l'aptitude du microbe à se multiplier là où il est,
- de mon état général (état d'hôte qui héberge le microbe),
- de la réponse au traitement (s'il est mis en place, mais il n'y a pas forcément besoin de traitement pour les colonisations).

La réponse en ce qui concerne le danger pour les autres dépendra :

- de l'aptitude que ce microbe a à se transmettre à d'autres individus,
- de ma connaissance de ces transmissions possibles,
- du respect des mesures que je prendrai pour éviter cette transmission.

4.6. La stérilisation

4.6.1. Comment sont stérilisés les instruments chirurgicaux ?

Que sont les instruments chirurgicaux ?

Ce sont les "outils" nécessaires à une opération de chirurgie. Ils entrent dans une classe plus large des dispositifs médicaux (DM).

Ils sont soit :

- à usage unique : jeté après usage (via la filière spécifique des déchets hospitaliers (DASRI*),
- à usage multiple (réutilisables) : ils sont alors soumis à des règles d'entretien strictes entre deux utilisations.

Qu'est ce que la stérilisation ?

C'est un procédé qui a pour objectifs :

- la destruction des microbes,
- la conservation de l'état stérile,
- le respect de l'intégrité du matériel ou du produit stérilisé.

4.6.2. Quelles sont les limites de la stérilisation ?

La stérilisation est un procédé qui rend un produit stérile, c'est-à-dire sur lequel aucun microbe viable ne peut être retrouvé par les méthodes actuelles. En pratique, les procédés actuels sont tels que la probabilité d'avoir 1 microbe viable est inférieure à 1 pour 1 million.

4.6.3. A quoi s'applique la stérilisation ?

Le matériel à usage unique est acheté stérile et jeté après usage. La stérilisation, dans ce cas, est de la responsabilité du fabricant et l'état stérile est garanti jusqu'à la date limite d'utilisation inscrite sur l'emballage, sauf détérioration de ce dernier.

A l'hôpital, la stérilisation concerne seulement le matériel réutilisable. Ce matériel est acheté non stérile. Il est préparé (lavages, séchages) puis subit une première stérilisation avant d'être mis en service. Il subira ensuite systématiquement la procédure de stérilisation entre deux utilisations.

4.6.4. Quels sont les préalables à la stérilisation ?

Le matériel utilisé au cours d'une intervention chirurgicale est "souillé" par du sang, des débris de tissus (souillures organiques), voire des microbes...

Toutes les étapes préliminaires à la stérilisation proprement dite visent à réduire le nombre de microbes pouvant être présents sur le matériel à stériliser et à éliminer les souillures organiques qui pourraient faciliter la multiplication des microbes.

La première étape est le prétraitement ou pré-désinfection pour éliminer les microbes et protéger le personnel et l'environnement. Ce premier temps est suivi d'un rinçage.

Le deuxième temps est le nettoyage proprement dit, le plus souvent en machine à laver, pour éliminer les souillures. Ce temps est suivi d'un rinçage et d'un séchage soigneux.

Le matériel est alors contrôlé de façon à ne stériliser que du matériel parfaitement propre et en bon état de fonctionnement.

Le troisième temps consiste à emballer le matériel dans des conditionnements adaptés qui permettront de maintenir l'état stérile à la fin de la stérilisation. Cette phase se fait obligatoirement dans une zone "propre" c'est-à-dire protégée pour que le matériel ne se contamine pas.

Le matériel peut alors être stérilisé.

4.6.5. Quelles sont les méthodes de stérilisation ?

La méthode par la vapeur sous pression (autoclave) est le procédé de référence. Les autoclaves subissent des contrôles à l'installation (qualification), une requalification annuelle, une maintenance préventive et des contrôles quotidiens de « routine ».

En pratique la phase de stérilisation à l'autoclave se fait à 134°C pendant 18 minutes (plateau de stérilisation) pour un cycle qui dure au total environ deux heures.

D'autres méthodes existent :

- la stérilisation à l'air chaud (four Pasteur-Poupinel®) est déconseillée pour son manque de fiabilité ;
- la stérilisation à l'oxyde d'éthylène qui fut utilisée pour les dispositifs ne supportant pas la chaleur (thermosensible) est abandonnée à l'heure actuelle dans les hôpitaux à cause des risques professionnels liés à ce gaz ;
- la stérilisation en phase plasma est une technique récente qui permet aussi de stériliser du matériel thermosensible ;
- la stérilisation par radiations ionisantes est surtout utilisée dans l'industrie.

4.6.6. Que se passe-t-il après la stérilisation ?

Pour que le matériel soit à nouveau disponible à l'utilisation, certains paramètres sont vérifiés.

Chaque lot de matériel introduit dans l'autoclave (charge) est contrôlé avant et après la sortie de l'autoclave :

- lors du chargement : choix du cycle, homogénéité de la charge ;
- lors du déchargement : virage des indicateurs, absence de mouillage des emballages, diagramme d'enregistrements ...

Le matériel n'est libéré, c'est à dire disponible pour être utilisé, que si tous ces contrôles sont corrects. On dit alors que la charge est "acceptée".

La charge acceptée est étiquetée et stockée dans un local adapté jusqu'à une nouvelle utilisation ou jusqu'à la date limite d'utilisation.

L'étiquette donne l'identification du produit, le numéro de lot, la date de stérilisation et la date limite d'utilisation. Elle permet la traçabilité du produit. Lors d'une intervention, les étiquettes des dispositifs médicaux (ou matériels) stérilisés sont conservées dans le dossier du patient. Elles représentent un des éléments incontournables de traçabilité pour la prise en charge de l'opéré.

4.6.7. La stérilité est-elle obligatoire pour tous les instruments ?

La réponse est variable en fonction du niveau de risque.

En effet des niveaux de risques sont définis pour les instruments en fonction du site où doit être utilisé l'instrument : un instrument qui va être en contact avec des tissus stériles (intervention chirurgicale) sera obligatoirement stérile.

Remarque : si le matériel qui le constitue ne supporte pas la chaleur, cet instrument ne pourra pas être autoclavé et devra subir un procédé spécifique de "désinfection" de haut niveau.

Un instrument en contact avec les muqueuses (ex : bouche...) ne sera pas obligatoirement stérile mais devra subir une "désinfection de niveau intermédiaire" entre deux utilisations.

Un instrument qui n'est pas en contact avec le patient subira une "désinfection de bas niveau" entre deux usages.

5. APRES L'HOSPITALISATION

5.1. Mesures à appliquer

5.1.1. Quelles sont les mesures à appliquer lors de mon retour au domicile ?

En l'absence d'infection, à votre retour à domicile, vous devez surveiller votre température. Une fièvre doit faire reprendre contact avec le chirurgien qui vous a opéré. Une inflammation de la plaie, un écoulement même clair, un gonflement de la zone opératoire doivent vous faire consulter votre médecin traitant qui jugera de la nécessité d'une consultation auprès du chirurgien.

Le pansement doit être maintenu propre et au besoin refait par une infirmière en cas de souillure de l'extérieur.

Les fils ou agrafes doivent être enlevés à la date prévue, par une infirmière, par le médecin traitant ou par le chirurgien si celui-ci l'a spécifié. Une réapparition de douleurs nécessite de consulter le médecin traitant.

Lorsque des soins post-opératoires sont prescrits pour votre retour à domicile, il faut rester vigilant sur le suivi de vos soins. Assurez-vous du relais entre l'établissement de santé et votre médecin de ville. Vous devez disposer d'une ordonnance complète, de documents administratifs éventuels, d'un certificat de prolongation d'arrêt de travail par exemple.

Dans tous les cas, les soignants qui travaillent en dehors des établissements de santé disposent des mêmes consignes de prévention tant au niveau des techniques de soins, du respect de l'hygiène des mains, que de l'élimination conforme des déchets à risque infectieux par exemple.

Les précautions à prendre consistent à vous rappeler, ainsi qu'à vos proches, les règles d'hygiène de base à appliquer :

- individualiser le linge de toilette,
- aérer la chambre quotidiennement voire plusieurs fois par jour si nécessaire,
- se laver souvent les mains en particulier après être allé aux toilettes, avant les repas.

5.1.2. Dois-je informer l'équipe soignante de cette infection si je dois de nouveau être hospitalisé ?

En cas de nouvelle hospitalisation, vous devez signaler l'infection dont vous êtes porteur ou dont vous avez été porteur pour permettre aux équipes de soins de prendre, si besoin, les mesures de prévention ou de prise en charge pendant la durée de votre séjour en fonction du microbe responsable de votre infection.

5.2. Recours des patients et plaintes

5.2.1. Je suis victime d'une infection nosocomiale grave : que dois-je faire ?

Si vous estimez avoir été victime d'une infection nosocomiale, vous pouvez :

- en parler au médecin ou à l'équipe soignante qui vous a pris en charge au cours de l'hospitalisation ; ceux-ci devront vous informer de votre état de santé et pourront vous proposer une conciliation à l'amiable si vous souhaitez une réparation.

- vous adresser au représentant légal de l'établissement où vous avez été traité (oralement ou par courrier) et demander à rencontrer le médecin médiateur de l'établissement en saisissant la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge (CRUQ) de l'établissement (dénommée auparavant Commission de conciliation). La CRUQ* n'est pas compétente pour engager une démarche d'indemnisation.

Pour obtenir réparation du préjudice subi, et selon l'endroit où vous avez contracté cette infection, vous pouvez saisir soit la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux et des infections nosocomiales (la CRCI) soit la juridiction compétente (Tribunal administratif ou Tribunal de Grande Instance).

La Mission IDMIN*, placée auprès de la Haute Autorité de Santé, (<http://www.infonosocomiale.com/>) a pour missions de vous informer et de vous aider à vous orienter. Elle dispose d'un numéro d'appel gratuit permettant de répondre à vos questions et de vous conseiller dans vos démarches (numéro azur : 0810 455 455).

5.2.2. Comment puis-je avoir accès à mon dossier médical ?

La loi du 4 mars 2002 (*relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*) et, en particulier le décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 (*relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du code de la santé publique*), permet à chaque patient ou à ses ayants droits de demander la transmission de l'intégralité du dossier médical.

Vous devez solliciter la communication de votre dossier médical complet, dans la mesure du possible, auprès :

- du directeur de l'établissement pour des actes effectués dans un établissement de santé,
- du médecin concerné pour des actes effectués en ville,

par lettre recommandée avec accusé de réception.

La procédure doit être indiquée dans le livret d'accueil de tout établissement de santé.

Le délai de réponse est de 8 jours après réception de la demande lorsque les informations médicales datent de moins de 5 ans et de 2 mois quand elles datent de plus de 5 ans.

La communication des informations peut se faire :

- soit par consultation du dossier sur place, avec le cas échéant, copies de documents,
- soit par l'envoi de copies de documents. Les frais de copies sont alors à votre charge.

5.2.3. Quels documents doit comprendre un dossier médical ?

La composition du dossier médical pour un établissement de santé est définie par la réglementation.

Il doit comporter :

- les comptes rendus de consultations et d'hospitalisation,
- les comptes rendus opératoires,
- les comptes rendus de tout examen pratiqué au cours de l'hospitalisation,
- le dossier infirmier (observations, prescriptions, feuille de température ...),

- les imageries médicales (radiographies ou IRM ou scanners...),
- les résultats d'analyses sanguines, bactériologiques, cytologiques...
- les prescriptions thérapeutiques.

Les informations concernant une tierce personne ou obtenue auprès d'une tierce personne ne peuvent être transmises.

5.2.4. On me propose de rencontrer la Commission des Relations avec les Usagers : de quoi s'agit-il ?

La Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge (CRUQ) a été créée par décret en mars 2005 (*Décret n° 2005-213 du 2 mars 2005 relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et modifiant le code de la santé publique*) et remplace la Commission de conciliation. Elle veille au respect des droits des usagers et doit faciliter leurs démarches.

Elle est composée, au minimum, du représentant légal de l'établissement, de 2 médiateurs (un médecin et un non-médecin) et de 2 représentants des usagers.

En cas de plaintes ou de réclamations de la part d'un patient ou de ses proches, le représentant légal de l'établissement peut saisir le ou les médiateurs de la CRUQ ; le patient peut aussi le faire directement. Le ou les médiateurs rencontrent le patient et des membres de la famille s'ils le jugent utile ou si ces derniers le demandent. Dans les 8 jours, la CRUQ fait des propositions pour trouver une solution amiable au litige ou informe le patient des voies de conciliation ou de recours possibles.

5.2.5. Qu'est-ce que l'ONIAM ?

L'ONIAM* (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales), créé par la loi du 4 mars 2002, est un établissement public placé sous la tutelle du Ministre de la Santé (<http://www.oniam.fr/>).

Il a une double mission :

- organiser le dispositif de règlement amiable des accidents médicaux,
- indemniser au titre de la solidarité nationale les victimes de dommages secondaires à des accidents médicaux, des affections iatrogènes* et des infections nosocomiales ainsi que les victimes d'accidents dus à des vaccinations obligatoires ou contaminées par le VIH.

5.2.6. Qu'est-ce que la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI) ?

Les Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI) ont été instituées par la loi du 4 mars 2002 et effectivement créées par un décret du 3 mai 2002.

Composition : Les Commissions sont composées de 20 membres (outre le président) représentant les usagers, les professionnels de santé, les établissements de santé, les assureurs et l'ONIAM, et de personnalités qualifiées. Le président est un magistrat professionnel.

Répartition : il convient de se reporter au site des CRCI (<http://www.commissions-crci.fr/>) pour des informations plus détaillées.

Il existe une Commission par région administrative ; les Commissions sont regroupées autour de 4 grands pôles interrégionaux, basés à Bagnolet (Seine-Saint-Denis), Lyon, Bordeaux et Nancy.

Les Commissions, directement ou en désignant un médiateur, peuvent organiser des conciliations destinées à résoudre les conflits entre usagers et professionnels de santé.

Les CRCI examinent les réclamations des victimes d'accidents médicaux dont le préjudice présente un degré de gravité supérieur à un seuil fixé par le décret du 4 avril 2003 (*Décret n° 2003-314 du 4 avril 2003 relatif au caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales prévu à l'article L. 1142-1 du code de la santé publique*).

5.2.7. Quelles sont les conditions pour saisir la CRCI ?

L'accès à cette commission est gratuit. La présence d'un avocat n'est pas obligatoire, même s'il semble recommandé.

Qu'il y ait faute ou absence de faute, toutes les victimes d'un accident médical grave (y compris les infections nosocomiales), qu'il ait pour origine un acte de prévention, un acte de diagnostic ou un acte thérapeutique, peuvent bénéficier de ce dispositif à condition que ***l'acte en question ait été réalisé à compter du 5 septembre 2001.***

Pour que votre dossier soit pris en charge par la CRCI., il faut de plus ***avoir été victime d'un accident « grave »*** défini par les critères suivants :

- une invalidité résiduelle soit une incapacité permanente partielle (ou IPP.) supérieure à 24%, soit une incapacité temporaire de travail (ITT*) d'au moins 6 mois consécutifs ou sur 12 mois non consécutifs ;
- ou si vous avez été déclaré inapte à exercer votre activité professionnelle ou si vous subissez des troubles particulièrement graves dans vos conditions d'existence.

5.2.8. Comment, en pratique, saisir la CRCI ?

C'est la commission du lieu de domicile du ou des professionnels de santé (ou de l'établissement de santé) mis en cause qui doit être saisie par la victime ou ses ayants droits.

Pour ce faire, vous devez adresser un formulaire de demande d'indemnisation, qui est disponible sur le site : www.oniam.fr ou sur le site des commissions : www.commissions-crci.fr.

Ce formulaire doit être accompagné des pièces suivantes :

- tout document médical ou administratif établissant le lien entre votre dommage et un acte médical,
- un certificat médical décrivant la nature précise et la gravité de votre dommage,
- tout document indiquant votre qualité d'assuré social,
- tout document permettant d'apprécier la nature et l'importance de vos préjudices, notamment au regard du seuil de gravité fixé par le décret n° 2003-314 du 4 avril 2003,
- tout document justifiant les sommes éventuellement reçues ou à recevoir au titre de l'indemnisation de votre dommage par un organisme autre que la sécurité sociale.

5.3. Indemnisations

5.3.1. J'ai subi un préjudice : puis-je être indemnisé ?

Trois voies sont possibles pour se faire indemniser : la voie amiable, la saisine de la CRCI ou la voie judiciaire.

Ce ne sera pas à vous de prouver l'existence d'une éventuelle faute à l'origine de l'infection pour être indemnisé.

Seule la preuve d'une cause étrangère à l'origine de l'infection est susceptible de dégager la responsabilité de l'établissement (exemples : force majeure comme une catastrophe naturelle, fait d'un tiers comme un fournisseur de l'établissement...).

Cependant, vous devrez démontrer que l'infection est bien nosocomiale, et que les préjudices que vous souhaitez voir indemnisés, sont bien liés à cette même infection.

Ainsi, dans tous les cas, vous devez dans un premier temps demander votre dossier médical au professionnel de santé qui en est le détenteur.

5.3.2. Indemnisation à l'amiable.

Tous les professionnels de santé sont assurés auprès d'une compagnie ou d'une mutuelle d'assurance (sauf l'Assistance Publique- Hôpitaux de Paris – AP-HP qui est son propre assureur). Vous pouvez commencer par une réclamation amiable d'indemnisation des conséquences de l'infection nosocomiale. Cette démarche se fait par écrit, en recommandé avec accusé de réception (AR). Le professionnel de santé devra en informer son assureur. Les hôpitaux publics ont deux mois pour répondre à votre demande. Un silence vaut refus. Dès lors, si vous souhaitez continuer votre démarche de demande d'indemnisation, vous pouvez saisir soit la CRCI, soit le tribunal compétent de la région du lieu d'exercice du professionnel mis en cause.

Attention : suite à un refus d'indemnisation amiable d'un établissement public, le plaignant dispose d'un délai maximum de 2 mois pour engager une procédure contentieuse.

5.3.3. Indemnisation par les CRCI.

Après la réception de votre dossier (cf. supra), celui-ci est examiné par la Commission et peut être :

- s'il ne remplit pas les conditions d'accès à la Commission, rejeté ;
- **s'il existe un doute sur les conditions d'accès à la Commission**, transmis à un expert qui, après examen, se prononcera sur la recevabilité de votre dossier ;
- **s'il remplit les conditions d'accès à la Commission**, transmis à un expert qui vous examinera, évaluera vos préjudices et déterminera l'origine de vos dommages. Cette expertise est gratuite et contradictoire (toutes les parties sont convoquées par l'expert).

La Commission régionale a **6 mois** à compter de la réception d'un dossier complet pour rendre son avis, au vu du rapport d'expertise, sur les circonstances, les causes, la nature et l'étendue des dommages que vous avez subis ainsi que sur le régime d'indemnisation applicable.

Cet avis est rendu lors d'une réunion de la Commission au cours de laquelle vous pouvez demander à être présent, représenté ou assisté par une personne de votre choix.

L'ONIAM ou l'assureur du professionnel de santé en cause a **4 mois** à compter de l'avis pour vous faire une offre d'indemnisation et 1 mois pour payer si vous acceptez l'offre.

Si vous avez déjà saisi un tribunal, vous pouvez quand même saisir la Commission régionale compétente en informant le tribunal et la commission de vos démarches parallèles en cours.

De même, si vous n'êtes pas satisfait de l'avis rendu par la Commission ou de l'offre d'indemnisation proposée par l'assureur du professionnel de santé en cause ou l'ONIAM, vous pouvez les contester à l'occasion d'une demande d'indemnisation formulée devant le tribunal compétent.

5.3.4. Indemnisation par la voie judiciaire.

Les tribunaux compétents sont différents selon que vous avez été traité dans un établissement public ou privé.

Si vous avez été pris en charge par un **établissement privé** ou par un médecin exerçant à titre libéral, vous pouvez saisir le Tribunal de Grande Instance (TGI) compétent. Vous avez l'obligation d'être assisté d'un avocat. Celui-ci saisira le juge des référés réclamant en urgence la nomination d'un ou plusieurs experts médicaux. Le juge nommera alors un, voire deux experts et leur confiera une mission d'expertise. L'expertise devra permettre de confirmer s'il s'agit bien d'une infection nosocomiale, et d'en déterminer les responsabilités et vos préjudices tant personnels qu'économiques ou professionnels.

Si vous avez été pris en charge par un **établissement public**, vous devrez saisir alors le tribunal administratif (TA) compétent selon l'adresse de l'établissement. La procédure est alors la même que devant le Tribunal de Grande Instance. Dans un premier temps, vous bénéficierez d'une expertise, et devrez ensuite assigner le professionnel responsable pour ensuite recevoir votre indemnisation par son assureur. A noter que vous n'avez pas l'obligation de vous faire représenter par un avocat devant les tribunaux administratifs même si cela reste conseillé.

5.3.5. Qu'est-ce que l'expertise médicale ?

Que ce soit devant une CRCI, un TGI ou un TA, pour être indemnisé des conséquences d'une infection nosocomiale, vous passerez une expertise médicale.

L'expertise médicale judiciaire

Dans le cadre d'une action judiciaire civile ou administrative, le juge nommera un expert qui devra se prononcer sur :

- les causes et l'origine de l'état de santé actuel,
- l'état antérieur du patient,
- le manquement aux règles professionnelles,
- l'existence de fautes ou de négligences,
- les préjudices subis par le patient,
- le lien causal entre ces manquements constatés et les préjudices déplorés.

L'expertise se déroule dans le cadre d'une **réunion d'expertise contradictoire**. L'expert adresse une convocation fixant une date en vue d'une réunion d'expertise à l'ensemble des parties concernées par lettre recommandée avec accusé de réception et à leurs Conseils par lettre simple.

Cette réunion d'expertise contradictoire est extrêmement technique. Il est souhaitable que le patient soit assisté d'un **médecin conseil** chargé de la défense de ses intérêts et d'attirer l'attention de l'expert sur les points médicaux pouvant être contestés et donner lieu à discussion.

L'évaluation du préjudice. Enfin, l'expert évalue chaque poste de préjudice après un examen médical du patient et un recueil de ses doléances.

Afin d'en garantir l'indépendance, le juge peut délocaliser l'expertise. D'une façon générale, les juges mettent à la charge du demandeur (la victime) le coût de l'expertise (de 800 à 1500€ pour des expertises complexes). Le juge fixe un délai de quelques mois afin que l'expert lui rende son rapport. Souvent, ces délais sont dépassés et il n'est pas rare qu'un rapport soit rendu un an après la nomination de l'expert.

L'expertise devant la CRCI

Dans le cadre d'un recours devant une CRCI, celle-ci nommera un expert et lui adressera les dossiers recevables. L'expert devra rédiger son rapport dans les quatre mois. L'expertise est gratuite.

Expertise contradictoire. La Commission adresse les dossiers recevables à un expert. Cette expertise doit être contradictoire et l'expert désigné par la commission devra entendre l'ensemble des parties.

Assistance du médecin et de l'avocat. Il peut être utile que les victimes soient assistées au cours des réunions d'expertise, au moins par un médecin de recours compétent, dont, idéalement, l'intervention sera complétée par la présence d'un avocat spécialisé ou d'une association de patient (concernée par la pathologie en cause).

Dans le but d'améliorer la qualité des expertises médicales, la loi du 4 mars 2002 a prévu qu'une liste nationale des experts en accidents médicaux serait établie par la Commission Nationale des Accidents Médicaux.

5.3.6. Quels sont habituellement les préjudices susceptibles d'être indemnisés ? Quels sont les montants des indemnisations ?

Les postes de préjudices les plus fréquents sont :

- l'incapacité permanente partielle (IPP),
- les préjudices patrimoniaux ou économiques,
- les préjudices professionnels (perte de revenus, carrière abrégée),
- les frais résultant du dommage (frais médicaux restant à la charge de la victime, tierce personne, aménagement de logements ou du véhicule...),
- les préjudices extrapatrimoniaux ou personnels, pretium doloris (souffrance, douleur), préjudices moraux, préjudice esthétique, préjudice d'agrément, préjudices sexuels,
- les préjudices des ayants droit.

Uniquement pour les CRCI, la loi prévoit la mise en place d'un « référentiel indicatif d'indemnisation » destiné à rendre homogènes les décisions des différentes Commissions. Ce référentiel est consultable sur le site de l'ONIAM : www.oniam.fr .

Concernant les tribunaux tant civils qu'administratifs, il existe une grande disparité des montants d'indemnisation d'un tribunal à l'autre.

Dans tous les cas, l'indemnisation n'interviendra qu'après la consolidation. Ainsi, tant que les conséquences de l'infection sont toujours en cours d'évolution, la victime ne peut recevoir qu'une avance à valoir sur l'indemnisation définitive.

Ce que vous devez retenir :

1/ Pour une Infection Nosocomiale ou un accident médical survenu avant le 5 septembre 2001 :

- vous avez été pris en charge à l'hôpital, vous devez saisir le tribunal administratif du lieu de l'hôpital ;
- vous avez été pris en charge en établissement privé ou en cabinet, vous devez saisir le Tribunal de Grande Instance du lieu de l'établissement ou du cabinet médical.

2/ Pour une Infection Nosocomiale ou un accident médical survenu après le 5 septembre 2001 :

- vous pouvez soit saisir le tribunal compétent, soit saisir la CRCI du lieu de domicile du ou des professionnels de santé ou établissement mis en cause ;
- la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002, permet aux victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales, ou à leurs ayants droit, d'obtenir réparation, lorsque les dommages subis présentent un certain caractère de gravité. Cette loi ne s'applique qu'aux accidents survenus depuis le 5 septembre 2001.

5.4. Le contrôle des établissements de santé

5.4.1. Qu'est-ce que le contrôle ?

Le contrôle de la sécurité des patients dans les établissements de santé relève de l'Etat.

Un contrôle peut s'effectuer sur pièces (ou documents) fournies par l'établissement, il peut aussi s'effectuer sur place et renvoie alors à la notion d'inspection.

Les inspections comprennent des investigations approfondies (entretiens, observations, examens de dossiers et de documents, diverses vérifications), effectuées au sein même de l'établissement.

Les inspections réalisées dans le cadre du contrôle de la sécurité sanitaire permettent de vérifier le respect des règles législatives ou réglementaires garantissant la sécurité des patients, de s'assurer des bonnes pratiques professionnelles, de la qualité des soins et du respect du droit à l'information des patients.

5.4.2. Qui dispose du pouvoir de contrôle ?

Outre le Ministre de la Santé qui dispose d'un pouvoir général de police sanitaire, le contrôle des établissements de santé est exercé sur l'initiative du directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) ou du préfet du département (responsable de la sécurité publique).

5.4.3. Qui exécute les contrôles ?

Les contrôles de sécurité sanitaire dans les établissements de santé sont exercés par des professionnels des directions départementales ou régionales des affaires sanitaires et sociales (DDASS ou DRASS).

Il s'agit notamment des médecins inspecteurs de santé publique, des pharmaciens inspecteurs de santé publique, des ingénieurs sanitaires et des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales.

5.4.4. Dans quelles circonstances un établissement de santé est-il contrôlé ?

Les contrôles comportent les visites de conformité réalisées avant l'ouverture de structures ou la mise en œuvre d'activités de soins ou d'équipements sanitaires. Ces visites sont effectuées en liaison avec les médecins conseils des organismes d'assurance maladie. Elles vérifient que les établissements respectent les autorisations données ainsi que les règles et normes* correspondantes.

Des inspections sont par ailleurs programmées dans le cadre de plans nationaux et régionaux, souvent thématiques (par exemple : contrôle de la sécurité anesthésique, de la stérilisation, de la désinfection des endoscopes...).

Des inspections peuvent aussi être réalisées en urgence sur la base d'un risque avéré ou d'une forte présomption de risque apportée par des plaintes de patients notamment.

5.4.5. Quelles sont les suites des inspections ?

Un rapport initial est rédigé par l'équipe d'inspection. Sauf circonstances nécessitant des mesures immédiates, ce rapport initial est ensuite adressé au responsable de l'établissement. Celui-ci dispose d'un délai fixé à l'avance pour y répondre. Cette démarche aboutit à la rédaction d'un rapport dit contradictoire. L'équipe d'inspection finalise le rapport au vu des réponses apportées par le responsable de l'établissement.

Le rapport final est transmis par l'équipe d'inspection à l'autorité administrative qui a été à l'initiative de l'inspection (directeur de l'ARH ou préfet du département).

Les sanctions, fonctions de la gravité des faits constatés, peuvent aller jusqu'à la suspension immédiate de l'activité, totale ou partielle, de soins ou d'un équipement.

5.4.6. Qu'est-ce que la certification ?

Le terme remplace, pour les établissements de santé, celui d'« accréditation » depuis la loi du 13 août 2004 (*Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie*).

La certification est un processus d'évaluation de la qualité et la sécurité des soins dispensés par les établissements de santé publics et privés, les réseaux de soin et les centres de soin. Elle vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au malade et à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein des établissements de santé.

La Haute Autorité de Santé (HAS), institution indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, organise, met en œuvre et délivre les certifications. Tous les quatre ans 2800 établissements de soins sont certifiés.

Les conclusions par établissement sont disponibles sur le site : <http://www.has-sante.fr>

5.4.7. Quelle évaluation de la qualité dans les établissements de santé ?

Les établissements de santé développent un programme de gestion des risques liés aux soins. Il comprend le plan d'action et de prévention correspondant aux risques prioritaires identifiés et les modalités de son évaluation. Ces éléments sont inclus dans le bilan annuel d'activité de l'établissement.

6. GLOSSAIRE

Accident Exposant au Sang (AES)

Tout contact accidentel avec du sang ou un liquide biologique* contenant du sang, survenant par effraction cutanée (piqûre, coupure) ou par projection sur une muqueuse (œil, bouche) ou une peau lésée.

Les AES exposent au risque de contamination par des pathogènes transmis par le sang tels que le virus de l'hépatite B*, le virus de l'hépatite C* ou le virus de l'immunodéficience humaine*(VIH).

Accident médical

Tout dommage résultant de l'aggravation de l'état de santé antérieur d'un malade lorsqu'il est imputable, soit au fonctionnement défectueux du service où les soins ont été pratiqués, soit à l'exécution ou à la non-exécution d'un acte de caractère médical.

Acte invasif

Acte à visée diagnostique ou thérapeutique nécessitant une exploration à l'intérieur du corps par les orifices naturels (endoscopie, intubation, sonde urinaire, ...) ou par une voie d'accès ouverte spécialement à cet effet (intervention chirurgicale, biopsie, pose de cathéter, ...).

AFSSA

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments. Sous la triple tutelle des Ministères de la Santé, de l'Agriculture et de la Consommation, elle évalue les risques sanitaires et nutritionnels des aliments destinés à l'homme et aux animaux en France.

AFSSAPS

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Elle délivre les autorisations de mise sur le marché des médicaments (AMM) et exerce des fonctions de police sanitaire pour l'ensemble des produits de santé et des dispositifs médicaux.

AFSSET (ex AFSSE)

Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail. Elle a pour mission de contribuer à assurer la sécurité sanitaire et d'évaluer les risques sanitaires dans le domaine de l'environnement et du travail.

Aléa thérapeutique

Risque exceptionnel et inévitable qui se réalise lors d'un acte de soin.

Ambulatoire

Qualifie une prestation médicale destinée à un malade séjournant moins de 24 heures dans l'établissement de santé.

Antibiotique

Les **antibiotiques** sont des substances chimiques (par exemple la pénicilline, l'amoxicilline, ...) qui ont une action spécifique sur les bactéries. Les antibiotiques sont inefficaces sur les virus et les levures.

Antibioprophylaxie

Utilisation d'un antibiotique pour prévenir la survenue d'une infection après la réalisation d'un acte invasif (chirurgie, pose de matériel implantable etc..). Elle s'oppose au traitement curatif, destiné à traiter une infection déjà déclarée, apparente ou non.

Antisepsie

Opération permettant de tuer ou d'inactiver les agents infectieux présents à la surface des tissus vivants.

Antiseptique

Produit permettant de tuer ou d'inactiver les agents infectieux présents à la surface des tissus vivants dans le but de prévenir ou de combattre l'infection.

Asepsie

Ensemble des mesures préventives destinées à empêcher la contamination par des agents infectieux.

Aspergillose

L'aspergillose est une pathologie due à la multiplication d'un champignon : *Aspergillus fumigatus* (le plus souvent). Les patients les plus à risque sont ceux présentant une immunodépression* sévère.

L'aspergillus est plus souvent présent dans l'air en cas de travaux dans les établissements (importance des poussières).

Asymptomatique

Se dit d'une maladie pour laquelle la personne atteinte ne présente pas de signes cliniques ou de symptômes.

ATNC

Agents transmissibles non conventionnels, également appelés prions. Ce sont des protéines dotées d'un caractère infectieux et suspectées d'être la cause de certaines maladies incurables comme l'encéphalopathie spongiforme bovine (ou « maladie de la vache folle ») chez l'animal ou la maladie de Creutzfeldt-Jakob chez l'homme.

Audit des pratiques

Outil le plus utilisé pour l'évaluation des pratiques ; il mesure les écarts notés entre ce qui est prévu (selon des référentiels) et ce qui est observé (méthode d'observation) ou ce qui est réalisé (méthode déclarative).

Bacille pyocyanique

Cf. *Pseudomonas aeruginosa*.

Bactérie

Agents infectieux unicellulaires dépourvus de noyau ("procaryote") universellement présents chez les animaux et dans l'environnement. Chez l'homme, certaines bactéries dites pathogènes peuvent être responsables d'infections (coqueluche, tétanos, angine à streptocoque, méningite à méningocoque...) ; un grand nombre d'entre elles vivent en équilibre avec notre organisme au niveau de la peau ou des muqueuses (bactéries dites commensales ou saprophytes*) mais peuvent occasionnellement devenir pathogènes, notamment en cas de baisse de défenses immunitaires (notion d'infections opportunistes*).

Bactérie multirésistante (BMR)

Bactérie devenue résistante à un grand nombre d'antibiotiques. Bien que ces bactéries ne soient pas plus virulentes que les autres, il est plus difficile de soigner les infections dont elles sont responsables en raison du choix limité d'antibiotiques à utiliser. L'augmentation des résistances aux antibiotiques peut être ralentie par une stratégie de prévention reposant sur un usage plus rationnel des antibiotiques (pour le patient, bien respecter les doses prescrites et ne jamais interrompre un traitement avant la fin de la prescription) et des

mesures d'hygiène individuelle et collective. Exemple de BMR : le staphylocoque doré résistant à la méticilline (SARM).

Bactériémie

Infection générale de l'organisme, caractérisée par la présence de bactéries pathogènes dans le sang. La bactériémie est mise en évidence par hémoculture*.

Bactériurie

Présence de bactéries dans les urines pouvant entraîner une infection si elles sont en quantité suffisante et accompagnées de signes d'inflammation.

Biocontamination

Contamination d'une surface inerte (sols, murs, matériels...) par des agents infectieux. Synonyme : contamination biologique.

Bionettoyage

Procédé destiné à réduire la biocontamination* des surfaces.

Il est obtenu par la succession de 3 étapes :

- nettoyage,
- évacuation de la saleté et des produits utilisés (rinçage),
- application d'un désinfectant.

Candida albicans

Champignon (levure) naturellement présent dans le tube digestif et les voies génitales. Il peut se multiplier et devenir pathogène. Il est alors à l'origine de maladies (candidoses), en particulier quand les fonctions immunitaires d'un individu baissent. Sa transmission de personne à personne est très rare.

Cathéter

Tube long et mince, flexible ou rigide, destiné à être introduit dans un canal, un vaisseau ou un organe creux pour l'explorer, injecter un liquide ou vider une cavité.

CCLIN

Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales. Il existe 5 CCLIN en France qui constituent des centres de référence pour l'évaluation, l'expertise technique et la formation en hygiène hospitalière. Ils coordonnent avec l'InVS* la surveillance et le signalement des infections nosocomiales dans le cadre du RAISIN*.

CHU

Centre hospitalier universitaire. C'est un centre hospitalier qui a passé une convention avec une université comportant une ou plusieurs unités de formation pédagogique et de recherche.

CLIN

Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales. Chaque établissement de soins (public ou privé) doit posséder un CLIN ou une commission équivalente.

Colonisation

Présence d'une bactérie ou d'un champignon dans une région de l'organisme habituellement non stérile (peau, muqueuse...). Ce terme s'oppose à infection.

Compliance

La compliance est la correspondance existant entre le comportement d'un professionnel de santé et les recommandations de bonne pratique concernant une procédure de soins. Elle

correspond aussi au comportement des patients qui suivent correctement les prescriptions d'utilisation des médicaments.

CRCI

Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales. Ce sont des groupements d'experts destinés à favoriser la résolution des conflits par la conciliation et à permettre l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux. Toutes les victimes d'un accident médical grave, avec ou sans faute médicale, et qu'il ait pour origine un acte de prévention, un acte de diagnostic ou un acte thérapeutique, peuvent bénéficier de ce dispositif à condition que l'acte en question ait été réalisé à compter du 5 septembre 2001.

Contamination croisée

Transmission de micro-organismes d'un patient à un autre par l'intermédiaire de matériels, de surfaces contaminés ou des personnels eux-mêmes (par les mains principalement ou manuportée).

CTINILS (ex- CTIN)

Comité Technique national des Infections Nosocomiales et Infections Liées aux Soins. Comité d'experts sur le risque infectieux lié aux soins, placé auprès du directeur général de la santé et du directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au Ministère chargé de la santé.

CRU ou CRUQ

Commission des relations avec les usagers et de la qualité des soins. Elle a remplacé la Commission de conciliation présente dans chaque établissement de santé.

DASRI

Déchets d'activités de soins à risques infectieux (exemples : aiguilles, pansements). Les établissements et professionnels de santé ont l'obligation d'éliminer ces déchets selon une filière spécifique et de suivre la réglementation en vigueur concernant leur emballage, entreposage et transport.

Décontamination

Cf. Pré-désinfection*. Le terme décontamination est impropre.

Déficit immunitaire

Insuffisance des moyens de défense naturels de l'organisme, qui peut être due à une maladie et/ou un traitement. *cf. immunodéprimé**.

Désinfection

Opération destinée à réduire de façon significative la quantité d'agents infectieux dans l'environnement ou sur des dispositifs médicaux thermosensibles qui ne peuvent pas être stérilisés.

Dispositif médical

Tout instrument, appareil, équipement, matière, produit à l'exception des produits d'origine humaine, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales. Les prothèses, les implants, les cathéters, les sondes urinaires sont des exemples de dispositifs médicaux. Certains sont à usage unique et doivent par conséquent ne pas être réutilisés.

Dossier médical

Ensemble de documents rassemblant tous les éléments concernant l'état de santé d'un patient à l'occasion d'une hospitalisation : examen médical, feuillets infirmiers, comptes-rendus opératoires, bilans biologiques et radiologiques, etc. Depuis la loi du 4 mars 2002, chaque personne peut avoir directement accès à son dossier médical sur simple demande.

Endogène

Qualifie une infection due à un agent infectieux qui colonisait (voir colonisation*) probablement le patient. L'infection endogène peut survenir à la faveur d'un acte invasif* ou en raison d'une fragilité particulière.

Par opposition à « exogène »*

Exogène

Qualifie une infection due à un agent infectieux provenant d'autres malades ou de l'environnement (par exemple : légionellose).

Par opposition à « endogène »*.

EOHH

Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière. Chaque établissement de santé (public ou privé) doit posséder une EOHH. Pour les établissements de petite ou moyenne taille, une équipe inter-établissement est possible. Elle est composée de professionnels spécialisés en hygiène hospitalière (médecins, pharmaciens, infirmiers), dont la mission est de mettre en œuvre et d'évaluer les actions de lutte contre les infections nosocomiales définies par l'établissement.

Epidémiologie

L'épidémiologie est l'étude de la distribution des états de santé ou des événements de santé dans une population définie et des facteurs qui les déterminent.

Etablissement de soins

En France, le système hospitalier se compose d'établissements de santé publics et privés.

- les hôpitaux publics sont rattachés à une collectivité territoriale (le plus souvent une commune, parfois un département),
- les hôpitaux privés à but lucratif sont des sociétés commerciales. Les médecins y exercent à titre libéral ou salarié,
- les hôpitaux privés à but non lucratif sont des associations loi de 1901, des établissements gérés par des mutuelles et organismes de sécurité sociale ou des fondations.

Dans le cas d'établissements privés, on parle souvent de cliniques.

Facteur de risque

Tout événement (alimentaire, comportemental, génétique, environnemental, iatrogène, etc.) pouvant favoriser la survenue d'une maladie.

Flore commensale = Flore résidente

Flore résidente

Ensemble des micro-organismes vivant naturellement sur la couche superficielle de l'épiderme et la partie supérieure des follicules pileux. Les bactéries qui composent cette flore ne peuvent vivre qu'en contact ou à proximité de l'homme. Les espèces bactériennes les plus représentatives sont les staphylocoques à coagulase négative, les staphylocoques dorés et les corynébactéries.

Flore transitoire

Ensemble des micro-organismes de passage acquis au contact des personnes, des surfaces ou des objets touchés au cours des gestes quotidiens (poignée de mains, ouverture de porte, utilisation d'un interrupteur ou d'un clavier...). Elle est surtout importante au niveau des parties découvertes notamment les mains. Les espèces bactériennes les plus représentatives sont des germes de la sphère intestinale (entérobactéries, entérocoques...). Le lavage régulier des mains permet de l'éliminer efficacement.

HAS (ex ANAES)

Haute Autorité de Santé. Organisme d'expertise chargé d'évaluer scientifiquement l'utilité médicale de l'ensemble des actes, prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie, de mettre en œuvre la certification des établissements de santé et de promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et du grand public.

Hémoculture

Technique de laboratoire visant à mettre en évidence la présence d'agents infectieux cultivables dans le sang, donc à dépister les états bactériémiques*.

Iatrogène

Se dit des conséquences non recherchées (et spécialement des maladies) mais résultant des soins (y compris la prescription de médicaments) effectués par un médecin.

ICALIN

Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales. Cet indicateur fait partie du tableau de bord des infections nosocomiales mis en place dans les établissements de santé pour mesurer leurs actions et leurs résultats dans le domaine de la lutte contre les infections nosocomiales. Il est accessible sur le site Internet du Ministère de la Santé.

IDMIN

Mission nationale d'information et de développement de la médiation sur les infections nosocomiales, placée auprès de la HAS*.

Immunodéprimé

Qualifie un sujet dont les défenses immunitaires (nécessaires notamment à la lutte contre les infections) sont abaissées (exemple : patients atteints de SIDA, cancéreux sous chimiothérapie, transplantés de moelle osseuse...).

Immunodépression ou immunodéficience

Etat dans lequel se trouve une personne dont les défenses immunitaires sont abaissées. Cf. Immunosuppression* ou déficit immunitaire*.

Immunosuppression

Diminution volontaire des réactions immunitaires de l'organisme dans le but de s'opposer à un processus pathologique (cancer, maladie auto-immune...) ou de favoriser une transplantation (un traitement immunosuppresseur est utilisé dans les greffes d'organe pour éviter le phénomène de rejet).

Incidence (enquête d')

Indicateur épidémiologique* mesurant la fréquence de survenue d'un événement (maladie, infection nosocomiale...) pendant une période de temps donnée.

Indicateur de performance

Donnée quantifiée qui exprime l'efficacité ou l'efficience de tout ou partie d'un système par rapport à une norme ou à un plan déterminé.

Infection

Conséquence de la pénétration dans un organisme d'un agent pathogène (bactérie, virus, champignon, parasite) capable de s'y multiplier. L'infection peut s'accompagner de manifestations cliniques ou rester asymptomatique. Pour les parasites, on parle plutôt d'infestation.

Infection communautaire

Infection acquise dans la communauté familiale, de loisirs, professionnelle ou autre. Souvent utilisé par opposition aux infections acquises à l'hôpital ou nosocomiales.

Infection nosocomiale

Du latin 'nosocomium', hôpital ; du grec 'nosos', malade ; komein, soigner

Infection contractée dans un établissement de santé. Une infection est dite nosocomiale si elle était ni présente ni en cours d'incubation au moment de l'admission à l'hôpital. Ce critère est applicable à toutes les infections. Un délai de survenue d'au moins 48 heures après l'admission pour les infections bactériennes ou fongiques courantes ou un délai supérieur à la période d'incubation de l'infection quand elle est connue (maladie virale, tuberculose...), est couramment accepté pour distinguer une infection d'acquisition communautaire d'une infection nosocomiale.

INPES

Institut National pour la Prévention et l'Education de la Santé (site www.inpes.sante.fr). Ancien Comité Français d'Education pour la Santé (CFES). Ses missions regroupent l'expertise et le conseil en matière de prévention et de promotion de la santé; le développement de l'éducation pour la santé et la mise en œuvre des programmes de prévention.

Institut de Veille Sanitaire (InVS)

Etablissement public, placé sous la tutelle du ministre de la Santé, chargé d'effectuer la surveillance et l'observation permanente de l'état de santé de la population, d'étudier les risques sanitaires et les populations concernées par ces risques, d'alerter les pouvoirs publics en cas de menace sur la santé publique et de proposer toute action appropriée pour prévenir ou atténuer l'impact de cette menace.

IPP = Incapacité Permanente Partielle

Réduction définitive des capacités physiques, sensorielles ou intellectuelles d'une personne, due à un dommage et à ses conséquences dans la vie de tous les jours. Cette incapacité est évaluée par un expert, elle est exprimée en pourcentage de 0% à 100% par référence à un barème.

Isolement protecteur

Ensemble de mesures visant à protéger un patient particulièrement fragile (exemple : transplanté de moelle osseuse), de risques infectieux constitués par l'environnement, les autres patients et/ou les membres du personnel soignant.

Isolement septique

Ensemble de mesures visant à empêcher la transmission d'agents infectieux d'un malade connu comme étant infecté ou colonisé à un autre malade et au personnel soignant.

ITT = Invalidité temporaire de travail

Période définie par un expert pendant laquelle une personne ne peut effectuer les actes de sa vie personnelle (toilette, nourriture, déplacement) et professionnelle. Elle apprécie la perte d'autonomie globale. Elle est exprimée en jours, semaines, mois ou années. Elle prend fin quand la personne est dite consolidée*.

Légionellose

Infection provoquée par la bactérie *Legionella pneumophila* ou légionelle. Cette bactérie est transmise à l'homme par inhalation de microgouttelettes d'eau contaminée, mises en suspension dans l'air. Seules 20 % des légionelloses déclarées sont d'origine nosocomiale.

Létalité

Indicateur particulier de mortalité mesurant la proportion de décès parmi les malades atteints d'une maladie donnée. Il est utilisé pour évaluer la gravité d'une maladie ou la qualité des soins.

Liquide biologique

Tout liquide contenu dans le corps humain : sang, salive, sueur, larmes, urines, liquide céphalo-rachidien, liquide amniotique au cours de la grossesse, etc...

Maladie de Creutzfeldt-Jakob ou MCJ

Cf. Prion* ou ATNC*.

Maladie neurologique humaine toujours fatale entrant dans la catégorie des encéphalites spongiformes et due à une infection par un ATNC* ou un prion*. Sa fréquence est rare (une centaine de cas par an en France). D'origine habituellement inconnue, des formes iatrogènes* sont possibles (hormone de croissance contaminée dans les années 1980...) La forme dite variante (moins de 20 cas rapportés en France) correspond à l'infection de l'homme par le prion responsable de la maladie dite de la vache folle.

Manuportage

Transmission des micro-organismes d'un individu à un autre par l'intermédiaire des mains, d'un objet, d'un matériel souillé.

Micro-organismes

Agent microscopique (virus, bactérie, levure, parasite) capable de se multiplier dans l'environnement ou chez les animaux (dont l'homme) et dont certains d'entre eux sont responsables de pathologies infectieuses chez l'homme (agents infectieux pathogènes pour l'homme).

Synonyme : ATC pour agent transmissible conventionnel.

Par opposition à "prion*" ou "ATNC*".

Morbidité

Indicateur mesurant la fréquence des maladies dans la population.

Mortalité

Indicateur mesurant la fréquence des décès. La mortalité, ou taux de mortalité est le nombre de décès annuels rapporté au nombre d'habitants d'un territoire donné.

Mycobactéries

Groupe de bactéries dont il existe de nombreuses espèces se trouvant dans la terre, les eaux, les aliments, à la surface des plantes, et pour certaines plus spécifiquement dans l'eau du robinet. Leur caractéristique pour certaines est de toucher plus spécifiquement les individus présentant des troubles de l'immunité (on va alors parler d'infection opportuniste*). D'autres espèces, responsables de la lèpre ou de la tuberculose, sont de véritables pathogènes pour l'homme.

Norme

Ensemble de règles définissant des spécifications techniques. Elaborées par voie de consensus, elles sont édictées par un organisme reconnu (exemple : AFNOR en France).

Nosocomial

Cf. Infection nosocomiale*.

ONIAM

Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des Affections Iatrogènes et des Infections Nosocomiales. Cet établissement public a une double mission : permettre l'organisation effective du dispositif de règlement amiable des accidents médicaux prévu par la loi et indemniser les victimes.

Opportuniste

Se dit d'un micro-organisme présent dans une flore de l'organisme ou dans l'environnement, qui est habituellement non pathogène mais qui le devient à la suite d'un affaiblissement des défenses de cet organisme. Les infections dues à de tels micro-organismes sont également qualifiées d'opportunistes.

Pathogène (agent, germe)

Se dit d'un micro-organisme (virus, bactérie, parasite, champignon) à l'origine d'une maladie infectieuse (que celle-ci soit symptomatique ou non).

Pneumonie

Infection profonde d'origine habituellement bactérienne intéressant le tissu pulmonaire (aussi dénommée infection respiratoire basse).

Portage

Période pendant laquelle un sujet est porteur d'un micro-organisme (avec ou sans manifestations cliniques associées).

Post-partum

Période qui suit l'accouchement.

Précautions standard

Précautions d'hygiène à appliquer pour les soins à tout patient, dès lors qu'il existe un risque de contact avec du sang, des liquides biologiques, une peau lésée ou une muqueuse.

Pré-désinfection

Opération utilisant des nettoyants-désinfectants (ou détergents-désinfectants) contenant au moins une substance possédant des propriétés antimicrobiennes. Cf. décontamination*.

Préjudice

Conséquences d'un dommage. Ils sont définis et évalués par un expert (ex : préjudices corporels, préjudices d'agrément, préjudices esthétiques, préjudices économiques...).

Prévalence (enquête de)

Recensement des personnes atteintes d'une certaine maladie à un moment donné dans une population donnée (exemple : enquête de prévalence des infections nosocomiales en France effectuée sur une journée à déterminer au cours d'un mois donné).

Prévention

Ensemble des précautions à prendre par le patient, l'entourage, le personnel soignant, (hygiène des mains, isolement, formation du personnel de soins...) pour éviter la propagation des micro-organismes dans les établissements de santé et lutter contre les infections nosocomiales.

Prion

Protéine infectieuse dérivée d'une molécule existant normalement dans le cerveau, mais de conformation anormale, suspectée d'être l'agent responsable de la maladie de Creutzfeldt-Jakob. Cf. ATNC*.

Prophylaxie

Traitement préventif visant à éviter l'apparition d'une maladie (prophylaxie primaire) ou la rechute de cette maladie (prophylaxie secondaire).

Pseudomonas aeruginosa

ou bacille pyocyanique. Bactérie vivant dans l'eau à l'état de saprophyte*, responsable d'infection chez les personnes immunodéprimées, ou qui ont reçu préalablement des antibiotiques. C'est un germe opportuniste* impliqué fréquemment dans des infections nosocomiales.

Réanimation

Service permettant la prise en charge de patients présentant ou susceptibles de présenter des défaillances viscérales aiguës mettant en jeu le pronostic vital et nécessitant l'utilisation de techniques spécifiques de suppléance et la permanence 24h sur 24 d'un personnel médical et paramédical formé.

Saprophyte

Se dit d'un micro-organisme qui existe à l'état naturel dans l'environnement ou dans l'organisme humain, sans provoquer d'infection (sauf en cas de baisse des défenses immunitaires : voir opportuniste*).

SARM

Staphylococcus aureus ou staphylocoque doré devenu résistant à un antibiotique* dénommé méticilline. L'utilisation intensive des antibiotiques, notamment à l'hôpital, favorise l'émergence des SARM. Du fait de la relative facilité de leur identification, ils constituent un bon marqueur du risque nosocomial. Les patients porteurs de cette bactérie (même s'ils ne sont pas infectés) doivent faire l'objet de mesure d'isolement pour éviter leur dissémination.

Septicémie

Infection générale de l'organisme, caractérisée par la présence de germes pathogènes dans le sang. Il peut s'agir de bactéries (bactériémie) ou de champignons (fongémie). Elle est caractérisée cliniquement par une fièvre élevée, des frissons et une altération de l'état général. Son diagnostic repose sur la pratique d'hémocultures*.

Sepsis

Réaction généralisée plus ou moins sévère de l'organisme à une infection par un micro-organisme pathogène ou opportuniste.

Séroconversion

Apparition dans le sang d'anticorps spécifiques fabriqués en quelques jours par l'organisme vis-à-vis d'un agent infectieux en réponse à l'entrée de celui-ci dans l'organisme ou à une vaccination.

Séropositivité

Situation d'une personne pour laquelle il a été mis en évidence dans le sérum les anticorps recherchés, ce qui indique qu'elle a été infectée. Ce terme n'est pas réservé aux personnes infectées par le virus du Sida (VIH*).

Site opératoire

Zone où est pratiqué le geste chirurgical sur le corps du patient.

Soins intensifs (service de)

Service prenant en charge des patients nécessitant une surveillance constante.

Solution hydro-alcoolique (SHA)

Produit, disponible à l'hôpital et en ville, à base d'alcool et se présentant sous forme liquide, utilisé préférentiellement pour la désinfection des mains. Disponible à l'hôpital et en ville (pharmacie, parapharmacie). D'autres présentations, notamment sous forme de gels, sont également disponibles. C'est pourquoi on désigne plus globalement ce type de désinfectants par le terme « produits hydro alcooliques » (PHA).

Staphylocoque doré

Ou *Staphylococcus aureus*. Bactérie de la flore normale de nombreux individus (elle est présente dans les fosses nasales de 30 à 40 % des sujets) pouvant être à l'origine d'infections sévères, notamment chez les patients fragiles ou immunodéprimés*.

Stérilisation

Opération permettant d'éliminer ou de tuer les micro-organismes portés par des milieux inertes contaminés (instruments, matériels, ...).

Transmission

Fait de transmettre un microorganisme, une infection ou une maladie à une autre personne, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un matériel.

Virucide

Produit ou procédé destiné à inactiver les virus.

Virus

Agent infectieux qui ne peut pas se reproduire en dehors des cellules qu'il infecte et qui est insensible à l'action des antibiotiques. Certaines infections virales sont combattues par la vaccination à titre préventif et par les antiviraux à titre curatif.

Virus de l'hépatite B (VHB ou HBV)

Virus capable d'infecter les cellules du foie de façon aiguë ou chronique, et de provoquer des cirrhoses et des cancers du foie. Il se transmet principalement par voie sexuelle, sanguine et de la mère à l'enfant. La prévention de sa transmission à l'hôpital repose principalement sur la vaccination des personnels de santé et des patients à risque et sur l'application stricte des précautions standard*.

Virus de l'hépatite C (VHC ou HCV)

Virus capable d'infecter les cellules du foie, surtout de façon chronique, et susceptible d'entraîner une cirrhose du foie, voire un cancer. Il se transmet principalement par le sang. La prévention de sa transmission à l'hôpital repose principalement sur l'application stricte des précautions standard*.

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH ou HIV)

Virus capable d'infecter les cellules qui supportent l'immunité et responsable du Sida (caractérisé par la survenue d'infections opportunistes* ou de cancers chez des sujets porteurs de ce virus dont les défenses immunitaires sont effondrées). Il se transmet principalement par voie sexuelle, sanguine et de la mère à l'enfant. La prévention de sa transmission à l'hôpital repose principalement sur l'application stricte des précautions standard*.