

## Infections l' hôpital, milieu à risque

01/02/1997 - © Le Point - N°1272

Chaque année, 600 000 Français souffrent d'infections contractées en milieu hospitalier et près de 10 000 en meurent. Par manque de précautions d'hygiène et, paradoxalement, à cause d'un usage pervers des antibiotiques. Enquête. Dûment médiatisée, l'histoire du docteur Patrick Cohen a tétanisé la France. Patrick Cohen est spécialiste de chirurgie orthopédique et traumatologique. Un jour, le 20 mai 1983 précisément, il se pique en implantant une prothèse sur une femme polytransfusée. Onze ans se passent avant qu'il découvre sa séropositivité. Onze ans au cours desquels il opère des milliers de patients. A-t-il pu contaminer l'un ou l'autre ? Le risque est théoriquement infinitésimal, de l'ordre de 2 pour 100 000. Mais le docteur Cohen demande que ses quelque 5 000 patients soient informés et incités à se soumettre à un dépistage. Une femme, parmi eux, se révèle séropositive. Mandaté par le ministère de la Santé, le professeur Luc Montagnier confirme voilà quelques jours, après une analyse moléculaire comparée du VIH présent chez le chirurgien et du virus trouvé chez sa patiente, qu'« il y a une très grande probabilité » que l'un ait contaminé l'autre. L'émoi public que provoque cette annonce est compréhensible : un chirurgien qui transmet le sida, voilà qui impressionne et qui effraie. Aussitôt, d'ailleurs, l'ordre des médecins recommande aux chirurgiens infectés par le virus du sida de cesser leur activité. Un « devoir moral » à l'évidence élémentaire. Mais, pour légitime qu'il soit, cet émoi est aussi exagéré, ou plutôt mal ciblé. Car, précise bien Luc Montagnier, « ce type de transmission nosocomiale reste tout à fait exceptionnel ». C'est en effet le deuxième cas d'une telle contamination recensé dans le monde si l'on prend en compte celui, mal éclairci, d'un dentiste américain qui aurait infecté six de ses patients. Autant dire que, statistiquement, il n'y a pas lieu de paniquer. Il en va tout autrement, en revanche, d'autres infections nosocomiales - c'est-à-dire contractées dans les hôpitaux ou les cliniques -, moins médiatiques certes, mais qui, pour sévir dans l'anonymat, n'en sont pas moins de grandes tueuses. C'est ainsi que, tranquillement si l'on ose dire, 10 000 Français, chaque année, meurent d'une infection hospitalière. Soit - pardon pour ces cyniques comptabilités - largement plus que le nombre de tués sur les routes (8 412 en 1995) ou des morts du sida (30 000 sur dix ans). Le Point a enquêté sur cette hécatombe trop discrète. Michel Richard

Un Airbus qui s'écraserait chaque semaine sans qu'il y ait le moindre survivant. C'est l'incroyable bilan de la mortalité due aux infections contractées dans les hôpitaux et les cliniques français. Une comparaison choc qu'assène Patrick Breack, ingénieur hygiéniste, dans le livre qu'il vient de consacrer à l'hygiène et à la qualité hospitalières (Hermann). « Pourtant, poursuit cruellement l'auteur, si tout l'équipage d'un avion partage le sort des passagers, les personnels soignants n'accompagnent généralement pas leurs patients dans la tombe. C'est une nuance de taille qui explique, en grande partie, la différence d'attitude des uns et des autres face à la gestion du risque. » Si bien que, bon an mal an, et sans scandale public, 5 à 10 % des malades hospitalisés en France souffrent d'une telle infection, soit 600 000 à 1,1 million de patients chaque année. Et que 10 000 d'entre eux environ en meurent.

Ces infections provoquées par les germes qui pullulent dans ce milieu à risque, les spécialistes les appellent infections nosocomiales. Pour l'essentiel, il s'agit d'infections urinaires (entre le tiers et la moitié des cas, selon les services), qui sont aussi, heureusement, les plus bénignes. Le quart des infections nosocomiales survient chez des malades opérés et les risques sont majeurs dans les services de réanimation, de grands brûlés et de prématurés. Même si elles n'entraînent pas la mort, et nonobstant les troubles subis par les malades, ces infections sont mineures. On a ainsi calculé qu'elles entraînent une prolongation de la durée du séjour hospitalier de cinq à sept jours en moyenne, qu'elles coûtent entre 10 000 et 20 000 francs par malade infecté, soit un total de 2,2 à 3,5 milliards de francs par an, et qu'enfin plus du tiers du budget des antibiotiques est dépensé pour leur traitement.

Se laver les mains deux heures par jour

« Même quand les actes sont effectués de façon irréprochable, explique le professeur Gilles Brûcker, le directeur du service Vigilance, hygiène et prévention à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), il y a toujours deux risques : les propres germes du malade et les manipulations par le personnel médical. Le premier s'explique facilement : il y a des milliards de germes dans notre organisme, avec lesquels nous cohabitons sans problème tant qu'ils ne profitent pas d'une faiblesse particulière ou d'une lésion pour étendre leur territoire. Certains staphylocoques, normalement présents sur la peau, recolonisent peu à peu la région désinfectée, par exemple lors de la mise en place d'un cathéter. Quand ils arrivent au niveau du point de pénétration de ce petit tuyau, ils suivent cette voie et vont dans le sang. Le malade peut aussi se gratter le nez (site de prédilection du staphylocoque doré) puis toucher sa perfusion qui le gêne et ainsi s'infecter. Cette contamination endogène, retrouvée dans la moitié des infections nosocomiales, est très difficile à prévenir. On ne peut tout de même pas passer les malades dans un stérilisateur. »

Mais il y a bien plus grave. Les patients peuvent être contaminés, notamment lors des soins, par des bactéries présentes à l'hôpital. Ces établissements réunissent toutes les conditions pour le développement des germes : une concentration de population dans un espace restreint (à titre d'exemple, il y a en permanence environ 10 000 personnes à la Pitié-Salpêtrière, à Paris), une circulation importante des malades entre les différents services, des contacts physiques fréquents imposés par les soins, le tout dans un milieu chaud et humide. Et pour compliquer encore la situation, ces germes sont d'autant plus dangereux qu'ils sont souvent résistants aux antibiotiques. Ils provoquent donc des infections plus graves, plus longues à traiter et plus souvent mortelles.

La principale source de contamination n'est pas aérienne - l'air est un vecteur assez médiocre de l'infection nosocomiale - mais dans le manuportage, le contact physique. Un lavage correct des mains s'impose donc. En théorie, le personnel médical doit effectuer ce geste 40 à 80 fois par jour, pendant deux minutes à chaque fois, bien se rincer pour éviter toute irritation (source potentielle d'infection) et se sécher avec un essuie-mains jetable. Au total, un soignant consciencieux est censé passer, quotidiennement, entre une heure et demie et deux heures et demie à se laver les mains ! Et aucune manipulation - fermeture de robinet sans précaution, ouverture de porte... - ne doit avoir lieu entre cet acte et le moment de toucher le malade.

Les hôpitaux s'équipent de mieux en mieux pour répondre à ces contraintes. Mais cela coûte cher, et il y a un retard certain à compenser. Dans son numéro d'octobre 1994, la revue de l'AP-HP note que, si 93 % des chambres disposent d'un point d'eau, seuls 20 % de ces derniers répondent aux normes exigées pour le lavage des mains, notamment en matière de savon et d'essuie-mains. Et un point d'eau est bien présent dans 100 % des postes de soin, mais il n'est conforme que dans 77 % des cas. L'AP-HP ne faisant pas figure de lanterne rouge en la matière, on imagine aisément ce que la situation peut être ailleurs.

En outre, une parfaite désinfection du matériel s'impose pour éviter la transmission d'agents infectieux d'un malade à l'autre. C'est notamment le cas pour les endoscopes, ces tubes flexibles et munis d'un système optique qui sont introduits par la bouche ou l'anus pour explorer l'intérieur de l'estomac ou du côlon. Près de 15 % de la population française a déjà bénéficié de cet examen. Or des publications indiquent que certains patients auraient alors pu être contaminés par le virus de l'hépatite C (voir encadré), principalement ceux qui ont subi une biopsie - donc le prélèvement d'un petit morceau de tissu - à l'occasion de l'exploration.

Devant l'ampleur du danger - même s'il est impossible, à ce jour, de connaître la proportion de personnes concernées - les autorités sanitaires ont promulgué en avril dernier une circulaire instituant des règles drastiques de nettoyage de ces appareils. Après chaque utilisation, l'endoscope doit être plongé dans un détergent, puis soigneusement écouvillonné et rincé. Il faut ensuite le tremper dans une solution désinfectante et enfin dans un liquide de rinçage. L'ensemble du processus dure plus d'une demi-heure. Quant aux pinces à biopsie, elles doivent impérativement être stérilisées en autoclave.

Selon un récent article du JIM (Journal international de médecine), le strict respect de ces méthodes impose l'achat de nouveaux appareils (un vidéo-endoscope vaut entre 180 000 et 190 000 francs) ou l'espacement des rendez-vous, le temps de réaliser correctement les différentes manipulations entre chaque patient.

Il faut ajouter à cela un renouvellement tous les quinze jours des produits de décontamination. La facture est donc salée. Et tous n'auraient pas les moyens de la payer. Si l'on en croit le docteur Jean-François Rey (Abstract Gastro de novembre 1996), des progrès importants ont été constatés ces dernières années en ce qui concerne la désinfection des endoscopes, mais environ 30 % de ceux qui sont employés, tant dans le secteur public que dans le privé, ne sont toujours pas correctement nettoyés !

Bien entendu, la transmission d'agents infectieux est nulle avec du matériel jetable. Les instruments à usage unique, aujourd'hui largement utilisés en chirurgie et en réanimation, sont d'ailleurs préférés par les soignants et par les soignés. Ils permettent aux premiers de gagner du temps en leur évitant les opérations - longues, délicates et risquées - de nettoyage et de stérilisation. Quant aux seconds, on ne s'étonnera pas qu'ils les plébiscitent. Un sondage Sofres réalisé en mai 1996 auprès de 1 010 adultes indique que 6 Français sur 10 ont peur d'être contaminés par du matériel chirurgical réutilisable. Les deux tiers se déclaraient prêts à payer un supplément pour être opérés avec du matériel jetable. Il est vrai que 6 % des personnes interrogées lors de cette enquête avaient déjà souffert personnellement d'une infection hospitalière et que 13 % connaissaient, dans leur entourage, une personne ayant contracté ce type de maladie.

L'usage intensif des antibiotiques

Bien entendu, les infections nosocomiales ne sont pas une spécificité française. Tous les grands pays y sont confrontés, dans des proportions grosso modo voisines. Simplement, la France a mis plus longtemps que les autres à s'en soucier. Il aura fallu attendre la fin des années 80 pour que nos autorités sanitaires prennent les premières mesures. « Notre pays, remarque Gilles Brücker, peut s'enorgueillir d'avoir largement contribué à l'essor de l'hygiène avec les travaux de Pasteur, mais cela n'a pas suffi pour que l'hygiène devienne, au XXe siècle, une discipline majeure dans les hôpitaux français, ni même une spécialité recherchée par les meilleurs. »

L'une des conséquences - et c'est bien là le drame - c'est que la France est le pays d'Europe du Nord dans lequel il y a le plus d'infections qui résistent aux antibiotiques. La fréquence moyenne de résistance des staphylocoques dorés à la méthicilline y est proche de 35 %, alors qu'elle n'est que de 10 % en Allemagne et de seulement 1 % dans les pays nordiques. Et il y aurait trois fois plus de klebsielles (des bactéries du tube digestif) multirésistantes en France qu'en Belgique ou aux Pays-Bas.

Pourquoi ? Paradoxalement, c'est à l'usage intensif que l'on fait en France des antibiotiques que l'on doit cette situation. Lequel usage a des effets pervers ; il induit souvent un relâchement de la vigilance du personnel et, surtout, fait apparaître des souches de bactéries de plus en plus résistantes. Un phénomène, apparu dès le début des années 60, que l'on n'a pas pris suffisamment au sérieux. L'émergence de résistances est simple à comprendre. Dans toute population microbienne, un « individu » sur 106 à 108 résiste spontanément aux médicaments destinés à le tuer. Il peut donc se multiplier et proliférer d'autant plus facilement que le traitement antibiotique lui a fait « place nette ». C'est ainsi que la prescription d'antibiotiques à large spectre aboutit à la sélection de souches résistantes : ces produits, qui agissent simultanément sur une vingtaine d'espèces, créent autant de souches résistantes. Quand un malade souffre d'une infection, son médecin doit lui prescrire un traitement avant même l'identification précise du germe en cause. Il choisit donc en général un antibiotique capable de « ratisser large ». Avec un produit plus ciblé, il y aurait toujours le risque de ne pas être actif sur le germe en cause. En d'autres termes, pour traiter vite et bien son patient, il nuit objectivement à la collectivité.

« La lutte contre les germes résistant aux antibiotiques est notre priorité depuis 1992, affirme le professeur Gilles Brücker. Nous avons concentré nos actions et mobilisé le personnel sur ce programme précis. Résultat : en trois ans, à l'AP-HP, nous avons réduit de 20 % le nombre d'infections provoquées par ces agents. »

Pour arriver à ce résultat, ce spécialiste a commencé par faire évoluer la politique d'utilisation des antibiotiques. Il a largement insisté sur la nécessité de prescrire des traitements aussi courts que possible, à bon escient et avec des médicaments à spectre étroit, bien ciblés. Fini, donc, le temps des antibiotiques prophylactiques au moindre risque. Autre inflexion : les malades qui vont subir une intervention chirurgicale séjournent le moins possible à l'hôpital avant d'être opérés. Cela pour limiter leur potentielle contamination.

A l'hôpital même, la stratégie pour endiguer la propagation des infections est toujours identique. Elle consiste à identifier le malade porteur de germes multirésistants, à l'isoler (ou à le mettre dans une chambre avec d'autres personnes également contaminées), à renforcer les mesures d'hygiène (un sigle particulier est même placé sur son dossier médical et sur la porte de sa chambre) et à le soigner avec des antibiotiques adaptés, très puissants et souvent réservés à l'usage hospitalier pour préserver leur efficacité. Si, dans la même unité, plusieurs patients contractent la même infection à germes multirésistants, un prélèvement est effectué chez tous les hospitalisés, et tous les porteurs de ces germes sont isolés (tous ne développeront pas l'infection, mais tous risquent de diffuser les agents infectieux).

La prise en charge de ces malades est contraignante. « Quand l'un d'eux nous appelle en urgence, il faut vite mettre des protections spéciales, raconte une infirmière. Mais l'hygiène passe au deuxième plan si la vie du malade est en danger. S'il fait un arrêt cardiaque, par exemple, chaque seconde compte. » De tels comportements sont parfaitement justifiés dans de telles situations.

Dix millions pour la prévention

Mais, dans certains services, bon nombre d'entorses au règlement ont lieu hors urgence. Pis, les consignes les plus élémentaires ne sont pas toujours respectées. « Lorsque le personnel chargé du nettoyage est informé qu'un malade souffre d'une infection résistante, il applique les mesures de protection qu'on lui a enseignées, affirme Patrick Breack. Mais il n'est pas exclu de rencontrer dans la même chambre un agent protégé par un masque, une blouse et une coiffe, une infirmière ne portant qu'un tablier et des gants, et un médecin en tenue de ville. »

Ces attitudes pour le moins désinvoltes devraient se raréfier d'autant plus que, depuis octobre 1988, tous les établissements de santé participant au service public (mais pas ceux du privé) doivent disposer d'un comité de

lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), dont le rôle est d'exercer une surveillance et de mettre en place des programmes de prévention. La France est maintenant divisée en cinq régions, chacune étant dotée d'un comité de coordination des CLIN. Enfin, le Comité technique national des infections nosocomiales conseille le ministère et définit la politique à suivre. « Malheureusement, les CLIN ont été créés sans moyens réels, regrette le professeur Brückner. Même si des efforts réels ont été faits à l'AP-HP, c'est encore insuffisant par rapport à l'ampleur du problème. » La Direction générale de la santé et la Direction des hôpitaux donnent un budget de plus de 10 millions de francs par an pour la mise en place et le fonctionnement des cinq comités de coordination des CLIN. Une somme non négligeable, mais pas à la hauteur des besoins.

Normalement, les hôpitaux devraient disposer d'une infirmière hygiéniste pour 400 à 500 lits et d'un praticien pour 800 à 1 000 lits. C'est encore loin d'être le cas, sauf dans quelques grands établissements.

Bref, il y a de quoi faire si l'on veut réduire les infections hospitalières. D'autant que le coût de la lutte sera, au moins en partie, compensé par une diminution de la consommation d'antibiotiques. En outre, on pourrait éviter 20 à 30 % des infections urinaires en posant moins de sondes, en les laissant moins longtemps et en les manipulant avec plus de précautions.

Mais il semble impossible de réduire de 30 % en cinq ans le nombre des infections nosocomiales, comme le souhaitait le ministre de la Santé fin 1994. Les Américains, qui s'étaient fixé un but aussi ambitieux, ont récemment dû réviser leurs prétentions. Car même les programmes expérimentaux de prévention, suivis au pied de la lettre, n'ont permis de diminuer que de 3 à 13 % la fréquence de ces infections.

« Les pilotes, tenus de répéter avant chaque vol leur interminable check-list, ne se plaignent certainement pas de relever à cette occasion une quelconque anomalie technique, note Patrick Breack. Les passagers se fient à leur conscience professionnelle. Mais les mêmes pilotes, hospitalisés, peuvent-ils nourrir la même certitude quant à la rigueur des contrôles pratiqués chaque matin ? » La réponse est encore négative, même si la situation s'améliore lentement.

Tout le monde admet que les hôpitaux, comme les avions, ne seront jamais sûrs à 100 %. Mais aucune compagnie ne survivrait à un crash par semaine. Il n'y a pas de raison pour que les services hospitaliers les plus négligents puissent continuer à fonctionner comme si de rien n'était.

#### Le fléau de l'hépatite C

A peu près 15 % des hépatites C seraient d'origine nosocomiale, donc liées à la chirurgie, à la dialyse rénale, à l'endoscopie, aux soins dentaires, ou à divers gestes invasifs. Le risque transfusionnel, en revanche, est quasi nul depuis six ans, depuis que le dépistage de ce virus dans le sang est obligatoire. D'autre part, près du quart des cas seraient liés à la toxicomanie et, chez 30 à 40 % des patients, l'origine de la contamination reste mystérieuse. Ces chiffres prouvent que l'hépatite C n'est pas une infection exclusivement hospitalière, loin de là, mais un véritable problème de santé publique.

En France, de 500 000 à 600 000 personnes ont déjà rencontré ce virus. Parmi elles, de 400 000 à 500 000 en sont toujours porteuses. Et 6 000 hépatites C sont diagnostiquées chaque année, en moyenne dix ans après la contamination. Une fois sur cinq, les malades souffrent déjà d'une cirrhose du foie.

Les patients bénéficient donc trop rarement d'une bonne prise en charge, en temps voulu. Pour tenter d'améliorer le dépistage et le traitement de cette maladie, une conférence de consensus a été réunie à la mi-janvier. Elle vient de livrer ses recommandations.

« Nous ne souhaitons être ni alarmistes ni attentistes », précise le professeur Jean-Paul Galmiche, président du jury de la conférence. Selon lui, le dépistage de masse (souhaité par la Direction générale de la santé en février 1996) devrait être abandonné, au profit d'une action ciblée sur les groupes à haut risque : les personnes transfusées avant 1991 et les toxicomanes. Pour ces derniers, les tests devraient être renouvelés régulièrement. Les membres de la conférence de consensus pensaient ainsi parvenir au meilleur rapport coût/efficacité. Mais le ministre de la Santé préfère conserver un dépistage plus large.

Ce dépistage est d'autant plus nécessaire que l'hépatite C est une maladie sournoise, dont la contamination passe inaperçue huit fois sur dix. Elle guérit spontanément chez 25 % des patients. Mais, le plus souvent, le virus réussit à déjouer les défenses immunitaires, et les conséquences peuvent être graves : 20 % de cirrhoses au bout

d'une quinzaine d'années, qui donneront un cancer du foie, dix ans plus tard, dans 4 % des cas. Plus de 100 000 cirrhoses et plus de 15 000 cancers du foie sont donc attendus dans l'avenir, en France.

Mais tout dépistage coûte cher et l'argent tarde à arriver. « La Direction générale de la santé nous incite à proposer ces tests, mais le ministère des Affaires sociales serre la vis, note le professeur Daniel Dhumeaux, chef du service d'hépatogastro-entérologie à l'hôpital Henri-Mondor de Créteil et président du comité d'organisation de la conférence de consensus. On ne peut appuyer sur le frein et l'accélérateur en même temps. » Pour preuve, ce spécialiste qui a créé le premier réseau ville-hôpital pour l'hépatite C - il y en a maintenant une trentaine à l'échelon national - n'a obtenu qu'un poste de médecin vacataire et de secrétaire à mi-temps pour former les acteurs de santé, informer 800 000 habitants répartis sur environ 40 communes, dépister et traiter ceux qui en ont besoin.

Quant aux médecins, ils hésitent jusqu'à présent à prescrire largement le dépistage, car ils craignent d'augmenter les dépenses de santé et d'en payer les conséquences. Hervé Gaymard veut les rassurer. Il a précisé que l'augmentation des dépenses des villes liée à l'hépatite C ne sera pas prise en compte dans l'enveloppe globale. Côté traitement, seul l'interféron-alpha a, jusqu'à présent, fait la preuve de son efficacité. Et encore, cette dernière n'est réelle et durable que chez 25 à 30 % des patients, souvent au prix d'effets indésirables (pour un coût évalué à environ 25 000 francs par malade).

Les recommandations de la conférence de consensus, comme celles de la Direction générale de la santé, préconisent donc de ne proposer ce médicament qu'après un bilan précis, comprenant diverses investigations, dont une biopsie hépatique. Le jury précise, en plus, que le patient doit être motivé, qu'il doit consommer moins de deux verres de vin par jour et être sevré de la drogue.

Enfin, il faut souligner que certaines combinaisons médicamenteuses semblent donner des résultats encourageants. Le jury de la conférence de consensus recommande d'ailleurs la réalisation d'essais thérapeutiques à grande échelle pour évaluer l'intérêt de ces nouveaux traitements. Les résultats de ces travaux pourraient modifier les positions actuelles. Un groupe de travail, prochainement nommé, les suivra de près. A. J.