

Hôpital Cantonal

CONSEIL d'ETHIQUE CLINIQUE

PROJET "PRECAUTIONS STANDARD"

Avis du Conseil d'Éthique Clinique des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)

PREAMBULE

Le Conseil d'éthique clinique a été saisi par Mme R. ALVAREZ-Ceyssat (Direction du Département des soins infirmiers) et par le Dr H. SAX (Prévention et de Contrôle de l'Infection) concernant les éventuels problèmes éthiques soulevés par le projet « Précautions standard ».

Contexte

Le problème de la transmission des germes d'un malade à d'autres patients ou au personnel soignant est permanent en milieu hospitalier. Une illustration particulièrement préoccupante en est l'épidémie de colonisation ou d'infections à staphylocoques dorés méthicilline-résistants (MRSA) qui sévit actuellement dans certains secteurs des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). La proportion de malades porteurs de MRSA varie en effet de 5 à 30 % selon les secteurs de soins. Toutefois, même si cette infection est le problème le plus important en termes numériques, de nombreux autres germes peuvent être impliqués, chacun avec leur mode de transmission spécifique, par contact, par gouttelettes ou par l'air. L'infection/colonisation par MRSA n'est donc utilisée, dans ce document, qu'à titre d'illustration.

Le projet « précautions standard » prévoit deux types de mesures :

1. Les mesures de base de protection, qui concernent tous les patients. En effet, une proportion importante des patients porteurs d'agents infectieux n'est pas identifiée et l'efficacité de ces mesures de base dépend ainsi de leur application à tous les malades, par tous les collaborateurs des HUG. Elles ne font donc pas l'objet d'une signalisation particulière et ne sont donc pas concernées par la réflexion présentée ici.
2. Des mesures spécifiques pour les patients connus pour être porteurs ou infectés par des agents transmissibles, particulières selon le type d'agent. Il est prévu que ces mesures fassent l'objet d'une signalisation, que le patient soit porteur, à risque d'être porteur, ou atteint d'une infection active. A titre d'exemple, 30% des patients connus pour avoir été porteurs de MRSA lors d'une hospitalisation antérieure (« alerte MRSA ») sont toujours porteurs de ce germe. Ils font donc également l'objet d'une signalisation jusqu'à la réception des résultats des prélèvements dont l'analyse prend actuellement 3,5 jours.

Des cartons colorés placés sur la porte de la chambre des patients signalent déjà les patients nécessitant des précautions particulières en raison d'un risque infectieux. Toutefois, ce mode de signalisation est jugé insuffisant en raison de l'impossibilité de mettre tous les patients potentiellement infectieux (en particulier porteurs de MRSA) dans des chambres à un seul lit. De

plus, les patients sont souvent déplacés vers des services prestataires d'examens ou de soins (radiologie, blocs opératoires, etc.). Ainsi, la principale nouveauté du projet « précautions standard » consiste en l'identification des malades potentiellement infectieux au niveau de leur lit, afin de permettre leur identification lorsqu'ils sont admis en chambre commune ou quand ils sont transportés dans les services prestataires. Une signalisation *ad hoc* a été développée à cet effet, dont on soulignera les caractéristiques suivantes :

- elle ne permet pas de connaître le diagnostic du germe dont le patient est porteur ou par lequel il est infecté ;
- elle est discrète ;
- elle différencie quatre catégories de risque de transmission, chacune d'entre elles correspondant à des mesures appropriées : contact, gouttelettes, air, absolue ;
- elle est également appliquée aux patients à protéger, à savoir tous les patients aux défenses diminuées et au risque élevé d'être infectés, quelle qu'en soit la cause (par exemple les patients en agranulocytose après une chimiothérapie).

Questions posées

La question centrale posée au conseil concerne la confidentialité : le droit des patients au respect de la confidentialité est-il ou non préservé par ces mesures ?

Les questions subsidiaires sont :

- les modalités de l'information qui doit être fournie ;
- la nécessité de recueillir le consentement du patient à l'application de la signalisation ;
- le problème du patient incapable de discernement ;
- l'attitude à avoir en cas de refus du patient
- l'attitude à adopter en cas de refus d'un soignant d'appliquer les mesures de signalisation.

AVIS DE LA COMMISSION D'ETHIQUE CLINIQUE

Sur le plan éthique, les problèmes soulevés par le projet « précautions standard » concernent pour le patient signalé la confidentialité et l'autonomie, et pour la communauté des patients et des soignants, la bienfaisance/non-maléficienne.

Bienfaisance/non-maléficienne

L'épidémie à MRSA, comme d'ailleurs les autres infections nosocomiales, est responsable dans notre hôpital d'une sur-morbidité majeure pour l'ensemble des patients. De plus, les HUG prennent en charge de nombreux patients porteurs d'agents transmissibles autres que le MRSA. Le seul moyen d'éviter la transmission de l'infection à d'autres malades par les soignants ou la contamination des soignants est l'application de mesures de protection systématique. L'identification des patients porteurs d'agents transmissibles à tous les niveaux de la chaîne de soins est donc une nécessité, afin de protéger la communauté des patients, et les mesures actuelles sont jugées insuffisantes.

Il n'existe pas de preuves directes que les modifications de signalisation proposées ont un impact sur le risque de transmission et celui de survenue d'épidémies intra-hospitalières. Plusieurs arguments indirects permettent néanmoins de le supposer. Une étude réalisée dans notre institution démontre que, malgré des campagnes d'information et de nombreuses interventions sur le terrain, l'observance de mesures élémentaires telles que la désinfection des mains ne sont observées que dans 34% des situations qui les justifient¹. Bien que cela représente un progrès significatif, l'observance globale ayant passé de 48 à 66%, cela reste insatisfaisant, et il n'est pas certain qu'une intensification des moyens mis en œuvre permette d'améliorer encore ces chiffres. c'est encore insuffisant. Une autre étude démontre que les mesures d'isolement des patients

porteurs de MRSA diminue de 16 fois le risque de transmission de ce germe à d'autres patients ². Ainsi, la signalisation des patients porteurs d'agents transmissibles devrait permettre d'augmenter l'observance des mesures de précaution essentielles en attirant l'attention des soignants. En résumé, les nouvelles mesures préconisées sont de nature à permettre une meilleure protection des patients et des soignants. On peut donc conclure qu'elles servent le principe de bienfaisance pour l'ensemble des patients.

Le patient sujet à ces mesures de signalisation, en revanche, n'en bénéficie pas directement, puisqu'il est déjà porteur du germe ou même d'une infection. Néanmoins, il en bénéficie potentiellement dans l'hypothèse d'une hospitalisation ultérieure dans un environnement de soins rendu plus sûr par l'application de ces mesures. Il n'en reste pas moins que les précautions nécessaires sont une contrainte tant pour le patient que pour ses visiteurs (port de blouse, éventuellement de masque de protection, de gants...). Néanmoins, ce sont bien les mesures de protection elle-mêmes, que personne ne conteste, qui sont un fardeau pour le patient et non la signalisation. De plus, le patient peu bénéficier des mêmes mesures directement lorsqu'il s'agit de le protéger d'une infection plutôt que de protéger les tiers. Ainsi, la balance bienfaisance/non-maléficienne paraît neutre pour les patients et pencher largement en faveur de la bienfaisance pour l'ensemble de la communauté patients-soignants.

Confidentialité

Dans la mesure où l'existence d'une signalisation sur le lit du patient ne permet pas de connaître le diagnostic de l'affection dont il est atteint, il n'y a pas d'atteinte majeure à la confidentialité. Néanmoins, on ne peut ignorer qu'une telle signalisation peut être ressentie comme stigmatisante par certains patients. Toutefois, le caractère discret de la signalisation proposée et sa variété est de nature à minimiser cet effet. Ce n'était pas le cas, par exemple, de la pastille jaune qui était apposée au graphique infirmier de tous les patients présentant un risque de contamination sanguine et qui avait rapidement été assimilée par les soignants comme signant une infection à VIH, quand bien même il pouvait s'agir aussi bien d'une hépatite B ou C chronique, par exemple. De plus, l'infection à MRSA n'est pas en tant que telle une infection stigmatisante, mais bien plutôt une conséquence indésirable des soins dans un hôpital où sévit une telle épidémie, conséquence dont tous les patients et les soignants doivent porter le poids. On pourrait arguer que ce n'est pas le cas d'autres infections comme la tuberculose, qui fera l'objet d'une signalisation de type « contamination par l'air », mais, là encore, il ne s'agit pas du seul pathogène qui sera signalé de cette façon. D'autre part, les précautions à prendre sont déjà signalées sur la porte de ces malades et les conditions d'isolement sont très strictes. Enfin, les patients fragilisés et qui doivent être protégés contre une infection sont également signalés par le même genre de code. En résumé, l'atteinte à la confidentialité nous paraît minime et elle est largement contrebalancée par le respect nécessaire des autres valeurs en jeu.

Autonomie

Information du patient

Plusieurs des questions posées par les mandants concernent le principe d'autonomie, en particulier la nécessité de recueillir un consentement pour mettre en œuvre la signalisation et la possibilité de refus par le patient. Dans la mesure où les précautions standard mettent en place une signalisation qui représente une atteinte, même minime, à la confidentialité, et les précautions qui en découlent sont un fardeau supplémentaire pour le patient et son entourage, la question de l'information à délivrer au patient nous paraît cruciale. Dans la pratique quotidienne, cette information est le plus souvent délivrée par le personnel infirmier. Dans le cas particulier du MRSA, la procédure dite « d'alerte MRSA » est en effet mise en œuvre dès l'admission du patient, et appliquée en priorité par le personnel infirmier dans le cadre des soins. Toutefois, une infection à MRSA ou à tout autre agent infectieux est autant un problème médical pour le patient qu'un problème de soins. S'il est parfaitement approprié que les mesures de précaution lors des soins et la nécessité d'une signalisation soit expliquée au patient par le personnel infirmier, le médecin traitant hospitalier porte aussi sa part de responsabilité dans l'information du patient. Le fait que les médecins se sentent également responsables de ce problème devrait permettre

d'éviter que le personnel infirmier, pourtant le plus proche du patient, ait le sentiment de porter seul la charge d'une information dont la portée désagréable pour les deux parties ne doit pas être minimisée. Ainsi, c'est un esprit de solidarité entre tous les soignants, médecins et infirmier(ère)s qui doit régir l'information au sujet des mesures de précaution et de signalisation. Enfin, il serait extrêmement souhaitable de disposer de plaquettes d'informations du patient expliquant tant la signalisation que les mesures de précaution dans un langage simple et accessible, pour servir de support à l'information par les médecins et le personnel soignant. On pourrait pareillement souhaiter que le problème de l'infection nosocomiale et des mesures de précaution soit abordé dans la plaquette distribués à tous les patients à l'admission, en des termes mesurés mais précis.

Consentement

Ce temps d'information est en même temps l'occasion pour les soignants de répondre aux éventuelles questions du patient ainsi qu'à des objections possibles. Ce recueil de consentement implicite paraît suffisant si l'on considère la bénignité de l'atteinte à la confidentialité et le bénéfice important des mesures préconisées pour l'ensemble des patients et des soignants. Un recueil de consentement formel, écrit et/ou consigné dans le dossier est donc inutile. D'autre part, il est tout-à-fait exceptionnel dans la pratique qu'un patient ainsi informé refuse les mesures de signalisation et de précaution qui sont déjà en usage dans les HUG. En partageant leur expérience, les membres du groupe de travail du conseil d'éthique n'ont recensé qu'un seul cas de conflit à ce sujet. D'un point de vue éthique, il convient de rappeler que l'autonomie du patient n'est pas illimitée, et qu'il ne peut prétendre recevoir des soins médicalement aberrants ou dans des conditions qui mettent en danger les autres patients et/ou les soignants. En général, un patient ne peut donc invoquer l'autonomie pour refuser l'application des mesures de signalisation et de précaution. Néanmoins, en cas de conflit, leur application autoritaire n'est pas non plus souhaitable, et de telles situations devraient être négociées au cas par cas. L'intervention d'un médecin du Service de Prévention et de Contrôle de l'Infection est dans ce cas indispensable, afin de servir de médiateur entre l'équipe médico-soignante et le patient. Une telle négociation a été possible dans le cas précité.

Incapacité de discernement

Lorsque le patient est momentanément ou définitivement incapable de discernement, l'information doit être délivrée aux proches par le médecin, dans le respect de la confidentialité. Dans le cas de figure où il s'agit d'une infection non stigmatisante acquise à l'hôpital, une communication claire et précise est préférable à un flou qui pourrait donner à penser à l'entourage que l'équipe médico-soignante est mal-à-l'aise devant le problème de l'infection nosocomiale, voire qu'une erreur a été commise. Lorsqu'il s'agit d'une infection potentiellement stigmatisante (tuberculose, par exemple), le respect de la confidentialité doit être aussi strict que dans toute autre situation. Cela étant, les mesures de signalisation et de précaution doivent être prises comme pour tout autre patient, malgré l'impossibilité d'informer le patient directement, le consentement étant alors présumé. Au cas peu probable où l'entourage du patient s'insurgerait contre ces mesures, on tentera également dans toute la mesure du possible d'arriver à un accord négocié.

Refus d'un soignant d'appliquer la signalisation et/ou les mesures de précaution

On ne voit pas quelle valeur éthique serait servie par un tel refus de la part d'un soignant qui, ce faisant, se désolidariserait de ces collègues et accepterait leur mise en danger ainsi que celle des autres patients. Le respect de ces mesures par les soignants nous paraît donc s'inscrire dans les devoirs élémentaires de leur fonction hospitalière et un tel refus ne nous paraît pas acceptable sur le plan éthique. La non observation ponctuelle des mesures de précaution en raison d'un oubli, souvent favorisé par la surcharge des soins et le manque de personnel soignant, ou d'un manque d'information par l'Institution est bien entendu d'une autre nature et elle ne justifie pas l'application de sanctions individuelles.

Références

1. Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mourouga P, Sauvan V, Touveneau S, et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. Infection Control Programme. Lancet 2000;356:1307-12.
2. Jernigan JA, Titus MG, Groschel DH, Getchell-White S, Farr BM. Effectiveness of contact isolation during a hospital outbreak of methicillin-resistant Staphylococcus aureus. Am J Epidemiol 1996;143:496-504.

Avis consultatif du Conseil d'Ethique Clinique des HUG

Le Conseil d'éthique clinique est d'avis que :

1. **L'atteinte à la confidentialité entraînée par une signalisation du type de risque infectieux (et donc des mesures de précaution) est minime, et largement contre-balançée par la nécessité de protéger la communauté des patients et des soignants des HUG.**
2. **L'application d'une signalisation du même type aux patients fragilisés qui doivent être protégés contre un risque infectieux est de nature à diminuer encore l'atteinte à la confidentialité.**
3. **Les patients concernés par ces mesures doivent en être informés par l'équipe médico-soignante.**
4. **La création de supports écrits d'information est hautement souhaitable, ainsi que la mention du problème de l'infection noscomiale dans la brochure remise à tous les patients à l'admission dans les HUG.**
5. **L'absence d'opposition formelle du patient à la mise en œuvre de ces mesures est assimilable à un consentement implicite, jugé en l'espèce suffisant.**
6. **L'invocation du principe d'autonomie ne suffit pas à légitimer une opposition explicite du patient aux « précautions standard » en raison de l'importance des enjeux pour la communauté soignants-patients. Néanmoins, on préférera dans de telles situations la recherche de solutions négociées à l'application de mesures autoritaires.**
7. **Le consentement des patients incapables de discernement à l'application des « précautions standard » est présumé.**
8. **Les médecins et soignants de l'institution sont tenus de se conformer aux « précautions standard ».**

Genève, le 28 novembre 2002.

Pour le Conseil d'Ethique Clinique des HUG :

Pr. Jean-Claude CHEVROLET

Président