

Cet article est disponible en ligne à l'adresse :

http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=SPUB&ID_NUMPUBLIE=SPUB_053&ID_ARTICLE=SPUB_053_0471

L'infection nosocomiale : relire l'histoire et penser au présent. Nosocomial infections: revisiting history to think about the present

par E. ELLENBERG

| Société française de santé publique | Santé publique

2005/3 - N° 53

ISSN 0995-3914 | pages 471 à 474

Pour citer cet article :

— Ellenberg E., L'infection nosocomiale : relire l'histoire et penser au présent. Nosocomial infections: revisiting history to think about the present, Santé publique 2005/3, N° 53, p. 471-474.

Distribution électronique Cairn pour Société française de santé publique.

© Société française de santé publique. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

L'infection nosocomiale : relire l'histoire et penser au présent

*Nosocomial infections:
revisiting history to think about the present*

E. Ellenberg ⁽¹⁾

Un nouvel adjectif semble avoir fait son apparition récemment dans les médias français : celui de « nosocomial ». Il ne faut cependant pas croire que l'histoire des maladies nosocomiales ne débute qu'avec l'épidémie de légionellose à l'Hôpital Pitié-Salpêtrière ou celle du xenopi à la Clinique du sport – loin de là en vérité – mais il est vrai qu'elle rebondit tragiquement depuis quelques années. En fait, l'adjectif « nosocomial » est utilisé depuis au moins le XVIII^e siècle – comme nous le confirment de nombreux dictionnaires de médecine. De la « pourriture d'hôpital » à l'« infection nosocomiale », l'histoire des hôpitaux regorge de références à cette problématique. Déjà, au XVIII^e siècle, l'Écossais John Pringle (1707-1782) réalisait les premières observations sur les « infections acquises à l'hôpital » et introduisait de grandes réformes sanitaires dans les hôpitaux militaires. En 1788, Tenon (1724-1816) se préoccupait, dans ses *Mémoires*

sur les hôpitaux de Paris, des « fièvres des hôpitaux », et il prônait, pour les combattre, la mise en place de mesures effectives d'hygiène hospitalière. Les méthodes révolutionnaires d'asepsie préconisées par le (désormais) célèbre Ignatz Semmelweis, notamment la « désodorisation » par une solution de chlorure de chaux, que chaque étudiant de la clinique (où il opérât), utilisait pour se laver les mains, après chaque dissection, avant de toucher une femme enceinte (ce qui n'était pas le cas auparavant), ont modifié radicalement le pronostic de l'infection puerpérale (appelée en son temps « la fièvre des accouchées »), faisant passer le taux de décès de 16 % à 3 %. Mais ces méthodes d'asepsie ne correspondaient, dans l'esprit scientifique de l'époque à rien d'identifié, et il ne fut donc pas suivi par le reste de la communauté scientifique, malgré les chiffres qui prouvaient son succès – sa postérité tardive fut néanmoins sa récompense :

(1) MD, MSc, PhD (Cand.), Medical Advisor, Arsenal\TBWA\Worldhealth, 50/54 rue de Silly, 92100 Boulogne-Billancourt. Auteur de l'ouvrage « Danger, hôpital ! » aux éditions Armand Colin. eellenberg@arsenal-targis.com

Louis-Ferdinand Destouches alias Céline lui consacra par exemple en 1924 sa thèse de médecine.

Plus tard, en 1874, Louis Pasteur déclarait, devant l'Académie des Sciences : « Si j'avais l'honneur d'être un chirurgien, jamais je n'introduirais dans le corps de l'homme un instrument quelconque sans l'avoir fait passer dans l'eau bouillante ou mieux encore dans la flamme » – il faut dire ici que les propos ne furent pas entendus comme il l'aurait souhaité par les chirurgiens de l'époque... Enfin, la découverte des antibiotiques modifia radicalement les perceptions et les moyens d'actions face aux infections : à un microbe, un antibiotique correspondait, l'équation était simple. Mais, du fait probablement des prescriptions abusives et de l'automédication, et ce dès les années 50 et 60, de nombreuses publications constataient une proportion croissante de germes résistants aux antibiotiques – ce semi-échec sera sûrement l'élément moteur de la construction organisationnelle de la lutte contre l'infection nosocomiale. En réponse à ce véritable problème de santé publique, qui demeure jusqu'à ce jour irrésolu, on assista à la naissance d'instances de contrôle des infections en Grande-Bretagne, et également aux États-Unis – la maîtrise des infections ne s'y réglemente qu'en 1969, lorsque la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* publia les premières normes pour l'accréditation des hôpitaux, en requérant la création des *Infection Control Committees*.

En revanche, de ce côté-ci de l'Atlantique, les premières inquiétudes n'ont débuté qu'en 1966, et bien timidement il faut l'avouer, lors du premier colloque européen sur l'« hospitalisme », organisé par le Conseil Supérieur de l'Hygiène Publique de

France. Les participants y estimaient à l'époque comme leur « devoir de souligner la progression inquiétante, pour la santé des malades et des personnels des hôpitaux publics et privés, des risques infectieux groupés sous le terme d'hospitalisme ». Plus tard, une circulaire ministérielle du 18 octobre 1973 préconise la création de comités de lutte contre les infections dans les seuls établissements publics – mais ce texte n'a eu que peu d'effets.

Il aura fallu le drame du sang contaminé pour que les établissements de santé publics et privés (ceux participant au service public hospitalier) soient tenus en 1988, réglementairement, de constituer un *Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales*. En effet, cette crise déclenche des modifications radicales dans la perception que l'on avait de la médecine et de la santé publique : sur un plan épistémologique, ce qui devait soigner – le sang – devient, du jour au lendemain, dangereux – et les médecins tombent quelque peu de leur piédestal où on les avait placés ; sur un plan sociologique, il y eut, pour les décideurs de santé publique, un avant et un après sida : ce drame a mis en lumière les faiblesses de l'organisation en place, des possibilités de contrôle et a surtout engendré une demande de plus en plus forte de transparence de la part des citoyens. En fait, dans un contexte juridique et médiatique où s'engage très clairement la responsabilité des établissements de soins, les années suivantes (depuis les décrets de 1988) virent l'émergence d'un ensemble de structures locales, interrégionales, nationales mais également européennes de lutte contre les infections nosocomiales.

Désormais la « lutte » est engagée, les médias et, partant, le grand public

en viennent évidemment à se focaliser plus spécifiquement sur la notion de « risque résiduel » – c'est-à-dire le risque qui persiste malgré toutes les actions préventives mises en place, en gros les trains qui n'arrivent pas à l'heure, risque d'autant plus insupportable qu'il est faible – plutôt que sur la notion, moins porteuse, convenons-en, de « prévention ». Et si, en plus, on prend en compte, dans l'analyse, les multiples dispositions législatives concernant l'obligation d'information en terme d'infection nosocomiale envers les personnes hospitalisées, chacun peut se rendre compte que la question de l'infection nosocomiale engage aujourd'hui une réflexion éthique quant à ses aspects communicationnels – Jean-François Mattei a proposé en 2003, dans ce cadre, qu'il faudrait « inciter tous les établissements à mieux connaître leur taux d'infection pour améliorer leur pratique et à mieux diffuser l'information dans le cadre de contrats de transparence, y compris avec les usagers ». En fait, on constate aisément que, sur la scène médiatique de l'infection nosocomiale, se trouvent, d'un côté, des scientifiques et leurs examens microbiologiques ou leurs différentes interventions de prévention (audits, recommandations, etc.) prompts à dire « qu'ils ont fait ce qu'il fallait et qu'on ne peut pas tout prévenir » ; et de l'autre, des « profanes », se constituant parfois en associations, qui constatent des défaillances techniques, mais surtout des morts et des malades. Le problème est que, le plus souvent, le nombre des décès parle souvent plus au public que les taux de bactéries retrouvées dans des tours aéro-réfrigérantes, c'est-à-dire des informations exclusivement techniques... Même si d'aucuns considèrent que des enquêtes de prévalence bien expliquées peuvent être comprises par un grand public. Mais à

une seule condition : un travail de communication.

Ulrich Beck considère ainsi, dans son ouvrage sur *La société du risque*, qu'en persistant ainsi : « on ne parle pas des mêmes choses. D'un côté, on pose des questions auxquelles l'autre côté ne répond pas, de l'autre, on répond à des questions qui, formulées ainsi, passent à côté de ce qui est réellement demandé et de ce qui est cause des angoisses »⁽²⁾. C'est dire que la perception du risque ne consiste pas seulement en une analyse rationnelle comme sur un diagramme d'ingénieur : elle s'appuie forcément sur des considérations autres, telles que la culture, le degré d'éducation des patients et de connaissance des soignants, la connaissance du contexte hospitalier, etc. Dès lors, face à une rationalité « technoscientifique », dont la volonté explicatrice est souvent mise en défaut, se constitue, ce que Beck dénomme une rationalité « sociale », et le projet éthique des professionnels de la santé – décideurs ou praticiens – se situe précisément dans son déchiffrement, sa compréhension, ou tout au moins, sa nécessaire prise en compte – et sûrement pas en la considérant, injustement, comme relevant de l'ordre de l'« irrationnel ».

Sans l'analyse de cette rationalité sociale, les scientifiques – et autres « experts » impliqués dans cette communication complexe – se perdront inévitablement dans des explications froides, d'« expertises scientifiques » sans aucun autre impact sur le public que celui de les affoler encore plus – la crise de la vache folle en est un exemple caricatural. La prise de conscience, posée et sereine, de ces enjeux de communication, se révèle

(2) Beck (Ulrich), *La société du risque*, Alto, Aubier, 2001, p. 54.

tout aussi importante que les mesures techniques prises face au risque d'infection. Par exemple, un travail important sur les mots employés s'avère d'une grande importance, tant on peut remarquer que l'adjectif « nosocomial » reste parfaitement opaque pour la personne non avertie, voire parfois même pour ceux qui le sont. Comprendre plus globalement ce qui fait peur et pourquoi tant d'inquiétudes sont engendrées par les questions relatives aux risques, est la nouvelle tâche des décideurs de santé publique. Expliquer au grand public, aux médias, et également aux autres – qu'ils soient médecins ou directeurs d'hôpitaux –, les raisons qui font per-

sister de la sorte un risque résiduel, notamment dans le rôle joué par des prescriptions antibiotiques abusives, le nomadisme médical ou simplement du fait de l'incompressibilité du risque (« le risque zéro n'existe pas », dit-on).

Importance également d'un travail permanent d'informations sur ce qui se fait tous les jours, dans la pratique, pour lutter contre cette vieille connaissance des hôpitaux, qui doit associer tous les acteurs intéressés par ces problématiques (praticiens, décideurs, experts, usagers et associations); finalement autant de démarches qui s'avèrent aujourd'hui parfaitement complémentaires aux actions de prévention.
