

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

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 Pompidou 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.

2

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*.

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.

5

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. 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. 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 intervention 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.

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 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 persister 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.