

ETHNOGRAPHIE DE LA SURVEILLANCE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE COCODY

**N'KOUSSE Abbé Aliko Blaise¹, BAMA Martial², DAYORO Z.
Arnaud Kevin³**

*Doctorant à l'Institut d'Ethno-Sociologie, Université Félix
Houphouët-Boigny de Cocody*

*Attaché de Recherche à l'Institut National d'Hygiène Publique,
Abidjan*

*Enseignant-Chercheur à l'Institut d'Ethno-Sociologie, Université
Félix Houphouët Boigny de Cocody*

blaise.nkousse@gmail.com

Résumé

La surveillance des infections nosocomiales est une dimension essentielle de la qualité de soins. Pourtant les données sur les cas notifiés d'infections nosocomiales n'apparaissent pas toujours dans les rapports d'activités des structures sanitaires en Côte d'Ivoire. Une enquête socio-anthropologique réalisée de janvier à juillet 2021 a permis de décrire la surveillance des infections nosocomiales par le service d'hygiène et de biosécurité du CHU de Cocody. La collecte des notes dudit service en révèle une récurrence de cas notifiés, qui, toute fois ne sont pas bien archivées. Des services d'hospitalisation sont fréquemment fermés pendant deux à trois jours pour des opérations de bio-nettoyage et de désinfection des locaux. Les infections nosocomiales n'ont pas de visibilité objective à travers des données chiffrées malgré l'existence d'un comité d'hygiène et de lutte contre les infections nosocomiales.

Mots clés : *ethnographie, hôpital, hygiène hospitalière, risque infectieux, Cocody.*

Abstract

The surveillance of nosocomial infections is an essential dimension of the quality of care. However, data on notified cases of nosocomial infections do

not always appear in the activity reports of health facilities in Côte d'Ivoire. A socio-anthropological survey carried out from January to July 2021 made it possible to describe the monitoring of nosocomial infections by the hygiene and biosecurity department of the CHU of Cocody. The collection of the notes of the said service reveals a recurrence of notified cases, which, however, are not properly archived. Hospital departments are frequently closed for two to three days for bio-cleaning and disinfection operations. Nosocomial infections have no objective visibility through figures despite the existence of a committee for hygiene and the fight against nosocomial infections.

Keywords : *ethnography, hospital, hospital hygiene, infectious risk, Cocody*

Introduction

Les infections nosocomiales sont des maladies infectieuses contractées dans une structure de soins soit par le personnel soignant du fait de son activité, soit par le patient (Amiel, 2005). En cas de doute et pour différencier une infection communautaire d'une infection nosocomiale, un délai de 48 à 72 heures est retenu entre l'admission et le début de l'infection (Simon et al., 2006). Ces maladies hospitalières existent partout où l'on regroupe des hommes pour les soigner (Simon et al., 2006).

Les données épidémiologiques indiquent que ces infections constituent un problème de santé publique. En effet, L'OMS (2005) estime qu'entre 5 à 10% des patients hospitalisés dans les pays développés contractent une ou plusieurs infections et que le risque d'infection lié aux procédures de soins dans les pays en développement est 2 à 20 fois supérieur à celui relevé dans les pays développés. Par ailleurs, dans certains pays en développement, la proportion de patients souffrant d'une infection liée aux procédures de soins peut dépasser 25 %. Le taux d'infection associé aux dispositifs vasculaires chez les nouveau-nés est 3 à 20 fois plus élevé dans les pays en développement que dans les pays développés. Entre 5 et 10 %

des infections à VIH dans le monde ont résulté, dans le passé, de la transfusion de sang et de produits sanguins contaminés.

Si les infections nosocomiales sont activement recherchées dans les pays médicalement développés (Simon et al., 2006) et constituent un indicateur de (non) qualité de soin (Durocher, 2005), en Afrique subsaharienne par contre, elles sont insuffisamment recherchées, diagnostiquées et déclarées (Simon et al., 2006). Et pourtant, de nombreuses contraintes techniques, écologiques, économiques et politiques perturbent l'exercice médical et majorent le risque nosocomial pour les patients comme pour les soignants (Simon et al., 2007).

En Côte d'Ivoire, le taux de prévalence des infections nosocomiales reste méconnu malgré la création d'une Direction Générale de l'Hygiène Publique en 2006 et l'élaboration de documents de surveillance des infections nosocomiales en 2011. Des « données parcellaires » sur les taux de prévalence datent de plus de vingt (20) ans ; respectivement de 9% et 11% dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) de Cocody et de Yopougon en 1999. Au CHU de Treichville 12% en 2002 (MSLS, 2011).

L'objectif de cet article est de décrire la surveillance des infections nosocomiales au service d'hygiène et de biosécurité du CHU de Cocody entre mars 2016 et juin 2021.

Méthodologie

1.1. Terrain

L'enquête s'est déroulée dans le CHU de Cocody. Il s'agit d'un hôpital public de troisième niveau de référence inauguré en juin 1970. Il est bâti sur une superficie de trente (30) hectares qu'il partage avec l'Unité de la Formation et de la Recherche en Sciences Médicales d'Abidjan (UFRSMA), et deux autres structures majeures du système sanitaire ivoirien que sont le Service d'Aide Médical D'Urgence (SAMU) et l'administration

centrale de l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire (IPCI). A ces structures, il faut rajouter le Centre des Grands Brûlés (CGB) ainsi qu'une représentation du Centre National de Transfusion sanguine (CNTS) et le nouveau Centre inauguré en 2018 : le Centre National de Radiothérapie Alassane Ouattara (CNRAO). L'établissement a une capacité d'accueil théorique de 455 lits ; et fonctionnelle de 460 lits répartis entre les unités d'hospitalisation, le service de réanimation et le service des urgences groupés, auxquels il faut ajouter la capacité d'accueil en néonatalogie et la pouponnière.

Le service d'hygiène et de Biosécurité du CHU de Cocody a mobilisé l'essentiel de nos investigations de Janvier à juillet 2021. Ce service est fonctionnel depuis 1992 et fait partie de la sous-direction des soins infirmiers et Obstétricaux (S/DIO). Deux bureaux (un bureau pour le chef de service et un bureau pour les autres personnels du service) sont affectés au personnel de ce service. Le personnel est constitué de : un chef de service (médecin microbiologiste), un médecin généraliste, un ingénieur des techniques sanitaires, un technicien qualitatif, trois techniciens supérieurs d'hygiène et assainissement. Ce service participe à la mission de formation des étudiants, particulièrement celle des étudiants en hygiène et en assainissement de l'Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS).

Le personnel du service d'hygiène et biosécurité du CHU de Cocody est organisé en cinq équipes. Ce sont : l'équipe de la gestion des déchets ; l'équipe de l'entretien des locaux, l'équipe de l'espace vert et de la lutte anti-vectorielle, l'équipe de la cuisine et de la buanderie, l'équipe de la surveillance des infections nosocomiales. L'ensemble du personnel participe à la désinfection des locaux en cas d'infection nosocomiale notifiée par un service.

Ce service gère certains matériels et produits d'hygiène (boîtes de sécurité, sachets poubelles, désodorisant, ...), une gestion de

circonstance pour éviter des ruptures. Ainsi les agents chargés de l'entretien des locaux passent régulièrement au service d'hygiène et de biosécurité pour être servis en sachets poubelles. Les surveillantes d'unité de soin passent aussi pour se faire servir en boîtes de sécurité.

Le service d'hygiène et biosécurité supervise les activités de deux services prestataires. Ceux-ci sont l'entreprise NETSI qui s'occupe de l'entretien du lot 2 (qui comprend les urgences, la direction, l'internat, la consultation externe) et GOSSANCHIM qui s'occupe du lot 1 (qui comprend le mono bloc, le laboratoire et les services techniques). Un cahier de charge définit les activités de ces entreprises de prestation d'hygiène. Nous avons intégré le service d'hygiène et biosécurité en tant qu'étudiant en sociologie de la santé travaillant sur le sujet des pratiques d'hygiène des professionnels de la santé. Nous avons ainsi pu travailler au côté du personnel de ce service en prenant part aux activités notamment de désinfection des locaux, de prélèvement des surfaces, grand-lavage.

1.2.Méthode

Olivier de Sardan (1995, paragr. 7) explique que « l'enquête de terrain, ou enquête ethnographique, ou enquête socio-anthropologique, repose très schématiquement sur la combinaison de quatre grandes formes de production de données : l'observation participante (l'insertion prolongée de l'enquêteur dans le milieu de vie des enquêtés), l'entretien (les interactions discursives délibérément suscitées par le chercheur), les procédés de recension (le recours à des dispositifs construits d'investigation systématique), et la collecte de sources écrites ». Ainsi les données ont été recueillies d'une part à partir de l'observation participante aux activités du service, et d'autre part lors d'entretiens formels et informels avec des professionnels de santé appartenant à ce service mais également avec d'autres professionnels de santé du CHU de Cocody fréquentant ce

service d'hygiène. Des sources écrites ont aussi été collectées au service d'hygiène et de biosécurité.

Les entretiens formels avec des médicaux (05 entretiens), des paramédicaux (10 entretiens) et des agents d'hygiène (03 entretiens) ont été enregistrés et retranscrits *in extenso* à partir du logiciel Sonal version 2.1.41. Les sources écrites qui ont été l'objet de la collecte sont les notes de service signalant au service d'hygiène des cas d'infections nosocomiales et les rapports d'activités de service d'hospitalisation. Ainsi, des notes de services encore disponibles dans le service d'hygiène et de biosécurité lors de notre arrivée dans ce service ont été rassemblées d'une part et d'autre part les cas notifiés d'infections nosocomiales par courrier au service d'hygiène et de biosécurité ont été enregistrés au fur et à mesure. Un ensemble de notes de service indiquant clairement des cas d'infections nosocomiales avec leurs antibiogrammes (résultats d'analyse bactériologiques effectués à l'Institut Pasteur d'Abidjan) a ainsi été obtenu. Cet ensemble de courrier a permis de faire ressortir les services touchés par des infections nosocomiales et les germes incriminés.

Toutes ces données recueillies ont été traitées et analysées par la technique de l'analyse de contenu.

2. Résultats

2.1. Un Comité d'hygiène et de lutte contre les infections nosocomiales défaillant

La lutte contre les infections nosocomiales repose sur une approche participative mobilisant un ensemble de professionnels de santé appartenant à diverses disciplines médicales, paramédicale et techniques. Cette lutte est confiée dans les CHU à un comité appelé comité d'hygiène et de lutte contre les infections nosocomiales. Le décret n°2001-650 du 19 octobre 2001, en son article 34, précise que ce comité est chargé d'une

part d'émettre des avis et des recommandations en matière d'hygiène dans l'établissement et d'autre part d'organiser et de coordonner la surveillance continue, la lutte contre les infections dans l'établissement. Ce comité doit se réunir au moins une fois par trimestre et adresser un rapport d'activité à la Commission Médicale d'Etablissement (CME) qui assure la supervision des comités.

Nos observations montrent que le comité d'hygiène et de lutte contre les infections nosocomiales du CHU de Cocody est défaillant. En effet, bien que mis en place avec un bureau composé d'un président, un secrétaire et son adjoint, le comité est quasi inexistant dans son fonctionnement. Durant la période d'observation, aucune réunion n'a été tenue et donc pas de rapports d'activités non disponibles.

Cet extrait d'entretien avec un médecin qui souligne que la défaillance des comités d'hygiène et de lutte contre les infections nosocomiales résulte à la fois du comportement des membres dudit comité mais aussi de la direction de l'hôpital.

Enquêteur : *Comment est organisée la lutte contre les infections nosocomiales dans votre établissement ?*

Répondant : *Il y a un comité d'hygiène et de lutte contre les infections nosocomiales qui est mis sur pied depuis janvier.*

Enquêteur : *depuis Janvier ?*

Répondant : *Oui depuis janvier 2017. C'était là avant mais ça ne travaillait pas donc on a redynamisé depuis janvier.*

Enquêteur : *mais Docteur pourquoi ça ne travaille pas ?*

Répondant : *Mais en général quand les gens viennent, ils pensent qu'ils viennent dans les comités d'hygiène c'est pour travailler et puis avoir l'argent ! Alors que c'est des gens qui ont leurs services et qui sont dans un comité, et donc qui travaillent pour le comité. Et donc ils ne seront pas rémunérés ! Alors que quand les gens sont dedans ils sont parfois découragés. Donc il faut vraiment prendre les gens qui sont motivés pour la lutte et la surveillance des infections*

nosocomiales. Parce que si l'on vient pour des raisons pécuniaires on est vite découragé. Et souvent aussi, les directions ne mettent pas à la disposition du comité les moyens qu'il faut.

C'est aussi ce que laisse apparaître l'entretien réalisé avec un technicien d'hygiène et d'assainissement qui constate que malgré la survenue de la pandémie à Covid 19, le comité d'hygiène et de lutte contre les infections nosocomiales qui devrait établir un plan d'action prenant en compte ce risque sanitaire ne fonctionne pas.

[>Enquêteur:]: les plans d'actions qui doivent être élaborés par le comité d'hygiène, est-ce que c'est fait ?

[>Répondant:]: par le comité d'hygiène ! A l'heure-là le comité d'hygiène ne fonctionne pas avec la pandémie tout a été, on a arrêté même.

[>Enquêteur:]: il y a bien longtemps que ça été arrêté ?

[>Répondant:]: oui

[>Enquêteur:]: avant même la pandémie ?

[>Répondant:]: oui avant la pandémie

[>Enquêteur:]: donc ça fonctionne pas, il n'y a pas un plan action d'hygiène qui est validé par le comité d'hygiène ?

[>Répondant:]: voilà, on ne fait pas ça ; or avant depuis moi je suis arrivé parce que c'est quand moi je suis arrivé c'est ça ils ont nommé le président. Donc actuellement rien ne fonctionne même, il y a longtemps.

Cet autre extrait d'entretien tenu avec un ingénieur des techniques sanitaires souligne l'abandon des activités du comité de lutte contre les infections nosocomiales par des responsables de ce comité.

[>Enquêteur:]: quelle est la situation actuelle du comité de lutte ?

[>Répondant:]: le comité de lutte contre les infections ? Je dirais que le président c'était le professeur E qui est le

responsable du centre de Covid. Selon ses activités, il avait suspendu les activités au niveau de PCI.

[>Enquêteur:]: ça fait deux, trois ans !

[>Répondant:]: voilà ça ne marchait pratiquement pas, le secrétaire était Docteur N or lui il était quasi inexistant, oui mais il était toujours parti pour les activités de chose... Donc ce qui a fait que les activités du PCI ont pris un coup, il n'y avait plus de réunion, il y avait plus d'action donc on a (arrêté), c'est comme ça les choses se sont passées.

2.2. Des notifications des cas infections nosocomiales au service d'hygiène et de biosécurité

Les services de soins médicaux qui sont confrontés à des cas d'infections nosocomiales adressent une note d'information au chef de service d'hygiène et de biosécurité. Cette note est accompagnée d'un antibiogramme identifiant les germes en cause dans la survenue de l'infection nosocomiale. C'est à la suite de cette note qu'un programme de prélèvement de surface, de lavage et de désinfection du service d'hospitalisation est établi. Cette programmation est faite en accord avec le chef de service d'hospitalisation concerné par le cas d'infection. La notification des cas d'infections nosocomiales est portée à la connaissance du Directeur Médical et Scientifique (DMS) et lui, informe le ministère de la santé. En effet, les services où surviennent des cas d'infections nosocomiales sont par la suite fermés pour des opérations de désinfection des locaux.

[>Enquêteur:]: quelles sont les étapes de l'activité de désinfection

[>Répondant:]: d'abord la première quand ils nous adressent le courrier, nous on informe le DMS. Maintenant DMS eux aussi ils ont leur procédure, ils informent le ministère tout ça là, maintenant après ça nous on va voir le service, quand on voit le service on fait ça en trois étapes quoi. Première étape les agents de GOSENCHIM lavent

deux salles, s'ils finissent de laver les deux salles, le personnel médical vient maintenant laver le matériel pour pouvoir stocker le matériel lavé là ; après avoir fini de laver le dernier jour les agents de GOSSENCHIM, on choisit une date, là eux ils viennent faire le bio-nettoyage de tout le service. Après avoir fini de faire, nous on vient maintenant, après avoir laissé le local propre et sec, maintenant nous on va maintenant avec les matériels pour aller désinfecter le service en question donc c'est comme ça ça se passe

Le courrier d'information au service d'hygiène est un document médical qui s'accompagne d'un rapport d'analyse microbiologique et d'antibiogramme donnant le profil des germes responsables des infections nosocomiales.

2.3. Absence d'activités de surveillance des infections nosocomiales

Pittet et Sax (2000) expliquent que « la surveillance des infections nosocomiales est le fondement d'un programme de prévention. Elle consiste en un processus dynamique de collection, organisation, analyse, et report des données et/ou des événements spécifiques à une population définie. L'information issue des données de surveillance épidémiologique des infections nosocomiales permet aux membres des équipes dont la charge est la prévention de ces infections, ainsi qu'aux soignants en général, de déterminer les taux d'infections de base ou des complications issues de ces infections, de détecter des variations de la fréquence ou de la distribution des événements, de mettre en place des investigations pour expliquer l'augmentation des taux, d'instaurer des mesures de contrôle, et de déterminer leur efficacité ».

Au sujet de cette activité de prévention écoutons ce que dit l'un des médecins en charge de la surveillance des infections nosocomiales au CHU de Cocody :

Concernant la surveillance et la lutte contre les infections nosocomiales, il faut dire que ce volet-là, c'est très difficile et très délicat du fait que le CHU n'a pas de laboratoire propre de bactériologie. Donc le laboratoire du CHU de Cocody est logé dans l'enceinte de l'Institut Pasteur. En fait c'est le laboratoire de bactériologie de Pasteur qui sert en même temps de laboratoire au CHU de Cocody. Donc il y a un personnel du CHU de Cocody qui est affecté là-bas ; mais les rapports sont très difficiles et très très délicats. Donc ce qui fait que cette surveillance qui devrait se faire régulièrement ne se fait que par accourt. C'est quand il y a, on nous interpelle sur des germes, des bactéries multirésistantes que on va vers les services. Donc on peut dire qu'on est des médecins après la mort. C'est-à-dire qu'on n'agit pas en amont mais on est toujours en train d'agir en aval. Chaque fois qu'il y a une activité à faire, elle n'a pas une activité préventive. Aujourd'hui, l'activité préventive que le CHLIN mène, c'est un peu la sensibilisation. Mais elle a dévolue cette activité là au service d'hygiène qui est beaucoup plus proche des acteurs. Donc c'est le service d'hygiène qui mène les activités de sensibilisation et puis d'organisation de cette surveillance des infections nosocomiales.

Voilà qui est claire. La surveillance des infections nosocomiales n'est pas effectuée au CHU de Cocody. Du moins pas cela n'a pas été le cas au cours de la période de la présente étude. Cependant des notifications de cas d'infections nosocomiales sont faites par des services d'hospitalisation par le biais de courriers au service d'hygiène et de biosécurité. Mais ces courriers ne sont pas bien archivés. La conséquence de cette situation est donc que des informations importantes sont perdues. Ainsi le nombre de cas notifiés d'infections nosocomiales dans l'année reste méconnu.

Le service de l'Information Médical (SIM) en charge de la collecte et du traitement des informations sanitaires ne dispose pas non plus de données sur la situation des infections nosocomiales dans le CHU. Ce service ne collecte pas en effet les informations sur les cas d'infections nosocomiales qui pourtant sont des indicateurs de (non) qualité des soins (Chevalier et al., 2008 ; Ducel, Fabry et Nicolle, 2008 ; Durocher, 2005 ; Troillet et al., 2001). Il en est de même pour le service de la médecine du travail.

A propos de la collecte d'information sur les cas d'infections nosocomiales, voici ce qui ressort de l'entrevue avec un professionnel de santé du service d'hygiène et de biosécurité :

[>Enquêteur:] : moi j'avais fait ce travail quand je suis venu. Par exemple ça m'a donné de faire un tableau parce que je me suis rendu compte que les courriers qui viennent là ne sont pas bien gardés au service d'hygiène donc il y a beaucoup d'informations qui sont perdus, c'est ça.

[>Répondant:] : voilà, or nous quand on avait un document, je leur avais dit de mettre dedans, maintenant celui qui veut avoir accès qu'il ait accès, donc on les regroupait, si tu vois il y a un coin où on les déposait là-bas. Mais tu sais que nous ne sommes pas les seuls donc celui qui vient il met sa main dedans ce qui fait qu'il y avait des courriers qui se perdaient. Sinon j'avais dit d'ouvrir une chemise on n'allait mettre dedans et puis déposer là. Mais finalement les gens ils mettaient les mains, il y a des courriers qui ont disparu et puis moi je faisais pour moi-même des rapports de tout ce qu'on faisait, donc ça c'était stocké chez moi dans mes documents.

[>Enquêteur:] : sur les cas notifiés, quand tu prends les rapports des différents services, ça n'apparaît pas dedans ; même le rapport du CHU ça n'apparaît pas dedans.

[>Répondant:] : oui, et c'est ce que je suis en train de dire qu'on n'avait pas, en principe on devrait enregistrer, il

devrait avoir des documents qui enregistraient tous les cas d'infection selon les services, mais on n'avait pas fait ça et moi comme moi j'étais chargé de faire la désinfection quand le courrier arrive c'est adressé au chef de service donc c'est eux qui devraient maintenant prendre, et puis garder chez eux, quand j'ai vu qu'il n'y avait pas un truc de notification, qu'il n'y avait pas un cahier où on n'enregistrait pas ces cas donc j'ai dit à mon petit là que nous même on va faire ça et on avait fait un tableau et j'ai mis les différents services

[>Enquêteur:]: ça c'est pour l'an 2022

[>Répondant:]: voilà, ça devrait être 2022 donc et on avait décidé comme ça au fur et à mesure mettre les types de germes, le profil des germes pour voir par exemple si c'est réa c'est quel type qui est fréquent et puis si c'est pédiatrie c'est quel type de germe qui est fréquent et puis voir si à la fin on peut faire un rapport avec ces trucs-là voilà, donc c'est comme ça je faisais sinon on n'avait pas des cas, c'est les courriers seulement qui notifiaient qu'il y avait des cas tant, tant, tant bon c'est les différents courriers voilà, est ce que tu vois. Moi-même j'en avais fait c'est ce qui a fait que après A. me demandait ce que moi-même j'ai fait là que la direction demande ça et c'est K. qui a dit ah, voyez doyen K. là il en a enregistré selon les services c'est ça Dr A. voulait et puis après moi je ne les ai pas donné, sinon j'en avais fait.

Au cours de l'enquête de terrain nous avons donc entrepris de faire un enregistrement des cas notifiés des infections nosocomiales par le biais de courriers au service d'hygiène et de biosécurité. Nous avons donc collecté les courriers notifiant des cas d'infections nosocomiales. Ce tableau ci-dessus rend compte de la collecte de données. Nous n'avons pas inscrit le nombre de cas notifié d'infections nosocomiales parce que les courriers ne précisaient pas toujours cette information.

Tableau 3 : Récapitulatif des services ayant notifiés des cas d'infections nosocomiales au service d'hygiène et de biosécurité du CHU de Cocody

Dates de notification des infections nosocomiales	Services touchés	Germes isolés
21 mars 2016	Pédiatrie	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>
28 février 2018	Pédiatrie (néonatalogie)	<i>Staphylococcus à coagulase multi résistant</i>
29 mars 2018	Réanimation	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>
03 mai 2018	Chirurgie pédiatrique	<i>Pseudomonas</i>
28 février 2019	Chirurgie pédiatrique	<i>Klebsiella pneumoniae</i>
14 mars 2019	Pédiatrie	
12 mars 2019	Gastro	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>
08 avril 2019	Chirurgie digestive et viscérale	Bactéries Multirésistantes (BMR)
Juin 2019	Réanimation	<i>Acinetobacter baumannii</i> ; <i>Klebsiella pneumoniae</i> ; <i>Escherichia Coli</i> ; <i>Staphylococcus aureus</i> (tous multi résistants)

Septembre 2020	Chirurgie pédiatrique	<i>Klebsiella pneumoniae</i> , <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>Escherichia coli</i>
10 décembre 2020	Neurologie	<i>Acinetobacter sp</i> , <i>Enterococcus faecalis</i>
03 février 2021	Anesthésie réanimation	<i>Staphylococcus aureus</i>
10 février 2021	Pédiatrie (néonatalogie)	BMS
11 février 2021	Anesthésie-réanimation	Germes multi-résistants dont certains résistent à l'Imipénème qui est l'antibiotique de dernier recours
27 mai 2021	Déchoquage des urgences	Germe multi-résistant de la famille des <i>Pseudomonas</i>
	Urgences de pédiatrie	
	Urgences de chirurgie	
	Neurologie	
16 juin 2021	Urologie et andrologie	<i>Klebsiella pneumoniae</i> , <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>Escherichia coli</i> , <i>Enterobacter cloacae</i>

7 juin 2021	Neurologie	<i>Klebsiella pneumoniae</i> , <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>Escherichia coli</i>
30 juin 2021	Chirurgie Pédiatrique	<i>Enterobacter aéroènes multi-résistant</i>

Source : N’KOUSSE Abbé Aliko Blaise (tableau réalisé à partir des notes de services collectées au service d’hygiène et de biosécurité du CHU de Cocody)

L’analyse de ce tableau indique une récurrence des cas notifiés d’infections nosocomiales par le biais de courrier au service d’hygiène et de biosécurité. De septembre 2020 au mois de juin 2021, l’on peut constater une notification d’infection nosocomiale par mois. On observe qu’au moins neuf services ont notifié des cas d’infections nosocomiales. Certains services d’hospitalisation sont fréquemment touchés par des infections nosocomiales. Ces services sont entre autres la Pédiatrie, la Chirurgie Pédiatrique, la Réanimation, la Neurologie. Il s’agit là des services dans lesquels l’on trouve des patients qui sont vulnérables du fait de leurs âges, leurs états immunitaires, les maladies sous-jacentes et les interventions diagnostiques et thérapeutiques (Ducel, Fabry et Nicolle, 2008). Cet enregistrement pourrait constituer un premier niveau de surveillance passive des infections effectué par le service d’hygiène et de biosécurité.

2.4. Un danger à l’hôpital : la présence de bactéries multirésistantes aux antibiotiques

Les cas notifiés d’infections nosocomiales sont dus à des germes pathogènes dont certains ont développés une multirésistance aux antibiotiques parfois de dernier recours (l’imipenème). Les

germes identifiés dans les cas notifiés d'infections nosocomiales sont notamment *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis*, *Acinetobacter baumannii*, *Enterobacter aérogène*. Autant de germes qui pour certains ont développés une multirésistance aux antibiotiques et qui circulent en milieu hospitalier. Ces germes indiquent que ce sont les infections bactériennes qui constituent la part importante dans la survenue des infections nosocomiales dans les services hospitaliers du CHU de Cocody ; ou du moins les infections virus et parasitaires ne sont pas diagnostiquées, déclarées. La diffusion de ces germes signe une hygiène hospitalière insuffisante. En effet, le manquement par les personnels soignants, le manque d'asepsie lors de gestes invasifs et une stérilisation insuffisante des matériels sont les déterminants majeurs des infections nosocomiales bactériennes, notamment multirésistantes (Simon et al., 2007).

C'est aussi ce qui ressort de l'entrevue avec un responsable microbiologiste de l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire

Enquêteur : *Docteur, y a-t-il des germes qui sont résistants dans nos hôpitaux ?*

Répondant : *Oui, énormément ! Il y a beaucoup de résistance en milieu hospitalier, il y a beaucoup de résistance. Maintenant mis de façon vague comme ça ! Je ne sais pas comment vous allez faire ressortir ça, ou bien vous allez prendre de façon général pour dire qu'il y a beaucoup de résistance en milieu hospitalier...*

Relance : *Docteur, comment vous expliquez la présence de ces bactéries dans l'environnement hospitalier, puisqu'il y a des services d'entretien tout ça ?*

Répondant : *C'est le manque d'hygiène, le non-respect des règles d'hygiène par le personnel, la prescription anarchique d'antibiotiques.*

La présence des germes multirésistants aux antibiotiques fait de l'hôpital un lieu à risque infectieux. L'hôpital, « lieu de réparation et de soins » (Lhuilier, Niyongabo et Rolland, 2005), peut devenir à cause de ce phénomène de résistance antibiotique des micro-organismes, un lieu de contamination et d'aggravation de la maladie pouvant conduire à la mort. Ces résistances compliquent le travail des professionnels de santé et provoquent chez les malades, quand ils n'en meurent pas, des conséquences qui peuvent être dramatiques tant en matière de souffrances que de séquelles (Carricaburu et Lhuilier, 2009). Les hôpitaux comme lieux à risque doivent être considéré comme des cibles de l'action publique (d'Alessandro, 2012).

2.5. Des services obligés de fermer pour un temps

La survenue des cas d'infections nosocomiales chez des patients hospitalisés occasionne la fermeture de service d'hospitalisation pour des opérations de bio-nettoyage et de désinfection des locaux. Les activités de soins de santé et l'hospitalisation des malades sont par là même arrêtées pour traiter le problème de contamination de l'environnement hospitalier. Les malades hospitalisés dans le service contaminé sont renvoyés dans d'autres services. Cette opération de contamination prend au moins deux à trois jours voir plus.

3. Discussion

3.1. La présence de germes multirésistants comme marqueurs d'une pratique hygiène insuffisante des acteurs de soins

L'hygiène hospitalière est l'ensemble des mesures prophylactiques visant à prévenir les infections nosocomiales. Cette discipline médicale « tente d'assurer son efficacité technique en s'élaborant comme un pur énoncé injonctif effaçant toute la question de la subjectivité des acteurs. Cette

caractéristique discursive, qui est aussi celle du droit édictant la loi, conduit cette discipline médicale à se présenter comme une sorte de règle sanitaire doctrinale, une idéalité référentielle de l'organisation des pratiques des personnels, des malades, et des visiteurs. Mais forclos des textes de référence, les acteurs, dans leur épaisseur humaine et sociale, font retour dans le réel » (Jaffré, 2003, p. 344). Ainsi, une pratique rigoureuse des mesures prophylactiques par les acteurs de soins devrait réduire les infections nosocomiales dans les structures de soins. En effet, la présence et la persistance de germes responsables d'infections nosocomiales mettent en lumière des dysfonctionnements dans la mise en œuvre des pratiques prescrites. En outre, l'absence de rigueur dans les pratiques d'hygiène hospitalière, ainsi que les prescriptions abusives des antibiotiques contribuent certainement à accroître les risques d'infections nosocomiales, non seulement par la présence permanente de nombreux germes infectieux, mais également à renforcer leurs résistances aux antibiotiques. Ce que cette étude a permis de mettre en lumière notamment par la collecte des notes de services notifiant des cas d'infections nosocomiales de manière récurrente.

La présence de multiples germes infectieux dangereux, parce que devenus multirésistants aux antibiotiques, témoigne d'une mauvaise hygiène dans les unités de soins (Meité et al., 2010). Dans une étude visant à identifier les réservoirs de bactéries multirésistantes dans l'environnement hospitalier, Meité et al. (2010), ont isolé 270 bactéries dont 30,7% de bactéries d'origines humaines notamment 11,1% de *Staphylococcus aureus*, 11,8% de *Klebsiella pneumoniae*, 0,4% de *Salmonella spp* et 0,4% de *Shigella spp*. 13,3% de *Staphylococcus spp* ou *aureus* étaient méticillino-résistants, 23,5% de souches d'Entérobactéries produisaient une betalactamase à spectre élargie (BLSE). Ces germes profitent, comme mentionné un peu plus haut, des dysfonctionnements dans la mise en œuvre des mesures prophylactiques lors des soins. D'Alessandro (2012)

rapporte à l'issue de ses observations des pratiques d'hygiène à l'hôpital principal de Niamey que « les dysfonctionnements dans les pratiques de soins sont nombreux et que les soignants négligent très largement les recommandations en matière d'hygiène ». Ces dysfonctionnements sont entre autres l'absence du lavage des mains, le non-respect des mesures d'hygiène et d'asepsie de base au cours des gestes médicaux invasifs. L'application des protocoles d'hygiène fait appel à un savoir théorique certes, mais faire correctement ces gestes techniques implique, en amont, un vouloir socialement déterminé (d'Alessandro, 2013 ; Jaffré, 2003, p. 369). Il faut dire que les pratiques d'hygiène sont sous-tendues par les normes et représentations socioculturelles qui favorisent ou limitent la transmission des pathologies (Hancart-Petit et al., 2011) et les comportements non conformes aux normes officielles sont régulés par des normes pratiques qu'il faut découvrir (Olivier de Sardan, 2010).

3.2. La transplantation d'un dispositif de lutte contre le risque infectieux

Le comité d'hygiène et de lutte contre les infections nosocomiales est un instrument fondamental pour améliorer la qualité de soins dans un hôpital (Dia et al., 2008). Dia et al. (2008) expliquent que les activités de collecte de données, de surveillance, de stratégies de lutte doivent être menées dans chaque structure de santé sous l'égide d'un comité de lutte contre les infections nosocomiales. Cette activité accroît en effet la crédibilité de la structure hospitalière. Et pour se faire ce comité dispose d'une technique rapide, peu coûteuse, recommandée par l'OMS et qui permet de mettre en évidence dans une structure donnée, les services les plus touchés par les infections nosocomiales.

En France, c'est en 1973 qu'une circulaire demande la création de comité de lutte contre les infections (CLI) dans les

établissements publics sans que ce texte ait d'effet (Ellenberg, 2005). En effet le dispositif que mettent timidement en place les pouvoirs publics n'avait pas de caractère coercitif (Carricaburu et Lhuilier, 2009). Il a fallu une série de crises sanitaires pour que les infections nosocomiales basculent du registre sanitaire vers celui du politique et deviennent un risque collectif (Carricaburu et Lhuilier, 2009). Il s'agit notamment de la crise sanitaire due à l'affaire du sang contaminé par le virus du sida (en 1983) et celle due à une contamination par une bactérie vivant dans l'eau, le Xénopi, à la Paris, à la clinique du sport (en 1997). Ellenberg (2005) explique que le drame du sang contaminé a modifié la « perception qu'on avait de la médecine et de la santé publique : sur un plan épistémologique, ce qui devait soigner – 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 1988, le décret n°88-657 du mai 1988 est signé. Ce décret organise la surveillance et la prévention des infections nosocomiales dans les établissements de santé publics et privés (ceux participant au service public hospitalier), obligeant ceux-ci à prendre en compte de façon effective le problème et à créer un Comité de lutte des infections nosocomiales (Le Rat et al., 2010). En 1999, le décret n° 99-1034 du 6 décembre 1999 oblige chaque établissement de santé, public et privé, à instituer un CLIN, mais aussi à se doter d'une Equipe Opérationnel Hygiène Hospitalière (EOHH). Cette dernière a pour mission de mettre en place et d'évaluer les actions de lutte contre les infections nosocomiales définies par le programme de l'établissement. Il s'agit d'une instance d'exécution, avec un rôle d'expert dans la gestion du risque infectieux (Amiel, 2005). Gottot (1998) explique qu'il a

fallu au moins 15 ans (1973-1988) pour que l'administration sanitaire prenne conscience de l'importance du risque infectieux nosocomial et propose une nouvelle organisation de sa prise en charge. Pour que la question de l'infection hospitalière, déjà reconnue comme problème de santé publique en 1973, aboutisse à la communication d'une politique de lutte contre les infections nosocomiales par le ministre de la Santé en 1994, il aura fallu 21 ans. Pour cet auteur, deux éléments externes semblent prépondérants, les crises générées par des épidémies hospitalières fortement relayées par les médias et l'évolution de la jurisprudence.

La mise en place d'un dispositif de la lutte contre les infections nosocomiales en France est donc le résultat d'un processus socio-historique spécifique qui a permis l'émergence de l'infection nosocomiale en étant que problème de santé sous le poids des rapports sociaux (Le Rat et al., 2010). Cependant, les comités de lutte contre les infections nosocomiales dans les hôpitaux en Afrique de l'ouest Francophone sont la transplantation d'un dispositif sanitaire dans ses dimensions scientifiques techniques. En effet, bien qu'étant un risque majoré en milieu hospitalier du fait des conditions d'exercice médical (Simon et al., 2007), l'infection nosocomiale n'est pas considéré comme un problème de santé publique par de nombreux praticiens hospitaliers d'Afrique et universitaires (Simon et al., 2006) et reste un problème méconnu du fait de l'inexistence le plus souvent de système de mesure permettant d'objectiver l'importance du problème dans les structures sanitaires (Lhuillier, Niyongabo et Rolland, 2005, p. 11). Ainsi les enquêtes de prévalence qui participent de l'objectivation du risque infectieux sont rares alors que les maladies transmissibles sont fréquentes. Les services d'hygiène hospitalière qui doivent assurer la surveillance des infections nosocomiales sont réduits à la distribution de matériel non médical. Cette observation est aussi faite par d'Alessandro (2012) qui explique que « le service

d'hygiène a pour principale fonction la fourniture de matériel non médical aux différents services de l'hôpital (essentiellement savons, désinfectants, balais, serpillières, gants de ménage, etc.). Aucun personnel n'est spécifiquement dédié à la lutte contre le risque infectieux hospitalier. Du reste, en théorie, les compétences du service d'hygiène sont limitées et se focalisent sur la supervision des manœuvres responsables du nettoyage des locaux et des espaces ouverts, la gestion du circuit des déchets et la distribution du matériel non médical. Dans les faits, l'activité de ce service se réduit quasiment exclusivement à la distribution de matériel ». Or comme l'expliquent Marty et al. (1996), « il apparaît donc important que, dans un établissement hospitalier de plus de 1000 lits, le CLIN soit assisté dans sa politique de lutte contre les infections nosocomiales par une véritable structure d'hygiène hospitalière, réellement opérationnelle ».

Il faut dire que la question de la transplantation met en avant le problème de l'adaptabilité des politiques copiées dans un contexte différentiel. En cela Rebaudel et al. (2007) expliquent que « les infections nosocomiales sont désormais un problème de santé publique avéré en Afrique Intertropicale, qui s'intègre en fait dans le cadre global et complexe du développement. [...] Le transfert des mesures de lutte issues de l'expérience des pays médicalement avancés doit prendre en compte les spécificités locales sanitaires, socio-économiques et culturelles ».

Conclusion

Les infections nosocomiales causées la plupart du temps par les bactéries multirésistantes aux antibiotiques font de l'hôpital un milieu à risque. L'enquête socio-anthropologique nous a permis de décrire la surveillance des infections nosocomiales au service d'hygiène et biosécurité du CHU de Cocody. Si des notifications des cas des infections nosocomiales sont faites par le biais des notes de service au service d'hygiène et de biosécurité, cette

notification ne donne pas lieu à la création d'une base de données marquant de début de surveillance des infections nosocomiales. Les infections nosocomiales ne sont pas mises en chiffre et donc n'ont pas de visibilité objective à travers des données chiffrées malgré l'existence d'un comité d'hygiène et de lutte contre les infections nosocomiales et d'un service d'hygiène et de biosécurité. La souffrance des patients due au manque d'hygiène médicale est passée sous silence. La surveillance des infections nosocomiales est pour parler comme Rebaudet et al. (2007) dans la pratique "différée".

Références bibliographiques :

AMIEL C., 2005, « « On sait qu'il n'y a pas de "vrais" risques ». Discours et pratiques de soignants autour des infections nosocomiales », *Sciences sociales et santé*, 23(3), p. 37-58. doi :10.3406/sosan.2005.1658

CARRICABURU D., LHUILIER D., 2009, « Les infections nosocomiales : un risque collectif en cours de normalisation ? », *Sciences sociales et santé*, 27(4), p. 43-72. doi :10.3917/sss.274.0043

CHEVALIER B., MARGERY J., WADE B., KA S., DIATTA B., GUEYE M., MBAYE P., DEBONNE J., 2008, « Perception du risque nosocomial parmi le personnel hospitalier de l'Hôpital Principal de Dakar », *Médecine Tropicale*, 68(6), p. 593-596.

D'ALESSANDRO E., 2012, « Prévenir le risque infectieux à l'hôpital ? Réflexions anthropologiques autour des pratiques d'hygiène hospitalière dans un service de médecine au Niger », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 4.

D'ALESSANDRO E., 2013, *Anthropologie d'un geste technique, L'hygiène hospitalière dans un hôpital Ouest*

Africain, PhD Thesis, Ecole des Hautes Etudes en Sciences sociales, 477 p.

DIA N. M., KA R., DIENG C., DIAGNE R., DIA M. L., FORTES L., DIOP B. M., SOW A. I., SOW P. S., 2008, « Résultats de l'enquête de prévalence des infections nosocomiales au CHNU de Fann (Dakar, Sénégal) », *Médecine et maladies infectieuses*, 38(5), p. 270-274. doi:10.1016/j.medmal.2007.11.001

DUCEL G., FABRY J., NICOLLE L., 2008, *Prévention des infections nosocomiales : guide pratique*, 2e édition, Genève, Organisation mondiale de la Santé.

DUROCHER A., 2005, « L'infection nosocomiale comme indicateur de (non) qualité des soins : l'exemple de la réanimation (Commentaire) », *Sciences sociales et santé*, 23(3), p. 59-68. doi :10.3406/sosan.2005.1659

ELLENBERG E., 2005, « L'infection nosocomiale : relire l'histoire et penser au présent », *Santé publique*, 17(3), p. 471-474. doi :10.3917/spub.053.0471

GOTTOT S., 1998, « Des infections hospitalières aux infections nosocomiales », *Actualité et dossier en santé publique*, 23, p. XXVI-XXXI.

HANCART-PETITET P., TOURNAIRE A. L. F., DESCLAUX A., SIRENDA V., CELINE D., 2011, « Une approche socioculturelle de l'hygiène au Cambodge : pratiques soignantes et risques de transmission virale », *Hygiènes*, 19(2), p. 64-65.

JAFFRE Y., 2003, « Anthropologie et hygiène hospitalière », in Bonnet D., Jaffré Y. (dir.), *Les maladies de passage : Transmission, préventions et hygiènes en Afrique de l'ouest*, Paris, Editions Karthala, Collection médecines du monde, p. 341-373.

LE RAT C., QUELIER C., JARNO P., CHAPERON J., 2010, « Approche socio-historique de la lutte contre les infections nosocomiales en France », *Santé Publique*, 22(4), p. 367-378.

LHUILIER D., NIYONGABO T., ROLLAND D., 2005, Prévenir le risque nosocomial : la balade infectieuse, Paris, L'Harmattan, 221 p.

MARTY N., MALAVAUD S., GORECKI N., POMIES S., CABRESPINE F., CHABANON G., 1996, « Trois types de surveillance épidémiologique des infections nosocomiales au CHU de Toulouse (Hôpitaux Rangueil et La Grave) », Médecine et maladies infectieuses, 26, p. 624-633.

MEÏTE S., BONI-CISSE C., MONEMO P., MLAN T. A., FAYE-KETTE H., DOSSO M., 2010, « Surveillance microbiologique des surfaces au niveau d'un établissement hospitalier de niveau tertiaire : exemple du chu de Yopougon, Abidjan, Cote d'Ivoire », J. sci, 11(1-2010), p. 73-81.

MSLS, 2011, Lutte contre les infections nosocomiales en Côte d'Ivoire : Cadre de référence à l'intention des établissements de santé.

OLIVIER DE SARDAN J.-P., 1995, « La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », Enquête. Archives de la revue Enquête, 1, p. 71-109. doi :10.4000/enquete.263

OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2010, « Anthropologie médicale et socio-anthropologie des actions publiques. Dispositifs de recherche, commanditaires, réformes... », Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé, 1. doi:<https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.86>

OMS, 2005, Défi mondial pour la sécurité des patients, 2005-2006 : un soin propre est un soin plus sûr, Genève, Organisation mondiale de la Santé.

PITTET D., SAX H., 2000, « Surveillance des infections nosocomiales : principes et application (1ère partie) », Swiss-NOSO, 7(3), p. 17-20.

REBAUDET S., DE PINA J.-J., KAPP C., KRAEMER P., SAVINI H., DEMORTIERE E., SIMON F., 2007, « Le risque

nosocomial en Afrique intertropicale-Partie 4: Prévention », *Med Trop*, 68(1), p. 73-82.

SIMON F., DEMORTIERE E., CHADLI M., KRAEMER P., DE PINA J.-J., 2006, « Le risque nosocomial en Afrique intertropicale-Partie 1 : Contexte », *Med Trop*, 66(1), p. 91-96.

SIMON F., KRAEMER P., DE PINA J. J., DEMORTIERE E., RAPP C., 2007, « Le risque nosocomial en Afrique intertropicale-Partie 2 : les infections des patients », *Med Trop*, 67(2), p. 197-20.

TROILLET N., FRANCIOLI P., PITTET D., RUEF C., 2001, « La fréquence des infections nosocomiales comme indicateur de la qualité des soins », *Swiss-noso*, 8(1), p. 1-3.