introduction

L'infection nosocomiale[1] est devenue aujourd'hui une préoccupation de santé publique dans tous les pays industrialisés. Bien que ce type d'infection ne soit pas nouveau dans le processus de soins, différents facteurs, que nous verrons davantage plus loin, ont contribué à une augmentation de l'incidence de ces infections, en même temps que plusieurs caractéristiques sociales actuelles ont favorisé le fait qu'elles soient mises en évidence ou connues du public et des usagers du système de santé. L'importance des conséquences économiques et juridiques qu'elles entraînent dorénavant est tout à fait reliée aux valeurs de notre époque.

Nous pensons que les maladies nosocomiales constituent un objet intéressant pour l'étude de l'image de l'hôpital telle qu'elle est maintenant véhiculée dans notre société et, de manière plus générale, de la perception et des attentes des individus face au système de santé.

Comme nous le verrons, l'interventionnisme de plus en plus important en matière de soins de santé, découlant entre autres du phénomène de la médicalisation (entraînant une héroisation du « malade »), la « bureaucratisation » de l'organisation de la santé se traduisant par la complexification des communications et des rapports entre les intervenants, le sous-financement de certains aspects moins glamour du système de santé, le refus de toutes formes de détérioration du corps associée au vieillissement, la non tolérance du risque et le refus de la faillibilité en matière de soins, entre autres exemples, peuvent être considérés comme des facteurs sociaux en cause dans l'augmentation de l'incidence des maladies nosocomiales.

Notre hypothèse est donc que le rapport qu'entretiennent désormais les individus et la société avec les maladies nosocomiales peut être considéré comme un miroir dans lequel se reflète leur conception de l'hôpital, des soins et du système de santé, et que ce rapport traduit ainsi d'une manière plus générale notre rapport actuel à la maladie et éventuellement à la mort.

Nous tâcherons de démontrer ce point de vue en effectuant tout d'abord un survol de certaines notions théoriques générales en matière de sociologie de la santé ou de la médecine: depuis quand

---

1 Les maladies nosocomiales sont des infections acquises en milieu hospitalier ou lors de soins de santé. Une infection est dite *nosocomiale* si elle est absente lors de l'admission du patient à l'hôpital et qu'elle se développe 48 heures au moins après l'admission. Ce délai permet de distinguer une infection d'acquisition communautaire d'une infection nosocomiale. Trois éléments doivent être réunis pour que se développe une infection nosocomiale : 1. un agent infectieux 2. un mode de transmission3. un sujet réceptif.

les sociologues s'intéressent-ils au sujet, comment les soins de santé peuvent-ils être appréhendés par la sociologie et quel est l'intérêt de collaborer, pour ces deux champs d'expertise. Ces éclaircissements nous permettrons ensuite de démontrer comment les maladies nosocomiales peuvent s'inscrire dans une démarche sociologique en utilisant les quatre règles du fait social, selon Durkheim[2]. Puis, nous verrons les facteurs qui contribuent à l'augmentation de l'incidence de ce type d'infections et de quelle manière ces facteurs sont en lien avec différents phénomènes sociaux.

1. notions théoriques

Il est assez récent que la sociologie s'intéresse à la médecine et l'inverse n'est même pas encore tout à fait vrai: la médecine tarde à incorporer les sciences humaines à son champ d'expertise. Le grand nombre d'enjeux et de problématiques complexes en matière de santé expliquent la grande variété de travaux publiés en matière de « sciences sociales de la santé »; on parle par exemple du sida comme phénomène social, du stress comme déterminant de la santé, de l'éducation des professionnels de la santé, des abus de la médicalisation, etc. Alors que de nombreux sociologues (et une foule d'autres spécialistes: économistes, anthropologues, travailleurs sociaux ...) s'intéressent aux aspects sanitaires et médicaux de leurs sujets de recherche, la formation médicale tarde à intégrer à son corpus des notions pourtant reconnues comme essentielle à une vision plus globale et plus juste de la santé. Comme l'explique de manière très juste Jean Benoist,

> La médecine n'a jamais été aussi écartelée que maintenant entre la hausse de son niveau technique (...) et les pressions politiques et économiques qui portent sur son exercice. [le médecin] est désormais cerné par un système social complexe dont il devient un rouage soumis à des pressions contradictoires. Or si sa formation technique suit les progrès des découvertes de la biologie, sa formation en sciences sociales demeure à l'état d'ébauche, et il est peu armé face à des défis qui sont autres que ceux que pose directement la maladie : défis du développement, défis tenant aux changements démographiques, au changement du statut de la femme, aux mouvements migratoires, aux fondements sociaux des toxicomanies, de la drogue par exemple, alors que les individus et les pouvoirs publics le sollicitent.[3]

En effet, pour parvenir à influencer par exemple les pouvoirs publiques sur diverses mesures à prendre en matière de santé publique, le médecin doit être en mesure de tenir compte d'une multitude de paramètres qui ne dépendent pas uniquement de la biologie. La sociologie ainsi que les autres sciences humaines peuvent être mises à contribution dans le but d'obtenir un portrait plus global des situations présentées.

C'est autour des années soixante-dix que le modèle biomédical[4] a commencé à être concurrencé par

2Émile Durkheim, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Les presses universitaires de France, 1894. 149p.

3Jean Benoist, *La médecine entre techniques, société et culture: pourquoi des sciences sociales de la santé*, «Colloque: Sciences sociales et santé au Maroc », Fès, 1999. p.7

4Le modèle biomédical se bas sur l'observation du réel afin d'obtenir des données considérées comme irréfutables et sur lesquelles se basent alors le traitement de la maladie. Il s'agit d'un modèle positiviste (observation des faits entraînant la preuve scientifique).

le modèle biopsychosocial. Celui-ci permettait un élargissement des notions de maladie et de santé, en même temps qu'étaient définis au Québec, avec le rapport Lalonde, ce qu'on appelle toujours aujourd'hui les *déterminants de la santé*. Cette nouvelle approche essaie de prendre en considération d'autres aspects que la biologie pure et simple, en prenant la mesure d'autres facteurs pouvant avoir un impact parfois même plus important sur la santé des individus. Ainsi, l'environnement physique et social, les habitudes de vie et l'organisation des soins de santé sont désormais à prendre en compte lorsqu'est question de santé et à plus forte raison, de santé publique. On considère également qu'une étiologie sociale doive être envisagée dans l'étude des maladies. Toutefois, le modèle biomédical, sur lequel repose la médecine depuis ses tout début, ne cède pas la place pour autant. Les modèles ont plutôt tendance à se superposer, et en fait on peut dire que le modèle biomédical a imprégné de manière si importante toute la démarche médicale depuis si longtemps qu'il est encore aujourd'hui difficile pour les intervenants d'en sortir un tant soit peu.

C'est dans ce contexte que les acteurs des sciences sociales tentent de jouer un rôle dans la mise en lumière de différentes problématiques liées à la santé et pouvant avoir un impact direct sur la santé des populations; par exemple, des études ont révélé les inégalités d'accès aux soins de santé qui existent en rapport direct avec les inégalités sociales. Des recherches ont été faites sur les comportements des individus afin d'en comprendre d'une part l'origine (souvent reliée davantage à l'environnement social et culturel qu'à de véritables choix), et d'autre part l'impact que ces comportements peuvent avoir sur l'état de santé des populations. Des virages majeurs en matière de santé publique ont pu être accomplis grâce à la prise en compte de ces facteurs encore jamais étudiés auparavant. C'est au même moment qu'aura lieu l'individualisation de la santé alors que les personnes sont considérées comme premières responsables de leur état de santé. Cette nouvelle conception aura beaucoup d'impact sur la manière de gérer les soins de santé, et nous en verrons une conséquence majeure dans le cadre de ce travail-ci, alors que le patient, toujours incité davantage à se responsabiliser en matière de santé, est bel est bien devenu un « client » qui demande des services et à qui on doit désormais rendre des comptes.

Aujourd'hui plus que jamais, le travail des sociologues est capital: en effet, c'est en comprenant mieux les rapports entretenus entre les différents aspects de la problématique de la santé (les individus, les institutions, les maladies, les facteurs déterminants de la santé, etc) que des décisions éclairées pourront être prises dans une optique globalisante plus juste pour tous.

2. les maladies nosocomiales: un fait social

Afin de placer notre propre recherche dans une perspective théorique, nous utiliserons les quatre éléments qui caractérisent le fait social, selon Durkheim. Ainsi, nous pouvons d'ores et déjà affirmer que les maladies nosocomiales ont une histoire. En effet, l'utilisation de l'adjectif « nosocomial » remonte au moins au XVIIIe siècle car on en trouve les traces dans de nombreux dictionnaires de médecine de l'époque[5]. Contrairement à ce que pourrait laisser croire l'intérêt soudain des média pour la question depuis quelques années, les maladies nosocomiales sont répertoriées depuis fort longtemps dans la littérature médicale et elles sont le plus souvent associés à des conditions d'hygiène déficiente ou à l'extrême promiscuité régnant dans les établissements hospitaliers mais aussi dans les prisons. Dans l'*encyclopédie* de Diderot et d'Alembert, de longs paragraphes sont consacrés à la « fièvre hospitalière »et des suggestions sont même proposées pour améliorer la situation: « la partie fondamentale de la méthode curative, est d'éloigner le malade du mauvais air. Quand cela n'est pas possible, il faut purifier l'air (…) ; renouveler cet air (…) ; séparer les malades[6] ».

Par ailleurs, comme tout fait social, les maladies nosocomiales n'échappent pas à l'influence du social. Incidemment, comme nous le verrons davantage en détails plus loin, l'utopie du risque zéro, le refus de la faillibilité de l'hôpital, devenu un véritable temple, le peur de la mort, tous ces facteurs sociaux ont un impact direct sur la manière dont sont perçues les maladies nosocomiales.

La différenciation des catégories sociales est aussi un élément du fait social que constituent les maladies nosocomiales. Ces dernières séparent tout d'abord les malades et les bien- portants. Elles opèrent aussi une distinction un peu plus subtile mais tout de même bien présente entre les classes sociales, car les riches peuvent se permettre de fréquenter des établissements privés: ils bénéficient donc de mesures (chambres privées, personnels plus nombreux et meilleure salubrité, entre autres) qui permettent de réduire l'incidence de ce genre d'infections.

Finalement, l'interdépendance des différents faits sociaux est bien illustrée quand on regarde la problématique des maladies nosocomiales: notons seulement le lien entre la médicalisation de plus en plus importante reliée à l'intolérance au risque. Cette médicalisation entraîne un interventionnisme toujours plus poussé qui constitue un facteur de risque supplémentaire à l'acquisition des infections nosocomiales. La manière dont est traité la vieillesse et les vieillards en perte d'autonomie qui se retrouvent parqués dans des unités hospitalières qui ne sont pas adaptées à cette réalité, dans des

5Eytan Ellenberg, « Une étude socio-historique et diachronique de l'infection nosocomiale »*Esprit Critique, revue internationale de sociologie et de sciences sociales,* Hiver 2008, Vol. 11, no.1. p.1

6*ibid*, p.5

conditions favorisant encore une fois la transmission des maladies nosocomiales.

3. facteurs sociaux de l'augmentation de l'incidence des maladies nosocomiales

De nombreux facteurs sont mis en cause lorsque l'on étudie l'augmentation de l'incidence des maladies nosocomiales. Nous verrons ici quelques uns de ces facteurs qui nous paraissent les plus en lien avec notre hypothèse.

3.1 La persistance du modèle biomédical et la médicalisation

Comme nous l'avons expliqué dans la première partie de ce travail, le paradigme biomédical demeure dominant dans l'enseignement et l'application de la médecine au Québec. La démarche scientifique est donc celle qui est privilégiée par le médecin dans son travail quotidien. Les limites du modèle biomédical viennent essentiellement du fait qu'il ne s'applique qu'à la maladie et au traitement de celle-ci sans tenir compte du patient comme tel. Bien que le modèle biopsychosocial[7] se soit superposé au modèle biomédical depuis quelques décennies, le paradigme de base ne s'est pas modifié: le médecin cherche toujours la cause de la maladie afin d'en traiter les symptômes ou de la faire disparaître. Cela reste encore la base de la manière dont la pratique de la médecine est envisagée. La persistance de ce modèle constitue à plusieurs niveaux un facteur de risque supplémentaire favorisant l'émergence des maladies nosocomiales .

Tout d'abord, l'interventionnisme qu'il entraîne, illustré par l'utilisation, encore maintenant, des antibiotiques à toutes les sauces, parfois en prophylaxie, souvent même chez des patients âgés qui présentent le plus de risque de contracter les infections, et de méthodes de traitements invasives augmentant encore les risques d'infection (cathéters centraux, intubation endotrachéales, endoscopies, biopsies, transfusions de produits dérivés du sang), cet interventionnisme à outrance donc, est directement inspiré du modèle biomédical, qui n'envisage que le traitement possible faisant fi des autres considération.

Ensuite, les interventions médicales prennent peu en compte les facteurs environnementaux du patient même au sein de l'institution hospitalière (ou du centre d'hébergement): ainsi, les médecins accordent moins d'importance à des mesures pourtant vitales en matière de transmission des infections nosocomiales, comme le lavage des mains, l'isolement et le port des vêtements de protection ... Comme si la nature « non-scientifiques » de ces méthodes leur conféraient un statut de « sous-interventions » et dépréciaient le travail de celui qui les prend en compte.

7le modèle biopsychosocial postule que les aspects sociaux de la vie du patient doivent être étudiés et intégrés avec la même rigueur et la même acuité que l'on applique aux phénomènes biologiques. Ce modèle permet une approche plus globalisante de la santé qui inclut le patient et ne tient pas seulement compte de la maladie.

Ce refus d'envisager les conséquences morbides par exemple de certaines conditions économiques, sociales, environnementales ou culturelles, entraîne des conséquences sur la manière même dont les individus perçoivent leur propre maladie. Parmi ces conséquences notons, entre autres, la « sacralisation » de l'hôpital, le manque de prise en charge de certaines conditions socio-économiques inéquitables et la médicalisation.

3.2 La médicalisation

La médicalisation de plus en plus importante de toutes sortes de phénomènes sociaux ou liés aux stades de la vie des personne, en plus d'être une source de pression sociale, de gaspillage d'argent et de ressources, et d'infantilisation des populations, constitue également un facteur à prendre en considération dans l'augmentation de l'incidence des maladies nosocomiales. Les personnes âgées, en centre hospitalier ou en centre d'hébergement de soins longue durée, sont celles qui contractent le plus souvent les maladies nosocomiales. Elles sont plus vulnérables car elles sont souvent la cible de plusieurs pathologies chroniques ou aigues à la fois et leur système immunitaire est particulièrement affaibli. Or, on retrouve de plus en plus de personnes âgées dans des milieux propices au développement de maladies nosocomiales ce qui ne se produirait pas si les ressources existaient pour leur permettre de poursuivre une vie normale en dépit de leur vieillissement. Nous vivons dans une société qui a médicalisé le vieillissement dans son ensemble, et du même coup la plupart de ses manifestations comme la diminution de la libido et des fonctions sexuelles, la perte des cheveux, la diminution de l'agilité et de la motricité, etc. L'hospitalisation ou l'hébergement dans des centres spécialisés devient une solution médicale « obligatoire » pour régler des problèmes de nature sociale, liés aux étapes normales de la vie. Les vieillards sont un exemple particulièrement intéressant parce qu'ils sont plus vulnérables aux maladies nosocomiales, mais on pourrait aussi parler de la médicalisation à d'autres niveaux, par exemple en matière de toxicomanies, d'alcoolisme ou de santé mentale.

3.3 le sous-financement ou les choix du financement

Le financement et les coûts du système de santé sont des sujets à la mode depuis plusieurs années. D'aucuns tentent de nous convaincre que nous n'avons plus les moyens de l'universalité des soins, mais comme leur jupon dépasse souvent quant aux intérêts qu'ils défendent, il importe de diversifier les sources lorsque vient le temps de faire les comptes. En fait, bien qu'on ne puisse nier le poids de plus en plus lourd que représentent les coûts en matière de santé, les montants dévolus au système de santé sont gérés par des administrateurs qui doivent répondre à toutes sortes de demandes et de

pression: ainsi, la manière dont est réparti le financement doit être examinée et peut fournir certaines explications.

C'est ainsi que lors de la recrudescence d'infections au *clostridium difficile*, en 2004, on a dû reconnaître que le sous-financement était en grande partie responsable de la situation. Dans une étude parue dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*, Jacques Pépin identifie trois facteurs importants ayant contribué à l'émergence de l'épidémie, et un de ces facteurs est bel et bien le sous-financement: « decades of insufficient capital investment in Quebec hospitals have resulted in conditions of hygiene that facilitate the transmission of pathogens such as *C. difficile*[8] ». Le ministère de la santé lui-même n'hésite pas à reconnaître que certains aspects de la santé ont été sous-financés, par méconnaissance des risques encourus:

> Il faut cependant reconnaître que peu d'autorités de santé publique et peu de gestionnaires d'établissements, au Québec et au Canada, accordaient priorité aux infections nosocomiales. Aussi, au Québec, les mesures successives de compressions budgétaires ont amené les établissements à réduire les ressources non reliées aux soins directs aux usagers. On a parfois réduit le nombre de professionnels de PCI, déjà insuffisant, et on a souvent sabré dans les services d'entretien sanitaire, ce qui a eu des répercussions sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales[9].

Ce ne sont pas que les diminutions de budget qui ont entraîné un sous-financement, mais aussi les déplacements d'argent vers des secteurs plus *glamour*, représentés par des acteurs plus voyants et plus bruyants. Dans l'hôpital moderne, il ne s'agit plus seulement d'accueillir les malades en leur offrant le gîte et les soins. Il faut détecter et guérir les maladies, et pour ce faire les hôpitaux sont devenus une vitrine pour les nouvelles technologies. Non seulement, comme nous l'avons vu précédemment, ces outillages et ces méthodes font-ils courir plus de risques aux patients, mais ils drainent une bonne partie des ressources financières au détriment des secteurs de base qui passent moins bien à la télévision. Comme l'explique Pépin,

> les demandes constantes de ressources afin de financer des technologies nouvelles et coûteuses taxent les budgets même des meilleurs administrateurs d'hôpital. Pour faire fonctionner de nouveaux appareils ou acheter plus de stents, ils doivent arracher de l'argent aux budgets de fonctionnement de base. Par ailleurs, ils ne peuvent en même temps négliger les services de base aux patients, ni les risques environnementaux auxquels les patients et le personnel sont exposés tous les jours. Les risques ne sont pas insignifiants[10].

---

8 Jacques Pépin, « Clostridium difficile-associated diarrhea in a region of Québec from 1991 to 2003: a changing pattern of disease severity », *CMAJ,* août 2004, p. 470

9 Ministère de la santé et des services sociaux, « D'abord ne pas nuire ... les infections nosocomiales au Québec, un problème majeur de santé, une priorité », *Rapport du comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales*, Bibliothèque Nationale, 2005, p.33.

10 J.Pépin, *op.cit.*, p.472

4. le rapport aux maladies nosocomiales: illustration de notre rapport à la santé, à la maladie et à l'hôpital

Le rapport que nous entretenons, comme société, avec la santé, la maladie et l'hôpital (ou les services de santé) a beaucoup changé au fil du temps. Longtemps les hôpitaux ont constitué des refuges charitables pour les mourants et les pauvres. Puis, avec le développement de la science et du savoir et l'apparition de nouvelles technologies, les hôpitaux sont devenus le coeur et la référence de tout le système de santé. Dans le même temps, l'apparition des déterminants de la santé comme base d'étude en matière de santé publique a engendré une individualisation du rapport à la maladie: l'accent étant souvent mis sur les habitudes de vie des individus, ceux-ci deviennent responsables de leur santé et partant, de leurs maladies. Conséquemment, ils ont développé un rapport client-service avec le système de santé, rapport encouragé par les structures elles-mêmes.

4.1 le passage du statut de *patient* à celui de *client:* un nouveau rapport aux services de santé

Conséquence de l'individualisation mais aussi du néolibéralisme qui considère les prestataires de services de santé comme des *clients* (nouvelle appellation substituée à celle de *patients*), la responsabilisation des individus face à leur santé a entraîné un genre de « rébellion », quoiqu'encore timide, contre l'*establishment* médical. Puisqu'il est considéré comme un client, l'individu exige de recevoir des services et demandent des comptes. Illustrent cette prise en main, entre autres: les recours[11] qu'intentent familles et malades ayant eu maille à partir avec les infections nosocomiales, les associations comme *ADVIN*[12], l'association des victimes d'infections nosocomiales, les questionnements sur les tribunes publiques au sujet du phénomène[13]. Il n'est plus question pour les *clients* de se résigner et d'accepter l'argumentation des spécialistes en matière de santé, particulièrement les médecins. Après avoir entendu dire pendant des années qu'elle pouvait avoir le contrôle sur sa santé (en mangeant moins, moins gras, en s'abstenant de fumer et de consommer de l'alcool, en faisant plus d'activité physique, en ayant une vie sexuelle épanouie, en consommant toute une panoplie d'aliments anti-ceci et pro-cela), la personne hospitalisée refuse de redevenir une victime muette du système et demande à ce que l'hôpital soit à la hauteur de ses prétentions. Les individus qui ont dû prendre leurs responsabilité demandent maintenant que l'hôpital et le système de santé prennent aussi les siennes. Ce changement de rapport entre la société et l'hôpital ne s'est pas produit la journée même de l'éclosion des cas de *clostridium difficile,* mais cette épisode de 2004 l'a clairement illustré: désormais, il ne s'agit plus d'offrir la charité à un malade démuni mais plutôt d'offrir

---

11 Lire entre autres à ce sujet, Louise Maude Rioux Soucy, « le no fault devrait être étendu aux maladies nosocomiales », *Le devoir,* 23 septembre 2004, http://www.ledevoir.com/societe/sante/64486/le-no-fault-devrait-etre-etendu-aux-maladies-nosocomiales [en ligne] (page consulté le 6 avril 2010) ainsi que le reportage à « Maisonneuve en direct », *Indemniser les victimes du C.difficile?*, Radio-Canada, 16 novembre 2006, http://www.radio-canada.ca/radio/maisonneuve/16112006/79999.shtml [en ligne] (page consultée le 6 avril 2010)

12 http://www.advin.org/ [en ligne] (page consultée le 6 avril 2010)

13 Voir plusieurs reportages et articles cités en bibliographie

des services à un *client* exigeant et informé.

4.2 utopie du risque zéro et refus de la maladie

Avec la fin du providentialisme, la montée de l'individualisme et le nouveau rapport client-service entretenu entre l'ex-patient et l'hôpital, s'exprime aussi une nouvelle perspective : l'utopie du risque zéro. L'approche largement biomédicale préconisée par les professionnels de la santé n'est pas la seule en cause pour expliquer la manière dont le seuil de tolérance au risque des populations a diminué. Comme l'explique Tapiéro, « la principale difficulté d'appréhension des risques est d'ordre psychosociologique. Aux risques réels, objectifs, observables et quantifiables sont opposés les risques perçus et subjectifs qui résultent d'un jugement personnel face à une situation incertaine[14] ». Les principes véhiculés par l'individualisme font la promotion d'une vie sans contrainte; les moyens économiques garantissent le confort et la sécurité. Or, ces convictions se heurtent à la réalité lorsque sont exposées dans les médias, de manière extrêmement simplifiées et spectaculaires, les problématiques par exemple des maladies nosocomiales. Avec l'impression de pouvoir tout acquérir est aussi venue la peur de tout perdre, et nous ne tolérons plus les risques inhérents à la vie. C'est pourquoi la découverte, via les médias, que l'hôpital n'est peut-être pas l'endroit sécuritaire que nous imaginions est terrifiante pour une bonne partie de la population qui avait décidé de remettre entre les mains des scientifiques sa santé et sa vie. La faillibilité des établissements de santé qui non seulement font face à des maladies qu'ils ne parviennent pas à contrôler ni à soigner mais pire encore, des maladies qu'ils ont eux-mêmes causées, cette faillibilité est insupportable pour une société qui croyait que la science et l'économie pouvaient la protéger de tous les dangers.

Conclusion

La population découvre qu'il ne peut pas y avoir de sécurité sanitaire absolue et cela l'inquiète. Toutefois, mal et peu informée par les médias qui privilégient la rapidité de transmission à l'analyse des faits, la population tarde à bien comprendre l'opposition qui existe de plus en plus entre les valeurs véhiculées par le néolibéralisme (individualisme, profit, réussite, entre autres) et celles du providentialisme maintenant bien mort, auxquelles elle est restée attachée : l'accès universel aux soins et l'égalité en matière de santé.

Le sous-financement chronique auquel font face les établissements hospitaliers est une situation qui ne peut qu'empirer dans le contexte actuel où les hôpitaux sont dorénavant considérés comment des entreprises qui doivent rechercher la rentabilité en minimisant les dépenses. Le rapport client-service mis de l'avant a commencé à faire croire aux populations que le système de santé pouvait être

14 Bruce Tapiéro, *Les maladies infectieuses, l'illusion du risque zéro*, CHU Sainte-Justine, Montréal, 2009, p.62

appréhendé comme n'importe quel autre prestataire de service pour lequel ils paient. Les événements reliés aux épisodes épidémiques de maladies nosocomiales dans les hôpitaux de la province ont pourtant bien démontré comment les valeurs néolibéralistes ne sont pas toujours compatibles avec la recherche d'un idéal de sécurité et de santé globales.

Dans les circonstances actuelles, où les intervenants de la santé doivent négocier leurs conditions de travail sur la place publiques de plus en plus rudement, où les restrictions budgétaires visent à « responsabiliser » encore davantage le citoyen (mise en place d'un ticket modérateur et d'un *impôt supplémentaire* sur la santé[15]), où les hôpitaux universitaires sont engagés dans une course pour le prestige et la reconnaissance qui laisse sur le côté les patients et les travailleurs de la santé; dans ce contexte économique et social où chacun a l'impression qu'il pourra tirer son épingle du jeu mieux que le voisin, où la compétition et l'ambition sont les nouveaux moteurs de l'éducation, il serait sans doute illusoire de croire qu'un seul événement puisse venir remettre en question le néolibéralisme lui-même.

Toutefois, comme le mentionne Tapiéro : « à chacun des époques de l'histoire, une maladie symbole semble avoir servi de véhicule pour organiser nos représentations du mal, de la maladie et de la mort et pour indiquer en même temps les limites de nos moyens dans la gestion des dangers[16] ». Les maladies nosocomiales pourraient constituer le test ultime à cet égard, puisque, contractées carrément en milieu hospitalier, elles remettent en question plusieurs des fondement même du système de santé. Elle pourraient ainsi non seulement être considérées comme un fait social illustrant nos rapports à la maladie et à la médecine, mais aussi comme un levier de prise de conscience et ultimement un moteur de changement.

15 http://www.radio-canada.ca/nouvelles/Budget/2010/03/30/005-budget-faits-saillants.shtml [en ligne] (page consultée le 20 avril 2010)
16 *ibid*, p.20.

BIBLIOGRAPHIE

1. Livres

LEMIEUX, Vincent. *Le système de santé au Québec: organisations, acteurs et enjeux,* Québec, Les Presses de l'Université Laval, 2003. 507 p.

ORTH, Gérard, et Philippe SANSONETTI. *La maîtrise des maladies infectieuses: un défi de santé publique, une ambition médico-scientifique.* France, EDP Sciences, 2006, 440 p.

REGNIER, B., et C. BRUN-BUISSON. *L'infection en réanimation*. Paris, Masson, 1988, 272 p.

SÉGUIN, Normand. *L'institution médicale.* Les Presses de l'Universités Laval, 1998, 191 p.

2. Documents audiovisuels

COURCHESNE, Hélène. « Les hôpitaux qui tuent », *Enjeux*, Radio-Canada, 20 janvier 2004.

VILLEDIEU, Yannick. « La crise du Clostridium difficile », *Les années lumières*, Radio-Canada, 5 décembre 2004.

3. Sites Internet

Association des victimes d'infections nosocomiale. *Les infections nosocomiales*, [En ligne], http://www.advin.org/documentation-generale/qu-est-ce-qu-une-infection-nosocomiale.html (Page consultée le 12 mars 2010).

BENOIST, Jean. *La médecine entre techniques, société et culture: pourquoi des sciences sociales de la santé,* [En ligne], http://classiques.uqac.ca/contemporains/benoist_jean/medecine_entre_techniques_et_culture/medecine.html (Page consultée le 12 mars 2010).

CHICA: Community and hospital infection control association – Canada. *Surveillance and statistics*, [En ligne], http://www.chica.org/links_surveillance.html (Page consultée le 12 mars 2010).

Comité sur les infections nosocomiales au Québec. *Norme en ressources humaines pour la prévention des infections nosocomiales au Québec,* [En ligne], http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/preventioncontrole/maladiestransmissibles/recominfections.pdf (Page consultée le 12 mars 2010).

Infirmiers.com. *Le risque d'infections nosocomiales en réanimation*, [En ligne], http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsi/cours/cours-infectieux-le-risque-dinfections-nosocomiales-en-reanimation/rappels-sur-les-infections-nosocomiales.html (Page consultée le 12 mars 2010).

Institut national de santé publique du Québec. *Mesures de prévention et de contrôle des infections à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) dans les milieux de réadaptation*, [En ligne], http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/943_SARMReadaptationv2.pdf (Page consultée le 12 mars 2010).

PARÉ, Isabelle. *Ces microbes qui hantent nos hôpitaux,,* [En ligne],

http://www.ledevoir.com/societe/sante/29369/ces-microbes-qui-hantent-nos-hopitaux (Page consultée le 12 mars 2010).

Revue ADSP. *Qualité des soins et infections nosocomiales,* [En ligne], http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-38/ad384951.pdf (Page consultée le 16 mars 2010).

Santé Canada. *Guide de prévention des infections; La prévention et la lutte contre les infections professionnels dans le domaine de la santé*, [En ligne], http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/02pdf/28s1f.pdf (Page consultée le 16 mars 2010).

Santé et Services Sociaux du Québec. *D'abord ne pas nuire, les infections nosocomiales au Québec, un problème majeur de santé, une priorité,* [En ligne], http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-209-01web.pdf (Page consultée le 12 mars 2010).

Santé et Services Sociaux du Québec *Principes généraux d'aménagement: centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), centres hospitaliers et instituts affiliés universitaires (CHU, CHAU, IU),* [En ligne], http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-209-04.pdf (Page consultée le 12 mars 2010).

4. Articles de périodiques

BRETON, Pascale. « Éclosions préoccupantes», *La Presse*, 2 mars 2010.

CARPENTIER, Patrick. « le patient, zéro ? »*, La presse,* 4 avril 2010.

DERFEL, Aaron. « Montreal General Hospital's revamped cardiology unit offers dignity. Private rooms also cut infection threat », *The Gazette,* 6 février 2010.

ELLENBERG, Eytan. « Une étude socio-historique et diachronique de l'infection nosocomiale », *Esprit Critique ,* Hiver 2008, Vol. 11, no.1.

ELLENBERG, Eytan. « L'infection nosocomiale: relire l'histoire et penser au présent », *Société française de santé publique,* 2005/3 no.53.

GAGNÉ, Stéphane. «La bactérie C. Difficile scrutée à la loupe»*, Découvrir,* mai-juin 2007, Vol. 28, no.3.

RENAUD, Marc. « Santé: le sociologue au pays des merveilles », *Cahiers de recherches sociologiques,* no.14, printemps 1990.

RIOUX SOUCY, Louise-Maude. « Le no fault devrait être étendu aux maladies nosocomiales », *Le Devoir*, 23 septembre 2004.

VALLÉEE, Pierre. « La gangrène hospitalière sévit toujours », *Le Devoir*, 10 novembre 2007.

VALLÉE. Pierre. «Quelques pistes de solution», *Le Devoir,* 20 juin 2009.

WEISS, Karl. « Contrer le clostridium difficile »*, Le clinicien, octobre 2006*