

Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Sciences de la Santé et de l'Education



MEMOIRE DE FIN D'ETUDE

THEME

**INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS :
EXPERIENCES ET PERCEPTIONS DES INFIRMIERS DE
L'HOPITAL DE DISTRICT DE ZINIARE**

Présenté par

SOULI MARC

***ETUDIANT EN MASTER DE SCIENCES INFIRMIERES, OPTION
PEDAGOGIE/MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS***

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016 - 2017

Directeur de mémoire

**HIEN Hervé, Santé Publique, PhD,
Chargé de recherche au Centre
MURAZ Bobo Dioulasso et à
I R S S / C N R S T Ouagadougou**

Co-Directeur de mémoire

**NANA Noufou Gustave, Enseignant
à l'IFRISSSE, Consultant en Santé
Publique et Santé Communautaire**

DEDICACES

*A mon père **Martin Pousnoaga SOULI**, trouve en cette modeste œuvre, l'expression de ma reconnaissance et de mon affection. **Repose en paix Papa !***

REMERCIEMENTS

Ce travail est le résultat des efforts conjugués de plusieurs personnes, sans lesquelles il n'aurait pas pris corps. Je voudrais dire infiniment merci :

Au Docteur HIEN Hervé, mon Directeur de mémoire. Vous m'avez fait l'honneur de diriger mon mémoire. Je vous remercie de vos conseils précieux. Soyez rassuré de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur NANA Noufou Gustave, mon Co-directeur. C'est avec vous que j'ai connu les merveilleuses aventures de la recherche qualitative. Vos qualités professionnelles, votre ardeur et votre rigueur au travail m'ont inspiré. Trouvez en ces lignes l'expression de ma profonde gratitude.

A ma famille. J'ai bénéficié de vos soutiens, signe de la légendaire solidarité familiale. Trouvez en cette œuvre, le couronnement de vos sacrifices et de vos bénédictions. Puisse Dieu maintenir notre cohésion familiale.

A Madame la Directrice Régionale de la Santé du Plateau central, à Monsieur le Médecin Chef et à tout le personnel du CMA de Ziniaré, pour votre franche collaboration durant mon enquête. Puisse ce travail contribuer à l'amélioration de la santé des populations.

Au Directeur, aux enseignants et à tout le personnel de l'IFRISSE. Vous n'avez ménagé aucun effort pour nous accompagner tout au long de notre formation. Merci pour votre dévouement et vos sacrifices.

A tous les étudiants de la première promotion de l'IFRISSE, pour la bonne collaboration tout au long de notre formation.

A tous ceux qui m'ont soutenu d'une manière ou d'une autre et dont les noms n'ont pu être cités. Trouvez ici ma profonde reconnaissance.

RESUME DU MEMOIRE

Les infections associées aux soins (IAS) constituent une préoccupation mondiale du fait de leur ampleur et leur coût humain et financier. Si les attitudes de non-observance des infirmiers quant aux mesures d'hygiène et d'asepsie sont mises en cause, les logiques qui les justifient ne sont pas tout à fait élucidées. Nous supposons que les expériences et les perceptions des infirmiers constituent une des raisons qui expliquent leurs attitudes de non-observance des mesures de prévention. Aussi, l'approche du caring des infirmiers jouerait un rôle important pour la sécurité des patients.

L'objectif de cette étude était de décrire le vécu et les perceptions des infirmiers sur les IAS dans un hôpital de district du Burkina Faso. Le but étant de contribuer à la compréhension des facteurs qui déterminent les attitudes de non-observance des mesures d'hygiène et d'asepsie, révélées être à l'origine de la survenue des IAS.

Dans cette étude qualitative, des entrevues non-structurées ont été réalisées auprès de dix (10) infirmiers de l'hôpital de district de Ziniaré. La méthode phénoménologique selon Giorgi (1997) a été utilisée pour l'analyse des données.

L'analyse phénoménologique (Giorgi, 1997) a permis de décrire quatre thèmes : « une réalité ignorée » ; « une responsabilité déniée » ; « une perception négative » et « un problème solvable ». Ces résultats montrent une faible perception de l'ampleur et de la gravité des IAS par les infirmiers ainsi qu'un déni de responsabilité dans leur survenue. Par conséquent, les IAS ne sont pas toujours perçues comme une préoccupation. Toutefois, les infirmiers déplorent la situation mais restent optimistes quant à la résolution du problème.

Ces perceptions des infirmiers sur les IAS pourraient expliquer leur non-observance des mesures d'hygiène et d'asepsie qui est à l'origine du problème. Les pistes qui se dégagent de ce travail portent sur la sensibilisation, la formation continue, la communication et l'amélioration des conditions de travail. Aussi, l'implication de l'ensemble des acteurs y compris les patients et leur famille s'avère primordiale dans la lutte contre les IAS.

Mots clés : perceptions, infirmiers, infections associées aux soins, phénoménologie.

ABSTRACT

Healthcare-associated infections (HAIs) are a global concern because of their frequency and human and financial consequences. If nurses' non-observance of hygiene and asepsis measures is questioned, the rationales which justify them are not completely elucidated. We assume that nurses' perceptions are one of the reasons that explain their attitudes of non-compliance with prevention measures. Also, caring approach of nurse would improve patient safety.

The aim of this study is to describe the experiences and perceptions of nurses on HAIs in a district hospital in Burkina Faso. The goal is to help understand the factors that determine attitudes of non-compliance with hygiene measures. In this qualitative research, semi-structured interviews were conducted with 10 nurses from the Ziniaré district hospital. The phenomenological method according to Giorgi (1997) was used to analyze collected data.

Phenomenological analysis has described four themes: "ignored reality"; "Responsibility not recognized"; "Deplorable events" and "Problem that can be solved". These results highlight nurses' low perception of HAIs frequency and severity and a denial of their responsibilities in their occurrence. Therefore, HAIs is not always perceived as a concern by nurses. However, the nurses deplore the situation and are convinced that the problem can be solved.

Nurses' perceptions on HAIs could explain their non-compliance with hygiene and asepsis, which is causing the problem. Solutions to solve the problem can be awareness raising, continuing training and communication. Also, the involvement of all actors including patients and their families is essential in the fight against HAIs.

Key words: perceptions, nurses, Healthcare-associated infections, phenomenology.

SOMMAIRE

RESUME.....	IV
LISTE DES ABREVIATIONS	VII
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE	4
1.1. Enoncé du problème.....	4
1.2. But et objectifs	6
1.3. Question de recherche	7
CHAPITRE II : REVUE DE LITTERATURE.....	9
2.1. Définition des concepts clés.....	9
2.2. Généralités sur les infections associées aux soins	14
2.3. Résumé critique des études sur les perceptions des soignants sur les IAS	20
2.4. Considérations théoriques	24
CHAPITRE III : MATERIELS ET METHODES	32
3.1. Type d'étude:	32
3.2. Cadre de l'étude	32
3.3. Echantillon et échantillonnage	33
3.4. Techniques et outils de collecte des données.....	34
3.5. Analyse des données	35
3.6. La rigueur scientifique	35
3.7. Aspects éthiques.....	37
CHAPITRE IV : RESULTATS	39
4.1. Profil sociodémographique et professionnel des participants.....	39
4.2. Résultats de l'analyse phénoménologique	39
4.3. Synthèse des résultats.....	64
CHAPITRE V : DISCUSSION DES RESULTATS.....	68
5.1. Perception de la réalité du problème des IAS	69
5.2. Les déterminants de la survenue des IAS selon les infirmiers.....	72
5.3. Les solutions au problème des IAS selon les infirmiers	76
5.4. Limites de l'étude.....	79
CONCLUSION	81
REFERENCES.....	85
ANNEXES	A

LISTE DES ABREVIATIONS

ACESI	Association Canadienne des Ecoles de Sciences Infirmières
CERS	Comité d’Ethique pour la Recherche en Santé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMA	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
CVP	Cathéter Veineux Périphérique
IAS	Infection Associée aux Soins
IDE	Infirmier Diplômé d’Etat
IB	Infirmier Breveté
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
Op.cit.	Ouvrage précédemment cité
PCI	Prévention Contre les Infections
PI	Prévention des Infections
SF2H	Société Française d’Hygiène Hospitalière

INTRODUCTION



INTRODUCTION

La qualité des soins de santé constitue une préoccupation pour l'Organisation Mondiale de la Santé et les systèmes de santé au niveau mondial (OMS & Alliance mondiale pour la sécurité des patients, 2008). Le Burkina Faso en a fait une priorité en l'inscrivant dans son Programme National de Développement sanitaire 2011 – 2020 (Ministère de la Santé, 2011). La sécurité des patients est un aspect essentiel de la qualité des soins et constitue une préoccupation pour les établissements de soins, les professionnels de santé et les populations au regard des soins qui ne sont pas exempts de risques (Astagneau & Lepoutre, 2002 ; Thiolet et al., 2007 ; Hien et al., 2012 ; Magill et al., 2014 ; Ouendo et al., 2015 ; Marion-White, Ducel, Kereselidze, & Tikomirov, 1988). De nombreux patients contractent des infections au cours de leurs soins, et cela représente une charge supplémentaire de morbidité et de mortalité. Cette situation est mise en évidence par le taux d'infections associées aux soins, un indicateur de la qualité et de la sécurité des soins qui demeure élevé dans les établissements de santé. A côté du fardeau humain, les infections associées aux soins ont un coût socio-économique considérable et représentent de ce fait un enjeu majeur pour les politiques de santé (Durand-Zaleski, Chaix, & Brun-Buisson, 2002). Si plusieurs facteurs sont associés à la survenue des IAS, (Thiolet et al., 2007 ; Hien et al., 2012 ; Magill et al., 2014 ; Ouendo et al., 2015 ; Lucet & Birgand, 2016), les attitudes et pratiques des professionnels de santé, sont particulièrement mises en cause (Amiel, 2005 ; Bagny et al., 2013 ; Stone et al., 2012 ; Borg, 2014, 2014 ; Fricain, Bergua, Ducos, Jacques, & Demeaux, 2008 ; Haas & Larson, 2007 ; Hien et al., 2013 ; Lucet & Birgand, 2016). En effet, les évaluations des pratiques de soins révèlent de nombreuses insuffisances dans l'application des recommandations de prévention des infections. Des auteurs comme Lucet et Birgand (2016), suggèrent qu'au-delà des investigations objectives épidémiologiques d'autres approches soient envisagées afin de mettre en lumière les logiques qui sous-tendent les comportements qui favorisent la survenue des IAS. Dans ce sens, les connaissances et les méthodes des sciences sociales constituent des recours pour élucider le problème. Les déterminants comportementaux des soignants peuvent être investigués afin d'appréhender et réduire l'écart entre les recommandations et leur application. Cela nous amène à nous

intéresser aux dimensions subjectives des soignants notamment leurs expériences et perceptions dans une perspective d'éclairer le phénomène de non-observance des mesures d'hygiène et d'asepsie qui constitue un facteur de survenue des IAS.

Ainsi, nous aborderons d'une part la problématique, la revue de littérature et la méthodologie et d'autre part, la présentation et la discussion des résultats qui constituent les principales articulations de notre étude.

CHAPITRE I

PROBLEMATIQUE



CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE

1.1. Enoncé du problème

Par leur ampleur et leurs conséquences, les infections associées aux soins (IAS) constituent l'un des premiers risques pour la santé et un défi à relever par les systèmes de santé à l'échelle mondiale (Astagneau & Lepoutre, 2002 ; Thiolet et al., 2007 ; Hien et al., 2012 ; Magill et al., 2014 ; Ouendo et al., 2015). Les IAS constituent de ce fait un problème de sécurité pour les patients. Plusieurs facteurs ont été identifiés comme étant à l'origine des IAS. Ces facteurs sont notamment liés au système de santé, à l'organisation des soins, aux professionnels de santé, à la nature des soins réalisés, à l'environnement des soins ainsi qu'aux patients eux-mêmes (Thiolet et al., 2007 ; Hien et al., 2012 ; Magill et al., 2014 ; Ouendo et al., 2015 ; Lucet & Birgand, 2016). S'agissant des professionnels de santé, leurs attitudes et pratiques ont été mises en cause dans la survenue des IAS (Amiel, 2005 ; Bagny et al., 2013 ; Stone et al., 2012 ; Borg, 2014, 2014 ; Fricain et al., 2008 ; Haas & Larson, 2007 ; Hien et al., 2013 ; Lucet & Birgand, 2016). L'évaluation des pratiques montre que des insuffisances subsistent quant à la mise en œuvre des procédures de soins et des principes de prévention des infections. En effet, la négligence des mesures d'hygiène et d'asepsie par les soignants figure parmi les difficultés les plus rapportées lors des évaluations de la qualité des soins (Amiel, 2005 ; Bagny et al., 2013 ; Borg, 2014, 2014 ; Fricain et al., 2008 ; Haas & Larson, 2007 ; Hien et al., 2013 ; Lucet & Birgand, 2016 ; Stone et al., 2012). Aussi, les agents de santé mettent en doute les procédures et moyens de prévention mis à leur disposition (Ndione, 2010). De plus, notre pratique quotidienne des soins nous a permis de constater que nombre d'infirmiers produisaient beaucoup de fautes d'asepsie et ignoraient les notions les plus élémentaires de l'hygiène. Cette situation est d'autant plus incompréhensible que des mesures simples comme le lavage des mains, le port de gants ont prouvé leur efficacité dans la prévention des IAS. Face à cette situation est apparue une volonté de sécuriser les soins par un ensemble de mesures et de recommandations et au-delà de développer une culture de sécurité chez le personnel de santé. Dès lors, des normes de prévention contre les infections ont été élaborées et leur application rigoureuse recommandée (Carricaburu et al., 2008 ;

Ducel et al., 2002). Ces mesures ont eu un impact certes sur la réduction des IAS notamment dans les pays développés. Cependant, elle n'a pas éradiqué le problème particulièrement dans les pays en développement où les IAS restent ignorées et la sécurité des soins négligée (Hien et al., 2012 ; Simon et al., 2007). Malgré les multiples interventions, ces infections demeurent et font chaque année de nombreuses victimes dans les établissements de santé (Ducel et al., 2002). L'analyse de la situation montre que les interventions se basent essentiellement sur l'élaboration de recommandations ou de protocoles à l'endroit des soignants (Lucet et Birgand, 2016). Or, pour ces auteurs, la seule diffusion de recommandations ne suffit pas pour les appliquer. Carricaburu et al. (2008) corroborent ce discours en affirmant que « le savoir scientifique ne suffit pas pour expliquer ou comprendre le comportement des professionnels ». S'il paraît évident que les soignants disposent de connaissances de base qui leur permettraient d'adopter des attitudes favorables à la sécurité des malades, leurs pratiques observées sur le terrain contrastent avec ces savoirs reçus lors des formations (D'Alessandro, 2012). Les apprentissages accordent pourtant une place importante aux mesures d'asepsie dans les procédures de soins. S'interroger sur les déterminants comportementaux des professionnels de santé en lien avec la survenue des IAS s'avère alors une problématique très pertinente afin d'élucider la situation. Dans ce sens, Lucet et Birgand (2016), suggèrent de tenir compte des facteurs propres aux soignants ainsi que des aspects pratiques afin d'améliorer les soins ; cela passe par un changement de comportements. Cette situation nous amène à nous intéresser aux dimensions subjectives des soignants que sont les infirmiers¹. De par leur position dans le système de soins, ils réalisent de nombreuses interventions auprès des patients et ont le devoir d'assurer les conditions de sécurité notamment d'asepsie lors de la réalisation des soins. Comme le souligne Nolin (1993), leur fonction soignante impose le respect strict des mesures d'hygiène hospitalière à travers des actes spécifiques. De ce fait, ils sont plus susceptibles d'être interpellés (Ndione, 2010). Par ailleurs, nous nous intéressons aux actes invasifs à haut risque d'IAS réalisés couramment par les infirmiers (Castelli-Vergnau & Durand, 1992 ; Thiolet et al., 2007 ; Hien et al., 2012 ; Raud, 2016 ; Astagneau & Lepoutre, 2002). Ainsi, nous évoquons une probable

1 Le terme infirmier utilisé dans ce document désigne aussi bien les infirmiers que les infirmières.

influence des expériences et perceptions des infirmiers sur leurs attitudes et pratiques en rapport avec la non observance des mesures d'hygiène et d'asepsie. Comme le souligne Lucet et Birgand (2016), les perceptions des soignants non seulement influencent leurs attitudes et leurs pratiques mais aussi se basent souvent sur des intuitions personnelles qui peuvent être erronées. Aussi, peu d'études ont été faites à ce sujet dans le contexte du Burkina Faso où Hien et al (2012) trouvaient une prévalence de bactéries isolées à 71,8% et une faible adhésion des soignants aux mesures d'hygiène et d'asepsie. A travers cette étude, nous voulons contribuer au changement de comportement des infirmiers notamment pour ce qui concerne l'application des mesures de prévention afin d'amoinrir le problème des IAS.

1.2. But et objectifs

Le but de notre étude était de contribuer à élucider le phénomène de non-observance des mesures d'hygiène et d'asepsie qui constitue un facteur de survenue des IAS. Cela dans une perspective de réduction de leur incidence et au développement d'une culture de sécurité dans les structures de soins. Pour cela, une prise de conscience du problème par les soignants et l'application des mesures de prévention sont nécessaires.

L'objectif général de notre étude était d'investiguer les facteurs personnels des infirmiers qui sont associés à la survenue des IAS.

De façon plus spécifique il s'agissait pour nous de :

- recueillir le vécu des infirmiers relatif aux infections associées aux soins,
- décrire les perceptions des infirmiers sur les infections associées aux soins,
- appréhender l'influence des perceptions des infirmiers dans la survenue des infections associées aux soins.

1.3. Question de recherche

La question de recherche de notre étude était la suivante : les expériences et les perceptions des infirmiers expliquent-elles la survenue des infections associées aux soins ?

1.4. Propositions théoriques

Pour répondre à cette interrogation, nous avons formulé les propositions théoriques suivantes :

- les expériences des infirmiers déterminent leurs pratiques relatives à l'application des mesures de PI ;
- les perceptions des infirmiers influencent leurs attitudes relatives à l'application des mesures de PI ;
- les expériences des infirmiers déterminent la survenue des infections associées aux soins ;
- les perceptions que les infirmiers ont des infections associées aux soins expliquent leur survenue.

La variable dépendante de notre étude est représentée par la survenue des IAS et les variables indépendantes par les expériences et les perceptions des infirmiers sur les IAS. En effet, les expériences et les perceptions des soignants joueraient un rôle dans la survenue des IAS par l'intermédiaire de leurs attitudes et pratiques.

CHAPITRE II

REVUE DE LITTERATURE



CHAPITRE II : REVUE DE LITTÉRATURE

La précision des concepts de notre étude est une étape indispensable. C'est ainsi qu'avant d'aborder le cadre de référence de notre étude, nous avons fait une revue de littérature sur le problème des IAS. Cela nous a amené à explorer des ouvrages, des articles de revues, des mémoires, des thèses, et des sites internet qui ont abordé la question des IAS. Ainsi la restitution de cette revue de littérature est bâtie autour des points ci-après :

- Définition des concepts clés ;
- Généralités sur les infections associées aux soins ;
- Résumé critique des études sur les perceptions des soignants sur les IAS ;
- Considérations théoriques.

2.1. Définition des concepts clés

2.1.1. Infections associées aux soins

Le concept d' « infection associée aux soins » est venu suppléer celui d'« infection nosocomiale » pour prendre en compte les infections acquises en dehors des établissements hospitaliers qui n'étaient pas forcément prises en compte dans la définition d'infection nosocomiale (Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins, 2007). Les IAS concernent non seulement les patients, malades ou non, mais aussi leur famille, le personnel de santé ainsi que les visiteurs (op.cit, 2007). L'actualisation de la définition de l'infection nosocomiale a été aussi faite dans un but opérationnel de surveillance épidémiologique, ainsi que de prévention et de gestion du risque infectieux par les professionnels de santé (Ibid, 2007). Selon le Comité Technique Français des Infections Nosocomiales et des infections liées aux Soins (2007, p. 3) :

Une infection est dite associée aux soins si elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge [...] d'un patient et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge. Lorsque l'état infectieux au début de la prise en charge n'est pas connu précisément, un délai d'au moins 48 heures [...] est couramment accepté. Toutefois et quel que soit le délai de survenue, il est recommandé d'apprécier dans chaque cas la plausibilité de l'association entre l'intervention et l'infection, ...

2.1.2. Perception

La perception a d'abord fait l'objet de réflexions philosophiques avant d'être investiguée par d'autres disciplines telles que la psychologie. Pour Merleau-Ponty (1945), la perception (du latin perceptio qui signifie l'action de recueillir, de se saisir de) a un sens psychologique selon lequel la perception est une représentation de l'esprit d'objets extérieurs ainsi qu'un sens philosophique selon lequel la perception est l'appréhension des actes de l'entendement. Pour Bunting (cité par Galipeau, 2011), qui a analysé le concept et son utilisation dans le champ des sciences infirmières, la perception serait comme un processus émotionnel de sélection et d'interprétation de stimuli à l'aide d'expériences antérieures constituant à son tour une nouvelle donnée de la personne. Dans le même ordre d'idée, Fröhlich, Jalley et Drever (cité par Dumont, 2011) désignaient la perception comme un processus cognitif et émotionnel modifié par l'expérience et consistant en un recueil d'informations à partir de stimuli externes ou environnementaux et de stimuli internes ou corporels. Ainsi, la perception serait un processus et une donnée intégrante de l'individu, un processus cognitif et émotionnel de sélection et d'interprétation, à l'aide des expériences antérieures, de données recueillies à partir de stimuli externes et internes à l'individu. Dans cette étude, nous abordons les perceptions comme une donnée intégrante des infirmiers qui déterminerait leurs pratiques de soins et donc pourrait avoir un lien avec la survenue des IAS.

2.1.3. Expérience

La notion d'expérience renvoie à plusieurs significations. Dans le langage courant le mot expérience renvoie à la pratique longue et répétée d'une activité ou la connaissance acquise par la confrontation avec la réalité. Selon Fayol (cité par Vincens 2001, p.22) l'expérience est : « *le souvenir des leçons tirées soi-même des faits* ». Pour Vincens (2001), l'expérience est un acquis conscient déterminé par la personnalité, la formation ainsi que la richesse des faits vécus et actions menées. L'expérience comporte une dimension technique se rapportant aux tâches et une dimension sociale se rapportant aux interactions des professionnels dans le milieu de travail et constitue un élément de la compétence de l'individu (op.cit, 2001). Cadière (2017), aborde

l'expérience à la fois comme un acquis et un vécu mais aussi un processus fonctionnel, la mémoire et l'action jouant un rôle important dans ces trois éléments. En effet, Cadière (2017), distingue: « Avoir l'expérience » qui est une connaissance subjective de soi et du monde, de « Faire expérience de » ... des objets, des situations, des pratiques, des relations, d'autrui, ... qui constituent le monde du dehors. L'expérience résulte d'une incorporation particulière, éprouvée de ce qui est perçu, vécu, ressenti, fait... et qui s'archive comme histoire vécue du sujet. Ce sont des connaissances éprouvées et acquises par interaction avec l'environnement. Ces connaissances sont et demeurent, autoréférentielles et sont réactivées de manière consciente dans les activités. En outre, pour Cadière (2017) l'expérience est dans la subjectivité du sujet une donnée (consciente ou inconsciente) qui a pour fonction de servir de référence qui permet de réfléchir et d'agir. L'expérience en tant que connaissance est mobilisée en vue de l'action. L'expérience est un élément central dans cette étude en ce sens que, quand les infirmiers réalisent les soins, ils agissent avec leurs expériences. Il s'agit là de leurs expériences des IAS.

2.1.4. Attitude

L'attitude est une notion polysémique qui renvoie aux manières d'être et d'agir. Phaneuf (2013), aborde l'attitude comme une prédisposition de la personne à porter un jugement ou à manifester un comportement dans une situation donnée à l'égard d'une personne, d'un objet, d'une action, ... L'attitude est interne mais peut être extériorisée par des comportements qui la décrivent et comportements qu'elle permettrait de prédire (Ajzen et Fishbein, 1980). Si l'attitude est une prédisposition, le comportement est une réaction observable en réponse à une stimulation intérieure ou extérieure (op.cit, 1980). Ces deux notions sont donc souvent reliées, mais pas nécessairement. Les attitudes et comportements sont influencés par des facteurs propres au sujet (expériences, valeurs, convictions, connaissance ou méconnaissance, capacité de réflexion critique, degré de confiance en soi,...) et des facteurs externes (comportements des autres, sources d'information, normes sociales...) (Ibid, 1980). Pour Phaneuf (2013) les attitudes et les comportements professionnels sont influencés par des valeurs, des finalités et des schèmes d'action qui orientent les choix des

professionnels. Elle, résume en trois catégories les attitudes et comportements relatifs aux soins infirmiers. Il y a d'abord les attitudes propres à l'infirmière comprenant : la gestion de soi (connaissance de ses propres capacités : forces et limites...), l'esprit d'équipe, la métacognition (perception de ses manières d'agir et d'être, adaptation de son comportement pour une amélioration), le professionnalisme (sens du travail bien fait, engagement, assumer ses actes...) et la présentation (apparence physique, hygiène, politesse, langage, posture...). Ensuite, il y a les attitudes et comportements à l'égard des autres comprenant : la sensibilité envers les autres (écoute, bienveillance, perception holistique, empathie...) et l'éthique (respect, confidentialité, justice...). Enfin, il y a les attitudes orientées vers l'action (résolution des problèmes ; capacité à évaluer une situation, à prioriser et à prendre de décisions adéquates ; mobiliser des moyens pour exécuter des soins efficaces et efficaces). L'intérêt d'aborder les attitudes dans cette étude vient du fait qu'elles influencent le comportement et donc les pratiques. En effet, les pratiques des infirmiers en rapport avec la mise en œuvre des mesures d'hygiène et d'asepsie, lorsqu'elle est inadéquate peut être un facteur de survenue des IAS.

2.1.5. Pratiques

Goutille (cité par Essi et Njoya, 2013), définit les pratiques comme « *des actes réels accomplis par une personne en situation, dans son contexte habituel* ». L'auteur souligne ici la particularité de l'action dans une situation donnée qui constitue la pratique. MacIntyre (Cité par l'Association canadienne des écoles de Sciences infirmières (ACESI), 2014) quant à lui définit la pratique comme « *Toute forme cohérente et complexe d'activité humaine coopérative socialement établie par laquelle les biens internes à cette activité sont réalisés en tentant d'obéir aux normes d'excellence appropriées qui définissent en partie cette forme d'activité* ». Cette définition souligne le caractère collectif de la pratique de même que les biens sociaux qu'elle produit. Dans le même sens l'ACESI (2014), considère la pratique infirmière comme un ensemble d'activités coopératives produisant des biens sociaux. Essi et Njoya (2013), quant à eux soulignent particulièrement le fait que les pratiques de soins préservent la santé ou exposent aux problèmes de santé. Dans cette étude, les pratiques

sont relatives aux soins infirmiers notamment pour ce qui concerne la mise en œuvre des mesures d'hygiène et d'asepsie qui lorsqu'elle est inadéquate peut être un facteur de survenue des IAS.

2.1.6. Mesures d'hygiène et d'asepsie

L'hygiène comme préoccupation en rapport avec la survenue de la maladie remonte à l'antiquité. Galmiche (1999) définit l'hygiène comme l'ensemble des principes et des pratiques qui visent à conserver la santé et à assurer l'intégrité des fonctions de l'organisme. Dans le domaine hospitalier, l'exigence de l'hygiène prend une forme spécifique, l'asepsie qui fait l'objet d'une attention particulière afin de prévenir les infections. Pour Galmiche (1999), l'asepsie est un ensemble de principes et de mesures qui visent à empêcher tout apport exogène de microorganismes à un milieu donné. L'insuffisance d'application de l'hygiène et de l'asepsie est le facteur principal de la survenue des IAS (Ducel et al., 2002 ; Société française d'hygiène hospitalière (SF2H), 2005). Le personnel soignant notamment les infirmiers par les soins qu'ils réalisent sont susceptibles d'apporter de nombreux micro-organismes aux malades. Les mesures d'hygiène et d'asepsie impliquent des attitudes et des comportements dans la pratique des soins visant à minimiser le risque infectieux et à maintenir un confort pour le malade (Galmiche, 1999). Il s'agit aussi des précautions standard qui sont : « *un ensemble de mesures visant à réduire le risque de transmission croisée des agents infectieux entre soignant, soigné et environnement, ou par exposition à un produit biologique d'origine humaine* » (SF2H, 2017 p.13). Ces mesures portent sur l'hygiène des mains, les équipements de protection individuelle, l'hygiène respiratoire, la prévention des accidents d'exposition au sang, la gestion des excréta et gestion de l'environnement (op.cit, 2017). Les précautions standard s'appliquent à toute stratégie de prévention des IAS et contribuent à la sécurité des soins (soignant/soigné) lors de la prise en charge des patients (ibid., 2017). Ces mesures sont « *à appliquer pour tout soin, en tout lieu, pour tout patient quel que soit son statut infectieux, et par tout professionnel de santé* » (ibid., 2017 p.13).

2.2. Généralités sur les infections associées aux soins

2.2.1. Aspects épidémiologiques

Les infections associées aux soins constituent de nos jours une préoccupation du fait de leur ampleur et de leurs coûts humains. Marion-White et al (1988), dans une étude internationale comprenant 47 hôpitaux dans 14 pays sur 4 continents ont révélé des prévalences d'IAS variant entre 3 et 21% avec une moyenne de 8,4%. La prévalence d'IAS était estimée à 4% en 2001 aux Etats Unis, (Magill et al., 2014) ; à 5 % en France en 2006 (Thiolet et al., 2007). Selon le Réseau International pour la Planification et l'Amélioration de la Qualité dans les systèmes de santé en Afrique (2011), la prévalence des infections associées aux soins estimée dans plusieurs pays en Afrique oscille entre 10 et 60%. Cette prévalence est estimée à 10,9% au Sénégal, 12% en Côte d'Ivoire, 10% au Bénin (Ouendo et al., 2015) et 14% au Mali. Au Burkina Faso, une étude menée dans un district sanitaire en 2012 révélait une prévalence des germes isolés de 71,8% parmi les échantillons prélevés (Hien et al., 2012). Plusieurs études ont révélé que les infections associées aux soins sont responsables ou contribueraient à de nombreux décès dans le monde (Astagneau & Lepoutre, 2002).

S'agissant des types d'IAS, la situation varie selon les pays. En France ce sont les infections urinaires (30 % des cas), suivies des pneumopathies (15 %) et des infections du site opératoire (14 %) qui sont retrouvées (Op.cit. 2007). Aux Etats Unis, les pneumonies (21,8%) les infections du site postopératoire (21,8%) et des infections gastro-intestinales (17,1%) sont les plus fréquentes (Magill et al., 2014) . Au Benin, les tissus mous (37%), le site urinaire (32%), le sang (10%) et les sites opératoires (5%) sont les plus évoqués (Ouendo et al., 2015). Au Burkina Faso, les infections des cathéters urinaires suivies des infections du site chirurgical étaient les plus importantes (Hein et al, 2012).

Pour les germes les plus en cause, Magill et al (2014) ont mis en évidence *Clostridium* avec 12,1% d'IAS ; Ouendo et al (2015) quant à eux ont retrouvé *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus* qui représentaient 60% des germes; Hien et al (2012) retrouvaient *Escherichia coli* et *Klebsiella pneumoniae* qui

représentaient 56,26% des germes. La plupart de ces études ont identifié des micro-organismes résistant aux antibiotiques usuels.

Les actes invasifs sont les facteurs les plus associés à la survenue des IAS. En France, les interventions chirurgicales, les poses de cathéter vasculaire, les intubations/trachéotomies, les poses de sonde urinaire sont le plus souvent évoquées (Thiolet et al., 2007). Aux Etats Unis, 25,6% des facteurs mis en cause sont les cathéters centraux, les cathéters urinaires, les dispositifs de ventilation respiratoire (Magill et al., 2014).

Le type de services cliniques est aussi déterminant dans la fréquence des IAS. Aux Etats Unis, les IAS sont associées principalement aux services de soins intensifs (Magill et al., 2014). Quant au Benin, les unités des grands brûlés et d'urologie étaient celles qui enregistraient le plus d'IAS (Ouendo et al., 2015).

Tous ces facteurs de risque, bien que très importants, sont pour une bonne part contrôlables et même évitables (Phaneuf & Gadbois, 2010). Un fait qui a recentré l'attention sur les IAS est l'épidémie à virus Ebola qui a sévi en Afrique de l'ouest de 2013 à 2016. Les services de santé se sont révélés être des sources très importantes de transmission du virus Ebola. Cependant des mesures rigoureuses de contrôle ont permis de limiter la propagation de l'épidémie (OMS, 2016).

Il est urgent de traiter le problème des infections associées aux soins au regard de leur ampleur et de leurs conséquences. Si les études épidémiologiques ont permis d'enregistrer des avancées significatives dans la lutte contre les IAS, peu de recherches ont porté sur les facteurs humains témoignant de pratiques et d'attitudes dépassées qui annihilent les efforts de prévention. D'autres approches notamment en Sciences humaines et Sociales sont nécessaires pour mettre en évidence les logiques qui sous-tendent les actes des professionnels de santé. Dans ce sens, l'investigation des expériences et perceptions des infirmiers sur les IAS apparaît donc fondamentale pour comprendre cette situation.

2.2.2. Actes invasifs et infections : cas des voies veineuses périphériques

Plusieurs raisons ont suscité l'intérêt que nous portons aux voies veineuses périphériques (VVP). En effet, la pose, l'utilisation et l'entretien de voie veineuse périphérique sont des actes de soin invasifs très courants dans la pratique infirmière (Castelli-Vergnau & Durand, 1992). La pose d'une VVP est un acte relevant d'une prescription médicale mais sa gestion et son entretien relèvent du rôle propre de l'infirmier en référence à un protocole de soins (article R4311-7 du Code de la Santé Publique français, cité par Acker, 1991). En outre, des études ont révélé que cette intervention est responsable d'IAS (Hien et al., 2012 ; Magill et al., 2014 ; Thiolet et al., 2007). Aussi, des facteurs relatifs aux perceptions et attitudes des soignants tels que les écarts de pratiques de pose et de gestion des VVP concourent à la survenue de ces IAS (Castelli-Vergnau & Durand, 1992 ; Hien et al., 2012). Face à cette situation, des recommandations de prévention sont faites et prennent en compte les mesures d'asepsie, le choix du matériel, les sites de pose, les gestes techniques, l'utilisation et l'entretien ainsi que la surveillance attentionnée (Ducel et al., 2002 ; SF2H, 2005). Cependant, les Audits des cathéters veineux périphériques font ressortir que les recommandations ne sont pas toujours mises en application par les infirmiers (Pefau & Zaro-Goni, 2011). Il est donc évident qu'un changement d'attitude passerait par l'investigation des déterminants personnels des infirmiers qui font obstacles au respect des bonnes pratiques de pose et de gestion des VVP. Dans ce sens, l'étude de leurs expériences et perceptions des IAS pourrait permettre de comprendre les raisons de non-observance des mesures de prévention des infections.

2.2.3. Mesure de la lutte contre les IAS : rôle de l'infirmier

L'hygiène comme préoccupation en rapport avec la survenue de la maladie remonte à l'antiquité et l'hygiène hospitalière consistait à regrouper les malades contagieux (qui transmettent la maladie et pas encore les micro-organismes) dans les léproseries afin d'éviter de contaminer le reste de la population (Galmiche, 1999). La lutte contre les infections a véritablement commencé avec la découverte des micro-organismes par Louis Pasteur pour qui, il faut empêcher l'entrée des micro-organismes pathogènes dans le corps humain (op.cit, 1999). Cette expression profane (citée par Phaneuf &

Gadbois, 2010, p. 13) est évocatrice de cette lutte : « ça fait déjà 160 ans qu'on sait que se laver les mains avant de toucher un patient, peut lui sauver la vie ». Sont apparues alors les notions d'asepsie et d'antisepsie. Dès lors des mesures d'hygiène sont enseignées aux soignants et recommandées lors de l'administration des soins aux malades et grâce à l'application de règles, la mortalité a fortement diminué dans les Hôpitaux (Galmiche, 1999). De nos jours, de nombreux auteurs d'études sur les IAS attirent l'attention quant à la priorité de lutter contre ce problème et cela d'autant plus que des mesures simples et efficaces existent pour leur contrôle (Astagneau & Lepoutre, 2002 ; D'Alessandro, 2012 ; Ducel et al., 2002 ; Durand-Zaleski et al., 2002 ; Hien et al., 2012 ; Magill et al., 2014 ; Ouendo et al., 2015 ; Phaneuf & Gadbois, 2010 ; Thiolet et al., 2007). Pour Astagneau et Lepoutre (2002), la réduction du risque d'IAS passe par l'amélioration de la qualité des soins. Ces auteurs suggèrent également la collaboration de l'ensemble des acteurs sanitaires. Ainsi, de grands moyens ont été consacrés à la lutte contre les IAS à travers le monde. Au sein des hôpitaux, des comités de lutte contre les infections nosocomiales et des services d'hygiène animés par de professionnels spécialisés en hygiène hospitalière ont été mis en place. Dans la lutte contre les IAS, plusieurs stratégies ont été mises en œuvre à travers le monde (Ducel et al., 2002). Il s'agit notamment de l'implication de toutes les personnes et services intervenant dans les structures de soins ; la création de profession d'hygiéniste ; la mise en place de programmes et de comités de lutte contre les infections nosocomiales ; l'élaboration de protocoles de lutte contre les infections nosocomiale (op.cit 2002). Les recommandations de prévention des infections lors de la mise en œuvre des soins font référence aux mesures suivantes : l'hygiène des mains, le port de gants, les mesures d'asepsie, la réduction des gestes invasifs, les mesures d'isolement, l'hygiène du milieu, l'usage approprié d'antibiotiques, la traçabilité de l'infection, la formation continue et la sensibilisation du personnel (ibid., 2002). Il s'agit aussi des précautions standard qui sont : « *un ensemble de mesures visant à réduire le risque de transmission croisée des agents infectieux entre soignant, soigné et environnement, ou par exposition à un produit biologique d'origine humaine* » (SF2H, 2017 p.13). Ces mesures portent sur l'hygiène des mains, les équipements de protection individuelle, l'hygiène respiratoire, la prévention des accidents avec

exposition au sang, la gestion des excréta et gestion de l'environnement (op.cit, 2017). La surveillance également joue un rôle important dans la prévention des infections associées aux soins car elle permet d'anticiper sur leur éclosion (Ducel et al., 2002). Aussi, les précautions standard doivent être appliquées à tout soin, à tout moment, en tout lieu, à tout malade quel que soit son statut infectieux, et par tout agent de santé (ibid., 2017).

En outre, la prévention personnelle contribue à la sécurité des patients du moment où elle motive les soignants à prendre en considération les recommandations. A ce titre Phaneuf et Gadbois (2010, p. 21) soulignent que :

La prévention des infections est importante pour le malade, mais elle l'est aussi pour les infirmiers, [...] il en va de leur carrière, voire même de leur vie; [...] Il nous faut réaliser le devoir éthique que nous avons, envers nous-mêmes et envers la clientèle, d'observer les mesures de prévention.

Le rôle de l'infirmier dans la prévention est essentiel à tous les niveaux du système de soins. En effet, la prévention des IAS repose sur les équipes de soins qui ont la responsabilité de mettre en œuvre les mesures d'hygiène appropriées ainsi que les recommandations préconisées (Phaneuf & Gadbois, 2010). Pour l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (cité par Phaneuf & Gadbois, 2010, p. 21), « *la prévention et le contrôle des infections constituent l'une des responsabilités de l'infirmière, peu importe sa fonction ou son milieu de pratique, et que cette responsabilité doit se traduire dans toutes les facettes de sa pratique et dans chacune de ses gestes* ».

2.2.4. Attitudes et pratiques des soignants associées à la survenue des IAS

De nombreuses études ont porté sur les attitudes et les pratiques des soignants en rapport avec la survenue des infections associées aux soins (Amiel, 2005 ; Fricain et al., 2008 ; Haas & Larson, 2007 ; Hien et al., 2013 ; Lucet & Birgand, 2016 ; Ndione, 2010 ; Ndongo, 2011 ; Stone et al., 2012 ; Thiolet et al., 2007). Ces études ont révélé l'existence d'écarts entre les pratiques des soignants et les recommandations de prévention des infections. Ces insuffisances se traduisent en générale par une faible application des mesures d'hygiène et d'asepsie ainsi qu'une faible perception des

risques infectieux (Amiel, 2005 ; Fricain et al., 2008 ; Haas & Larson, 2007 ; Hien et al., 2013 ; Lucet & Birgand, 2016 ; Ndione, 2010 ; Ndongo, 2011 ; Stone et al., 2012 ; Thiolet et al., 2007). En effet, l’OMS (2006) estime en moyenne le taux d’observance de l’hygiène des mains à 38,7% pour le monde entier. Dans les pays développés, selon de nombreuses études, les taux d’observance ne dépassent guère 60% et ce, malgré les diverses stratégies mises en place pour promouvoir cette pratique chez le personnel soignant. Les observations de Alessandro (2012, p. 6) à travers son étude anthropologique du milieu de soins, corroborent tout à fait les résultats de ces études.

Les pratiques de soins ignorent totalement au quotidien les règles basiques de l’hygiène [...]. Ce sont d’abord les mains qui ne font l’objet d’aucun lavage systématique avant les soins [...] ils gardent ces gants pour tous les actes réalisés au cours du tour infirmier (pas de changement entre chaque patient) [...]. Le matériel de ponction ne connaît pas un meilleur sort. Les fautes d’asepsie s’enchaînent.

Ces observations mettent en évidence les manquements des soignants quant au respect des mesures d’hygiène et d’asepsie au moment de la mise en œuvre des soins. Ce sont des négligences qui favorisent l’émergence des IAS.

Les attitudes et comportements des soignants ne sont pas seulement déterminés par les caractéristiques objectives de la situation mais aussi par les représentations et le sens attribué à la situation (Lucet & Birgand, 2016). Ces auteurs soulignent également que les perceptions des soignants non seulement influencent leurs attitudes et pratiques mais se basent souvent sur leurs propres intuitions qui peuvent être erronées (Op.cit, 2016). Cette situation est également soulignée par Olivier de Sardan (cité par Amiel, 2005, p. 55) qui affirme que : « les comportements réels ne sont pas simplement des déviations par rapport aux normes officielles, ils relèvent en fait d’autres normes, non dites, latentes, que l’on appellera normes pratiques ». L’exploration des perceptions des soignants pourraient donc être une piste pour comprendre les attitudes des soignants en rapport à l’application des recommandations de prévention des infections (PI). Aussi, les perceptions se modèlent, se modifient par l’expérience et l’éducation ouvrant des perspectives d’amélioration des pratiques de soins (Lucet & Birgand, 2016).

Dans le domaine de la santé un lien supposé entre les perceptions, les attitudes et les comportements a été évoqué par certains auteurs (Carricaburu et al., 2008 ; D'Alessandro, 2012 ; Mortell, 2012 ; Ndione, 2010). Pour ces auteurs, le défaut de mise en œuvre des mesures d'hygiène, n'est pas toujours la conséquence d'un manque de connaissances théoriques mais plutôt une forme de négligence, une indifférence aux recommandations. Carricaburu, Lhulier et Merle (2008), abondent dans ce sens en affirmant que l'adoption de mesures de prévention ne dépend pas seulement de l'accès aux connaissances scientifiques ni de la bonne volonté des soignants. Mortell (2012), quant à lui estime qu'une certaine mentalité des soignants persiste et que l'écart éthique explique la non-observance des mesures d'hygiène et d'asepsie. Il recommande de mettre l'accent sur les obligations morales et éthiques des cliniciens concernant le respect de l'hygiène des mains dans le cadre de la formation.

2.3. Résumé critique des études sur les perceptions des soignants sur les IAS

La plupart des études qui ont mis en évidence la non-observance des mesures de prévention des infections chez les soignants ont également révélé leurs perceptions des IAS en rapport avec leurs attitudes et leurs pratiques de soins (Amiel, 2005 ; Carricaburu et al., 2008 ; D'Alessandro, 2012 ; Laurence, 2012 ; Mortell, 2012 ; Ndione, 2010). Ces perceptions sur les IAS sont relatives aux préoccupations des soignants quant au risque, à l'ampleur, aux facteurs ainsi qu'aux moyens de prévention. Ces perceptions sont déterminées par des variables telles que les caractéristiques propres aux soignants, le type de patients pris en charge, ou les unités de soins où travaillent ces soignants.

2.3.1. Une perception négative des IAS par les soignants

Plusieurs auteurs ont noté que les IAS sont objet de préoccupations de la part des soignants (Amiel, 2005 ; Carricaburu et al., 2008 ; Laurence, 2012). Laurence (2012) relevait une perception de l'ampleur des infections nosocomiales par les infirmières qui redoutaient une perte de contrôle face à la recrudescence de ces infections. Cette situation représentait un défi dans la mesure où plusieurs personnes atteintes au même moment devaient être prises en charge. Il fallait donc limiter les dégâts par la mise en

place de mesures drastiques et de consignes fermes. Amiel (2005) quant à elle, trouvait que l'hygiène hospitalière était un sujet sensible qui constituait une grande préoccupation. Pour Carricaburu et al (2008), les termes employés par les soignants pour désigner les IAS avaient une connotation négative qui module leurs sensibilités et leurs pratiques. Les soignants ressentaient une culpabilité de n'avoir pas été à mesure d'éviter la transmission d'une infection nosocomiale à un patient (Carricaburu et al., 2008).

2.3.2. La perception du risque d'IAS par les soignants selon la littérature

L'IAS perçue comme risque par les soignants a été évoquée par certains auteurs. Si pour Laurence (2012) les soignants ne considéraient pas le risque à tous les niveaux, Amiel (2005) par contre trouvait que les soignants qui « obéissent à des logiques de microculture hospitalière » n'ignoraient pas ces risques relatifs à l'absence d'application des recommandations. Le risque d'IAS est perçu de manière indifférenciée aussi bien pour le malade que pour le soignant (Carricaburu et al., 2008) qui perçoit sa propre vulnérabilité face aux IAS. La crainte des soignants « de se voir transformés en soignés » a été soulignée par Carricaburu et al., (2008) qui trouvaient également que le risque est perçu indistinctement pour les malades et les soignants qui sont de plus en plus préoccupés par un sentiment d'exposition aux risques infectieux. Lhuilier, Niyongabo et Rolland (cité par Amiel, 2016) quant à eux faisaient ressortir que ce risque d'être infecté est perçu selon le type de malades pris en charge ou de l'unité de soins. Ainsi le risque d'exposition au VIH est rarement évoqué quand il s'agit de patients âgés ou de nouveau-nés.

2.3.3. La perception des facteurs d'IAS par les soignants dans la littérature

Plusieurs facteurs sont évoqués par les soignants comme étant à l'origine de la survenue des IAS (Alzin et al., 2012 ; Amiel, 2005 ; Carricaburu et al., 2008 ; Laurence, 2012 ; Ndione, 2010 ; Phaneuf & Gadbois, 2010). Phaneuf et Gadbois (2010) notaient que les infirmières évoquent plusieurs raisons de mauvaise observance des mesures d'hygiène. Toutefois ces raisons sont partagées par l'ensemble des acteurs hospitaliers. Amiel (2005), quant à elle trouvait que l'âge et

l'expérience sont présentés par certains soignants comme des arguments pour se détourner des recommandations. En effet, les infirmières plus âgées s'assignaient des droits implicites d'estimer si certaines mesures peuvent être respectées ou non (Amiel, 2005). Elle a également mis en évidence la perception du rôle du représentant hiérarchique dont l'absence incite les infirmières à outrepasser les règles (Op.cit, 2005). Laurence (2012) relevait plutôt une mise en cause des patients par les infirmières qui évoquent la résistance des patients aux mesures de prévention.

Les conditions de travail sont très souvent dénoncées par les soignants. Laurence (2012) notait un discours des infirmières qui dénonçaient un manque de matériel pour mettre en œuvre adéquatement les soins. Amiel (2005) pour sa part souligne les contraintes auxquelles font face les soignants qui ont pour souci d'achever dans les temps les soins tout en respectant les recommandations de PI. Ces mêmes perceptions ont été relevées par Carricaburu et al., (2008) chez le personnel soignant qui estime que la charge de travail élevée est un facteur de survenue des IAS. Pour eux, le temps consacré aux mesures prophylactiques est difficilement compatible avec le rythme des soins. Laurence (2012) a mis en évidence un problème d'organisation de travail qu'elle trouve convenir à un ordre souhaité par les infirmières. Ces dernières ressentant un certain privilège lorsqu'elles considèrent que : « seuls les professionnels de la santé sont autorisés à circuler en tant qu'agents de surveillance, mais aussi en tant que dispensateurs de soins » (Laurence, 2012, p. 177).

Laurence (2012) a relevé une perception des soignants selon laquelle la survenue des IAS ne leur incombe pas. Ils renvoient les responsabilités aux autres et au système de soins. Dans son étude sur l'analyse critique de la culture de sécurité elle affirmait que pour les infirmières, « la quête de l'origine de la maladie infectieuse trouve son coupable dans l'Extérieur et dans l'Autre. À aucun moment, il n'est question directement des infirmières elles-mêmes » (Laurence, 2012, p. 162). Cette conception de l'origine des IAS pose le problème de l'adhésion ou la résistance des infirmiers à l'application des mesures de PI.

La formation reçue est aussi citée comme déterminante dans la survenue des IAS. Une étude réalisée par des étudiants de l'Ecole Nationale des Hautes études en Santé

Publique (Alzin et al., 2012), montrait une perception chez les infirmières qui pensent que la formation initiale sur la prévention des IAS est souvent insuffisante et nécessite une actualisation des connaissances. Ces étudiants affirmaient que :

l'absence ou l'insuffisance de formation initiale ne contribue donc pas à une prise de conscience de la réalité des IAS ; or, les professionnels qui n'ont pas été formés se sentent peu concernés d'autant plus que la formation continue ne semble pas toujours permettre de pallier cette carence (Alzin et al., 2012).

2.3.4. Les perceptions des soignants des moyens de prévention des IAS

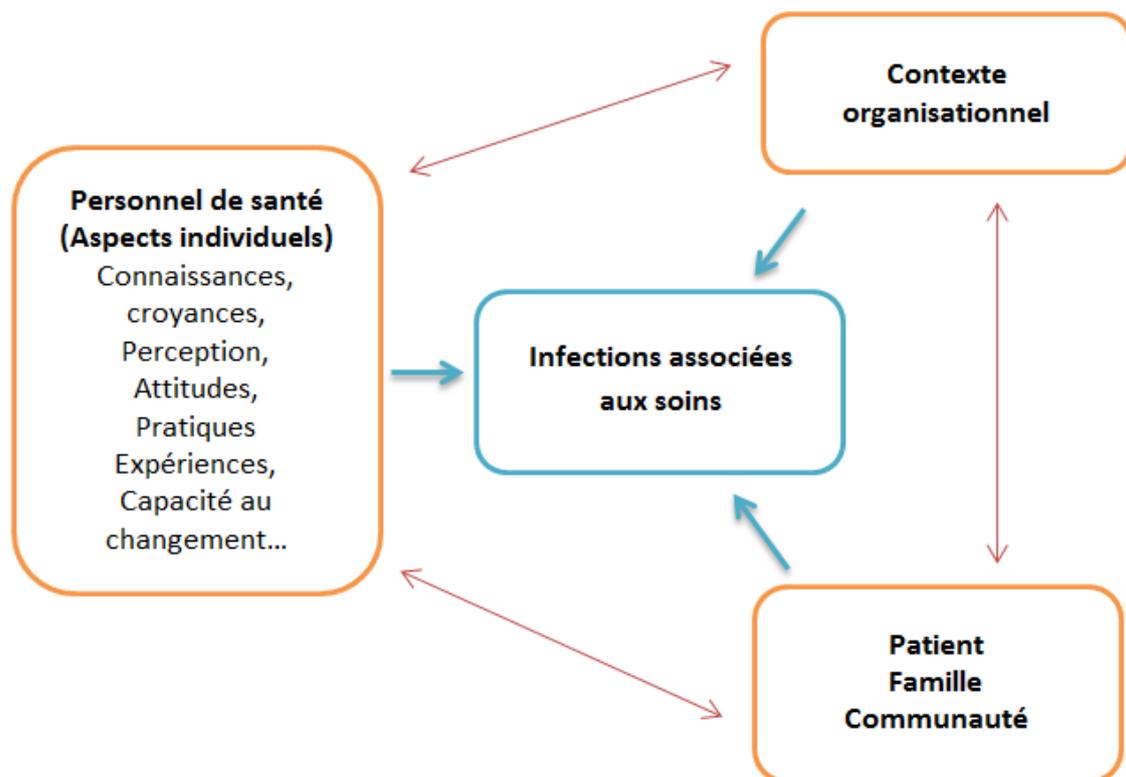
Certains auteurs ont souligné les perceptions et les attitudes des soignants à l'égard des mesures et moyens de lutte contre les IAS (Laurence, 2012 ; Ndione, 2010). Dans le discours des infirmières, Laurence (2012) a noté les moyens de PCI suivants : la surveillance, l'isolement, le confinement et la circulation des personnes, la vaccination, l'hygiène corporelle, la salubrité, l'équipement de protection personnelle et la tenue vestimentaire. Elle qualifiait ces mesures de PCI de *Rituels de purification et de rituels de protection* (op.cit 2012). Ndione (2010) quant à lui trouvait que les personnels de santé mettaient en doute les moyens et procédés de protection mis à leur disposition et ne les mettaient en application que très rarement. Les soignants adoptent plutôt des stratégies d'évitement qu'ils estiment plus efficaces pour minimiser le risque de contamination (op.cit 2010). Laurence (2012) soulignait également le rôle de l'infirmière dans l'implication des patients et de leur famille concernant l'application des mesures de prévention ; un rôle de renforcement des comportements des malades ou de leur famille perçus comme positifs.

Ces perceptions des soignants sur les IAS influencent leur adhésion ou leur résistance aux mesures de prévention et mettent ainsi en exergue la nécessité d'une intervention, afin de contrôler le risque infectieux. Or, selon Lucet et Birgand (2016), les perceptions sont influencées par la culture dans laquelle évoluent les professionnels de santé. Cela nous amène à nous interroger sur les perceptions des infirmiers dans le contexte particulier d'hôpital de district dans un pays en développement comme le Burkina Faso où l'ampleur des IAS est élevée et les pratiques des soignants mis en cause. Une étude sur le vécu et les perceptions des soignants sur les IAS s'avère donc nécessaire afin d'identifier les obstacles à l'observance des mesures de prévention.

2.4. Considérations théoriques

2.4.1. Facteurs associé à la survenue des IAS

Les comportements des professionnels de santé sont influencés par de nombreux facteurs plus ou moins liés à l'individu et ayant un retentissement sur leurs pratiques au quotidien (Lucet et Birgand). Ainsi plusieurs facteurs liés au système de santé, à l'organisation des soins, aux professionnels de santé, à la nature des soins réalisés, à l'environnement des soins ainsi qu'aux patients eux-mêmes ont été identifiés comme étant à l'origine des IAS. (Thiolet et al., 2007 ; Hien et al., 2012 ; Magill et al., 2014 ; Ouendo et al., 2015 ; Lucet & Birgand, 2016).



Facteurs associés à la survenue des IAS inspiré de Lucet et Birgand (2016)

Aussi, les facteurs individuels sont peu pris en compte dans les stratégies de prévention et leur investigation peut permettre de combler la distance qui existe entre les recommandations et leur application (Lucet et Birgand, 2016). Cela nous a amenés à nous intéresser aux expériences et perceptions des professionnels de santé dont les attitudes et pratiques sont mises en cause dans la survenue des IAS.

2.4.2. Perception et comportements

La perception serait un processus et une donnée intégrante de l'individu. Elle est définie comme un processus cognitif et émotionnel de sélection et d'interprétation, à l'aide des expériences antérieures, de données recueillies à partir de stimuli externes et internes à l'individu.

Pour Lucet et Birgand (2016), plusieurs facteurs individuels, socioculturels et environnementaux modulent les perceptions. Ainsi, la culture influence les perceptions des soignants notamment pour ce qui a trait à la formation et à l'expertise. Ils affirment que : « *Certaines cultures semblent être plus influencées par l'information et la formation alors que d'autres auront plus tendance à faire confiance aux experts* » p21. Pour ces auteurs, il est capital de comprendre les perceptions car elles influencent fortement les comportements humains. Leur étude est donc fondamentale pour la promotion des comportements favorables à la santé.

La notion de risque revêt une importance capitale dans le domaine de la santé. Ce concept a fait l'objet de plusieurs définitions et prend une signification particulière selon l'approche disciplinaire qui le définit. Si pour les sciences appliquées dont la médecine, le risque revêt des notions de probabilité d'estimation, de mesure et de prévision, les sciences sociales la conçoivent comme une construction sociale subjective ; une perception subjective et contextuelle (Therrien, 2012). Dans le domaine de la santé le risque est perçu comme une probabilité de survenue d'événements indésirables dommageables pour la personne soignée et son entourage, de même que le personnel hospitalier suite à l'exposition d'agents de nature biologique, chimique ou physique, ce risque pouvant être évalué comme faible, moyen ou élevé à partir de sa probabilité et la gravité de ses conséquences (Cortin et al., 2016). Le risque infectieux se définit comme des : « causes potentielles liées à une contamination microbiologique qui peuvent entraîner des conséquences infectieuses » (Cclin-Sud-est, 2004, p. 7). L'environnement hospitalier est un milieu où le risque infectieux est omniprésent. La mise en place de mesures préventives adaptées à chaque situation passe par l'identification du risque infectieux qui prend en compte la vulnérabilité de la personne soignée face à l'infection, la nature de l'acte de soin et les conditions environnementales (op.cit. 2004).

La perception du risque a fait l'objet d'investigation portant sur ses caractéristiques, les facteurs qui la déterminent, ou ses influences sur les comportements humains notamment dans le domaine de la santé. Dans sa définition Renn (2004a) fait ressortir que la perception du risque se rapporte aux représentations mentales, à la compréhension et à l'évaluation du risque à partir des expériences vécues et des perspectives des individus. Kouabenan (2007) dans une synthèse d'études sur la construction du risque fait ressortir que la perception du risque implique des déterminants sociaux, psychologiques, physiques, politiques et culturels, se structurant selon des variables en rapport avec la nature et les dimensions du risque ainsi que des caractéristiques propres aux sujets et constituant des moments propices à l'expression des croyances et des représentations. Delisle (cité par Debia & Zayed, 2003) précise que trois catégories de facteurs influencent la perception des risques. Ce sont les préférences personnelles, les caractéristiques des effets et la capacité de gestion. Pour Lucet et Birgand (2016), la perception du risque est déterminante pour l'adoption des comportements notamment pour ce qui concerne les professionnels de santé. Dans ce sens, ils soulignent que la mise en œuvre de recommandations n'est pas subséquente à leur seule diffusion mais il faut aussi une perception de l'intérêt de les respecter notamment les risques à éviter. La perception du risque est un élément fondamental utilisé dans de nombreux modèles prédictifs des comportement (Lucet & Birgand, 2016).

Plusieurs modèles théoriques intégrant les perceptions comme déterminants des conduites humaines sont utilisés dans le domaine de la santé pour expliquer le phénomène d'adoption et de maintien des bonnes pratiques (Op.cit, 2016). Ces modèles proposaient également des interventions qui visent le changement des comportements.

Le modèle des croyances relatives à la santé (Rosenstock, cité par Lucet & Birgand, 2016) a été utilisé pour comprendre les comportements des individus en rapport avec leur santé. Selon Godin (2012, p. 15), « le modèle des croyances relatives à la santé est probablement celui qui est le plus présent, [...] dans le discours social entretenu quant aux motifs invoqués pour expliquer pourquoi les bons comportements ne sont pas adoptés. ». Ce modèle décrit les perceptions comme des déterminants des

comportements favorables à la santé. Selon ce modèle la perception de la vulnérabilité à une menace [l'individu se sent potentiellement vulnérable], la perception de sa sévérité [l'individu entrevoit un état désagréable pouvant avoir des conséquences graves] ainsi que la perception des bénéfices de l'application des recommandations [la croyance en l'efficacité de l'action à mettre en œuvre pour diminuer et éradiquer la menace] ou des barrières à leur mise en œuvre conditionnent le déclenchement d'actions [décision d'agir ou ne pas agir] qui à leur tour déterminent l'adoption et le maintien de comportements de prévention. Les perceptions sont à l'origine d'actions qui induisent les comportements de prévention. Les expériences des individus dans un milieu donné façonnent leurs perceptions des éléments de ce milieu et peuvent être transposées dans d'autres milieux.

La théorie des comportements planifiés (Ajzen cité par Lucet & Birgand, 2016) prend en compte plusieurs dimensions de la personne dont la perception du comportement des collègues, la perception de son propre comportement, la perception du risque ainsi que la motivation au changement. Lucet et al (cité par Lucet & Birgand, 2016) ont utilisé cette théorie pour comprendre les comportements d'hygiène des mains des soignants. La routine a été intégrée à cette théorie comme moyen pour les individus d'éviter un travail cognitif et la prise de décision constante.

La Théorie du rôle de l'information et de la connaissance (Cabana et al. cité par Lucet & Birgand, 2016) selon laquelle la mise en œuvre de bonnes pratiques de soins sont fonction de l'accessibilité, les perceptions et l'adhésion aux recommandations concernant ces pratiques ; la disposition à modifier son comportement ; ainsi que la facilité pour mettre en pratique le comportement souhaité. A cet effet, Lucet et Birgand (2016), soulignent que la seule diffusion de recommandations ne suffit pas pour leur mise en œuvre, il faut donc tenir compte des facteurs propres aux soignants ainsi que des aspects pratique afin d'améliorer les pratiques.

2.4.3. Sécurité des patients et soins infirmiers

La sécurité des patients est une préoccupation mondiale des systèmes de santé et est de plus en plus considérée comme un des aspects les plus essentiels de la performance des services de santé. Pour l'OMS (2008), la sécurité des patients constitue la clé de voûte

de tout système de santé de qualité ; elle est l'absence, chez un patient, de tout préjudice inutile ou potentiel associé aux soins de santé ; elle est liée à plusieurs facteurs notamment le respect des principes et recommandations à observés. Pour (Ducel et al., 2002), la sécurité des patients est l'absence de tout préjudice inutile ou potentiel associé aux soins de santé et l'amélioration de cette sécurité demande de la part des professionnels de santé des efforts pour l'application des recommandations. Dans ce sens la contribution des infirmiers est capitale du moment où ces derniers constituent un maillon essentiel du système de soins. En réaction aux préoccupations liées aux IAS, s'est développée la réflexion sur la promotion d'une culture de sécurité des soins que Ducel et al (2002) estiment être une priorité pour les systèmes de santé.

Plusieurs auteurs en sciences infirmières ont développé leur vision du caring en soulignant l'intérêt de préserver l'intégrité physique, la dignité, en un mot la sécurité de la personne soignée (Daphney, 2007). En effet, dans la perspective de trouver des solutions pour améliorer la sécurité des patients, Wolf (cité par Daphney, 2007) a suggéré l'investigation du concept de caring en tant que processus de soins. Halldorsdotti (cité par Daphney, 2007), soutient que des soins qui s'éloignent de l'idéal du caring affectent négativement la sécurité des patients. Pour Benner (cité par Daphney, 2007), l'infirmière qui n'accorde pas une attention particulière aux soins qu'elle prodigue s'avère moins sensible aux signaux inhabituels qui lui indiqueraient que la condition de santé d'un patient se dégrade. Selon le modèle caring qualité (Duffy et Hoskins, cité par Daphney, 2007) qui allie les principes d'organisation des soins aux théories infirmières, l'approche du caring influence la sécurité des patients en ce sens qu'elle induit des changements d'attitude chez les soignants (en termes d'attention envers les malades lors des prestations de soins) et de pratiques (en termes de respect des procédures). Ce modèle suggère que des efforts soient faits au niveau individuel afin d'améliorer la sécurité des patients. Daphney (2007), utilisant le modèle caring qualité dans une étude phénoménologique, est parvenu au résultat selon lequel le caring des infirmières contribue à améliorer la sécurité des patients. Il soutient qu'avec l'approche du caring les infirmières démontrent une bienveillance accrue et une imputabilité à l'égard du bien être à long terme des patients.

Pour Watson (1979), le caring est l'essence du soin infirmier qui constitue un idéal moral établi dans la relation soignant-patient et qui exige une préoccupation constante envers le patient ainsi qu'un engagement et une responsabilité des infirmiers vis-à-vis des soins.

2.4.4. L'approche du caring de Watson

La perspective disciplinaire de notre étude est l'approche du caring de Watson (1979) pour qui, le processus de soins est intrinsèque thérapeutique, basé sur des relations interpersonnelles et la pratique des soins comme un art qui doit avoir pour support une science des soins infirmiers. Watson considère deux aspects essentiels dans la pratique de soins. Le « Core » qui constitue la base de la science infirmière qui signifie soigner (contrairement au « cure », signifiant traiter) et le « Tim » qui renvoie aux moyens de la pratique.

Watson (cité par Daphney, 2007), a développé une approche existentielle (attention portée à la personne dans la singularité dans son existence) et phénoménologique (permet de découvrir la signification de son existence et de ses expériences vécues) des soins infirmiers. Cette approche, accorde une importance particulière à la relation patient-soignant ainsi qu'à l'expérience vécue de l'individu. Pour Watson (cité par Cara & O'Reilly, 2008 p38), patient et infirmière ont chacun son champ phénoménal respectif (somme des expériences de la personne constitué de « *sentiments, sensations physiques, pensées, croyances spirituelles, buts, espérances, considérations environnementales et significations de ses propres perceptions* ») et l'interaction continue entre les deux influence la pratique infirmière. Watson (cité par Cara & O'Reilly, 2008) souligne que l'expérience, la perception et la signification des expériences vécues dans le champ phénoménal peuvent être capturées par la conscience. La phénoménologie comme étude de la description des réalités telles qu'elles sont vécues et explicitées par la personne (Giorgi, 1997), permettrait d'accéder aux perceptions et expériences vécues par l'infirmière dans l'approche du caring.

Trois concepts constituent les éléments principaux de la théorie du human caring de Watson (cité par Cara & O'Reilly, 2008), ce sont : « le moment de caring ou occasion de caring, » ; les « facteurs caratifs » et la « relation de caring ».

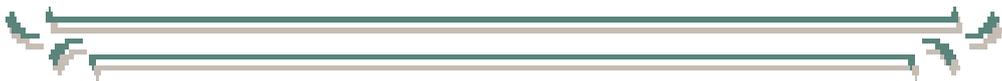
Le moment de caring s'établit dès lors que l'infirmière et le patient se rencontrent chacun avec son champ phénoménal respectif (Watson cité par Cara & O'Reilly, 2008). L'infirmière prend alors conscience du fait de vivre un moment de caring avec le patient (op.cit, 2006). Ce moment, où sont partagées les perceptions et les expériences de chacun, offre une opportunité de décider des choix et des actions à prendre dans la relation (cité par Cara & O'Reilly, 2008).

Selon Watson (cité par Cara & O'Reilly, 2008), la profession infirmière est à la fois une science et un art riche de valeurs humanistes et altruistes. Pour Watson (cité par Cara & O'Reilly, 2008), les facteurs caratifs constituent un guide pour l'infirmière dans sa pratique de soins qui mettent en avant les dimensions humaines de son travail, sa présence authentique auprès du patient ainsi que les expériences subjectives du patient afin de préserver sa dignité et son intégrité physique. Les facteurs caratifs développés par Watson (cité par Cara & O'Reilly, 2008, p39) sont au nombre de dix dont le huitième facteur qui prend en compte : « *La création d'un environnement visant à la sécurité et le confort Soutien, protection et/ou modification de l'environnement mental, physique, socio-culturel et spirituel* ».

Pour Watson (cité par Cara & O'Reilly, 2008), la relation de caring est une relation entre le soignant et le soigné, qui s'appuie sur des valeurs humanistes et qui vise la protection, l'amélioration et la préservation de l'intégrité physique, la dignité humaine et l'harmonie de la personne soignée (Ibid, 2008). C'est une relation dans laquelle l'infirmière démontre un intérêt pour la compréhension subjective et profonde de la signification donnée par la personne en regard de son état de santé (Ibid, 2008). La conscience qu'a l'infirmière du caring et son ouverture d'esprit sont des éléments essentiels pour établir la relation de caring et communiquer avec le champ phénoménal de la personne soignée (Ibid., 2008).

CHAPITRE III

MATERIELS ET METHODES



CHAPITRE III : MATERIELS ET METHODES

3.1. Type d'étude:

Il s'agit d'une étude qualitative d'approche phénoménologique à visée exploratoire. Cette approche se justifiait dans la mesure où il était question d'appréhender des expériences et des perceptions des infirmiers sur les IAS. C'est une approche qui permet de comprendre le sens que les individus donnent aux évènements qu'ils ont vécus dans leurs expériences. Afin de décrire le vécu et les perceptions des infirmières sur les infections associées aux soins, nous avons opté pour l'approche phénoménologique employant la méthode d'analyse de données selon Giorgi (1997). Pour lui, la description phénoménologique est une étude systématique de ce qui se présente à la conscience (op.cit, 1997). Elle permet de comprendre l'expérience humaine à partir des descriptions faites par les personnes qui la vivent. Cette méthode emploie la « réduction phénoménologique » qui est une activité intellectuelle où le chercheur se met d'abord en position neutre en prenant consciemment une distance par rapport à ses préconceptions relatives au phénomène étudié et ensuite utilise la méthode intellectuelle de variation libre et imaginaire (Ibid, 1997) pour parvenir à l'essence du phénomène, c'est à dire son sens fondamental constant.

3.2. Cadre de l'étude

L'enquête s'est déroulée dans les unités de soins du Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA) de Ziniaré. Le District sanitaire de Ziniaré est l'un des trois districts que compte la région sanitaire du plateau central. Ce CMA qui compte 35 lits est la structure de référence des centres de santé du District Sanitaire de Ziniaré. Le personnel infirmier est composé de 40 infirmiers (IDE et IB) répartis dans les unités de soins de médecine, de pédiatrie, de post-opéré, des urgences médico-chirurgicales et d'infirmiers spécialisés officiant comme surveillants d'unité de soins (SUS) ou exerçant au bloc opératoire et dans les services de spécialité. Ce personnel est sous la hiérarchie/tutelle technique du Coordonnateur des soins infirmiers et obstétricaux. Sur une journée de 24 heures, trois équipes d'infirmières se succèdent. L'équipe du matin

début à 7 h 00 pour terminer à 12 h 00 ; l'équipe de l'après-midi prend son service à 12 h 00 jusqu'à 17 h 00 ; enfin, l'équipe de nuit prend la relève de 17 h 00 à 7 h 00.

3.3. Echantillon et échantillonnage

Au départ, l'échantillon théorique était fixé à dix (10) infirmiers réalisant des poses de voies veineuses périphériques. L'échantillon a été constitué de manière à obtenir une plus grande diversité des participants. Ainsi nous avons réalisé une diversification interne (Pires, 1997) qui prend en compte des paramètres individuels tels que l'âge, l'ancienneté professionnelle, le niveau d'étude et une diversification externe (Michelat, 1975) selon laquelle nous avons retenu des variables telles que le sexe et l'unité de soins. A terme, le nombre de participants a été retenu compte tenu de la saturation des données c'est-à-dire la redondance des thèmes telle que suggérer par Benner (1994). Pour elle la recherche qualitative ne vise pas la généralisation, mais l'explication de phénomènes locaux. Ce ne sont donc pas la quantité des données qui valide sa crédibilité, mais plutôt la qualité ainsi que la richesse dans la description du phénomène étudié.

Pour le recrutement des dix (10) infirmiers, nous avons procédé à un choix raisonné. Le coordonnateur des soins infirmiers et obstétricaux et les surveillants d'unité de soins étaient des informateurs clés qui ont permis d'identifier les infirmiers qui ont participé à l'étude. Des rendez-vous ont été pris avant les entretiens notamment pour les infirmiers qui n'étaient pas disponibles. Parmi les infirmiers approchés pour la participation à l'étude, un seul avait refusé compte tenu de contraintes personnelles.

Les critères d'inclusion de notre étude étaient les suivants :

- Etre infirmiers ou infirmière à l'hôpital de district de Ziniaré ;
- Etre en service depuis au moins une année dans un service de soins ;
- Accepter participer à l'étude en signant le formulaire de consentement de participant.

3.4. Techniques et outils de collecte des données

Nous avons privilégié pour la collecte des données, des entretiens libres à partir d'une question générale ouverte. Comme le souligne Royer et Baribeau (2012, p. 26) : « l'entretien individuel, plus que tout autre dispositif, permet de saisir [...] le point de vue des individus, leur compréhension d'une expérience particulière, leur vision du monde, en vue de les rendre explicites ». Pour Van der Maren (cité par Baribeau & Royer, 2012, p. 26), l'entrevue, qu'elle soit libre, semi-structurée ou structurée, vise à colliger des données ayant trait aux aspects personnels des individus (émotions, jugements, perceptions, expériences etc.) par rapport à des situations données. Afin d'orienter les questions, une pré-enquête a été faite à l'hôpital de district de Saponé (District de la Région du Centre-Sud qui partage les mêmes réalités que le District de Ziniaré dont la proximité avec la capitale Ouagadougou). Les entretiens se sont déroulés du 14 au 20/10/2017 au sein de l'hôpital de district conformément aux dates convenues avec les participants. Ces entretiens d'une durée moyenne de 25 mn ont été répétés afin de mieux approfondir certaines questions. La question principale était : racontez une expérience que vous avez vécue, où un patient a développé une infection survenue suite à un soin qu'il a reçu. Que pensez-vous et que ressentez-vous face cette situation ? Des questions de relance ont été également posées afin de susciter l'expression du participant ou de préciser ses propos.

Avant la collecte des données, nous avons comme le suggère Giorgi (1997) effectué le « braketng ». Il s'est agi pour nous de rédiger nos croyances, préconceptions, connaissances et expériences personnelles relatives au phénomène étudié. Cela nous a permis de distinguer nos points de vue de ceux des participants et de décrire avec « neutralité » les expériences et les perceptions des infirmiers.

La pluralité des sources d'informations étant recommandée dans les études phénoménologiques (Benner, 1994), nous avons complété les données de l'entrevue par une observation participative des pratiques de soins. Selon Patton (2002), l'observation en recherche comporte plusieurs avantages en permettant de comprendre le contexte où les individus interviennent et interagissent et d'obtenir des informations qui ne ressortiraient lors d'une entrevue (les non-dits). Il s'est agi d'observations non structurées guidées par différents thèmes. Comme le suggère Peretz (2004) nous nous

sommes intéressés dans l'observation à différents éléments tels que la situation (acte de soins, état du malade), les objets (matériels et instrument de soins), les espaces (lieu des soins), les personnes présentes dans les lieux (soignants, malades, famille, visiteurs), et les attitudes et pratiques (en rapport avec l'hygiène et l'asepsie). De façon pratique, il s'agissait pour nous d'accompagner les infirmiers durant leur journée de travail, d'observer leurs attitudes et pratiques de soins et de poser des questions d'éclaircissement en rapport avec nos observations. Nous avons également observé les attitudes des infirmiers par rapport aux documents tels que les recommandations de prévention affichés, les consignes de soins, les rapports d'activités de soins. Nous avons consigné nos observations dans un journal de bord. Ces notes incluaient des réflexions critiques sur les événements observés.

3.5. Analyse des données

Nous avons suivi les cinq (05) étapes de l'analyse phénoménologique selon Giorgi (1997) tout en faisant une triangulation avec les données issues de l'observation. Les données de l'entretien ont d'abord fait l'objet d'une transcription. S'en est suivie une lecture minutieuse et répétée des données transcrites afin de s'imprégner de chaque entrevue dans sa globalité et de laisser dégager des unités de signification ou une signification globale. Il s'est agi ensuite de procéder à un regroupement des unités de signification à l'aide d'une matrice (annexe 14). En confrontant les unités de sens pour faire ressortir les similitudes et les contradictions, nous avons identifié des sous-thèmes auxquels nous avons soumis la méthode de variation libre et imaginaire. Cela nous a permis de dégager des thèmes relatifs aux expériences et aux perceptions des infirmiers sur les IAS.

3.6. La rigueur scientifique

En recherche qualitative, les critères de rigueur scientifique sont à prendre en considération afin d'éviter les biais. Comme le souligne Giorgi (1997), la rigueur scientifique d'une étude phénoménologique est assurée par les critères d'authenticité et de crédibilité.

La **Crédibilité** : signifie que les résultats décrivent la réalité du phénomène étudié. Pour y parvenir, nous avons assuré la diversité des participants, réalisé les entrevues

jusqu'à redondance des données/thèmes (saturation) et pratiqué la variation libre et imaginaire lors de l'analyse des données. Il s'est agi aussi de réaliser la **triangulation** des données, c'est-à-dire de confronter nos différentes sources de données (entretiens, observations, documents) de même que de soumettre nos résultats au jugement des participants (pour la reconnaissance de leur verbatim) et de personnes expertes du phénomène étudié.

L'**Authenticité** : signifie que les résultats correspondent à l'expérience vécue par les participants de l'étude. Il s'est agi pour nous de respecter la méthode de réduction phénoménologique comme le suggère Giorgi (1997) en réalisant le « bracketing ». Il a été question de rédiger nos croyances, préconceptions, connaissances et expériences relatives au phénomène à l'étude afin d'en être conscient au moment des entrevues et de l'analyse des résultats. Cela nous a permis de distinguer nos points de vue de ceux des participants et de décrire, le plus fidèlement possible, la perception des infirmiers. Il s'est agi aussi d'effectuer plusieurs lectures des verbatim afin de saisir avec précisions le sens des propos des participants. La recherche de l'authenticité nous a amenés à pratiquer la réflexivité dans nos investigations. En effet, la prise en compte de la subjectivité et de la complexité des situations relationnelles nous invite à une pratique réflexive tout au long de la démarche phénoménologique. Pour cela, nous avons tenu un journal de bord où nous commentons nos impressions, sentiments, pensées tout au long de nos investigations. Il s'est agi également de soumettre les résultats aux participants pour qu'ils s'y reconnaissent.

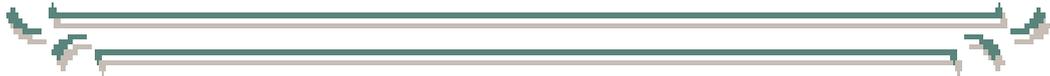
Par ailleurs, un autre critère de rigueur scientifique que nous avons pris en considération est la **transférabilité** des résultats à des contextes jugés similaires. Pour augmenter la transférabilité de nos résultats, nous avons procédé à une diversification interne et externe de notre échantillon, une triangulation entre plusieurs sources de données ainsi que la saturation des données recueillies.

3.7. Aspects éthiques

Notre protocole d'étude a reçu l'approbation du comité d'éthique pour la recherche en santé (CERS) le 12 septembre 2017. Nous avons également obtenu une autorisation d'enquête du Directeur Régional de la Santé du Plateau Central, autorité dont relève l'hôpital de district de Ziniaré. Avant la collecte des données sur le terrain nous avons obtenu un consentement écrit libre et éclairé de l'ensemble des enquêtés. Le formulaire de consentement et d'information (annexe 5) expliquait le but et les objectifs de l'étude, les méthodes utilisées, ce que les enquêtés aurions à faire, les conditions de participation, les avantages et les inconvénients à participer à l'étude. La confidentialité a été assurée par le caractère anonyme de l'enquête. A cet effet, un code anonyme était attribué à chaque participant. Ce code était composé par « Inf » et d'un numéro choisi entre un (1) et dix (10). Avant l'entretien, l'infirmier a été invité à prendre connaissance du formulaire d'information de l'étude (annexe 5) et à fournir son consentement libre et éclairé en signant le formulaire de consentement (annexe 6). Les participants ont pris le temps de lire ces informations avant de prendre leur décision. Ils étaient par ailleurs informés qu'ils pouvaient se retirer en tout temps sans préjudice. Le lieu et la date de l'entretien ont été arrêtés de concert avec les participants. Les entretiens ont tous été enregistrés sur un dictaphone avec l'autorisation des participants. Les informations recueillies auprès des participantes ne comportaient qu'un code d'identification (Inf1, Inf2, ..., Inf10) et n'étaient accessibles qu'à l'étudiant, son directeur et son codirecteur de mémoire.

CHAPITRE IV

RESULTATS



CHAPITRE IV : RESULTATS DE L'ETUDE

Ce chapitre présente les résultats de l'analyse des données recueillies auprès des participants. La première partie décrit le profil sociodémographique et professionnel des participants ; la seconde partie présente l'analyse phénoménologique en thèmes et sous thèmes et enfin la troisième partie illustre la synthèse des résultats.

4.1. Profil sociodémographique et professionnel des participants

Notre échantillon comprenait dix (10) participants dont un attaché de santé et neuf infirmiers d'Etat/Breveté (IDE/IB). L'échantillon était composé d'autant d'hommes que de femmes. Le participant le plus âgé avait 53 ans contre 31 ans pour le moins âgé. La plupart des infirmiers ont plus de quatre années d'expérience professionnelle et également plus de quatre années de service dans le poste actuel. L'ancienneté professionnelle variant entre 01 et 30 ans. Parmi les dix infirmiers un seul avait un niveau d'étude supérieure. Tous ont déclaré avoir reçu un cours de prévention des infections pendant la formation initiale et au moins un recyclage sur ce thème. Les participants provenaient des unités de médecine, des urgences médico-chirurgicales, de pédiatrie et de post-opéré.

4.2. Résultats de l'analyse phénoménologique

L'analyse phénoménologique (Giorgi, 1997) que nous avons réalisée a permis de dégager quatre thèmes que sont : « une réalité ignorée » ; « une responsabilité déniée » ; « une perception négative » et « un problème solvable ». Ces thèmes ont été identifiés à partir de sous-thèmes que nous avons illustrés avec des verbatim. Tel que suggéré par Paillé et Muchielli (2010) nous n'avons pas retouchée la qualité du français afin de préserver l'originalité du matériel issu de l'expression verbale des participants.

4.2.1. Une réalité ignorée.

Pour tous les participants les IAS constituent une réalité. Cependant, Il y a une ambivalence dans leurs propos. D'une part, ils soutiennent que le problème est réel et d'autre part, leurs discours semblent refoulés leurs vécus personnels des IAS. Perçues

autant chez les patients que chez les soignants, les IAS sont vues comme une menace pour soi car on en perçoit sa propre vulnérabilité. Mais s'agissant des malades, les IAS constituent un sujet moins préoccupant sur lequel on communique peu. Aussi, l'ampleur du problème est sous-estimée et le risque pas assez perçu. Par ailleurs, les participants ont une conception restrictive de l'IAS.

4.2.1.1. Un problème ignoré, un sujet peu abordé

Il y a une ambivalence dans le discours des infirmiers quant à leur perception du problème. En effet, à travers leurs discours, les participants reconnaissent que le problème des IAS est une réalité dans les établissements de soins. Inf6 souligne cette réalité lorsqu'il déclare que : « *ça [l'IAS] ne peut pas manquer voilà ! Ça peut passer inaperçu, mais ça peut jamais manquer* ». Les propos de Inf3 corroborent cela quand elle soutient que : « *Sur le terrain on rencontre beaucoup de cas* ». Ces déclarations traduisent que les infirmiers se font un aperçu du problème des IAS. Cependant, les IAS paraissent voilées, un problème tabou dans la mesure où la plupart des participants disent ne pas avoir vécu personnellement une expérience d'IAS. Aussi, leurs postures quand ils s'expriment révèlent une attitude défensive. En témoigne Inf5 qui dit : « *... moi, je n'ai pas vu. Franchement. Je n'ai jamais vu, voilà. Je n'ai jamais vu, voilà. [...] je n'ai jamais vécu la situation, voilà !...* ». Pour d'autres, ils ont seulement entendu parler, de la part des collègues. Inf2 par exemple affirme : « *une expérience en tant que telle, moi-même proprement dit, je peux pas dire, bon, j'ai déjà, entendu. C'est une collègue qui avait son enfant hospitalisé, on a exécuté l'enfant mais entre-temps ça n'allait pas l'enfant est revenu [...] je peux dire que c'est ça les infections nosocomiales* ». Inf5 tient les mêmes propos en disant que : « *y a des copines qui me parlent souvent de ça [les IAS]. Et même entre collègues ...* ».

En outre, certains participants qui déclaraient ne pas avoir vécu de cas d'IAS admettaient plus tard qu'ils auraient bien eu au moins une expérience d'IAS. C'est le cas de Inf4 qui dit : « *... en matière d'expérience vécue personnellement je n'ai pas rencontré de problème [...] de mon expérience c'est une seule fois que j'ai rencontré une infection liée aux soins [...] c'est suite à une perfusion et la patiente a eu un abcès, [...]. C'était vraiment très vilain à voir [...]. C'était la première fois que je vois ça* ».

Par ailleurs, dans le discours des participants, des raisons sont évoquées pour expliquer pourquoi les IAS passent souvent inaperçues. Le plus souvent, les malades ne restent pas assez longtemps dans l'unité de soins jusqu'à l'apparition des manifestations cliniques de l'infection. Inf7 déclare dans ce sens : « *moi je n'ai jamais vu ... puisse que ici on garde pas les malades longtemps. Quand on lève l'urgence, après on amène le malade en médecine pour poursuivre les traitements* ». Dans certains cas, les participants affirment faire difficilement la preuve d'IAS. C'est ce que soutient Inf4 quand il dit : « *Souvent c'est des trucs [les IAS] qui ne sont pas vérifiables sur place* ». Ainsi, les infirmiers reconnaissent d'une part l'existence du problème des IAS et d'autre part, ignorent les cas qui proviendraient de leurs propres pratiques.

Aussi, les IAS constituent un sujet peu abordé. Les participants hésitent de parler de leurs propres expériences d'IAS et certains affirment que les IAS sont un sujet dont on ne parle presque pas. Inf2 déclare : « *On en parle pas, on parle peu de ça* ». Pourtant des occasions ne manquent pas pour en parler. Inf4 illustre cela à travers ces propos : « *... lors des visites c'est des sujets qu'on peut développer pour amoindrir ce genre de chose. Et y a la formation continue à travers les supervisions, les réunions de service et tout ce qui est activité de suivi-évaluation, les monitorages, [...] les cadres de concertation si on en a, chaque fois on va essayer de ... de résoudre ces genres de problème* ». Ainsi, les IAS constituent un sujet peu abordé qui pourtant peut trouver solution dans les discussions lors des cadres de concertations.

4.2.1.2. L'ampleur et la gravité des IAS ignorées

L'ampleur des IAS est perçue par les participants selon d'une part leurs expériences et d'autre part leur capacité à établir l'association entre l'infection et les soins. En effet, la plupart des participants soutiennent que les IAS ne sont pas aussi fréquentes. C'est dans ce sens que Inf2 déclare : « *... je ne peux pas dire que c'est trop fréquent comme ça, voilà mais ça ne manque pas. [...]. C'est pas tellement, c'est pas fréquent* ». Les propos de Inf6 soutiennent cela : « *les infections liées aux soins, [...] je pense que, ces infections, c'est un peu courant, le phénomène, le problème n'est pas récurrent*. Seul Inf3 a un point de vue, contraire, pour elle, les IAS ont plutôt une grande ampleur. Elle dit : « *Sur le terrain on rencontre beaucoup de cas. [...] Donc y a trop de cas* ».

Il s'agit là d'un discours nuancé mais qui dans l'ensemble révèle une faible perception de l'ampleur des IAS par les infirmiers. En outre, cette faible perception de l'ampleur des IAS par les participants pourrait être due au fait qu'ils font difficilement la part des choses entre les IAS et les infections dont les patients viennent avec dans la formation sanitaire. Pour eux, il est souvent difficile de qualifier une infection d'IAS puisqu'ils ne peuvent pas d'emblée l'attribuer aux soins. Les IAS ne sont souvent pas perçues comme telles parce que le lien n'est pas établi avec les soins. De ce fait, ils estiment faible leur ampleur. Ainsi, Inf4 déclare : « *souvent c'est des trucs [les IAS] qui ne sont pas vérifiables sur place. Parce que la personne peut revenir après avec des problèmes qu'on ne peut pas d'emblée lier à la mauvaise qualité des soins. On ne peut pas savoir si la personne a contracté l'infection au cours des soins* ». Ainsi, il y a une difficulté à faire la part entre ce qui est IAS de ce qui ne l'est pas.

4.2.1.3. Le risque d'IAS ignoré

L'asepsie n'est pas toujours perçue par les infirmiers comme une exigence pour la prévention des IAS et au-delà, la sécurité du malade. Certains participants prêtent à leur collègue une inconscience du risque d'IAS. L'observation des pratiques de soins corrobore cette perception et montre une méconnaissance des mesures d'asepsie. Les infirmiers ignorent le risque d'infections lorsqu'ils réalisent les actes de soins. Les discours recueillis montrent des participants qui accusent les autres de ne pas prendre en compte l'asepsie. Inf1 souligne cet aspect lorsqu'elle déclare : « *Y a la mentalité qui est là. Imaginez-vous, l'hygiène n'y est pas. [...] y en a qui nettoie mais c'est pas suffisant, [...] Ou bien prendre l'intranule, à essuyer avec le coton alcoolisé, c'est pas hygiénique, c'est pas aseptique* ». A travers le discours de certains participants, on se rend compte que des actes sont réalisés sans être sûr de leur innocuité. C'est le cas de Inf1 qui déclare : « *si je place une perfusion, quand je veux libérer un peu la main de l'enfant, je, désadapte, je mets le bouchon blanc là, je ferme la voie veineuse [...]. Voilà donc je me dis que je suis en train d'échanger, vous allez me corriger* ». Par ailleurs, certains discours des participants laissent entendre que l'IAS ne serait pas aussi préoccupante puisque qu'elle va se résorber spontanément. Inf8 déclare : « *en réalité c'est un truc qui n'est pas aussi grave... ça va se résorber de lui-même* ». Ces

discours confirment que les infirmiers ne perçoivent pas toujours le risque d'IAS lorsqu'ils réalisent des soins.

4.2.1.4. Une perception restrictive de l'IAS.

La notion d'IAS a été abordée par la plupart des participants. Le rapport avec les soins est vite souligné. De prime à bord, l'IAS est qualifiée par certains d'infections nosocomiales en précisant que c'est une infection acquise au moment des soins. Le malade n'est pas venu avec dans l'établissement de soins. Inf8 donne une synthèse de cette conception de l'IAS :

... c'est souvent ce que on appelle les infections nosocomiales. Parce que, le malade est rentré, y avait pas de problème et c'est à la suite de la prise de la voie veineuse que il a eu une infection [...] au niveau du bras perfusé c'était œdématisé entre temps c'était un peu la douleur, voilà il sentait la douleur et à un moment donné ça s'est enflammé jusqu'à bon entre temps il faisait la fièvre. Voilà ... je pense que, en tout cas ça peut être à l'origine de la fièvre-là.

Inf6 se prononce dans le même sens : « *Bon, les infections liées aux soins, voire les infections nosocomiales. Bon, c'est dire c'est des infections, le malade n'est pas venu peut être au centre de soins avec. Mais bon, c'est au cours des soins ou cours de son séjour que bon, il contacte ces infections-là* ». Cela est corroboré par Inf2 qui déclare : « *C'est ça les infections nosocomiales ou bien je ne sais pas et il s'est avéré [...] que l'enfant a pris d'autres germes et le germe était encore plus puissant, [plus virulent] que l'infection que l'enfant avait auparavant, donc l'enfant a été réadmis. Le manque de précautions d'hygiène et les fautes d'asepsie sont le plus souvent évoqués dans la description des IAS. Ainsi selon Inf4 « ... ça réside essentiellement dans les précautions à prendre avant l'administration des soins, ».* Inf2 précise : « *c'est dans les soins là que ... les fautes d'asepsie [...] que l'enfant a pris d'autres germes* ».

Cependant, la conception d'IAS des infirmiers est restrictive à plusieurs égards. D'abord, les participants ne précisent pas le délai (48 heures) avant lequel les signes cliniques ne sont pas considérés comme IAS ; la possibilité de contracter l'infection au-delà des structures de soins n'est pas mentionnée et les familles et les visiteurs ne sont pas évoqués comme pouvant être des victimes d'IAS. Ensuite, la description des IAS s'articule essentiellement autour des signes cliniques localisés au site de ponction. Les signes cliniques qui reviennent le plus souvent dans la description des IAS par les

participant sont l'inflammation, la douleur, l'abcès au site de ponction de la veine. L'IAS se révélant quand le malade manifeste une douleur provoquée par la mobilisation lors des soins. Cela est bien illustré dans le discours de Inf9 :

Le membre est œdématié et puis bon on sent que la voie veineuse-là, c'est un peu, la main est enflammée parce quand on fait les produits ça fait très mal, voilà ! Moindre contact avec, quand on touche on voit que ça fait. [...] Souvent même on a vu même quand on a enlevé la voie veineuse-là, c'est devenu carrément une plaie, une plaie qui suscite même un peu de pansement, ne serait-ce qu'un pansement alcoolisé,...

Inf8 abonde dans le même sens en tenant à peu près les mêmes propos : « *ce qu'on rencontre couramment, c'est surtout, au niveau même de, du site de pose de la voie veineuse-là. Bon ! Ça souvent on voit que le malade n'est pas tranquille, le fait de bouger ...* ». Ainsi, l'IAS est perçue par les infirmiers comme des manifestations localisées essentiellement au site de ponction.

4.2.2. Une perception négative

Les infirmiers, quand bien même semblent ignorés la réalité du problème, ont tout de même une perception négative des IAS. La plupart des participants déplorent les cas d'IAS qu'ils ont vécus. Ce sont des torts causés aux patients du fait des soins. Inf3 témoigne des conséquences d'un cas d'IAS qu'elle a vécu : « *... ça s'est infecté et voilà un problème. [...] Y avait un abcès profond, [...] la femme a fait près de trois mois, rampait sur ses genoux, voyez, c'était infecté. Vous voyez la souffrance de la personne-là même* ». Les infirmiers ressentent alors de la culpabilité et du regret et remettent en cause les pratiques de soins qui ne répondent pas aux exigences de prévention des IAS.

4.2.2.1. Le patient victime des soins

Les participants ont une perception négative des IAS dans la mesure où les malades sont perçus comme des victimes. Ils sont vus à la fois comme des victimes de leur maladie et des soins qu'ils reçoivent. Les propos de Inf6 corroborent cela lorsqu'il déclare : « *c'est des situations pas agréables, parce que si il y a la maladie et qu'il y a en plus une infection, [...] et souvent c'est des infections plus graves même que celle pour quoi, le malade est venu* ».

Inf2 soutient également dans le même sens : *« l'enfant a pris d'autres germes et le germe était encore puissant [plus virulent] que l'infection que l'enfant avait auparavant, donc l'enfant a été réadmis ».*

Le mal déjà fait n'empêche pas de ressentir de l'empathie, de la compassion envers les patients. Les participants évoquent des expériences qu'ils ont vécues comme une confrontation à la souffrance des malades victimes d'IAS. Ce sont des torts qui leur sont causés et qui auraient pu être évités. C'est ainsi que Inf10 s'indigne en affirmant : *« c'est des situations malheureuses qui arrivent, [...] alors que ça pouvait être évité ».*

Inf3 illustre également ce sentiment à travers ces propos :

Quand on arrive à là, quand tu regardes, ... le malade même est souffrant, ... maintenant, ça fait pitié. [...] Parfois quand tu regardes au fond de toi tu n'es pas contente. [...] on aurait dû ... faire pour ne pas en arriver là. [...] Parce que le patient est venu pour des soins, pour avoir la santé et si maintenant en voulant la santé nous-même on augmente maintenant la souffrance, ... c'est pas bon !

Le discours des participants traduit souvent de l'empathie qu'ils ressentent envers les malades. Ils ne souhaiteraient pas endurer leurs souffrances. En témoignent les propos de Inf1 qui dit : *« ... en tout cas je ne souhaiterais pas que on fasse ça à mon enfant ou bien à qui que ce soit, c'est pas prudent ».* Inf6 partage ce sentiment quand il affirme : *« je fais les soins comme si c'était moi-même. Je ne voudrais pas que autrui me fasse cela, je ne voudrais pas faire cela à autrui. Voilà ! Aujourd'hui c'est autrui mais demain ça peut être moi ».*

Les IAS sont d'autant plus déplorées que les participants ont vécu une situation dramatique, le décès d'un malade. C'est le cas de Inf1 qui dit : *« le cas vraiment qui m'a frappé, c'est l'enfant malnutri qu'on a beaucoup piqué [...] l'enfant avait des plaies un peu partout, [...] quelques jours après l'enfant était décédé ».*

Pour les participants, les IAS rendent la prise en charge des malades encore plus difficile. Cela demande plus d'effort de la part des patients mais aussi des soignants. Inf4 s'exprime ainsi : *« Ça complique la prise en charge. [...], l'agent de santé n'est pas tranquille et le malade aussi parce que ça demande plus d'effort. Voilà. Donc et encore il faut mobiliser plus de ressource pour la prise en charge. [...] Et souvent c'est des infections plus graves même que celles pour ceux bon le malade est venu ».*

Les infirmiers déplorent ainsi les IAS dont ils ont une perception négative. Aussi, le discours des participants révèle un sentiment de regret et de culpabilité. Un regret et une culpabilité d'avoir par leurs attitudes et pratiques, causé des torts aux patients. Ainsi, Inf4 s'exprime : « *Si il arrive que nous on a contribué à créer plus de problème au patient bon.... Souvent c'est des sentiments de culpabilité [...] Parce que le malade en venant, il est venu pour demander de l'aide et être guéri, bon pas pour encore repartir avec* ». Inf3 tient le même discours : « *quand je vois que ... ça aboutit à ça, c'est vraiment regrettable [...] tu traumatises, ça s'infecte, ça devient des dépenses. [...] les parents maintenant disent : voilà que la maladie est partie mais voilà* ».

Toutefois, la survenue des IAS est perçue comme une faillite non pas du soignant mais de l'ensemble du système de soins. En témoigne cette affirmation de Inf4 : « *c'est une faillite même pour tout l'ensemble de la structure* ».

4.2.2.2. Une menace pour le soignant

Les infirmiers perçoivent leur propre vulnérabilité face aux IAS. Pour la plupart des participants, lorsque des précautions ne sont pas prises, ils peuvent être aussi victimes des IAS. Le soignant est autant exposé que le malade alors qu'il ne bénéficie pas assez de protection. Par ailleurs, le vécu d'expériences d'accidents d'exposition au sang (AES), viennent conforter ce sentiment de vulnérabilité. Cette perception est soulignée avec insistance par Inf2 : « *On est chaque fois exposé* ». Dans le même sens, Inf4 déclare : « *Voilà, si on n'a pas pris toutes ces précautions, on peut transmettre des germes au patient mais on peut recevoir des germes du patient* ». Inf10 donne encore plus de précision pour étayer cette perception.

... tu peux te faire piquer, [...] il peut y avoir l'hépatite B ou le VIH ... C'est des infections que le praticien peut avoir du patient, [...] dans la manipulation de certains objet tels que des seringues, les lames de bistouris, il peut se blesser, [...] on a vu des collègues qui en voulant soigner des patients-là se sont fait piquer.

Cette vulnérabilité serait due à une insuffisance de protection des soignants ainsi qu'un manque de sensibilisation et de formation sur les moyens de protection. Inf10 déclare :

... y a le niveau même de protection du personnel qui n'est pas au top. [...] y a aussi manque de connaissance auprès des prestataires [...] des gens qui font par exemple des traitements et ils remettent les seringues utilisées dans le sachet. Alors que non. C'est des seringues à usage unique qu'on doit jeter.

4.2.2.3. Une remise en cause des attitudes et pratiques de soins

Pour les participants, les IAS sont déplorables et auraient pu être évitées d'autant plus qu'elles sont imputables à des professionnels de santé. La survenue des IAS interpelle et vient remettre en cause le système de soins et la manière de soigner. Inf4 dans ce sens déclare : *« Ça nous interpelle quand même. Parce que, on est sensé faire le bonheur du patient [...], c'est une remise en cause de notre manière de soigner et d'administrer les soins »*. Inf6 dans le même sens s'exprime : *« c'est un pincement au cœur, parce que bon, c'est face à des professionnels que la chose arrive [...], les choses doivent changer et le système aussi, voilà ! »*. Inf3 s'indignant également des attitudes et des pratiques des infirmiers tient ces propos : *« Même si c'est pas toi qui as posé l'acte là, tu regardes que, on pourrait bon, on aurait dû en tout cas avoir du temps ou faire d'autres choses pour ne pas en arriver là. [...], il faut donc revoir les choses en tout cas. »*.

Ainsi les participants ont une perception négative de la survenue des IAS et remettent en cause les attitudes et pratiques des infirmiers d'une part, et le système de soins d'autre part.

L'évocation des IAS soulève chez les infirmiers, la question même de la sécurité des patients. Au-delà des IAS les participants déplorent beaucoup d'évènements qu'ils ont vécus et qui affectent la sécurité des patients ; des torts causés aux malades du fait des soins qu'ils jugent inappropriés. Inf3 témoigne de conséquences de soins qu'elle a vécues personnellement : *« ... l'enfant est guéri mais les plaies sont là, il faut traiter maintenant les plaies. [...] A cause de nous aussi y a des cas d'infection qui vont aller plus loin et puis entrainer d'autres problèmes »*. Témoignant également de ce qu'elle a vécu, Inf5 affirme : *« ... y a des collègues qui forcent. Dès que,....une veine ça ne se force pas. Dès qu'un enfant,... ça ne passe pas tu es obligé de changer carrément. Mais y en a qui forcent, ils traumatisent la veine et après la main s'enfle,... »*. L'évocation des IAS suscite alors chez les infirmiers une préoccupation pour la sécurité des patients.

4.2.3. Une responsabilité déniée

Les infirmiers reconnaissent qu'il y a un lien entre les IAS et les attitudes et pratiques relatives aux soins. Dans leurs discours, quand bien même ils ont une faible perception de l'ampleur des IAS, les participants se sont assez prononcés sur ce qu'ils pensent être à leur origine. Les raisons et les responsabilités qui expliquent leur survenue sont largement abordées. Cependant, dans leurs propos, les participants occultent leur propre responsabilité. Ils n'admettent pas leur imputabilité dans la survenue du problème. Pour la plupart d'entre eux, les IAS sont associées à plusieurs facteurs et leur survenue imputée au système de soins.

4.2.3.1. Des pratiques de soins mises en cause : une crise de valeurs

L'ensemble des participants sont unanimes que les soins constituent la source du problème. En effet, les pratiques de soins témoignent d'une négligence et sont perçues comme des facteurs de survenue des IAS. Inf3 déclare dans ce sens : *« je sais pas si c'est la négligence [...] prendre le temps même pour faire [...] c'est comme si c'est ... un bon débarras quoi »*. Inf4 s'exprime dans le même sens : *« si au moins y avait un minimum, de vigilance, d'attention vis-à-vis des patients [...] les infections allaient diminuer... »*.

En outre, pour les participants, les IAS témoignent d'un manque d'application des mesures de PI. Les règles, normes et protocoles tels que enseignés lors des formations et recyclages sont ignorés. Les soins sont alors réalisés sans précautions d'hygiène et d'asepsie. Inf1 illustre bien cette situation lorsqu'elle témoigne : *« déposer l'intranule au niveau de la table d'observation, ... [...] mais c'est pas aseptique ! Tout un chacun fait ce qu'il veut [...] prendre l'intranule, essuyer avec le coton alcoolisé ! C'est pas aseptique. [...] dans les soins et les fautes d'asepsie le malade a pris d'autres germes »*. Les propos de Inf2 soutiennent ces déclarations lorsqu'elle dit : *« je sais que ce sont des infections généralement liées à des fautes d'asepsie. Oui les fautes d'asepsie ! [...] Oui. On fait comme si on avait jamais été formé »*. Inf3 s'exprime également dans le même sens : *« c'est par manque d'asepsie. [...]. En tout cas la PI compte beaucoup [...] malheureusement, on ne fait pas attention à ça. »* Ainsi pour les participants, les IAS résultent d'une insuffisance de précautions d'hygiène et

d'asepsie. Certains affirment pourtant que les infirmiers sont formés pour éviter cette situation. Il s'agirait plutôt d'un manquement de leur part. Ainsi, Inf9 affirme : « ...quoiqu'on dise, à l'école on reçoit tout ce qu'il faut pour ne pas commettre ce genre d'erreur préjudiciable à la vie de nos patients... Peut-être en oubliant tout ce qui a été enseigné à l'école. Voilà ».

De plus, pour certains participants, les infirmiers font de la routine de mauvaises pratiques ignorant très souvent les normes et protocoles de soins. Inf4 s'exprime : « ... de plus en plus on constate que sur le terrain, que c'est la routine en oubliant tout ce qui a été enseigné à l'école ». Inf9 dans le même sens affirme : « le travail, c'est devenu sous forme de routine [...] or avec la formation qu'on a appris à l'école, de même l'information de recyclage, on sait que les choses c'est selon les normes ».

Aussi, les infirmiers n'assurent pas leur travail comme il se doit. Pour certains participants, il arrive très couramment que leurs collègues n'exécutent pas certaines tâches. C'est le cas des voies veineuses qui ne sont pas régulièrement renouvelées quand cela est nécessaire. Inf8 témoigne : « des voies veineuses qu'on amène des CSPS et arrivé, souvent c'est pas renouvelé [...], on utilise la même voie encore pour administrer et chaque fois. Le discours de Inf9 corrobore tout à fait ces propos.

... on devrait changer mais souvent bon, s'il y a eu des négligences, il va de soi que ça fasse une infection. [...] Quand c'est ton tour tu trouves que le membre est œdématié, bon ! Y a lieu aussi de changer. [...] Quand on voit quelque chose qui ne va pas, il faut changer. [...] ils disent : « Nous, d'ici là on va descendre, ceux qui vont suivre-là vont gérer ça ». Finalement c'est ça qui traîne, qui crée la négligence sur toute la ligne-là et finalement on a le résultat qu'on a. voilà donc..., il faut que chacun vraiment se mette aux sérieux faire le travail quoi !

Par ailleurs, les propos des infirmiers révèlent une insuffisance de surveillance des malades. Les participants pensent que, si les infirmiers surveillaient bien les voies veineuses, ils auraient pu anticiper sur certaines complications infectieuses. Cet aspect est illustré par Inf8 quand il dit : « C'est un truc [l'IAS] qui évolue. Donc si c'est surveillé, une fois que vous voyez que la main est en train de former, vous pouvez changer de lieu, de site quoi. Voilà ! Je me dis que c'est la surveillance surtout en ce moment aussi ça évite beaucoup de problème quoi ».

En outre, il y a une méconnaissance du risque d'IAS par les infirmiers. Les infirmiers n'ont pas toujours conscience des risques d'infections relatifs à leurs pratiques de soins. L'asepsie n'est pas toujours perçue comme une exigence pour la prévention des infections et au-delà, pour la sécurité du malade. Inf1 s'exprime : « *Y a la mentalité qui est là. Imaginez-vous, l'hygiène n'y est pas. Y en a même pour ... faire le prélèvement fémoral, il ne sait pas, il hésite, on demande à ce qu'il nettoie. Y en a qui nettoie mais c'est pas suffisant, c'est pas bien nettoyer, c'est pas assez, il faut demander à ce qu'il refasse* ».

Ainsi, le discours des participants révèle une inconscience du risque voire une insouciance pour le malade.

Par ailleurs, il y a de moins en moins de valeurs dans la pratique des soins. Une raison avancée serait qu'il n'y ait plus de vocation dans le métier d'infirmier. Pour certains participants cela est surtout le fait de la nouvelle génération. Les jeunes soignants sont indexés, comme étant moins sensibles à la souffrance des patients. C'est plutôt les avantages financiers qui les intéressent. Il en résulte que les soins ne soient pas faits avec empathie des malades. Les propos de Inf3 illustrent cette situation.

... bon je ne sais pas si c'est la nouvelle génération, [...]. Les gens cherchent le travail seulement, ils ne viennent pas parce qu'ils veulent être des agents de santé, ils n'ont pas trouvé du boulot et ils viennent. [...] Mais on voit que on fait pour faire pour attendre la fin du mois pour avoir le salaire, [...]. Mais si toi-même, tu veux vraiment cette profession-là, hein, tu vois, tu as la compassion des malades, tu regardes la souffrance de la personne-là, ça te fait pitié.

Ainsi, il y aurait une insouciance de la part des infirmiers pour la sécurité des soins.

Par ailleurs, les IAS seraient perçues comme des dommages collatéraux. Il existe des situations où les infirmiers priorisent la survie du malade. Ainsi, les mesures d'hygiène passent au second plan quand il s'agit de soins urgents pour sauver le malade. C'est dans ce sens que Inf1 affirme : « *quand on voit vraiment l'enfant qui va partir, surtout quand c'est une anémie, ah ! Moi en tout cas je ne vais mentir mais je n'hésite pas à aborder la jugulaire. Et dans l'urgence on ne voit pas trop les....mesures* ». Ainsi quand les infirmiers réalisent des soins d'urgence, ils considèrent les besoins vitaux des patients prioritaires par rapport à l'application des mesures de prévention.

4.2.3.2. L'imputabilité individuelle rejetée

Si les soins sont mis en cause dans la survenue des IAS, les infirmiers n'admettent pas pour autant leur propre imputabilité. Individuellement les infirmiers ne se sentent pas responsables d'une IAS. Ils tiennent plutôt un discours accusateur qui laisse supposer que l'origine des IAS est extérieure à eux.

En effet, dans leurs propos, les participants évoquent peu leur propre responsabilité dans la survenue des IAS. Or ces infections sont couramment observées en hospitalisation. Certains s'expriment avec une attitude défensive en déclarant ne pas avoir d'expérience personnelle des IAS. Inf5 s'exprime avec un ton élevé et une attitude (geste de la main) de rejet : « *moi personnellement je n'ai jamais fait cela, [...] moi personnellement je n'ai jamais vécu cela je n'ai jamais vu, voilà. Je n'ai jamais vu, voilà* ». Inf4 tient le même discours : « *en matière d'expérience vécue personnellement je n'ai pas rencontré de problème lié à une injection* ». Point de vue également partagé par Inf2 qui soutient : « *...une expérience en tant que telle, moi-même proprement dit, je peux pas dire, bon,...* ». Ces discours témoignent d'un refoulement ou d'un rejet de leurs vécus personnels des IAS. Aussi, cette attitude défensive révèle que les infirmiers se sentent accusés quand les IAS sont évoquées.

En outre, les participants ont un discours accusateur envers les autres, un discours qui tend à les disculper, un discours qui semble les blanchir. Ils tiennent leurs collègues pour responsables de la survenue des IAS. En témoigne la récurrence de l'expression « y en a qui » pour dire que ce sont les autres qui ne prennent pas les précautions. Inf1 s'exprime ainsi : « *y en a qui ont tendance à piquer l'intranule au niveau de la table d'observation [...], tout un chacun fait ce qu'il veut [...] y en a qui ne prennent pas quand même le soin de le faire.[...] Y en a même pour faire le prélèvement fémoral, il ne sait, il hésite, [...]. Y en a qui nettoie mais c'est pas suffisant, ...* ». Inf5 tient également le même discours, lorsqu'elle déclare : « *y en a qui forcent, ils traumatisent la veine [...] Y en a qui franchement bon, ... y en a aussi qui ont la volonté de faire le travail mais qui ne sont pas compétents, [...] Y en a qui n'ont même pas une goutte d'alcool [...] elle va faire avec ce qu'elle a* ». Ainsi, les infirmiers accusent leurs collègues et ignorent leur rôle dans la survenue des IAS. On pense

toujours bien faire pour éviter les IAS, ce sont les autres qui n'appliquent pas les mesures recommandées. Dans ce même sens Inf1 tient ces propos : « *Et moi à mon niveau par exemple si je place une perfusion, quand je veux libérer un peu la main de l'enfant, je désadapte, [...] mais y en a qui ne prennent pas quand même le soin de le faire* ». Inf3 avec une attitude indexant les infirmiers parle ainsi : « *ou bien ce sont eux [les infirmiers] qui n'appliquent pas [...] ou c'est ce que eux [les enseignants] ils transmettent là que ils n'appliquent pas* ».

Quelques participants reviennent sur leurs déclarations pour admettre leur propre responsabilité dans la survenue des IAS. C'est le cas de Inf3 qui dit : « *A cause de nous aussi y a des cas d'infection qui vont aller plus loin et puis entrainer d'autres problèmes ... quand je vois que c'est par des actes qu'on pose et puis ça aboutit à ça [...] nous-même on augmente maintenant la souffrance des patients aussi c'est pas bon* ». Dans le même sens, Inf4 dit : « *ça nous interpelle quand même. Parce que on est sensé faire le bonheur du patient mais si il arrive que nous on a contribué à créer plus de problème au patient bon, c'est souvent des sentiments de culpabilité. [...] c'est une remise en cause de notre manière de soigner* ». Ainsi, des participants qui au départ rejetaient leur imputabilité dans la survenue des IAS finissent par admettre leur responsabilité.

4.2.3.3. Plutôt une responsabilité collective

Les participants refusent de condamner l'infirmier pris individuellement. Au-delà du soignant, c'est toute l'équipe de soins qui porte la responsabilité de la survenue des IAS. Inf3 souligne cet aspect à travers ces propos : « *tout le monde est impliqué, c'est pas une seule personne. On doit aussi se conseiller de ne pas faire ça, mais voilà !* ». Dans le même sens Inf9 dit : « *je n'impute pas cette erreur-là à une seule personne. Puisque quand on travaille c'est l'équipe. On peut dire que c'est le problème d'équipe. Parce que bon y a des gens qui se relaient [...] y a lieu de voir et puis bon voilà, s'interpeller* ».

Aussi, pour certains participants, les responsables d'unité de soins ont leur part de responsabilité. Ils manquent de leadership et d'autorité. En effet, ces responsables ne jouent pas leur rôle de contrôle et d'interpellation des infirmiers indéclicats qui

n'exécution pas adéquatement les soins. Inf9 souligne cela en ces termes : « *Il faut aussi que le premier responsable-là ait aussi un regard. Qu'il arrive à dire bon telle chose, voilà ! [...]. Mais pour un chef qui se contente de "disponibiliser" le nécessaire et puis il disparaît. Je pense que ça peut aussi être un problème [...] si y a un collègue qui fait quelque chose qui n'est pas trop ça, y a lieu de l'interpeler* ».

Toutefois, le problème des IAS n'est pas dû aux seuls faits des agents de santé. Pour certains participants, les malades et leur famille ont aussi une part de responsabilité. Leurs comportements en matière d'hygiène sont souvent à l'origine de la survenue d'IAS. Inf1 affirme dans ce sens : « *les parents des enfants en hospitalisation eux aussi peuvent être la cause de ces infections-là. On met une voie veineuse en place, ... la maman ou le parent de l'enfant qui est à côté par faute d'inattention, peut souiller la veineuse* ». Elle poursuit son discours en disant : « *On conseille très souvent aux mamans quand un enfant est sous voie veineuse, on ne le douche pas. Y en a quand même qui force. Y en a même qui mettent, un sachet, ils attachent et ils douchent l'enfant. [...] il y a des femmes, les selles sont au niveau des pagnes, elles vont prendre ça mettre l'enfant au dos* ». Aussi, les malades manquent souvent d'interpeller les soignants. Ils acceptent subir certaines pratiques de soins qu'ils jugent inadéquats. Pour certains participants, si les accompagnants interpellent souvent les infirmiers, cela pourrait leur éviter certains problèmes. Inf1 dans ce sens dit : « *si l'accompagnant l'interpelle. Ah ! à ce niveau-là y a telle chose. Il [l'infirmier] est obligé de changer. [...] L'agent de santé est obligé d'être à la hauteur* ». Elle témoigne d'une situation où une patiente avertie l'avait interpellée et refusé ses soins. Elle dit : « *Mais dites-vous bien qu'on a reçu une dame, je pense qu'elle a quitté l'extérieur venir l'enfant avait une fièvre, on voulait faire le prélèvement, la dame nous a demandé : « le prélèvement se fait dans la même salle ? » Ça nous a tiqués. Mais elle a refusé qu'on prenne la voie à son enfant* ».

Ainsi, les patients, du fait de leurs comportements relatifs à l'hygiène peuvent être à l'origine de la survenue des IAS. Toutefois, ils peuvent contribuer à leur prévention en interpellant souvent les infirmiers.

4.2.3.4. Une imputabilité au système de soins

Au-delà des infirmiers et de l'équipe soignante les IAS sont imputées au système de soins. Des facteurs que les infirmiers ne contrôlent pas constituent des obstacles à la prévention des infections. Ainsi, les participants ont beaucoup exprimé leurs préoccupations au sujet des conditions de travail qui ne permettent pas de mettre en application les mesures d'hygiène et d'asepsie lors de la dispensation des soins. Inf8 s'exprime : « *Souvent aussi ça c'est indépendant de notre volonté* ». Inf6 se prononce également en ces propos : « *On peut parler de l'aspect général qui dépasse peut être l'infirmier. Donc il y a aussi les mesures d'accompagnement que les services doivent avoir. [...] je pense que tout le système est concerné [...] la dotation du matériel, ça ne dépend pas seulement du CMA [...] je pense que tout le système est interpellé* ». Ainsi plusieurs éléments du système de soins sont évoqués comme des facteurs de la survenue des IAS.

En effet, les participants posent le problème de la disponibilité des ressources comme un obstacle à la mise en œuvre des soins et l'application de la PI. Le matériel est vétuste, inadapté et insuffisant, les ruptures de consommables de soins sont fréquentes. Inf3 affirme dans ce sens : « *parfois aussi y a pas de matériel, les gens essayent de faire de leur mieux,* ». Inf5 s'exprime également dans le même sens : « *Y en a qui n'ont même pas une goutte d'alcool [...] et dès que l'enfant arrive seulement si y a l'intranquille, c'est fini, on commence le travail. [...]. Avec ces ruptures-là. [...], elle va faire avec ce qu'elle a* ». Les propos de Inf4 témoignent davantage sur la disponibilité des ressources nécessaires à l'exécution des soins.

... les agents travaillent avec les moyens de bord alors qu'avec ces moyens de bord, c'est pas évident que....par exemple si il est dit que on doit utiliser un plateau stérile pour chaque pansement mais pourtant si vous n'avez que deux ou trois plateau pour faire par exemple le pansement de dix, quinze malades, vous ne pouvez pas arrêter chaque fois pour stériliser, avant de revenir. Souvent on est obligé de désinfecter avec l'eau de javel avant de continuer avec les autres pansements. Bon c'est des trucs bon c'est indépendant de la volonté de chose. [...] Je me dis que actuellement on devrait avoir le minimum de rudiment de matériel pour nous éviter les choses.

Ainsi, les infirmiers dénoncent un manque de ressources pour la prise en charge adéquate des patients. Cette situation n'est pas propice à la prévention des IAS dans la

mesure où la disponibilité du matériel est essentielle pour l'application des mesures d'hygiène et d'asepsie.

Aussi, les participants perçoivent l'organisation du travail comme un facteur qui influence l'application des mesures de PI. Il y a la surcharge de travail comme le souligne Inf2 : « *y a trop de travail à faire et il faut toujours se laver les mains* ». De plus, les infirmiers exécutent souvent les tâches d'autres acteurs de soins et cela ne les permet pas de se centrer sur leurs propres activités. Pour exemple, les infirmiers exécutent des tâches qui relèveraient normalement des garçons ou filles de salle. C'est ce que Inf4 souligne lorsqu'il dit : « *Souvent je nettoie avant de poursuivre les soins. Normalement on devait avoir une fille de salle ou bien un garçon de salle qui soit là ... si vous avez besoins de nettoyage Souvent vous êtes confrontés à la réalité et vous pouvez pas faire autrement* ». Ainsi, les infirmiers sont aux prises avec l'obligation de réaliser les soins souvent nombreux et la nécessité de respecter les exigences d'asepsie. La charge de travail élevée constitue donc un facteur de survenue des IAS.

Pour certains participants la communication manque sur la question des IAS. Pourtant, des occasions ne manquent pas pour en parler. Il y a notamment la visite des malades, les staffs cliniques, les réunions de service, les supervisions, les monitorings des activités, et les études sur les IAS comme celle en cours. Inf6 souligne cet aspect lorsqu'il dit : « *y a pas eu suffisamment de sensibilisation ou même d'information. Sinon bon, c'est des choses que normalement on peut et on doit éviter* ».

Le discours de Inf4 illustre davantage cette perception.

... par exemple lors des visites c'est des sujets qu'on peut développer pour amoindrir ou du moins à défaut d'éliminer ce genre de chose, au moins amoindrir. Et y a la ... les supervisions, les réunions de service [oui] et tout ce qui est activité de suivi, évaluation, bon genre par exemple les monitorages, bon s'il s'avère par exemple au cours des monitorages, s'il revient que dans votre service, il y a par exemple beaucoup de ce genre de cas-là, on doit vous interpellé et au besoin établir un plan de résolution de ces problèmes-là.

Ainsi pour les participants, l'insuffisance de communication constitue un obstacle à la prévention des IAS dans la mesure où parler des IAS met le soignant face à ses erreurs et aurait pu susciter en lui une remise en cause de ses attitudes et pratiques de soins.

Aussi, c'est le problème de la formation des infirmiers qui n'aborde pas suffisamment la question des IAS et qui au-delà de l'apprentissage initial demande sur le terrain une actualisation des connaissances. Or, les formations continues sur la PI sont rares. Inf2 dit dans ce sens : « *les formations et les sensibilisations, surtout sur la PI et l'hygiène, c'est un peu rare* ». Inf3 accuse plutôt la qualité de la formation de base quand elle dit : « *on voit une dégradation du niveau maintenant de l'enseignement, [...] le niveau même a baissé et la rigueur même qu'on avait n'y est plus [...]. Il faut revoir, depuis la base même, [...] parce que ça ne va pas* ». Cette situation constitue donc un handicap qui ne permet pas l'adoption de bonnes attitudes et pratiques pour la prévention des IAS. Aussi, s'agissant de la sécurité même des soignants, il y a un manque de formation sur la prévention des AES. Inf10 dit dans ce sens : « *y a manque de formation parce que, j'ai vu que y a des gens qui font des traitements remettent les seringues utilisées, dans le sachet du patient. Alors que non. C'est des seringues à usage unique qu'on doit jeter immédiatement [...]. Il faut des formations du personnel,* ». Ainsi, les infirmiers ne sont pas suffisamment formés et sensibilisés sur la problématique des IAS.

En somme, le discours des infirmiers montre que ceux-ci attribuent l'imputabilité des IAS aux autres et au système de soins. Ils ne perçoivent donc pas leur responsabilité personnelle dans la survenue des IAS. Cela ne permet pas une remise en cause de la part des infirmiers et pourrait expliquer la résistance à l'application des mesures de PI.

4.2.4. Un problème solvable

Les infirmiers sont optimistes face au problème des IAS. Les participants tiennent un discours selon lequel les IAS peuvent être évitées. La nécessité et l'intérêt de lutter contre les IAS sont évoqués de même que l'engagement à un changement d'attitude vis-à-vis des mesures d'hygiène et d'asepsie. Toutefois, l'amélioration de la situation est conditionnée par un ensemble de mesures. Dans ce sens, les participants ont fait plusieurs propositions.

4.2.4.1. Des IAS évitables

La plupart des participants soutiennent que les IAS peuvent et doivent être évitées et à défaut minimisées. A ce sujet, Inf2 déclare : « *je pense que c'est des choses que l'on peut vraiment..., éviter ou bien essayer je peux dire, diminuer* ». Inf6 soutient cela lorsqu'il dit : « *c'est des choses que normalement on peut et on doit éviter. [...] si on peut éviter, bon, le mieux est de tout faire pour que ça n'arrive pas* ». Ces discours mettent en évidence une perception des infirmiers selon laquelle les IAS ne constituent pas un problème insurmontable et que bien au contraire il peut être résolu. Alors, les participants affirment être disposés à changer leurs attitudes et pratiques à l'égard des mesures d'hygiène et d'asepsie afin d'éviter les IAS. Dans ce sens, Inf1 dit : « *c'est de nous y mettre, voilà ! [...] on va s'y mettre, c'est d'éviter ça, ... On va essayer d'éviter au maximum en respectant les règles d'hygiène [...], en mettant la PI vraiment en pratique* ». Inf2 soutient cela quand elle affirme : « *nous pouvons éviter ça [...] en pratiquant vraiment des règles d'hygiène, voilà ! En respectant les règles d'asepsie dans nos soins. On peut éviter ça par le lavage des mains, le port des gants et puis aussi donner des conseils* ». Inf8 quant à lui souligne l'importance de la surveillance des malades. Il dit : « *Bon, pour l'éviter aussi, il faut qu'on surveille... c'est la surveillance, voilà* ».

En outre, les participants ont évoqué plusieurs propositions d'amélioration à l'endroit des soignants, du système de soins, ainsi que des patients et leur famille.

4.2.4.2. Le changement des attitudes et pratiques

S'agissant des infirmiers, premiers acteurs des soins aux malades, différentes propositions sont faites et visent leurs attitudes et pratiques en rapport avec la mise en œuvre des recommandations de PI. Aussi, les participants suggèrent que les infirmiers développent des qualités humaines et relationnelles, un climat d'empathie dans leurs pratiques de soins. Inf6 dit : « *Moi personnellement, ... je fais les soins comme si c'était moi-même [...] ce que je ne voudrais pas que autrui me fasse, je ne voudrais pas faire à autrui. Voilà ! Peut-être aujourd'hui c'est autrui mais demain ça peut être moi, donc pour ça je me donne cette rigueur-là* ».

Certains participants pensent qu'il faut que les infirmiers, eu égard aux critiques qui leurs sont faites, acceptent de se remettre en cause et améliorent leurs pratiques de soins. Dans ce sens, Inf4 soutient que : « *si chacun arrive à se remettre en cause, pas une seule fois mais à chaque fois, permanent, je pense que c'est des situations qu'on peut éviter* ». De même, Inf9 affirme : « *je suis ouvert à ces critiques [...] Y a lieu quand même ..., de ne pas négliger. De faire ce qu'on peut faire quoi !* ».

D'autres participants suggèrent une rupture avec la routine. Pour cela, les infirmiers doivent à tout moment adapter leurs attitudes et pratiques à la situation de soins. Inf10 s'exprime dans ce sens quand il dit : « *il faut rappeler les gens, parce que bon quand on travaille, c'est devenu sous forme, c'est comme la routine* ». Ainsi, les infirmiers doivent s'adapter à tout instant, changer leurs pratiques en fonction des besoins des patients et avoir un jugement par rapport à la situation afin de prendre les mesures de prévention adéquates.

De plus, les participants estimant que les infirmiers ne font pas assez d'efforts dans l'exécution des soins, suggèrent de bien s'appliquer dans leur travail afin d'assurer des soins de qualité aux patients. Ils doivent à tout moment faire l'effort de réaliser les différentes tâches. Inf5 souligne cela quand elle dit : « *Il suffit pas de bâcler un travail. Je pense que chacun de nous a une conscience professionnelle* ». Inf9 arbore le même discours et interpelle : « *C'est chacun, d'être vigilant, de faire bien son travail. Quand c'est ton tour tu trouves que le membre est œdématié, bon ! y a lieu aussi de changer. Voilà ! [...] il faut que chacun vraiment ... se mette au sérieux faire le travail* ».

Aussi, les participants invitent les infirmiers à se conformer aux protocoles de soins enseignés à l'école de formation et à adopter des bonnes attitudes et pratiques en matière d'hygiène et d'asepsie. Inf4 dit dans ce sens que : « *la prévention réside essentiellement dans les précautions à prendre avant l'administration des soins* ». Inf6 également soutient cela quand il déclare : « *il faut revoir la prévention. [...] Avoir l'asepsie dans nos pratiques, toujours se laver les mains avant et après bon. C'est banal mais bon voilà. Porter des gants, la blouse, des gestes que nous devrions avoir comme réflexes pour éviter les infections* ». Inf9 tient le même discours : « *il faut se conformer à la manière correcte de prendre les voies veineuses : réunir le matériel, bien aseptiser et bon appliquer vraiment les règles de l'asepsie. [...] après la prise de la voie veineuse aussi : le traitement du matériel, l'élimination des déchets, [...] respecter un peu ces petites règles-là* ». Par ailleurs, certains participants soutiennent qu'il faut mettre un accent sur la surveillance des malades afin de détecter précocement d'éventuelles infections. Ainsi, Inf8 interpelle : « *si c'est surveillé, une fois que vous voyez que la main est en train de former, vous pouvez changer de lieu, de site quoi. Voilà ! Je me dis que c'est la surveillance surtout, en ce moment aussi ça évite beaucoup de problèmes* ».

Ainsi, une remise en cause des pratiques et attitudes des infirmiers, une rupture avec la routine, davantage d'efforts dans l'exécution des soins permettraient un changement favorable à la mise en application des recommandations de PI, ce qui contribuerait à la réduction des IAS.

4.2.4.3. La formation et la sensibilisation

Les participants soutiennent qu'il faut une prise de conscience de la part des soignants sur le problème des IAS. Cela d'autant plus que les enseignements reçus pendant la formation initiale ne suffisent pas pour que ceux-ci adoptent les bonnes pratiques de prévention. Il faudrait donc trouver d'autres opportunités pour former et sensibiliser les infirmiers sur la problématique des IAS. Ainsi, Inf2 soutient : « *il faut faire des recyclages aux agents de santé pour les permettre vraiment de se rappeler ces règles là et de les mettre en pratique. [...] La formation, la sensibilisation et puis, et encourager à maintenir les acquis*. Ces propos suggèrent qu'il faut rappeler constamment l'importance des mesures de prévention des infections et par là, la

sécurité même des patients. Certains participants estiment que les infirmiers, nonobstant qu'ils veulent bien faire, manquent souvent de compétences et pour cela, il faudrait insister sur la formation continue. C'est dans ce sens que Inf5 déclare : *« ce que je pense, c'est peut être, essayer de sensibiliser les collègues vis-à-vis de cela, voilà. [...] essayer de sensibiliser sur les bonnes techniques. Y en a qui franchement bon [...], ne savent pas. Y en a aussi qui ont la volonté de faire le travail mais qui ne sont pas compétents, qui n'ont pas de bonnes techniques »*. Ainsi, il faut non seulement former les infirmiers à la lutte contre les IAS mais surtout mettre l'accent sur le respect des mesures d'hygiène et d'asepsie à travers la sensibilisation. Pour la protection personnelle des infirmiers, certains participants suggèrent particulièrement que l'administration prenne des dispositions pour les former sur la prévention des AES qui sont également des IAS. A ce sujet, Inf10 déclare : *« la sécurité des soins autant du côté des prestataires que du côté aussi des patients est importante [...] il faut des formations du personnel, ...sur cet aspect aussi »*.

Aussi, les participants, suggèrent de revoir la formation des infirmiers, de sorte à avoir des soignants compétents, disciplinés, humbles, dévoués à leur travail, des soignants qui ont l'amour et l'empathie des malades. Inf3 s'exprime :

Il faut revoir vraiment l'encadrement, le contenu-même des programmes d'enseignement. [...] il n'y a plus l'amour du travail, l'amour du prochain, la compassion. [...] Et puis que les gens acceptent s'abaisser et aller vers l'autre puisque on est là pour se compléter. [...] sur le terrain les élèves ..., on va même pas les voir. Où ils vont apprendre ? Ils sont sur le terrain, ils n'ont rien appris. [...] puis vraiment la discipline, que les gens aient l'amour du travail [...] et accepter apprendre, accepter les critiques pour pouvoir ... s'améliorer.

Ainsi, il faut non seulement mettre l'accent sur la prévention des infections lors de la formation initiale des infirmiers, mais il faut également revoir les méthodes de formation.

4.2.4.4. La nécessité d'un leadership

Certains participants ont évoqué la nécessité d'un leadership fort de la part des responsables d'unité de soins. Ils sont disposés à s'engager dans la lutte contre les IAS, toutefois ils estiment que le responsable doit s'impliquer davantage. Il doit jouer pleinement son rôle de leader et avoir de l'autorité afin que les soins soient bien mis en œuvre. C'est dans ce sens que Inf9 déclare : « *il faut aussi que le premier responsable-là aussi ait un regard [...]. Y a le fait que il devrait quand même interpeler et c'est ça aussi la responsabilité* ». Inf2 interpelle les responsables quant à leur rôle dans l'application des mesures de prévention : « *nos supérieurs ... doivent rappeler ces règles-là et de les mettre en pratique [...] il faut ... encourager à maintenir les acquis* ». Le responsable d'unité de soins devrait pouvoir mobiliser toute l'équipe soignante dans la prévention des IAS. Inf9 dit dans ce sens : « *c'est la contribution de tous les éléments du service qui va en tout cas nous aider à avoir les résultats* ». Inf4 s'exprime également sur cet aspect : « *pour remédier à ce genre de situation, d'abord, l'agent, mais l'engagement de l'ensemble des agents à mieux faire* ». Ainsi, le leadership du responsable d'unité de soins serait capital pour la mobilisation du personnel dans la lutte contre les IAS.

4.2.4.5. La communication sur les IAS

Selon les participants, il y a très peu de communication sur les IAS. Cette situation n'est pas favorable à l'adoption de bonnes pratiques de prévention. Il faudrait alors trouver des alternatives afin de maintenir les infirmiers sensibilisés sur cette question. Pour ce faire, certains participants proposent de saisir toutes les occasions possibles pour discuter des pratiques de soins et aborder le problème des IAS. Ces occasions peuvent être notamment la visite des malades, les réunions de services, les supervisions, le monitoring ... Les propos de Inf4 illustre bien cette perception :

les cadres de concertation si on en a, chaque fois on va essayer de résoudre ces genres de problème [...] par exemple lors des visites c'est des sujets qu'on peut développer pour amoindrir [...] à travers les supervisions, les réunions de service et tout ce qui est activité de suivi, évaluation, par exemple les monitorages, bon s'il s'avère par exemple au cours des monitorages, s'il revient que dans votre service, il y a par exemple beaucoup de ce genre de cas-là, on doit vous interpeller et au besoin établir un plan de résolution de ces problèmes.

Aussi, certains participants considèrent la recherche, notamment cette étude, comme une opportunité pour interpeller les infirmiers sur la question des IAS. C'est le cas de Inf2 qui dit : « *je trouve vraiment que cette étude est la bienvenue. [...] ça se fait rare les formations et les sensibilisations, surtout sur la PI [...] Mais si ces genres d'étude viennent de temps en temps rappeler, voilà ! ... c'est vraiment bien* ».

Ainsi, pour les infirmiers, la communication en toute circonstance sur les IAS est une approche à privilégier pour leur prévention.

4.2.4.6. L'amélioration des conditions de travail

S'agissant des conditions de travail, les participants ont évoqué des aspects qu'ils estiment nécessaires de prendre en compte pour l'application effective des recommandations de PI. Il s'agit d'abord de mettre à la disposition du personnel du matériel et des consommables suffisants pour la mise en œuvre adéquate des soins. Inf5 dans ce sens dit : « *il faut remédier avec ces ruptures-là, si on veut faire de sorte à avoir des soins de qualité* ». Inf4 dans le même sens affirme : « *l'amélioration dépend en partie aussi du service, de l'état de la disponibilité des choses [...] Du matériel suffisant pour faire les soins* ». Pour Inf6 : « *il faut faire des plaidoyers pour s'approvisionner, pour qu'il n'y ait de rupture de stock et qu'on vous donne du matériel de qualité* ». Il y a également la surcharge de travail que les participants évoquent. Pour eux, il faut organiser les activités de soins de manière à réduire la charge de travail. Pour cela, il faut du personnel conséquent pour assurer les soins. Inf4 s'exprimant sur cet aspect affirme : « *... normalement on devrait avoir une fille de salle ou bien un garçon de salle qui soit là et que, si vous avez besoins de nettoyage qu'il soit là [...]. Souvent vous êtes confrontés à la réalité et vous pouvez pas faire autrement* ». Aussi, pour la prévention des AES, des moyens de protection notamment du matériel et des équipements de protection sécurisés doivent être mis à la disposition des infirmiers. A ce sujet, Inf6 dit : « *il faut des équipements, adéquats, pour nous protéger [...] en tout cas du matériel de protection suffisamment* ».

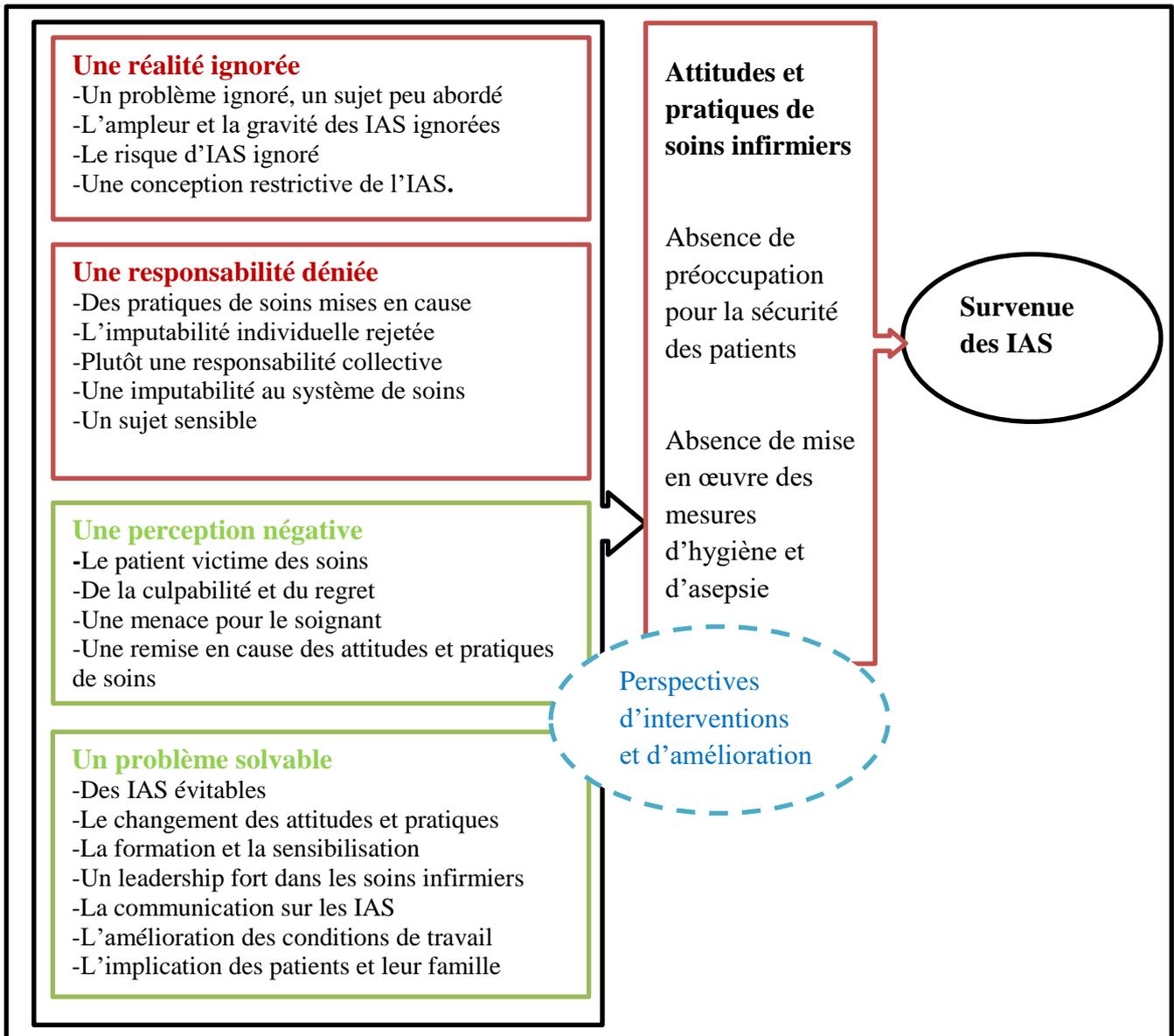
Ainsi, pour les infirmiers, l'amélioration des conditions de travail est un aspect essentiel dans la prévention des IAS.

4.2.4.7. Rôle des patients et de leur famille

Pour certains participants, les patients et leurs accompagnants doivent être impliqués dans la prévention des IAS. Les malades et leur famille devraient éviter certains comportements néfastes à la santé. Ils devraient pouvoir interpeller les soignants et même refuser certaines de leurs pratiques qu'ils jugeraient inadéquates. Pour ce faire, ils doivent être sensibilisés, éduqués sur la promotion de l'hygiène et la prévention des IAS. Inf1 s'exprime ainsi : « *si l'accompagnant l'interpelle. Ah ! à ce niveau-là y a telle chose. Il est obligé de changer. [...] L'agent de santé est obligé d'être à la hauteur* ». Inf2 dans le même sens dit : « *On peut aussi conseiller les parents, une fois son enfant est hospitalisé, comment s'y prendre pour ne pas que l'enfant prenne d'autres germes* ».

Ainsi pour les participants, la prévention des IAS passe par l'implication des patients et leur famille.

4.3.Synthèse des résultats



Cadre conceptuel de l'influence des expériences et perceptions des infirmiers dans la survenue des IAS applicable au CMA de Ziniaré

Une réalité ignorée

Pour les infirmiers, les IAS constituent une réalité dans les structures de soins. Cependant, peu d'entre eux ont évoqué leur vécu personnel des IAS. Ils parlent le plus souvent, des expériences des autres, leurs collègues. En effet, les IAS constituent un problème dont l'ampleur est sous-estimée par les participants. En outre, le risque d'IAS n'est pas assez perçu, constituant ainsi un sujet moins préoccupant. Aussi, les participants ont une conception restrictive de l'IAS. L'IAS n'étant perçue qu'à travers

les signes locaux. Ainsi, les infirmiers reconnaissent d'une part l'existence du problème des IAS et d'autres parts, ils ignorent les cas qui proviendraient de leurs propres pratiques. Ce qui est à souligner dans le discours des participants, c'est que les IAS sont moins évoquées comme une préoccupation.

Une responsabilité déniée

Dans le discours des infirmiers, les IAS sont imputées à plusieurs facteurs. En effet, les participants admettent le lien entre les IAS et les pratiques de soins à travers lesquelles les mesures de PI ne sont pas appliquées. Aussi, Ils estiment qu'il y a de moins en moins de valeurs dans la pratique des soins. De ce fait, il y a peu de préoccupation pour la sécurité des malades. Cela expliquerait la non observance des mesures d'hygiène et d'asepsie. En outre, les participants attribuent l'imputabilité des IAS aux autres, leurs collègues. Ils ne perçoivent pas leur responsabilité personnelle dans la survenue des IAS. Cela ne permet pas une remise en cause de soi de la part des infirmiers et pourrait expliquer la résistance à l'application des mesures de PI. Au-delà du soignant et de l'équipe de soins, c'est tout le système de soins qui est imputable. Ainsi, le manque de ressources matérielles, la charge de travail élevée, l'inadéquation de la formation ou l'insuffisance de sensibilisation des infirmiers, l'insuffisance de communication et l'insuffisance d'implication des malades et leur famille dans la prévention sont perçus par les infirmiers comme des obstacles à la lutte contre les IAS.

Une perception négative

Les infirmiers ont une perception négative des IAS. En effet, les malades sont perçus à la fois comme des victimes de leur maladie et des soins qu'ils reçoivent. Ils ressentent alors de la culpabilité et du regret du fait de n'avoir pas évité des torts aux patients. Les IAS sont déplorées dans la mesure où elles auraient pu être évitées et surtout parce qu'elles sont imputables à des professionnels de santé. Aussi, l'IAS est perçue comme une menace car les infirmiers en perçoivent leur propre vulnérabilité. La survenue des IAS interpelle donc et vient remettre en cause des attitudes et pratiques de soins ainsi que le système de soins.

Un problème solvable

Les infirmiers sont optimistes quant à la solvabilité du problème des IAS. Cela demande un changement d'attitude vis-à-vis des mesures d'hygiène et d'asepsie. Toutefois, l'amélioration de la situation est conditionnée par un ensemble de mesures qui sont : la formation et la sensibilisation des infirmiers sur le problème des IAS ; le développement d'un leadership des infirmiers responsables d'unité de soins ; le développement de la communication sur les IAS dans les unités de soins ; l'amélioration des conditions de travail des infirmiers et l'implication des patients et leur famille dans la prévention des IAS. Dans le cadre d'une intervention visant la prévention, la perception de la solvabilité du problème des IAS constitue un facteur favorisant. En effet, la perception des bénéfices attendus, constituerait une motivation d'adhésion aux mesures de prévention pour les infirmiers.

CHAPITRE V

DISCUSSION DES RESULTATS



CHAPITRE V : DISCUSSION DES RESULTATS

L'analyse phénoménologique (Giorgi, 1997) des données recueillies auprès des participants fait ressortir quatre aspects majeurs des perceptions des infirmiers sur les infections associées aux soins : « une réalité ignorée » ; « une responsabilité déniée » ; « une perception négative » et « un problème solvable ». Ces perceptions des infirmiers suscitent une préoccupation dans la mesure où elles entrent dans leur champ phénoménologique et donc susceptibles d'influencer leurs attitudes et pratiques de soins (Watson, 1979). En effet, les perceptions des infirmiers déterminent leurs décisions quant aux choix et actions à prendre au moment de l'exécution des soins (Cara & O'Reilly, 2008).

La principale force de cette étude est qu'elle a suscité l'intérêt et l'adhésion des participants au thème des IAS qu'ils trouvent très pertinent car étant un problème d'actualité. En effet, à travers des informateurs clés nous avons pu identifier des participants qui se sont beaucoup prononcés sur le sujet, ce qui nous a permis d'atteindre nos objectifs. Aussi, l'intérêt de l'étude vient du fait qu'elle aborde le problème des IAS du point de vue des déterminants comportementaux et personnels des infirmiers, acteurs majeurs des soins.

Les résultats de l'étude méritent d'être soulignés car constituant une perspective d'explication de la persistance des IAS dans les structures de santé. En effet, les perceptions des infirmiers mises en évidence par l'étude pourraient être à l'origine de la non-observance des mesures d'hygiène et d'asepsie, facteur de survenue des IAS. Aussi, cette étude vient faire prendre conscience aux infirmiers, mais également aux autres acteurs de santé, du problème des IAS. De ce fait, l'étude aura des retombés dans la mesure où elle pourrait contribuer à l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins.

Dans la suite de cette section, nous discuterons les résultats de notre étude suivant trois points : la perception de la réalité du problème des IAS, les déterminants de la survenue des IAS et les solutions au problème des IAS.

5.1. Perception de la réalité du problème des IAS

Les IAS constituent une réalité que les infirmiers consciemment ou inconsciemment semblent ignorer. Si l'IAS est perçue comme un problème réel, elle ne fait pas toujours l'objet d'une préoccupation. De ce fait, peu d'efforts sont faits pour appliquer les mesures d'hygiène et d'asepsie, ce qui favorise l'émergence des IAS. Alessandro (2012) à travers son étude anthropologique du milieu de soins mettait en évidence les mêmes observations. Il révélait les manquements des soignants concernant le respect des mesures d'hygiène et d'asepsie au moment de l'exécution des soins. Il affirmait également que ces négligences favorisaient l'émergence des IAS.

5.1.1. L'IAS : un sujet sensible

Bien qu'ils reconnaissent, la réalité du problème, la plupart des participants affirment ne pas avoir vécu personnellement une expérience d'IAS. Cette ambivalence cache une esquive du problème par les infirmiers. En effet, les IAS constituent un sujet sur lequel ils ont du mal à s'exprimer car se sentant mis en cause dans leur survenue. En témoigne le fait que certains participants parlent avec une attitude défensive, d'autres finissant par admettre leur vécu des d'IAS. Amiel (2005), avait mis en évidence cette perception ambivalente des soignants en soulignant que l'hygiène hospitalière et ce qui s'y rapporte est perçue comme un sujet sensible. Aussi, évoquer la question des IAS mettrait l'infirmier face à ses actes, ses attitudes et ses pratiques. Cela pourrait susciter en lui une remise en cause de ses manières d'être et de faire. Dans ce sens, Raude (2016), souligne que, évoquer le risque d'IAS interpelle les soignants sur le problème. L'insuffisance de communication sur les IAS est donc un obstacle pour leur prévention.

5.1.2. L'ampleur et la gravité des IAS ignorées.

Les infirmiers perçoivent l'ampleur des IAS en fonction des expériences qu'ils ont vécues et leur capacité à en reconnaître. En effet, la majorité des participants affirme n'avoir pas vu beaucoup de cas d'IAS et estime de ce fait que leur ampleur est moindre. Cela dénote une faible perception de l'ampleur du problème par les infirmiers dans la mesure où plusieurs études ont mis en évidence de fortes

prévalences des IAS allant jusqu'à 60% (Astagneau & Lepoutre, 2002 ; Thiolet et al., 2007 ; Hien et al., 2012 ; Magill et al., 2014 ; Ouendo et al., 2015). En outre, la difficulté à reconnaître les IAS pourrait être un facteur de sous-estimation de leur ampleur. Cette faible perception de l'ampleur des IAS pouvant expliquer l'absence de préoccupation des infirmiers à appliquer les mesures de PI lorsqu'ils réalisent les soins. Laurence (2012) trouvait par contre un résultat contraire. Les infirmières avaient une forte perception de l'ampleur des IAS dont elles se préoccupaient. Ces infirmières se faisaient le souci de perdre le contrôle face à la recrudescence des infections nosocomiales dont il fallait limiter l'incidence à travers l'exécution de consignes fermes.

5.1.3. Le risque d'IAS ignoré

L'observation des attitudes et pratiques de soins des infirmiers laisse penser qu'ils ne perçoivent pas toujours le risque d'IAS. Les témoignages de certains participants ont également ressorti cette observation selon laquelle, les infirmiers ignorent le risque d'infections lorsqu'ils réalisent les actes de soins. Or, comme le souligne Rosentock (cité par Lucet et Birgand 2016) dans la théorie relative aux croyances en santé, la décision d'agir dans le sens de la prévention est influencée par la perception du risque comme une menace. Ainsi, la méconnaissance du risque et des conséquences des IAS n'incite pas les infirmiers à appliquer les mesures de prévention, ce qui entraîne leur émergence. Cela a été souligné par Phaneuf et Gadbois (2010) qui affirmaient que l'une des principales raisons de mauvaise observance des mesures de PI est le fait que les infirmières ne pensent pas au risque d'infection lorsqu'elles réalisent les soins. Laurence (2012) trouvait également que les soignants sous-estimaient le risque d'IAS dans la mesure où ils trouvaient certains secteurs d'hospitalisation moins préoccupants que d'autres pour ce qui concerne l'application des mesures de PI. Amiel (2005) par contre a un discours contraire. Pour elle, les soignants n'ignorent pas les risques encourus lorsqu'ils n'observent pas les mesures de PI, mais plutôt, obéissent à des logiques de « microculture » hospitalière. Elle soutient que les pratiques concernant l'hygiène hospitalière sont influencées par la construction et la défense d'identités soignantes ainsi que de logiques d'adaptation aux contraintes du milieu.

Pour Mortell (2012), la non observance des mesures d'hygiène et d'asepsie de la part des soignants s'expliquerait par un écart d'éthique. Cela se comprend dans le sens où il y a de la part des infirmiers une absence de bienveillance, de sensibilité à l'autre et de respect de l'intégrité de la personne.

5.1.4. Une notion restrictive de l'IAS

La perception de l'IAS par les infirmiers est restrictive par rapport aux définitions admises (OMS, 2010 ; Rogues, 1983). En effet, l'IAS est perçue le plus souvent comme une manifestation localisée au site de ponction. Ainsi, pour certains infirmiers, l'IAS est moins préoccupante du moment où ses manifestations, perçues comme essentiellement locales vont se résorber spontanément. Cette situation révèle une absence de perception de la gravité de certaines IAS. Or, Rosentock (cité par Lucet et Birgand 2016) dans sa théorie des croyances relatives à la santé souligne que l'absence de perception de la gravité, ne suscite pas d'attitudes et des comportements de prévention. Ainsi, l'absence de perception de la gravité des IAS par les infirmiers ne favorise pas l'adoption de comportements de prévention notamment l'application des mesures d'hygiène et d'asepsie.

5.1.5. Le vécu des infirmiers des IAS

Les infirmiers déplorent la survenue des IAS chez les malades qu'ils estiment être à la fois des victimes de leur maladie et des soins. Ils trouvent cette situation regrettable d'autant plus qu'elle aurait pu être évitée. Les infirmiers ressentent alors de l'empathie et de la compassion à l'égard des malades. Comme le soulignent Carricaburu et al., (2008), les soignants ressentaient une culpabilité de n'avoir pas été à mesure d'éviter la transmission d'une infection nosocomiale à un patient. Cette situation interpelle les infirmiers et remet en cause leurs attitudes et pratiques relatives aux mesures de prévention des infections. Aussi, cette perception négative des IAS est un élément favorable au changement de comportement du moment où, eu égard aux théories comportementales (Lucet & Birgand, 2016), les infirmiers seraient plus réceptifs aux interventions de sensibilisation par l'intermédiaire d'une communication persuasive.

5.1.6. L'IAS vécue comme une menace par les infirmiers

Les IAS sont perçues par les infirmiers comme des événements dommageables aussi bien pour les malades que pour les soignants. Phaneuf et Gadbois (2010), soulignaient cet aspect en affirmant que les infirmières se contaminent au cours des soins et souvent au risque de leur vie. Toutefois, l'observation des pratiques de soins révèle une application différenciée des mesures de prévention. L'utilisation des moyens de protection n'étant faite essentiellement que lorsque l'infirmier perçoit le risque pour lui-même. Cela amène à dire que les infirmiers perçoivent plus leur propre vulnérabilité que celle des patients. Amiel (2005) avait noté cela lorsqu'elle trouvait que les soignants ne portaient des gants que quand ils remarquaient de la souillure ou lorsque le patient porte une maladie qu'ils risquent de contracter. Ainsi, les infirmiers n'appliquent pas souvent les mesures d'hygiène et d'asepsie et donc ne protègent pas toujours les malades des IAS.

5.2. Les déterminants de la survenue des IAS selon les infirmiers

Les participants se sont beaucoup prononcés sur ce qu'ils pensent être à l'origine de la survenue des IAS. Les raisons et les responsabilités qui expliquent la survenue des IAS sont largement abordées. Ainsi, les IAS sont associées à plusieurs facteurs. Cependant, les infirmiers dénie leur responsabilité personnelle. Phaneuf et Gadbois (2010) faisaient ressortir que les infirmières évoquaient plusieurs raisons de mauvaise observance des mesures de PI, toutefois, elles estimaient que ces raisons étaient partagées incluant les infirmières elles-mêmes.

5.2.1. Des pratiques de soins mises en cause : une crise de valeurs

Dans leur discours, les infirmiers attribuent l'imputabilité des IAS aux soins. En effet, les pratiques de soins témoignent d'une négligence, les normes et protocoles tels que enseignés lors des formations et recyclages ne sont pas appliqués. Alessandro (2012) mettait en évidence les mêmes observations concernant le respect des mesures d'hygiène et d'asepsie au moment de la réalisation des soins. Il affirmait également que ces négligences favorisaient l'émergence des IAS. Pour certains participants les infirmiers font de la routine plutôt que d'agir selon la particularité de chaque situation.

Cela est corroboré par Lucet et Birgand (2016), qui soulignaient que la routine constitue un moyen pour les soignants d'éviter un travail cognitif et une prise de décision constante. A ce sujet, Phaneuf et Gadbois (2010) évoquaient un manque d'application de jugement professionnel de la part de l'infirmière qui devrait être à mesure de choisir les mesures de prévention adaptées à chaque situation. Cette situation témoigne d'un manque d'application de la part des infirmiers dans la réalisation des soins. Aussi, les infirmiers ne surveillent pas assez les malades. Or, Phaneuf et Gadbois (2012) soutenaient que la surveillance permet d'anticiper la survenue des IAS.

En outre, les infirmiers soulignent que les soins ne sont pas réalisés avec empathie du malade. Il y a moins de sensibilité à la souffrance des patients. Il en résulte un manque de préoccupation pour leur sécurité. Trambley (2011), soulignait cet aspect lorsqu'il faisait ressortir que les infirmiers évoquaient le respect, la compassion comme des valeurs primordiales permettant d'établir un lien bienfaisant qui respecte la dignité et l'intégrité du patient.

Par ailleurs, les infirmiers admettent qu'il existe des situations où ils priorisent la survie du malade et reléguant les mesures d'hygiène au second plan. Phaneuf et Gadbois (2010) trouvaient également que les besoins des patients étaient considérés comme prioritaires par les infirmières pour justifier le manque d'observance des mesures de prévention. Les IAS sont alors perçues comme des dommages collatéraux des soins d'urgence.

5.2.2. Une responsabilité individuelle déniée

Les infirmiers ne se reconnaissent pas d'emblée comme déterminant du problème. Individuellement personne ne se sent responsable d'une infection. En effet, peu de participants ont parlé de leur propre responsabilité dans la survenue des IAS. Ils tiennent plutôt un discours accusateur qui laisse supposer que l'origine des IAS est extérieure à eux. Ce sont les autres, les collègues qui n'appliquent pas les mesures de prévention. Laurence (2012) trouvait les mêmes résultats selon lesquels les infirmières percevaient les risques infectieux en dehors d'elles-mêmes. Cet aspect est souligné par

Lucet et Birgand (2016), qui affirment que les individus ont une vision de leur propre comportement et se font une idée de celui des autres, en se basant sur des intuitions personnelles qui peuvent se révéler erronées. Ainsi, les infirmiers accusent les autres et ne reconnaissent pas leur responsabilité dans la survenue des IAS. Cette perception ne les incitera pas à remettre en cause leurs pratiques inappropriées qui favorisent la survenue des IAS.

5.2.3. Une responsabilité collective

Au-delà du soignant, les infirmiers attribuent la responsabilité de la survenue des IAS à l'ensemble de l'équipe de soins. De plus, les responsables d'unité de soins manquent d'autorité et ne jouent pas leur rôle de contrôle de la mise en œuvre des soins. Amiel (2005) trouvait également que l'absence d'autorité donnait une assurance aux infirmières d'outrepasser les recommandations de PI.

Toutefois, les obstacles ne viennent pas uniquement des agents de santé. Les malades et leur famille sont aussi indexés. Leurs habitudes et comportements en matière d'hygiène sont souvent à l'origine de la survenue des IAS. Aussi, les malades manquent souvent d'interpeller les soignants quand ils jugent inadéquats certaines de leurs pratiques. Laurence (2012) trouvait également une mise en cause des patients par les infirmières. Cependant, un rôle est reconnu au patient dans la prévention des IAS, celui d'interpeller l'infirmier. Lucet et Birgand (2016), notait que les soignants reconnaissent ce rôle aux patients dans leur prise en charge, quand bien même ils désapprouvaient leurs interpellations.

5.2.4. Une imputabilité au système de soins

Le discours des infirmiers montre qu'ils attribuent également la responsabilité du problème au système de soins dans son ensemble. Ainsi, des facteurs que les infirmiers ne contrôlent pas constituent des obstacles à la prévention des infections. Au Canada, le Comité Francoeur, (cité par Phaneuf & Gadbois, 2010) faisait ressortir qu'en milieu hospitalier environ 15 % des accidents infectieux et d'autres pouvaient être attribués à une responsabilité individuelle tandis que 85 % était relié au système de santé et cela justifiait qu'une attention particulière y soit consacrée. En effet, la disponibilité des ressources évoquées par les infirmiers ne permet pas l'application des mesures

d'hygiène et d'asepsie lors de la dispensation des soins. Le matériel est vétuste, inadapté et insuffisant. De plus, il y a très souvent des ruptures de consommables de soins. Laurence (2012) trouvait un discours similaire des infirmières qui dénonçaient un manque de matériel pour prendre soin des patients. Cette situation ne favorise pas la prévention car comme le soulignent Lucet et Birgand (2016) la disponibilité des ressources matériels joue un rôle important dans l'application effective de la PI.

En outre, les infirmiers évoquent les insuffisances de la formation de base qui ne contribue pas effectivement à une prise de conscience de la réalité des IAS et ne suscite pas assez l'adoption de bonnes attitudes et pratiques de soins. Cette situation nécessite qu'une actualisation des connaissances soit régulièrement faite. Or, les formations continues des infirmiers sur la PI font défaut. De plus, les professionnels qui n'ont pas été formés se sentent peu concernés. Cette situation n'est pas favorable à la prévention des IAS.

Aussi, les infirmiers pensent que l'insuffisance de communication entre les acteurs sur la question des IAS constitue un frein à leur prévention. En effet, peu d'acteurs s'intéressent alors que des occasions pour en parler ne manquent pas. Il y a notamment la visite des malades, les staffs cliniques, les réunions de service, les supervisions, les monitorings des activités. Evoquer les IAS permet une prise de conscience sur le problème et une remise en cause des attitudes et des pratiques. Comme le souligne Raude (2016), évoquer le risque d'IAS interpelle les soignants sur le problème.

Par ailleurs, la charge de travail élevée est perçue par les infirmiers comme un facteur favorisant la survenue des IAS. Ils ont des difficultés à réaliser des soins très souvent nombreux tout en respectant les exigences de PI. Amiel (2005) soulignait les contraintes auxquelles font face les professionnels de santé qui se trouvent préoccupés par la nécessité de réaliser les soins dans le temps, mais aussi le risque de s'exposer ou d'exposer le patient aux IAS. Les mêmes perceptions ont été retrouvées chez le personnel soignant par Carricaburu et al., (2008) qui affirmaient que la charge de travail élevée favorisait la survenue des IAS.

Ces perceptions des infirmiers sur la survenue du problème montrent que les participants trouvent l'origine des IAS en dehors d'eux même c'est-à-dire chez les

autres et dans le système. Ils ne se voient pas d'emblée responsables de la survenue des IAS. Dans son étude sur l'analyse critique de la culture de sécurité, Laurence (2012) était parvenue aux conclusions que les infirmières trouvent les déterminants des IAS dans l'extérieur et dans l'Autre. À aucun moment, il n'est question directement des infirmières elles-mêmes. Cette perception de l'origine des IAS pose le problème de l'adhésion ou la résistance des infirmiers aux mesures de PI. Aussi, les conditions de travail telles que perçues par les infirmiers ne favorisent pas une pratique professionnelle de qualité et conduisent à une banalisation du risque. Ne voir que les précautions de soins ne serait qu'une vision étriquée du problème des IAS. Il faudra prendre en considération un système plus complexe qui prend en compte les perceptions, les attitudes et comportements des infirmiers. Cette situation est encore soulignée par Olivier de Sardan (cité par Amiel 2005 p.55) lorsqu'il affirme que : « *les comportements réels ne sont pas simplement des déviations par rapport aux normes officielles, ils relèvent en fait d'autres normes, non dites, latentes, que l'on appellera normes pratiques* ».

5.3. Les solutions au problème des IAS selon les infirmiers

Face au problème des IAS, le discours des infirmiers est optimiste. En effet, les participants affirment que les IAS peuvent et doivent être évitées, à défaut minimisées. Leurs propos mettent en évidence une perception selon laquelle les IAS ne constituent pas un problème insurmontable mais bien au contraire cette situation peut être améliorée. En outre, les infirmiers affirment pouvoir modifier leurs attitudes et pratiques relatives à l'application des mesures d'hygiène et d'asepsie afin d'assurer une sécurité des patients. Toutefois, ils estiment qu'au-delà du changement d'attitudes et de pratiques, des conditions de travail qui permettent d'offrir des soins humanisés et sécurisés sont nécessaires. Ainsi, les participants ont fait des propositions d'amélioration à l'endroit des soignants, du système des soins, ainsi que des patients et leur famille.

Pour les participants, il faut d'abord une remise en cause des façons de penser, d'être et d'agir. Les infirmiers notamment les plus jeunes doivent avoir l'humilité d'apprendre auprès des plus expérimentés, leur demander de l'aide quand ils en ont

besoin et accepter les critiques quand cela est justifié. Les infirmiers doivent développer des qualités humaines et relationnelles, un climat d'empathie dans leur pratique de soins. A ce sujet, Mortell, (2012), suggère de mettre l'accent sur les obligations morales et éthiques des cliniciens concernant le respect de l'hygiène des mains dans le cadre de la formation. Outre cela, les infirmiers doivent rompre avec la routine. Ils doivent s'appliquer pour offrir des soins personnalisés, des soins adaptés à l'état du patient. Dans ce sens Phaneuf et Gadbois (2010) invitent à l'application du jugement professionnel de l'infirmière afin d'adopter des mesures appropriées à chaque situation. Aussi, il faut une surveillance des malades concernant les mesures d'hygiène. Pour Laurence (2012), cette surveillance doit tenir compte du contexte de soin et permettre de détecter précocement les éclosions infectieuses. Enfin, les infirmiers doivent mettre la prévention en avant. Ils doivent se conformer aux protocoles de soins enseignés et mettre en application les règles élémentaires d'hygiène et d'asepsie.

Toutefois, pour les infirmiers, c'est l'ensemble de l'équipe de soins qui doit être mobilisé dans la prévention des IAS. Phaneuf et Gadbois (2010, p. 21) soulignent à ce sujet qu'une partie importante des précautions préconisées se situe au niveau de l'équipe de soins. Les infirmiers suggèrent également que les responsables d'unité jouent pleinement leur rôle de leader, rôle de contrôle dans la réalisation des soins et rôle d'interpellation des soignants qui n'appliquent pas les recommandations. Ce rôle du responsable a été souligné par Birgand et Lucet (2016) pour qui le leader cultive l'excellence clinique et la transfère à son équipe, inspire et motive ses hommes. Ainsi, pour les infirmiers l'implication du responsable est capitale pour l'application des recommandations.

Par ailleurs, les infirmiers pensent que les patients et leurs accompagnants doivent être impliqués et pour cela doivent être sensibilisés à la promotion de l'hygiène. Ils pensent aussi que les malades et leur famille doivent pouvoir interpellier les soignants et même refuser certaines de leurs pratiques qu'ils jugeraient inadéquates. Phaneuf et Gadbois (2010) soutenaient dans ce sens que les patients peuvent exiger des soignants certaines mesures d'hygiène lors des soins les concernant. Aussi, Laurence (2012) soulignait le rôle de l'infirmière concernant l'implication des familles dans

l'application des mesures de prévention notamment le renforcement des comportements perçus comme positifs.

S'agissant du système de soins, plusieurs propositions ont été évoquées par les infirmiers afin de permettre une bonne mise en application des recommandations. En effet, ils évoquent les conditions de travail qui devraient être améliorées. Ainsi, l'organisation du travail doit être revue de sorte à diminuer la charge de travail des infirmiers. Aussi, l'administration doit mettre à la disposition du personnel soignant, le matériel nécessaire permettant l'application effective des mesures de prévention. Laurence (2012) trouvait également que les infirmières évoquaient les difficultés au sein de l'unité de soins pour réclamer des conditions sécuritaires afin de pouvoir dispenser aux patients des soins de qualité. En outre, les infirmiers estiment que l'administration doit prendre des dispositions pour protéger le personnel de santé. Dans ce sens les soignants doivent non seulement être formés et sensibilisés sur la prévention des AES mais aussi obtenir du matériel et des équipements de protection. Aussi, l'amélioration des attitudes et pratiques passe par la communication et une sensibilisation continue. Il faudrait donc saisir toutes les occasions possibles pour discuter des pratiques des soignants, les remettre en cause et aussi aborder le problème des IAS. Ces occasions peuvent être notamment la visite des malades, les réunions de services, les supervisions, le monitoring... Tout cadre de concertation doit être une occasion pour parler des IAS car comme le souligne Raude (2016), évoquer le risque d'IAS permet de tenir en éveil la conscience des soignants. Par ailleurs, les infirmiers suggèrent de revoir la formation de base de sorte à avoir des infirmiers compétents, disciplinés, dévoués à leur travail, des soignants qui ont l'amour de ce qu'ils font et qui ont de l'empathie pour les malades. Pour ce faire, il faut non seulement mettre l'accent sur la prévention lors de la formation de base mais aussi revoir les méthodes d'enseignement. Birgand et Lucet (2016) soutiennent à ce sujet que la seule diffusion de recommandations ne suffit pas à les faire respecter. Ils suggèrent de tenir compte de la culture dans laquelle les soignants évoluent car elle influence leur perception des recommandations de prévention ; si certaines cultures semblent être plus influencées par l'information et la formation, d'autres auront plus tendance à faire confiance aux experts. Pour Mortell, (2012), il faut mettre l'accent sur les obligations morales et

éthiques des cliniciens concernant le respect des mesures d'hygiène lors de la formation.

En somme, pour les infirmiers, la lutte contre les IAS passe par l'offre de soins humanisés et sécurisés. Cela est conditionné par des changements d'attitudes et de pratiques au niveau des soignants, des équipes de soins et des responsables d'unité de soins. Toutefois des mesures doivent être prises afin d'améliorer les conditions de travail des infirmiers.

5.4. Limites de l'étude

La pratique réflexive nous amène à considérer quelques aspects que nous estimons être des insuffisances de notre étude. En effet, le thème de notre étude est un sujet sensible pour les participants qui à un moment donné de l'entretien ont dû se sentir évalués. En témoigne que certains participants adoptaient parfois une position défensive. Cela a dû entraîner une certaine réserve de parole par rapport à certains thèmes abordés lors des entretiens. Aussi, des entretiens ont été menés alors que le participant était de service, ce qui occasionnait de nombreuses interruptions. Nous pensons cependant avoir réduit cette difficulté par la multiplication des entretiens, cela nous a permis d'éclairer certains points avec les participants. De même, étant infirmier, nous sommes personnellement concernés par la thématique de l'étude, et nos expériences et nos perceptions ont pu d'une manière ou d'une autre influencer le déroulement de l'entretien et l'analyse des données recueillies. Nous pensons avoir réduit ce biais par le « bracketing » suggéré par Giorgi (1997).

CONCLUSION



CONCLUSION

Les IAS demeurent une préoccupation mondiale. Malgré les efforts de prévention, elles persistent et continuent de faire de nombreuses victimes. Une des raisons qui expliquent cela est la non mise en application des recommandations de prévention. Pour comprendre cette situation, une approche méthodologique qui explore en profondeur les facteurs associés aux IAS déjà connus notamment les aspects personnels et comportementaux des soignants était nécessaire. Il s'agissait pour nous d'avoir une vision autre qu'hospitalière des comportements des soignants. A travers une approche phénoménologique, notre étude vient souligner le rôle des expériences et perceptions des infirmiers dans la survenue des IAS. Les résultats que nous avons obtenus montrent que les IAS paraissent être une question moins préoccupante pour les infirmiers. En effet, ces résultats montrent une faible perception de l'ampleur et de la gravité des IAS qui sont perçues comme des problèmes mineurs. Aussi, les infirmiers ne reconnaissent pas leur responsabilité dans leur survenue. Cette faible préoccupation faisant que ces derniers n'appliquent pas suffisamment les mesures d'hygiène et d'asepsie, situation qui favorise l'émergence de ces infections. De ce fait, ces facteurs pourraient contribuer à expliquer la persistance des IAS. Toutefois, les infirmiers ont tout de même une perception négative des infections associées aux soins car leur évocation suscite en eux une indignation. Par ailleurs, ils sont optimistes quant à la résolution du problème. En effet, ils sont prêts à modifier leurs attitudes et pratiques relatives aux mesures d'hygiène et d'asepsie afin de prévenir les IAS. Ces deux aspects sont à prendre en considération pour les interventions correctrices. Ces résultats interpellent ainsi l'ensemble des acteurs du système de soins. Au demeurant, les perceptions se modèlent, se modifient par l'intermédiaire d'interventions correctrices ouvrant des perspectives d'amélioration des pratiques de soins notamment l'application stricte des mesures d'hygiène et d'asepsie (Birgand et Lucet 2016).

Notre étude est loin d'être exhaustive pour expliquer la survenue des IAS car d'autres facteurs personnels des soignants sont également mis en cause. Il s'agit notamment des valeurs que les infirmiers associent à l'humanisation des soins qui peuvent faire l'objet d'autres études.

SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS

A la lumière des résultats que nous avons obtenus, nous avons formulé des suggestions et recommandations dont la mise en œuvre pourrait permettre d'obtenir un succès durable dans la prévention des IAS. Il paraît incontournable d'agir au niveau du processus de soins mais surtout au niveau de chaque acteur du système de soins.

Pour la pratique des soins, l'ensemble des soignants devraient faire de la sécurité des patients et l'humanisation des soins une préoccupation permanente. Les infirmiers doivent observer de bonnes pratiques de soins en adéquation avec l'excellence de la pratique infirmière comme le préconise Watson (1997). Pour ce faire, ils doivent remettre en cause leurs attitudes et pratiques afin d'assurer des prestations de soins de qualité favorables à la sécurité. Les infirmiers doivent cultiver les valeurs d'empathie, de professionnalisme et d'éthique. Ils devraient alors accorder une grande attention à l'application rigoureuse des mesures d'hygiène et d'asepsie dans leurs pratiques quotidiennes. Aussi, les différents cadres de communication tels que les staffs cliniques et réunions de service devraient être des occasions pour aborder la question des IAS. Par ailleurs, il est essentiel d'associer les patients et leur famille à la lutte contre les IAS en mettant en œuvre une stratégie de sensibilisation et d'éducation à leur endroit. Il s'agira aussi de prendre en compte leurs préoccupations et leur offrir des soins individualisés.

A l'endroit des gestionnaires des services de santé et des responsables d'unités de soins, il est primordial de mettre en place un cadre optimal de prévention des IAS. Il s'agira d'abord de mobiliser le personnel soignant pour la prévention des IAS en favorisant une prise de conscience du problème à travers la sensibilisation et la communication. Ensuite, il est nécessaire d'améliorer les connaissances des infirmiers sur les IAS par le biais de la formation continue, de promouvoir la compétence, le professionnalisme, la responsabilisation individuelle et le leadership dans les soins infirmiers. Aussi, faudra-t-il prendre en compte les préoccupations des infirmiers concernant l'amélioration de leurs conditions de travail. Il s'agira notamment de mettre à leur disposition des ressources suffisantes pour la réalisation des soins avec application effective des mesures d'hygiène et d'asepsie. En outre, il est essentiel de développer des mesures incitatives pour encourager les bonnes pratiques de lutte

contre les IAS. Ces mesures devraient induire un sentiment positif ou négatif chez les infirmiers et cultiver en eux l'excellence clinique. Enfin, il faudra prendre des mesures réglementaires en adéquation avec l'application des recommandations de PI (normes et protocoles relatifs à la pratique des soins et la prévention des infections ; règles de bonnes pratiques) et réaliser périodiquement la supervision et le contrôle des équipes soignantes afin de s'assurer de la bonne planification et l'exécution des soins.

S'agissant de la formation initiale des infirmiers, une conscientisation quant au bien-fondé d'un processus de soins ayant un caractère plus humain devrait être faite tout au long de leur formation. Les responsables des structures de formation devraient accorder à la sécurité des patients, une attention particulière dans les programmes de formation. La prévention des IAS devrait être abordée transversalement dans les modules d'enseignement. Aussi, des modules spécifiques sur la sécurité des patients notamment les IAS devraient être enseignés. Les stages pratiques devraient être davantage mis à profit afin de permettre l'acquisition d'attitudes et comportements favorables à la prévention. L'organisation des stages en soins infirmiers, selon un modèle de tutorat permettra non seulement le développement de bonnes attitudes et pratiques de prévention chez l'étudiant mais aussi chez l'infirmier-tuteur qui se fera une obligation morale d'appliquer lui-même ce qu'il enseigne.

Pour la recherche, les responsables des instituts de recherche en santé (IFRISSE, IRSS, Centre Muraz, etc.), devraient promouvoir la recherche en Sciences infirmières en explorant en profondeur les facteurs intrinsèques des infirmiers ainsi que l'organisation des activités afin d'améliorer substantiellement la qualité et la sécurité des soins.

REFERENCES



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Acker, F. (1991). La fonction de l'infirmière. L'imaginaire nécessaire. *Sciences sociales et santé*, 9(2), 123-143. <https://doi.org/10.3406/sosan.1991.1192>
- Ajzen, I., Fishbein, M., (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall.
- Alzin, S., Berthet, B., Bessy, M., Doussou, D., Keiflin, L., Kuntz, S., ... Sidran, C. (2012). *Connaissance et perception de la lutte contre les infections associées aux soins par les acteurs de soin en dehors de l'hôpital*. Ecole des hautes études en santé publique, France.
- 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), 37-58.
- Amiel, C. (2016). Prévenir le risque nosocomial. La balade infectieuse. *Bulletin Amades*, (64), 4.
- Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI). (2014). *La formation des infirmières et infirmiers praticiens du Canada*. Ottawa. 5 pages.
https://www.casn.ca/wp-content/uploads/2014/12/FINAL_Nursing-Practice-in-Masters-paper_FR.pdf
- Astagneau, P., & Lepoutre, A. (2002). La mortalité attribuable aux infections hospitalières. *Actualité et Dossiers en Santé Publique*, (38), 27-29.
- Bagny, A., Bouglouga, O., Djibril, M., Lawson, A., Kaaga, Y. L., Sama, D. H., ... Redah, D. (2013). Connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant sur le risque de transmission des hépatites virales B et C en milieu hospitalier au Togo. *Médecine et Santé Tropicales*, 23(3), 300-303.
- Baribeau, C., & Royer, C. (2012). L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation. *Revue des sciences de l'éducation*, 38(1), 23-45.
- Benner, P. E. (1994). *Interpretive phenomenology: embodiment, caring, and ethics in health and illness*. Thousand Oaks, Calif : Sage Publications.
- Borg, M. A. (2014). Cultural determinants of infection control behaviour: understanding drivers and implementing effective change. *Journal of Hospital Infection*, 86(3), 161-168. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2013.12.006>
- Cadière, J. (2017). Introduction : Qu'est-ce que l'expérience ? *Forum 2017*, 151(2), 8-12. <https://doi.org/10.3917/forum.151.0008>
- Cara, C., & O'Reilly, L. (2008). La théorie de Watson. *Recherche en soins infirmiers*, 95, 37-45.
- Carricaburu, D., Lhuillier, D., & Merle, V. (2008). Quand soigner rend malade : des soignants face au risque infectieux à l'hôpital. *Santé Publique*, 20, 57-67.
- Castelli-Vergnau, M. P., & Durand, F. (1992). La perception du risque infectieux par les infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, (28), 15-31.
- Cclin-Sud-est. (2004). *Prévention du risque infectieux. Du savoir à la pratique infirmière*. Centre de Coordination de la lutte contre les Infections Nosocomiales Sud-Est. www.charvet-imprimeurs.fr
- Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins. (2007). *Définition des infections associées aux soins*. Paris : Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.
- Cortin, V., Laplante, L., Filiatrault, F., Laliberté, C., Lessard, P., Savard, M., ... Pouliot, B. (2016). *La gestion des risques en santé publique au Québec: cadre de référence*. Institut national de santé publique du Québec. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2563951>

- 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*, 4, 1-17. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.835>
- Daphney, S.-G. (2007). *Sécurité des patient : la contibution de l'approche du caring des infirmières oeuvrant en soins de réadaptation*. Université de Montréal.
- Debia, M., & Zayed, J. (2003). Les enjeux relatifs à la perception et à la communication dans le cadre de la gestion des risques sur la santé publique. *Vertigo*. [Revue électronique en sciences de l'environnement]. <http://vertigo.revues.org/4700>
- Ducel, G., Fabry, J., & Nicolle, L. (2002). *Prévention des infections nosocomiales : guide pratique* (Editions de l'OMS, Vol. 2). Genève : WHO/CDS/CSR/EPH. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/69751>
- Dumont, M. (2011). *Étude descriptive des perceptions d'infirmières en regard de l'implantation du plan thérapeutique*. Université du Québec, Trois-Rivières.
- Durand-Zaleski, I., Chaix, C., & Brun-Buisson, C. (2002). Le coût des infections liées aux soins. *Actualité et Dossiers en Santé Publique*, 38, 29–31.
- Essi M. et Njoya O., (2013). L'Enquête CAP (Connaissances, Attitudes, Pratiques) en Recherche Médicale. *Health Science and Diseases*, Vol 14(2), 1-3. https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/183/pdf_22
- Fricain, O., Bergua, G., Ducos, G., Jacques, B., & Demeaux, J.-L. (2008). Hygiène et soins primaires: pratiques et représentations Une enquête qualitative en Aquitaine. *Médecine*, 4(5), 231–234. <https://doi.org/10.1684/med.2008.0287>
- Galipeau, R. (2011). *Modélisation de facteurs associés à une perception d'insuffisance lactée*. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/5304>
- Galmiche, J.-M. (1999). *Hygiène et médecine, histoire et actualité des mal adies nosocomiales*. Editions Louis Pariente. Paris. 510p.
- Giorgi, A. (1997). The Theory, Practice and Evaluation of the Phenomenological Method as a Qualitative Research Procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28, 235-260.
- Godin, G. (2012). *Les comportements dans le domaine de la santé: comprendre pour mieux intervenir*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Haas, J. P., & Larson, E. L. (2007). Measurement of compliance with hand hygiene. *Journal of Hospital Infection*, 66(1), 6-14. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2006.11.013>
- Hien, H., Darbo, K. M., Ouédraogo, L., Konfé, S., Zeba, S., Sangaré, L., ... Meda, N. (2012). Healthcare-associated infection in Burkina Faso: an assessment in a district hospital. *Journal of Public Health in Africa*, 3(29), 121-126. <https://doi.org/10.4081/jphia.2012.e29>
- Hien, H., Drabo, M., Ouédraogo, L., Konfé, S., Sanou, D., Zéba, S., ... Meda, N. (2013). Connaissances et pratiques des professionnels de santé sur le risque infectieux associé aux soins: étude dans un hôpital de district au Burkina Faso. *Santé Publique*, 25(2), 219–226.
- Kouabénan, D. R. (2007). Incertitude, croyances et management de la sécurité. *Le travail humain*, 70(3), 271. <https://doi.org/10.3917/th.703.0271>
- Laurence, B. (2012). *Analyse critique de la culture de sécurité face aux risques biologiques et pandémiques pour les infirmières*. Université de Montréal, Faculté des études supérieures et postdoctorales.

- Lucet, J.-C., & Birgand, G. (2016). Comportements des soignants vis à vis du risque infectieux : quelles influences et comment impulser le changement ? *Journal des Anti-infectieux*, 18(1), 29-33. <https://doi.org/10.1016/j.antinf.2016.01.004>
- Magill, S. S., Edwards, J. R., Bamberg, W., Beldavs, Z. G., Dumyati, G., Kainer, M. A., ... Fridkin, S. K. (2014). Multistate Point-Prevalence Survey of Health Care–Associated Infections. *New England Journal of Medicine*, 370(13), 1198-1208. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1306801>
- Marion-White, R., Duce, G., Kereselidze, T., & Tikomirov, E. (1988). An international survey of the prevalence of hospital-acquired infection. *Journal of Hospital Infection*, 11, 43-48.
- Merleau-Ponty, M. (1945). Phénoménologie de la perception. *Les classiques des sciences sociales*. [Bibliothèque numérique]. http://classiques.uqac.ca/classiques/merleau_ponty_maurice/phenomenologie_de_la_perception/phenomenologie_de_la_perception.pdf
- Michelat, G. (1975). Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie. *Revue française de Sociologie*, 16(2), 229-247.
- Ministère de la Santé. (2011, juin). *Programme National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011 2020*. Burkina Faso.
- Mortell, M. (2012). Is There a Theory-practice-ethics Gap ? *Journal of the Saudi Heart Association*, 21(2), 149-152.
- Ndione, A. G. (2010). *Connaissances, attitudes et pratiques des soignants face aux risques liés à l'hépatite b au C.H.U. de Fann*. Mémoire de maîtrise de sociologie, 2009-2010, Département de sociologie, Université Cheikh Anta Diop de Dakar.
- NOLIN, M., 1993 Procédures et processus dans les soins infirmiers. Effets d'un dispositif d'engagement sur l'amorçage de processus d'autorégulation des conduites aseptiques chez des infirmières de réanimation perspectives cognitives dans la prévention des infections nosocomiales. *Recherche en soins infirmiers*, 35, 41-87.
- OMS. (2016). Maladie à virus Ebola. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/fr/>
- OMS, & Alliance mondiale pour la sécurité des patients. (2006). *Lignes directrices de l'OMS sur l'hygiène des mains pour les soins de santé* (Editions de l'OMS). 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 : Organisation Mondiale de la Santé.
- OMS, & Alliance mondiale pour la sécurité des patients. (2008). *De meilleurs connaissances pour des soins plus sûrs* (Editions de l'OMS). 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 : Organisation Mondiale de la Santé.
- Ouendo, E.-M., Saizonou, J., Degbey, C., Kakai, C., Glele, Y., & Makoutode, M. (2015). Gestion du risque infectieux associé aux soins et services au Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou (Bénin). *International Journal of Biological and Chemical Sciences*, 9(1), 292. <https://doi.org/10.4314/ijbcs.v9i1.26>
- Paillé, P., & Muchielli, A. (2010). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Montréal : Armand Colin.
- Patton, M. Q. (2002). Two Decade of Developpment in Qualitative Inquiry. *Qualitative Social Work*, 1(3), 261-283.
- Pefau, M., & Zaro-Goni, D. (2011). *Audit de pratiques : cathéters veineux périphériques-Résultats*. CCLIN Sud-ouest, Groupe hospitalier Pellegrin, 33076 Bordeaux, Groupe d'Evaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière (GREPHH).

- Peretz, H. (2004). *Les méthodes en sociologie : l'observation (La découverte)*. Paris.
- Phaneuf, M., (2013). *Quelques repères pour évaluer les attitudes et les comportements professionnels en soins infirmiers*. Ifiressources, centre de ressources en soins infirmiers, Montréal. <http://www.ifiresources.ca>
- Phaneuf, M., & Gadbois, C. (2010). *Les infections nosocomiales-Agir ensemble pour des milieux cliniques sécuritaires*. Ifiressources, centre de ressources en soins infirmiers, Montréal. <http://www.ifiresources.ca>
- Pires, A. (1997). Echantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans *in Poupart J. et al., La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (Gaëtan Morin, pp. 113-169). (S.l.).
- Raud, P. (2016). Infection sur cathéter veineux périphérique. De la perception du risque infectieux au respect des bonnes pratiques de gestion. Evaluation des croyances, connaissances, attitudes et pratiques des IDE.
- Renn, O. (2004a). Perception of Risks. *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, 29(1), 102-114.
- Réseau International pour la Planification et l'Amélioration de la Qualité dans les systèmes de santé en Afrique. (2011). Première Conférence Internationale sur la Prévention et le Contrôle de l'infection (ICPIC). Session spéciale sur la sécurité des patients et la lutte contre les infections dans les services de maternité en vue de l'atteinte des OMD LIES au secteur de la santé en Afrique, 1 et 2 juillet 2011 - Genève, Suisse.
- 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), 197-20.
- Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H), 2017. Actualisation des précautions standards. Hygiènes, volume xxv, hors-série, 68 pages.
- Société française d'hygiène hospitalière. (2005, mai). Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphérique. Recommandations pour la pratique clinique. SFHHH-HAS (Service des recommandations professionnelles).
- Stone, S. P., Fuller, C., Savage, J., Cookson, B., Hayward, A., Cooper, B., ... Charlett, A. (2012). Evaluation of the national Cleanyourhands campaign to reduce *Staphylococcus aureus* bacteraemia and *Clostridium difficile* infection in hospitals in England and Wales by improved hand hygiene: four year, prospective, ecological, interrupted time series study. *BMJ*, 344(may03 2), e3005-e3005. <https://doi.org/10.1136/bmj.e3005>
- Therrien, M. (2012). Gestion du risque. Dans (*dir.*) (Le Dictionnaire encyclopédique de l'administration [en ligne], p. 4). (S.l.): Bibliothèque et Archives Canada. http://www.dictionnaire.enap.ca/dictionnaire/docs/definitions/defintions_francais/gestion_risque.pdf
- Thiolet, J.-M., Lacavé, L., Jarno, P., Metzger, M.-H., Tronel, H., Gautier, C., ... Coignard, B. (2007). Prévalence des infections nosocomiales, France, 2006. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, (51-52), 429-432.
- Tremblay, M.-A. (2011). *Ethique et pratique*. Thèse de Doctorat. Université de Montréal.
- Vincens, J., (2001). Définir l'expérience professionnelle, *travail et emploi*, 85, 21-34.
- Watson, J., (1979). *Nursing : the philosophy and science of caring* (Little Brown). Boston.

ANNEXES



ANNEXE 1: Lettre d'invitation à participer à l'étude

Bonjour. Je suis SOULI Marc, étudiant en Master II à l'institut de formation et de recherche interdisciplinaire en santé (IFRIS). Je viens à vous dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude qui porte sur la « sécurité des soins : infections associées aux soins. Expériences et perceptions des infirmiers de l'Hôpital de district de Ziniaré ». Je fonde beaucoup d'espoir que les résultats de cette étude contribueront à l'amélioration de la sécurité des soins. Je vous garantis de la confidentialité et de l'anonymat des informations que vous nous livrez. A la fin de cette étude les résultats vous seront restitués.

Je vous propose des rencontres individuelles de 45 mn afin de m'entretenir avec vous sur vos expériences sur les infections associées à la pose d'une voie veineuse périphérique. Afin de disposer des informations exactes que vous nous transmettez, nous souhaiterons enregistrer l'entretien.

Je vous saurai gré d'avance pour votre contribution combien inestimable en participant à cette étude.

ANNEXE 2 : **Questionnaire sociodémographique**

Code de la fiche /_____/

Date de l'entretien /___/___/ **jour** /___/___/ **mois** /___/___/___/ **Année**

Lieu de l'entretien : /___/ sur le lieu du travail /___/ autres, préciser :.....

Durée de l'entretien : /_____/ mn

Informations socioprofessionnelles

1. Age /_____/ ans Sexe : M /___/ F /___/
2. Niveau d'étude : /_____/ primaire /_____/ secondaire /_____/ supérieur
3. Qualification : /_____/ IB /_____/ IDE /_____/ AS
4. Unité de soins : /___/ Méd /___/ Péd /___/urgence médico-chir /___/
Post-op
5. Poste occupé : /___/ Administrer les soins /___/ SUS
6. Ancienneté dans le poste actuel : /_____/___/ années
7. fonctions occupées en tant
qu'infirmière :.....
.....
.....
8. Situation matrimoniale :.....
9. nombre d'enfant /_____/

ANNEXE 3 : **Guide d'entrevue**

Consigne : je vous laisse développer comme vous le souhaitez, selon votre expérience et vos connaissances. Exprimez-vous sur ce que vous savez, ce que vous pensez, ce que vous ressentez en tant qu'infirmier.

Question principale : Racontez-moi une expérience que vous avez vécue, où un patient a développé une infection survenue suite à un soin qu'il a reçu. Que pensez-vous et que ressentez-vous face cette situation ?

Thèmes :

- Vécu et perception de la réalité du problème des IAS.
- Les imputabilités du problème des IAS.
- propositions/suggestions pour améliorer la situation.

Aide-mémoire pour l'enquêteur (à ne pas suggérer au cours de l'entretien) :

Notions, conceptions, représentations, signification,... d'IAS notamment dans le contexte de la pratique infirmière ;

Vécus, ressentiments, émotions, réactions, propositions,...

Perception du risque d'infections associées aux soins pour les patients et pour soi et pour les collègues.

Perception de la problématique des IAS (ampleur, gravité, facteurs, impacts, implications, responsabilité,...);

Modulation de la pratique face aux risques. Rôle joué dans la prévention et la gestion du risque d'IAS

Rôle des différents acteurs dans la prévention et la gestion des risques d'IAS.

Notion de sécurité des soins.

Propositions pour l'amélioration de la sécurité des soins.

Résumé de l'entretien et validation de la compréhension des réponses auprès du participant.

Conclusion de l'entretien et remerciements.

ANNEXE 4 : Grille d'observation inspirée de Peretz (2004)

1. Définition de la situation observée (quels soins ? moment ? A quel type de malade ?) ;
2. Qui réalise les soins ? (infirmiers? Seul ?, en équipe ? la charge de travail) ;
3. inventaire des objets (matériels et instrument de soins) ;
4. description des espaces de soins (fluidité, encombrés par quoi ou qui ? ;
5. les règles formelles définissant la présence dans les lieux (ceux qui sont présent et pourquoi sont-ils là, où se situent-ils et quand, que font-ils ?) ;
6. comment sont organisés les soins ? cela est-il formalisé (outils d'organisation : description et répartition des tâches) : quelle sont les horaires, comment sont réparties les tâches ? les équipes : les tours, les passations de service (transmissions ?) ? comment le travail est fait ? comment est fait le travail (équipe, seul, en série, surcharge)
7. qu'est-ce qui est fait ? Et comment ? des erreurs commises ?
8. quelles précautions pour les soins ? Des stratégies de minimisation des IAS ?
9. autres :

ANNEXE 5 : Formulaire d'information du participant

Introduction

Nous sollicitons votre participation à cette étude en tant qu'infirmier (ère) de l'Hôpital de district de Ziniaré. Votre participation est volontaire et anonyme. Avant d'accepter de participer à cette étude, nous vous demandons de prendre le temps de comprendre les implications de votre participation en lisant les informations contenues dans ce formulaire.

Ce formulaire peut contenir des informations que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à nous poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

I. Information générale

Contexte de l'étude : mémoire de fin d'étude

Structure : IFRIS

Auteurs : Souli Marc étudiant en master de management de la qualité et de la sécurité des soins/pédagogie.

Directeur de mémoire : Hien Hervé, Chargé de recherche au Centre MURAZ de Bobo Dioulasso et à l'IRSS/CNRST de Ouagadougou.

Co-Directeur de mémoire : Nana Noufou Gustave, Enseignant permanent à l'IFRISSE ; Consultant en santé publique et santé communautaire.

Thème de l'étude : Infections associées aux soins : expériences et perceptions des infirmiers de l'Hôpital de district de Ziniaré.

Cadre de l'étude : Hôpital de district de Ziniaré

II. Description de l'étude

Buts et objectifs de l'étude :

Le but de notre étude est de contribuer à la réduction de l'incidence des IAS et au développement d'une culture de sécurité dans les structures de soins.

L'objectif général de notre étude est d'investiguer les facteurs personnels chez les infirmiers associés à la survenue des IAS. De façon plus spécifique il s'agira d'abord pour nous de mettre en évidence le vécu expérientiel des infirmiers à l'égard des

infections associés aux voies veineuses périphériques et ensuite de décrire leurs perceptions de ce problème.

Méthodologie:

Cette étude est de type qualitatif et nous aurons à :

- mener des entretiens auprès des infirmiers (e) ;
- faire des observations sur les pratiques de soins ;
- analyser des documents concernant les soins ainsi que des documents personnels en rapport avec les soins ;
- tenir un journal de bord sur les observations et les commenter.

Participation de l'enquêté à l'étude

En tant que participant votre contribution à cette étude est capitale.

Nous aurons à réaliser l'étude avec dix (10) infirmiers de l'hôpital de district de Ziniaré.

La participation à cette étude est volontaire.

Nous vous demandons de participer aux entrevues individuelles d'une durée d'environ 45 mn.

Nous vous demanderons votre vécu et vos perceptions d'infirmier sur différents sujets relatifs aux infections associés aux soins survenant sur voie veineuse périphérique.

Le moment et le lieu de l'entretien seront convenus avec vous.

Au besoin, un entretien complémentaire vous sera demandé.

Durant les entrevues, un enregistrement vocal sera réalisé. Ceci nous permettra de n'omettre aucune information de l'entretien. Les enregistrements seront identifiés par un code attribué à l'entrevue afin d'assurer la confidentialité et seront consignés dans un dossier de recherche qui sera détruit dix (10) ans après l'étude.

Nous aurons également à observer les soins que vous administrez aux malades. Pour ce faire nous allons participer aux soins tout en prenant des notes que nous allons commenter.

Une autorisation d'enquête du Directeur Régional de la Santé du Plateau central sera requise avant la collecte des données sur le terrain. La confidentialité sera assurée par le caractère anonyme de l'enquête.

Conditions de participation

- Etre infirmiers ou infirmière à l'hôpital de district de Ziniaré ;
- Etre en service depuis au moins une année dans un service de soins ;
- Accepter participer à l'étude en acceptant signé le formulaire de consentement de participant.

Risques et inconforts

À notre connaissance, il n'y a pas de risques ou d'inconforts possibles qui pourraient survenir dans le cadre de cette étude. Votre participation se limitera à une ou deux entrevues et se déroulera sur environ 45 mn où nous vous demanderons votre point de vue d'infirmière sur différents sujets relatifs aux IAS. S'il est nécessaire de vous rencontrer à nouveau, nous conviendrons d'un rendez-vous.

Avantages à participer

Vous ne retirerez aucun avantage personnel de votre participation à cette étude. Toutefois, les résultats de l'étude pourraient contribuer à améliorer la sécurité des patients et du personnel.

Aussi, vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à cette étude. Nous prendrons cependant des dispositions pour que cette participation ne vous occasionne pas de dépenses (déplacement).

Participation volontaire et possibilités de retrait

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer sans que cela n'affecte vos relations avec l'hôpital. Vous pouvez également vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous avez simplement à aviser l'étudiant, son directeur ou son co-directeur.

Confidentialité

Durant votre participation à cette étude, nous recueillerons sur une fiche d'enquête des informations vous concernant qui sont nécessaires pour l'atteinte des objectifs de cette étude. Toutes ces informations recueillies sur vous demeureront strictement confidentielles. L'anonymat sera requis, vous ne serez identifié que par un code auquel seul l'étudiant, son directeur ou son co-directeur aura accès. Les données de l'étude seront conservées pendant dix ans après la fin de l'étude et seront détruites par la suite.

Communication des résultats

Nous restons disposés à vous fournir toute information sur l'avancement des travaux ou les résultats de l'étude. Les résultats de l'étude vous seront communiqués à la fin de la recherche.

Personnes ressources

Auteurs : Souli Marc étudiant en master de management de la qualité et de la sécurité des soins/pédagogie.

Directeur de mémoire : Hien Hervé, Chargé de recherche au Centre MURAZ de Bobo Dioulasso et à l'IRSS/CNRST de Ouagadougou.

Co-Directeur de mémoire : Nana Noufou Gustave, Enseignant à l'IFRISSE ; Consultant en santé publique et santé communautaire.

ANNEXE 6 : Formulaire de consentement à l'étude

Consentement

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le but et les implications de ma participation à cette étude, que j'ai compris et qu'on m'a laissé le temps nécessaire pour prendre une décision. Je consens donc à participer à cette étude aux conditions qui sont énoncées dans ce formulaire.

Nom et signature du participant Date :

Engagement et signature du chercheur :

Je certifie avoir expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, avoir répondu à ses questions et lui avoir clairement indiqué qu'il est libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans aucune conséquence sur lui.

Je m'engage avec mes encadreurs à respecter ce qui a été convenu dans ce formulaire d'information et de consentement et à remettre une copie signée au participant.

Nom et signature du chercheur

Date :

ANNEXE 7 : Demande d'autorisation d'enquête

SOULI Marc

Elève conseiller de santé à l'institut de formation et de recherche interdisciplinaire en santé (IFRIS) sis à l'université Saint Thomas d'Aquin (USTA). Option : master en management de la qualité et la sécurité des soins

Téléphone : 70 44 66 84

Email : macsoul7@gmail.com

Burkina Faso
Unité - Progrès - Justice

Ouagadougou, le 01/07/2017

A

Objet : demande d'autorisation d'enquête

Monsieur le Directeur Régional de la Santé du Plateau Central

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre haute bienveillance une autorisation d'enquête au Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA) de Ziniaré afin de réaliser mon mémoire de fin d'étude. Mon thème de recherche s'intitule : « **Sécurité des soins : infections associées aux soins. Expériences et perceptions des infirmiers du Centre Médical avec Antenne chirurgicale de Ziniaré** ». J'ai pour directeur de mémoire ***Dr HEIN Herve***, chargé de recherche au Centre MURAZ et à l'IRSS/CNRST et pour co-directeur ***M. NANA Noufou Gustave***, enseignant permanent à l'Institut de formation et recherche interdisciplinaire en santé et Sciences de l'éducation (IFRISSE).

Veillez agréer Monsieur le Directeur, l'expression de ma très haute considération.

SOULI Marc

ANNEXES 8 : Lettre de demande d'avis au Comité d'Ethique pour la Recherche en santé

SOULI Marc,
Etudiant en Sciences Infirmières,
Institut de Formation et de Recherche
Interdisciplinaire en santé (IFRIS)
Téléphone : 70 44 66 84
Email : macsoul7@gmail.com

Burkina Faso
Unité – Progrès – Justice

Ouagadougou, le 30 Juillet 2017

A

*Monsieur le Président du Comité
d'Ethique pour la Recherche en
Santé*

Objet : demande d'avis

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de solliciter de votre haute bienveillance un avis du Comité d'Ethique pour la Recherche en santé sur mon protocole de recherche.

Ci-joint :

- Cinq (05) copies du protocole de recherche ;
- Le fichier électronique du protocole de recherche ;
- Les curriculum vitae de l'investigateur et du directeur de recherche ;
- Le formulaire de consentement éclairé ;
- Le budget de l'étude ;
- Les pièces justificatives des frais de dossier.

Veuillez agréer Monsieur le Président, l'expression de ma considération.

ANNEXE 9 : CERTIFICAT D'ETHIQUE

MINISTERE DE LA SANTE

MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS
SUPERIEURS, DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE ET DE L'INNOVATION

COMITE D'ETHIQUE POUR
LA RECHERCHE EN SANTE (CERS)

BURKINA FASO
UNITE - PROGRES - JUSTICE

12 SEP 2017

CERTIFICAT ETHIQUE

Le Président du Comité d'éthique
pour la recherche en santé

A

Monsieur SOULI Marc
Investigateur Principal

Je voudrais par le présent porter à votre connaissance que le **Comité d'éthique pour la recherche en santé** (CERS), par délibération N° 2017-9-147, après examen de votre protocole d'étude intitulée : «Sécurité des soins : infection associées à la pose d'une voie périphérique. Expériences et perceptions des infirmiers du Centre Médical avec Antenne chirurgicale de Ziniaré »,

- a émis un avis favorable.

Ce certificat est valable pour une durée de un (01) an, renouvelable sur demande accompagnée d'un rapport annuel.

Aussi, un rapport d'exécution de fin d'étude sera transmis au CERS.

Veillez agréer, Monsieur, l'expression de ma parfaite collaboration.



Pr. Sèni KOUANDA, Directeur de recherche
Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques

ANNEXE 10 : AUTORISATION D'ENQUETE

MINISTERE DE LA SANTE

REGION DU PLATEAU CENTRAL

DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE

/)°2017 _____ /MS/RPCL/DRS-PCL

BURKINA FASO

Unité – Progrès – Justice

Ziniaré, le 11 Aout 2017

LA DIRECTRICE RÉGIONALE

A

Monsieur SOULI Marc

Objet : Autorisation d'une enquête

J'accuse réception de votre demande datée du 01 Aout 2017, relative à une demande d'autorisation d'enquête en votre nom sur le thème « **sécurité des soins : infections associées à la pose d'une voie veineuse périphérique. Expériences et perception des infirmiers du centre médical avec antenne chirurgicale de Ziniaré** », pour la rédaction de votre mémoire de fin d'études.

Tout en vous remerciant du choix porté sur le CMA de Ziniaré pour mener cette étude, je vous donne mon accord pour mener cette enquête et vous assure de l'entière disponibilité des acteurs de terrain pour vous faciliter la tâche.

Je vous prie d'agréer ici monsieur, l'expression de ma franche collaboration.


Dr Elise DIENDÈRE
Chevalier de l'Ordre National


Ministère de la Santé
La Direction
de la Santé du Plateau Central

ANNEXE 12 : CHRONOGRAMME DE L'ETUDE

Activités	Responsible	Période									
		2016	1 ^{er} Semestre 2017	juillet 2017	Août 2017	Sept 2017	Oct 2017	Nov 2017	Dec 2017		
Elaboration du protocole de recherche	Etudiant										
Validation du protocole	Directeur de mémoire Co-directeur de mémoire										
Validation des instruments de collecte	Directeur de mémoire Co-directeur de mémoire										
Demande d'autorisation d'enquête	Etudiant										
Demande d'avis du comité d'éthique	Etudiant										
Collecte des données	Etudiant										
Analyse des données Discussion des résultats	Etudiant										
Formulation des recommandations	Etudiant										
Rédaction de la première version du mémoire	Etudiant										
Corrections du document	Codirecteur de mémoire Directeur de mémoire										
Rédaction de la version finale du mémoire	Etudiant										
Validation du mémoire	Directeur de mémoire										
Dépôt du mémoire	Etudiant										

ANNEXE 14 : BUDGET ESTIMATIF POUR LA REALISATION DE L'ETUDE

Numéro	Rubriques		Quantité/ Nombre	Durée en jour	Coût unitaire	Total
1	Préparation de l'étude					
	Elaboration du protocole	Recherche documentaire	10	1	10000	100000
		Mission exploratoire				0
		Rencontre avec les experts	2	1	5000	10000
		Elaboration des outils de collecte des données	10	2	500	10000
		Démarches administratives	2	2	5000	20000
Sous Total 1					140000	
2	Pré Enquête					
		Reproduction des outils	2	1	5000	10000
		Formation des enquêteurs				0
		Prise en charge des enquêteurs	1	1	10000	10000
		Prise en charge des superviseurs				0
Sous Total 2					20000	
3	Collecte des données					
		Reproduction des outils	30	1	100	3000
		Formation des enquêteurs				0
		Prise en charge des enquêteurs	1	20	5000	100000
		Prise en charge des superviseurs				0
Sous Total 3					103000	
4	Traitement des données					
	Vérification et organisation des fiches	Dépouillement				0
		Codage/numérotation	1	2	5000	10000
	Saisie(encodage) des données	Elaboration et validation du masque de saisie				0
		Formation Opérateur de saisie				0
		Transcription des données enregistrées	1	7	5000	35000
Analyse des	Prise en charge	1	7	10000	70000	

	données						
	Sous Total 4						115000
5	Rédaction du rapport						
			1	14	10000	140000	
	Sous Total 5						140000
6	Valorisation des résultats						
		Restitution des résultats (forfait)	1	1		150000	
		Publication				PM	
	Sous Total 6						150000
7	Frais généraux						
		Matériaux de bureau				25000	
		Logistique roulante : location et entretien				100000	
		Carburant				25000	
		Communication				30000	
		Frais de personnel de soutien (reprographe, secrétaire)				0	
Sous Total 7						210000	
TOTAL						838000	
Frais de gestion (10% du TOTAL)						83800	
TOTAL GENERAL						921800	

ANNEXE 15 : Braketing de l'étudiant (chercheur)

Expériences, préconceptions et valeurs en lien avec le phénomène étudié : la survenue des infections associées aux soins.

J'ai fait ma carrière d'infirmier (administrant des soins aux malades) essentiellement en service de médecine notamment dans la prise en charge des PVVIH. Très tôt j'ai été sensibilisé à la question des AES. Il y avait cette peur d'être infecté par le VIH. Au cours des soins, je faisais attention à chacun de mes gestes afin d'éviter de me piquer avec toute aiguille usagée. Au fil du temps et malgré les risques dont il fallait faire avec, je me suis habitué à les prendre en charge comme tout autre patient). Je développais plus d'assurance en moi en me disant que la sécurité des soins résidait dans les précautions à prendre. Dans ce service, j'ai vécu plusieurs cas de patient qui ont été victimes d'infections lié aux soins notamment les voies veineuses. Au cours de cette période j'ai reçu une formation sur la PI. Après avoir parcouru la littérature sur les IAS, je les comprends comme des infections qui surviennent au cours de la prise en charge du malade après un délai de 48h et qui ont un rapport avec les soins reçus. Peuvent être victime d'IAS, les patients, le personnel de santé et les visiteurs. Cependant, je me demande toujours pourquoi les infirmiers n'appliquent pas assez l'asepsie pourtant enseigné à l'école de base. Pour moi les infections associées aux soins sont dues surtout au laxisme des soignants, à leur négligence dans la réalisation des soins. Les IAS surviennent parce que les infirmiers n'appliquent pas suffisamment les mesures d'hygiène et d'asepsie. S'il est difficile d'appliquer tout ce qu'on enseigne à l'école dans toute la rigueur, je pense que les infirmiers font peu d'effort pour appliquer les recommandations de prévention. Aussi, il y a une absence de contrôle de leur travail de la part des responsables. Je considère également d'autres facteurs dans la survenue des IAS. Il s'agit notamment du ratio infirmier/patients (un seul infirmier qui s'occupe de plus d'une vingtaine de malades à la fois) ; du manque de ressource (gants, plateau, savon liquide...) ; des conditions de vie et d'hygiène précaire des patients. Je pense aussi que les décideurs sont peu regardants sur ces aspects. Soit ils sont peu sensibilisés à la question ou ils sont peu éclairés sur le problème. Enfin, je pense que les infirmiers doivent faire siennes les valeurs de professionnalisme (réaliser le travail : « les soins », avec le plus grand sérieux ; appliquer ce qui est recommandé ; avoir un comportement digne ; savoir répondre de ses actes ; avoir une capacité d'attention ; une capacité de jugement clinique) ; d'éthique (respecter la dignité des malades ; être bienveillant à leur égard; avoir de la compassion et de l'empathie pour eux).

