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

IFRISSE

09 BP 311 Ouagadougou 09 - Burkina Faso, Tél: +226 70 11 33 02 / 25 40 75 41

www.ifris-bf.org

Mémoire de fin d'études

EXPERIENCE VECUE DE LA TOILETTE CORPORELLE DU MALADE PAR LES INFIRMIERS AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE TINGANDOGO (CHU-T) DE OUAGADOUGOU, BURKINA FASO

Présenté par

COULIBALY Lassina

Étudiant en master de Sciences Infirmières option :
Management de la qualité des soins et protection des patients

Année académique 2017-2018

Directeur de mémoire

Dr MEDA Z. Clément

MD, MPM, PhD en Santé Publique

Co-directeur de mémoire

M. NANA N. Gustave

Msc Psy, MPH, PhD (c)

Septembre 2018

In memoriam

À mes parents, feu El Hadji Sinti Seydou COULIBALY et feue Sépane Mariam TRAORE *;*

Dédicaces

À mes enfants, Phillipe et Perpétue

Remerciements

Au Docteur Clément Ziemlé MEDA, **enseignant chercheur à l'INSSA de Bobo Dioulasso**, je voudrais vous dire toute ma reconnaissance pour ce travail que vous m'avez fait l'honneur de diriger. Travailler avec vous a été un temps d'apprentissage mais aussi de soif étanchée. Merci pour votre patience et votre disponibilité.

À Monsieur Gustave Noufou NANA, **enseignant permanent à l'IFRISSE**, vous avez codirigé ce travail. Je tiens à vous dire que vos avis et conseils ont été déterminants pour le succès de la présente recherche. Vraiment, recevez, à travers ces lignes, toute l'expression de ma gratitude.

Au Docteur Abdoulaye SO, **Directeur de la Qaulité au CHUT**, je voudrais vous dire merci pour toute l'attention que vous m'avez accordée et les encouragements que vous m'avez donnés chaque fois que j'ai eu recours à vous dans le cadre de ce travail. Merci.

Au Professeur Maxime K DRABO, **chercheur au CNRST, Coordinateur de la filière management de la qualité et sécurité des soins à l'IFRISSE** j'espère refléter dans ce travail votre enseignement et tout l'intérêt que vous avez suscité en moi pour les soins centrés sur le patient. Et d'ailleurs, oui, sans vous, je n'aurais pas maintenu ce thème. Merci.

Au Docteur W. Félicité NANA, Directrice de la Qualité au Ministère de la santé même si on ne vous le dit pas souvent, je tiens à vous dire merci pour le modèle de persévérance professionnelle que vous êtes à mes yeux.

À Monsieur Alexandre SANFO, Directeur général du CHU-T, merci pour l'autorisation à enquêter accordé.

À Madame Fanta OUEDRAOGO/COULIBALY, Directrice des Soins infirmiers et obstétricaux du CHU-T, travailler avec vous et vos collaborateurs a été édifiant. Recevez ici mes remerciements les plus cordiaux.

Au Docteur Dieudonné SOUBEIGA, Directeur de l'IFRISSE, **aux enseignants et à tout le personnel,** merci pour les facilités que vous nous offerts durant la formation.

Aux participants à l'étude, je voudrais vous dire que vous êtes autant les auteurs de ce travail que moi. Merci pour votre contribution.

À mes camarades de classes, merci pour la collaboration et le soutien tout le long de la formation.

À monsieur Aly OUATTARA et Nicolas GUIGMA, j'ai éprouvé du plaisir à vous retrouver et à travailler avec vous en tant que responsables de services infirmiers du CHU-T. Je vous dis merci pour vos conseils et vos avis qui ont été d'une grande pertinence pour cette étude.

À tous ceux et toutes celles dont je n'ai pu citer le nom ici, recevez toute ma gratitude pour vos soutiens et vos différentes contributions à ce travail.

Résumé

Contexte

La toilette corporelle aux personnes hospitalisées est classée dans la catégorie soins de base. Droit de la personne hospitalisée, elle contribue à la prévention des infections, au confort du malade, à son bien-être physique et psychologique, au maintien ou à un réapprentissage de l'autonomie. Cependant, dans les hôpitaux du Burkina Faso, elle n'est pas souvent offerte aux malades. À ce jour, les connaissances sur la toilette corporelle dans les hôpitaux du Burkina sont limitées. La présente recherche a eu pour objectif de connaître l'expérience vécue de la toilette corporelle par les infirmiers du Centre hospitalier universitaire de Tingandogo.

Matériel et méthode

Il s'est agi d'une étude qualitative de type phénoménologique, basée sur un entretien approfondi avec les infirmiers qui ont vécu l'expérience de la toilette corporelle au sein du CHU-T.

Résultats

Quatre thèmes majeurs ressortent de cette étude : les attitudes des infirmiers, leurs aptitudes, leurs émotions et sentiments et les conditions de travail. L'essence de l'expérience vécue de la toilette corporelle est que les infirmiers du CHU-T éprouvent de la satisfaction à fournir ce soin mais les conditions matérielles et psychologiques constituent un véritable frein à leur élan.

Conclusion

La toilette corporelle peut être considérée comme une activité à forte valeur symbolique pour le personnel infirmier. Sa pratique constituera une rupture dans la pratique infirmière actuelle et permettra aux infirmiers d'assumer davantage leur rôle propre.

Mots clés : Toilette corporelle, phénoménologie, expérience vécue, qualité des soins,

Table des matières

IN MEMORA I

DÉDICACES II

REMERCIEMENTS III

RÉSUMÉ V

TABLE DES MATIÈRES VI

LISTE DES FIGURES VIII

LISTE DES ANNEXES VIII

INTRODUCTION 1

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE 4

1-1 But de la recherche 8

1-2 Question de recherche 8

1-3 Objectifs de recherche 8

CHAPITRE 2 : REVUE DE LITTÉRATURE 10

2-1 Définition des concepts 11

2-2 Occupations des infirmiers en milieu hospitalier 13

2-3 Expérience vécue par les infirmiers 15

2-4 Toilette corporelle 17

2-5 Cadre théorique de l'étude 20

CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE 25

3-1 Site de l'étude 26

3-2 Type de l'étude 27

3-3 Population de l'étude 27

3-4 Échantillonnage et échantillon 28

3-5 Méthodes, techniques et outils 28

3-6 Déroulement et recrutement des participants 29

3-7 Analyse des données 30

3-8 Considérations éthiques 31

CHAPITRE 4 : RÉSULTATS 33

4-1 Profil des participants à l'étude 34

4-2 Résultats de l'analyse phénoménologique 34

CHAPITRE 5 : DISCUSSION 54

5-1 La signification de l'expérience de la toilette corporelle pour les infirmiers du CHU-T 55

5-1- Attitudes de l'infirmier 57

5-2- Aptitudes nécessaires aux infirmiers 60

5-3- Émotions/sentiments des infirmiers sur la toilette corporelle 62

5-4 Limites de l'étude 65

CHAPITRE 6 : RECOMMANDATIONS 66

6-1 Recommandations à la Direction du CHU-T 67

6-2 Suggestions au Ministère de la santé 67

CONCLUSION 69

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 71

ANNEXES 79

Liste des figures

Figure 1: schéma du Quality Care Model de Duffy et Hoskin 24

Liste des annexes

Annexe 1: Liste des pratiques de soins identifiés suivant l'étude Do-Research 80
Annexe 2: extrait de la liste des 121 fiches de soins infirmiers de Hallouet et al (2008) 81
Annexe 3: facteurs caratifs de Jean Watson.....82
Annexe 5 :formulaire d'information du participant 83
Annexe 6: formulaire de consentement éclairé 86
Annexe 7: budget de l'étude.....87
Annexe 8**:** outil de collecte des données sociodémographiques et professionnelles 88
Annexe 9: guide d'entrevue 89
Annexe 11: Tableau des thèmes et sous thèmes issus de l'analyse phénoménologique 90
Annexe 14: exemple d'unités de signification issues de verbatim.....91
Annexe 12: avis du Comité d'Éthique pour la recherche en Santé.....93
Annexe 13: Autorisation à enquêter du CHU-T.....94

Introduction

L'environnement des soins de santé évolue partout dans le monde, particulièrement celui des soins infirmiers (Lavander, Meriläinen, & Turkki, 2016). Les philosophies qui portent ces soins connaissent également des évolutions d'où un foisonnement des théories et modèles conceptuels depuis les travaux de Florence Nightingale en 1859 (Neves, Malaquin-Pavan, & Debout, 2008 ; Schwartz, 2011). Cependant, contrairement à l'espace anglo-saxon, il existe une forme de stagnation de la pensée philosophique sur les soins infirmiers dans la sphère francophone (Koffi, Delmas, N'Goran, & Andoh, 2010). La conséquence pour les pays d'Afrique francophone est un confinement de la pratique infirmière dans son rôle traditionnel d'exécutant des prescriptions médicales (Koffi et al., 2010 ; Ndiaye, 2003) quand bien même la loi reconnaît une autonomie de pratiques pour la profession infirmière (Gouvernement du Burkina Faso, 2014 ; Institut Français d'Information juridique, 2017). Aussi, il reste entendu que les pays d'Afrique noire francophone ne peuvent pas garder plus longtemps le modèle d'organisation hospitalière où les soins de base comme l'alimentation et la toilette corporelle sont, de facto, relégués aux familles (Elanga, 2011). Ils doivent, en effet, faire face à des nouveaux défis comme le vieillissement de la population (United Nations, 2015), la disparition des mécanismes traditionnels de solidarité, l'exigence pour plus de qualité dans les prestations de soins de santé tant des autorités sanitaires (Meda, 2017) que des usagers des services de santé (Hien et al., 2017). Aussi doit-on considérer que les pratiques infirmières au Burkina Faso doivent également évoluées en accordant plus de place aux soins de base dont la toilette corporelle.

Dans les pays occidentaux, des études rapportent que la toilette corporelle est assurée aux patients à un rythme variant entre une et deux toilettes corporelles quotidiennes pour chaque patient (Coyer, O'Sullivan, & Cadman, 2011 ; Håkanson & Öhlén, 2015). Au Burkina Faso, de façon empirique, sur la base de notre expérience personnelle et des témoignages des personnes ressources, nous pouvons affirmer qu'elle est très peu pratiquée. Seul au Centre hospitalier universitaire de Tingandogo (CHU-T) des efforts sont fait pour assurer la toilette corporelle aux malades hospitalisés. À contrario, ce soin semble être la cause de conflits entre infirmiers et entraîner une démotivation au travail de ces derniers (Centre hospitalier universitaire Blaise Compaoré, 2015).

L'activité heuristique sur les soins de bases et la toilette corporelle en particulier au Burkina Faso est pauvre. Les travaux retrouvés se sont plus intéressés à l'organisation des soins infirmiers (Sawadogo, 2005 ; Tapsoba /Sawadogo, 2010), à l'introduction de l'écrit dans les pratiques infirmières burkinabé (Compaoré, 1999) à l'évaluation des performances du programme accéléré de formation des infirmiers brevetés en vue du diplôme d'état (Beogo, Liu, Dlamini, & Gagnon, 2015), au lavage des mains (Souli, 2017) et à comprendre les relations soignants-soignés (Friderich, 2009). La présente étude a pour objet de contribuer à l'amélioration des connaissances sur la pratique de la toilette corporelle à travers une recherche qualitative. La publication des résultats de cette recherche aura pour intérêt d'accroître l'offre des publications disponibles sur les soins de base et les soins infirmiers en général.

Le présent rapport est élaboré sur le plan suivant : problématique, revue de littérature, méthodologie, résultats, discussion, recommandations et conclusion.

Chapitre 1 : Problématique

La toilette corporelle aux personnes hospitalisées est un soin direct (Hallouët, Eggers, & Malaquin-Pavan, 2005, 2008) classée dans la catégorie soins de base (Pascal & Frécon Valentin, 2011 ; Smith & Field, 2011). Elle fait partie des soins appelés soins au corps (Bernard, 2004), qui comprennent la toilette, les mobilisations, les soins de bouche, de nez, d'yeux, d'oreilles, la prévention des escarres, sans oublier l'alimentation, l'hydratation et l'élimination. Elle rentre dans le champ de l'initiative et de la responsabilité de l'infirmier. En tant que soin d'hygiène, la toilette corporelle contribue au confort du malade (Bernard, 2004 ; Champault & Sordelet, 1995), au bien-être physique et psychologique, au maintien ou à un réapprentissage de l'autonomie (Bernard, 2004 ; Hallouët et al., 2008).

Les pratiques de la toilette corporelle aux malades hospitalisés varient d'un pays à un autre même dans les pays occidentaux (Boge, Kristoffersen, & Martinsen, 2013). Elles varient également selon que le service soit dévolu aux soins intensifs ou non. La fréquence de la toilette ou du bain au malade dépend des préférences personnelles et des facteurs comme le niveau de la fièvre, l'incontinence et la stabilité du malade (Coyer et al., 2011). Quand le malade est inconscient, la décision de faire sa toilette corporelle relève du seul choix de l'infirmière. Autrement, dans les unités de soins intensifs, deux toilettes par jour est acceptable (Ibid 2011). Dans le contexte occidental, aujourd'hui, de véritables appels sont lancés pour le renforcement des soins de bases notamment de la toilette corporelle car du fait de la charge de travail, ces soins sont souvent mis au second plan (Burns & Day, 2012).

A l'instar d'autres hôpitaux des zones francophones d'Afrique où la pratique infirmière se résume à l'aide à l'observance d'une ordonnance médicale (Koffi et al., 2010), la toilette corporelle n'est pas souvent offerte aux malades hospitalisés au Burkina Faso. En effet, en dehors du Centre hospitalier universitaire de Tingandogo (CHU-T) où elle est réalisée, la toilette corporelle paraît comme une pratique très peu familière aux infirmiers du Burkina Faso.

Dans la littérature, plusieurs raisons sont évoquées pour expliquer la non fourniture des soins de base par les infirmiers et donc de la toilette corporelle. Vollman et al (2015) citant Vollman (2009) estiment que les soins de bases sont absents ou dévalorisés du fait du nombre limités de structures qui insistent sur l'importance des soins de base mais aussi du manque de reconnaissance et de redevabilité par rapport à ce soin (Jensen, Vedel, & Lomborg, 2013). Lavander et al (2016), dans une revue systématique sur l'utilisation du temps de travail et la division du travail chez les infirmiers, expliquaient cette situation par des raisons socioculturelles et religieuses. Pour ces auteurs, la non réalisation des soins directs dont la toilette corporelle par les infirmiers pouvait être liée aussi au rôle de chef d'équipe qu'ils occupaient dans certaines structures car les infirmiers y assuraient d'avantage la coordination des interventions que les soins eux-mêmes.

Nous n'avons pas retrouvé d'étude scientifique traitant de la toilette corporelle aux personnes hospitalisées au Burkina Faso. Cependant, les entretiens exploratoires que nous avons eus avec les personnes ressources sur la question de la réalisation de la toilette corporelle à la personne hospitalisée dans les hôpitaux au Burkina Faso, mettaient en cause, notamment, une inadéquation de la formation du personnel infirmier, une mauvaise perception de ce soin par les infirmiers, des infrastructures et équipements non adaptés et une insuffisance des politiques d'application des soins de bases dans les hôpitaux. En rapport avec l'insuffisance des politiques d'application des soins de base dans les hôpitaux, il est intéressant de relever que la toilette corporelle n'est pas dûment mentionnée dans les documents de référence en soins infirmiers du Burkina Faso tels que le Protocoles de soins infirmiers et sages-femmes du Centre hospitalier universitaire Sanou Souro (CHUSS) (2005), le rapport définitif des normes et indicateurs de la pratique infirmière en milieu hospitalier (2004) et le Manuel de procédures pour la prise en charge des patients en urgence au CHU-YO (2003).

La non réalisation de la toilette corporelle a des implications. Elle constitue une violation du droit à la santé du malade (Curtis & Wiseman, 2007 ; Ministère de la Santé, 2007a ; Conférence internationale sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en

Afrique, 2008 ; Smith & Field, 2011). Elle met en cause l'intégration, la continuité et la globalité des soins (Smith & Field, 2011). Elle constitue également une occasion manquée pour établir des relations de confiance avec le malade, pour évaluer son état de santé et mieux communiquer avec lui, voire pour contribuer à son éducation en matière de santé (Martinez, 2006). La toilette corporelle contribue à la réduction des affections associés aux soins et de la durée de séjour en milieu hospitalier (Vollman, 2013 ; Quinn et al., 2014). Elle renforce l'estime de soi et le sentiment de bien-être du malade (Curtis & Wiseman, 2007). Elle contribue à la qualité des soins (Quinn et al., 2014).

Compte tenu des implications de l'absence de toilette corporelle, Il est indispensable de mettre la toilette corporelle au cœur de la pratique infirmière dans les hôpitaux du Burkina Faso. En effet, à l'instar d'autres parties du monde, le contexte des soins infirmiers évolue (Ng'ang'a & Byrne, 2015 ; Lavander et al., 2016). Il s'agit notamment d'une augmentation des besoins en soins pour personnes âgées (Hien et al., 2017), d'une exigence de plus en plus affirmée pour des soins de santé de qualité (Buchet-Molfessis, 2008), des impératifs de respect des droits des utilisateurs des services de santé (Ministère de la Santé, 2007b) mais, surtout de la nécessité d'un retour aux soins infirmiers de base comme le recommande nombre d'auteurs (Bernard, 2004 ; Curtis & Wiseman, 2007 ; St-Germain, Blais, & Cara, 2008 ; D'Amour et al., 2012). Cela est d'autant plus important que les plaintes relatives à la qualité des soins sont de plus en plus fréquentes et que la toilette corporelle est un soin centré sur le patient et fondé sur les preuves (Gamé et al., 2009).

La toilette corporelle semble aller de soi dans les pays occidentaux, mais dans notre contexte, en l'absence de données scientifiques, elle est teintée d'une grande subjectivité qu'il s'avère pertinent à explorer. En effet, il ressort des échanges exploratoires que nous avons effectué que beaucoup d'infirmiers ne sont pas prêts à offrir ce soin aux patients. Assurer la toilette corporelle à un patient, à ce titre, semble être une expérience particulière, voire une épreuve pour les infirmiers burkinabé, qui mérite d'être connue à travers une étude scientifique.

1-1 But de la recherche

Le but de la présente étude est de contribuer à la qualité des soins offerts aux malades hospitalisés par les infirmiers du Centre hospitalier universitaire de Tingandogo.

1-2 Question de recherche

Quelle est l'expérience vécue de la toilette corporelle par les infirmiers dans le Centre Hospitalier Universitaire de Tingandogo ?

Les questions spécifiques de cette recherche sont :

- Quelles sont les attitudes des infirmiers face à la toilette corporelle d'un malade hospitalisé ?
- Quelles sont les aptitudes nécessaires aux infirmiers pour assurer la toilette corporelle d'un malade hospitalisé ?
- Quelles sont les émotions/sentiments de l'infirmier en lien avec la toilette corporelle d'un malade hospitalisé ?
- Quelles significations les infirmiers donnent-ils à la toilette corporelle d'un malade hospitalisé ?

1-3 Objectifs de recherche

1-3.1 Objectif général

Comprendre l'expérience vécue de la toilette corporelle par les infirmiers du Centre hospitalier universitaire de Tingandogo.

1-4 Objectifs spécifiques

1) Décrire les connaissances des infirmiers du CHU-T sur la toilette corporelle à la personne hospitalisée ;
2) Décrire les attitudes des infirmiers du CHU-T face à la toilette corporelle aux personnes hospitalisées ;
3) Décrire les émotions des infirmiers du CHU-T sur la toilette corporelles à la personne hospitalisée ;
4) Comprendre le sens que les infirmiers du CHU-T donnent à leur expérience de la toilette corporelle à un malade hospitalisé.

Chapitre 2 : Revue de littérature

Notre revue de la littérature comportera les points suivants : la définition des concepts, l'occupation des infirmiers en milieu hospitalier, les expériences vécues par les infirmiers et le cadre théorique de l'étude

2-1 Définition des concepts

2-1-1 Attitudes des infirmiers

Pour Phaneuf (2010, p. 2), se basant sur la définition d'Allport (1935), « *une attitude est un état mental de préparation à l'action qui exerce une influence dynamique sur nos comportements* ». Une attitude donc est une tendance à poser un jugement ou à faire une action. Tzeng (2011) citant la définition qu'en donne Merriam-Webster Online (2010) dit que l'attitude fait référence à un état mental de préparation à réagir de manière caractéristique à un stimulus (traduction libre). Elle est une évaluation psychologique d'un objet en terme de « bon » ou « mauvais », « d'aimable » ou de « détestable » (Luttik et al., 2017). L'attitude est donc un ensemble de dispositions internes à l'individu qui sont déduites de son discours et ou de son comportement (Michelik, 2008). Elle comprend à la lumière des définitions ci-dessus, une dimension physique, une dimension psychologique et une dimension affective.

2-1-2 Aptitudes de l'infirmier

L'aptitude à travailler est un concept multidimensionnelle (Camerino et al., 2006). Les aptitudes de l'infirmier sont des capacités individuelles (Bisseret, 1971). Selon Ilmarinen (1999), cité par Camerino et al (2006) la perception de l'aptitude à travailler dépend de l'engagement, de la formation, des rapports entre collègues, de l'histoire de la profession et de l'appui des responsables. L'aptitude peut être physique elle est une disposition naturelle (Bisseret, 1971). Elle donne à l'infirmier la capacité d'appliquer son savoir. L'aptitude a une dimension cognitive qui comporte les connaissances et l'expérience de l'individu. Enfin la dernière dimension de l'aptitude est de l'ordre de

l'affecte, c'est-à-dire que l'agent aime ou n'aime pas ce qu'il fait. Les aptitudes sont aussi la capacité de l'infirmier à décider par lui-même des soins à donner aux malades Plus largement elles influencent les attitudes et en retour sont renforcées par la pratique et les expériences vécues.

2-1-3 Émotions/sentiments de l'infirmier

Les sentiments sont des perceptions conscientes perçues de façons frustres (Traïni, 2010) . Elles s'accompagnent de la conscience plus ou moins claire d'une sensation physique, d'une impression c'est-à-dire de l'emprunte que les évènements peuvent imprimer sur notre corps. Ces effets peuvent se révéler d'une intensité et d'une durée très variables (Ibid 2010). Les émotions désignent tous les évènements ou états du champ affectif qui se caractérisent par un ensemble d'éprouvés psychiques accompagnés de façon variables en intensité et en qualité de manifestations physiologiques et comportementales (Cahour & Lancry, 2011). Ces définitions sont proches l'une de l'autre. Elles permettent de considérer que l'émotion serait un sentiment exprimé plus intensément. Dans le cadre de cette étude, nous n'allons pas distinguer les deux termes du fait de leur proximité sémantique. Les émotions/sentiments de l'infirmier sont donc des opinions, des réactions de l'infirmier qu'il a exprimé lors de l'entretien avec le chercheur. Ils ne sont pas souvent exprimés textuellement mais découlent de l'analyse et de l'interprétation des verbatim. Ces émotions/sentiments couvrent des réactions affectives comme la peur, la joie, la tristesse, la colère, etc. ils ont des effets sur l'attitude de l'infirmier. Quand ils sont positifs, ils peuvent l'inciter à assurer la toilette malgré les conditions difficiles de travail. Quand ils sont négatifs, ils constituent un frein à la fourniture de ce soin par les infirmiers.

2-1-4 Environnement de travail de l'infirmier

Dans le cadre de cette étude, l'environnement de travail est l'ensemble des conditions physiques, sociales et psychologiques dans lesquelles évolue l'infirmier sur son lieu de

travail (Cliquennois, 2017). L'environnement de travail est influencé par la mise en œuvre effective de la toilette corporelle au sein de l'hôpital. À son tour, il influence les attitudes des infirmiers vis-à-vis de la toilette corporelle.

2-2 Occupations des infirmiers en milieu hospitalier

2-2-1 Situation dans les pays développés

À ses débuts, l'exercice infirmier était « *essentiellement centré sur l'hygiène corporelle et l'alimentation* » (Bernard, 2004, p. 286). Aujourd'hui, il est attendu des infirmiers beaucoup plus que les activités cliniques. Ils transportent les malades ; ils ont obligation de participer à des réunions, ils font face à la paperasserie administrative et sont investis de responsabilités de plus en plus grandes (Forman, 2011). Ils doivent participer à la qualité totale dans les institutions de santé et à l'efficience des ressources (Martinez, 2006). Des études ont montré que l'utilisation du temps de travail des infirmiers varie en fonction des pays (Déry, 2014). Une étude menée dans le cadre du Projet Do-Research, pilotée par l'Université Laval à Québec et la Haute École Spécialisée Santé-Social (HES-S²) a permis aux chercheurs d'identifier 14 groupes de pratiques (Haute École Spécialisée, Fribourg, 2002) effectuées par les infirmiers (cf. liste des pratiques en annexe 2). Les plus fréquentes sont les pratiques de gestion de l'information (26%), les pratiques professionnelles de la relation (20%), les pratiques technologiques du soin (15%), les pratique d'assistance (12%) les pratiques de régulation (12%), les pratique de déplacement (11%) et les pratiques de récolte d'informations (10%). Une revue systématique des publications scientifiques sur le sujet a identifié vingt et huit catégories de soins (Lavander et al., 2016). Selon ces auteurs, les infirmiers utilisaient 4-41% de leurs temps pour les soins directs, 40-48% pour les soins indirects. Les activités dédiées au fonctionnement de l'unité consommaient 3-29% du temps et les activités personnelles occupaient 12-22% du temps de l'infirmier. Furaker cité par Déry (2014), affirmait que 25% du temps des infirmiers est consacré aux activités administratives et de documentation.

2-2-2 Situation en Afrique et au Burkina Faso

Dans une étude menée en Afrique du Sud, Msuya et al (2017) ont trouvé que 68% des infirmiers avaient déclaré avoir déjà fait des prescriptions médicales. Ils effectuaient d'autres taches non infirmières comme les sutures (85%), les incisions et drainages (50%) l'extraction de corps étrangers, l'extraction/insertion des implants de contraceptifs et autres cathéters. Ces chiffres en Afrique Francophone au Sud du Sahara doivent être majorés. Une étude quantitative, menée dans les pays d'Afrique au Sud du Sahara par Uys et al (2013)dont l'objectif était de décrire les taches courantes et les rôles des infirmiers et sages-femmes a montré que les dix principales occupations de ce personnel portaient sur la collaboration avec les autres professionnels pour les traitements, l'administration médicamenteuse par voie intramusculaire, les traitements par voie veineuse, l'évaluation du statut respiratoire, l'évaluation de l'état de santé du malade, l'administration des médicaments par voie orale, la prise de tension artérielle, la transmission des cas aux collègues et l'aménagement de l'environnement pour la sécurité des soins. Cette étude apporte la preuve que les soins de bases et notamment la toilette corporelle ne sont pas au cœur de l'activité infirmière et sage-femme dans les hôpitaux en Afrique Subsaharienne.

Au Burkina Faso, nous n'avons pas retrouvé d'études sur l'utilisation du temps de travail par les infirmiers dans les hôpitaux. Aussi, de façon empirique et sur la base de notre expérience de terrain, les tâches effectuées par l'infirmier au Burkina Faso, dans une unité de soins peuvent se résumer en l'exécution des protocoles thérapeutiques médicaux (administration des médicaments aux heures indiquées), la prise des constantes dans le cadre du suivi médical du malade, l'accompagnement des médecins lors de la visite médicale, la consignation des instructions du médecin sur les supports de transmissions. L'évaluation infirmière du malade et son suivi, les soins de base dont la toilette corporelle, la collecte des données pour le dossier infirmier, l'enseignement aux familles ne sont pas effectifs ou sont peu visibles. A l'instar de beaucoup de pays d'Afrique au Sud du Sahara, les soins de bases sont relégués aux familles (Elanga, 2011). Pourtant, le programme de formation des infirmiers dont le dernier en date

reconnaît à l'infirmier plusieurs fonctions dont celles promotionnelle, préventive, curative, ré adaptative, de formation et de gestion. Ces fonctions sont enseignées à travers des compétences déclinées en tâches et processus. Elles couvrent la plupart des 121 soins décrits par Hallouët, Eggers, et Malaquin-Pavan (2005). La réalité est que l'infirmier burkinabé est perçue comme une personne se substituant au médecin (Compaoré, 1999). Il relègue ainsi les soins du rôle propre à des personnes non qualifiées dont la famille notamment alors que le Code de déontologie en ses articles 31 et 32 stipule respectivement que « *l'infirmier/ère ne doit en aucune circonstances déléguer la pratique des actes infirmiers à toute autre personne non qualifiée à cet effet* » et « *l'infirmier/ère doit entretenir ses compétences professionnelles. Il/elle doit, dans sa pratique professionnelle, se référer aux dernières avancées de la science infirmière* ». Le fait alors que des taches enseignées ne soient pas effectuées sur le terrain interroge. Le contexte historique de développement de la profession infirmière au Burkina Faso et les contraintes liées à la loi (Présidence du Faso, 2006), couplés au fait que les soins infirmiers sont peu valorisés peuvent expliquer cette situation. Mais ces raisons sont-elles suffisantes ?

2-3 Expérience vécue par les infirmiers

Selon le Centre National de Ressources Lexical, l'expérience est un fait vécu. C'est un ensemble de connaissances concrètes acquises par l'usage et le contact avec la réalité de la vie, et prêtes à être mises en pratique (Ortolang, 2018). L'expérience vécue, est à la fois, la source et l'objet de la recherche phénoménologique (Van Manen, 1990). Les occupations des infirmiers en milieu de travail participent des expériences qu'ils vivent. Celles-ci ont été l'objet de recherche suivant diverses approches méthodologiques. Nous n'avons pas retrouvé de travaux traitant de l'expérience de vie des infirmiers en lien avec la toilette corporelle au malade. Nous pensons que la systématisation de la toilette corporelle en milieu hospitalier constitue une innovation pour le système de soins du Burkina Faso. À ce titre son introduction dans le paquet des soins aux malades présente des similitudes avec d'autres situations expérientielles vécues par les infirmiers. Pour

mettre à nu ces problématiques, nous proposons ci-dessous les résumées de quelques recherches ainsi que l'intérêt qu'elles peuvent avoir par rapport à la présente étude.

Barthélemy et al (2008) dans une étude basée sur la méthode de l'analyse causale ont répertorié les facteurs qui contribuent à la résistance des infirmiers à la mise en œuvre des soins palliatifs. Ils ont pu construire un arbre de causalité composé de six branches dont celle de l'efficacité personnelle de l'infirmier. À ce niveau, ce sont la compétence de l'agent, la reconnaissance par le soignant du bienfondé du soin et la reconnaissance par autrui de ses compétences qui sont les causes de la résistance aux changements. Cette étude a permis d'établir un parallèle avec les difficultés rapportées au CHU-T, en lien avec la toilette corporelle. Ces difficultés sont liées à des frustrations du personnel qui effectuent ce soin et à leurs démotivations (Centre hospitalier universitaire Blaise Compaoré, 2015). Ces difficultés pourraient traduire une résistance au changement de la part des infirmiers surtout quand ils sont les seuls à offrir ce soin au sein des hôpitaux publics du pays.

Dans un devis de recherche qualitatif de type phénoménologique, St Germain et al (2008) reconnaissaient le nombre d'années comme un facteur intrinsèque qui facilite l'approche de caring des infirmiers avec le malade. Les facteurs extrinsèques identifiés qui pouvaient être la base d'une résistance au caring étaient une organisation des soins non centrée sur les besoins des patients, l'insuffisance de ressources humaines et matérielle, le manque de formation continue et le manque de soutien de la part des gestionnaires. L'intérêt de cette étude était qu'elle mettait en lumière les facteurs qui pouvaient être considérés pour comprendre les réticences de certains agents à effectuer la toilette corporelle qui est un soin de base, dont la réalisation relève du caring ou du prendre soin.

La signification du temps supplémentaire obligatoire (TSO) tel que vécu par des infirmières en centre hospitalier est une étude sur l'une des contraintes majeures que subissent les infirmiers dans le contexte de la pénurie en ressources humaines au Canada (Manon, 2007). En effet, il leur est souvent demandé de travailler au-delà des heures

normales planifiées de travail pour suppléer notamment à l'absence non prévue d'un collègue ou pour supporter une charge de travail excessive pour l'équipe du jour. Cette étude également de type phénoménologique menée auprès de cinq infirmières avait pour but de décrire et comprendre la signification, selon leurs propres perceptions, du temps supplémentaire obligatoire, tel que vécu par des infirmières œuvrant en centre hospitalier. Les thèmes ayant émergés étaient l'insatisfaction liée au processus administratif menant au TSO, l'emprise associée aux enjeux de pouvoir, la détresse psychologique provoquée par la contrainte du TSO, le déséquilibre des sphères personnelles, professionnelles, familiales et sociales, la perturbation des valeurs de caring et du climat de travail associée au processus de TSO, les stratégies d'adaptation au phénomène de TSO et enfin, le regard positif à l'expérience de TSO. Compte tenu des réactions des infirmiers du Burkina, lors des entretiens exploratoires, face à la toilette corporelle, ces thématiques doivent aussi déterminer l'acceptation de fournir ce soin car la phase exploratoire de notre étude a établi que la toilette corporelle est perçue par beaucoup d'infirmiers plus comme une obligation, une contrainte qu'un soin qui relève de leur propre initiative.

Ces études (Barthelemy et al., 2008 ; Manon, 2007 ; St-Germain et al., 2008) permettent de mieux comprendre le contexte de mise en œuvre de la toilette corporelle au CHU-T. Elles font ainsi percevoir que ce soin peut être compris par les infirmiers comme un soin imposé face auquel ils font de la résistance surtout que les conditions pour sa réalisation ne sont pas régulièrement réunis (infrastructures, matériel, formation, appui des gestionnaires).

2-4 Toilette corporelle

La toilette corporelle fait partie des soins infirmiers de base (Hallouët et al., 2005, 2008 ; Clemens-Carpiaux, 2005 ; Gamé et al., 2009). Elle fait partie des soins transversaux dont chaque patient doit bénéficier quelques soit sa pathologie (Hallouët et al., 2005 ; Lavander et al., 2016). La toilette corporelle est « *un soin infirmier qui permet de prendre soin du corps et d'en assurer l'hygiène* » (Hallouët et al., 2005, p. 45, 2008, p.

45). Son but, comme celui de l'ensemble des soins de base, est de fournir des soins en amont pour prévenir les complications liées aux soins à travers l'hygiène et la mobilité du malade (El-Soussi & Asfour, 2017). Sa réalisation est importante autant pour le malade que pour la profession. Selon la législation du Burkina Faso inspirée de la loi française, elle relève du rôle propre de l'infirmier, donc de son initiative (Assemblée des Députés du Peuple, 1994 ; Institut Français d'Information juridique, 2017).

La toilette corporelle fait partie des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et l'intervention infirmière vise à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes (Institut Français d'Information juridique, 2017). Sa finalité est de faciliter les soins personnels (Hallouët et al., 2005, 2008 ; Bulechek, Butcher, & Butcher, 2010 ; Pascal & Frécon Valentin, 2011). Néanmoins, le besoin de soins corporels est plus ou moins fonction des caractéristiques individuelles et des circonstances (Håkanson & Öhlén, 2015). La fréquence de la toilette peut ainsi dépendre de l'état du malade (fièvre, incontinence, niveau de conscience, etc.), de ses désirs, de la routine du service, de la charge de travail (Coyer et al., 2011). Généralement en soins intensifs, une séance par jour est acceptée (ibid. 2011).

Même si la toilette corporelle est un soin au cœur de la profession infirmière, à l'image des autres soins de base, dans les pays occidentaux, de nombreux patients souffrent encore aujourd'hui d'un manque de soins de base (Burns & Day, 2012). Aussi existe-il dans ces pays un véritable mouvement pour un retour aux soins de base. Les travaux de Vollman (2013) et d'autres auteurs vont dans ce sens (Burns & Day, 2012 ; Jensen et al., 2013 ; El-Soussi & Asfour, 2017). Dans ce cadre, Vollman (2013) a proposé le concept *d'Interventional Patient Hygiène*, et y inclue la toilette du malade, les soins de bouche, les soins aux sondes urinaires, les bains, la gestion des incontinences et la mobilisation du patient. Ils pourraient éventuellement être étendus à l'hygiène des mains et l'asepsie de la peau. Elle estime que ces soins sont des éléments probants de la pratique infirmière. Pour elle, le but de ses soins est de réduire les infections associées aux soins et les lésions de la peau. En Grande Bretagne, le Département de la santé a le

même souci de relance des soins d'hygiène corporelle (Great Britain & Department of Health, 2010). Dans le cadre du benchmarking des soins de base, il a utilisé la notion de *personnal hygiene care*. Celle-ci est comprise comme le nettoyage du corps pour s'assurer que les cheveux, les ongles, les oreilles, les yeux, le nez et la peau sont maintenus dans des conditions optima. Ce concept inclue l'hygiène de la bouche et l'assurance que les ongles et les cheveux ont la longueur appropriée.

Ce mouvement souligne l'importance des soins d'hygiène corporelle pour le malade. Cette importance se situe à plusieurs niveaux. Le premier niveau peut être compris comme un résultat immédiat recherché : contribuer au renforcement de l'estime de soi et au bien-être physique. Nombreux sont les auteurs qui l'attestent (Bernard, 2004 ; Jensen et al., 2013 ; Håkanson & Öhlén, 2015). En second lieu, la toilette corporelle valorise le malade car elle demande son consentement explicite et sa participation au soin, quand cela est possible (Great Britain & Department of Health, 2010) de même qu'elle lui donne un certain contrôle sur sa vie quotidienne et crée du lien avec le personnel soignant (Smith & Field, 2011). Troisièmement, il faut considérer la sécurité que le soin apporte au patient. Ce soin participe, en effet, à la prévention des infections nosocomiales et à la sécurité des malades (Boge et al., 2013 ; Vollman, 2013 ; Quinn et al., 2014 ; El-Soussi & Asfour, 2017). Enfin, sur un plan économique, la toilette corporelle contribue à la réduction du coût des soins de santé par la réduction, notamment, de la durée de séjour (Burns & Day, 2012).

La toilette corporelle a aussi un intérêt pour la profession infirmière. Elle est une occasion pour les infirmiers de partager du temps avec les malades alors qu'il a été prouvé que la satisfaction des patients augmente en fonction du temps de présence des prestataires auprès des malades (Duffield et al., 2011). Par ailleurs, la satisfaction des infirmiers est fortement corrélée à la réalisation effective des soins aux malades (D'Amour et al. 2012). Enfin, sans être exhaustif, il a été établi que les soins de base participent de l'autonomie de l'infirmier dans son exercice professionnelle car la décision d'effectuer la toilette corporelle au malade est une résultante de la démarche de soins (Pascal & Frécon Valentin, 2011).

Malgré ce mouvement en faveur des soins d'hygiène corporelle, des auteurs critiquent la toilette corporelle aux patients. Ce soin suppose une exposition du corps à des personnes étrangères (les professionnels de santé) et dans un environnement non habituel (Håkanson & Öhlén, 2015). Son acceptation, alors, par les malades ou leurs accompagnants peut parfois être difficile. Par ailleurs, la perception par le personnel soignant des risques de se contaminer s'accroît de plus en plus créant probablement un frein à la propension à exécuter les soins d'hygiène corporelle (Carricaburudu, Lhuilierdu, & Merledu, 2008). La toilette serait, aussi, un moyen de répandre les germes du malades sur l'ensemble du corps et de plus, elle perturbe le temps de sommeil des malades du fait que ce soin intervient le plus souvent tardivement dans la nuit(Coyer et al., 2011). Faire la toilette au malade indique que celui-ci a perdu le contrôle partiel de sa vie et cela renforce sa vulnérabilité tout en constituant un défi pour son libre arbitre, son intégrité et son auto estime (Håkanson & Öhlén, 2015).

La pratique des soins infirmiers cependant n'est pas sans souffrance. À Montréal, dans une étude utilisant la psychodynamique du travail, Alderson (2005) a tenté d'établir un lien entre l'organisation du travail des infirmiers et les sources de souffrances ou de plaisir inhérentes à cette organisation. Les résultats indiquaient que les infirmiers se sentaient plus responsabilisés qu'autonomes dans l'exercice de leurs professions. Ils ne se sentaient pas reconnus ni par la hiérarchie ni par leurs paires, ni par les autres professionnels de la santé et étaient plutôt stimulés par les relations d'aides qu'ils apportaient aux utilisateurs des services. Il existe donc une frustration qui se traduit en termes d'absentéisme surtout pour des raisons psychogènes.

2-5 Cadre théorique de l'étude

Les connaissances en sciences infirmières sont riches d'une cinquantaine de théories et modèles conceptuels (Neves et al., 2008). Le modèle de Florence Nightingale est considéré selon ces auteurs comme le ferment qui a permis l'émergence de la conceptualisation moderne de l'infirmière et d'engager un processus de

professionnalisation. Outre Florence Nightingale, il faut retenir comme théoricienne réputée Hildegarde Peplau, Dorothéa Orem, Virginia Henderson, Callista Roy, Jean Watson et Nancy Ropper. L'approche de recherche de la présente étude se fonde sur la philosophie des soins infirmiers de Jean Watson que Cara (2003) perçoit comme indispensable au maintien des soins infirmiers dans un contexte de plus en plus complexe.

Jean Watson est l'une des théoriciennes des soins infirmiers qui considèrent non seulement le soin et le malade, mais aussi le prestataire de soin. Promouvoir et mettre en œuvre les valeurs que sous-tendent la théorie de Watson, dans la pratique quotidienne, favorise le bien-être de l'infirmier, la qualité des soins, mais surtout donne du sens au travail de l'infirmier. Soutenir dans la pratique quotidienne les valeurs du Caring de Watson aide l'infirmière à se transcender et à considérer '*soigner'* non plus comme un simple boulot mais comme une profession gratifiante. Par ailleurs, soutenir la théorie de Watson permet à l'infirmière d'appliquer l'art de soigner mais aussi d'éprouver de la compassion pour le malade et sa famille, de promouvoir leur bienêtre et leur dignité tout en permettant à l'infirmière de murir intérieurement. Selon Watson (Cara, 2003), les éléments important de sa théorie sont les facteurs caratifs (cf. liste en annexe 3), les relations de soins trans-personnels et les occasions de soins. Les facteurs caratifs mettent en avant la dimension humaine des soins mais aussi l'expérience interne subjective des personnes soignées. Ils ont pour finalité l'humanisation des soins.

Les travaux de Watson ont inspiré la mise en place de plusieurs modèles de soins infirmiers. Certains sont destinés à l'organisation des soins dans les structures de santé, d'autres en plus servent à la conception des programmes de formation des infirmiers et à la recherche en sciences infirmières. Nous proposons ci-dessous trois modèles de soins infirmiers qui selon nous peuvent aider à mieux comprendre l'expérience vécue de la toilette corporelle par les infirmiers au malade hospitalisé. Nous allons développer d'avantage le modèle de Quality Caring de Duffy et Hostin (Duffy, 2009) car il permet de notre point de vue de se centrer d'avantage sur l'infirmier.

2-5-1 Le Modèle de MCGILL

Le Modèle de McGill selon Birot et al (2005) est un modèle de référence dans le domaine des soins centrés sur la personne. Il a été conçu par Dr Moyra Allen suite aux travaux de l'OMS sur les Soins De Santé Primaires dans les années 1970. Il est une approche globale et intégrée de la santé et du traitement des patients. Il s'appuie sur une conception des soins infirmiers qui met en avant le partenariat individu/soignant/famille. L'essence des soins est une relation de caring avec l'individu et sa famille ayant pour but la promotion de la santé. Le modèle s'appuie sur quatre concepts que sont la personne, l'environnement, les soins infirmiers et la santé. L'infirmière qui intervient auprès de la famille doit prendre en compte ces quatre éléments pour se centrer sur le maintien et la promotion de la santé. Ce modèle a vocation plus à servir à l'organisation des soins qu'à comprendre l'expérience vécue des infirmiers.

2-5-2 Le Modèle humaniste des soins infirmiers (UdeM)

La synthèse qui suit a été tirée d'un article publié par Cara et al (2016). Le Modèle Humaniste des soins infirmiers (UdeM) a été développé afin de promouvoir « *l'excellence dans la prestation de tous les soins infirmiers basée sur une relation humaniste - caring, appuyée par une pratique professionnelle collaborative et exemplaire, centrée sur la Personne et son expérience de santé* »(Cara et al., 2016, p. 24). C'est un modèle de soin qui a vocation à être utilisé dans la formation des infirmiers, la pratique clinique infirmière et la recherche en sciences infirmières. Ce modèle a été conçu par Cara et Girard pour répondre aux difficultés d'applications de la théorie humaniste du caring de Watson sur le terrain. Le modèle est construit autour de quatre concepts centraux que sont la personne, la santé, l'environnement et le soin. Le centre d'intérêt du modèle est que l'infirmière accompagne d'une façon humaine, relationnelle et transformatrice la personne, qui, en interaction avec le monde qui l'entoure, donne une signification unique à son expérience de santé.

2-5-3 Le Quality Caring Model de Duffy et Hoskin (Duffy, 2009)

Le cadre théorique que nous avons retenu pour mener notre étude est le Quality-caring Model de Duffy et Hoskin (Duffy, 2009) . Il est une combinaison du modèle de la qualité des soins de A. Donabedian avec le modèle conceptuel des soins infirmiers de Jean Watson En tant que théorie intermédiaire, ce modèle vise à guider autant la pratique, l'enseignement que la recherche en soins infirmiers. Selon Duffy et Hoskin (2003) cités par Duffy (2009), le Quality-Caring Model est centré sur quatre composants critiques : les participants, les relations de caring, le sentiment de prendre soin et la santé.

- Les participants

Selon Duffy (2009), le concept de participant désigne les entités incluses dans le processus de soins. Il peut s'agir du malade ou du prestataire ou encore de l'institution de soin. Ces entités ont une dignité et fonctionnent en relation avec les autres. Chaque individu est à la fois biopsychosocial, culturel et spirituel. Il a des caractéristiques, des attitudes, des comportements et des expériences de vie unique qui ensemble forment les bases d'un champ phénoménologique ou réalité subjective. Le champ phénoménal de l'individu influence la signification qu'il donne à l'expérience vécue y compris de la santé et de la maladie.

- Les relations de caring

Le caring représente l'activité d'aider une autre personne à croitre et à s'actualiser. Les relations de caring mettent l'accent sur le respect aux personnes et le sens que celles-ci donnent à leur expérience de la santé ou de la maladie. Elles incluent les attitudes et les comportements que les infirmiers de façon autonome mettent en œuvre pour satisfaire les besoins des malades mais également la collaboration entre professionnels. Ces relations renforcent les connaissances, la sécurité, le confort de l'infirmier et du malade. Elles affectent les émotions et sentiments de ces derniers. Le but de cette relation est de protéger, renforcer, préserver la dignité, l'humanité et l'harmonie de la personne soignée. Les relations de caring reflètent le savoir-faire et le savoir être.

- Le sentiment de prendre soin et la santé

La résultante des relations de caring est le sentiment de prendre soins. Cette émotion est importante selon Mashek & Aron (2004) cité par Duffy, car elle est associée au

contentement, à la satisfaction des besoins, à l'acceptation et à la validation du soin (traduction libre). Quand les malades sentent qu'on prend soin d'eux, ils éprouvent du calme, se sentent protéger de tout dommage et leur dignité est conservée.

L'objectif de cette étude est de comprendre le sens que les infirmiers donnent à leurs expériences de la toilette corporelle à un malade hospitalisé. Aussi, l'infirmier en tant que fournisseur de soins (provider) du modèle de Duffy et Hoskin est au centre de notre étude. Notre recherche a été en conséquence focalisée sur la description des attitudes, des comportements et des expériences de vie des infirmiers.

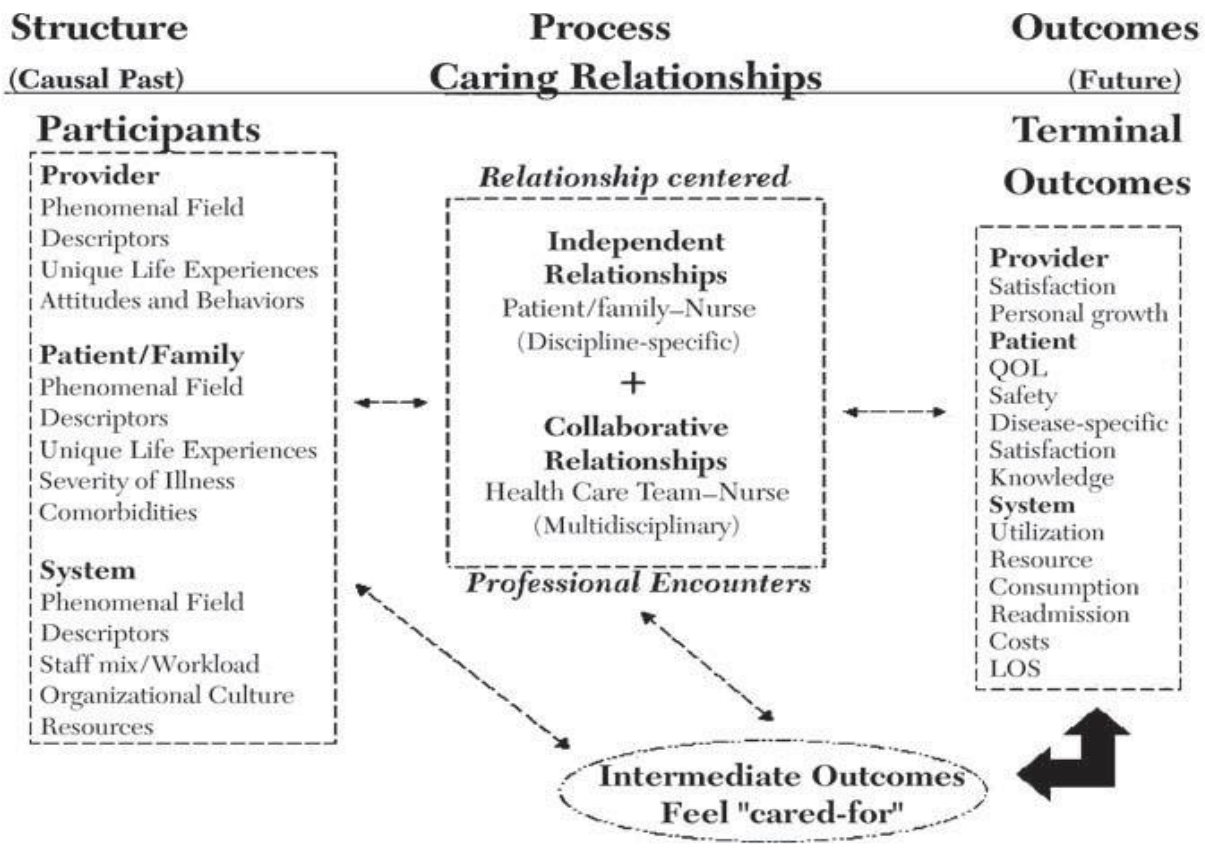

Figure 1: Schéma du Quality Care Model de Duffy et Hoskin (2008)

Chapitre 3 : Méthodologie

3-1 Site de l’étude

Le site de l’étude est le Centre Hospitalier Universitaire de Tingandogo (CHU-T) précédemment appelé Centre hospitalier universitaire Blaise Compaoré (CHU-T). Ce centre, fonctionnel depuis 2011, est le fruit de la coopération entre le Burkina Faso et la Chine Taïwan. D’un point de vue infrastructurel, et en matière d’équipement, il est à un niveau élevé par rapport aux autres hôpitaux du pays. Il s’agit d’un hôpital de troisième niveau.

Le CHU-T est situé dans le village de Tingandogo, commune de Komsilga province du Kadiogo. Techniquement le CHU-T est organisé en services cliniques et en service médicotechniques. Les services techniques comprennent les services de médecine et des spécialités médicales, les services de chirurgie et des spécialités chirurgicales, les services des consultations externes, le pool mère-enfant, le service VIP et le service des urgences. Il est à noter que les services de chirurgies et des spécialités chirurgicales comprennent les services de chirurgies viscérales et de chirurgies traumatologiques. Le pool mère enfant est composé du service de la maternité, de la gynécologie, le service de néonatologie et celui de la pédiatrie. Ainsi de façon détaillée, il existe 10 services cliniques où les infirmiers interviennent au CHU-T.

Les infrastructures qui composent l’hôpital sont de type semi-pavillonnaire, avec une capacité d'accueil de 600 lits (Centre Hospitalier Universitaire Blaise Compaoré, 2018).

Pour ce qui est du personnel, les infirmiers y travaillant au 31 décembre 2017 (hormis les attachés et les conseillers) sont au nombre de 168 dont 144 femmes soit 85,71% d’infirmières. Les aides-soignantes ou infirmières brevetées sont au nombre de 73 dont 63 femmes. Ces chiffres indiquent ainsi que le personnel infirmier dévolu à la toilette corporelle du malade suivant les fiches de poste par profil est de 43,45% des effectifs infirmiers (Centre Hospitalier Universitaire Blaise Compaoré, 2018).

Du point de vue des activités menées au sein du CHU-T, en 2016, 11 600 personnes y ont été reçues en 2016. Les personnes ayant été hospitalisées étaient au nombre de 6 358 dont 413 décès. Le taux d'occupation des lits est de 23,39%. Par ailleurs, le rapport 2016 du CHU-T indiquait une progression constante de la fréquentation sur les trois dernières années. C'est ainsi que le nombre de consultations en 2014 qui était de 7 961 est passé à 20 238 en 2015 puis à 23 044 en 2016.

La Direction des soins infirmiers et obstétricaux (DSIO) coordonne les activités des infirmiers. Les activités des infirmiers (IDE et aides-soignants) sont définies à partir des fiches de postes qui ont servi aux recrutements.

3-2 Type de l'étude

Il s'agit d'une étude qualitative de type phénoménologique pour comprendre l'expérience vécue de la toilette corporelle par les infirmiers du CHU-T. Le postulat de notre recherche est ontologique en ce sens que nous nous intéressons aux infirmiers en tant que personnes exerçant la profession infirmière (Creswell, 2006). L'approche phénoménologique est pertinente ici car elle vise à dévoiler l'essence commune des expériences humaines par une analyse des descriptions qu'en font les personnes qui les ont vécues (Rousseau & Saillant, 1996 ; Meyor, 2005).

3-3 Population de l'étude

Notre population d'étude est l'ensemble des infirmiers du CHU-T y ayant vécu l'expérience de la toilette corporelle aux patients hospitalisés et qui répondaient aux critères d'inclusion.

Les critères d'inclusion retenus ont été :

- Être infirmier dans une des unités de soins du CHU-T (IDE ou IB) ;

- Avoir une ancienneté d'au moins un an dans la pratique infirmière au CHU-T ; Nous pensons que ce temps passé au CHU-T est suffisant pour permettre à un nouvel agent de se familiariser avec la structure et de prendre conscience des difficultés et contraintes liées à la pratique de la toilette corporelle ;
- Avoir effectué au moins une fois la toilette corporelle à un patient hospitalisé au sein du CHU-T ;
- Accepter participer à l'étude.

3-4 Échantillonnage et échantillon

Notre processus d'échantillonnage est basé sur les travaux de Pirès (1997). En tant que recherche dont l'objet est de connaître l'expérience vécue des individus sur un phénomène, l'échantillonnage est intentionnel. Ici, chaque participant est un informateur car pouvant rendre compte de ses sentiments et perceptions sur son expérience de la toilette corporelle. Dans le souci d'assurer la plus grande diversification possible dans l'échantillon, tous les services ont été représentés par au moins un agent.

Notre échantillon théorique a été de 25 personnes car selon Creswell (2006) citant Polkinghorne (1989), la taille recommandée de l'échantillon dans le cadre d'une étude phénoménologique peut variée de 5 à 25 participants.

3-5 Méthodes, techniques et outils

L'enquête a été la méthode utilisée et l'entretien individuel approfondi comme technique. Au cours de chaque entretien individuel approfondi, il a été utilisé un guide d'entretien comme outil de collecte des données.

Les entretiens individuels approfondis composés de questions ouvertes sont recommandés par de nombreux auteurs dans le cadre des études phénoménologiques (Creswell, 2006, 2009 ; Ribau et al., 2005 ; Ryan, Coughlan, & Cronin, 2007). Une fiche

guide a été conçue à ce propos. Selon Ryan et al (2007), le journal de bord doit servir à recueillir les observations, impressions et réflexions de l'étudiant chercheur sur le sujet pendant les entretiens ou lors des lectures des rapports ou autres documents internes (fiches de poste, fiches techniques). Aussi, un journal de bord a été mis en place à cette fin. Les informations issues du journal de bord ont servi à la triangulation des données issues des verbatim suivant les recommandation de Sin (2010) . Enfin, le troisième outil utilisé a été la fiche de collecte des données sociodémographiques. Cet outil a servi à la description des participants à l'étude.

3-6 Déroulement et recrutement des participants

Avant le début de la collecte proprement dite, il a été obtenu l'avis du comité national d'éthique pour la recherche en santé (cf. annexe 13) et de la Direction générale du CHU-T (cf. annexe 14).

La présente étude s'est déroulée du 01 mars au 10 novembre 2018. Lors de la collecte des données, pour le choix des participants, il s'est fait en collaboration avec la Direction des soins infirmiers et obstétricaux (DSIO) et les responsables des services de soins infirmiers. La DSIO a introduit l'étudiant chercheur auprès d'un des responsables de services infirmiers. Avec lui, l'étudiant chercheur a établi un programme de recrutement des participants dans les différents services infirmiers. Il a retenu d'inclure par service au moins un agent ayant l'habitude, de préférence, de faire la toilette corporelle aux malades dans le service. Ces modalités opérationnelles ayant été arrêtées avec la DSIO, dans chaque service visité, la fiche d'information était distribuée aux infirmiers présents et une synthèse orale des objectifs et de la méthodologie de la recherche leur était présentée par l'étudiant. Ils étaient ensuite invités à lire la fiche d'information afin de se déterminer par rapport à leur participation. Les surveillants d'unité ont orienté l'étudiant chercheur vers certains infirmiers pour le recrutement et encouragé certains à se porter volontaire en fonction de leur régularité à fournir ce soin et des critères d'inclusion. Les infirmiers ont été recrutés en fonction de leur disponibilité et de leur consentement à participer à l'enquête. Les entretiens se sont déroulés au sein du CHU-T dans les services

où travaillaient les participants. Le choix du lieu de l'entretien a été à l'initiative du participant suivant les suggestions de l'étudiant chercheur. Il s'agit généralement d'un bureau calme, pouvant assurer une discrétion auditive et où les enregistrements pouvaient se faire sans interférences extérieures.

3-7 Analyse des données

L'analyse des données a été faite suivant les recommandations de Creswell (2006). Ainsi, les données collectées ont été transcrites intégralement. Les phrases et expressions significatives, pouvant aider à comprendre comment les infirmiers expérimentent le phénomène de la toilette corporelle, ont été soulignées. Les expressions ou phrases ainsi relevées ont servi à la description de l'expérience vécue des infirmiers ainsi qu'à la description des éléments du contexte de l'étude qui influencent l'expérience vécue des infirmiers.

Concrètement, il a été fait une analyse de base de données textuelles (Malterud, 2001). Aussi, après plusieurs lectures des verbatim, il a été procédé manuellement au codage des données en unités d'analyse. Le codage était basé sur l'unité de sens car l'objet d'étude portait sur un phénomène bien précis (Allard-Poesi, 2003). Au décours du processus, les verbatim ont été divisés en unités de signification. Les unités de signification retenues étaient des mots ou des groupes de mots qui avaient un lien avec les thèmes du modèle de Duffy et Hoskin.

La formulation des unités de signification s'est faite à plusieurs reprises dans le souci de rester proche de la formulation originelle des participants. L'étudiant chercheur en s'inspirant du vocabulaire spécifique à la science infirmière et par la méthode de variation libre et imaginaire, a procédé à la catégorisation de ces unités par un regroupement suivant la proximité de signification. Pour cela à défaut de logiciel spécifique de traitement des données qualitatives, l'étudiant chercheur à utiliser le

logiciel Excel pour la catégorisation des unités de signification en sous thèmes et thèmes.

3-8 Considérations éthiques

Il a été obtenu un avis favorable du comité national d'éthique pour la recherche en santé le 19 juillet 2018 et l'autorisation d'enquêter de la Direction générale du CHU-T a été obtenue le 24 juillet 2018 (Cf. annexe 12 et annexe 13).

Du fait que l'hôpital soit excentré et du fait du système de roulement du personnel, les responsables des services infirmiers ont recommandé un recrutement suivi immédiatement de l'entrevu. L'étudiant chercheur, a tenu à donner néanmoins un minimum de deux heures de temps aux participants pour prendre connaissance du contenu du formulaire d'information avant de procéder aux entretiens. Ainsi, chaque infirmier présent au moment du passage dans le service de l'étudiant chercheur a reçu un formulaire d'information. Les volontaires qui ont pris part à l'enquête se sont déterminés après avoir pris ainsi connaissance de ce document. Chaque participant, par ailleurs, avant les entretiens approfondis, a donné son consentement écrit en signant une fiche de consentement après que les informations relatives à l'étude lui aient été communiquées oralement. Ils ont été informés que les entretiens étaient enregistrés et qu'il n'y avait pas de rémunération liée à leur participation. Les entretiens se sont déroulés au sein des services où travaillent les participants.

Pour protéger l'anonymat des participants, l'étudiant chercheur a procédé à un double codage de l'identité des participants. Dans un premier temps, les noms ont été codés par l'utilisation des principales consonnes de leurs nom de famille et /ou de leur services. Par la suite, ces identités ont été classés par ordre alphabétique et les numéros des participants leurs ont été attribués sur cette base. Ainsi, le numéro de participant ne réfère ni à l'ordre de l'entrevu, ni au service d'origine du participant. Aussi, la levée de l'anonymat ne peut se faire que par la levée des deux codes. Les participants seront identifiés pour les besoins de la présentation des résultats sous les codes Part 'X'.

L’étudiant chercheur s’est engagé à détruire les enregistrements une année au plus tard après la validation du mémoire. Pour assurer la confidentialité des entretiens, les lieux des entrevues ont été choisi de commun accord avec le participant afin d’assurer la discrétion auditive et visuelle lors des échanges.

Chapitre 4 : Résultats

4-1 Présentation des participants à l'étude

La diversification interne a été assurée et la saturation a été obtenue avec 16 participants. Le nombre de participants de sexe féminin était de 12 sur les 16. L'âge moyen était de 37 ans et les âges extrêmes étaient de 31 ans pour l'âge minimum et de 49 ans pour l'âge maximum. En termes de profil infirmier, 10 participants étaient des infirmiers brevetés (IB) appelées « aides-soignants » au CHU-T et 6 étaient des infirmiers diplômées d'État (IDE). Selon la situation matrimoniale, 13 des 16 participants étaient mariés. Le nombre moyen d'enfants par participant était de 2 avec un maxima de 4 enfants. Aussi, 11 participants ont eu à travailler dans les structures privées avant de rejoindre le CHU-T.

4-2 Résultats de l'analyse phénoménologique

L'analyse phénoménologique des verbatim a permis d'identifier 177 unités de signification dont la catégorisation a donné 22 sous thèmes qui ont été regroupés en 4 thèmes (cf. annexe 11) : les attitudes des infirmiers, les aptitudes des infirmiers, les émotions /sentiments des infirmiers, et l'environnement de travail de l'infirmier. Ce dernier thème a émergé de l'analyse bien qu'au départ, il n'avait pas été pris en compte dans les objectifs de recherche. Les lectures et relectures des verbatim couplées à la littérature spécialisée infirmière ont permis de dégager l'essence de l'expérience vécue de la toilette corporelle au patient hospitalisé par les infirmiers du CHU-T. La présentation des résultats issus de l'analyse phénoménologique est faite suivant les thèmes et sous thèmes dégagés lors de l'analyse.

4-2.1 Attitudes des infirmiers

Les sous thèmes qui ont émergés relatifs aux attitudes des infirmiers étaient l'implication de la famille aux soins, le comportement professionnel des infirmiers, les opinions des infirmiers sur la toilette corporelle, et le soutien aux collègues.

a) L'implication de la famille aux soins

L'implication de la famille pour les soins se traduit par la recherche de l'avis du malade sur la température de l'eau et d'autres besoins relatifs à la toilette corporelle. Les propos de Part 9 en témoignaient dans les termes suivants :

> Voilà, je demande d'abord au malade, puisque y en a qui n'aiment pas l'eau chaude, et si la personne veut l'eau chaude, mbon, j'essaie de panacher à un degré, mbon, et heu, comment dirai-je ? Raisonnable quoi !

L'implication de la famille peut aussi se traduire par une demande d'assistance à la réalisation de la toilette corporelle proprement dite ou à la surveillance du malade. Cela arrive par exemple quand le personnel n'est pas disponible comme l'affirmait Part 13 : « *Mais compte tenu du nombre de personnel, on est obligé souvent de demander aux parents, voilà, s'ils peuvent nous aider* ».

b) Comportement professionnel des infirmiers

Le comportement professionnel des agents est une des sous dimensions de l'attitude des agents quant à la toilette corporelle. Nous les avons regroupés en deux catégories : le comportement professionnel et le comportement non professionnel.

Le comportement professionnel s'interprète à travers les gestes concrets posés par l'infirmier face à une situation qui l'interpelle. À titre d'exemple, Part 12 témoignait en disant : « *... les odeurs, bon, vraiment. C'est à cause de ça que d'autres ne veulent pas laver les, les, les patients. Alors qu'il le faut* ». Certains considèrent que c'est aussi la capacité de percevoir la toilette corporelle comme une opportunité d'appliquer le contenu théorique enseigné à l'école comme le disait Part 5 : « *alors que la toilette aussi, on a appris ça l'école, voilà, c'était l'application maintenant qu'on n'avait pas eu l'occasion de faire* ». Pour certains, il s'agissait de prendre en compte les avantages que procureraient aux malades les gestes qu'il pose notamment dans le cas de la toilette corporelle. Part 4 insistait sur ce point : « *c'est vraiment bénéfique pour le patient quoi,*

si vraiment tu maitrises la technique, je crois que c'est vraiment très bénéfique pour le patient ». Parfois, le comportement professionnel se traduit par la prise en compte des besoins spécifiques du malade et la priorisation des interventions comme l'attestait Part 10 :

> …bon heu si le patient est dans le besoin (toilette corporelle), moi je le fais hein » ; « Ouais, trois infirmiers, une aide-soignante, une fille de salle, voilà. Cinq. Voilà. Si on a trente (malades), voilà, c'est compliqué. Voilà. Il faut trier. Ouais, non, non, pas tous les malades. C'est les grabataires, c'est ça.

Les comportements ne peuvent être effectifs que par une prise de conscience personnelle et des valeurs comme le respect dû au malade notamment de son intimité et de son droit à l'information. Part 5 illustrait dans ses propos la question de la conscience professionnelle : « *Ça dépend de de la conscience de tout un chacun* (agent de santé) ».

Le comportement non professionnel se décrypte à travers le discours également. Il se présente sous plusieurs formes. Il s'agit d'un refus de faire la toilette de la part de certains agents. Part 4 témoignait de ce fait : « *Bah y a d'autres heu… qui ne veulent même pas le faire, ils veulent même pas qu'on en parle même, voilà,* .. ». Il se traduit aussi par de l'absentéisme dans le service comme l'a vécu Part 4:

> Par exemple, aujourd'hui, nous sommes trois. (Silence)… en temps normal, on devrait être cinq…. Sans certificat médical. L'autre a accompagné un patient, l'autre, est, est, est, lui, je ne sais pas pourquoi il n'est pas là, parce que depuis la garde passée, je l'ai pas vu. Jusqu'à aujourd'hui. Heu, … on a deux aides-soignants aujourd'hui, une IDE.

Le comportement non professionnel se traduit aussi par les critiques négatives adressées aux collègues qui assurent la toilette corporelle aux malades. Part7 disait :

> Je me débrouillais, en tout cas sans matériel. On me l'a même, …même les autres collègues là, ont…. ils m'ont souligné ça. Voilà, que chaque fois c'est toi, tu es là-bas,… y a pas le matériel, on, bon. Voilà, donc, bon, je ne sais pas, je ne sais s'ils se disent que bon, ils, on leur avait sous quoi,… je ne sais pas, voilà.

Le comportement non professionnel peut s'exprimer à travers une forme de discrimination à l'encontre de patients porteurs de pathologies transmissibles comme le VIH/SIDA et l'hépatite virale B. En effet, Part 12 disait : « *Et moi, heu, heu, certains ou certaines qui ne veulent pas laver les patients, d'autres pensent que, bon, ça dépend de, de… de la pathologie que le patient a. C'est surtout ça* ». Enfin, le comportement non professionnel se manifeste quand certains infirmiers, pour ne pas avoir à effectuer la toilette corporelle, ne veulent exécuter que les prescriptions médicales. Le comportement non professionnel a pour origine l'absence de vocation pour la profession infirmière. Il a pour conséquence la perception de la toilette corporelle comme un soin fait sous contrainte, le non-respect des fréquences établis pour la toilette corporelle, mais surtout il renforce la tendance actuelle de recul de la pratique de la toilette corporelle au sein du CHU-T.

c) Opinion des infirmiers sur la toilette corporelle

Les opinions des infirmiers sur la toilette corporelle sont également une des dimensions de l'attitude des infirmiers. Ces opinions, qui sont des jugements portés sur la toilette corporelle, peuvent être négatives ou positives.

Les opinions négatives des participants sur la toilette corporelle sont limitées. Part 1 avait le sentiment de se sacrifier surtout du fait de l'absence de matériel de protection. Le témoignage de Part 10 met en lumière le sentiment de honte qu'éprouve certains agents à assurer la toilette corporelle :

> Par exemple comme ça, oui, oui, par exemple comme ça, malheureusement même pour tenir le plateau-là même aller faire un soin, , moi, j'ai vu des gens qui quand, vous,… tenir un plateau comme ça là même…même pas, on veut se cacher faire la chose (la toilette corporelle), même si c'est bizarre-là, faut laisser faire les choses !...Mais effectivement, y a certains qui ne veulent pas qu'on sache.

Les opinions favorables à la toilette corporelle sont des appréciations formulées par les participants qui permettent de les situer par rapport à ce soin. Les qualificatifs de la toilette corporelle à ce moment sont variées : « *moi je me dis que c'est mon rôle propre* » ; « *moi, je pense que c'est une bonne chose de laver les malades, les rendre propre, parce que un malade propre, bon, si il est propre, il est à moitié guéris aussi* » ; *« c'est très nécessaire pour le patient, pour son bienêtre et tout »* ; « *Quelqu'un ne peut pas rester 24 heures, 48 heures sans qu'on nettoie un peu son corps…* ». Ces opinions dont les expressions ci-dessus ne sont que le reflet sont partagées par la majorité des participants. Par ailleurs, il faut considérer que même ceux qui ont une mauvaise perception de la toilette corporelle, sont conscients de son intérêt pour le bienêtre du malade.

d) Soutien aux collègues

Ce volet de l'attitude des infirmiers tel que l'expriment les infirmiers du CHU-T comprend les notions de travail d'équipe où les soins sont administrés sans que les titres soient mis en avant pour l'intérêt du malade. Part 11 en parlait :

> Maintenant, y a un autre groupe qui sont les aides-soignants, normale, normalement, je dis mais ici on fait tout hein, on trie pas réellement, sinon, normalement c'est elles qui font les voies, voies, tout ce qui est voie orale, sondes nasogastriques, les comprimés dans les sondes nasogastriques, les voies orales, voilà, c'est elles qui font ça.

La deuxième dimension du soutien aux collègues est la capacité de partager les informations entre infirmiers. Part 15 en parlait:

> « Mais, lors des échanges, parce que vous savez comme nous sommes entre infirmiers, souvent quand on fait les soins, quand on fait la toilette on sort on peut se partager les idées, voilà. Si par exemple dans l'équipe comme ça, moi, j'ai rencontré telle difficulté, moi, j'ai vu tel cas, on, on peut partager…. »

Le soutien aux collègues, c'est aussi la capacité d'apporter et de demander, de l'aide des autres. La position de Part 11 à ce sujet était clair : « *je ne regarde pas, je ne dis pas que*

ça là, c'est travail d'un tel, ça ne me dit absolument rien. C'est à cause de ça je vous dis que souvent je leur donne un coup de main ». Part 9 expliquait les circonstances dans lesquelles il demanderait de l'aide aux collègues :

> Si y a pas d'accompagnant, et que les autres collègues sont disponibles, je demande de l'aide. Puisque chez les malades comateux, il ne peut pas mbon, il peut rien bouger quoi, faut vraiment l'aider parce qu'il n'est pas autonome.

4-2.2 Aptitudes nécessaires aux infirmiers

Les verbatim des participants ont mis en lumière quatre dimensions pour ce thème : l'autonomie des infirmiers, les connaissances et expériences professionnelles, les exigences spécifiques à la toilette corporelle et l'inadéquation de la formation infirmière.

a) L'autonomie dans le travail

Neuf infirmiers sur les 16 ont évoqués le sous thème de l'autonomie. Ils l'exprimaient d'abord comme des actions à mettre en œuvre sans forcément l'avis d'un médecin. Part 16 l'entendait de cette manière à travers ces propos :

> Comment réhydrater un malade, toilette du malade ? On n'a pas besoin que le médecin soit là. Nous avons été formés pour ça. Donner à boire à un malade, heu donner à manger à un malade, le conseiller de prendre ses remèdes, on n'a pas besoin de chose… voilà. Donc, je disais que heu, la toilette du du des patients-là, c'est des soins propres infirmiers. Heu, c'est des soins, qui sont enfin, dévolus aux infirmiers.

Part 6 et Part 10 percevaient cette autonomie en termes de décisions personnelles à prendre. Ainsi, Part 10 déclarait :

> … puisque les toilettes généralement y a des mbon, y a des moments aussi, où on fait, on nettoie le malade, ce n'est pas parce que c'est l'heure de la toilette mais parce qu'on, on sent que y a quelque chose qui ne va pas. Soit, y a une odeur, soit le malade transpire du coup, soit il salive beaucoup….

Même si les infirmiers prennent les décisions par eux-mêmes certains pensent toujours que la toilette relève de la décision du médecin. C'est le cas de Part 9 : *« normalement, ça devrait relever du médecin* ».

b) Les connaissances et expériences professionnelles

Les connaissances et expériences professionnelles se reflètent en partie dans les opinions que les infirmiers ont de la toilette corporelle. Ces opinions n'expriment pas une adhésion au principe de la toilette corporelle mais permettent de définir la posture de l'infirmier par rapport à ce soin. C'est ainsi que certains infirmiers considéraient la toilette comme une simple tache professionnelle qui peut être comprises à travers les expressions ci-après : « *On doit faire la toilette, on fait la toilette* » (Part 8), «. *ha, ça fait partie de mes tâches, on me paie pour ça* » (Part 3) ; « *Ha, bon, il faut, heu, c'est la même chose que quand tu … pars pour vider les cabinets. C'est la même chose. Mmm. Tu dois bien le faire* » (Part 7) ; «*Parce que on m'a dit que c'est ce que je dois faire je le fais, puisque je mange dedans* » (Part 12).

D'autres considéraient la toilette en tant que soin de suppléance. Ils l'assuraient aux malades quand ceux-ci ne pouvaient pas le faire par eux-mêmes. Ce comportement qui étroitement lié aux attitudes possibles de l'infirmier relèverait surtout des connaissances et expériences de l'infirmier qui doit identifier le malade dans le besoin de toilette corporelle. Part 4 le dit : « *Et comme il n'est pas conscient, on est, obligé que quelqu'un l'aide un peu à satisfaire un certain nombre de besoins* ». Part 10 décrivait la nature du lien qui pouvait se créer entre le malade et l'infirmier :

> Donc, moi, je pense que c'est, c'est même là le plus difficile du travail, à mon avis. Parce que quelqu'un qui ne peut pas soulever le bras, qui ne peut pas soulever le pied, si on le retourne pas, il va faire des escarres, bon, il faut… il faut qu'il, …c'est comme si tu étais tu, tu, devenais les fonctions vitales de la personne en fait. …. on se dit ha ça veut dire que la personne, il faisait ça, il faisait ça, il faisait ça, toi, maintenant, c'est à toi de faire. Bon, … en tout cas, tu essaies de donner le meilleur de toi-même pour le faire. … Parce que laver un malade, c'est, c'est se substituer, c'est se substituer à lui pour lui donner le bien-être qu'il ne peut pas se donner.

La toilette corporelle est aussi comprise par une majorité d'infirmiers comme un soin permettant d'introduire d'autres soins infirmiers. E Part 9 en parlait :

> Après la toilette, j'avais déjà préparé mes draps propres et je passe maintenant au réfection de lit…après ça mbon, si y a du talc, ou bien heu, des pommades que je dois passer au niveau des points de pression pour éviter les escarres. Bon j'essaie de passer ça, mmm, mmm. Et si je vois que le malade est vraiment couché y a longtemps, j'essaie de faire des frictions à l'alcool avant de passer le talc maintenant. Voilà, après ça, j'installe correctement le malade sur le lit et je passe sa couverture.

Enfin, La toilette corporelle était considérée comme une activité habituelle du point de vue de certains infirmiers car c'est un soin qu'ils prodiguaient chaque jour. Certains le faisaient à chaque garde, d'autres, le matin avant la descente.

c) Exigences de la toilette corporelle

Les aptitudes requises pour assurer la toilette corporelle, en dehors des connaissances et expériences professionnelles, sont, suivant les participants, de répondre à des exigences physiques et psychologiques. Au niveau des exigences physiques, il y a l'aptitude physique à faire la toilette corporelle comme le disait Part 11 : « *même y a des gens qui peuvent pas le faire parce qu'ils ont soit des bon, y a des gens qui ont des problèmes de dos, donc, ça fait qu'ils ne peuvent pas faire* ». Les exigences psychologiques sont d'aimer le travail comme en témoigne les affirmations ci-dessous : « *et que tu puisses et, heu, heu, et aimer ce que tu fais sinon ce n'est pas facile* » (Part 3), « *Les objectifs que vous vous êtes fixés là moi je pense que si tu aimes le travail, les soins infirmiers seulement là, tu les traverses sans problème* » (Part 4), « *mmmh, c'est l'amour du métier avant tout…bon, si ce sont tes taches, tu ne dois pas avoir honte de faire les taches de… que tu dois faire. Ni être gêné.* »

d) Inadéquation de la formation

Il s'agit plutôt d'un constat effectué au décours de la toilette corporelle que d'une aptitude proprement dite. La pratique de la toilette corporelle rend l'infirmier néanmoins apte à apprécier les écarts entre la théorie enseignée et la réalité vécue de la toilette corporelle. Part 16 en parlait : « *... pourtant dans les écoles, on nous apprend et on est noté même pour ça mais quand on sort, c'est autre chose !* ». Cette situation a des conséquences dont témoignaient les participants. Il s'agissait de la réticence de certains infirmiers à assurer la toilette corporelle ou de l'abandon de la toilette corporelle aux parents des malades.

4-2.3 Émotions/sentiments de l'infirmier

Nous constatons que les émotions/sentiments sont de deux types : des émotions /sentiments positifs et des émotions/sentiments négatifs. Nous avons constaté que les infirmiers ressentent simultanément ces deux types d'émotions d'où le malaise voire le déchirement qu'ils peuvent ressentir quand ils sont appelés à effectuer la toilette corporelle à un malade hospitalisé. Les émotions/sentiments positifs sont le sentiment de satisfaction de l'infirmier et l'empathie pour les malades. Les émotions/sentiments négatifs sont la perception négative des conditions de travail et les ressentis des infirmiers en lien avec la toilette corporelle.

a) Le sentiment de satisfaction de l'infirmier

Concrètement, certains infirmiers éprouvent du plaisir à faire la toilette des malades

: *« non, non, moi quand je fais même, pendant même le bain-là, vraiment je suis contente »* (Part 12). D'autres ressentent de la fierté à faire les soins infirmiers. Part 9 témoignait *:*

> Mbon, je ne sais pas comment je vais dire ça mais c'est un sentiment de fierté pour moi. Je suis fière parce que je vois que heu, je vais donner un plus dans les soins infirmiers. Voilà. C'est un plus. Un plus parce que non seulement je vais aider le malade, en plus, moi-même, profondément, au plus profond de moi, c'est une fierté.

Le sentiment de satisfaction de l'infirmière peut provenir de la satisfaction que l'infirmière constate chez le malade après les soins. *«Après l'avoir fait si le malade est satisfait, ça te fait plaisir, quelque part, toi aussi, tu es satisfaite » (Part 8*). La satisfaction du malade se manifeste quand par exemple il bénit l'infirmière. *Part 1 en témoignait:*

> Bon, ça, ça c'est à dire, y a certaines personnes, certains patients quand tu finis, tant qu'ils peuvent parler, ils te remercient. Ils te donnent des bénédictions, bon d'autres même demandent ton contact parce que vraiment, ils sont content de toi, bon, c'a fait plaisir de savoir qu'un malade est content parce qu'il est propre.

Cette satisfaction du malade peut se traduire par les déclarations du malade relatives à l'amélioration d'une de ces fonctions : *« Heu, souvent même le malade même va l'exprimé. Il va dire ha, que maintenant-là, ça va, je peux bien respirer. Haha. Donc, ça veut dire que heu, lui, lui-même, il sait que c'est,… c'est capital »* (Part 16).

b) Empathie pour le malade

L'empathie de l'infirmier pour le malade se traduit de différentes manières. Elle peut s'exprimer par un désir de prévenir les infections nosocomiales au profit du malade et de sa famille.

> Si un malade n'est pas propre, c'est-à-dire que si il n'a pas été traité, bon traité, entre guillemets tu n'as plus les soins de toilette là, bon il est exposé aux différentes infections que nous connaissons ! Tu vois. Hei, ça peut donner même les septicémies, ça dépend de l'entrée, quand ce n'est pas fait, et des infections de toutes sortes hein. (Part 16).

L'empathie s'exprime aussi à travers le fait que l'infirmière peut se mettre à la place du malade comme le dit Part 7 : «… *parce que quand moi je fais la toilette, je me mets à la place de la personne. Ça pourrait être moi ou quelqu'un de ma famille»*. L'empathie se manifeste par l'altruisme de l'infirmière pour le malade : les expressions suivantes rendent bien compte de ce sentiment : «*C'est pour l'aider dans ces soins, pour l'aider à se sentir mieux* »; « *le malade est à l'aise…, confortable comme les autres* » ; «*Faut au moins…bien s'occuper d'eux, …* » ; « *Donc, il faut tout mettre en place pour que cet enfant-là soit en tout cas bien dans son état* », « *Donc, quand on le fait, c'est d'abord pour le bien-être du malade* ». L'empathie que les infirmiers ont pour les malades est quelques fois un sentiment de pitié qu'ils éprouvent devant certaines situations à l'exemple de Part 11 :

> C'est le fait que la personne, c'est comme si c'était bon, on a pitié de la personne quoi. C'est, c'est comme si on voyait la déchéance humaine, quelqu'un qui est là, qui certainement, quand il était en bonne santé, il faisant ses choses lui-même. Mais aujourd'hui, c'est quelqu'un d'autre qui est chargé de…, bon, c'est, ce qu'on ressent… c'est comme si tu étais tu, tu, devenais les fonctions vitales de la personne en fait. Puisque c'est toi qui est chargé de lui soulever la main, et c'est toi qui est chargé de lui bouger le pied pour qu'il y ait une bonne circulation sanguine, c'est surtout ça.

c) La perception négative des conditions de travail

Cette perception regroupait un éventail d'opinions. Ces opinions étaient négatives et portaient sur les conditions matérielles de travail. On en retient les ruptures d'eau dont parlait Part 1 :

> Souvent, après la toilette, nous même, on n'a pas d'eau pour se laver parce que souvent, il y a des coupures d'eaux tout ça. Donc tu es obligé de rentrer chez toi avec. Oui, tu fais la toilette toi-même tu transpires, tu n'as pas,… après la toilette, normalement tu dois prendre aussi une toilette avant de rentrer chez toi, mais mbon.

Part 8 décrivait également la même situation : « *Souvent vous finissez la toilette, y a même pas l'eau pour vous laver les mains. Ah, oui, si y a coupure vous faite comment ? Y a pas d'eau* ».

Comme autre élément renforçant la perception négative des conditions de travail, il y a la question du matériel pour effectuer la toilette corporelle. Ce matériel était soit inadapté ou encore totalement absent. Part 5 en parlait : *« Mais souvent, c'est le, c'est le matériel qui nous manque souvent,… .. Le matériel de protection surtout pour la toilette* ». Ce problème ne semblait pas ponctuel mais récurrent : «. *Ce qui revient toujours, c'est le manque de matériel* ». Quoiqu'il en soit cette situation liée au matériel constituait un frein pour assurer la toilette corporelle aux malades hospitalisés Part 14 pointait du doigt la situation :

> voilà le le gros problème c'est si y a les kits , le kit complet, si y a l'aide, je pense pas que à ce moment heu, il n'y a, il n'y a plus de problème on le fait naturellement . Voilà, le vrai problème, c'est ça seulement. C'est la disponibilité là. Sinon, si y en a, on le fait.

Part 15 était explicite sur les conséquences de l'absence ou de l'inadéquation du matériel :

> C'est comme si tu envoies quelqu'un pour cultiver et que tu ne lui donnes pas une daba. Heu, ça devient un peu plus compliqué. C'est ça aussi souvent qui, qui enlève la valeur de la chose et que, bon, tout le monde peut regarder, fuir la tâche et laisser à la famille qui ne va pas forcément bien le faire. Bon, c'est comme ce que j'ai dit. Quand tu as une bavette et autre part si tu as tous les trucs réunis, heu, les odeurs et autres et tout, tout, tout, y a pas de souci…Mais si tu n'as pas ça, heu, tu vois, tu, tu … y a un désagrément, un désagrément. Un désagrément, puisque tu vas te rendre compte,…

La troisième cause de la perception négative des conditions de travail est la surcharge de travail.. Elle est une opinion des infirmiers quant à leur charge de travail. Elle se fonde sur l'augmentation de la fréquentation du CHU-T et sur l'insuffisance en ressources humaines. Part 5 posait le problème : « *souvent, on a assez de malades, et le nombre de personnel ne permet pas de faire la toilette de tous les malades* ». Part 16 donnait son opinion :

> Un malade qui ne peut pas,…. qui est impotent. Vous allez faire toilette comment avec une ou deux personnes ? Il faut, il faut, mobiliser le malade, il faut dans tout, c'est, ça

> demande un nombre (de personnes). Ce qui veut dire, faut, à ça demande un certain nombre de conditions qu'il faut remplir. Ya le matériel,…ça, et aussi, c'est ce que je disais on ne peut pas demander de faire de toilettes à un malade avec un petit nombre.

La surcharge de travail *a* des conséquences qui sont de reléguer la toilette corporelle comme une activité secondaire, menée après les autres soins comme le disait Part 14 2 : *« avant, on est en nombre insuffisant. On peut se retrouver avec 20 patients. Donc ce n'est pas toujours évident de faire tous les soins et venir faire la toilette* ». La surcharge de travail a ses racines dans l'insuffisance en personnel et l'absentéisme dans le service : « *Ce n'est pas qu'on ne veut pas, on y arrive pas. Y a beaucoup, voilà, y a beaucoup de malades…, j'étais vraiment occupée puisque la coéquipière n'était pas là* » (Part 2) ou encore dans l'insuffisance de soutien entre collègues : « *… surtout quand tu es… tu es seule pour faire la toilette du malade, mais d'autres aussi, d'autres qui aident mbon, insignifiant, puisque c'est pas à tout moment* ».

d) Les ressentis des infirmières en lien avec la toilette corporelle

Les ressentis sont des sentiments ou des réactions affectives vis-à-vis de la toilette corporelle. Nous présentons ici les sentiments négatifs tels ceux d'être diminuer, dévalorisé, de culpabilité et d'insécurité.

Le sentiment d'être dévalorisé est prédominant par rapport à des réactions comme la culpabilité et l'insécurité vis-à-vis du soin. Il exprime l'impression de l'infirmier d'être traité moins que ce qu'il vaut en réalité. Part 15 l'exprimait clairement :

> Peut-être, c'est genre se de, se diminuer. Le fait de le faire là, ils se disent que ça les diminuent. Tu es allé étudier et on t'a appris les soins infirmiers à l'école et voilà, voilà, voilà, voilà… de venir pour laver un malade ou quoi, voilà, peut-être genre, c'est, c'est se diminuer…, bon il y a peut-être un peu ça...

Le sentiment d'être dévalorisé tire son origine de la distribution des taches entre infirmiers d'état et aides-soignants ou infirmiers brevetés. Cette distribution est considérée comme frustrante pour ces derniers comme cela était perceptible dans les

propos de Part 3 :*« Ils disent que ça* (la toilette corporelle), *c'est pour les petits infirmiers* ». La distribution des taches a pour implication une restriction des champs d'intervention des aides-soignants. « *Par exemple, ici, les IB, ils n'ont pas droit à la seringue* » déclarait Part 7. Le sentiment d'être dévalorisé se présente aussi comme un manque de respect à leur endroit de la part des autres profils exerçant dans les services. Part 7 a expliqué ce qu'il ressentait :

> Oui. Mais, ici, spécifiquement, on va dire voilà, c'est toi qui hou !!!!... là certains même qui sont ob, ob, obligé de te … toi là, toi là, faut aller faire la toilette de. Ou bien toi, c'est ton dyna, où est ton dynama ? bon…

En fin, le port de la blouse rose était considéré comme stigmatisant et nous avons gardé l'impression que certains aides-soignants ne souhaitaient pas porter cette tenue pendant les heures de services.

Le deuxième type de ressentis des infirmiers du CHU-T est le sentiment de culpabilité. Il survenait suite à des évènements malheureux comme un décès ou un incident critique grave pendant ou immédiatement après la toilette corporelle. L'infirmer se demandait alors s'il n'avait pas commis une faute pendant le soin. Part 1 a raconté une situation qu'elle a vécue :

> Et avant de commencer, je dis à l'accompagnant, ha, je dis, vraiment l'état de ton malade là, c'est mieux qu'on le bouge pas trop, …eux-mêmes ils savaient que y avait plus trop (inaudible), et on ne pouvait plus trop compter, y avait plus d'espoir, c'est le moment qui n'est pas arrivé. Mais bon, je me suis dit, peut être si on n'avait pas fait, il pouvait encore faire une heure, deux heures, ça sera derrière moi et pas dans mes bras quoi. C'est ça qui m'a découragé. Maintenant moi je me suis posé la question c'est parce que je l'ai tourné de position, il n'était même pas sous oxygène. Bon c'est pour dire son état était vraiment critique. Maintenant, mbon, nous tous on savait que ça ne peut, mbon, c'est difficile quoi. C'était un cas d'hépatite C. Mais à la phase finale. Donc, mbon, il était mal barré en tout cas. C'était pas….

Le sentiment d'insécurité est le troisième type de ressentis des infirmiers du CHU-T. Ce sentiment est intimement lié aux conditions de travail. Il est dominé par la peur de se contaminer mais aussi par une atmosphère de travail dominé par les risques de sanctions

quand les infirmiers prennent des initiatives en dehors de leurs champs de compétences décrits sur les fiches de postes. La peur de se contaminer s'exprimaient clairement : « *j'ai peur de m'infecter* » ; « *peut-être que ha, est-ce que en le lavant est-ce que je vais pas m'affecter moi-même, est-ce que je vais pas m'infecter, est-ce que…* » ; « *si ! .. y a des risques de contagions qui sont aussi là. Parce que on ne peut pas ne pas y penser* » ; « *mais quand tu te mets dans la tête que ce patient-là. a un mal, bon . Souvent tu fais tout pour ne pas bon , prendre des risques, voilà.* » ; *« Souvent tu veux passer à l'acte mais y a quelque chose qui te freine* » ; « *Dire que non , y a les enfants, je vais contaminer, faire contaminer, contaminer les enfants, non »*. Le sentiment d'insécurité amenait des réactions de surprotection vis-à-vis des malades : « *Tu portes des bavettes, pourtant c'est pas un cas contagieux mais parce que la personne n'est pas, la chambre n'est pas trop chose… »* (Part 1). Cette peur est 'autant plus grande que certains infirmiers affirmaient que leur traitement salarial ne leur permettait pas de faire face à une infection nosocomiale

Les sentiments et émotions éprouvés par les infirmiers en lien avec la toilette corporelle au malade sont assez variés. Néanmoins, de façon certaine, la satisfaction domine quand la toilette est réalisée. Nous estimons que les infirmiers éprouvent beaucoup d'empathie pour les malades qu'ils ont en charge ce qui parfois peut les amener à poser des gestes qui vont au-delà des pratiques qui leurs sont autorisés. Les sentiments que nous qualifions de négatifs se fondent sur plusieurs raisons. D'abord, il s'agit du sentiment d'être traité en dessous de leurs valeurs professionnelles réelles car les aides-soignants estiment pouvoir faire plus que ce qui leur est autorisé et les IDE pensent qu'on les dégrade quand il leur est demandé d'effectuer des soins comme la toilette corporelle. Outre ce sentiment, il y a la culpabilité qui survient en cas d'incident lié à la toilette corporelle et enfin la peur. Peur de se contaminer d'une part, et peur de subir des sanctions administratives d'autre part. Ces sentiments nous paraissent avoir un lien fort avec les conditions matérielles et psychologique de travail, donc avec l'environnement de travail. Ils sont également influencés ou ils sont suscités par les attitudes adoptées par les collègues.

4-3-5- Environnement de travail de l'infirmier

Les sous thèmes relatifs à l'environnement de travail sont les suivants : activité de routine, amélioration du cadre de travail, appui institutionnel, communication en direction des malades et des familles sur le fonctionnement des services, et renommée de l'hôpital. L'environnement de travail est influencé par la mise en œuvre effective de la toilette corporelle au sein de l'hôpital. À son tour, il influence les attitudes des infirmiers vis-à-vis de la toilette corporelle.

a) Les activités de routine

Ce sont des taches, des activités que les infirmiers sont appelés à mettre en œuvre fréquemment.. Une des infirmières effectuait ce soin bien avant d'être recrutée au CHU-T : « *Ce n'est pas ici seulement que j'ai commencé à faire la toilette, depuis la clinique* ... ». Les autres estimaient que ce soin est un soin qu'ils effectuaient régulièrement. Cependant, il nous paraît pertinent de considérer qu'au regard du nombre restreint d'infirmiers qui considéraient ce soin comme une tache habituelle, qu'il n'est pas encore vraiment ancrée dans les habitudes du personnel du CHU-T et qu'éventuellement les infirmiers n'y pensent pas systématiquement.

b) L'amélioration du cadre de travail

Ce sous thème est en fait un des effets bénéfique de la toilette corporelle sur l'environnement des soins. Les infirmiers estiment que l'amélioration du cadre de travail est nécessaire pour la bonne marche du service et la qualité des soins car elle facilite l'administration des soins. Part 9 en parle :

> Souvent puisque si tu fais la toilette même, tu rentres dans la salle, c'est vraiment bien propre quand tu fais les soins, tu es à l'aise. Mais, tu rentres dans une salle où y a des odeurs, tu ne peux même pas rester longtemps. Alors que tu dois faire les soins. Souvent tu fais les soins à la hâte et tu sors. Ce qui n'est pas intéressant. Mais si la salle là sent, si y a une

> odeur, tu vas revenir et puis partir après. Alors que le temps de faire les va et viens là tu peux perdre beaucoup de chose. Voilà ».

Quand la toilette corporelle est effectuée, la sale est plus agréable.

c) Appui institutionnel

Ce sous thème prend différentes formes qui peuvent se résumer en la non disponibilité du matériel ou inadéquation du matériel, en l'intérêt accordé à la toilette corporelle par la hiérarchie de l'hôpital, au coût des kits de toilette, en la disponibilité des médecins et en la distribution des tâches entre IDE et aides-soignants. Les difficultés autour du matériel sont les griefs les plus fréquents contre l'institution. Part 9 présentait la situation :

> Mbon, ce qui, souvent, ce qui m'inquiète, c'est quand on a pas le matériel de protection, parce que on l'a réclamé depuis longtemps et jusqu'à présent, ça est en stand-by. …Tu vois un malade qui est couché. Qui baigne dans son sang, … le malade est là, il baigne dans son sang. Tu ne sais pas il a quoi. C'est avec les gants en vrac là que tu vas aller faire la toilette…. Ce qui décourage vraiment beaucoup de gens à s'engager. À chaque fois on demande à l'hôpital, on demande même au gouvernement de nous doter de matériel de soins. Du matériel que nous pourrons utiliser pour sauver vraiment les malades… C'est pas simple. Mais si on est vraiment bien doté de matériel, on va vraiment donner le meilleur de nous-même.

La non disponibilité des kits de toilette est un véritable obstacle à la réalisation de la toilette corporelle comme le dit part 14 *:*

> Voilà. Le vrai problème, c'est ça seulement. C'est la disponibilité là. Sinon, si y en a (les kits de toilette) on le fait Donc, avec la rupture des kits et tout, y a eu un bon moment où on n'a pas eu à faire la toilette donc c'est ça qui a fait.

Parmi les initiatives pour réaliser la toilette, il y a la prescription des kits aux familles pour achat en pharmacie. Mais celles-ci sont confrontées aux ruptures en pharmacie, et à leurs coûts élevés. Quand les parents n'arrivent pas à se procurer les kits et que la

toilette corporelle n'est pas effectuée, les sales dégagent des odeurs et les infirmiers sont amenés à faire les soins aux malades vite-vite, sans se donner le temps de bien les faire.

d) Communication en direction des malades et des familles sur le fonctionnement des services

La communication en direction des malades et des familles sur le fonctionnement des services désigne des situations d'interaction entre les infirmiers et les malades ou les membres de leurs familles. Ici, il existe un déficit de communication. Les différends naissent entre les deux groupes du fait que les seconds ne sont pas informés de leurs rôles ou des attentes du personnel à leur endroit Il se traduit par un refus des parents ou accompagnants des malades à obtempérer aux demandes des infirmiers en lien avec les soins de leurs patients. Ces refus portaient sur l'achat de matériel de protection essentiellement. Part 2 a vécu une expérience qui l'a marqué :

> On avait un patient hospitalisé ici maintenant, il avait une méningite. Et la méningite, vous savez que c'est contagieux… y avait pas de gants de toilette, il n'y avait pas de gants de toilette, donc, on a prescrit les gants à la femme du monsieur pour la toilette, elle a refusé d'acheter les gants sous prétexte que y a d'autres qui font la toilette sans les.., voilà sans les gants de toilette… ils font la toilette avec les gants en vrac, et nous nous refusons de faire la toilette avec les mêmes gants. Donc avec ça y a eu beaucoup de problèmes…. donc, la dame là, elle était fâchée contre nous, elle croyait qu'on ne voulait pas faire la toilette de son mari, alors que nous aussi, nous dûmes...souvent se protéger… il faut qu'on se protège. Sinon les maladies nosocomiales, voilà, tout ça là tu vas ramasser des germes que tu vas amener à la maison, les enfants à la maison, par-là vraiment, c'est compliquer. Quand même protégeons-nous.

Ils peuvent aussi être relatifs à la réalisation de certains soins comme la toilette du malade : « *Mais compte tenu du nombre de personnel, on est obligé souvent de demander aux parents, voilà, s'ils peuvent nous aider* (à faire la toilette des malades)… *Y a d'autres aussi qui disent qu'ils ne peuvent pas* ».

Renommée de l'hôpital

La toilette corporelle quand elle est réalisée a un effet positif sur la renommée de l'hôpital. Elle peut contribuer au rayonnement de l'hôpital parmi les autres structures de santé. Le point de vue de Part 9 résume bien cet état de fait :

> …et l'hôpital aussi aura un bon nom parce que ha !.. en tout cas si tu pars à l'hôpital, on s'occupe bien des malades et je vois que dans la sous-région même, dans le pays, même, je pense que hors, hormis les cliniques là, c'est l'hôpital qui en matière de soins pense à la toilettes des malades, à la toilette des malades. Voilà, ailleurs, c'est les soins, on ne pense pas à la toilette. Donc, ça apporte vraiment un plus à l'hôpital. L'hôpital gagne un bon nom. Et les malades vont toujours venir. Voila. Un malade qui est satisfait, il va en parler et les gens vont toujours venir. L'hôpital va gagner.

Les dimensions relatives à l'environnement de travail sont moins évoquées par les infirmiers comparativement aux thèmes centraux au cours de l'analyse phénoménologique de l'expérience vécue de la toilette corporelle. En effet, les infirmiers ont moins parlé de leurs environnement de travail que de leurs sentiments ou émotions ou encore que de leurs aptitudes à effectuer la toilette au malade.

4-3-6- Essence de l'expérience vécue de la toilette corporelle par les infirmiers du CHU-T

Les lectures répétées du verbatim couplées à un examen minutieux des thèmes principaux indiquent que l'essence de l'expérience vécue de la toilette corporelle par les infirmiers du CHU-T est le suivant : « les i*nfirmiers sont satisfaits de faire la toilette corporelle au malade mais les conditions de travail tant matérielles que psychologiques limitent leurs élans* ».

La satisfaction des infirmiers est un effet de la toilette corporelle sur l'infirmier. C'est le sentiment dominant de cette étude au sein des participants. Cette satisfaction peut émaner de la satisfaction même du malade que l'infirmière constate ou trouver sa source

dans la la fierté qu'éprouve l'infirmier d'avoir effectué les soins infirmiers ainsi que des bénédictions prodiguées par les malades :

> Mbon, je ne sais pas comment je vais dire ça mais c'est un sentiment de fierté pour moi. Je suis fière parce que je vois que heu, je vais donner un plus dans les soins infirmiers. Voilà. C'est un plus. Un plus parce que non seulement je vais aider le malade, en plus, moi-même, profondément, au plus profond de moi, c'est une fierté. …Pour certains malades, tu vas faire sa toilette. Il va te donner des bénédictions pas possibles. Et ça te suit. Ces bénédictions nous suivent partout. Ouais. Et j'en ai vraiment fait l'expérience. Surtout chez les personnes âgées.

Si la satisfaction des infirmiers à effectuer la toilette corporelle se fonde sur les effets de la toilette sur le malade elle se base aussi sur l'empathie qu'il éprouve pour ce dernier. Mais, qu'en est-il des conditions de travail qui limitent leurs élans ?

Les contraintes d'ordre psychologiques se présentent d'abord comme des émotions et ressentis des infirmiers. Elles peuvent résulter d'un sentiment de culpabilité ou d'un évènement marquant ou encore d'un sentiment d'insécurité. Ainsi, certains infirmiers ont peur de se contaminer et d'autres du fait qu'ils redoutent des sanctions pour le cas où ils outrepasseraient les taches définies dans leurs fiches de postes. Enfin, les contraintes sont également le sentiment d'être dévalorisé quand ils effectuent la toilette corporelle. Les autres contraintes psychologiques sont la distribution des taches entre IDE et aides-soignants, de même que la charge de travail et les difficultés de communication avec les malades et leurs familles.

En somme, les freins relatifs aux conditions matérielles de travail, sont d'abord la non disponibilité ou l'inadéquation du matériel pour effectuer la toilette corporelle, et les ruptures d'eau. Les contraintes psychologiques sont plus variées. Elles relèvent des ressentis des infirmiers en termes de culpabilité, d'insécurité ou d'insatisfactions liées la distribution des taches ou à la charge de travail.

Chapitre 5 : Discussion

La présente étude avait pour objectif de connaître l'expérience vécue de la toilette corporelle par les infirmiers du CHU-T. Spécifiquement, il s'agissait de décrire leurs attitudes et aptitudes, de décrire leurs émotions/sentiments et enfin de comprendre la signification que ceux-ci ont de cette expérience vécue. Nous allons discuter les résultats obtenus suivants ces objectifs en commençant par la signification de la toilette corporelle pour les infirmiers du CHU-T.

5-1 La signification de l'expérience de la toilette corporelle pour les infirmiers du CHU-T

L'essence de l'expérience vécue de la toilette corporelle est que les infirmiers trouvent de la satisfaction à fournir ce soin aux malades mais que les conditions de travail tant matériel que psychologiques constituent un frein à la réalisation de ce soin. L'étudiant chercheur n'a pas retrouvé d'étude sur la satisfaction au travail des infirmiers au Burkina Faso. Aussi, est-ce une contrainte de faire recours essentiellement à la littérature internationale pour discuter de ce point. À ce niveau les recherches traitant de la satisfaction des infirmières aux travail sont nombreuses (Brunelle, 2009 ; Bougmiza et al., 2011 ; Déry, 2014 ; Bekker, Coetzee, Klopper, & Ellis, 2015 ; Déry, D'Amour, & Roy, 2017 ; Martinez, 2006). Certaines traitaient de la satisfaction de l'infirmière en lien avec la gestion de son temps. D'autres s'intéressaient à l'étendue de pratique infirmière et la satisfaction au travail de l'infirmière ou au modèle d'organisation des soins et la satisfaction des infirmières.

La satisfaction retrouvée chez les infirmières du CHU-T peut selon nous, s'expliquer en partie par l'élargissement de leur étendue effective de pratique. L'étendue de pratique représente l'ensemble des procédures et actions que la loi autorise un infirmier à faire (Lubbe & Roets, 2014). L'étendue effective de pratique est l'ensemble des procédures et actions qu'un infirmier pose dans le cadre de son exercice professionnel (D'Amour et al., 2012). En effet, ceux-ci rapportaient qu'une des conséquences de la réduction de l'étendue de pratique est la faible satisfaction des infirmières au travail. Ce point de vue est conforté par Bekker et al (2015) qui dans une étude quantitative menée dans les

hôpitaux de l'Afrique du Sud avait montré que l'insatisfaction des infirmières au travail était liée aux soins infirmiers non effectués par ceux-ci.

Les participants ont mis en évidence que la toilette corporelle constitue pour l'infirmier du CHU-T une source de satisfaction au travail mais que des conditions de travail sont un véritable frein à la fourniture de ce soin. Les conditions de travail au CHU-T, comparativement aux autres hôpitaux du pays, semblent, en apparence, optimales dans le contexte des hôpitaux du Burkina Faso. Cependant, des difficultés se font de plus en plus jours. Il s'agit de la détérioration des infrastructures et des équipements liée au temps. Il s'agit aussi de la capacité de l'hôpital à renouveler son équipement. Pour le cas spécifique du matériel de protection pour la toilette corporelle, la pharmacie hospitalière du CHU-T n'a pas pu faire face aux besoins après les premiers mois de fonctionnement de la structure (Centre hospitalier universitaire Blaise Compaoré, 2015), et à ce jour, la question de l'approvisionnement des services en matériel pour la toilette corporelle demeure. De ce fait, le CHU-T ne répond pas aux exigences essentielles d'un hôpital magnétique répertoriées par Brunelle (2009) à même de susciter l'engagement des infirmiers à fournir des soins de qualité. Par ailleurs, ces conditions mettent aussi en évidence que l'environnement de travail et le contrôle qui selon Cliquennois (2017) sont également des moteurs de motivation des infirmiers ne sont pas favorables. Les opinions des participants quant à l'adhésion de leurs collègues à effectuer la toilette corporelle aux malades confirmaient les appréhensions qui existaient auparavant: beaucoup d'infirmiers ne sont pas prêt à assurer ce soin. Il apparaît ainsi que ce sont ceux qui pratiquaient la toilette corporelle qui y adhéraient et y trouvaient satisfaction tandis que ceux qui ne le faisaient pas continuaient à considérer ce soin comme un soin dévalorisant. En définitive, l'essence de l'expérience de la toilette corporelle à un malade hospitalisé paraît pertinente car corroborée par la littérature.

5-1- Attitudes de l'infirmier

La description des attitudes des infirmiers montre plusieurs dimensions qui sont la demande de l'assistance de la famille aux soins, le comportement professionnel, l'opinion de l'infirmier sur la toilette corporelle et le soutien aux collègues. Dans une étude menée en RDC en 2014, Karemere (2015) a identifié huit dimensions des attitudes et comportements indésirables auprès des médecins et infirmiers dans un contexte des soins hospitaliers en milieu rural africain. Ces dimensions sont l'honnêteté, la compétence, le comportement relationnel, le rendement, l'indiscipline et la démotivation. Certaines des dimensions se recoupent avec les catégories issues de l'expérience vécue de la toilette corporelle par les infirmiers du CHU-T. Il s'agit de la compétence qui prend en compte l'autonomie au travail et le comportement professionnel ; le comportement relationnel qui couvre le soutien aux collègues, la demande d'assistance aux familles ; et, enfin, la démotivation qui concerne l'opinion de l'infirmier sur la toilette corporelle. Une autre étude menée au Canada indique que le sexe influençait la perception du comportement des infirmiers (Clow, Ricciardelli, & Bartfay, 2014). Les attitudes des infirmiers du CHU-T compte tenu de la féminisation particulière du personnel infirmier (85,71%) dans ce centre doivent en être impactées.

Dans les paragraphes ci-dessous, nous discuterons des différentes dimensions de l'attitude des infirmiers du CHU-T à la lumière de donnés que la littérature fournie.

5-1-1. Implication de la famille aux soins

Cette dimension de l'attitude est déclinée en termes d'assistance physique pendant la réalisation de la toilette corporelle, de recherche de l'avis de la famille sur la température de l'eau de toilette ou encore de fourniture de soins comme couper les ongles du malade. Une étude qualitative menée en Norvège montre que faire participer le malade ou sa famille à la satisfaction de ses besoins était perçu par les infirmiers comme un des moyens de préserver la dignité du malade (Hov, Hedelin, & Athlin, 2013). Dans le cadre spécifique du Burkina, ce comportement peut s'interpréter comme une tentative de fuir

la toilette corporelle d'autant que certains infirmiers préfèreraient que ce soit les familles qui fassent les soins. Il peut être compris aussi en tant que réponse à une charge élevée de travail ou à un manque de volonté de le faire. Cependant, paradoxalement, cette attitude peut contribuer à l'acquisition de nouvelles compétences par le malade et sa famille (Oerther & Oerther, 2018) en ce sens qu'ils apprennent ainsi de nouvelles techniques pour prendre une relative autonomie par rapport au système de soins. L'implication de la famille aux soins au Burkina Faso peut ainsi ne pas poursuivre les mêmes buts que dans les pays occidentaux mais elle peut leur être profitable.

5-1-2. Comportement professionnel des infirmiers

Comme dit précédemment dans les résultats, le comportement professionnel des infirmiers peut être positif ou non. Les appréciations négatives sont issues de l'opinion des participants sur leurs collègues qui refusent de pratiquer la toilette corporelle. Par contre les comportements positifs ont été identifiés à partir des témoignages que les participants ont donnés en lien avec leurs vécus personnels. Quoiqu'il en soit, le comportement de l'infirmier reflète son engagement à l'atteinte des objectifs du CHU-T. Dans une revue de littérature, Cliquennois (2017) met en évidence le lien entre l'engagement et la performance des services infirmiers. Cet engagement est déterminé par des facteurs externes comme la communauté. La communauté est l'aire de vie de l'infirmier au travail (Ibid 2017). Elle est caractérisée par la qualité des relations interpersonnelles et prend en compte le leadership exercé et la coopération au sein de ses membres. Elle est déterminante pour l'engagement des infirmiers. Dans le cadre du CHU-T, les témoignages des participants montrent l'existence d'un sentiment d'insécurité et d'un manque d'autonomie dans leurs pratiques quotidiennes du fait des restrictions liées aux fiches de postes. Ils se veulent prudents à ce moment pour ne pas avoir à rendre des comptes en cas d'incidents. Si l'environnement de travail est un facteur externe, des facteurs internes à l'individu comme la compétence professionnelle peuvent aider à mieux comprendre l'engagement des infirmiers. En effet, pour certains, la supposition existe que certains infirmiers évitent de pratiquer la toilette corporelle

pour ne pas mettre à nu leur incompétence car il existe un lien établi entre la compétence et l'attitude vis-à-vis d'une tâche (Phaneuf, 2010).

5-1-3. Soutien aux collègues

Le soutien aux collègues revêt trois aspects : le travail d'équipe, le partage d'information et l'aide apportée ou reçue des collègues. Il pose la question de la place de l'organisation des équipes de soins dans la fourniture de la toilette corporelle aux patients hospitalisés. L'organisation des équipes de soins au CHU-T est basé sur un roulement de 12heures fois deux contre habituellement 8heures fois trois dans les autres établissements publiques de santé de l'État. Ce modèle affecterait la qualité des relations entre infirmiers ainsi que les processus de la communication (Brunelle, 2009). Les entrevues ont montré l'existence de cas d'absentéismes dans les services qui peuvent être mis en lien avec les changements introduits dans le rythme de travail des infirmiers par rapport à leurs précédents horaires de travail. En effet des études ont montré que des changements dans l'organisation du travail peuvent être cause de problème de santé mentale chez les infirmiers et d'absentéisme (Alderson, 2005). Les participants se plaignent aussi de l'insuffisance de personnel, ce qui en fin de compte donne l'impression, pour chaque agent, d'être débordé, surtout quand un collègue ne se présente pas à son poste. Un autre aspect pouvant grever la collaboration entre paires infirmiers se voit à travers les rapports de confiance que ceux-ci développent entre eux. Du fait de la diversité de provenance des infirmiers et de la règlementation liées aux champs de compétences (fiches de postes), les rapports entre les deux profils d'infirmiers peuvent être difficiles. Quand les aides-soignants sont frustrés de la répartition des tâches, certains IDE refusent de collaborer à la toilette corporelle en se référant à leurs fiches des postes. Ce contexte ne correspond pas aux conditions essentielles des *hôpitaux magnétiques* où les infirmiers développent entre eux des relations de confiances mutuelles et de collaboration (Brunelle, 2009).

5-2- Aptitudes nécessaires aux infirmiers

Les dimensions des aptitudes nécessaires aux infirmiers qui ont émergées de l'analyse phénoménologique sont l'autonomie des infirmiers, les connaissances et expériences professionnelles, les exigences spécifiques à la toilette corporelle. Dans le cadre de la présente discussion nous faisons le choix de mettre l'accent sur la dimension connaissances et expériences professionnelles car nous la considérons comme essentielle à ce concept.

Lors de la collecte des données, l'exécution technique de la toilette corporelle ainsi que le matériel nécessaire ont été décrits de façon détaillée par certains participants. Il ressort de ces descriptions des variations entre individus et entre services du CHU-T. Le devis de la présente recherche, qui est phénoménologique, ne permet pas la mesure du niveau de connaissance des participants sur la toilette corporelle. Par contre, les discours mettent en lumière les connaissances qu'ont les infirmiers de la toilette corporelle (Van Manen, 1990) et de les décrire.

Les infirmiers considéraient la toilette corporelle comme une tache professionnelle qui permet l'intégration d'autres soins tels que changer la position du malade, changer ses draps, l'habiller, l'alimenter, etc. La notion de tâche professionnelle telle que avancée par les participants correspond à la définition que donnaient Jolley et Allan (1989). Pour eux, en se référant à Larson (1977) une des approches pour définir la profession est qu'elle est basée sur les savoir techniques, l'éthique et l'autonomie. La toilette corporelle étant un soin du rôle propre répond à ses critères. L'autonomie impliquant l'intentionnalité, Bernard (2004) considérait la toilette corporelle comme essentielle à la profession infirmière. Elle allait dans le sens de l'intégration des soins en énumérant un ensemble de soins qui peuvent être initiés à l'occasion de la toilette corporelle dont l'habillage personnalisé, l'installation au lit, et le soutien moral au malade.

Les participants affirmaient que la toilette corporelle est un soin de suppléance qui permet de répondre à certains besoins fondamentaux perturbés des malades. Cette

caractéristique de la toilette corporelle est reconnue par bon nombre d'auteurs dont Bernard (2004), Hallouet et al (2005) ainsi que Field et Smith (2010) qui considéraient que la toilette corporelle et les soins assimilés sont assurés par l'infirmier quand le malade n'est pas en mesure de les effectuer par lui-même. Petrou et al (2017) identifient également auprès d'étudiants en soins infirmiers l'aide au patient comme une des perceptions qu'avaient ceux-ci des soins infirmiers.

Pour les participants les bénéfices attendus de la toilette corporelle étaient d'une part de contribuer à la prévention des infections et d'autre part d'aider au mieux-être du malade. D'autres effets de la toilette corporelle étaient également signalés : le renforcement des compétences des infirmiers qui pratiquent ce soin, l'amélioration du cadre de travail, le gain de notoriété de l'hôpital, et l'opportunité qu'elle offre d'évaluer l'état de santé du malade. La contribution de la toilette corporelle à la prévention des infections est reconnue (McGuckin, Shubin, & Hujcs, 2008 ; Burns & Day, 2012 ; Vollman, 2013 ; El-Soussi & Asfour, 2017 ; Souli, 2017). Carr and Benoit (2009) cités par Vollman (2013) ont observé une baisse de 7% à 0% de l'incidence des cas d'escarres dans une unité de soins intensifs de 21 lit d'un centre médical universitaire où une politique de soins d'hygiène de base a été menée. La toilette corporelle comme moyen pour améliorer le mieux-être du malade est étayée par plusieurs auteurs (Bernard, 2004 ; Hallouët et al., 2008 ; Pascal & Frécon Valentin, 2011).

En somme, les discours des infirmiers du CHU-T relatifs à leurs perceptions de la toilette corporelle et de ces avantages montrent de façon pertinente les connaissances qu'ils ont de ce soin. Cependant, en dehors de toute mesure scientifique de leurs niveaux des connaissances et compte tenu du contexte de notre pays, il est prudent d'être réservé à la lumière des travaux de Gukin (2008) cité par Burns et Day (2012) sur le niveau des connaissances des infirmiers du CHUT sur la toilette corporelle. En effet, Gukin a trouvé que les infirmiers américains connaissaient mal les bénéfices potentielles des soins d'hygiène corporelle (Ibid 2012). Des recherches pourraient être menées en vue de mesurer le niveau des connaissances des infirmiers du CHU-T sur la toilette corporelle.

5-3- Émotions/sentiments des infirmiers sur la toilette corporelle

L'analyse des verbatim montre que les infirmiers éprouvent généralement du plaisir à effectuer la toilette corporelle. La satisfaction par rapport à ce soin, ou l'éventuel plaisir qui peut en résulter n'est qu'un résultat à posteriori. À côté de ce sentiment, d'autres sentiments moins favorables existent. Le panel est assez large. Il s'agit de la culpabilité, de la dévalorisation, de l'insécurité ou peur tant de se contaminer que des sanctions administratives. Discuter des émotions et sentiments des infirmiers face à la toilette corporelle revient à discuter des motivations des infirmiers à fournir ce soin quand ils sont confrontés à des conditions matérielles et psychologiques si défavorables. En effet, les infirmiers du CHU-T doivent surmonter des obstacles tels que le peu de considération accordé, l'absence ou l'inadéquation du matériel, les exigences physiques de la toilette corporelle, le regard critique voire désapprobateurs des collègues qui ne veulent pas s'y impliquer, l'absentéisme de certains collègues, les mauvaises odeurs, etc.

La motivation provient du désir de faire quelque chose de sa propre volonté (Baldoni, 2005) Arnold et al (2007) cité par Blaskova et Grazulis (2009) disait que la motivation concerne les sujets qui influencent les gens et les incitent à prendre des décisions concernant ce qu'il faut faire, quelles peines supporter et combien de temps le faire. Dans le contexte de notre étude, nous pouvons dire que bien qu'il y ait une diversité d'émotions/sentiments, ceux en faveur de la toilette corporelle incitent d'avantages à assurer ce soin que ceux qui lui font obstacles.

5-3-1 Satisfaction du travail effectué

Certains infirmiers ont affirmé ressentir comme une nouvelle vocation à faire la toilette corporelle car ils y trouvaient de plus en plus de satisfaction. Cette posture est compatible avec les résultats rapportés de Bekker et al (2015) qui a établi que plus les infirmiers effectuent les soins relevant de leurs rôles plus, plus ils éprouvent de la satisfaction au travail. La question de la conscience dans l'exercice professionnelle

prend en compte les perceptions des infirmiers de ce soin, mais intègre, en plus, les changements induits par l'accroissement de leur étendue de pratiques. Les réactions des infirmiers du CHU-T sont donc proches de celles des infirmiers des pays occidentaux vivant des situations similaires.

5-3-2 Empathie pour le malade

L'empathie pour les malades est un des sentiments que les infirmiers ont souvent mis en avant pour expliquer leur motivation à poursuivre la toilette corporelle aux malades hospitalisés. Ce sentiment les pousse à faire la toilette du malade pour d'une part, de façon intentionnelle, réduire le risque d'infection nosocomiale, mais ils sont surtout animés d'un sentiment d'altruisme, où ils désirent et font le maximum pour le bienêtre du malade. Selon Rézette (2008, p. 19), « *Faire preuve d'empathie à l'égard d'une personne malade permet de la considérer comme un être humain, un sujet en souffrance et de faire attention à elle et à sa souffrance, de trouver des gestes appropriés pour la soulager* ». l'empathie est un facteur essentiel pour les soins centrés sur les patients (Forman, 2011). C'est ce sentiment qui empêche l'infirmier de se murer devant la douleur de la personne et de la traiter comme un objet. Il constitue un moteur du soin (Rézette, 2008). L'empathie est une attitude aidante de l'infirmière dite de compréhension (Daydé & Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, 2010). Elle permet d'être proche, distinct de l'autre, à côté, de s'ouvrir à l'autre pour comprendre la situation qu'il vit sans avoir besoin de se mettre à sa place (Ibid 2010).

5-3-3 Rendre propre l'environnement de travail

Certains participants interrogés ont affirmé que leur motivation à faire la toilette était de rendre leur cadre de travail plus propre. Ils estiment que la toilette corporelle prévient non seulement les infections nosocomiales et les escarres, mais elle les protège eux-mêmes en tant que prestataire. Elle leur permet de travailler plus sereinement du fait que les désagréments liés à l'environnement sont réduits. Les recherches de Massala-Chokwe et Ramukumba (2015) en Afrique du Sud à partir de résultats de focus group

de sages-femmes montrent que rendre l'environnement de travail salubre est un soin en tant que tel. Les participantes à ces focus group ont affirmées qu'elles se sentaient en confiance et surtout à l'aise lors des accouchements quand le cadre de travail est bien préparé. Les similitudes entre les deux travaux sont néanmoins à considérer avec prudence car les résultats obtenus auprès des sages-femmes portent sur l'aménagement de l'environnement alors que la toilette corporelle est une intervention sur la personne et qui met face à face deux être émotifs.

5-3-4 Ressentis de l'infirmier et la propension à assurer la toilette corporelle

Dans les éléments de motivations à faire la toilette corporelle, certains participants ont évoqué la question de la conscience dans l'exercice professionnelle. Ils estiment, en effet, par exemple, que ceux qui n'adhèrent pas au principe de la toilette corporelle au patient hospitalisé devraient changer de métier car il est inacceptable de voir une personne dans des conditions dégradantes et de ne pas songer à y remédier. Cette prise de position de certains participants met en évidence le lien entre la volonté de faire la toilette corporelle et la perception qu'ont les infirmiers de leurs rôles en tant que soignant. Interrogés sur la perception que leurs collègues ont de la toilette corporelle, les participants ont rapporté que de nombreux infirmiers considèrent ce soin comme un soin pour les *petits infirmiers*, un soin dévalorisant qui les diminue. Aussi, refusent-ils de fournir ce soin aux malades hospitalisés mais critiquent en plus ceux qui pratiquent la toilette corporelle aux patients hospitalisés. Pour certains participants à l'étude, ils pratiquent la toilette corporelle par obligation, voire par contrainte car ils pensent ne pas être reconnu et éprouvent beaucoup de souffrances psychologiques liées à ce soin. Ces résultats montrent que le ressenti des infirmiers a un effet sur leur propension à fournir ce soin. Ils corroborent les travaux de Barthélemy et al (2008) sur les résistances des soignants à la mise en pratique des soins palliatifs. Celui-ci trouve, en effet, parmi les facteurs influençant la résistance des soignants le ressenti personnel de l'infirmier. Ces attitudes sont également proches des résultats des travaux de Alderson (2005) sur la santé mentale des infirmières. Ceux-ci montrent des infirmières souffrant d'un manque

de reconnaissance professionnelle, d'autonomie d'exercice et de pouvoir décisionnel sur les actes infirmiers. En considérant que pour beaucoup d'infirmiers du CHU-T, la toilette corporelle demeure un soin « nouveau », qu'ils n'avaient, pour la plupart, jamais fourni auparavant, nous pensons qu'il peut y avoir à certains niveaux comme une forme de résistance. En effet, il est montré que l'intégration de nouveaux soins au paquet des soins affectent particulièrement les infirmiers (Longpré, Dubois, & Thouaket Nguemeleu, 2014). Ils doivent comprendre les motivations des changements pour y ajuster leurs habitudes (Ibid 2014). Ces résistances à la pratique de la toilette corporelle peuvent aussi se comprendre à la lumière de la théorie du Flexihealth Model (Vandenberghe, De Keyser, Vlerick, & D'hoore, 2004). Le concept de Flexihealth a été pensé pour répondre aux exigences de la pénurie en ressources humaines de santé et aux exigences de rentabilité économique des structures de santé. Il est justifié du fait des graves conséquences, tant physiques que psychologiques, sur le personnel de santé que les restructurations ont entraîné. Le CHU-T, en tant que structure nationale, implémentant une nouvelle approche des soins avec un personnel qui a déjà ses habitudes, présente beaucoup de similitudes avec les hôpitaux occidentaux restructurés.

5-4 Limites de l'étude

L'échantillonnage est un volet important dans le cadre d'une recherche qualitative. Pour répondre aux exigences de la diversification externe (Pires, 1997), nous avons tenu à inclure un participant de chaque service technique où les infirmiers interviennent et où l'occurrence d'une toilette corporelle peut se présenter. Nous avons atteint la saturation avant l'inclusion du deuxième participant de certains services.

Nous pensons que la discussion des résultats connaît des limites en ce sens que nous n'avons pas examiné notamment certaines des dimensions des aptitudes nécessaires aux infirmiers pour assurer la toilette corporelle aux malades. La discussion n'a pas porté spécifiquement non plus sur l'environnement de travail. Nous pensons que ces éléments sont néanmoins bien pris en compte dans notre discussion du fait de la forte intrication entre les différents thèmes et sous thèmes de l'étude.

Chapitre 6 : Recommandations

Au décours de cette étude nous formulons les recommandations suggestions suivantes :

6-1 Recommandations à la Direction Générale du CHU-T

1) Rendre disponible le matériel nécessaire à la toilette corporelle. C'est la condition essentielle pour que ce soin puisse se faire. Son absence ou son insuffisance vide de sens tout argumentaire en faveur de la toilette corporelle

2) Améliorer la communication entre les malades et l'Administration du CHU-T à travers la mise en œuvre du livret d'accueil. En effet, ce document défini les droits et devoirs tant de l'hôpital que des personnes hospitalisées. Sa mise en œuvre offre l'opportunité d'informer le malade mais aussi au personnel de se rappeler ses obligations vis-à-vis du malade.

3) Faire fonctionner régulièrement les laboratoires de compétences pour renforcer les compétences des agents. La mise en place des laboratoires de compétences contribuera à l'établissement et à la diffusion de standards pour ce soin et d'autres soins d'une part, mais dans notre contexte, elle constituera un espace d'initiation à la pratique des soins de base et à leurs renforcements.

6-2 Suggestions au Ministère de la santé

1) Renforcer la qualité de la formation infirmière par l'institution de laboratoires de compétences fonctionnels dans les écoles de formation. dans le contexte de la politique actuelle de formation adoptée par l'ENSP fondée sur l'approche pédagogique par les compétences, les laboratoires de compétences sont nécessaires outre qu'ils garantissent que l'infirmier sorti des écoles de formation est capable d'assurer au minimum les soins infirmiers de base

2) Promouvoir une architecture moderne des formations sanitaires. En effet les nouvelles normes de constructions des formations sanitaires offrent les commodités nécessaires à l'exécution des soins de base. Il s'agit entre autre de l'accès aux points d'eaux, aux dispositifs relatifs à la préservation de l'intimité des patients ainsi que de leurs sécurités, etc.

3) Prendre en compte les soins de base, et spécialement la toilette corporelle, dans les processus d'accréditation et de certification des hôpitaux publics.

Conclusion

La toilette corporelle reste un thème peu exploré par la communauté des chercheurs au Burkina Faso. En tant que soin de base, elle peut être considérée comme une activité emblématique pour le personnel infirmier. L'image populaire de l'infirmier comme une personne capable de poser un diagnostic médical et prescrire le traitement adéquat (Compaoré, 1999) doit laisser la place à l'infirmier assumant son rôle propre.

Dans le cadre de la présente étude, la préoccupation a été de comprendre l'expérience vécue des infirmiers assurant la toilette corporelle. Elle a permis de mettre en lumière les sentiments et émotions qui les traversent face à la problématique de la toilette corporelle. Aussi, a-t-elle permis de porter un regard sur les attitudes qu'ont les infirmiers par rapport à ce soin mais aussi de décrypter leurs aptitudes à assurer ce soin. Les résultats globalement ont montré des infirmiers satisfaits de fournir la toilette corporelle au malade hospitalier mais pour lesquels les conditions de travail tant matérielles que psychologiques constituent un frein à l'élan les poussant à fournir ce soin.

Ce qu'il faudrait retenir à la fin notre étude est l'espoir que la toilette corporelle au malade hospitalisé, peut être acceptée et appliquée par les infirmiers. Des politiques engagés dans ce sens, tant au niveau des directions des hôpitaux que du Ministère de la santé devraient permettre d'avoir des résultats probants à moyens termes. Un des moyens serait notamment de moins médicaliser la formation des infirmiers et de mettre d'avantage l'accent sur la pratique effective des soins infirmiers. L'institution des laboratoires de compétences constitue une stratégie pour des résultats à moyens termes. Compte tenu des résultats de notre étude, nous espérons qu'elle pourra servir d'outil de plaidoyer pour le développement des soins de base dans les hôpitaux du Burkina Faso et, ainsi, qu'elle contribuera à la qualité des soins dans nos hôpitaux. /.

Références bibliographiques

Alderson, M. (2005). Analyse psychodynamique du travail infirmier en unités de soins de longue durée : Entre plaisir et souffrance. *Recherche en soins infirmiers, 80*(1), 76. https://doi.org/10.3917/rsi.080.0076

Allard-Poesi, F. (2003). Coder les données. Dans *Conduire un projet de recherche, une perspective qualitative* (pp. 249-290). Caen : Université Paris-Est, IRG.

Assemblée des Députés du Peuple. *Code de la Santé publique* (Loi n°23/94/ADP). , Pub. L. No. Loi n°23/94/ADP (1994).

Baldoni, J. (2005). *Great Motivation Secrets of Great Leaders*. New York : McGraw-Hill eBooks.

Barthelemy, N., Andrien, M., Lecomte, M., Ferir, C., & Serpe, P. (2008). Résistance des soignants à la mise en pratique des soins palliatifs : construction d'un modèle causal. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*, *7*(5), 251-259. https://doi.org/10.1016/j.medpal.2007.12.002

Bekker, M., Coetzee, S. K., Klopper, H. C., & Ellis, S. M. (2015). Non-nursing tasks, nursing tasks left undone and job satisfaction among professional nurses in South African hospitals. *Journal of Nursing Management*, *23*(8), 1115-1125. https://doi.org/10.1111/jonm.12261

Beogo, I., Liu, C.-Y., Dlamini, C. P., & Gagnon, M.-P. (2015). Registered Nurse to Bachelor of Science in Nursing: nesting a fast-track to traditional generic program, teachings from nursing education in Burkina Faso. *BMC Nursing*, *14*(1). https://doi.org/10.1186/s12912-015-0118-2

Bernard, M. F. (2004). Les soins du corps en fin de vie : compétences, humanité et respect…l'essence des soins infirmiers. *Médecine Palliative*, *3*(6), 285-294.

Birot, P., Dervaux, M. P., & Pegon, M. (2005). Le modèle de McGill. *Recherche en soins infirmiers*, *80*(1), 28. https://doi.org/10.3917/rsi.080.0028

Bisseret, N. (1971). Notion d'aptitude et société de classes. *Cahiers Internationaux de Sociologie, NOUVELLE SÉRIE*, *5*, 317-342. Repéré à http://www.jstor.org/stable/40689590

Blaskova, M., & Grazulis, V. (2009). *Motivation of human potentiel: theory and pratice*. Vilnuis : The Monograph.

Boge, J., Kristoffersen, K., & Martinsen, K. (2013). Bodily cleanliness in modern nursing. *Nursing Philosophy*, *14*(2), 78–85.

Bougmiza, I., Ghardallou, M. E., Zedini, C., Lahouimel, H., Nabli-Ajmi, T., Gataa, R., … Mtiraoui, A. (2011). Evaluation de la satisfaction des patientes hospitalisées au service de gynécologie obstétrique de Sousse, Tunisie. *Pan African Medical Journal*, *8*(1).

Brunelle, Y. (2009). Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Pratiques et Organisation des Soins*, *40*(1), 39. https://doi.org/10.3917/pos.401.0039

Buchet-Molfessis, C. (2008). Glissements de tâches de l'infirmier vers l'aide-soignant : le lien entre la formation initiale et le positionnement des nouveaux diplômes. *Recherche en soins infirmiers*, *92*(1), 68. https://doi.org/10.3917/rsi.092.0068

Bulechek, Butcher, & Butcher, H. (2010). *Interventions de soins infirmiers* (2e éd., Vol. Masson). (S.l.) : Masson.

Burns, S. M., & Day, T. (2012). A return to the basics: “Interventional Patient Hygiene” (A call for papers). *Intensive and Critical Care Nursing*, *28*(4), 193-196. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.05.004

Cahour, B., & Lancry, A. (2011). Émotions et activités professionnelles et quotidiennes. *Le travail humain*, *74*(2), 97. https://doi.org/10.3917/th.742.0097

Camerino, D., Conway, P. M., Van der Heijden, B. I. J. M., Estryn-Behar, M., Consonni, D., Gould, D., … the NEXT-Study Group. (2006). Low-perceived work ability, ageing and intention to leave nursing: a comparison among 10 European countries. *Journal of Advanced Nursing*, *56*(5), 542-552. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04046.x

Cara, C. (2003). A pragmatic view of Jean Watson’s caring theory. *International Journal for human caring*, *7*(3), 51-57. Repéré à https://www.researchgate.net/publication/228558812

Cara, C., Gauvin-Lepage, J., Lefebvre, H., Létourneau, D., Alderson, M., Larue, C., … Mathieu, C. (2016). Le Modèle humaniste des soins infirmiers -UdeM : perspective novatrice et pragmatique. *Recherche en soins infirmiers*, *125*(2), 20. https://doi.org/10.3917/rsi.125.0020

Carricaburudu, D., Lhuilierdu, D., & Merledu, V. (2008). Quand soigner rend malade : des soignants face au risque infectieux à l’hôpital. *SFSP*, *20*(Hors Série), 208. https://doi.org/10.3917/spub.080.0057

Centre hospitalier universitaire Blaise Compaoré. (2015). *Toilette complète du patient hospitalisé à l’Unité de Réanimation polyvalente*. CHU-BC : Centre Hospitalier Blaise Compaoré.

Centre Hospitalier Universitaire Blaise Compaoré. (2018). *Rapport annuel d’activité 2017*. Ouagadougou : Publique.

Champault, G., & Sordelet, S. (1995). *Le métier d’informière: des études à la pratique* (Masson). Paris : (s.n.).

Clemens-Carpiaux, A. (2005). La gestion du soin dans le management hospitalier : Approche d’indicateurs d’activité infirmière en Belgique et en France. *Recherche en soins infirmiers*, *81*(2), 6. https://doi.org/10.3917/rsi.081.0006

Cliquennois, N. (2017). *Améliorer la performance des services infirmiers à travers l’engagement des infirmières*. Université de Montréal, Montréal.

Clow, K. A., Ricciardelli, R., & Bartfay, W. J. (2014). Attitudes and stereotypes of male and female nurses: The influence of social roles and ambivalent sexism. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, *46*(3), 446-455. https://doi.org/10.1037/a0034248

Compaoré, T. (1999). *Introduction de l’écrit dans les pratiques infirmières burkinabé* (Mémoire). Ouagadougou.

Conférence internationale sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique. (2008, 30 avril). Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaire et les systèmes de santé en Afrique: améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau millénaire.

Coyer, F. M., O’Sullivan, J., & Cadman, N. (2011). The provision of patient personal hygiene in the intensive care unit: A descriptive exploratory study of bed-bathing practice. *Australian Critical Care*, *24*(3), 198-209. https://doi.org/10.1016/j.aucc.2010.08.001

Creswell. (2006). Five Qualitative Approaches to Inquiry. Dans *Qualitative Inquiry and Research Design* (2e éd., pp. 53-84). Thousand Oaks : Thousand Oaks.

Creswell, J. W. (2009). *Research desing, qualitative, quantitative and mixed approches* (3e éd.). Inde : Sage.

Curtis, K., & Wiseman, T. (2007). Back to basics, Essential nursing care in the ED, Part 2. *Elsevier Science Ltd*, (11), 95-99. https://doi.org/10.1016/j.aenj.2007.11.005

D'Amour, D., Dubois, C.-A., Déry, J., Clarke, S., Tchouaket, É., Blais, R., & Rivard, M. (2012). Measuring Actual Scope of Nursing Practice: A New Tool for Nurse Leaders. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, *42*(5), 248-255. https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e31824337f4

Daydé, M.-C., & Société française d'accompagnement et de soins palliatifs. (2010). *Relation d'aide en soins infirmiers*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson. Repéré à http://www.sciencedirect.com/science/book/9782294094668

Déry, J. (2014). L'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie: ses déterminants et son influence sur la satisfaction professionnelle.

Déry, J., D'Amour, D., & Roy, C. (2017). L'étendue optimale de la pratique infirmière. *Recherche*, *14*(1), 51-55.

Duffield, C., Diers, D., O'Brien-Pallas, L., Aisbett, Roche, M., King, & Aisbett, K. (2011). Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Elsevier Science Ltd*, *24*, 244-255. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2009.12.004

Duffy, J. R. (2009). *Quality Caring in Nursing, Applying Theory to Clinical Practice, Education, and Leadership*. New York : Springer Publishing Company, LLC.

Elanga, E. V. M. (2011). Les profanes « professionnels » de santé : Le garde malade au cœur de l'organisation du système de santé au Cameroun, 6.

El-Soussi, A. H., & Asfour, H. I. (2017). A return to the basics; nurses' practices and knowledge about interventional patient hygiene in critical care units. *Intensive and Critical Care Nursing*, *40*, 11-17. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.10.002

Field, L., & Smith, B. (2010). *Nursing care: an essential guide for nursing, healthcare and social care professionals*. Harlow : Pearson Education.

Forman, H. (2011). Nursing leadership for patient-centered care: Authenticity, presence, intuition, expertise. *Nurse Education in Practice*, *11*(6), e34. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2011.05.010

Friderich, M. L. (2009). *La relation soignant-soigné en 2008 au Burkina Faso en 2008* (Thèse de médecine). Université Henri Poincarré, Nancy I, France.

Gamé, X., Castel-Lacanal, E., Bastié, J.-P., Guillotreau, J., Doumerc, N., De Boissezon, X., … Rischmann, P. (2009). Évaluation de la charge en soins paramédicaux des patients neurologiques dans un service d'urologie. *Progrès en Urologie*, *19*(2), 122-126. https://doi.org/10.1016/j.purol.2008.10.006

Gouvernement du Burkina Faso. *DECRET N°2014-049_PRES_PM_MS du 07 février 2014 portant code de déontologie des infirmiers et infirmières du Burkina Faso. JO N°17 DU 24 AVRIL 2014.html* (2014).

Great Britain, & Department of Health. (2010). *Essence of care 2010: benchmarks for the fundamental aspects of care : benchmarks for personal hygiene*. London : Stationery Office.

Håkanson, C., & Öhlén, J. (2015). Meanings and experiential outcomes of bodily care in a specialist palliative context. *Palliative and Supportive Care, 13*(03), 625-633. https://doi.org/10.1017/S147895151400025X

Hallouët, P., Eggers, J., & Malaquin-Pavan, E. (2005). *Fiches de soins infirmiers* (2e éd.). Paris : Masson.

Hallouët, P., Eggers, J., & Malaquin-Pavan, E. (2008). *Fiches de soins infirmiers* (3e éd.). Paris : Elsevier Masson.

Haute Ecole Spécialisée, Fribourg. (2002, février). Mesure des prestations soignantes dans le système de santé.

Hien, H., Ouédraogo, M., Berthé, A., Konaté, B., Toé, N., Drabo, M. koiné, … Macq, J. (2017). Plaintes des patients: une opportunité pour améliorer la qualité des soins des personnes âgées avec des multimorbidités au Burkina Faso. *Pan African Medical Journal, 28*. https://doi.org/10.11604/pamj.2017.28.140.7297

Hov, R., Hedelin, B., & Athlin, E. (2013). Nursing care for patients on the edge of life in nursing homes: obstacles are overshadowing opportunities: *Nursing care for patients on the edge of life*. *International Journal of Older People Nursing, 8*(1), 50-60. https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2011.00306.x

Institut Français d'Information juridique. *Code de la santé publique français* (Code de la santé publique) (2017).

Jensen, A. L., Vedel, T. W., & Lomborg, K. (2013). A patient-centred approach to assisted personal body care for patients hospitalised with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, (22), 1005-1015. https://doi.org/10.1111/jocn.12050

Jolley, M., & Allan, P. (1989). *Current issues in nursing*. London : Chapman and Hall.

Karemere, H. (2015). Analyse des attitudes et comportements des médecins et infirmiers en tant que levier stratégique de la gestion des ressources hospitalières. *Pan African Medical Journal, 21*. https://doi.org/10.11604/pamj.2015.21.193.6026

Koffi, K., Delmas, P., N'Goran, Y., & Andoh, J. (2010). La recherche infirmière pour le développement de l'approche qualité totale en soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers, 100*(1), 115. https://doi.org/10.3917/rsi.100.0115

Lavander, P., Meriläinen, M., & Turkki, L. (2016). Working time use and division of labour among nurses and health-care workers in hospitals - a systematic review. *Journal of Nursing Management, 24*(8), 1027-1040. https://doi.org/10.1111/jonm.12423

Longpré, C., Dubois, C.-A., & Thouaket Nguemeleu, E. (2014). Associations between level of services integration and nurses' workplace well-being. *Open Access*, 12. https://doi.org/10.1186/s12912-014-0050-x

Lubbe, J. C. I., & Roets, L. (2014). Nurses' Scope of Practice and the Implication for Quality Nursing Care: SoP and Quality Nursing Care. *Journal of Nursing Scholarship, 46*(1), 58-64. https://doi.org/10.1111/jnu.12058

Luttik, M., Goossens, E., Ågren, S., Jaarsma, T., Mårtensson, J., Thompson, D., … On behalf of the Undertaking Nursing Interventions Throughout Europe (UNITE)

research group. (2017). Attitudes of nurses towards family involvement in the care for patients with cardiovascular diseases. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *16*(4), 299-308. https://doi.org/10.1177/1474515116663143

Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*, *358*, 483-488.

Manon, B. (2007). *La signification du temps supplémentaire obligatoire tel que vécu par des infirmières en centre hospitalier* (Mémoire). Université de Montréal, Canada.

Martinez, Z. M. de L. (2006). *La participation aux soins : signification pour des infirmières oeuvrant en milieu hospitalier au Mexique.* (Mémoire). Université de Montréal, Université de Montréal.

Masala-Chokwe, M. E. T., & Ramukumba, T. S. (2015). Exploring the meaning of caring amongst student midwives, professional midwives and educators in Tshwane, South Africa. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, *7*(1). https://doi.org/10.4102/phcfm.v7i1.894

McGuckin, M., Shubin, A., & Hujcs, M. (2008). Interventional patient hygiene model: Infection control and nursing share responsibility for patient safety. *American Journal of Infection Control*, *36*(1), 59-62. https://doi.org/10.1016/j.ajic.2007.01.010

Meda, N. (2017). La tranformation du Ministère de la Santé du Burkina Faso à l'ère du PNDS. [Note conceptuelle].

Meyor, C. (2005). La phénoménologie dans la méthode scientifique et le problème de la subjectivité. *Association pour la recherche qualitative*, *25*(1), 17.

Michelik, F. (2008). La relation attitude-comportement: un état des lieux. *Ethique Economique*, *5*(1), 11. Repéré à https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/3417/2008v6n1_MICHELIK.pdf;sequence=1

Ministère de la Santé. *Arrêté n°2007-240/MS/CAB/ portant chartre de l'utilisateur des services de santé* (N°2007-240 du 24 juillet 2007). , Pub. L. No. N°2007-240 du 24 juillet 2007 (2007).

Ministère de la Santé. *Charte de l'utilisateur des services de santé* (Arrêté n°2007-240/MS/CAB). , Pub. L. No. Arrêté n°2007-240/MS/CAB (2007).

Msuya, M., Blood-Siegfried, J., Chugulu, J., Kidayi, P., Sumaye, J., Machange, R., … Pereira, K. (2017). Descriptive study of nursing scope of practice in rural medically underserved areas of Africa, South of the Sahara. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, *6*, 74-82. https://doi.org/10.1016/j.ijans.2017.04.003

Ndiaye, A. (2003). L'infirmier \(e\) : Pilier du Système de Santé au Sénégal, 40.

Neves, C., Malaquin-Pavan, E., & Debout, C. (2008, avril). Modèles conceptuels et théories de soins, caractéristiques et utilisation pratique. *Elsevier Science Ltd*, pp. 1-6.

Ng'ang'a, N., & Byrne, M. W. (2015). Professional practice models for nurses in low-income countries: an integrative review. *BMC Nursing*, *14*(1). https://doi.org/10.1186/s12912-015-0095-5

Oerther, S., & Oerther, D. B. (2018). Pierre Bourdieu's Theory of Practice offers nurses a framework to uncover embodied knowledge of patients living with disabilities or illnesses: A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing, 74*(4), 818-826. https://doi.org/10.1111/jan.13486

Ortolang. (2018, 22 octobre). CNRTL. Repéré à http://www.cnrtl.fr/definition/exp%C3%A9rience

Pascal, A., & Frécon Valentin, E. (2011). *Diagnostics infirmiers, interventions et résultats: Classifications infirmières et plans de soins* (5e éd.). France : Elsevier Masson.

Petrou, A., Sakellari, E., & Psychogiou, M. (2017). Nursing Students' Perceptions of Caring: A Qualitative Approach. *International Journal of Caring Sciences, 10*, 10.

Phaneuf, M. (2010). Quelques repères pour évaluer les attitudes et les comportements professionnels en soins infirmiers, 23.

Pires, A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. *Gaëtan Morin*, 113-169.

Présidence du Faso. *DECRET N° 2006-463/PRES/PM/MFPRE/MS/MFB portant organisation des emplois spécifiques du Ministère de la Santé* (JO n°42 du 19 octobre 2006). , Pub. L. No. JO n°42 du 19 octobre 2006 (2006).

Quinn, B., Baker, D. L., Cohen, S., Stewart, J. L., Lima, C. A., & Parise, C. (2014). Basic Nursing Care to Prevent Nonventilator Hospital-Acquired Pneumonia: Prevention of Nonventilator Hospital-Acquired Pneumonia. *Journal of Nursing Scholarship, 46*(1), 11-19. https://doi.org/10.1111/jnu.12050

Rézette, S. (2008). *Psychologie clinique en soins infirmiers: exemples cliniques, fiches*. Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine) : Masson. Repéré à http://www.sciencedirect.com/science/book/9782294701924

Ribau, C., Lasry, J.-C., Bouchard, L., Moutel, G., Hervé, C., & Marc-Vergnes, J.-P. (2005). La phénoménologie : une approche scientifique des expériences vécues. *Recherche en soins infirmiers, 81*(2), 21. https://doi.org/10.3917/rsi.081.0021

Rousseau, N., & Saillant, F. (1996). Chercher avec, plutôt que chercher pour...Une introduction aux méthodes qualitatives de recherche en soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, (45), 138-146.

Ryan, F., Coughlan, M., & Cronin, P. (2007). Step-by-step guide to critiquing research. Part 2: qualitative research. *British Journal of Nursing, 16*(12), 738-744. https://doi.org/10.12968/bjon.2007.16.12.23726

Sawadogo, J. (2005). *Adaptation et validation de contenu de normes et de critères de qualité de l'organisation des services infirmiers en milieu hospitalier au Burkina faso*. Canada : Université de Montréal.

Schwartz, B. (2011). *La relation de confiance soigné soignant*. Institut de formation en soins infirmiers.

Sin, S. (2010). Considerations of Quality in Phenomenographic Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 15.

Smith, B., & Field, L. (2011). *Nursing Care an essential guide for nurses and healthcare workers in primary and secondary care* (Pearson Education Limited). (S.l.) : Pearson.

Souli, M. (2017). *Expériences et perceptions des infirmiers du Centre Médical avec Atenne Chirurgicale de Ziniaré.* Ouagadougou.

St-Germain, D., Blais, R., & Cara, C. (2008). La contribution de l'approche de caring des infirmières à la sécurité des patients en réadaptation : une étude novatrice. *Recherche en soins infirmiers, 95*(4), 57. https://doi.org/10.3917/rsi.095.0057

Tapsoba/Sawadogo, J. (2010). Burkina Faso. *Recherche en soins infirmiers, 100*(1), 20. https://doi.org/10.3917/rsi.100.0020

Traïni, C. (2010). Des sentiments aux émotions (et vice-versa): Comment devient-on militant de la cause animale ? *Revue française de science politique, 60*(2), 335. https://doi.org/10.3917/rfsp.602.0335

Tzeng, H.-M. (2011). Nurses' Caring Attitude: Fall Prevention Program Implementation as an Example of Its Importance: Nurses' Caring Attitude. *Nursing Forum, 46*(3), 137-145. https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2011.00222.x

United Nations. (2015). *World Population Ageing* (Rapport No. ST/ESA/SER.A/390). New York : United Nations.

Uys, L., Chipps, J., Kohi, T., Makoka, D., & Libetwa, M. (2013). Role analysis of the nurse/midwives in the health services in Sub-Saharan Africa. *Journal of Advanced Nursing, 69*(10), 2207-2217. https://doi.org/10.1111/jan.12087

Van Manen, M. (1990). *Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy*. Albany, N.Y. : State University of New York Press.

Vandenberghe, De Keyser, Vlerick, & D'hoore. (2004). *Organizationnal changes, employees stress, and cusomers satisfaction: emergence of the flexihealth concept*. Belgique : Belgian Science Policy. Repéré à https://www.belspo.be/belspo/organisation/Publ/pub_ostc/PS/rPS14_en.pdf

Vollman, K. M. (2013). Interventional patient hygiene: Discussion of the issues and a proposed model for implementation of the nursing care basics. *Intensive and Critical Care Nursing, 29*(5), 250-255. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.04.004

Vollman, K. M., Schmollgruber, S., & Lan, P. N. (2015). Critical Care Nursing's Role in Prevention of Harm: Going Back to the Basics with Evidence, 76.

Annexes

Annexe 1: Liste des pratiques de soins identifiés suivant l'étude Do-Research

A) Pratique de gestion de l'information
B) Pratique de récolte d'informations
C) Pratique d'ordre et de discipline
D) Pratique de régulation
E) Pratique de déplacement
F) Pratique hôtelière
G) Pratique d'hygiène collective
H) Pratique de réapprovisionnement
I) Pratique d'élimination
J) Pratique d'assistance
L) Pratique technologique du soin 300
M) Pratique de formation
N) Pratiques relationnelles

Annexe 2: extrait de la liste des 121 fiches de soins infirmiers de Hallouet et al (2008)

Correspondance entre les fiches et le Code de la santé publique

Art. R. 4311-2.

Fiche 19	Aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation
Fiche 30	Évaluation de la douleur
Fiche 60	Fibroscopie gastrique
Fiche 73	Fibroscopie bronchique
Fiche 106	Urgences psychiatriques

Art. R. 4311-3.

Fiche 3	Toilette corporelle
Fiche 35	Soins d'escarres
Fiche 38	Préparation du dossier pré-opératoire
Fiche 90	Pose d'un étui pénien
Fiche 92	Toilette périnéale (simple et stérile)

Art. R. 4311-5.

Fiche 1	Lavage des mains
Fiche 2	Réfection de lit
Fiche 3	Toilette corporelle
Fiche 4	Soin de bouche avec application de produits non médicamenteux ou médicamenteux
Fiche 5	Toilette mortuaire
Fiche 6	Mesure d'isolement septique
Fiche 7	Désinfection et stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables
Fiche 8	Nettoyage et désinfection des locaux
Fiche 9	Circuit du linge et des déchets hospitaliers
Fiche 11	Glycémie capillaire
Fiche 15	Dépistage et évaluation des risques de maltraitance
Fiche 16	Distribution des médicaments
Fiche 17	Premier lever
Fiche 18	Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap
Fiche 20	Prévention des chutes

Annexe 3: facteurs caratifs de Jean Watson

Liste des facteurs caratifs de Jean Watson (selon Cara)

1. Système de valeurs humanistes et altruistes;
2. Croyance-espoir;
3. Prise de conscience de soi et des autres;
4. Relation thérapeutique d'aide et de confiance;
5. Expression de sentiments positifs et négatifs
6. Processus de « caring » créatif visant la résolution de problèmes
7. Enseignement-Apprentissage Trans personnel;
8. Soutien, protection et/ou modification de l'environnement mental, physique, socio-culturel et spirituel;
9. Assistance en regard des besoins de la personne;
10. Forces existentielles-phénoménologiques- spirituelles

Annexe 4 :formulaire d'information du participant

Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Sciences de la Santé et de l'Éducation (IFRISSE)
09 BP 311 Ouagadougou 09 - Burkina Faso
Tel : +226 70 11 33 02 / 25 40 75 41
www.ifris-bf.org

FORMULAIRE D'INFORMATION

Vous êtes invités à participer au projet de recherche que nous conduisons au sein du Centre Hospitalier Blaise Compaoré (CHU-T) de Ouagadougou. Ce formulaire d'information a pour but de vous donner toutes les informations nécessaires sur le déroulement de cette activité. Pour prendre part à ce projet de recherche, nous vous demanderons de signer le consentement joint à ce formulaire dont nous vous remettrons une copie.

Thème de la recherche :

Expériences vécues de la toilette corporelle par les infirmiers du centre hospitalier universitaire blaise Compaoré (CHU-T) de Ouagadougou.

Personnes responsables du projet de recherche

Étudiant : M. COULIBALY Lassina

Directeur de mémoire : Dr MEDA Ziemlé Clément

Co-directeur : M. NANA Nouffou Gustave

Objectifs de la recherche

Les objectifs assignés à cette recherche sont d'explorer l'expérience vécue des infirmiers du CHU-T effectuant la toilette corporelle aux personnes hospitalisées. Plus

spécifiquement, il s'agira d'apprécier les connaissances des infirmiers du CHU-T sur la toilette corporelles aux personnes hospitalisées, de décrire l'attitude des infirmiers du CHU-T face à la toilette corporelle aux personnes hospitalisées et d'Identifier les facteurs pouvant motiver les infirmiers du CHU-T à effectuer la toilette corporelle à la personne hospitalisée.

Nature de votre participation

Votre participation à la présente recherche se fera en deux temps. Nous allons procéder à un entretien approfondi pour recueillir verbalement les informations relatives à votre expérience en tant que infirmier réalisant la toilette des malades hospitalisés dans votre unité. Vous avez été retenu parce que vous avez fourni ce soin aux malades au cours des trois derniers mois. Aussi nous pensons que ce que vous ressentez par rapport à ce soin est encore présent en vous et que votre contribution enrichira les résultats de cette étude. La durée estimée de chaque entretien sera de 40 à 60 minutes.

Technique de recueil des données

L'entretien sera enregistré par ordinateur afin de permettre une retranscription de votre témoignage par écrit. Nous nous engageons à ne divulguer aucune partie de l'enregistrement et à le détruire au plus tard, un an après la soutenance.

Avantages pouvant découler de votre participation

La toilette du malade hospitalisé n'est pas une activité ordinaire dans la pratique infirmière. Votre participation devrait vous permettre de faire le point à votre niveau quant à votre attitude par rapport à ce soin. Elle constituera une expérience enrichissante pour vous et vous aidera à mieux comprendre votre profession surtout dans le contexte actuel de travail.

Inconvénient à prendre part à cette enquête

Votre participation à cette enquête ne peut vous porter préjudice d'aucune manière hormis le temps que vous allez y consacrer.

Compensations financières

Cette étude est menée dans le cadre de notre formation de conseiller de santé. Elle ne bénéficie d'aucun financement. Il n'existe pas de compensation financière liée à ce projet de recherche.

Mesures de confidentialités

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. Seul, en tant que chercheur principal, je pourrais établir le lien entre votre code et votre témoignage. Les données recueillies avec vous ne seront utilisées que dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche décrits dans ce formulaire d'information et de consentement. Selon votre appréciation, le lieu d'entretien pourrait

Aspects éthiques de la recherche

Le protocole de recherche de cette étude a été soumis au Comité National d'éthique pour la Recherche en Santé. Il a été approuvé le …. Juillet 2018. Pour tout manquement éthique que vous aurez constaté concernant cette étude vous pourrez joindre les personnes ci-après :

Dr Méda Z. Clément ; tél n°70526662: directeur de mémoire

M. Nana N. Gustave ; tél n° 60443949 : Codirecteur

M. COULIBALY Lassina tél n° 70157601 étudiant, chercheur

Annexe 5: formulaire de consentement éclairé

Consentement libre et éclairé

Je, _____ , déclare avoir lu et compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature de la participante ou du participant : _____

Fait à Ouagadougou le _____ 201_

Annexe 6: budget de l'étude

Budget de l'étude

Thème : Toilette corporelle aux personnes hospitalisées : perceptions des infirmiers du CHU-T de Ouagadougou

Détail du budget par rubrique

Rubriques	Prix unitaire	Quantité	Total	Observations
Préparation du protocole de recherche				
frais de connexion internet	25 000	6	**50 000**	
Achat de documents en ligne	100 000	1	**100 000**	Forfait
achat de documents en librairie	50 000	1	**50 000**	Forfait
Entretien exploratoire	13 000	3	**39 000**	PM
Reproduction du protocole	2 000	6	**12 000**	
Frais pour le Comité d'Éthique	25 000	1	**25 000**	
Carburant déplacement (bibliothèques et autres)	30 000	1	**30 000**	Forfait
total			**406 000**	
Pré-test des outils				
Reproduction des outils	500	2	**1 000**	
Déplacement sur le CHUSS	13 000	1	**13 000**	
total			**13 000**	
Collecte des données				
reproduction des outils	500	10	**5 000**	
Entretien avec les participants	-	10	**-**	PM
Analyse des données	50 000	1	**50 000**	Forfait
total			**55 000**	
Valorisation des données				
Rédaction du rapport	-	1	**-**	PM
restitution des résultats	150 000	1	**150 000**	Forfait
Reproduction du rapport	5 000	10	**50 000**	
total			**200 000**	
sous totaux			**674 000**	

Annexe 7: outil de collecte des données sociodémographiques et professionnelles

Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Sciences de la Santé et de l'Éducation (IFRISSE)
09 BP 311 Ouagadougou 09 - Burkina Faso
Tel : +226 70 11 33 02 / 25 40 75 41
www.ifris-bf.org

Outils de collecte

INFORMATIONS SOCIODEMOGRAPHIQUES ET PROFESSIONNELLES

Questionnaire sociodémographique

Code de la fiche /_____/
Date de l'entretien /___/___/**jour/__/__/mois /__/__/__/__/Année**
Lieu de l'entretien : /___/ sur le lieu du travail /___/ autres, précisé :……
Durée de l'entretien : /_____/ mn

Informations socioprofessionnelles

1. Age /_____/ ans Sexe : M /____/ F /____/

2. Unité de soins : _____ ;

3. Ancienneté dans le poste actuel : /____/____/ années ;

4. date estimée de la dernière toilette corporelle effectuée : /___/____/____

8. Situation matrimoniale :…….

9. nombre d'enfants /_____/

Annexe 8: guide d'entrevue

GUIDE D'ENTREVUE

Je vous laisse vous exprimer comme vous l'entendez. En tant qu'infirmier, dites-nous ce que vous ressentez vraiment

1. Partagez avec moi votre expérience de la toilette corporelle au patient hospitalisé

2. Qu'est-ce qui vous motive à effectuer ce soin ?

3. Parlez-moi d'une situation de toilette corporelle qui vous a particulièrement marqué

4. Que ressentez-vous après avoir effectué la toilette du malade ?

Annexe 9: Tableau des thèmes et sous thèmes issus de l'analyse phénoménologique

Thème	**Sous-thèmes**
Aptitudes de l'infirmier	Autonomie dans le rôle infirmier
	Connaissance et expérience professionnelle
	Exigence de la toilette corporelle
	Inadéquation de la formation des infirmiers
Attitudes de l'infirmier	Comportement professionnel des agents
	Demande l'assistance de la famille aux soins
	Dévouement de l'infirmier
	Opinion des infirmiers sur la toilette corporelle
	Soutien aux collègues
Émotions/sentiments de l'infirmier	Empathie pour le malade
	Perception négative des conditions de travail
	satisfaction des malades
	Sentiment de culpabilité
	Sentiment de satisfaction de l'infirmière
	Sentiment d'être dévalorisé
	Sentiment d'insécurité
	Toilette soulage le malade
Environnement de travail de l'infirmier	Activité de routine
	Amélioration du cadre de travail
	Appui institutionnel insuffisant
	Déficit d'information des malades et des familles sur le fonctionnement des services
	Renommée de l'hôpital

Annexe 10: exemple d'unités de signification issues de verbatim

Participant	**Unité de signification**	**Verbatim correspondants**
Participant 3	Rupture d'eau	quand y a la coupure d'eau, vous ne pouvez pas faire la toilette
	Surcharge de travail pour l'infirmière	… surtout quand tu es… tu es seule pour faire la toilette du malade,
		On doit prendre les constantes et les traitements sont là souvent tu cours par ci par là.
	Aptitude physique à faire la toilette corporelle	si tu n'es pas fort physiquement
	Amour du travail	et que tu puisses et, heu, heu, et aimer ce que tu fais sinon ce n'est pas facile
	Non disponibilité du matériel /inadéquation du matériel	on dit que c'est disponible à la pharmacie mais tu peux prescrire quelque chose que tu ne trouves pas, c'est difficile
		Si tu n'as pas de gants adéquats ou bien des…, le matériel, serpillière, quoi, quoi, quoi, pour pouvoir la nettoyer
	Initiatives personnelles pour réaliser la toilette corporelle	Et là tu es obligée de prendre le pagne du malade ou bien un morceau de truc tu, tu, tu travailles
		tu peux prendre le pagne croyant que ce qu'on t'a donné c'est propre, et pourtant c'est sale. C'est ça aussi
	Tache professionnelle	Ce n'est pas un problème, ça fait partie de mes taches
		ça fait partie des soins
		Les malades même souvent les matins, c'est nous même qui partons les interpeller,

		, ha, ça fait partie de mes taches, on me paie pour ça.
	Activité habituelle	Nous on a l'habitude de le faire
	sentiment de satisfaction	puis quand toi-même tu finis une bonne toilette, toi-même tu es contente
		Je suis contente

Annexe 11: avis du Comité d'Éthique pour la recherche en Santé

MINISTERE DE LA SANTE

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE ET DE L'INNOVATION

COMITE D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE EN SANTE

BURKINA FASO
UNITE - PROGRES - JUSTICE

19 JUIL 2018

CERTIFICAT ETHIQUE

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

A

Mr. COULIBALY Lassina
Etudiant - IFRISSE

Je voudrais par le présent porter à votre connaissance que le **Comité d'éthique pour la recherche en santé** (CERS), par délibération N° 2018-7-100, après examen de votre protocole intitulé : «Toilette corporelle aux personnes hospitalisées : perceptions des infirmiers du CHU – BC Burkina Faso», **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.

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

Président
CERS

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

Annexe 12: Autorisation à enquêter du CHU-T

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE - BLAISE COMPAORE

DIRECTION GENERALE

CHUBC

BURKINA FASO

Unité - Progrès - Justice

Tingandogo, le 07 JUIN 2018

N° 018-0378 /MS/SG/CHU-BC/DG

Le Directeur Général

A

Monsieur le Directeur
IFRISSE

Objet : Votre demande de collecte de données

Réf : Vilettre du 29 juin 2018

Monsieur le Directeur,

J'accuse réception de votre lettre référencée ci-dessus relative à une demande d'autorisation de collecte de données du mémoire de l'étudiant **COULIBALY Lassina**, étudiant en Master 2.

Je viens par la présente marquer mon accord pour la collecte des données et vous invite à prendre attache avec la Directrice des soins infirmiers et obstétricaux du CHU-BC.

Veuillez agréer, **Monsieur le Directeur**, l'expression de mes salutations distinguées.

Alexandre SANFO./-
Chevalier de l'ordre national

Scanned by CamScanner