UNIVERSITÉ DE GENÈVE
FACULTÉ DES SCIENCES ÉCONOMIQUES ET SOCIALES

Regards sociologiques sur un programme d'observance de l'hygiène des mains à l'hôpital

Une contribution au Service Prévention et Contrôle de l'Infection des Hôpitaux Universitaires de Genève

Mélinée Schindler

Mémoire de Master en Sociologie

Directrice de mémoire : Mathilde Bourrier
Jury : Marie-Christine Pouchelle, Hugo Sax

Université de Genève
Département de Sociologie
UNI MAIL, 40 bd du Pont d'Arve
CH - 1211 Genève 4
www.unige.ch/ses/socio

Le 18 janvier 2011

Je sais de science certaine que chacun la porte en soi, la peste, parce que personne, non, personne au monde n'en est indemne. Et qu'il faut se surveiller sans arrêt pour ne pas être amené, dans une minute de distraction, à respirer dans la figure d'un autre et à lui coller l'infection. Ce qui est naturel, c'est le microbe. Le reste, la santé, l'intégrité, la pureté, si vous voulez, c'est un effet de la volonté et d'une volonté qui ne doit jamais s'arrêter. L'honnête homme, celui qui n'infecte presque personne, c'est celui qui a le moins de distractions possible. Et il en faut de la volonté et de la tension pour ne jamais être distrait !

Albert Camus, *La Peste* (1947)

REMERCIEMENTS

Je remercie chaleureusement Mathilde Bourrier, professeur au Département de sociologie de l'Université de Genève, pour m'avoir offert l'opportunité de travailler au sein du projet que nous avons appelé *Main dans la main*. Elle a suivi de près toutes les étapes de la construction de ce travail et m'a guidée pendant les moments difficiles. Conseillère avisée et parfois sévère avec qui il est toujours passionnant de discuter, Mathilde Bourrier m'a fait progresser et m'a soutenue face à tous les aléas.

Hugo Sax, médecin adjoint du Service Prévention et Contrôle de l'Infection, m'a ouvert les portes de l'univers hospitalier et m'a initiée à son programme de recherche sur la transmission des infections nosocomiales. Celui-ci n'a pas toujours été facile à saisir, néanmoins, grâce à notre sympathique collaboration, les obstacles ont pu être surmontés. Je lui sais gré d'avoir créé et coordonné notre belle équipe de travail et de s'être toujours intéressé à ce que la sociologie peut apporter à la thématique de l'observance de l'hygiène des mains.

J'aimerais aussi remercier le professeur Didier Pittet, directeur du Service Prévention et Contrôle de l'Infection, pour m'avoir acceptée au sein ce service.

Grâce à la présence de Sylvie Touvenau, infirmière spécialiste clinique, j'ai pu mettre en place le volet sociologique de l'enquête. Sa profonde connaissance du terrain et de ses acteurs, ses qualités de modératrice lors des *focus groups* m'ont donné un appui inespéré.

Walter, Andrew, Fabricio, Sandrine et François, ce fut un plaisir d'avoir pu travailler avec vous ! Merci aussi à tous les autres membres du service. Chacun m'a réservé un formidable accueil.

Et que dire à toutes celles et à tous ceux qui ont accepté de me livrer leurs pensées directes et enjouées, infirmières, aides-soignantes, sages-femmes, médecins, chirurgiens, sans qui ce travail n'aurait pas vu le jour !

Je remercie enfin Arnaud Crevoisier, fidèle correcteur et alchimiste des mots.

RESUME

Selon une estimation récente, les infections nosocomiales toucheraient 1,4 millions de personnes dans le monde, et feraient environ 80'000 victimes par jour. Sur les plans humain et financier, ces pathologies hospitalières, plus silencieuses que d'autres épidémies, constituent un des plus grands problèmes de santé publique de notre époque.

Dans les années nonante, le Service Prévention et Contrôle de l'Infection (SPCI) des Hôpitaux Universitaires de Genève, sous l'impulsion du professeur Didier Pittet, introduit au sein du personnel médical l'usage d'une solution hydro-alcoolique pour le lavage des mains. Le taux d'infections nosocomiales est ainsi réduit de moitié. Après ce premier succès du « Geneva Model », le docteur Hugo Sax, de la même équipe, expérimente le protocole dit des cinq indications pour l'hygiène des mains, mais on constate une stagnation de l'observance. D'où l'idée de solliciter la collaboration des sociologues pour mieux comprendre les représentations que se font les soignants de l'hygiène afin d'ouvrir la voie à une augmentation de l'observance, et par là même de la sécurité du patient.

La contribution sociologique a consisté à mettre en place un dispositif d'écoute. Une série de questions ont été élaborées sur la base d'une revue de la littérature anthropologique et clinique pour initier une discussion libre d'une heure environ lors de huit *focus groups* regroupant 38 hospitaliers volontaires (15 aides-soignantes, 13 infirmières, 4 sages-femmes, 4 médecins et 2 chirurgiens). Un logiciel pour le traitement des données (NVivo 8) a permis l'encodage des paroles des participants et ainsi un premier repérage de thèmes récurrents et de données orphelines.

Malgré un effet de conformité lié à la nature du dispositif, un certain nombre de représentations de l'hygiène ont pu émerger. Elles éclairent les difficultés rencontrées par les professionnels et ouvrent quelques pistes de réflexion. Le constat le plus flagrant, outre les classiques impasses organisationnelles propres à l'institution hospitalière, concerne le paradoxe du « contact aseptique »: comment arriver à conjuguer le protocole du geste technique avec le rituel du geste social ? Mais un autre enjeu devra sûrement être exploré. Les soignants expriment une demande insistante d'en savoir plus sur les micro-organismes et leurs modes de propagation. Partagés entre la nécessité de les combattre et le soupçon qu'il y en a de bons, les soignants dessinent un nouvel espace de cohabitation des acteurs. Ils sont en marche vers une nouvelle représentation du monde microbien et préfigurent peut-être le terrain où pourront se négocier les résistances à un changement des pratiques d'observance.

TABLEAU DES ABREVIATIONS

EMS : Etablissement Médico-Social

FB : *feedback*

FG : *focus group*

FNS: Fonds National Suisse de la recherche scientifique

HUG : Hôpitaux Universitaires de Genève

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (France)

IRUS : infirmier responsable des unités de soin

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

INFECTIOLOGIE

BLSE (angl. EBSL) : bêta-lactamases à spectre élargi

BMR : bactérie multi-résistante

BSI: blood stream infection, infection sanguine

HDM : hygiène des mains

Hopirub : solution hydro-alcoolique, contraction de HOPItal ou encore Hospital Organisation for the Prevention of Infection, et rub (anglais), frotter, frictionner

IAS : infection associée (ou liée) aux soins

IN : infection nosocomiale

SARM (angl. MRSA) : staphylocoque doré résistant à la méticilline

SPCI : Service Prévention et Contrôle de l'Infection

AVERTISSEMENT

Le lecteur s'étonnera peut-être de mon usage mélangé du « je » et du « nous » au fil de ce travail. Seule auteur, en effet, pourquoi dissimuler ma position de sujet singulier sous un verni académique qui ne devrait plus avoir cours aujourd'hui en anthropologie ? Malgré cette judicieuse remarque de Marie-Christine Pouchelle, je conserverai à l'occasion le pluriel, eu égard à ma collaboratrice, Sylvie Touvenau, et à l'ensemble de l'équipe de recherche.

Ce même lecteur s'étonnera également d'une indécision syntaxique. Il lira « observance *de* l'hygiène des mains » dans ma traduction de « *compliance* with *hand hygiene* » alors que les textes de référence privilégient « observance *à* l'hygiène des mains ». Il pourrait se demander à ce propos ce que compliance et observance ont en commun, et là où les deux concepts divergent.

Enfin, comme mon lecteur j'imagine, je subis encore un sentiment d'étrangeté face à l'adjectif « nosocomial », pourtant reconnu par Littré au sens courant de « relatif aux hôpitaux ». Une infection nosocomiale (IN), selon la stricte étymologie, est ce qui s'attrape comme maladie (*nosos*, en grec) sur le lieu même où on soigne (*komein*). Mis à part une exception dans mon historique, je ne parlerai donc pas des infections associées aux soins (IAS) lorsqu'elles excèdent le territoire hospitalier.

Table des matières

Exergue 2

Remerciements 3

Résumé 4

Tableau des abréviations 5

Avertissement 6

INTRODUCTION 10

I. HISTORIQUE 12

- Le père de la désinfection des mains 12
- Microbiologie et bactériologie 12
- Le triomphe de l'antibiothérapie 13
- La vie contaminée 13
- Les infections nosocomiales 14
- Experts et profanes 16

II. CONTEXTE DE L'ETUDE 18

- Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) 18
- Le Service Prévention et Contrôle de l'Infection (SPCI) 20
- L'étude randomisée et contrôlée sur l'observance 20
- L'équipe de recherche 21

III. BUTS DE L'ENQUÊTE SOCIOLOGIQUE 22

- Une contribution au travail du SPCI 22
- Les objectifs de l'étude sociologique 23
- Questions de départ 23

IV. DISPOSITIF DE RECHERCHE 24

- Protocole de l'étude : les premiers choix 24
- La pré-étude 24
- Délimitation de l'objet et de l'univers de l'étude 25
- Population étudiée 26

V. METHODE 28
Phase exploratoire 28
Phase préparatoire 28
Phase d'approfondissement 29
Traitement des données par NVivo 8 30
Les limites du dispositif de recherche 34
VI. REVUE DE LA LITTERATURE 37
Anthropologie hospitalière 38
Le sens de l'expérience : schèmes et rites 39
L'interdit de la saleté 40
Les infections nosocomiales en sciences sociales 41
L'observance : protocole, rituel, automatisme 42
La recherche qualitative en clinique 43
L'hygiène des mains 44
Un bilan 45
VII. DESCRIPTION DES LIEUX 49
Le ''Cantonal'' 49
Au Bâtiment des lits : patients infectés et agencement des lieux 49
A Beau-Séjour : enchaînement des activités et observance 50
A la maternité et en obstétrique : le flacon dans la poche 51
Aux Trois-Chêne : 50% d'autonomes aujourd'hui 51
A Collonge-Bellerive : patient MRSA et chariot 52
A Loëx : risque de mélange 53
Une ville dans la ville 54
VIII. DYNAMIQUE DES *FOCUS GROUPS* 55
Tableaux croisés 55
Un groupe égalitaire 57
L'effet « boule de neige » 58
Les chuchotements et la discussion parallèle 58
Une pique quand on sort des clous 59
Des propos différents absorbés par le groupe 59
Groupe restreint et intérêt pour le sujet 60
Deux copines mènent la danse 60
Le *focus group* qui n'en était pas un 61
Uniformité et variations du discours 61

IX. L'EXPERIENCE DE L'INFECTION ET SES REPRESENTATIONS 63
Le sale et le propre dans l'expérience hospitalière 66
L'hygiène des mains: entre le geste technique et le contact social 68
L'hygiène, un problème de l'autre 70
Des microbes et des hommes 71
X. ORGANISATION DU TRAVAIL ET HYGIENE HOSPITALIERE 74
Les prescriptions de l’hygiène des mains 75
Les piège de l'hygiène: l'espace, les objets et la proximité 78
Un vécu difficile au sujet de l'organisation 79
Les failles du système 83
Entre standardisation et flexibilité 86
CONCLUSION 87
BIBLIOGRAPHIE 89

INTRODUCTION

Au XIXème siècle à Vienne, à l'aube de l'époque pastorienne, un médecin hongrois du nom de Semmelweis réussit à réduire de manière spectaculaire le taux de mortalité des mères en imposant un geste qui nous semble évident aujourd'hui : il demande aux médecins accoucheurs de se désinfecter les mains. C'est de ce petit geste simple, banal, qu'il sera question dans cette étude, mais dans le contexte de notre médecine moderne et de ses récents problèmes épidémiologiques. La solution de Semmelweis s'appelle chlorure de chaux, celle du professeur Didier Pittet « Hopirub ». Du moment viennois au moment genevois, cent cinquante ans environ se sont écoulés. Mais entre-temps, et comme par un contrecoup ironique à nos excès d'hygiène et de consommation d'antibiotiques, le spectre d'application de la solution s'est considérablement élargi : il nous faut lutter contre toute une faune d'invisibles devenus parfois multi-résistants, staphylocoques dorés, streptocoques, entérobactéries, au risque de laisser se développer dangereusement les infections dans l'enceinte hospitalière.

Non seulement l'équipe de Genève renouvelle dans les années nonante le geste de Semmelweis, mais elle met en place un programme de recherche sur la prévention et le contrôle de l'infection, toujours sous l'impulsion du professeur Pittet. Le temps presse : les micro-organismes gagnent du terrain alors que la médecine est sommée de sortir de son temple académique pour, parfois, venir se justifier devant les tribunaux. Le grand public accède à une certaine « expertise » via les médias qui répercutent les accidents nosocomiaux (l'acteur Guillaume Depardieu, lui-même victime, est à l'origine dans ces mêmes années nonante d'une association de patients, et l'on a pu suivre récemment la suspicion nosocomiale dans l'affaire Hallyday). L'hôpital est reconnu oxymorique : y allant pour être guéri, on a quelque risque statistique d'en ressortir infecté ! « Danger, hôpital ! » fait même le titre d'un livre récent. Je retrace l'histoire de ce combat dans un premier chapitre historique.

Mais voilà : se laver les mains, fût-ce avec la solution hydro-alcoolique en situation professionnelle, ne va pas de soi. Les études quantitatives et qualitatives menées par le Service Prévention et Contrôle de l'Infection (SPCI) des Hôpitaux Universitaires de Genève ont mis en évidence deux points faibles de l'observance. L'un concerne une moindre performance hygiénique dans l'abord du patient, avant de donner le soin. L'autre est lié à la position hiérarchique des acteurs ; les médecins, supposés être exemplaires, se révèlent être moins bons que les infirmières. D'où l'objectif apparemment simple de ce travail : quelles stratégies faut-il envisager de manière à ce que le taux d'observance de l'hygiène des mains augmente significativement ?

C'est alors qu'intervient la proposition de Hugo Sax, médecin adjoint au SPCI, d'associer la sociologie à cette recherche. La sociologie, disons plus généralement l'anthropologie, n'est pas étrangère depuis son origine à la réflexion sur les catégories du pur et de l'impur et des risques de contagion entre les sphères du sacré et du profane. Les rituels de purification n'ont cessé d'être interrogés, depuis la publication des *Formes élémentaires de la vie religieuse* par Emile Durkheim en 1912, jusqu'à l'essai de Mary Douglas sur les notions de pollution et de tabou (*De la souillure,* 1967). Ma contribution, sans ignorer tout à fait ces grands auteurs, reste limitée. Elle a pour souci de s'articuler à l'étude multimodale mise en place par Hugo Sax et son équipe. J'expose le contexte de ma recherche et ses buts dans les deuxième et troisième chapitres.

Un quatrième chapitre est consacré au choix, par une équipe de recherche ad hoc, d'une pratique d'investigation. Sylvie Touvenau et moi-même sommes chargées de la partie sociologique de l'étude : organisation et passation de groupes de discussion avec le personnel médico-soignant, soit un échantillonnage de 38 personnes. Pendant une heure, trois à six personnes sont écoutées en tant que représentatives des principaux secteurs hospitaliers : chirurgiens, médecins, infirmières, sages-femmes, aides-soignantes.

Notre méthodologie fait l'objet du cinquième chapitre. Tout commence par une phase d'observation sur le terrain, suivie de la mise en place de huit *focus groups*. Pour ce faire, nous préparons les questionnaires sur la base d'une première littérature ethnographique et clinique passée en revue dans le sixième chapitre. Après l'installation du dispositif d'enregistrement et le partage des tâches entre les deux modérateurs, Sylvie et moi-même, ne reste plus qu'à auditionner nos 38 volontaires, retranscrire leurs paroles et les livrer à un codage par logiciel.

Le septième chapitre est descriptif. Comment imaginer qu'une telle étude puisse se faire sans un parcours ethnographique des lieux, les différents sites des Hôpitaux Universitaires de Genève ? Cette balade hospitalière est agrémentée de quelques scènes « hygiéniques » typiques.

L'ambiance particulière aux *focus groups,* leur dynamique méritait un chapitre en soi, le huitième.

Venons-en aux constats sociologiques tirés de nos entretiens. Les neuvième et dixième chapitres laissent une place considérable à l'expression des acteurs. Au risque d'une certaine surcharge, j'ai souhaité les citer le plus exhaustivement possible. C'est alors que quelques idées précieuses émergeront de leurs paroles, que je pourrai croiser avec une critique de mes lectures anthropologiques et cliniques. D'où ma conclusion qui fait se rencontrer les mots exceptionnels d'une aide-soignante avec la vision du microbiologiste Stuart Levy.

I. HISTORIQUE

Les notions de « pureté » et de « danger » ne sont que l'expression des controverses implicites qui déchaînent les passions des membres de toutes les sociétés quand celles-ci s'interrogent sur leur propre constitution.

Mary Douglas, 2005, p. 201.

Le père de la désinfection des mains

Dans *Naissance de la clinique,* Michel Foucault met en scène les effroyables pathologies hospitalières de la fin du XVIIIème siècle: *« L'hôpital, créateur de la maladie par le domaine clos et pestilentiel qu'il dessine, l'est une seconde fois dans l'espace social où il est placé »*[1]. A l'époque de la Révolution française, le Comité de Mendicité de l'Assemblée Nationale veut éviter que la maladie, à l'hôpital, ne prenne *« la forme d'une maladie de la maladie »* et que la contagion ne s'y répande[2].

Une soixantaine d'années plus tard, en toute ignorance des travaux de Pasteur et de Koch qui rendront bientôt visible l'invisible, un médecin accoucheur s'attaque à la terrible fièvre qui décime les parturientes d'un hôpital viennois. Ignaz Philipp Semmelweis *« postule que le taux élevé de fièvre puerpérale était causé par des 'particules cadavériques' transmises des locaux d'autopsie au secteur obstétrical via les mains des étudiants et des docteurs »*[3]. En mai 1847, Semmelweis demande aux accoucheurs de se frotter les mains dans une solution de chlorure de chaux[4] et en l'espace de sept mois, le taux de mortalité maternelle chute spectaculairement de 16% à 3% et se maintient à un niveau très bas pendant des années. Plus encore que l'un des pionniers du lavage des mains, Semmelweis doit être considéré comme *« le père de la désinfection des mains et de l'épidémiologie hospitalière »*[5]. Louis-Ferdinand Céline conclut ainsi sa thèse de médecine consacrée à Semmelweis en 1924: *« Il demeure, sans aucun doute, le précurseur clinique de l'antisepsie, car les méthodes préconisées par lui, pour éviter la puerpérale, sont encore et seront toujours d'actualité. Son œuvre est éternelle. Cependant, elle fut, de son époque, tout à fait méconnue »*[6].

Microbiologie et bactériologie

Avec Louis Pasteur et Robert Koch se révèlent enfin les mystères de l'infection et de la contagion. Dans l'après-guerre de 1870, l'école française de microbiologie et l'école allemande de bactériologie rivalisent jusque dans leur terminologie: aux bactéries et bacilles de Koch (dont l'étymologie renvoie à l'apparence en bâtonnets au microscope), Pasteur préfère la notion de microbes[7] qui comprend pour lui bactéries et virus. En 1879,

---

[1] Foucault, 1972, p. 18.
[2] *Idem*, p. 38 et 41.
[3] Pittet and Boyce, 2001, p. 9.
[4] *« Les mains des médecins, des sages-femmes, des infirmières (…) doivent être lavées et désinfectées dans ma solution de chlorure de chaux pour ne pas infecter les parties génitales des femmes enceintes et surtout des femmes en travail. »* Semmelweis, *Die Aetiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kindbettfiebers*, cité par Thuillier, 1996, p. 240.
[5] Pittet and Boyce, 2001, p. 10.
[6] Céline, 1999, p. 100. Cf. également Darmon, 1999, p. 100-103.
[7] Le terme « microbe » est adopté par l'Académie des Sciences en 1878.

ce dernier isole le streptocoque dans un abcès des suites de couches, puis le staphylocoque l'année suivante. Il met au point la vaccination préventive contre le choléra des poules (1879) et contre le charbon du mouton (1878-1881). Il expérimente pour la première fois le vaccin antirabique sur un enfant de dix ans (1885). Koch identifie le bacille de la tuberculose en 1882, le vibrion cholérique en 1883. A quoi l'on peut ajouter les découvertes du bacille de la fièvre typhoïde par Eberth en 1880, de l'agent de la pneumonie par Fraënkel en 1886 et du bacille de la peste par Yersin en 1895. Et je n'ai pas parlé du colibacille d'Escherich (1885), du bacille tétanique (1999), du trypanosome de la maladie du sommeil (1901), du tréponème pâle de la syphilis (1905), du virus de la grippe (1933). Nous voilà bien loin des fièvres putrides, fléaux puerpéraux et autres miasmes.

Dans les controverses actuelles autour de l'innocuité des vaccins et de la nature exacte des dits microbes, on campe souvent Pasteur comme l'initiateur de la seule guerre aux nuisibles. Il semble au contraire qu'il ait eu une parfaite prémonition du problème nosocomial. A la séance du 28 avril 1878 de l'Académie des sciences, il lance cet avertissement: *« Au lieu de s'ingénier à tuer les microbes dans les plaies, ne serait-il pas plus raisonnable de ne pas les y introduire ?»*[8].

Le triomphe de l'antibiothérapie

Alexander Fleming observe en 1928 la dissolution de colonies de staphylocoques au voisinage d'une colonie de moisissures qu'il appelle pénicilline. La moisissure épurée, stabilisée et produite massivement entre dans la thérapie après-guerre; vendue dès 1946 en pharmacie, elle fera des miracles en cas de pneumonie, de méningite, de syphilis et de blennorragie. En 1938, le terme « antibiotique » apparaît dans le vocabulaire médical grâce à René Dubos, un savant français émigré aux Etats-Unis. Ce même Dubos isole la tyrothricine d'un micro-organisme appelé *bacillus brevis.* C'est le premier antibiotique connu; il sert à combattre l'infection des plaies par les staphylocoques et les streptocoques[9]. Dans les années 50, streptomycine et typhomycine viendront à bout de la tuberculose et de la fièvre typhoïde.

Chose étonnante, Dubos et Fleming ont lancé chacun un avertissement dont on commence à mesurer aujourd'hui la pertinence. *« L'élimination d'un type de micro-organisme ne fait que créer une niche pour d'autres pathogènes »*, écrit Dubos. Et Fleming conclut ainsi son discours de réception du prix Nobel le 11 décembre 1945: *« Il n'est pas difficile de rendre les microbes résistants à la pénicilline en laboratoire en les exposant à des concentrations insuffisantes pour les tuer (...). »* Il évoque un changement dans la nature du microbe[10].

La vie contaminée

Sans me lancer dans une « socio-anthropologie des sociétés épidémiques » comme le fait Frédérick Lemarchand dans *La vie contaminée*[11]*,* je crois nécessaire de brosser à grands traits un tableau épidémiologique de ces dernières décennies, pour planter le décor.

En juillet l976, la Convention des légionnaires réunit à Philadelphie 4 500 vétérans de

---

[8] Cette remarque de Pasteur est devenue le leitmotiv de l'ADVIN, Association Des Victimes d'Infections Nosocomiales.
[9] Darmon, 1999, p. 514.
[10] Je remercie Hervé Le Meur, de l'Université de Paris-Sud, pour m'avoir rendue attentive à ce discours.
[11] Cf. Lemarchand, 2002.

la Deuxième Guerre mondiale et de la Guerre de Corée. Profitant d'un dysfonctionnement de la climatisation de leur hôtel, une bactérie à Gram négatif provoque une épidémie de pneumonie chez les légionnaires; 224 sont touchés, 34 meurent. C'est la « légionellose ».

Entre juillet 1981, date de la reconnaissance aux Etats-Unis d'un véritable problème sanitaire lié aux comportements sexuels, et 2006, on estime à 25 millions le nombre de personnes décimées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) entraînant le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). La lourdeur et la complexité médicamenteuse des trithérapies ont conduit les chercheurs à mieux observer le phénomène de compliance ou de non-compliance dans la relation du patient à son médecin.

En France, de 1984 à 1986, le Centre national de transfusion sanguine a distribué à des hémophiles des produits sanguins dont certains étaient contaminés par le VIH. Via la presse et les associations de patients, un scandale éclate. Une affaire semblable touche la Chine en 1996.

Un syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) apparaît dans un hôtel à Hong Kong en 2002, puis à Singapour et à Hanoï. Une véritable psychose s'installe parmi la population qui porte des masques pour éviter la contagion. On recense, entre le 1er novembre 2002 et le 1er juillet 2003, 8 446 cas de pneumonie atypique et 916 décès, ce qui conduit l'OMS à lancer une alerte mondiale.

Viennent enfin certaines épizooties, avec à chaque fois une suspicion de transmissibilité des agents infectieux à l'homme, et de radicales mesures sanitaires d'éradication et de prévention.

L'encéphalite spongiforme, une infection dégénérative du système nerveux central des bovins, fait son apparition en Angleterre entre 1986 et 2000; on compte à ce jour 204 victimes humaines atteintes de symptômes proches de ceux de la maladie de Creutzfeldt-Jakob. L'agent infectieux, un prion, a la caractéristique de résister à la pasteurisation et à la stérilisation. On suspecte également une possibilité de contamination iatrogénique.

La grippe aviaire, baptisée d'abord peste aviaire, puis H5N1, se développe de 2004 à 2008 et provoque 245 morts, mais aucun dans les pays hautement industrialisés[12]. L'OMS avait prédit entre 7 à 100 millions de morts.

La grippe porcine, baptisée d'abord peste porcine, puis H1N1, s'attaque aux humains depuis le printemps 2009 en provoquant une maladie respiratoire aiguë. L'OMS pousse le niveau d'alerte pandémique au maximum, mais le taux de mortalité reste inférieur à celui de la grippe actuelle[13].

Les infections nosocomiales

« Le risque nosocomial existe. Il n'est pas soluble dans le discours médical et administratif. Et si l'on se décidait à parler vrai ? » Ces propositions péremptoires figurent en sous-titre d'un ouvrage du docteur Eytan Ellenberg publié en 2005: *Danger, hôpital !*[14] Parler vrai et agir, c'est pourtant ce que tentent de faire le professeur Didier Pittet et son équipe depuis une vingtaine d'années. Même si le « modèle de Genève » jouit d'une reconnaissance internationale[15], il ne faut pas négliger le côté silencieux de l'épidémie

[12] Autre estimation, selon Pittet, 2008: « Le virus de la grippe aviaire n'a aujourd'hui fait qu'environ 170 victimes. Les infections hospitalières en font probablement de l'ordre de 80 000 par jour au niveau mondial. »

[13] Pour plus de précisions scientifiques sur les trois grandes pandémies de grippe humaine (grippe espagnole de 1918-1919, grippe asiatique de 1957 et grippe dite de Hong Kong en 1968), voir Pechère, 2007, p. 67-71.

[14] Ellenberg, 2005, page de titre.

[15] *« Il faut rendre ici hommage au 'modèle de Genève', puisque c'est aux Hôpitaux Universitaires de Genève que le professeur Didier Pittet a développé, à partir de 1995, l'utilisation des solutions hydro-alcooliques, démontrant que l'observance de l'hygiène des mains était meilleure et obtenant une baisse de 50% des infections associées aux soins. »* Gachot et Ledrappier, 2009, p. 82.

nosocomiale[16] en regard des grandes affaires médiatiques que j'ai résumées ci-dessus. Un paradoxe est incontournable dès qu'on entre sur le terrain iatrogénique: quoi, l'hôpital, ce lieu de soins où l'on suppose être en sécurité, générerait lui-même des maladies ? A qui se fier, dès lors ?

Si on en est là, c'est que les microbes résistent. Dubos et Fleming en ont eu le soupçon. Aujourd'hui, on leur reconnaît même une multi-résistance aux antibiotiques. Je ne développerai pas ici les raisons, très discutées actuellement, de cette résistance associée ou pas à la réémergence de certaines maladies virales, bactériennes et parasitaires[17] (abus manifestes des antibiotiques dans les soins et l'alimentation animale, formidable capacité adaptative des micro-organismes par transfert de gènes, manque ou excès de conduites aseptiques dans les hôpitaux, etc.).

Qu'est-ce qu'une infection nosocomiale ? Elle fait partie d'un groupe plus large appelé iatrogène qui comprend toutes les pathologies d'origine médicale. Selon la définition convenue, *« une infection est dite 'nosocomiale' si elle est absente lors de l'admission du patient à l'hôpital et qu'elle se développe 48h au moins après l'hospitalisation ou moindre si la période d'incubation de la bactérie est plus courte. Ce délai permet de distinguer les infections nosocomiales des infections d'acquisition hors soin que l'on appelle communautaires. En ce qui concerne les infections des sites opératoires, on considère comme nosocomiales les infections survenant dans les 30 jours suivant l'intervention chirurgicale ou l'acte diagnostic invasif, ou s'il y a mise en place d'une prothèse, d'un implant ou d'un matériel prothétique, dans l'année qui suit l'intervention »*[18].

Quels sont les principaux micro-organismes infectieux ? Outre les virus (grippes, varicelle, hépatites), on rencontre les staphylocoques, les streptocoques, les entérobactéries, les pseudomonas, les acinobacters. L'infection peut se produire sur site opératoire, sur cathéter vasculaire, par sondage urinaire, sous respiration artificielle, etc. Selon Hugo Sax, « *il y a quatre principales sortes d'infections: les infections du sang, les pneumonies, les infections post-opératoires et les infections urinaires »*[19]*.* A titre d'exemple, voici la situation pour les Hôpitaux universitaires de Genève en 2008: 900 cas de staphylocoques dorés résistants à la méticilline (SARM ou MRSA en version anglaise), 250 cas de bactéries à spectre étendu productrices de l'enzyme lactamase B qui les rend résistantes aux antibiotiques (BLSE ou EBSL), 90 cas de diarrhées associées au *clostridium difficile* (MACD ou CDAD) et 100 cas d'infections primaires sur cathéter (BSI: blood stream infection)[20]. En ce qui concerne la France, selon l'enquête nationale de prévalence réalisée en 2006, *« les trois micro-organismes les plus fréquemment responsables des infections nosocomiales sont* Escherichia coli *(25%),* Staphylococcus aureus *(19%, dont 52% résistants à la méticilline) et* Pseudomonas aeruginosa *(10%) »*[21]*.*

Les chiffres, justement. Les nombreuses études de prévalence élaborés par les experts en infectiologie à destination des instances internationales, des gouvernements et des administrations hospitalières ont de quoi intimider une modeste sociologue. Je m'en tiendrai à quelques généralités, tout en m'étonnant du contraste sensible entre la rigueur des méthodes scientifiques et les résultats tout de même aléatoires, compte tenu de la variabilité des règles d'enregistrement des cas propres à chaque pays et du problème épineux des taux de mortalité spécifiques aux infections nosocomiales.

---

[16] Pittet, 2008: *« (...) j'aime à parler d'épidémie silencieuse. »*
[17] Pechère, 2007, p. 128; Debarbieux, 2010, p. 42-45.
[18] Rambaud et Spiroux, 2008, p. 80-81.
[19] Sax, 2004, interview réalisée par Isobel Leybold pour swissinfo.
[20] Bourrier, Pittet et Sax, 2009, p. 20.
[21] Selon un communiqué de l'INSERM, mai 2009.

Je citerai quatre sources :

Les réalisateurs du documentaire d'ARTE intitulé *La revanche des microbes* ont sollicité en 2008 le professeur Pittet au titre de l'initiateur du modèle de Genève. Je retranscris ses paroles: *« Au niveau mondial, on parle de 1,4 million d'infections liées aux soins acquises chaque jour dans les hôpitaux du monde entier, ce qui entraîne une morbidité considérable. C'est pour cela que j'aime à parler d'épidémie silencieuse. Le virus de la grippe aviaire n'a aujourd'hui fait qu'environ 170 victimes. Les infections hospitalières en font probablement de l'ordre de 80 000 par jour au niveau mondial »*[22].

Les docteurs Rambaud et Spiroux, dans leur récent ouvrage, partent du même chiffre global: *« Il ressort d'un document publié par l'OMS (…) qu'à tout moment, plus de l,4 million de personnes dans le monde sont gravement atteintes par de telles infections et qu'entre 5 et 10 % des malades hospitalisés dans les pays développés sont victimes de telles infections. Dans certains pays en développement, la proportion des malades touchés peut dépasser 25 %. Des études effectuées dans trois pays de l'OCDE, dont l'un est un pays à revenu intermédiaire, ont montré que les trois pays perdent chaque année un montant situé entre 7 et 8,2 milliards de dollars en raison des infections liées aux soins de santé »*[23].

Marie-Christine Pouchelle, lors d'un colloque en 2008 sur l'hôpital et les épidémies, fait part des données suivantes en ce qui concerne la France: *« Toujours très préoccupantes mais difficiles à quantifier, les infections nosocomiales concernaient par exemple en 2001 6,7% des patients (soit au moins 600 000 hospitalisés), et étaient alors censées occasionner environ 10 000 décès par an, plus par conséquent que les accidents de la route »*[24].

L'OMS, dans son *Résumé des Recommandations pour l'Hygiène des Mains au cours des Soins* publié en 2010, apporte les précisions suivantes: *« Dans les pays développés, les IAS [infections associées aux soins] concernent 5 à 15% des patients hospitalisés et peuvent affecter 9 à 37% des patients admis en unités de soins intensifs. Des études récentes conduites en Europe ont rapporté des taux de prévalence hospitalière de patients ayant contracté des IAS de 4,6% [Italie] à 9,5% [Ecosse ; Suisse : 10.1%]. On estime à au moins cinq millions le nombre d'IAS survenant dans les hôpitaux de soins aigus en Europe annuellement, provoquant 135 000 morts par an et environ 25 millions de journées d'hospitalisation supplémentaires associées à une charge financière comprise entre 13 et 24 milliards d'Euros. Le taux estimé d'incidence des IAS aux Etats-Unis était de 4,5% en 2002, ce qui correspondait à 1,7 millions de patients atteints et dont l'impact économique s'élève à 6,5 milliards de dollars américains en 2004. Environ 99 000 morts ont été attribués aux IAS. (…)Peu de données sur les IAS dans les pays en développement sont disponibles dans la littérature [de 5.7% en Lettonie à 19.1% en Albanie] »*[25].

Experts et profanes

Ai-je réussi ce parcours historique assez ingrat, lourd de considérations nosologiques et chiffrées, mais qui je l'espère éclaire le contexte des gestes salvateurs du

[22] Cf. Pittet, 2008.
[23] Rambaud et Spiroux, 2008, p. 86.
[24] Pouchelle, 2009, p. 1.
[25] OMS, 2010, p. 2-3.

Viennois Semmelweis et du Genevois Pittet ? Je voulais faire saisir l'enjeu de ce qui est devenu au fil du temps un problème majeur de santé publique au niveau mondial.

Alors que d'un côté, une certaine « success story »[26] genevoise conduit à une réduction de moitié des infections hospitalières entre 1994 et 1997, d'un autre côté, on voit des associations de défense des patients se constituer autour de cas très médiatisés.

A la Clinique du Sport à Paris, une soixantaine de patients sont contaminés entre 1988 et 1993 par une bactérie résistante aux antibiotiques, le *xenopi*, responsable d'une forme particulière de tuberculose. Un procès s'en suivra qui aboutira à la condamnation de deux médecins et à la fermeture provisoire de cette institution. Une victime, Béatrice Ceretti, témoigne, et son mari fonde en 1988 l'association LE LIEN[27].

Des suites d'un accident de moto, l'acteur Guillaume Depardieu est infecté sur site opératoire en 1995, puis amputé de la jambe droite en 2003. Il crée à son nom une fondation pour regrouper les témoignages de victimes d'infections nosocomiales. Il meurt en 2008 d'une pneumonie, après un dernier épisode infectieux par MRSA[28].

[26] Je cite ici le mot du professeur Pittet dans *The Lancet*, en 2001, p. 17.

[27] Pouchelle, 2009, p. 2 et 4, notes 5 et 18.

[28] Son témoignage a été repris dans l'émission qu'ARTE a diffusée le 20 avril 2010, « Danger Hôpital: les maladies nosocomiales ». Thurn, 2010.

II. CONTEXTE DE L'ÉTUDE

> *Les infections nosocomiales sont des complications majeures qui assombrissent de nombreux progrès médicaux. Prévention, recherche et formation multidisciplinaires sont essentielles dans ce domaine.*
>
> Balmelli *et al.*, 1994, p. 9.

En mai 2009, Mathilde Bourrier, professeure au Département de sociologie de l'Université de Genève, est contactée par Hugo Sax, médecin adjoint du Service Prévention et Contrôle de l'Infection, pour participer à un projet sur l'hygiène des mains du personnel médico-soignant des Hôpitaux Universitaires de Genève. Comme la conformité à l'hygiène des mains semble stagner dans cette institution, il s'agit de donner un apport des perspectives des sciences sociales afin de mieux comprendre ce phénomène, et tenter de parer ainsi à l'augmentation des infections dites nosocomiales. Mathilde Bourrier est conviée à l'hôpital pour rencontrer Hugo Sax qui est en charge du projet. Dès lors, elle me propose de participer à cette aventure en effectuant un stage au sein de l'équipe de recherche. J'accepte avec plaisir cette opportunité et contacte Hugo Sax en vue d'une première rencontre. Notre entretien révèle un intérêt réciproque pour nos domaines de recherche et j'intègre l'équipe en novembre 2009. Lors de mon stage au sein de ce service, j'entreprends une enquête sociologique sur l'observance de l'hygiène des mains. Ce mémoire est basé sur les résultats obtenus lors cette année passée au sein du SPCI.

Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)

L'institution au sein de laquelle j'ai enquêté, les Hôpitaux Universitaires de Genève, constitue le plus grand et le plus important lieu de soins du canton de Genève; c'est aussi l'un des principaux pôles hospitaliers de Suisse. Les HUG sont composés de plusieurs sites répartis au centre de la ville et dans la campagne alentour. La description des lieux fera l'objet du chapitre V. Selon les données de 2008, cette structure hospitalière emploie plus de huit mille collaborateurs, comptabilise plus de sept cent mille journées d'hospitalisation et plus de deux mille lits en service à un taux d'occupation de 95%. Les opérations chirurgicales sont au nombre de plus de vingt mille et près de quatre mille naissances sont advenues en 2008. Le bassin de population concerne environ un demi-million de personnes[29].

Les HUG sont une structure de référence pour diverses procédures médicales de pointe : les greffes d'organes, la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie et l'infectiologie. Pour certaines méthodes et pratiques médicales, ils travaillent en collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé afin de promulguer des recommandations.

Le Service Prévention et Contrôle de l'Infection (SPCI)

L'instance dans laquelle j'ai été engagée se nomme le Service Prévention et Contrôle de l'Infection. Il a pour mission de prévenir le risque infectieux au sein des HUG

[29] Je reprends ces données de notre étude sur les aides-soignantes en anesthésie des HUG. Cf. Aristoteles *et al.*, 2009, p. 17.

et plus largement, de délivrer un conseil dans tous les secteurs touchés par l'hygiène et le contrôle des fluides (hygiène des bâtiments, détection des infections épidémiques, contrôle de l'efficacité des agents anti-infectieux, formation du personnel médico-soignant, amélioration de la qualité des soins).

Depuis plusieurs années, le SPCI participe activement à la *World Alliance for Patient Safety* (Alliance mondiale pour la sécurité des patients, un projet de l'OMS), en élaborant une expertise ‘‘Geneva Model'' sur la transmission des bactéries multi-résistantes dans les HUG et globalement, en œuvrant pour améliorer le climat de sécurité. Son but est de faire respecter au mieux les normes d'hygiène, au sein des HUG pour commencer, puis au sein d'autres institutions hospitalières à qui le ‘‘modèle de Genève'' servira de référence. Le SPCI a pour tâche de favoriser l'observance dans le domaine de l'hygiène des mains, de détecter les gestes non-conformes et d'évaluer l'efficacité de la stratégie de promotion de l'hygiène des mains par la participation du patient. Les chercheurs ont comme but principal de construire un modèle capable d'être adapté à d'autres institutions afin de diminuer la transmission des infections à l'hôpital.

Didier Pittet, professeur de médecine et d'épidémiologie hospitalière à l'Université de Genève, et Hugo Sax, médecin adjoint, encadrent une équipe de 38 personnes, qui comporte 14 infirmières et infirmiers spécialisés, 12 médecins spécialisés et 12 collaborateurs. Ce groupe de travail forme le Service Prévention et Contrôle de l'Infection. Ce dernier est rattaché à chaque service des HUG (pédiatrie, soins intensifs, médecine et chirurgie, etc.) par la surveillance des infections et l'évaluation de l'hygiène. Les médecins sont les référents des départements et les infirmières transmettent les informations aux responsables des différents services, mettent à jour et augmentent les bases de données et surveillent l'état infectieux des patients à l'entrée à l'hôpital ou en cours d'hospitalisation.

En 2000, le professeur Pittet et son équipe publient dans *The Lancet* les résultats d'une première expérience d'une amélioration durable de l'hygiène des mains. Une campagne de promotion, axée sur l'usage approprié d'une solution hydro-alcoolique, fait passer l'observance de 48% en 1994 à 66% en 1997, et coïncide avec une réduction de moitié des infections nosocomiales et de la transmission du MRSA[30].

Depuis, les Hôpitaux Universitaires de Genève et le SPCI ont mis en place une stratégie multimodale[31] de surveillance des infections nosocomiales et de promotion de l'hygiène des mains (avec observation standardisée) qui se base sur quelques principes: l'utilisation d'un produit hydroalcoolique (Hopirub) selon les cinq indications de l'hygiène des mains**,** l'enseignement de ces indications pour l'ensemble du personnel soignant, la surveillance de l'observance de l'hygiène des mains et un retour d'expérience, la promotion des bonnes pratiques grâce à des moyens promotionnels (affiches, vidéos, études randomisées et contrôlées) et dans ce sens, l'encouragement à une culture de sécurité.

A la lumière de la récolte des taux d'observance de l'hygiène des mains par secteurs et par professions, on voit que celle-ci stagne depuis dix ans. Dès lors, certains membres du service ont voulu mettre en place une nouvelle étude promotionnelle afin d'atteindre un niveau d'excellence de l'hygiène des mains (augmentation attendue de 20% sur la base d'un taux actuel de 60%) qui permettrait de réduire la transmission des infections nosocomiales. Pour cela, les membres du SPCI ont formé une équipe de recherche avec des membres du Département de sociologie (Mathilde Bourrier et moi-

[30] Pittet *et al.*, 2000, p. 1307 et 1311.

[31] L'approche multimodale de prévention associe cinq facteurs : le développement d'une nouvelle méthode de désinfection hygiénique des mains, la sensibilisation de l'ensemble du personnel par des campagnes renouvelées, la mesure régulière et la restitution au personnel du niveau d'observance des pratiques d'hygiène des mains, la participation active des soignants à la campagne de promotion et enfin, un soutien institutionnel marqué. Les résultats de la campagne multimodale ont été publiés par *The Lancet* dans son édition d'octobre 2000. Cf. Le dossier de presse du Service de la communication des HUG, le 14 avril 2005.

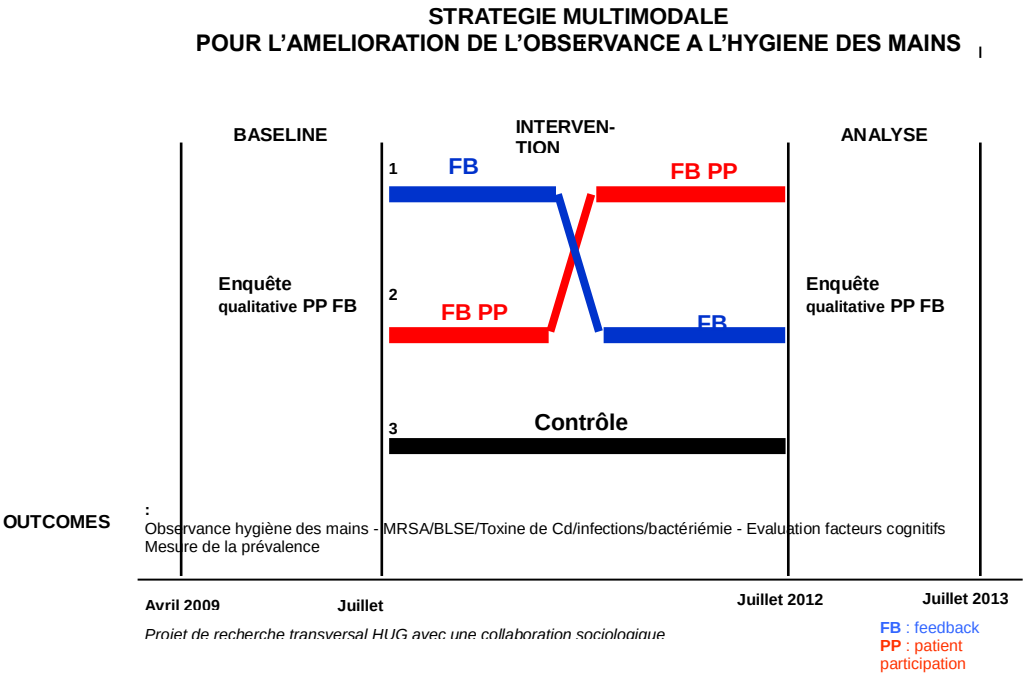
même) pour créer un projet financé par le Fonds National Suisse de la recherche scientifique.

L'étude randomisée et contrôlée[32] sur l'observance de l'hygiène des mains

Du côté de la recherche, le SPCI effectue actuellement une étude sur les stratégies interventionnelles de promotion de l'hygiène des mains pour évaluer son degré d'efficacité et la relation coût/bénéfice de sa promotion. Afin de déterminer l'efficience des nouvelles stratégies mises en place, les chercheurs vont observer la restitution systématique (*feedback*) de l'observance de l'hygiène des mains des soignants et la participation des patients à cette promotion. Cette étude est composée dans son ensemble de trois « bras » : *le contrôle* (unités témoins où les activités des soignants restent les mêmes et de ce fait, permettent d'avoir un point de repère chiffré), *le feedback* (unités où le *feedback* est mis en place systématiquement) et *la participation des patients* (unités où est instaurée la participation des patients à la promotion de l'hygiène des mains).

Les chercheurs évaluent aussi les facteurs cognitifs associés à un comportement favorable des patients et des soignants envers l'hygiène des mains. C'est au sein de ce projet, lors de l'enquête dite qualitative (FB et PP sur le graphique), que vient s'inscrire la collaboration sociologique qui ambitionne de mettre en lumière les déterminants sociaux de ce comportement.

Visualisation du projet :



Dans le cadre de cette étude randomisée et contrôlée, les « outcomes » sont les résultats obtenus depuis 1994 sur l'observance de l'hygiène des mains et la surveillance des infections. Ces données servent de points de repère pour mettre en place les interventions. La « baseline », soit l'enquête qualitative menée du 1er avril 2009 au 30 juin 2010, constitue la matrice de base pour comparer les données qui seront récoltées lors de

[32] Traduction de l'expression anglaise *cluster randomised controlled trial.*

la phase d'intervention (juillet 2010 – juillet 2012). Parallèlement, du 1er janvier au 1er juillet 2010, la série d'entretiens permet d'enregistrer les ressentis et les perceptions des soignants face à ces nouvelles interventions. Ces données sont ensuite utilisées pour préparer les actions (FB et PP) qui seront testées dans cette même phase « interventionnelle ». Au cours de cette période, 66 unités des différents départements des HUG se verront attribuer par randomisation (c'est-à-dire aléatoirement) une action (soit le *feedback,* soit la participation des patients). A l'issue de la première année, le groupe 1 et le groupe 2 intervertiront leurs actions promotionnelles. Après juillet 2012, l'analyse et le rapport final seront en construction.

L'équipe de recherche

Au sein du SPCI, en collaboration avec le Département de sociologie de l'Université de Genève, une équipe de recherche a spécialement été formée pour l'enquête sur la promotion de l'hygiène des mains comme moyen de réduire la transmission des infections. Les chefs de projets sont Didier Pittet, professeur et médecin chef du SPCI, Hugo Sax, médecin adjoint et coordinateur principal du groupe de travail, Mathilde Bourrier, professeur de sociologie à l'Université de Genève et référente de la partie sociologique. Les autres membres de l'équipe sont Walter Zingg, médecin pédiatre spécialiste en infectiologie et second coordinateur d'équipe, Andrew Stewardson, médecin spécialiste en infectiologie, Sylvie Touvenau, infirmière spécialiste clinique en prévention et contrôle de l'infection et moi-même, Mélinée Schindler, étudiante en Master de sociologie.

Toutes les personnes au sein de l'équipe ont des tâches définies, qu'elles effectuent tantôt chacune de son côté et tantôt en commun, sous la supervision de Hugo Sax. Walter Zingg et Andrew Stewardson, s'occupent principalement de la partie randomisée et contrôlée de l'étude : élaboration des trois bras d'enquête, randomisation des unités, récolte des chiffres et résultats statistiques. Sylvie Touvenau et moi-même nous chargeons de la mise en œuvre de *focus groups*[33] avec le personnel médico-soignant. Les exposés et restitutions au staff ou à la direction médicale sont assurés de manière collégiale. Une personne parle mais les autres sont présentes pour l'aider à répondre aux questions. De plus, pendant la passation des *focus groups*, les membres de l'équipe viennent regarder les discussions et nous aider à enclencher le matériel. C'est un véritable travail collectif que nous avons développé dès le mois de novembre 2009 : du protocole de recherche[34] (validé et financé par le Fonds National Suisse de la recherche scientifique) aux affiches promotionnelles en passant par les questionnaires semi-directifs, tous les supports ont été pensés en commun et soumis à commentaires par les membres de l'équipe.

[33] Un certain flou conceptuel règne sur la terminologie des entretiens de groupe. Cette expression anglaise trouve son origine sous la forme de *Focused Interviews,* introduite par le psychosociologue Robert King Merton en 1946. *Focus group* pourrait à la rigueur se traduire par « groupe focalisé » ou « groupe centré ». Mais centré... sur qui, ou sur quoi ? Cette discussion méthodologique est abordée de manière très approfondie dans un numéro récent de la revue canadienne *Recherches Qualitatives*. Cf. Touré, 2010.

[34] Cf. Bourrier, Pittet et Sax., 2009.

III. BUTS DE L'ENQUÊTE SOCIOLOGIQUE

A quoi ressemblerait une sociologie capable de comprendre et d'expliquer une bactériologie ?

Bruno Latour, 2001, p. 26.

Une contribution au travail du SPCI

La question de l'hygiène des mains ne se limite pas à des processus de transmission de bactéries multi-résistantes, de germes, ou à de stricts effets microbiologiques. L'hygiène des mains sert à réduire les propagations des infections, mais elle est aussi associée à toute une série de comportements, individuels et sociaux. Ces derniers peuvent éclairer une partie des observations déjà faites dans le cadre de différentes recherches qui montrent que l'observance de l'hygiène varie d'un moment à l'autre de la consultation ou de la visite médicale. Les soignants se désinfectent les mains sensiblement plus après avoir été en contact avec un malade (70%) qu'avant d'entrer en contact avec lui (40%)[35]**.** L'observance de l'hygiène des mains varie également en fonction du groupe professionnel d'appartenance : elle est ainsi moins bonne chez les médecins que chez les infirmières.

La transmission des micro-organismes à l'hôpital est une question sensible. Dès lors, s'intéresser aux représentations de l'hygiène des mains auprès du personnel soignant apparaît comme un complément aux efforts entrepris par le Service Prévention et Contrôle de l'Infection, dont l'un des objectifs est de pouvoir trouver et tester diverses stratégies pour favoriser une augmentation de l'observance de l'hygiène des mains et, grâce à cela, réduire les infections nosocomiales au sein des HUG.

L'anthropologie et singulièrement la sociologie se sont depuis longtemps intéressées à la pratique de l'hygiène, aux catégories du ''sale'' et du ''propre'', du ''souillé'' et du ''pur ''. Ces deux disciplines montrent que ces conceptions ne sont pas figées, qu'elles diffèrent d'une société à l'autre, d'une communauté à l'autre et d'une organisation à l'autre. Elles nous apprennent que les représentations sociales de ces notions varient en fonction de situations différentes et au gré de la nature des rapports qu'entretiennent les individus entre eux.

En un premier temps, nous avons visité les différents sites des Hôpitaux Universitaires de Genève afin d'observer sur le terrain les gestes d'hygiène et les interactions entre soignants et patients. Puis nous avons organisé des groupes de discussion[36] dans le but d'investiguer les représentations croisées des médecins, des infirmiers, des sages-femmes et des aides-soignantes de manière à saisir les déterminants socioprofessionnels et symboliques de leurs comportements. Nous utiliserons des méthodes qualitatives du point de vue de la sociologie du travail et des organisations, en lien avec une anthropologie des représentations. Nous aborderons la question de l'hygiène des mains comme celle d'un *rituel* pour découvrir quels sont les déterminants du passage de l'état ''sale'' à l'état ''propre''.

[35] Observance de l'hygiène des mains aux HUG en 2009 (données communiquées par Sylvie Touvenau).
[36] Cf. note 33, p. 21.

Les objectifs de l'étude sociologique

La rencontre entre la recherche du SPCI et la sociologie a comme but d'apporter un regard différent sur le comportement vis-à-vis de l'hygiène, comme je l'ai expliqué plus haut, et de collaborer au niveau de l'apprentissage des méthodes qualitatives[37]. Tout en nous initiant à l'observation de l'hygiène et à la pratique des soignants pendant nos visites des différents sites des Hôpitaux, nous avons tout d'abord partagé nos techniques d'observation. Par la suite, nous avons élaboré et appliqué tout le processus des méthodes qualitatives en commun.

Sylvie Touvenau et moi-même avons étroitement collaboré pendant cette phase de travail. Nous avons organisé et planifié la passation de huit *focus groups*, puis nous les avons retranscrits afin d'en tirer un certain nombre de constats sociologiques (cf. chapitres IX et X). Bien plus qu'un échange, c'est un véritable partage des tâches et des compétences que nous avons effectué ensemble.

Le travail de sociologie qualitative a pour ambition de compléter un travail déjà effectué dans le domaine de l'épidémiologie. Dans ce sens, plusieurs aspects doivent être développés: la formation du personnel, son savoir et sa perception de la prévention des infections. La pratique de l'hygiène est influencée par le type d'activité professionnelle et l'accessibilité à l'hygiène. Les caractéristiques individuelles et les déterminants sociaux et cognitifs (niveau d'instruction, savoirs, attitudes, intentions, croyances et perceptions, etc.) sont autant d'éléments qui doivent nous permettre de déterminer les représentations liées à l'hygiène.

Le but ici est de comprendre ce que vivent les soignants au quotidien. En étant en contact avec eux, et grâce à leurs paroles, nous avons essayé de mettre en lumière les difficultés qui apparaissent quand on parle d'hygiène à l'hôpital et plus précisément, celles qui naissent de la confrontation des recommandations pour l'hygiène des mains à la pratique habituelle des soignants. Pourquoi les soignants n'arrivent-ils pas à pratiquer rigoureusement l'hygiène des mains lors de certaines phases de soin, tandis que dans d'autres phases, ils appliquent des automatismes ? Par l'écoute active, nous allons tenter de déchiffrer le sens que donnent les soignants à leur propre comportement.

Questions de départ

Lorsque nous avons élaboré notre thème de recherche, ce qui intriguait les chercheurs du Service Prévention et Contrôle de l'Infection est que le taux d'observance de l'hygiène des mains est moins bon avant qu'après le contact patients. C'est dans ce cadre que s'inscrit notre contribution sociologique, qui s'est intéressée aux représentations sociales du sale, du propre et de ce qu'est l'hygiène, pour comprendre ce qui pousse le personnel médico-soignant à agir de telle ou telle manière. Afin de creuser le sujet de l'observance de l'hygiène, nous avons demandé aux soignants quelles sont les principales difficultés dans leur pratique quotidienne et comment ils perçoivent les recommandations d'hygiène. De manière générale, nous avons cherché à connaître les facteurs contextuels (caractéristiques du contexte spécifique de l'hôpital), sociaux (fonctionnement des équipes et influence extérieure), culturels (les normes) et individuels (le vécu et les représentations) qui déterminent la déviance ou l'observance de l'hygiène et l'hygiène des mains en particulier.

[37] En ce qui concerne l'application des méthodes qualitatives, je me suis basée sur les ouvrages de Quivy et Van Campemhoudt, 2006, Alami, Desjeux, Garabuau-Moussaoui, 2009, Paugam *et al.*, 2010.

IV. DISPOSITIF DE RECHERCHE

> *L'ethnologue restera toujours un voyeur, un gêneur, jamais à sa place. (...) Pourtant, son regard extérieur sans fard, souvent jugé trop inquisiteur - « trop pessimiste » ou « au vitriol » - ne surprend que certains professionnels.*
>
> Vega, 2004, p. 29.

Protocole de l'étude: les premiers choix

Lors des premières rencontres avec l'équipe de recherche du SPCI, nous ne savions pas encore très bien quel outil de recherche nous allions utiliser pour initier la problématique de l'hygiène des mains. Nous avions la possibilité d'observer mais aussi de questionner de près les professionnels de l'ensemble des HUG. Face à de tels potentiels mais aussi face à une contrainte temporelle pour réaliser cette enquête sociologique, il nous est vite paru judicieux de confronter les soignants pour trouver une certaine représentativité de l'ensemble des personnes concernées. Nous voulions mettre en lumière les mots et les images délivrés par les acteurs de terrain afin d'appréhender les mécanismes de construction du sens individuel et collectif. Ainsi, nous nous sommes résolus à faire passer des *focus groups* à diverses catégories professionnelles de différents services de l'hôpital. Afin d'établir un portrait au plus près des réalités des acteurs et de comprendre leur travail au quotidien, nous avons questionné les membres d'une catégorie professionnelle définie (par exemple un groupe d'aides-soignantes, d'infirmières ou de médecins) pour avoir un aperçu des représentations que livrent les personnes qui font le même métier. D'autre part, nous avons rapproché des personnes de différentes catégories professionnelles qui ne travaillent ensemble qu'occasionnellement, pour découvrir comment elles appréhendent et interprètent l'hygiène.

La pré-étude

La pré-étude sociologique s'est faite en deux temps: une phase initiale de prise de contact avec l'univers étudié ainsi qu'avec l'équipe de recherche et les thèmes étudiés au sein du SPCI s'est réalisée pendant les mois de novembre et décembre 2009. Les premiers choix de méthode ont été discutés et nous avons organisé la suite du travail. Dans un second temps, accompagnée par Sylvie Touvenau, je suis allée visiter les différents sites des HUG afin de me familiariser avec les pratiques de terrain. Ces excursions sur le terrain donneront lieu à une description ethnographique (chapitre VII) et à un premier questionnement sociologique qui sera développé plus loin dans le travail (chapitres IX et X). Cette phase s'est déroulée pendant les mois de janvier et février 2010. Simultanément, nous avons construit les questionnaires, puis nous avons commencé à faire passer les premiers *focus groups.*

Délimitation de l'objet et de l'univers de l'étude

Pour comprendre la délimitation de l'objet de recherche, il faut tout d'abord expliquer la structure de travail au sein des HUG. Les équipes médico-soignantes sont réparties selon des services spécifiques au domaine médical (chirurgie, médecine, obstétrique, gériatrie, etc.). Les services sont ensuite répartis par unités (petit groupe de soignants hiérarchisé, du médecin chef à l'aide-soignant). Les unités se situent le plus souvent sur un étage, d'un côté du couloir, et forment un espace restreint où les personnes se connaissent bien. Ainsi, le personnel de l'hôpital travaille généralement au sein d'une seule unité, sauf s'il fait partie du « pool » (personnes qui remplacent les autres en cas d'absence).

La délimitation de l'objet d'étude varie selon que l'on se place du point de vue du SPCI ou de la sociologie. Pour les chercheurs du SPCI, l'univers de recherche est très spécifique. Il inclut des unités issues de presque tous les services des HUG. Les services qui ne sont pas compris dans le périmètre de l'étude sont ceux où il est impossible d'initier une démarche de participation du patient : la pédiatrie, la psychiatrie, les soins intensifs et les gériatries de long séjour. Toutes les autres unités sont comprises dans un des trois bras de l'étude (contrôle, participation patient et *feedback*). Les personnes considérées sont toutes les personnes qui seront observées par les membres du SPCI pendant les deux ans de l'intervention.

Pour la partie sociologique, l'univers d'étude est de fait, plus restreint, car nous n'avions pas concrètement la possibilité d'interroger l'ensemble de la population observée de manière statistique. Ainsi, nous n'avons questionné qu'une petite partie des soignants inclus dans la recherche. Néanmoins, les personnes interrogées provenaient de presque tous les sites des HUG. Après avoir obtenu l'aval de la Direction des soins et de la Direction médicale, le personnel médico-soignant des différents départements a été sollicité par l'intermédiaire de ses responsables à participer aux séances de *focus group*. Au total, 38 volontaires des trois catégories professionnelles ont donné leur accord et pris part aux séances.

Récapitulatif des départements impliqués dans le projet :

66 unités impliquées dans les départements suivants:

- ✓ Département de réhabilitation gériatrique : Hôpital Trois-Chêne et Beau Séjour
- ✓ Département de Médecine interne
- ✓ Département de Chirurgie
- ✓ Département des Neurosciences Cliniques
- ✓ Département de Médecine génétique et de Laboratoire, unité du 4DL
- ✓ Département de Gynécologie et d'Obstétrique
- ✓ Division privée

Population étudiée

Nous avons vu certains soignants sur le terrain, mais nos principaux interlocuteurs sont les personnes que nous avons questionnées pendant les séances des *focus groups*. La population qui a participé aux séances de discussion, soit 38 hospitaliers âgés de 20 à 65 ans, se compose d'aides-soignantes, d'infirmières, de sages-femmes, de médecins et de chirurgiens. Nous avons essayé de trouver des personnes venant de tous les départements de l'hôpital pour que leur avis soit le plus représentatif possible de l'hétérogénéité institutionnelle.

Tableau des participants aux *focus groups* sur l'hygiène et l'hygiène des mains:

Nom fictif du soignant	Age	Catégorie professionnelle	Secteur de travail	Sexe
1 : Louise	40 à 49	infirmière	réhabilitation gériatrique	féminin
2 : Marie	50 à 59	sage-femme	réhabilitation gériatrique	féminin
3 : Fred	20 à 29	médecin stagiaire	chirurgie	masculin
4 : Hélène	50 à 59	aide-soignante	médecine	féminin
5 : Cécile	30 à 39	aide-soignante	chirurgie	féminin
6 : Virginie	20 à 29	médecin interne	chirurgie	féminin
7 : Charlotte	40 à 49	chirurgienne chef de clinique	médecine	féminin
8 : Geneviève	40 à 49	aide-soignante	médecine	féminin
9 : Fanie	30 à 39	aide-soignante	chirurgie	féminin
10 : Sophie	50 à 59	aide-soignante	chirurgie	féminin
11 : Tom	30 à 39	médecin chef de clinique	médecine	masculin
12 : Karine	30 à 39	aide-soignante	chirurgie	féminin
13 : Pauline	40 à 49	aide-soignante	réhabilitation gériatrique	féminin
14 : Valérie	30 à 39	sage-femme	médecine	féminin
15 : Elisa	50 à 59	infirmière	médecine	féminin
16 : Nadine	50 à 59	sage-femme	médecine	féminin
17 : Léo	30 à 39	médecin interne	médecine	masculin
18 : Patricia	40 à 49	aide-soignante	réhabilitation gériatrique	féminin
19 : Noémie	40 à 49	infirmière	médecine	féminin
20 : Barbara	40 à 49	infirmière	médecine	féminin
21 : Cindy	30 à 39	infirmière	réhabilitation gériatrique	féminin
22 : Victoria	40 à 49	aide-soignante	médecine	féminin
23 : Emilie	30 à 39	aide-soignante	médecine	féminin
24 : Linda	50 à 59	infirmière	médecine	féminin
25 : Laura	40 à 49	aide-soignante	chirurgie	féminin

26 : Paul	30 à 39	chirurgien interne	chirurgie	masculin
27 : Anne	40 à 49	infirmière	médecine	féminin
28 : Nadège	50 à 59	aide-soignante	chirurgie	féminin
29 : Frida	30 à 39	infirmière	médecine	féminin
30 : Yvette	50 à 59	infirmière	chirurgie	féminin
31 : Odile	30 à 39	infirmière	réhabilitation gériatrique	féminin
32 : Salomé	50 à 59	aide-soignante	chirurgie	féminin
33 : Sandie	50 à 59	aide-soignante	médecine	féminin
34 : Jade	30 à 39	sage-femme	médecine	féminin
35 : Vincent	40 à 49	infirmier	réhabilitation gériatrique	masculin
36 : Florence	30 à 39	infirmière	médecine	féminin
37 : Benoite	60 à 65	infirmière	médecine	féminin
38 : Laure	40 à 49	aide-soignante	chirurgie	féminin

V. METHODE

(…) dans ce mélange subtil de familiarité et de distance que toute méthode en sciences humaines doit résoudre, ce n'est pas le premier terme qui est difficile mais plutôt le second.

Bruno Latour, 2008, p. 24.

Phase exploratoire

La phase de travail exploratoire s'est faite pour moi de novembre à fin décembre 2009, c'est le moment où j'ai rejoint l'équipe de recherche du Service Prévention et Contrôle de l'Infection. Je venais une fois par semaine à l'hôpital pour notre réunion d'équipe. Cette séance hebdomadaire nous a permis de nous coordonner et de mettre en commun nos impressions. Tout d'abord, nous devions faire valider l'ensemble du projet par le Comité d'éthique des HUG et nous avons travaillé en commun pour relire les préparations d'Hugo Sax à ce sujet. En parallèle, j'ai abordé la littérature spécialisée en infectiologie. J'ai ensuite consulté une certaine littérature socio-anthropologique pour me faire une idée du sujet. Ainsi, j'ai construit une première revue de la littérature qui s'est enrichie tout au long du terrain. Cette littérature sera présentée dans le prochain chapitre.

Phase préparatoire

Sylvie Touvenau et moi-même avons poursuivi le travail qualitatif du début du mois de janvier 2010 à la fin du mois de février. Durant cette période, nous sommes allées voir tous les sites des HUG. Nous avons fait treize heures trente d'observations. C'est alors que j'ai pu me familiariser avec le terrain, c'est-à-dire me confronter à tous les types de soignants et de patients dans les différents sites des HUG.

Au début de l'année 2010, j'ai suivi pendant deux heures Sandrine Longet-Di Pietro, une infirmière spécialiste clinique du SPCI, pour qu'elle m'apprenne les bases de l'observation quantitative formelle de l'hygiène des mains. Les soignants doivent suivre les cinq indications d'après lesquelles il est nécessaire de pratiquer la désinfection des mains avec un produit hydroalcoolique (j'ai fréquemment vu l'Hopirub) ou un lavage des mains avec de l'eau et du savon. Ce dernier étant très long, il a été progressivement remplacé par la désinfection des mains mais il faut savoir que les deux techniques sont presque équivalentes du point de vue infectieux. Les cinq moments d'observance de l'hygiène des mains sont: avant un contact avec le patient, avant un acte aseptique, après avoir été en contact avec un liquide biologique, après un contact avec le patient, après avoir touché l'environnement patient [38]. Ces moments sont importants, mais la manière de se désinfecter l'est tout autant: il faut mettre du produit dans une main, fermer sa bouteille et la remettre dans sa poche. Il faut se frotter les paumes et l'arrière des mains, puis passer ses doigts dans les creux des doigts de l'autre main et inversement. Il faut frotter le bout de ses doigts dans la paume de sa main puis frotter le pouce séparément. Si nos mains sont encore humides, on peut finir la désinfection par les poignets et le début du bras[39].

Nous sommes allées aux urgences regarder des soignants pratiquer leur activité.

[38] Sax H, *et al.* J Hosp Infect 2007 Sep; 67(1):9-21.

[39] Pour qui ne suivrait pas, un infirmier des HUG se livre à une belle démonstration dans le documentaire d'ARTE, *La revanche des microbes*, 2008.

Nous avons attentivement observé leurs mouvements et leur praxis de l'hygiène des mains. L'observation se fait grâce à une grille prévue pour calculer statistiquement l'observance moyenne de telle ou telle unité ou de tous les soignants de l'hôpital par exemple. Il faut remplir des opportunités qui sont bien ou mal faites. L'observation d'un soignant n'est pas longue : elle dure environ vingt minutes.

Être observateur de gestes si précis m'est de prime abord apparu difficile, car je ne distinguais pas très bien les différents moments de l'hygiène des mains. Peu à peu j'ai appris à repérer les opportunités, mais les gestes s'enchaînaient tellement vite que j'avais l'impression que tout était embrouillé. Je me demandais comment l'observateur pouvait distinguer les différentes étapes du protocole d'hygiène. Ce qui m'a amenée à cette interrogation: comment les soignants peuvent-ils être observants quand ils pratiquent un enchaînement très rapide de soins complexes ? Est-ce cognitivement difficile pour les soignants de se souvenir des cinq moments de l'hygiène des mains ? Quels sont les automatismes des soignants ?

Phase d'approfondissement

Cette phase coïncide avec la préparation des *focus groups.* La première étape consistait à contacter les participants et à obtenir leur consentement. Sylvie Touvenau et moi avons chacune de notre côté élaboré un questionnaire, puis confronté nos opinions. Sur cette base, nous avons établi ensemble une liste de questions plus affinée que nous avons présentée au reste de l'équipe afin de la rediscuter et de la faire valider par Hugo Sax et Mathilde Bourrier (nos experts scientifiques). Notons qu'il a fallu refaire plusieurs fois ce questionnaire avant qu'il ne soit validé. Pour le tester, nous avons effectué un *focus group test*. C'est à la suite du test sur l'hygiène que nous avons revisité les questions. A ce stade, nos entretiens étaient semi-structurés : nous avons développé un questionnaire restant ouvert à toutes les tournures de la discussion. Si possible, nous laissions les soignants parler à leur guise et développer différentes thématiques en lien avec notre thème de recherche.

Questionnaire sur l'hygiène et l'hygiène des mains:

Simulation

Deux participants au *focus group* se proposent pour simuler la situation de soin. L'un fait le patient et l'autre, le soignant. Leurs rôles respectifs leur sont expliqués, indépendamment l'un de l'autre. Le patient est prévenu qu'il doit demander un vase urinaire au soignant, alors que celui-ci s'apprête à lui injecter un produit intraveineux. Cette situation de soin est fréquente pour le soignant: il doit répéter l'hygiène des mains plusieurs fois selon différentes indications. Après cette mise en scène, nous laissons parler les participants sur leur ressenti et nous enchaînons avec les questions.

Questions

1) A quoi associez-vous la notion de propreté ?
(Quels sont les images et les mots qui vous viennent à l'esprit ?)
2) A l'inverse, qu'apparentez-vous à la notion de saleté ? (*idem*: images et mots)
3) A l'hôpital, y a-t-il quelque chose qui vous dégoûte vraiment ?
4) L'hôpital, lieu de l'hygiène par excellence ?
5) Qu'est-ce que ça représente pour vous l'hygiène ?
6) Comment qualifiez-vous le risque infectieux (nosocomial) ?
7) Vous sentez-vous concerné, impliqué par le risque des infections nosocomiales ?
(Qu'est-ce qui vous semble risqué ?)
8) Quels sont les moyens de protection contre les infections nosocomiales ?

(Et comment qualifiez-vous cette protection ?)
9) Et que pensez-vous de l'environnement ou des objets, sont-ils des facteurs à risque ?
10) Faites-vous une différence entre les patients ?
11) Pourquoi certains vous paraissent-ils propres et d'autres sales ?
12) Est-ce que vous faites une différence entre l'hygiène dans le cadre professionnel et l'hygiène dans le cadre personnel ?
13) Au plus loin que vous puissiez vous en rappeler, quelles sont vos premières références en ce qui concerne l'hygiène ? A quoi se rapportent-elles?
14) Comment percevez-vous les directives, par exemple les cinq moments de l'hygiène des mains préconisés par le SPCI ? (Idée de décalage entre la pratique quotidienne et les directives formelles.)
15) Est-ce que vous avez le sentiment d'une évolution de l'hygiène des mains à l'hôpital durant la durée de votre pratique professionnelle?
16) Est-ce que vous éprouvez un sentiment de crise dans votre pratique professionnelle ? (Exemple : difficulté à faire face à la pression du travail, patient plus informé donc plus de remise en question, sentiment d'une perte de prestige, exigence médicale trop forte = sauver tout le monde ?)
17) Selon vous qu'est-ce qui favorise ou défavorise l'observance de l'HDM ?

L'organisation de ce type de séances s'est avérée compliquée et chronophage. Comme nous l'avons évoqué plus haut, nous avons dû recruter des participants. Pour ce faire, nous avons obtenu au préalable l'accord de la Direction des soins, qui nous a permis de passer par les chefs infirmiers pour proposer aux soignants de venir à nos entretiens collectifs. Le recrutement était fait sur la base du volontariat: si quelqu'un ne voulait pas participer à nos discussions, il n'y était pas obligé par sa hiérarchie. Nous avons recruté des soignants dans les différentes unités incluses dans l'étude randomisée. Diverses professions ont été conviées : médecins, infirmières, aides-soignantes et sages-femmes. Des groupes de trois à six personnes ont été formés pour discuter pendant environ une heure. La plupart des *focus groups* se sont déroulés dans les salles CC au rez-de-chaussée du bâtiment des lits des HUG. Un seul *focus group* s'est tenu sur un site annexe, l'Hôpital des Trois-Chêne en l'occurrence. Nous avons filmé et enregistré toutes les discussions. Nous avons ensuite retranscrit l'ensemble des conversations dans le programme informatique NVivo 8[40]. Lors des *focus groups*, Sylvie Touvenau ou moi étions à tour de rôle les modérateurs: quand l'une menait la discussion, l'autre prenait des notes et inversement. Grâce à cette technique de collecte de données, nous avons pu livrer « à chaud » nos impressions sur les échanges au reste des membres de l'équipe de recherche.

Traitement des données par NVivo 8

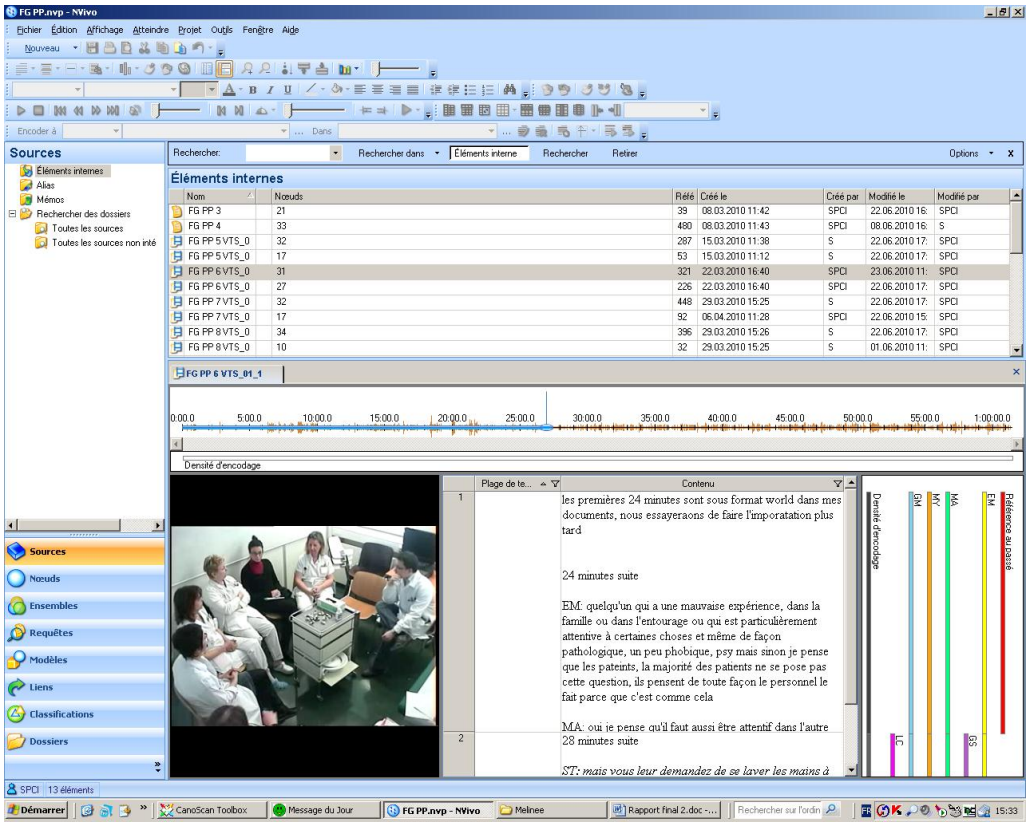
Au terme de nombreuses difficultés d'installation du logiciel informatique de traitement des données qualitatives, nous avons pu, grâce à NVivo 8, retranscrire les discussions parallèlement à la vidéo dans le même programme. Ce logiciel nous a facilité la retranscription, dans le sens où la vitesse de lecture ou encore le son étaient plus ou moins modulables. Cependant, notre méconnaissance du système nous a aussi posé quelques problèmes; nous devions lire et apprendre les fonctions de bases du programme avant toute manipulation. A la suite des retranscriptions, nous avons élaboré une série de codes pour découper le texte de manière thématique. L'élaboration des codes s'est faite en plusieurs phases.

Comme nous l'avions fait pour les questionnaires des *focus groups*, Sylvie et moi

[40] NVivo 8 est la 8ème version d'un outil électronique d'analyse qualitative (première version: 1999) conçu pour les décisionnaires et les chargés d'enquête. Ce logiciel de recherche par encodages a été créé par QSR International (Quality Systems Registrars) à Melbourne en Australie. NVivo sert à l'analyse qualitative de données qualitatives et non à une analyse quantitative.

avons tout d'abord écrit une liste de codes séparément. Nous avons ensuite confronté nos codes, en avançant divers arguments pour telle ou telle catégorie. Nous avons ensuite établi une liste commune que nous avons soumise à l'évaluation de Mathilde Bourrier et de Walter Zingg. Il est rapidement apparu au cours de la discussion que notre liste comportait de trop nombreux critères; à vouloir ratisser trop large, nous risquions de perdre en efficacité. Sur cette remise en question, nous avons donc revu intégralement nos critères d'encodage, de manière à construire une liste plus circonscrite et plus pratique à utiliser sur le logiciel. Cette optimisation réalisée, nous avons commencé à coder tout notre corpus de données. Le principe de codage est le suivant: il faut sélectionner une phrase ou un paragraphe de texte puis lui attribuer un ou plusieurs codes. Après avoir découpé le texte de la manière la plus pertinente possible, il est possible d'accéder aux phrases qui proviennent des catégories et de voir combien de fois tel code apparaît afin de déterminer sa prévalence dans le dialogue. Grâce cette technique, l'utilisateur peut effectuer un tri selon différents critères (sexe, âge, profession, secteur de travail). Ce logiciel permet d'interroger diverses occurrences, par exemple la correspondance croisée de deux codes. Au final, NVivo 8 nous a été précieux car il nous a servi à gagner du temps pour la retranscription des données et l'analyse de celles-ci. Il nous a permis de confirmer certaines idées de départ et d'approfondir la thématique de recherche. Au final, le bénéfice de l'utilisation de cet outil a été supérieur aux difficultés que nous avons rencontrées lors de son installation et de son utilisation.

Image du programme NVivo 8 :



Liste des codes:

Codes généraux, hygiène et hygiène des mains	**Sous codes**	**Définitions**
Caractéristiques démographiques	Fonction, secteur, âge et genre	Fonction au sein de l'hôpital, secteur de travail, tranche d'âge, fille ou garçon
Contexte	Référence au passé	Éducation, formation, référence à des situations qui se sont déjà passées, référence à l'histoire
	Référence à une évolution	Tout ce qui a trait à une évolution, un changement positif ou négatif, une comparaison entre avant et maintenant
	Le formel	Référence à des normes, des prescriptions, des règlements, des procédures, l'organisation du travail, la pratique formalisée, le contexte institutionnel
	L'informel	Référence à des pratiques non-programmées, sans protocole, référence à une organisation du travail non-formalisée
	Paradoxes	Exigences contradictoires, situations ambiguës
	Environnement professionnel	Contexte hospitalier, les lieux, les objets, disponibilité des ressources matérielles
	Environnement extérieur	Référence à la société en général, aux médias, aux personnes extérieures
	La communication	Type d'échange, modalité de communication, type d'information
	Représentation de soi	Faire un pronostic sur ses propres réactions, sur son comportement, image et représentation que l'on a de soi-même
	Représentation des autres	Faire un pronostic sur ce que sont les autres, image et représentation que l'on a des autres (patients, visites, autres soignants)
	Représentation des situations	Image que les soignants se font des situations
	Représentation des	Idées que les soignants se font

	risques	des risques à hôpital
	Morale	Référence au bien et au mal
	Acteurs de l'hygiène	Tous ceux qui peuvent intervenir en faveur ou en défaveur de l'hygiène
	Appartenance à un groupe	Idées que les soignants se font de leurs réseaux, de leur groupe d'amitié, de leur groupe d'affinité
	Problèmes / solutions	Ce qui est problématique pour les soignants / Issues trouvées par les soignants pour sortir d'un problème
	Relation soignant / patient	Relation entre les patients et les soignants comme elle est décrite aujourd'hui en lien avec l'HDM
Les pratiques, le comportement	Les pratiques quotidiennes	Les tâches quotidiennes, comment les soignants voient leur travail quotidien
	Les devoirs réciproques	Ce que doit un soignant à un patient et inversement, ce que doit un patient à un soignant
	Impact « générationnel »	Différences d'opinion entre les générations
	Impact« hiérarchique »	Statut, rôle qui influence les personnes
Émotions, ressenti	Le vécu	Joie, tristesse
	Rire	Ce qui fait rire les soignants
	Les craintes	Ce qui fait peur, une inquiétude, une appréhension chez les soignants (qui peut déclencher des réactions d'agressivité)
	Représentations de la propreté	A quoi est associée la notion de propreté
	Représentations de la saleté	A quoi est associée la notion de saleté
	Représentations de l'HDM	Idées que l'on se fait de l'hygiène des mains
	Facteurs qui influencent l'hygiène et l'HDM	Facteurs qui facilitent ou qui rendent plus difficile la pratique de l'HDM

Les limites du dispositif de recherche

Les limites du dispositif de recherche sont de plusieurs ordres. Tout d'abord, nous aurions pu choisir une autre technique de récolte de données. Pourquoi ne pas avoir fait d'observation directe, non participante, ou d'entretien individuel ? L'observation nous a paru difficile à réaliser d'un point de vue organisationnel. Soit nous débarquions sans prévenir dans les unités sous la casquette du Service Prévention et Contrôle de l'Infection et nos observations auraient été biaisées, car nous aurions été assimilées au contrôle de

l'hygiène. Soit j'y allais seule, ce qui n'aurait pas non plus été sans obstacle : comme le territoire des unités est surveillé, on m'aurait sûrement demandé fréquemment ce que je faisais là à les observer. Il aurait donc été difficile pour moi de me "fondre dans la masse" et de passer inaperçue. Une autre option aurait pu être d'annoncer notre visite, au risque, là encore, d'être perçues comme une instance de surveillance et de contrôle. De plus, cela aurait été complexe à mettre en place car il aurait fallu opérer des choix pour savoir où nous désirions faire des observations, en sachant que nous ne pouvions pas en faire partout.

Observer les gestes de l'hygiène sur le terrain aurait été une bonne manière de faire l'inventaire des pratiques au travail. Cependant, nous ne voulions pas nous limiter à ce que nous aurions vu ; nous voulions laisser les acteurs de terrain s'exprimer à leur guise et nous répondre de manière libre, sans qu'ils soient mis dans une situation d'observation où ils pourraient se sentir fautifs de ne pas pratiquer le « bon » geste d'hygiène. Nous voulions laisser émerger le côté réflexif des acteurs et les faire s'interroger sur leurs pratiques et sur leurs difficultés au quotidien.

Il est vrai que la situation d'entretien, même en *focus groups*, est artificielle car il y a d'un côté les "enquêteurs" qui posent des questions et de l'autre, les "enquêtés" qui répondent parce qu'on le leur demande. Ici surgit une difficulté: existe-t-il une influence de la relation d'enquête sur les paroles émises par les acteurs ? Sans doute, mais n'y a-t-il pas une influence ou une transformation sociale dans tous les types d'interaction[41] ?

Le fait de ne pas avoir eu le temps de réaliser des entretiens individuels est un véritable regret. Selon nous, il aurait été très intéressant de comparer ce que nous disent les soignants lorsqu'ils se trouvent en groupe et ce qu'ils ont à exprimer lorsqu'ils sont seuls face à l'enquêteur. Nous affirmons qu'il aurait été intéressant de pouvoir prolonger les entretiens, ce que démontre une situation inattendue. Lors d'un *focus group* prévu avec les chirurgiens de divers services de l'Hôpital, un seul d'entre eux est venu discuter avec nous - les autres avaient "oublié" le rendez-vous. Nous avons essayé d'insister pour qu'ils viennent quand même, mais ils ont décrété qu'ils avaient autre chose à faire. Qu'à cela ne tienne, nous avons décidé de faire l'entretien avec ce chirurgien. A la fin de la séance, nous avons trouvé que nous avions fait le bon choix, car ce fut l'une des rencontres les plus intéressantes de toutes. Ce médecin se référait à des dimensions éthiques que personne d'autre n'avait creusées à ce point. Après cette expérience, j'étais convaincue que les entretiens personnels auraient été aussi une bonne méthode.

Du point de vue de la littérature, la principale limite que j'ai rencontrée est de ne pas avoir eu le loisir d'aborder tous les auteurs et les thèmes qui traitent de près ou de loin des problématiques qui m'intéressent. L'histoire de l'hygiène et les transformations, à travers les siècles, des représentations de la propreté et de la saleté m'auraient peut-être permis de mettre en perspective ce que les soignants évoquent à partir de ce thème. J'aurais pu comparer les discours, repérer les transformations des représentations sociales et saisir quels sont les points d'engrenage qui poussent à une évolution. Une discipline telle que la sociologie de la technique pose la question suivante: comment l'homme travaille-t-il avec son principal outil (sa main) à notre époque[42] ? La sociologie des mœurs m'aurait permis d'appréhender comment a évolué l'apprentissage de la technique du lavage des mains et de comprendre où nous en sommes dans l'autocontrainte face à notre propre hygiène. Enfin, un pan entier fait défaut dans la littérature des sciences sociales en général : l'anthropologie des formes de contacts. Ce travail de fond me manque pour mieux cerner

[41] Nous sentons bien ici que nous ne satisfaisons pas entièrement aux exigences de la « communication non violente » telle que Pierre Bourdieu la formalise dans *La misère du monde* : « *Essayer de savoir ce que l'on fait, lorsqu'on instaure une relation d'entretien, c'est d'abord tenter de connaître les effets que l'on peut produire sans le savoir par cette sorte d'*intrusion *toujours un peu arbitraire qui est au principe de l'échange (…)* » Bourdieu, 1993, p. 905.

[42] Dans le cadre d'un séminaire donné à Strasbourg en janvier 2006, j'ai eu l'occasion d'entendre le philosophe Peter Sloterdijk développer cet aspect de l'anthropotechnique : comment l'homme est passé de la main comme outil de préhension à la main comme outil d'effleurement digital.

l'évolution des types de contact mis en perspective avec la transformation des sociétés.

Dans l'application de la méthode de recherche, certaines limites sont contrastées. Pendant les différentes phases d'un tel travail, il arrive que le chercheur doute de sa technique, de sa méthode et des questions qu'il est en train de poser aux personnes interviewées. Il se peut qu'il ne sache plus comment faire quand une discussion part dans tous les sens (sans toutefois quitter le sujet). En même temps, il estime que les enquêtés sont légitimés à parler de tout ce dont ils ont envie. Dans cette situation, comment agir ? Faut-il couper la parole aux gens et recadrer la discussion ou faut-il laisser aller celle-ci au gré des inspirations du moment? Il nous est arrivé de ne pas être certaines d'avancer vraiment, même si nous avions le sentiment d'apprendre de nouvelles choses. Grâce à la co-construction (avec nos différents experts) des grilles d'entretiens et à la richesse des propos que nous récoltions, nous savions que nous ne faisions pas complètement fausse route…[43] Bref, de grands moments d'incertitude traversent le vécu du chercheur en sciences sociales, il ne sait jamais s'il fait les choses assez rigoureusement car la méthode qualitative est plus ou moins ouverte. S'il tient bon et s'il travaille de manière régulière, en récoltant les données de façon systématique, il n'y a aucune raison pour que son travail ne soit pas de qualité.

Une des caractéristiques des *focus groups* est que leur dynamique n'est jamais la même d'une fois à l'autre. Selon le jour, le lieu, l'humeur du groupe, l'habileté ou la maladresse des modérateurs, l'offre de boissons et de friandises, des ambiances différentes se dégagent de la discussion. Chaque séance est unique ! Je ne suis pas sans savoir qu'un soupçon pèse actuellement sur les *focus groups*: il est arrivé que ceux-ci soient utilisés d'avantage comme outil d'acceptation sociale que comme échange de points de vue[44]. J'ose espérer que nous avons évité cet écueil et su entendre ce que les soignants avaient à exprimer au sujet de l'hygiène et de leur vécu au quotidien.

[43] Cf. l'argumentation de Howard S. Becker qui défend, contre « *les dieux de la rigueur et de la précision (…), les procédures apparemment indisciplinées du travail de terrain* ». Moyennant certaines stratégies d'entretien, le « *manque de règles procédurales strictes* » laisse toute sa chance à l'enquête. Becker, 2006, p. 66 et 69.

[44] Cf. à ce propos une critique extrêmement sévère de l'instrumentalisation de certains *focus groups* dans « L'art de faire avaler la pilule – Enquête sur l'acceptabilité sociale » par Kent et Lane, 2009, Revue Z, n° I, p.136-137.

VI. REVUE DE LA LITTERATURE

> *Il n'est rien que l'homme redoute davantage que le contact de l'inconnu. On veut* voir *ce qui va vous toucher, on veut pouvoir le reconnaître ou, en tout cas, le classer. Partout l'homme esquive le contact insolite.*
>
> Canetti, 1998, p. 11.

Je dis bien revue, et non pas discussion de la littérature. Les conditions temporelles de ma recherche, une mise en place de *focus groups* sur un temps très court, de janvier à mars 2010, puis leur analyse par encodage, ne m'ont pas laissé le loisir d'approfondir les problématiques anthropologiques.

Parler de l'hygiène des mains, d'infection et de désinfection renvoie de toute évidence aux thèmes traités de longue date par les sociologues, les ethnologues et les psychanalystes: la souillure et les rituels de purification.

La première école française de sociologie affirme l'absolue hétérogénéité du profane et du sacré, mais Durkheim précise: *« Le pur et l'impur ne sont (…) pas deux genres séparés, mais deux variétés d'un même genre qui comprend toutes les choses sacrées. (…) Avec du pur, on fait de l'impur, et réciproquement. C'est dans la possibilité de ces transmutations que consiste l'ambiguïté du sacré »*[45].

Rien ne sera plus discuté en anthropologie que les dichotomies issues de l'opposition première entre la sphère sacrée et la sphère profane. La controverse commence avec *Le Totémisme aujourd'hui*[46] de Lévi-Strauss et se poursuit avec *De la souillure*[47] de Mary Douglas. De son côté, René Girard bouscule toutes les théories du rituel sacrificiel par une lecture renouvelée des mythes qui le conduit à poser l'équivalence du sacré et de la violence[48]. Le philosophe Peter Sloterdijk, dans un exposé à l'adresse d'un congrès médical, met lui aussi en garde contre un usage trop simple de ces dichotomies: *« (…) il n'y a pas d'acte de soin absolument non technique, parce qu'il n'y a pas de cultures sans technique, de la même manière qu'il ne saurait y avoir d'acte de soin absolument non magique (...) »*[49]. Enfin, le psychanalyste et hypnothérapeute François Roustang donne le coup de grâce à Durkheim en exposant sa thèse du « sacré comme banal quotidien »: *« (…) le profane est défini avec constance par son irrémédiable opposition au sacré. Puisque tout le monde est d'accord sur ce point, (…) force est tout d'abord d'accepter et de développer l'évidence contraire, quitte à la soupçonner et à la questionner au fur et à mesure de son déploiement »*[50].

Dans ma revue de la littérature, je me limiterai donc à un résumé rapide des quelques ouvrages et articles de référence qui m'ont servi à l'élaboration des questionnaires. Mais ce n'est pas sans regret: j'ai le soupçon que bon nombre de moments de discussion avec les hospitaliers recoupent, sans qu'ils en aient conscience, les débats anthropologiques. Mes constats sociologiques le montreront peut-être (cf. chapitres IX et X).

---

[45] Durkheim, 2007, p. 53 et 588.
[46] Cf. Lévi-Strauss, 2009.
[47] Cf. Douglas, 2005.
[48] *« (…) le sacré inclut toutes les forces qui risquent de nuire à l'homme et qui menacent sa tranquillité, les forces naturelles et les maladies ne sont jamais distinguées de la confusion violente au sein de la communauté. »* Girard, 1972, p. 89.
[49] Cf. Sloterdijk, 1999, traduction personnelle.
[50] Roustang, 2001, p. 205.

Anthropologie hospitalière

D'entrée de jeu, je tiens à présenter brièvement les deux auteurs qui m'ont initiée à la problématique la plus récente de l'anthropologie hospitalière et qui m'ont donné ainsi un premier cadre de réflexion pour mon enquête.

Anne Vega publie en 2000 *Une ethnologue à l'hôpital*[51]. Ces notes d'un journal de terrain, sous la forme d'un récit ethnographique, répondent à la nécessité d'une immersion prolongée au sein de l'institution, « *au plus près des situations naturelles des sujets* »[52].

Mon intérêt a été éveillé à l'instant où Anne Vega présente les « *axes thématiques, assez traditionnels en anthropologie* », autour desquels son ouvrage s'articule: « *(…) les catégories de l'autre et du semblable, du propre et du sale; les conceptions du temps et de l'espace; les rapports entretenus avec la culture écrite et orale; les représentations de la maladie et de la mort* »[53].

Elle consacre un chapitre de son livre à la conception anthropologique de la contagion chez les infirmières hygiénistes et aux barrières symboliques que les professionnels de la santé dressent contre le Mal imaginaire[54]. *« Ces pratiques infirmières de distanciation corporelle (…) renvoient à des représentations du corps qui rappellent d'anciennes conceptions de la saleté, antérieures aux découvertes de la bactériologie, suivant l'idée selon laquelle tout ce qui sort du corps n'est plus à sa place, devenant source d'impureté, voire de danger »*[55]. On sent bien ici l'influence de la grande recherche de Mary Douglas, *De la souillure*[56]*,* à laquelle Anne Vega se réfère à plusieurs reprises.

Marie-Christine Pouchelle, dans ses « *essais d'anthropologie hospitalière* » rassemblés en 2003 sous le titre *L'hôpital corps et âme* [57]*,* suit une démarche *« délibérément empirique »*[58] autour d'une question peu abordée jusque-là: quelle relation les professionnels de la santé entretiennent-ils *« avec leur propre perception »* ?[59] Cette anthropologie de l'émotion s'inspire des travaux de Goffman et de Foucault. Mais ce qui me semble propre à Marie-Christine Pouchelle, c'est son introduction, peu courante sur ce terrain, de références à la psychanalyse de Freud et à la psychosomatique de Groddeck pour tenter d'analyser *« la part obscure du soin »*[60] et de mettre en évidence ce qu'on y trouve d'ambivalence, de déni et de refoulement.

L'auteur s'est faite ethnologue dans les services de réanimation d'un hôpital chirurgical de 1992 à 1997. C'est alors que son attention a été attirée *« par les effets iatrogènes d'une logique médico-scientifique poussée jusqu'à ses plus extrêmes conséquences »*[61]. Elle pointe l'ambivalence des établissements de santé qui *« oscillent entre la charité et la violence et suscitent leurs propres pathologies, depuis l'hospitalisme des jeunes enfants jusqu'aux infections nosocomiales »*[62].

---

[51] Cf. Vega, 2004.
[52] *Idem,* p. 14.
[53] *Idem,* p. 28.
[54] *Idem*, pp. 149-166: *De la saleté ordinaire à la contagion.*
[55] *Idem,* p. 158.
[56] Cf. Douglas, 2005. Voir ci- après pp. 39 à 41.
[57] Cf. Pouchelle, 2007.
[58] *Idem*, p. 11.
[59] *Idem*, p. 8.
[60] *Idem*, p. 100.
[61] *Idem*, p. 101.
[62] *Idem*, p. 100.

Le sens de l'expérience : schèmes et rites

Depuis 1946, les anthropologues ne cessent de relancer le débat sur la part d'irrationnel ou de rationnel qui existe dans la médecine primitive[63]. Les sociétés primitives avaient longtemps été considérées comme des entités sauvages, non-civilisées. Leur médecine était perçue comme non-scientifique, relevant le plus souvent de la magie. A l'heure actuelle, les anthropologues pensent que ce n'est pas le cas, effaçant d'un coup les grandes oppositions entre la magie et la science, le sacré et le profane, le surnaturel et le naturel. Mais qu'est-ce qui réunit des catégories aussi antagonistes ? L'anthropologie nous montre que la réalité humaine est fondée sur l'expérience, qu'elle soit réalisée par un membre d'une tribu primitive ou par un homme vivant à Genève de nos jours. Grâce à notre corps, nous expérimentons notre monde et nous lui donnons un sens. *« C'est le corps qui permet d'expérimenter les vertus contraires du sec et de l'humide, du chaud et du froid, d'apprécier la couleur et la consistance différentes du sang et de la lymphe, du sperme et du lait, les transformations subies au cours du transit intestinal par les aliments ingérés, d'opposer le sang des hommes à celui des femmes, etc. »*[64].

Le besoin de sens serait inhérent à toutes les sociétés. Dans cette optique, Mary Douglas propose l'hypothèse suivante : pour donner un sens au monde, nous organisons notre milieu de manière ordonnée, nous imposons à notre expérience une unité[65]. Toute anomalie engendre de la peur, car elle ne fait pas partie de nos catégories de pensée. Il nous faut éviter tout contact potentiellement dangereux ou créateur de doute. Selon Mary Douglas, nos impressions sont organisées en schèmes ; elles sont souvent des indications acceptables qui s'intègrent au schème. Si nous recevons des indications ambiguës, nous allons les normaliser avec l'ensemble des schèmes que nous avons déjà préconçus. Si nous ne comprenons pas l'indication, nous allons la rejeter car elle risque de modifier nos présupposés. Au contraire, si l'expérience est conforme à notre passé, nous renforçons nos présupposés. Ainsi, nous possédons tous un mécanisme filtrant et une manière de traiter les anomalies que ce soit en les ignorant, les affrontant ou les contrôlant.

Derrière l'idée d'ordonnancement du monde chez les individus apparaît l'idée des rites qui créent les habitudes. Nos habitudes génèrent notre identité en lien avec le collectif. Selon Daniel Fabre, le rite est le lieu commun entre les individus et le communautaire, c'est le croisement. En effet, les rites sont des actes communs à un groupe ou une société qui établissent des règles de conduites selon le sens qu'ils ont donné à leur expérience. Le rite renvoie à *« l'idée d'un ensemble de gestes, de paroles et d'objets ordonnancé par une autorité qui en détient la signification puisqu'elle en a formulé le code* (...) *On peut appeler 'rite' (…) des actes et dires dont le groupe admet qu'ils sont sensés car conformes à la logique implicite du sens qui régit ce temps de l'existence sociale »*[66]. Ainsi, ces actes (symboliques ou non) ne sont pas figés, ils sont variables selon les contextes et les personnes qui leur donnent sens. En d'autres termes, ils représentent le centre de la fabrique du sens social.

Mary Douglas va encore plus loin dans cette idée : « *Il n'y a pas d'amitié sans rite d'amitié »,* donc pas de rapports sociaux sans actes symboliques[67]. Les rites nous font donc éprouver la réalité sociale en mettant en commun l'individualité et le collectif. Ces actes ont aussi comme rôle d'imposer des limites à notre expérience. Ils créent donc du sens par l'établissement de règles communes auxquelles il ne faudrait pas déroger. Selon Daniel Fabre, l'ultime fonction du rite est d'instaurer des limites discriminantes. Il sert à

[63] Augé, 1986, p. 83.
[64] *Idem,* p. 86.
[65] Cf. Douglas, 2005.
[66] Fabre, 1987, p. 2 et 3.
[67] Douglas, 2005, p. 81.

déterminer ce qui est à l'intérieur du groupe, de la société et des règles qu'ils ont produit et ce qui est à l'extérieur. Qui dit règles, dit interdits : il y a certaines choses qui, à travers notre expérience, sont rejetées, ignorées ou combattues car elles n'entrent pas dans nos catégories de pensée positive. Est-ce le cas pour la saleté et l'hygiène des mains, dans le sens où la saleté serait l'élément à prohiber et l'hygiène des mains le rite pour conjurer ce méfait ?

L'interdit de la saleté

Tout d'abord, la saleté est-elle un interdit ? Mary Douglas, qui a passé de nombreuses années de recherche sur le thème du propre et du sale (en comparant les sociétés primitives et les sociétés modernes), propose la définition suivante : la saleté, *« c'est quelque chose qui n'est pas à sa place (…) une sorte de ramassis d'éléments rejetés par nos systèmes ordonnés »*[68]. La saleté est donc bien un élément qui dérange nos catégories de pensée, de différentes manières selon les personnes, les lieux, la culture, la temporalité, etc. « *Là où il y a saleté, il y a système. La saleté est le sous-produit d'une organisation et d'une classification de la matière, dans la mesure où toute mise en ordre entraîne le rejet d'éléments non-appropriés »*[69]*.* L'intuition fondamentale de Mary Douglas est que *« notre expérience quotidienne de la saleté a comme point commun essentiel avec la souillure dans les sociétés dites primitives une rupture de l'ordre normal du monde »*[70]. La saleté est donc corrélée avec la souillure, qu'elle soit concrète, morale ou symbolique. Dès lors, le danger provient de ce qui menace la société : la marge. Il faut pourtant distinguer deux types de souillures, celle, morale, qui entraîne une condamnation morale et celle de pollution, qui implique de faire un rite de purification.

« Les notions de pollution s'insèrent dans la vie sociale sur deux plans, l'un fonctionnel, l'autre expressif. Dans le premier cas, qui est aussi le plus évident, les individus cherchent à influencer le comportement de leur semblable. Les croyances renforcent les contraintes sociales. (…) Ces croyances sont un langage puissant d'exhortation réciproque. (…) On conçoit aisément l'utilité des croyances relatives à la pollution dans un dialogue où chacun revendique ou conteste un certain statut dans la société. Mais quand on étudie de près ces croyances, on découvre que les contacts considérés comme dangereux portent aussi leur charge de symboles. C'est sur ce plan, plus intéressant, que les notions de pollution sont liées à la vie sociale. Je crois que certaines pollutions servent d'analogies pour exprimer une idée générale de l'ordre social. (…) il vaudrait mieux les interpréter comme l'expression symbolique des relations entre différents éléments de la société, comme le reflet d'une organisation hiérarchique ou symétrique qui vaut pour l'ensemble du système social »[71]*.*

Par l'observation et l'expérience, la médecine occidentale s'est émancipée du religieux : c'est l'événement hippocratique[72]. Mais le lavage des mains, strictement codifié dans les pratiques hospitalières, peut-il être complètement séparé des anciens rituels de purification ? La frontière entre sphère profane et sphère sacrée n'est plus si sûre, lorsqu'il s'agit de se prémunir de la mort en évitant le contact de ses agents. *« Si (…) nous réfléchissons honnêtement à nos récurages et à nos nettoyages, nous conviendrons aisément qu'ils n'ont pas pour but principal d'éviter les maladies (…). Comme les Boschiman, nous évitons les souillures et nous justifions ce comportement en invoquant certains dangers.(…) Nous craignons les micro-organismes pathogènes : souvent les*

[68] Douglas, 2005, p. 55.
[69] *Idem.*
[70] Gasquet, 2001, p. 1.
[71] Douglas, 2005, p. 25.
[72] Cf. Bourgey, 1953.

prétextes hygiéniques que nous avançons pour justifier notre crainte de la souillure relèvent de la plus pure fantaisie »[73]. Ainsi, si l'hygiène des mains peut être mise dans la catégorie des rites de purification, il serait intéressant de creuser les causes de cette volonté de purification. A quelle souillure est-il important d'échapper dans nos sociétés modernes ?

Les infections nosocomiales en sciences sociales

Plusieurs chercheurs en sciences sociales se sont intéressés à la problématique des infections nosocomiales. Les historiens ont traité le sujet des infections pour mettre en lumière des événements qui se révèleront être les moments fondateurs et les prémisses de la situation hospitalière actuelle (mise en place du lavage des mains comme moyen de prévenir la contamination, apparition des résistances bactériennes aux antibiotiques, etc.)[74]. Cette question s'est ensuite imposée aux ethnologues de terrain qui fréquentent les institutions hospitalières, de par l'observation des équipes soignantes qui gèrent ce phénomène au quotidien. Grâce à ce type d'analyse, les chercheurs en sciences sociales pouvaient se référer à un fondement critique pour commencer un questionnement. Puis sont arrivés les sociologues du risque qui poussèrent la réflexion sur des domaines assez larges : représentions du risque infectieux, décalage entre les conceptions scientifiques opposées aux conceptions pratiques des acteurs de terrain, stratégies des acteurs face au risque, etc.

Les infections nosocomiales ne sont pas un thème nouveau à en croire Eytan Ellenberg, qui nous montre que dès le 18ème siècle, l'adjectif *nosocomial* est déjà utilisé pour qualifier des infections acquises à l'hôpital, ce qui avait provoqué une réforme des hôpitaux de type militaire[75]. A la suite de ces premiers événements, la grande figure qui incarne la prévention des infections est Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865). Ce médecin hongrois a permis de réduire la propagation des fièvres puerpérales et, par conséquent, de réduire la mortalité grâce à la prescription, en 1847, de l'usage d'une solution de chlorure de chaux dans une grande maternité de Vienne. Les travaux de Louis Pasteur sur la stérilisation, puis la découverte des antibiotiques ont transformé de manière radicale la perception des moyens d'actions. Dès lors, on ne craignait plus l'infection, car on possédait dorénavant les moyens de la maîtriser. Néanmoins le problème est réapparu si l'on se base sur les propos de certains chercheurs : la propagation des infections aurait recommencé aux endroits où sont regroupés les malades après la Deuxième Guerre mondiale[76]. Selon Marie-Christine Pouchelle, ce phénomène a une signification beaucoup plus profonde pour les praticiens: c'est un véritable ''retour du refoulé'' que vivent les chirurgiens, les médecins et les soignants au sein de l'hôpital. Ayant éradiqué le mal infectieux et croyant le maîtriser pour de bon, le personnel hospitalier se retrouve face aux limites de son efficience[77]. Nous pouvons ajouter à ce contexte déstabilisant le scandale du sang contaminé en France qui a touché la sphère publique dans les années quatre-vingt[78]. Une crise de confiance sans précédent a gagné le monde médical occidental. En effet, ce drame fut comme le révélateur de la faiblesse de l'organisation hospitalière. Nous sommes actuellement dans un contexte de remise en question du savoir médical due à la conjonction de plusieurs facteurs : accroissement des droits des usagers, augmentation de la demande de transparence, amélioration de l'information des patients, création

[73] Douglas, 2005, p. 86-87.
[74] Cf. mon historique, chapitre I.
[75] Cf. Ellenberg, 2005.
[76] Cf. Caricaburu *et al.*, 2008.
[77] Cf. Pouchelle, 2008.
[78] Cf. Ellenberg, 2005.

d'associations de victimes, etc. C'est bel et bien dans ce contexte général que les chercheurs en sciences sociales ont démarré leur travail et leur questionnement sur un phénomène qui, à travers le temps, pourrait bien se révéler de plus en plus problématique.

Le risque nosocomial

Nous allons maintenant traiter des différentes thématiques anthropologiques, ethnologiques ou sociologiques qui sont apparues à la lumière des recherches de terrain et des recherches plus théoriques sur les infections nosocomiales. Plusieurs travaux traitent les infections hospitalières du point de vue du risque. Souvent, les auteurs orientent leurs propos autour de sa perception chez les hospitaliers et sur les logiques qui sous-tendent leurs comportements.

Un des premiers éléments qui ressort de ces études est que la perception des risques n'est pas la même selon que l'on se place du point de vue des professionnels de la recherche et de la prévention (épidémiologue, infectiologue et médecin spécialisé), du point de vue des acteurs de terrain (le personnel médico-soignant) ou du point de vue des patients. Il existe même un décalage profond entre les recommandations émises par les instances de contrôle des infections et la pratique, les gestes quotidiens des soignants[79]. Ce décalage a une incidence sur des pratiques construites sur la base d'exigences contradictoires. Il y a d'un côté les responsables et experts qui tiennent un discours normatif fondé sur le savoir scientifique des risques et de l'autre, les pratiques des soignants qui se fondent dans des dynamiques globales et des risques contextualisés. Ainsi tiraillée, l'hygiène hospitalière devient un idéal référentiel qui ne peut pas être mis en pratique. C'est un peu comme si on demandait aux soignants quelque chose qu'ils ne peuvent *a priori* pas réaliser.

Ainsi, l'évaluation des risques se fait sur un calcul du coût et du bénéfice par rapport au risque à prendre, qui dépend du jugement des acteurs et de leur préférence[80]. Cette préférence peut s'appuyer sur un état d'esprit propre à certains membres du personnel soignant qui essayent de se convaincre de l'étanchéité de la frontière qui sépare les professionnels de la santé de l'altérité pathogène. *« Les contagieux, porteurs et vecteurs de la maladie, ce sont les "autres", c'est-à-dire par définition les patients. Ce sont aussi les proches de ceux-ci (…) Par rapport aux mondes cloisonnés de l'hôpital, les profanes qui viennent des "ténèbres extérieures" font désordre et sont dangereux »*[81].

Plus que la peur de l'autre, le statut social peut aussi jouer un rôle dans la variation des pratiques des normes d'hygiène : *« Les choses se passent parfois comme si le statut social, la posture d'autorité et la qualité scientifique donnait à ceux qui, au bloc ou en réanimation font figures d'officiants (…), une pureté intrinsèque qui pourrait se passer de toutes ablutions purificatrices »*[82]*.* De plus, médecins et chirurgiens se comportent parfois comme si, naturellement propres en raison de leur fonction, ils ne sauraient être eux-mêmes des vecteurs d'infections.

La prévention des infections nosocomiales peut aussi être au service des jeux de pouvoir. Comme la hiérarchisation est très forte au sein de l'institution hospitalière et que la division du travail oppose ce qui semble ''noble'' (la chirurgie et le côté propre de la désinfection) et ce qui paraît ''vulgaire'' (l'anesthésie et le côté sale de la désinfection), il arrive qu'une catégorie professionnelle s'approprie les ''ficelles'' de la prévention pour gagner un peu de pouvoir sur une autre catégorie professionnelle[83]. De plus, la

[79] Cf. Amiel, 2005.
[80] *Idem.*
[81] Pouchelle, 2009, p. 3.
[82] Pouchelle, 2008, p. 193.
[83] *Idem.*

transgression des consignes d'hygiène facilite parfois les relations entre les professionnels. Un exemple peut illustrer ce phénomène : une infirmière de stérilisation refuse de redonner les instruments à nettoyer en cas de problème (repasser la chaîne de stérilisation), elle préfère frotter elle-même les instruments plutôt que d'affronter l'humeur des personnes avec lesquelles elle devrait normalement collaborer[84]. Cette personne préfère donc ne pas embêter ses collègues et garder de bons rapports relationnels, plutôt que de leur demander de faire ce qui leur serait assigné formellement. Du côté relationnel, un autre phénomène apparaît entre les soignants et les patients. *« (…) le respect des protocoles d'hygiène est souvent présenté comme synonyme d'asepsie relationnelle : le port des gants, masques et sur-blouses constituant autant d'écrans dans la relation et de sources potentielles d'anxiété pour le malade »*[85]. Ainsi, il se pourrait que le contact stérile n'ait pas la même symbolique pour chacun. Si l'on se place du point de vue des professionnels, la rationalité médicale voudrait que l'asepsie serve à protéger les patients. Si l'on se place du côté de la rationalité émotionnelle, il se pourrait que les gestes aseptiques soient perçus par le patient comme un véritable abandon. Un autre phénomène vient s'ajouter à tout ce qui précède : la hiérarchisation des risques se fait de manière sélective, elle dépend de la population, de l'activité et du service à laquelle elle est liée. C'est le cas pour les gériatries, endroits où les soignants perçoivent un potentiel d'infection plus grand que dans d'autres services.

L'observance : protocole, rituel, automatisme

Les infections nosocomiales sont généralement transmises par la voie endogène (contamination d'un site stérile avec des germes faisant partie de la flore du patient) ou par la voie exogène (colonisation et infection des patients par des bactéries provenant d'autres malades ou du manuportage de matériel)[86]. Bien que contracter une infection dépende fortement de l'état du patient, de la densité des soins et de la fréquence des procédures, la qualité des soins peut être remise en question dans la transmission de type endogène. Ainsi, il existe des moyens pour y échapper : *« Ce mode de contamination peut être* a priori *évité par une bonne observance des procédures d'hygiène (hygiène des mains notamment) et d'entretien du matériel et de l'environnement »*[87]*.* Cependant, la relation entre qualité des soins et infections nosocomiales n'est pas forcément facile à déterminer. Pour ce faire, il faut mettre en place un programme de prévention qui permette de mesurer ses effets sur l'indicateur nosocomial afin d'évaluer l'efficacité de la méthode utilisée[88]. Le produit hydro-alcoolique sert à la désinfection des mains et permet une réduction des infections nosocomiales. Il est aussi un outil de prévention et dans ce sens, il est possible de voir les effets de la désinfection des mains sur la transmission des infections. Lorsque l'on aborde les mesures de protection, le constat suivant peut être établi : *« L'observance des règles en matière d'hygiène des mains avant un contact avec un patient est beaucoup moins bien respectée qu'après ce contact »*[89]*.* Il existerait donc une tension entre autoprotection et alloprotection, c'est-à-dire entre la protection de soi-même qui se fait automatiquement et la protection globale pour laquelle il est plus difficile de développer des automatismes.

L'automatisme provient-il des gestes et des habitudes que nous créons pour cadrer notre expérience ? En d'autres termes, l'hygiène des mains est-elle un protocole

[84] *Idem.*
[85] Caricaburu *et al.*, 2008, p. 8.
[86] Cf. Durocher, 2005.
[87] *Idem*, p. 64.
[88] *Idem*, p. 65.
[89] Caricaburu *et al.*, 2008, p. 4.

(l'application d'une recommandation d'hygiène hospitalière) ou un rituel (une action qui a un sens symbolique fort) ? Pour Marie-Christine Pouchelle, *« si les effets secondaires symboliques d'une procédure technique prennent le pas sur la justification objective, il est alors fondé de parler de rituel plutôt que de protocole. Mais un rituel est aussi difficile à modifier qu'un protocole, car ses fonctions existentielles sont complexes. Stéréotypé et répétitif, il est destiné à conjurer le malheur, à assurer le succès des procédures, à canaliser les affects, à cimenter la communauté des initiés. Toucher au rituel, c'est donc toucher à des aspects identitaires profonds, qui peuvent suffire à créer une résistance durable à tout changement »*[90].

La recherche qualitative en clinique

Depuis peu la recherche qualitative vient enrichir la recherche quantitative dans de nombreux domaines. Que ce soit en épidémiologie, en infectiologie, en médecine, en écologie ou en criminologie, les analyses des sciences sociales offrent une approche complémentaire à l'analyse statistique. La combinaison des méthodes permet d'appréhender des phénomènes complexes à travers la description et la compréhension des multiples contextes et acteurs spécifiques. Ainsi, la recherche qualitative tend à être de plus en plus utilisée et de plus en plus présente dans le champ de la recherche fondamentale, même si les critères de validation ne sont pas les mêmes.

Divers chercheurs se sont penchés sur ce sujet : comment combler le décalage entre ce qui fait science pour un chercheur en sciences fondamentales et ce qui fait science pour un chercheur en sciences sociales ? Il est clair que l'opposition entre ces deux types de disciplines perdure depuis longtemps et qu'il est difficile de les faire cohabiter au même niveau de valeur scientifique. Néanmoins, on voit apparaître un phénomène des plus intéressants : les différents types de sciences essaient de se comprendre et commencent à créer une ‘‘nouvelle’’ science qui prenne en compte les deux points de vue. Chaque discipline scientifique possède une force qui lui est propre et qu'elle doit garder précieusement ; cependant, réfléchir ensemble ajoute une force enrichissante à des disciplines fortement spécialisées.

Pour les auteurs de la *Déclaration sur la signification, l'évaluation de la qualité et l'enseignement de méthodes de recherche qualitative*[91], ces méthodes sont efficaces *« pour étudier la manière dont les gens donnent un sens à leur monde, et la manière dont ils évaluent leurs expériences »*. Elles sont également *« fructueuses dans le cadre d'études de processus sociaux, comme les études sur les interactions et la communication, prenant en compte les contextes temporels, socioculturels et spatiaux »*. Elles servent aussi *« à reconstruire les systèmes de sens et les connaissances sociales (idéologies, mythes, mentalités, discours, modes de penser, etc.), à analyser les pratiques, institutions et organisations sociales, à étudier les champs sociaux, les modes de vie et les milieux sociaux, ainsi que les processus de formation d'habitus et les trajectoires biographiques. Les buts de ce type de projets de recherche peuvent parfois simplement consister à explorer, analyser et décrire, mais ils peuvent aussi comprendre la formulation de modèles ou de typologies ou l'élaboration de théories qui cherchent à expliquer des phénomènes sociaux, culturels, historiques, politiques, économiques ou psychologiques »*.

Voilà un vaste programme pour la recherche qualitative mais il ne faut pas oublier qu'elle doit suivre des règles et une méthode à même d'évaluer la pertinence des résultats. Elle doit faire appel à des concepts théoriques et des questions de recherche créatrices de théories[92]. Il faut qu'elle se réfère explicitement à la littérature scientifique. Afin que les

[90] Pouchelle, 2008, p. 192.
[91] Bergman *et al.*, S.d., p. 26.
[92] *Idem.*

problématiques soient traitées de manière efficace, elle sélectionne soigneusement la méthode de collecte de données et d'analyse. Il faut aussi contextualiser les résultats car ils proviennent d'un contexte spécifique et ne sont pas forcément valables dans d'autres conditions. Enfin, le chercheur doit veiller à respecter les règles éthiques, la nature confidentielle des informations, le non-jugement d'autrui et le respect des personnes[93].

Un autre article, *Qualitative research methods : Key features and insights gained from use in infection prevention research* [94] , théorise l'application des méthodes qualitatives en épidémiologie et dans le domaine du contrôle de l'infection. Pour les auteurs de cet article, la méthode qualitative permet d'expliquer les facteurs émotionnels mis en œuvre dans la pratique de l'hygiène des mains et dans ce sens, de compléter les efforts déjà entrepris par les statistiques. A l'hôpital, les facteurs contextuels sont complexes : une multitude d'interactions humaines se déroulent dans un environnement de soins spécifiques, composé d'un grand nombre d'acteurs hétérogènes et de multiples outils techniques. Dans le domaine du contrôle de l'infection, le but de la recherche qualitative est de comparer des pratiques hospitalières différentes selon les milieux et de comprendre les mécanismes qui président à l'adoption d'un certain type comportement (pour lutter contre les infections par exemple). Par l'interprétation, la rigueur méthodologique, l'expérience et l'habileté des compétences, la pertinence et la réflexivité, la méthode qualitative peut être validée non pas par l'inférence statistique, mais bien par la comparaison de contextes semblables.

L'hygiène des mains

La littérature sur l'hygiène des mains traite de manière combinée les facteurs individuels, sociaux et contextuels. Ainsi, elle essaye d'expliquer quels sont les comportements de l'hygiène des mains en se concentrant sur les attitudes, les croyances, les traits de personnalité et les rôles des acteurs. De plus, elle s'intéresse aux normes et à la production de la connaissance qui façonne leurs conduites. Elle cherche à comprendre comment fonctionne un système social spécifique afin de dégager les liens entre les différents facteurs évoqués plus haut.

Dans l'article *Why Healthcare Workers Don't Wash Their Hands: A Behavioral Explanation*[95]*,* l'hygiène des mains est étroitement liée à la notion de protection. Cette dernière provient de l'expérience de l'enfance : on nous apprend dès notre plus jeune âge ce qu'est la saleté et ce dont il faut se protéger. Très tôt, les germes sont considérés comme sales et donc dangereux pour l'enfant, qui apprend comment éviter d'être en contact avec eux. Dans ce sens, la protection est un mécanisme psychologique de longue date. Afin de gérer au mieux les agressions potentielles que nous pourrions subir de ce qui est sale, nous développons un comportement ritualisé qui sert à nous protéger. Nous suivons donc les règles de conduite que nous avons apprises il y a fort longtemps et que nous réactualisons lors de chaque expérience.

Selon les auteurs de *Behavioural considerations for hand hygiene practices: the basic building blocks*[96], neuf infectiologues dont Didier Pittet et Hugo Sax, les soignants adoptent deux grands types de comportements : l'électif et l'inhérent. Le premier est un comportement choisi, il découle d'une affinité naturelle ou d'une préférence pour telle ou telle situation. Pour l'hygiène des mains, cela veut dire que les soignants pratiquent peut-être mieux les recommandations d'hygiène dans certaines situations que dans d'autres.

---

[93] *Idem.*
[94] Cf. Forman *et al.*, 2008.
[95] Cf. Whitby, McLaws and Ross, 2006.
[96] Cf. Whitby *et al.*, 2006.

Le deuxième comportement, l'inhérent, est une conduite nécessaire et intrinsèque. Elle est par nature propre à la personne qui la produit. Pour l'hygiène des mains, ce comportement serait par exemple une réaction de dégoût : certaines personnes ne supportent pas les blessures, les odeurs ou encore les sécrétions tandis que d'autres ne sont pas spécialement touchées par cela. Le grand problème qui est discuté ici est le suivant : les soignants croient parfois qu'ils n'ont pas le temps effectif de pratiquer l'hygiène des mains selon les recommandations. Ils les trouvent contraignantes et ils estiment qu'une norme - qui ne peut de toute façon pas être appliquée - empiète sur la part d'autonomie au travail et sur l'appréciation, fondée sur l'expérience, des situations à risque. Dans ce contexte, si l'on ne possède pas un comportement inhérent à l'hygiène des mains, il est difficile d'adopter un comportement électif satisfaisant si on ne croit pas que les moyens puissent aboutir à une fin positive.

A Qualitative Exploration of Reasons for Poor Hand Hygiene Among Hospital Workers : Lack of Positive Role Models and of Convincing Evidence That Hand Hygiene Prevents Cross-Infection[97]*,* nous présente la conception qu'ont les soignants de l'hygiène des mains. Ce texte aborde les normes subjectives et la perception du contrôle du comportement des soignants à travers diverses questions. Quels sont les avantages de l'hygiène des mains ? Comment les soignants influencent-ils le comportement des autres soignants ? Est-ce que quelque chose influence la performance de l'hygiène des mains ? Du point de vue des attitudes, l'hygiène des mains est positive pour prévenir les risques de contamination pour le patient et pour se protéger des dangers du manuportage. Néanmoins, elle peut aussi être considérée comme quelque chose de négatif, parce que l'usage répété des solutions hydro-alcooliques irrite les mains et que son utilisation prend du temps. Du côté des normes subjectives, les soignants estiment qu'un contrôle social s'exerce sur eux au niveau de l'hygiène. Ce n'est pas que les soignants s'observent les uns les autres et se font fréquemment des remarques au niveau de l'hygiène, c'est une pression plus générale qui se fait sentir par les recommandations. Ils ont donc une difficulté à parler de ce sujet avec les autres, mais sentent bien qu'ils sont influencés par des modèles dont ils suivent les traits de comportement. Le manque d'exemplarité des rôles modèles se traduit à travers une norme culturelle qui n'est pas positive pour l'observance. Enfin, les soignants ont une opinion quant à la perception du contrôle de l'hygiène des mains. Selon eux, le matériel n'est pas suffisamment adapté et mis à disposition pour atteindre une meilleure observance, c'est pourquoi ils ont une grande difficulté à penser que l'hygiène des mains puisse être efficace pour prévenir la transmission des infections nosocomiales.

Les auteurs de *Systematic Review of Studies on Compliance with Hand Hygiene Guidelines in Hospital Care*[98]*,* ont dans l'idée d'identifier les prédominances de la conduite à risque des différentes populations des acteurs de l'hygiène. Ils s'intéressent au type de profession, à la charge de travail, au retour d'expérience, à l'introduction des solutions hydro-alcooliques et aux rôles modèles. Dans l'ensemble, il est difficile de tirer des conclusions car les comportements sont complexes et rien ne peut absolument les prédire. Cependant, ils voient des corrélations entre divers thèmes qui favorisent l'hygiène des mains. Contrairement à ce qu'on pourrait penser *a priori*, un haut niveau d'activité encourage l'observance de l'hygiène des mains. Bien plus que le nombre de tâches, c'est la considération pour celles-ci qui change quelque chose. Si le soignant pense faire du ''sale boulot'', il aura tendance à moins pratiquer l'hygiène des mains. A l'inverse, s'il pense faire une tâche plus ''distinguée'' et appréciable, il aura tendance à mieux suivre les recommandations. Le même phénomène apparaît lorsqu'on travaille de jour ou de nuit. Le travail de nuit considéré comme plus dégradant, n'encourage pas l'observance de l'hygiène des mains. Le *feedback* est aussi évoqué comme un point positif : il renforce les

[97] Cf. Erasmus *et al*. 2009.
[98] Cf. Erasmus *et al.*, 2010.

connaissances des soignants et leur permet de poser des questions en cas de situation ambiguë. Dans la pratique, deux situations sont en revanche déterminantes pour l'hygiène des mains : l'accessibilité au matériel (et accessoirement le nombre d'éviers) et l'influence des rôles modèles.

Dans le texte *Focus Group Study of Hand Hygiene Practice among Healthcare Workers in a Teaching Hospital in Toronto*[99], les chercheurs canadiens restituent 17 *focus groups* réalisés avec le personnel médico-soignant d'un l'hôpital universitaire sur la thématique de la pratique de l'hygiène des mains. Ces entretiens semi-structurés nous incitent à mettre en perspective des thèmes qui intéressent notre problématique. Premier thème : l'adhérence aux recommandations est un compromis entre le savoir et les croyances. En effet, les soignants estiment que les recommandations pour l'hygiène des mains ne prennent pas en compte la réalité du travail quotidien. Confrontés à des urgences et à une charge de travail élevée, les soignants considèrent que les consignes devraient être conçues en lien avec la pratique, comme un compromis avec les exigences du travail quotidien. La fréquence des interruptions et autres interférences dans l'enchaînement des tâches peut-être une cause d'oubli de l'hygiène des mains. Les soignants sont donc d'avis qu'il faut intégrer ces données dans la production des recommandations. Deuxième thème : l'hygiène des mains est pratiquée pour la protection personnelle. Lors des discussions, les soignants ont reconnu qu'ils considéraient l'hygiène des mains avant tout comme un moyen de s'auto-protéger. Dès lors, ils sont plus attentifs aux situations où ils perçoivent immédiatement la saleté qu'aux situations où ils doivent évaluer le risque du patient, de l'environnement ou du contact. Est-ce à dire qu'ils sont comme « désensibilisés » face aux risques ? Troisième thème : l'environnement extérieur influence le comportement en hygiène des mains. D'une manière générale, l'environnement hospitalier peut être une source potentielle de transmission et il est difficile de canaliser ce facteur. Face à cela, le personnel de l'hôpital se sent frustré : comment agir si l'on ne sait pas quel objet a été désinfecté ? Comment maintenir un environnement propre si le mélange du propre et du sale est la norme ? Quatrième thème : la responsabilité professionnelle. De par leur statut hiérarchique et l'autorité morale que leur confère leur fonction, les médecins exercent une grande influence sur leurs subordonnés. Dans le cas de l'hygiène des mains, cette influence peut s'avérer aussi bien positive (si le médecin se désinfecte les mains, le reste du personnel le fera aussi) que négative (si le médecin ne fait rien, le reste du personnel ne fera rien non plus et ne lui dira peut-être pas qu'il n'a pas observé l'hygiène des mains). Or, il s'avère que les médecins ont une moins bonne observance de l'hygiène des mains que les autres catégories professionnelles. Selon cet article, cette situation est source de frustration parmi le personnel soignant: comment dire à son supérieur hiérarchique qu'il a mal pratiqué quelque chose ? Et même si ce n'est pas à son supérieur, comment faire passer une remarque sur la non-désinfection des mains comme un message positif ?

Une des propositions qui ressort de toute la discussion est que les recommandations pour l'hygiène des mains ne sont pas réalistes du point de vue des praticiens, du fait qu'elles ne sont pas adaptées à la pratique et à la complexité du terrain. Selon les soignants, il faut privilégier une approche du soin par le « care » plutôt que par l'hygiène, car elle permet un partage plus fructueux avec le patient pour sa guérison que la simple prescription de normes d'hygiène. Pour les soignants, la sécurité du patient est une bonne raison de pratiquer l'hygiène des mains. Mais ils envisagent d'abord leur propre sécurité, c'est pourquoi l'hygiène des mains est plus fréquente après le contact avec le patient. Les gants accentuent le sentiment de sécurité. Il faut néanmoins faire attention à leur utilisation car porter les gants de manière inadaptée ne garantit pas une vraie sécurité pour le patient. Le jugement et l'expérience sont souvent les moyens de qualifier le risque

[99] Cf. Jang *et al.*, 2010.

contrairement à l'application de la recommandation. Pour qu'elles soient plus adaptées et, de ce fait, plus efficaces, les personnes interrogées pensent qu'il faudrait dialoguer avec les soignants, écrire les recommandations avec des praticiens de terrain et convaincre certaines personnes de jouer le rôle de modèles.

Un bilan

Cette petite anthologie de textes convoqués dans l'urgence laisse au moins apparaître un contraste marqué entre une littérature d'ordre plutôt ethnographique et une littérature d'ordre plutôt clinique.

La première prend sa source dans la tradition anthropologique (de Durkheim à Douglas) et se spécifie en anthropologie hospitalière. Elle livre ses observations, issues d'une immersion prolongée dans le terrain, dans quelques ouvrages pionniers[100] et dans les revues de sciences sociales, *Terrain*, *Tirésias*, *Sciences Sociales et Santé*, etc.

La seconde obéit à d'autres paramètres épistémologiques. Les cliniciens spécialistes en infectiologie se réfèrent le plus souvent au cognitivo-comportementalisme de tradition anglo-saxonne et privilégient – de manière univoque m'a-t-il semblé – la théorie du comportement planifié [101] . Leurs articles paraissent dans des revues scientifiques de référence, par exemple *The Lancet* et dans nombre de journaux émanant des Services de santé. Cette littérature constitue ainsi un formidable réseau international. J'en veux pour preuve les 193 références du *Protocole* qui m'a été communiqué en novembre 2009 par Hugo Sax[102].

Me voici donc au carrefour des sciences sociales et de l'infectiologie clinique, là où l'on m'attend puisque c'est en fait la mission dont je suis chargée par l'équipe du SPCI de Genève: *« Nous croyons que l'apport d'un regard anthropologique (...) aidera probablement le projet de recherche pour évaluer l'observance et la non-observance sous un angle différent, associé à d'autres rationalités »*[103].

Reste à voir, à travers la parole des hospitaliers, si la gageure d'une telle rencontre a été relevée, et quels profits l'hôpital pourra en tirer...

[100] Cf. Vega, 2004; Pouchelle, 2007.
[101] Par exemple, Boyle, Henly et Larson, 2001; Pittet *et al*., 2004; Whitby *et al*., 2006; Whitby, McLaws and Ross, 2006; Erasmus *et al*., 2009; Erasmus *et al.*, 2010.
[102] Cf. Bourrier, Pittet et Sax, 2009.
[103] *Idem*, p. 16.

VII. DESCRIPTION DES LIEUX ET PRATIQUE DE L'HYGIENE DES MAINS MISE EN SITUATION

> *Est-ce à dire que l'hôpital peut être redéfini comme un « bouillon de cultures », dans les deux acceptions du terme ? Le lieu inédit de l'intrication de tous les milieux sociaux et de multiples groupes professionnels, engagés dans des relations prescrites entre partenaires obligés et dans une proximité contrainte avec l'altérité ? (…) Sous le regard de l'ethnologue, la microculture hospitalière devient vite un véritable laboratoire de l'humain.*
>
> Vega, 2004, p. 23.

Le « Cantonal »

Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) sont répartis sur plusieurs sites. Le principal édifice, que l'on appelle « le Cantonal », se situe au Boulevard de la Cluse, près de Plainpalais. C'est une énorme structure de dix étages qui accueille une grande diversité de patients. A côté, la maternité, la pédiatrie et l'hôpital Beau-Séjour (gériatrie) constituent des constructions distinctes, mais les quatre bâtiments sont reliés par le sous-sol qui est aménagé en grands couloirs où l'on peut se déplacer à vélo.

Au Bâtiment des lits : patients infectés et agencement des lieux

Nous commençons notre visite aux 8ème et 9ème étages du ''bâtiment des lits'' de l'hôpital cantonal, où se situent les divisions privées en médecine interne et en chirurgie. Ces unités sont composées de deux grands couloirs qui s'étirent de chaque côté des ascenseurs. D'un côté du couloir, il y a les chambres des patients et de l'autre, les pièces réservées au personnel médical (bureau et stock de matériel). Sur ces deux étages, les chambres des patients sont individuelles. Spacieuses, elles disposent chacune d'un balcon et sont également toutes équipées d'un téléviseur. Dans les couloirs, des endroits de repos et des espaces communs ont été aménagés tous les trois ou quatre chambres. Une partie du 9ème étage est réservée aux patients VIP (stars, personnalités politiques,…).

Au 7ème étage du ''bâtiment des lits'', nous sommes dans une division commune. Ce secteur se distingue des deux étages supérieurs par l'agencement des chambres et surtout, le nombre de patients qui les occupent. Si le principe des deux grands couloirs avec d'un côté les chambres et de l'autre les bureaux reste le même, ici les chambres comportent jusqu'à sept lits. Les patients se partagent une douche et deux WC ouverts dont l'intimité se limite à un simple rideau. Dans les chambres à six ou sept lits avec une forte concentration de patients, tous les cas de figure sont possibles: des patients très mal en point côtoient des personnes en convalescence, des jeunes sont placés avec des patients très âgés, etc. Ici la promiscuité est quasi totale et on imagine la gêne que peut occasionner le fait de manger pendant que son voisin de chambre est aux toilettes… En plus, des patients contaminés par le MSRA côtoient leurs voisins non-contaminés, sans que l'autocollant rouge « contact » (ci-dessous) permette d'identifier d'entrée qui est infecté.

À cet étage, les chambres composées de un ou deux lits sont réservées aux personnes qui doivent être mises en isolement. Les chambres individuelles sont spécialement aménagées: un flux laminaire permet de préserver le patient de différentes contaminations. Les espaces réservés au personnel soignant sont aussi restreints, dans la mesure où le nombre de patients plus élevé à cet étage nécessite davantage de matériel et partant, davantage de place pour stocker celui-ci, en particulier dans les bureaux et les espaces où les médicaments sont préparés. A ce moment-là, je demande à Sylvie pourquoi tous les patients atteints de MRSA ne sont pas mis en isolement. Les MRSA ne sont pas prioritaires, me répond-elle, et il est impossible de suivre cette procédure pour l'ensemble des patients infectés (gastro-entérites, grippe H1N1, BLSE, etc.).

Le rez-de-chaussée est consacré à la chirurgie orthopédique, alors que le 1er étage se partage entre chirurgie orthopédique et chirurgie digestive. Une partie de ce secteur est dédiée aux soins ambulatoires. Cette partie a été rénovée. Ces deux étages ressemblent au 7ème étage : deux grands couloirs séparent les espaces des patients et ceux des soignants, et les chambres sont toujours composées de la même manière : une chambre à deux, une chambre à sept, une chambre à deux, une chambre à sept et une chambre individuelle. D'une manière générale, les bureaux, le stock de matériel, les toilettes et les douches des unités sont dans un agencement similaire.

Au rez-de-chaussée, nous suivons une infirmière qui effectue des soins sur un patient. Une tâche de sang goutte par terre; l'infirmière doit alors sortir de la chambre pour chercher le désinfectant. Elle précise: « *C'est à cause de l'infrastructure du service que je dois faire tous ces va-et-vient* » (observations, 26.01.10). Des va-et-vient qui impliquent à chaque fois d'utiliser la poignée de la porte, une zone très sensible du point de vue de la transmission infectieuse. D'emblée, on comprend que l'agencement des lieux est un des paramètres à prendre en compte dans la perspective de limiter les infections.

A Beau-Séjour : enchaînement des activités et observance

Nous poursuivons notre visite à l'hôpital Beau-Séjour. C'est un hôpital gériatrique. Nous le rejoignons avec les vélos du service par les couloirs du sous-sol qui le relient au "bâtiment des lits". Bien pratique, ce moyen de déplacement n'en pose pas moins une question d'hygiène importante: à l'instar des poignées des portes, celles des vélos, en passant de mains en mains, ne constituent-elles pas un vecteur potentiel d'infections?

La configuration de Beau-Séjour ressemble à celle du bâtiment des lits : un couloir de chaque côté des ascenseurs sépare les chambres d'un côté et l'espace soignants de l'autre. La différence se situe dans la taille du bâtiment, plus petite, et dans le nombre réduit de chambres, qui comptent deux patients chacune. WC et douches sont situés à l'étage. La salle à manger est la salle commune, située à côté des ascenseurs.

Il est 8 heures et ce qui frappe d'emblée le visiteur, c'est le monde qui occupe déjà l'espace commun, contrairement à l'autre bâtiment. Il faut préciser que la population hospitalisée dans ce lieu l'est pour des séjours généralement longs; aussi, des liens se nouent et il est fréquent que les personnes se retrouvent dès le matin pour le petit-déjeuner. Avec douze patients, les cinq infirmières du service doivent enchaîner les activités. Et ça démarre très tôt: on en voit ainsi faire des prises de tension au moment où les patients sont en train de manger. Une des infirmières nous interpelle au sujet des

appareils à tension : « *Ils passent entre tous les patients sans être désinfectés…* » (observations, 27.01.10). Dans les faits, plus le taux d'activité est élevé, plus les indications d'hygiène se multiplient, et donc plus l'observance devient difficile à réaliser.

Les infirmières passent aussi d'une chambre à l'autre, soit pour seconder le médecin durant sa visite, soit pour assister l'aide-soignante (par exemple, lorsque celle-ci doit réinstaller un patient dans son lit). On devine là un certain stress, et la présence d'observateurs n'est sans doute pas pour l'apaiser!

A la maternité et en obstétrique : le flacon dans la poche

Nous visitons ensuite la maternité (située à côté du bâtiment des lits et reliée par les sous-sols). Une aile de 5 étages nouvellement construite est accolée à un bâtiment plus ancien. Pour monter dans les étages, nous devons transiter par l'accueil. Au 3ème étage, c'est l'obstétrique. Nous passons par le bureau des infirmières pour nous présenter et ces dernières ne semblent pas dérangées par notre présence. Ici l'espace n'est pas agencé comme dans les hôpitaux. Les chambres sont composées de trois lits avec d'un côté les toilettes et la douche et de l'autre, une salle commune pour deux chambres. Les soignants appellent cette pièce une ''*laveuse*''; elle sert de nurserie et de salle d'auscultation pour les bébés. Nous sommes dans la nouvelle aile du bâtiment et cela se voit. Tout est fraîchement repeint et l'endroit est plutôt accueillant.

Les mamans s'occupent méticuleusement de leur nouveau-né, tandis que les sages-femmes expliquent les soins à prodiguer à l'enfant. Ici, l'aménagement des chambres semble préserver une certaine intimité: une porte isole la salle de bain, une autre sépare la ''*laveuse*''.

Un étage plus bas, une infirmière nous explique pourquoi elle évite de ranger son flacon de produit hydro-alcoolique dans sa poche entre deux utilisations. « *Ça transporte des germes. Dans l'institution d'où je viens, nous n'avions pas le droit de le mettre dans la poche* » (observations, 29.01.10). Au cours de la discussion qui suit, nous nous accordons sur le fait que le flacon devrait plutôt être accroché à un support plastique.

Au deuxième étage, des mamans sont en train de petit-déjeuner, leur enfant dormant à leur côté dans un berceau. Une des mamans manipule son bébé depuis son lit, or elle a encore le plateau de nourriture devant elle. En termes d'hygiène et de transmission de germes, cette situation est-elle problématique ? Jusqu'où faut-il pratiquer l'hygiène des mains et dans quel cas est-ce nécessaire ?

Un peu plus loin, nous passons à côté d'une chambre où la patiente ne parle ni français, ni anglais. Son médecin demande à la stagiaire de lui traduire les informations. Dans une ville internationale comme Genève, ce genre de situation peut être fréquent; le travail de prévention en hygiène doit donc aussi prendre en compte le problème de la communication.

Le rez-de-chaussée est un service où l'on s'occupe d'oncologie. Nous n'y restons que peu de temps, car il n'y a personne dans le service. Nous passons dans l'ancien bâtiment, qui contraste avec l'autre aile: ses installations sont plus vétustes. On compte ici une ou deux patientes par chambre. Nous visitons encore la gynécologie, qui se situe au rez-de-chaussée; ce service ressemble à celui précédemment décrit.

Aux Trois-Chêne : 50% de patients autonomes aujourd'hui

Notre ''tournée'' nous amène également à l'hôpital gériatrique des Trois-Chêne, à Thonex. C'est un grand bâtiment de six étages bordé d'espaces verts. Au rez-de-chaussée se situent l'accueil et la cafétéria. Dans les étages, les chambres des patients jouxtent les

bureaux des soignants. Nous sommes maintenant au 6ème étage dans les unités 41-42. Les toilettes, qui se ferment par des portes, sont à l'extérieur des chambres et il y a davantage de douches. Dans l'espace pour les soignants, à côté des bureaux, se trouve une petite cuisine, dont nous ignorons si elle sert uniquement au personnel médical ou également aux patients (la question peut avoir son importance du point de vue de la circulation des infections). Aux Trois-Chêne, les espaces communs se situent à l'entrée des unités qui sont, comme sur les autres sites des HUG, séparées en deux avec un couloir entre les espaces patients et les espaces soignants. Nous sommes maintenant au 4ème étage, les lieux de vie sont plus nombreux que dans les autres bâtiments des HUG. Ces lieux de vie, quelques chaises, une table, favorisent les relations mais du coup, mettent en contact les personnes saines avec les personnes contaminées. Le produit antiseptique Hopirub est partout présent.

Lors de notre deuxième visite, le 10 février, une certaine animation règne à l'hôpital des Trois-Chêne. Sur ce site, après notre première venue, nous pensions à tort qu'à peine 20 à 30 pourcents des patients étaient actifs (prise du petit déjeuner de manière autonome, déambulation dans les couloirs et intérêt pour notre présence). « *Aujourd'hui, nous sommes à cinquante pourcent !*», assure une infirmière (observations, 10.02.10). L'heure de notre visite y est peut-être pour quelque chose… Au 4ème étage, de nombreux patients sont hors de leur chambre, dans les couloirs en train de discuter avec d'autres patients. Une fois encore, nous retrouvons notre problème : qui est porteur du MRSA parmi eux ? Auraient-ils déjà contaminé certains objets ou même certaines personnes ? Nous remarquons aussi que les patients lisent; c'est très positif pour le travail que nous allons entreprendre.

Reste que notre présence semble visiblement poser problème au personnel. Une femme de ménage dévoile un certain agacement en nous voyant auprès d'une patiente - plus que la patiente elle-même. A un autre étage, nous passons dans le bureau des infirmières pour nous présenter: dès que nous prononçons le mot infection, on entend pousser des soupirs. L'une d'entre elles nous pose des questions de manière assez abrupte, auxquelles nous nous sentons obligées de répondre. Il faut cependant dire que nous n'avons pas été moins bien accueillies ici qu'ailleurs. Du reste, les réactions de méfiance vis-à-vis de notre présence peuvent se comprendre, dans la mesure où celle-ci peut être vécue comme une intrusion par le personnel soignant. Ou faut-il soupçonner un malaise plus profond lié à la thématique de la propreté ? C'est ce que nous aurons à envisager dans les constats sociologiques tirés des *focus groups* (voir chapitres IX et X).

A Collonge-Bellerive : patient MRSA et chariot

Le même jour, nous visitons l'hôpital de Collonge-Bellerive (anciennement nommé le CESCO). Ce centre de soins palliatifs et de gériatrie se trouve dans la campagne genevoise. Il est situé dans un superbe endroit avec vue sur les montagnes et la forêt. Architecturalement parlant, ce bâtiment est un peu différent des autres sites HUG, dans le sens où les pièces ne sont pas agencées de la même manière. Au 4ème étage, en sortant de l'ascenseur, nous tombons sur des chaises roulantes et des barres parallèles. A quelques mètres de là, au bout d'un petit couloir, il y a les bureaux des infirmières. Plus loin, un long couloir sépare les chambres de la remise des produits de nettoyage et de la pièce de stockage. Entre chaque chambre, des chaises roulantes et des appareils sont entreposés. Nous retrouvons ici notre règle cumulative : plus il y a de dispositifs techniques en un lieu donné, plus les risques augmentent.

Dans l'unité 45 (ainsi que dans tout l'hôpital), les patients sont généralement seuls ou éventuellement deux dans une chambre. Ici, les chambres ont visiblement été conçues pour leur bien-être : une très belle vue (depuis presque toutes les chambres), une grande

télévision, des toilettes et une douche individuelle. Dans les couloirs, on trouve aussi des salles communes pour manger, pour se reposer et pour regarder la télévision.

Ce qui frappe le visiteur dans cet endroit, c'est qu'on peut passer d'un patient qui va très bien, qui parle et qui semble tout à fait cohérent à une personne démente ou complètement amorphe. En entrant dans les différentes chambres, on ne sait jamais vraiment sur quels patients nous allons tomber.

Nous sommes maintenant dans l'unité 35, les espaces sur les murs sont libres, il n'y a rien d'accroché mais cela semble être fait exprès, car pour accrocher des affiches, il y a un ou deux panneaux en forme de mains sur quelques murs. Comme nous descendons les étages à pied, nous remarquons que tous les accès aux escaliers sont fermés: on nous expliquera que c'est pour éviter que les patients atteints de démence ne s'égarent. A l'unité 20 au deuxième étage, près d'une chambre où le patient est MRSA, nous remarquons qu'il y a un chariot avec des blouses, des gants et du produit. D'une manière générale, nous trouvons que les soignants ont l'air sereins et que l'ambiance est particulièrement paisible. Une question nous vient à l'esprit : la fait de côtoyer la mort au quotidien ne crée-t-il pas une dynamique particulière au sein d'un service comme celui-ci ?

A Loëx : risque de mélange

Loëx est un hôpital de gériatrie qui se situe près de Cressy, un peu en dehors de Genève. Quand nous arrivons sur le site de Loëx, nous trouvons l'endroit charmant. Les bâtiments ressemblent à de vieux corps de fermes bien entretenus et les environs sont verdoyants. *A priori*, l'espace semble agréable pour les patients, qui disposent tous soit d'un balcon, soit d'une terrasse. Grâce aux puits de lumière dans certaines unités, il fait très clair dans les couloirs. De petits coins sont aménagés pour que les patients se retrouvent…

Les bâtiments se composent de plusieurs constructions reliées par des couloirs. Il y a un bâtiment principal et deux autres plus petits connectés au premier. A l'intérieur, l'espace n'est pas du tout aménagé comme dans les autres hôpitaux. Les étages accueillent chacun une unité qui est organisée autour du puits de lumière et cela forme un rectangle. Les chambres sont distribuées tout autour de ce rectangle, les bureaux et les stocks de matériel se trouvent à l'entrée sur la gauche. Nous commençons notre visite dans le bâtiment Laurence (le principal) au 4ème étage.

Nous remarquons rapidement que les patients nous posent un grand problème d'appréciation quant à leur état psychique. Souvent, nous voyons un patient qui semble avoir toutes ses facultés, mais quand nous lui parlons plus longuement, le doute s'installe. A l'exception de certaines personnes extrêmement âgées, il n'est pas toujours évident de déterminer si un patient est à même de comprendre les raisons de notre visite. Lorsque nous passons d'une chambre à l'autre, le personnel soignant ne semble ni stressé ni dérangé par notre présence.

Nous changeons de bâtiment et allons dans un des endroits reliés au bâtiment principal. Il n'y a que deux étages par bâtiment. Dès que nous mettons les pieds dans la première unité, une aide-soignante nous interpelle au sujet de certains chariots transportant le matériel destiné à protéger du MRSA (boîtes de gants, de masques et de sur-blouses). Elle attend de nous une solution qui lui permettrait de laisser le chariot devant la porte du patient contaminé, et ainsi de s'éviter les nombreux va-et-vient entre les chambres et le local de nettoyage. L'infirmière responsable d'unité de soin que nous rencontrons à la fin de notre visite est d'un avis opposé : vu le risque de voir se mélanger le sale et le propre, il est indispensable de ramener à chaque fois le chariot jusqu'au local.

Cette situation n’est-elle pas emblématique des conflits potentiels auxquels les institutions hospitalières vont être confrontées avec l’augmentation des infections nosocomiales et la nécessité d’y parer ?

Pour savoir ce qui est préconisé par le SPCI au niveau des charriots, je me suis tournée vers Delphine Scalia, infirmière référente pour le matériel. De son point de vue, il est indispensable d'avoir à disposition et en permanence le matériel pour les mesures de base (gants, masques et sur-blouses) à proximité des patients. Ce matériel doit être disponible pour les intervenants extérieurs, par exemple les physiothérapeutes. S'il faut changer les chariots, ils peuvent être remplacés par d'autres supports de type étagères, paniers, etc. Dans ce cas de figure, le matériel doit se situer visiblement à l'entrée des chambres ou entre deux chambres, mais pas dans une armoire extérieure.

Le problème évoqué plus haut vient du fait que la responsable (l'IRUS) ne veut pas utiliser les grands chariots, considérés comme des nids à microbes, tandis que l'aide-soignante trouve très pratique de conserver le matériel à proximité. Après un échange de mails entre responsables, une solution a été trouvée: les grands chariots ont été remplacés par de plus petits, placés devant la porte de la chambre des patients. Aucun nouveau matériel n'a été acheté, les soignants se sont débrouillés pour récupérer de petits chariots.

On peut retenir de cet épisode que les soignants disposent d'une marge de manœuvre dans l'accomplissement des tâches qui impliquent l'utilisation de matériel ambulant. Dans cet exemple, les soignants sont tenus de placer le matériel à proximité des patients et à la vue des personnes extérieures au service, mais ils peuvent le disposer à leur guise. A travers cette histoire de chariot, on remarque qu'il existe une certaine souplesse l'application effective des recommandations.

Une ville dans la ville

En relisant ce parcours hospitalier avec un peu de distance, je me suis demandé comment réagirait un « primitif » tout droit venu de sa tribu dans un tel univers. Cette ville dans la ville ne semble plus étonner le citoyen d'une société industrielle avancée. Et pourtant... L'Hôpital est à la fois un et multiple: son espace fragmenté, ses unités bien délimitées, ses services spécialisés entraînent à une intense circulation, un va-et-vient de fourmis qui se nomment ici patients, soignants, visites et... microbes.

Face à une telle hétérogénéité, on comprend mieux la difficulté d'y introduire un changement global de comportement. Rien ne pourra se faire sans une extrême attention à la spécificité des différents territoires, à leur agencement structurel, et à la complexité des échanges qui s'y déroulent quotidiennement.

VIII. DYNAMIQUE DES *FOCUS GROUPS*

> *Toujours ce mépris pour les expériences pratiques, cette conviction qu'il faut d'abord résoudre théoriquement les problèmes pour en déduire les bonnes pratiques, alors que c'est évidemment l'inverse qui est toujours vrai !*
>
> Michel Callon, 2001, p. 19.

L'idée d'une description de la dynamique de groupe m'est apparue au moment de contextualiser les propos des acteurs, propos qui - dans les prochains chapitres - semblent tomber abruptement d'on ne sait où. J'ai alors décidé de mettre en relief les caractéristiques des participants (âge, sexe, secteur de travail et profession) en donnant une simple description de ce qui se passe lors des *focus groups*. Comme je ne voulais pas faire l'analyse des niveaux de langage par peur de retrouver des clichés selon les différentes professions, j'ai préféré situer les paroles des acteurs dans une dynamique de groupe spécifique.

De quelle manière le groupe s'organise-t-il pour discuter ? Y a-t-il des *leaders* qui mènent la discussion ? Le groupe paraît-il *égalitaire*, dans le sens où tout le monde se permet de prendre facilement la parole ? Y a-t-il des conflits au sein du groupe ?

Je me suis demandé quelles étaient les caractéristiques de l'enchaînement des paroles des participants. Pour cela, j'ai créé trois termes pour décrire le déroulement de la discussion. Le mode *ping-pong* fait référence à un enchaînement par rebondissement d'une idée sur une autre. Par exemple, quelqu'un dit quelque chose et une autre personne, motivée par les propos qu'elle vient d'entendre, enchaîne la conversation par une autre idée. Le mode *complément* intervient quand certains acteurs terminent les phrases d'autres acteurs. Enfin, on peut convoquer le mode *parallèle* lorsque certaines personnes n'écoutent pas le discours des autres. Ce type d'enchaînement se produit aussi lorsque deux conversations sont menées en même temps.

Tableaux croisés

Ayant établi différents types de caractéristiques au sein des groupes (*égalitaire* et *leadership*) et plusieurs modes d'enchaînement des paroles (modes *ping-pong*, *complément* et *parallèle*) ainsi que deux caractéristiques provenant des données de base (*hétérogénéité* et *homogénéité* du secteur de travail et de la profession), j'ai trouvé intéressant d'entrecroiser ces données pour visualiser l'apparition des modes de discours et la répartition des critères selon les types de groupes. Quel mode est-il le plus fréquent pour un groupe avec effet hiérarchique par exemple ? Les caractéristiques indiquées dans les tableaux ne sont pas proportionnelles, il est possible qu'un *focus* n'en détienne qu'une seule tandis qu'un autre peut en posséder plusieurs. Voici les différents tableaux croisés qui reprennent les critères des dynamiques de groupe.

Types de groupe et types d'interaction

	Type de groupe : « *égalitaire* »	Type de groupe : « *leadership* »
Type d'interaction : « *ping-pong* »	xx	xxxx
Type d'interaction : « *boule de neige* »		x
Type d'interaction : « *complément* »	xxxx	xxx
Type d'interaction : « *parallèle* »	x	

On constate que les caractéristiques qui apparaissent le plus souvent pour le type de groupe avec *leader* sont l'interaction *ping-pong* et l'interaction *complément*. Pour le type de groupe *égalitaire*, le *complément* est le principal mode d'interaction suivi par le mode *ping-pong*. Le mode *boule de neige* apparaît dans un groupe avec du *leadership* tandis que le mode parallèle est visible dans le type de groupe *égalitaire*.

Types de groupe et homogénéité/hétérogénéité selon les professions et les secteurs

	Type de groupe : « *égalitaire* »	Type de groupe : « *leadership* »
Homogène par profession	xxx	xxx
Hétérogène (différentes professions)	xx	xx
Homogène par secteur	x	x
Hétérogène (différentes secteurs)	xxxx	xxxx

Dans ce tableau, on remarque que les groupes *homogène* par profession et *hétérogène* par secteur de travail sont des groupes *égalitaires* et dans la même proportion que les groupes avec *leadership*.

Homogénéité/hétérogénéité selon les professions et les secteurs et types d'interaction

	Homogène par profession	*Hétérogène* (différentes professions)	*Homogène* par secteur	*Hétérogène* (différentes secteurs)
Type d'interaction : « *ping-pong* »	xxx	x	x	xxx
Type d'interaction : « *boule de neige* »		x		x
Type d'interaction : « *complément* »	xx	xxx	x	xxx
Type d'interaction : « *parallèle* »	x			x

Les caractéristiques des types d'interaction les plus fréquentes lors des *focus* sont le mode *ping-pong* et le mode *complément*. Le mode *ping-pong* se manifeste lorsque le groupe est *homogène* par profession et lorsqu'il est *hétérogène* selon différents secteurs. Tandis que le mode *complément* est plus fort lorsque les professions sont *hétérogènes* et que les personnes appartiennent à des secteurs différents.

Je propose maintenant une description des dynamiques de groupe selon chaque *focus*.

Un groupe égalitaire

Le premier *focus group* a lieu le 26 janvier 2010 dans une salle de formation du bâtiment des lits. Quatre médecins sont présents : deux chefs de clinique, Charlotte (43 ans) et Tom (35 ans), et deux internes, Virginie (29 ans) et Léo (33 ans). Charlotte vient du secteur chirurgie tandis que les autres médecins sont du secteur médecine.

Lorsque nous commençons le *focus*, tous les soignants participent aux deux simulations. Pour la première, c'est Tom qui prend le rôle du patient et Virginie celui du docteur. Lors de la deuxième simulation, c'est l'inverse qui se produit : Charlotte joue le médecin et Léo le patient. Dès le départ, les participants discutent entre eux et ne semblent pas être gênés les uns envers les autres, ni par la présence des modérateurs. L'ambiance est détendue et les jeux de rôle nous font beaucoup rigoler.

Au terme de ces simulations qui mettent en scène des interruptions de soin et la pratique de l'hygiène des mains, les premières réactions ne se font pas attendre : chacun prend la parole sans hésiter pour témoigner du fait que ce type de situation est « pluriquotidienne ». Léo pose une question, les autres reformulent son propos et prolongent le questionnement en amenant de nouvelles idées à la discussion. Je qualifie ces échanges par le terme de *ping-pong:* dès que quelqu'un prend la parole, les autres l'écoutent et ont envie de rebondir sur son discours. Bien qu'il y ait des chefs de clinique et des internes, leur groupe semble *égalitaire* dans le sens où toutes les personnes semblent pouvoir discuter sur un pied d'égalité, indépendamment des positions hiérarchiques

respectives. Cependant, au fur et à mesure du déroulement de la séance, nous relevons tout de même une plus fréquente prise de parole de la part de Tom dès qu'il est question de l'observation de l'hygiène des mains entre médecins. Il mène la discussion et semble être inspiré par la thématique. Ceci pourrait s'apparenter à un petit effet de *leadership* au sein du groupe.

L'effet « boule de neige »

Le deuxième *focus group* se déroule le 25 février 2010 au même endroit avec trois infirmières : Odile (38 ans), Elisa (53 ans) et Jade (40 ans) ans, et trois sages-femmes : Marie (36 ans), Valérie (30 ans) et Nadine (40 ans). A part Odile, qui vient du secteur réhabilitation gériatrique, toutes les autres personnes sont du secteur médecine.

Jade et Nadine se proposent de jouer un rôle dans la simulation. Les soignantes ne semblent pas embarrassées par la présence des autres protagonistes. A ce stade, il faut savoir que les infirmières et les sages-femmes ont la réputation de ne pas s'entendre et d'être « en guerre » depuis de nombreuses années (elles nous l'ont dit elles-mêmes lors de la séance). Très vite pourtant, la discussion s'installe et elles développent longuement certains aspects de la problématique de l'hygiène des mains. Bien que, prétendument, elles ne s'entendent pas, le mode de discussion passe du *ping-pong* au *complément*, c'est-à-dire du débat d'idées au fait que l'une finit la phrase de l'autre dans le sens qu'en donne la première personne.

Pendant le *focus*, Jade prend le *leadership* en discutant de manière très crue. En évoquant les pratiques des gynécologues, elle décrit les situations « trash » et cocasses qu'elle rencontre au quotidien. Cela stimule les autres participantes, qui racontent à leur tour une histoire encore plus terrible. C'est ce que j'appellerai l'effet *boule de neige*. Dans ce groupe, le temps de parole est assez bien partagé, sauf pour Valérie et Elisa, qui se sont un peu moins exprimées que les autres. Outre la bonne humeur, une des caractéristiques de ce *focus* est la consensualité et l'écoute mutuelle.

Les chuchotements et la discussion parallèle

Le 3 mars 2010, le troisième *focus group* est composé de six aides-soignantes de Beau-Séjour. Sophie (50 ans), Fanie (30 ans) et Nadège (51 ans) viennent du secteur chirurgie, Barbara (46 ans) et Emilie (32 ans) du secteur médecine et Pauline (47 ans) est du secteur réhabilitation gériatrique.

Au début de la séance, elles discutent tranquillement, prenant la parole l'une après l'autre. *A priori*, il semble que ce groupe soit de type *égalitaire,* sans *leader* apparent. Mais en parlant du mélange du propre et du sale, Nadège monopolise l'attention tandis que Pauline ne dit presque rien. Le mode de discours est de l'ordre du *complément*: dès qu'une personne n'arrive pas à formuler son propos jusqu'au bout, l'une d'entre elles intervient pour finir la phrase.

Lors de l'entretien, Barbara chuchote. On n'entend plus ce qu'elle dit et la discussion générale n'est plus écoutée par tout le monde. Par la suite, il arrive que des sous-groupes de discussion se forment en *parallèle* sur un sujet différent. Aussi, nous devons intervenir pour ramener tout le monde au fil d'une seule discussion. Néanmoins, les aides s'interrompent parfois, il y a des silences. Nous devons même les relancer plusieurs fois pour qu'elles approfondissent un aspect de la problématique qu'elles viennent de soulever. Nous devons donc nous montrer plus dynamiques pour animer ce groupe. A un moment donné, Pauline se lance dans un long monologue sur l'égalité entre

les différents types de patients, puis les autres se mettent à parler toutes en même temps. Nous sommes face à un groupe plus « remuant » que les deux précédents mais cependant tout aussi consensuel.

Une pique quand on sort des clous

Le quatrième *focus group* se déroule dans le bâtiment des lits. Il est composé de personnes ayant différentes professions : deux responsables d'unité, deux infirmières, une aide-soignante et un médecin stagiaire. Les deux IRUS sont Yvette (59 ans) et Céline (45 ans), les infirmières sont Frida (38 ans) et Noémie (41 ans), l'aide-soignante s'appelle Karine (39 ans) et le médecin se nomme Fred (24 ans). Yvette et Noémie proviennent du secteur médecine et le reste du groupe du secteur chirurgie.

Au départ, la discussion est très enjouée. La plupart des personnes présentes se connaissent et cela se sent dans leurs commentaires et leur manière de plaisanter entre elles. Au premier abord, on se dit que ce groupe est *égalitaire*, car tout le monde semble prendre la parole et discuter ouvertement. Quand on y regarde de plus près, on remarque cependant que le médecin ne dit presque rien, qu'il a du mal à s'exprimer au milieu de ce groupe. Lors d'un échange, Karine explique que dans ce qui émane du patient tout est naturel, y compris ses miasmes. Ce point de vue n'est pas accepté par Noémie qui lui envoie une pique pour lui faire remarquer qu'elle n'apprécie pas son propos. Dès lors Karine n'intervient presque plus, alors qu'elle finissait les phrases d'Yvette au départ de l'entretien, en mode *complément*.

Lors de cette séance, les silences sont rares et souvent, c'est même la franche rigolade. Yvette et Céline, les IRUS, prennent progressivement le rôle de modérateur, en acquiesçant ou non au propos des autres participants. De plus, elles répondent en premier aux questions et influencent ainsi le groupe. Parfois, la discussion part dans tous les sens et nous ne comprenons plus personne; les protagonistes finissent par se poser des questions entre eux.

Des propos différents absorbés par le groupe

Ce cinquième *focus group* est composé de six aides-soignantes provenant du département médecine. Sandie (51 ans), Victoria (45 ans) et Hélène (53 ans) travaillent dans le secteur médecine, Salomé (52 ans) et Laura (44 ans) viennent du secteur chirurgie et Patricia (42 ans) est issue du secteur réhabilitation gériatrique.

Au début, nous ne pouvons pas faire la simulation, il y a des élèves à l'extérieur qui attendent de passer un examen. Nous commençons donc un peu abruptement la séance par la question qui porte sur leur perception du propre et du sale à l'hôpital. Dans un premier temps, les filles s'écoutent beaucoup sans pour autant être très bavardes sur le sujet. Ce groupe n'est ni dans le mode *complément* - personne ne termine les phrases des autres -, ni dans le mode *ping-pong*, car les enchaînements d'idées ne se font pas forcément. Dans l'ensemble, il faut relancer fréquemment le débat. Une aide-soignante parle très peu, elle paraît timide face aux autres et gênée de discuter avec nous. Les autres sont au contraire tout à fait à l'aise et prennent la parole sans problème. Au fil de la conversation, l'une d'entre elles tient un propos déplacé sur l'argent et l'Afrique. Les autres ne réagissent pas, mais on sent que la tension aurait pu monter d'un cran. Plus loin, Patricia évoque le fait que les microbes ne sont pas tous bons à détruire. Une telle idée

est rarement avancée par le personnel soignant, cependant, personne ne semble réagir à ce qu'elle dit. Le groupe semble même adopter l'idée, car aucune remarque ne lui est faite pour avoir dit quelque chose qui sortait de l'ordinaire. Par moments, les aides-soignantes discutent toutes en même temps et il est difficile de suivre le fil d'une seule conversation. Nous passons d'instants d'effusion à des instants très calmes, voire de silence. Le groupe est plutôt *égalitaire,* bien qu'une participante n'ait pris la parole que deux fois. Il n'y a pas de *leader* flagrant, les temps de parole se distribuent équitablement.

Groupe restreint, participants motivés

Ce sixième *focus group* est une session pluridisciplinaire, des médecins, des infirmiers et des aides-soignants étant censés venir à la séance. Nous avons organisé la discussion non pas à l'Hôpital cantonal mais à l'Hôpital des Trois-Chêne, à l'extérieur de Genève. Nous sommes dans un département de réhabilitation gériatrique. A l'heure où doit commencer la séance, personne n'est présent. Quelque temps après, un infirmier, Vincent (47 ans) et une aide-soignante, Laure (42 ans), arrivent pour prendre part à la séance. Ils nous préviennent qu'une de leurs collègues, Benoite (infirmière de 60 ans), doit encore arriver mais qu'il n'y aura pas d'autres personnes présentes : les médecins ne se sont pas libérés.

L'infirmière fait son apparition. Comme nous avons déjà perdu beaucoup de temps et que le groupe est restreint, nous décidons de ne pas faire la simulation et de prendre tout de suite la première question. Un silence de plomb règne d'abord dans la salle, puis la discussion commence gentiment. Au début, ces trois personnes se contentent d'écouter et de répondre à nos questions. Les deux filles sont dans le mode *complément*: il arrive fréquemment que Laure finisse les phrases de Benoite. Chaque membre du groupe parle à son tour, l'écoute est mutuelle. Au fur et à mesure, ils prennent un part plus active à la discussion et s'adressent eux-mêmes des questions. D'un coup, des moments de silence surviennent: les participants semblent être en train de réfléchir. Quand nous leur demandons à quoi ils pensent, ils évoquent des situations en lien avec la problématique de l'hygiène sur leur lieu de travail. L'ambiance de cette session est très calme. Il n'y a pas de *leader,* c'est un groupe *égalitaire*. Nous sentons les participants extrêmement motivés. A la fin de la séance, ils restent assis et ont encore envie de discuter; ils ne sont visiblement pas pressés de partir. Nous enchaînons donc les débats par de nouvelles thématiques. Les modérateurs s'y reprendront à trois fois pour que le *focus* prenne fin.

Deux copines mènent la danse

Retour au bâtiment des lits pour le septième *focus group.* Les quatre infirmières présentes viennent toutes de chirurgie : Anne (40 ans), Florence (31 ans), Cindy (32 ans) et Linda (54 ans). Nous leur proposons une simulation. Deux copines, Anne et Florence, se proposent de jouer le soignant et le patient. Lors de ce jeu de rôles, l'ambiance est vraiment détendue. Florence, qui joue le soignant, est prise d'un fou-rire qui fait à son tour se gondoler tout le monde dans la salle. Cette mise en situation leur parle: elles la vivent tous les jours. Aussi, la discussion prend vite un tour animé. Les infirmières discutent entre elles, se posent des questions et se répondent sans que nous ayons besoin de les relancer. On est en mode *ping-pong*.

Tout à coup, la discussion marque le pas. Un petit effet de *leadership* se fait sentir avec Anne et Florence qui se connaissent bien. Elles donnent des exemples de dispositifs

ergonomiques que l'une et l'autre ont connus en France, ce qui facilite les réponses aux questions. Cependant, toutes les infirmières ont le même temps de parole et sont écoutées avec la même attention. De petits emballements dans la discussion succèdent à des moments calmes. Nous terminons ce *focus* de manière abrupte: les deux copines doivent aller chercher leurs enfants à l'école.

Le *focus group* qui n'en était pas un

Pour notre dernier *focus group,* nous n'avions convié que des chirurgiens. Nous souhaitions vraiment les entendre. Une première personne arrive, Paul, 38 ans. Nous l'installons et lui demandons de patienter un peu. Cinq minutes plus tard, nous décidons de téléphoner aux personnes censées venir, pour voir si elles étaient retenues ou si elles avaient oublié le rendez-vous. En vain. Malgré plusieurs appels, personne ne se présente. Les chirurgiens ont décrété qu'ils avaient autre chose à faire. Comme Paul a eu la courtoisie de venir, nous maintenons la discussion.

Au départ, nous ne jouons pas de scène car nous estimons que le jeu de rôle n'est fécond que s'il est joué par les participants eux-mêmes. Nous entamons donc la discussion avec Paul qui est très à l'aise entre les deux modératrices. Il met en avant des points de comparaison avec un ex-pays communiste qui n'a pas les mêmes critères d'hygiène que la Suisse. Il nous fait part de son admiration pour la prise en charge des patients, la surveillance des infections et la gestion très réglée de l'hygiène dans les gestes hospitaliers quotidiens. Au final, bien qu'un peu déçues que les autres chirurgiens ne soient pas venus, nous trouvons que cette session, propice à de plus amples développements, s'est révélée très enrichissante.

Uniformité et variations du discours

A travers la description des dynamiques de groupe, on peut voir que chaque *focus* varie selon la nature des groupes convoqués et selon les aléas de l'organisation de telles sessions en milieu hospitalier. Je pense notamment aux chirurgiens, grands absents de ces discussions. Au début des *focus*, on a constaté que les simulations étaient de très bons moyens pour aborder le sujet tout en détendant l'atmosphère. A un autre niveau, j'ai ressenti une grande uniformité dans les avis des protagonistes. Leurs opinions n'étaient que rarement divergentes. Je peux même dire qu'il n'y a jamais eu de conflit flagrant entre les personnes, mais il est possible que des conflits larvés m'aient échappé. Ce phénomène m'a posé problème pour l'analyse des données: comment faire ressortir des éléments spécifiques (selon les catégories professionnelles, par exemple), si tout le monde est plus ou moins du même avis ? J'ai donc pris le parti de m'attacher à ce qui semble commun à chacun et de mettre en relief les rares propos qui semblent sortir du lot.

De plus, un phénomène m'est apparu: l'absorption des quelques avis divergents, que ce soit de manière positive (les propos ne posent pas de problème aux autres et on ne revient pas dessus) ou de manière négative (les propos posent problème, il y a alors une critique qui fait disparaître la divergence). Je pourrais peut-être qualifier ce mécanisme d'*effet focus group*.

Dernière remarque, l'influence des positions hiérarchique et l'effet du *leadership* se font parfois sentir lorsque des responsables sont présents au sein des groupes. Cependant, ce n'est pas le seul cas de figure. Certaines personnes mènent aussi

spontanément la discussion, sans pour autant que le principe d'égalité soit remis en question – du moins dans le cadre de ces *focus*. J'ai appris par cet exercice qu'il existe d'infimes variations du discours au sein d'une culture commune.

IX. L'EXPERIENCE HOSPITALIERE ET SES REPRESENTATIONS

S'il y a un espace collectif où l'on touche et où l'on est touché – au sens littéral et au sens figuré – c'est bien l'hôpital.

Pouchelle, 2007, p. 11.

L'approche socio-anthropologique de l'hygiène et de l'observance de l'hygiène des mains centre son regard sur les pratiques des acteurs expliquées par ces derniers : comment donnent-ils sens à leur (non-)observance ? Leurs croyances, leurs représentations et leur organisation sont autant d'éléments qui influencent l'action quotidienne. Pourquoi font-ils juste ou faux à certains moments et dans certaines situations ?

Nous nous sommes concentrés sur les constructions sociales de l'hygiène dans le contexte des HUG, c'est-à-dire sur l'aller-retour permanent entre l'individu et ses représentations et les normes de base de ce contexte spécifique. Ces normes sont elles-mêmes issues d'un va-et-vient plus large entre l'ensemble des acteurs et la structure de référence tantôt formelle, tantôt pratique ou relationnelle[104]. La construction sociale de l'hygiène est mouvante car les références et les règles évoluent dans le temps, au contact des différents acteurs qui amènent de la nouveauté et des interprétations différentes de la réalité. Cette potentialité de transformation des normes a sa source dans la part créatrice de l'humain et dans sa capacité d'adaptation par rapport à une norme donnée[105]. Quelqu'un peut faire face à une coutume depuis des années et respecter la pratique qui lui est liée. Néanmoins, un beau jour, il se peut que sa pratique ne soit plus adaptée au sens (conscient ou non) qu'il donne à son habitude. L'individu ne va pas forcément transformer ses mœurs mais il va adapter son action et le sens à (et de) son action sous l'influence de facteurs conjoncturels. Parmi ces derniers, citons les avancées scientifiques, et singulièrement les progrès décisifs en immunologie et en épidémiologie, la transformation des modes de communication, les incidences du contexte informationnel du grand public (pandémies, ''héros nosocomiaux'' tels que Guillaume Depardieu et Béatrice Ceretti, associations de patients) et plus généralement, l'inquiétude ambiante autour de la réalité (ou du fantasme) d'une contamination générale de nos sociétés dites épidémiques[106].

Pour faire émerger les images que se font les soignants de l'hygiène, nous avons décidé d'investiguer les représentations croisées des catégories professionnelles de l'hôpital. Nous avons confronté un certain nombre de personnes de différents types de professions qui travaillent dans le même cadre pour comprendre comment sont construites les références de l'hygiène dans ce contexte spécifique. Comme il arrive que dans la pratique quotidienne les soignants se retrouvent entre membres d'une même catégorie professionnelle, nous les avons également confrontés entre personnes de même statut, c'est-à-dire de la même profession. Ces deux manières de procéder viennent du fait que nous voulions une représentativité des points de vue la plus large possible, du point de vue différencié (entre les différents catégories) au point de vue regroupé.

Dans les *focus*, nous avons tenté de questionner les enquêtés sur leurs pratiques de classification. Qu'est-ce que le ''propre'' ? Qu'est-ce que le ''sale'' ? Qu'est-ce que l'hygiène ? Comment les acteurs perçoivent-ils leur milieu professionnel par rapport à leur

[104] Cf. Bonardi et Roussiau, 2008.
[105] Cf. Douglas, 2005.
[106] Voir à ce propos mon historique, p. 13.

représentation de l'hygiène ? Ces différentes interrogations m'ont conduite à plusieurs constats que je vais présenter ici et dans le chapitre suivant.

Lorsque l'on évoque la perception du propre et du sale, on fait appel aux cinq sens que possèdent les êtres humains. A travers le toucher, la vue, l'odorat, le goût et l'ouïe, les soignants déterminent et classent les situations, les personnes et les choses (objets ou éléments de l'environnement). Ainsi, le contact avec le patient est en même temps une mise à l'épreuve des sens et un contact social qui a pour but de prendre en charge une personne dans l'optique de la soigner[107]. Ce contact n'est anodin ni pour le soignant - qui, dans sa pratique, ne peut pas soulager la douleur ou guérir dès les premiers instants de contact - ni pour le patient, qui recherche une forme d'aide à son mal, et qui souffre. En comparaison avec d'autres professions, les soignants sont très exposés à la souffrance mais aussi à la joie (quand quelqu'un guérit). Dans ce sens, les perceptions et les émotions sont souvent mises à l'épreuve dans ce milieu de travail[108].

Selon notre enquête, les représentations hospitalières de l'hygiène se construisent à partir de quelques grands critères: l'hygiène personnelle et l'hygiène des autres, le regard sur sa propre pratique ou sur celle des autres, le côté symbolique de la problématique, et le contexte de travail, thématique qui fera l'objet du chapitre X.

Quand on parle d'hygiène, il est difficile de ne pas comparer un geste ou une pratique à son propre comportement. Souvent, la remise en cause de l'observance de l'hygiène des mains pose problème car c'est une remise en cause de l'intégrité de la personne et de la représentation idéale qu'elle se fait de soi. Dire à un soignant : tu as mal pratiqué l'hygiène des mains, c'est lui dire en substance: tu es sale et en plus tu es irresponsable, car il existe un risque de propagation des micro-organismes (ça, il le sait, c'est un professionnel). L'image idéale qu'il a de lui-même est remise en cause par quelque chose d'invisible, d'insaisissable et de complexe : la transmission des germes, des bactéries et des microbes. De nombreux auteurs ont insisté sur ce piège de l'invisibilité des agents pathogènes[109].

Toutes les remarques émises sur l'hygiène ou le lavage des mains sont difficiles à accepter par les soignants car ils ont l'impression que ceux qui expriment une demande ou font une remarque remettent en question leur propreté ou leurs compétences. Il est donc difficile d'aborder un tel sujet.

Quant à la thématique de la relation à l'autre, les facteurs qui sont mis en cause et qui forment diverses représentations sont : l'hygiène corporelle et le comportement, en adéquation avec l'environnement particulier de l'hôpital. Lorsque les soignants parlent de l'hygiène des patients, ils font référence à une norme de base que tout le monde pratiquerait et qui serait inscrite dans le contexte général de la société. L'hygiène hospitalière est quelque chose de spécifique à un métier et à une pratique ; l'hygiène corporelle de base est quelque chose de plus global qui provient de l'éducation et de la socialisation[110]. Pour ce qui est de la conduite à adopter dans ce lieu qu'est l'hôpital, les

---

[107] Cf. Barrea De Vleeschhouwer, 2004.

[108] *Idem.*

[109] « (…) *il y a un point commun entre les micro-organismes redoutés en salle d'opération et les forces sacrées: ce sont des énergies invisibles.* » Pouchelle, 2007, p. 33. Dans un autre registre d'invisibilité, je pense ici aux témoignages des riverains de Tchernobyl repris par Frédéric Lemarchand: « *La radiation (…) échappe à tous nos sens, elle ne (…) peut donc être que symbolisée, c'est-à-dire rendue présente en tant qu'invisible (…)* 'nous n'avons ni système de représentation, ni analogie, ni expérience. Un événement auquel ne sont adaptés ni nos yeux, ni nos oreilles ni même notre vocabulaire'. » Lemarchand, 2002, p. 155. A quoi l'on pourrait opposer cette affirmation de Bruno Latour : « *Les choses invisibles sont invisibles. Point. Si elles font bouger d'autres choses et que vous pouvez le montrer, alors elles sont visibles*. » Latour, 2006, p. 219.

[110] Je m'étonne de l'absence de la référence psychanalytique dans l'article de Whitby, Mc Laws et Ross (cf. ma revue de la littérature, p. 45, note 96). Il est vrai que la controverse entre sciences sociales, cognitivo-comportementalisme et psychanalyse ne s'est pas éteinte. Pourtant, certains concepts de cette discipline pourraient éclairer, me semble-t-il,

soignants imaginent fréquemment que les patients et les visites ne se rendent pas compte des risques et de ce fait, n'ont pas toujours un comportement approprié.

Le côté symbolique du problème apparaît lorsque les soignants évoquent les risques liés aux infections et à l'hygiène des mains. De leur point de vue, ce n'est pas tant la crainte d'attraper quelque chose ou de transmettre des micro-organismes aux patients qui est l'élément central du risque infectieux. La perte de confiance des patients ou des collègues et partant, l'impossibilité de faire son travail correctement, taraudent les soignants plus que le fait d'être porteur d'infection. Évoquer l'hygiène avec les soignants les renvoie à la peur de paraître sale vis-à-vis d'autrui et de ce fait, d'avoir mal agi[111]. La souillure effective est liée à une souillure symbolique qui porte sur la morale et le comportement de chacun. La morale et l'hygiène sont liées par les valeurs que l'on attribue à cette dernière. En effet, lorsque l'hygiène devient synonyme de bienveillance, d'amabilité, d'honnêteté ou de bonne foi, il est évident que le vocabulaire des soignants est passé dans le registre des vertus positives. Au contraire, selon cette acception, lorsque quelqu'un n'est pas propre, c'est que sa morale est entachée par une action ou une manière d'être non conforme à une idée générale du bien.

Selon Douglas, l'homme construit son expérience par sa capacité à catégoriser les éléments qui l'entourent. Elle lui sert à l'action lorsqu'un jugement lui est nécessaire pour accomplir un travail, et sert aussi à le protéger[112]. Dès lors, les mécanismes de la catégorisation vont être au cœur de la problématique des infections nosocomiales. De par la nature iatrogène du phénomène, les soignants se trouvent face à une nouveauté : le mal ne vient plus de l'extérieur ou de l'altérité « malade », mais bien de son milieu et de son travail. La saleté n'est plus ce contre quoi il faut lutter mais provient de la vie quotidienne, d'actions banales et de l'activité en milieu hospitalier. « *Là où il y a saleté, il y a système. La saleté est le sous-produit d'une organisation et d'une classification de la matière, dans la mesure où toute mise en ordre entraîne le rejet d'éléments non appropriés* »[113]. Mais comment un sujet pourrait-il rejeter ce qu'il est et ce qu'il produit ?

Le cas des infections révèle par ailleurs un paradoxe difficile à penser clairement pour l'action : le paradoxe du « porteur sain », qu'il s'agisse du patient (malade par définition) ou du soignant (bien portant par définition). Les soignants peuvent être des porteurs d'infection sans être malades, donc ils seront dans la catégorie des porteurs sains, ainsi que certains malades. Dès lors, qu'est-ce qui les sépare ? Dans cet univers nosocomial, où passe la frontière entre catégories, qui permet de se définir par rapport à quelqu'un d'autre ?

De plus, la résolution des problèmes liés aux infections produit aussi son lot de confusions : formellement, les mesures de prévention et de protection des patients sont les mêmes pour tous, compte tenu de la singularité des cas. En pratique, en va-t-il vraiment ainsi ? D'un côté, de grandes actions sont mises en place afin de limiter les propagations, de grands moyens ont été développés pour instaurer des stratégies qui servent à réduire le phénomène. D'un autre côté, le problème semble banalisé (les patients contaminés ne sont restreints ni dans leurs gestes, ni dans leurs contacts avec

---

l'analyse des comportements d'hygiène en milieu hospitalier. Par exemple, la description des stades oral et anal de l'enfant à l'époque de sa première éducation à la propreté, la théorie cloacale de la conception où l'excrémentiel et le sexuel se confondent, l'intériorisation des règles morales formant le sur-moi à l'époque oedipienne, et surtout les mécanismes de régression aux stades antérieurs de développement, permettraient de porter un autre regard sur les transferts et contre-transferts (autres concepts freudiens) qui se jouent dans la relation soignante. Voir Sigmund Freud, 1987, *Trois essais sur la théorie de la sexualité;* Michael Balint, 1975, *Le médecin, son malade et la maladie*; Lucien Israël, 1976, *Le médecin face au malade;* et plus récemment Jean-Gilles Boula, s.d., « Perspective soignante: corps malade et régression ».

[111] Cf. Zhong and Liljenquist, 2006.

[112] Cf. Douglas, 2005, chapitre 3 : « Les abominations du Lévitique ».

[113] Douglas, 2005, p. 55.

les autres patients). Face à un tel problème, on pourrait penser que les patients devraient être surveillés. Cependant, de quel droit les astreindrait-on à l'isolement, et serait-ce bénéfique pour leur guérison ? Enfin, la contamination est elle-même un problème constant de catégorisation. Les micro-organismes ne sont pas visibles à l'œil nu, dès lors comment savoir que quelque chose est souillé et potentiellement à risque ? Peut-on définir si facilement ce qui est propre et ce qui est sale ?

Dans la suite de ce chapitre je vais essayer de mettre en avant les catégories de pensée et les thématiques avec lesquelles les soignants cadrent leur expérience.

Le sale et le propre dans l'expérience hospitalière

Les sécrétions corporelles, les odeurs, certains espaces (les toilettes, les services), certains objets (les rideaux, les ciseaux, les stéthoscopes), le désordre, le mélange, les germes, les microbes, les vêtements, les cheveux, les taches, sont considérés comme sales. Au contraire, être propre sur soi, sentir bon, le côté propre des espaces (lorsqu'il y a des lieux avec un côté propre et un côté sale), le rangement, l'organisation, les choses sans microbes, l'eau, etc., sont perçus comme étant propres. La frontière entre les différentes catégories est poreuse et un élément qui figure dans une des listes peut très bien passer dans celle d'à côté selon les personnes interrogées, le moment et la situation.

> « Quand tu fais un pansement simple et propre ou juste une désinfection de la jambe, ça va pas te faire la même chose que si tu fais un soin de trac [trachéotomie], même si tu as mis des gants. Tu n'as qu'une envie, c'est de sortir et d'enlever ta blouse sale et tes gants qui sont sales et puis d'aller te désinfecter les mains avant d'avoir fini ton soin jusqu'au bout. Si c'est une plaie propre à la limite, je veux dire qu'il n'y a pas d'écoulement d'une cicatrice saine, on va le faire, mais on n'a pas le même dégoût par rapport à ça. On ne va pas sortir de la chambre en se disant: il faut vite que je me lave les mains. » (Barbara, infirmière, FG n°4, 05.03.10)

> « Des opérations sales… [en parlant des amputations] » (Paul, chirurgien interne, FG n°8, 30.03.10)

Un thème est revenu fréquemment dans les *focus* : le sale et le propre sont souvent pensés dans la dimension du *paraître*. Ce qui semble sale est sale et ce qui ne le semble pas est propre. C'est une question de visibilité, même pour des professionnels qui ont été sensibilisés à l'invisibilité des agents pathogènes. Les soignants ne sont pas inconscients des risques de contamination. Mais lorsque nous leur posons la question de ce qui est sale pour eux, ils évoquent plus fréquemment tout ce qui est visible.

> « Tout ce qu'on ne voit pas, ça ne nous inquiète pas. » (Geneviève, aide-soignante, FG n°3, 03.03.10)

> *Sylvie: « Ce qui est surprenant, c'est que vous n'avez pas le même regard par rapport à ces liquides biologiques et par rapport à la poignée de porte par exemple. »*
> Salomé : « Parce que les liquides biologiques, on les voit. »
> Victoria : « Oui, on les voit. »
> Salomé : « On peut cerner le problème, bien que l'on ne voit pas ce qu'il y a dedans au niveau bactérie, c'est visible. La poignée de la porte, à part s'il y a des traces de doigts ou je ne sais pas quoi dessus, autrement, même cette poignée de porte là (elle désigne la poignée de la salle), elle a l'air propre mais on sait qu'il y a des choses dessus. Ces choses dessus, on ne les voit pas mais on sait qu'elles y sont plus ou moins, voilà pourquoi. »
> Victoria : « Donc un vomi c'est différent, les urines c'est différent… »
> Salomé : « On le voit *in situ*, concrètement, visuellement. »
> Laura : « C'est olfactif, visuellement on sait ce qu'il a et on sait comment on doit se protéger mais la poignée de porte comme on dit : on ne sait pas celui qui l'a touchée, on ne sait pas du tout ce qu'il y a dessus. »
> (Salomé, Victoria et Laura, aides-soignantes, FG n°5, 08.03.10)

« Ça sent mauvais, on se dit c'est sale, ça sent bon et spontanément on se dit c'est propre. » (Noémie, infirmière, FG n°4, 05.03.10)

Un autre thème souvent évoqué par les soignants est que la saleté s'apparente au mélange, à ce qui est mal organisé ou à ce qui choque.

« Ce qui est sale, c'est ce qui choque en fait, c'est ce qui choque à la vue, à l'odeur, c'est ce qui choque. Si tu rentres dans une chambre qui est toute propre, tu vas rarement dire à cette chambre elle est toute propre. Dès que tu rentres dans une chambre sale tu vas dire, c'est vraiment sale. Tu vois plus ce qui est sale que ce qui est propre finalement. » (Florence, infirmière, FG n°7, 10.03.10)

« (…) L'hygiène des patients, c'est ce qui me dérange le plus, les gens qui ne se lavent pas, qui ont leur table de nuit qui est absolument… C'est ni fait ni à faire, c'est du propre, c'est du sale, tout est mélangé. Il y a des yaourts qui traînent depuis trois jours à température ambiante. Moi, c'est plutôt cela qui m'dégoûte et j'arrive pas, j'essaye d'entrer dans leur bulle pour justement faire un peu d'ordre mais bon, voilà, après c'est leur table de nuit… » (Barbara, infirmière, FG n°4, 05.03.10)

« Les fruits, les fruits pelés, une salade de fruits directement. Pis de nouveau c'est le mélange entre le sale et le propre, un urinal et on arrive avec un plateau, on aimerait le poser quelque part parce qu'on ne peut pas le poser parce que tout est sale en fait. Pis même avec le plateau repas, poser le plateau repas sur un endroit qui est déjà tout sale ce n'est pas… c'est un peu difficile. » (*Idem*)

Lorsqu'il y a perception de saleté, les soignants se montrent très attentifs à leur protection.

« On se désinfecte nous. On a touché un malade sale donc on se désinfecte nos mains, je crois que c'est un peu égoïste » (Florence, infirmière, FG n°7, 22.03.10)

« (…) On observe ça : il y a certaines personnes qui mettent des gants pour faire le lit donc c'est sale, c'est en dehors du sang et des urines (...) Simplement on sent que le patient, il ne se lave jamais donc on a plus envie de mettre des gants et une blouse par dessus nos vêtements, qu'avec un patient qui prend sa douche tous les matins, qu'on voit vraiment prendre sa douche, qu'on sait que le lit est propre, qu'il a une hygiène de vie... ouais... correcte, qui correspond peut-être plus à ce que nous on attend de l'hygiène. Tu disais par rapport au patient qui te touche alors c'est la même chose, le patient qui vient vers moi et qui me dit eh ! ma petite dame et que tu sais qu'il ne se lave jamais et qu'il sort des toilettes… [elle fait un geste brusque pour montrer qu'elle se retire] » (Barbara, infirmière, FG n°4, 05.03.10)

L'expérience de la saleté varie aussi d'un pays à l'autre, même si quelque chose est choquant, on finit par s'y accoutumer.

« Je me suis retrouvée ici, je me suis dit : mais c'est quoi ce binz ? On touche le truc [robinet], je trouvais ça crade, eh bien je me suis habituée. » (Florence, infirmière, FG n°7, 22.03.10)

Jade : « Moi, je viens de vivre quatre ans aux États-Unis et là-bas au niveau hygiène les gens sortent… Tu parlais des habits civils des médecins… enfin, les gens partent au travail dans le métro avec les habits, avec les blouses… »
Valérie : « Il ne se changent pas ? »
Jade : « Ils ne se changent pas. »
Valérie : « Ils n'ont pas de vestiaire ? »
Jade : « Non, il y a pas de vestiaire. »
Valérie : « C'est dégueulasse ! »
(Jade, sage-femme et Valérie, sage-femme, FG n°2, 25.02.10)

Nous constatons que toute une série de choses sont considérées comme sales ou propres, le plus souvent dans la catégorie qui est admise par le reste du groupe. Une grande question semble régir cette distribution : est-ce que l'action est faite pour ce que j'imagine qu'elle doit être faite ? Suivant qu'il soit exécuté à un endroit ou à un autre, un acte n'est pas perçu de la même manière.

Elisa : « Mais ce n'est pas à ce niveau-là, ce n'est pas au niveau des sécrétions mais ça change rien du tout, c'est au niveau des mélanges qui ne vont pas ensemble, de certains… »
Valérie : « Ça gênera moins, une patiente qui va saigner sur la chaise gynéco ou en salle d'accouchement qu'une patiente qui va saigner aux toilettes et il y a en a partout ! »
Jade : « Oui, c'est vrai. »
Valérie : « Et qu'il y en a vraiment partout et que ça dégouline sur les murs, on se croit dans un film d'horreur, c'est plus choquant que sur la chaise d'examen, elle peut pisser le sang pareil mais c'est différent. »
Jade : « C'est vrai »
Valérie : « Elle est sur un endroit qui est fait pour ça quelque part, bon les toilettes aussi c'est fait pour ça mais quand c'est tout à côté… »
(Elisa, infirmière, Valérie et Jade, sages-femmes, FG n°2, 25.02.10)

Bien que nous ayons affaire à des professionnels du maintien de l'hygiène et du soin au patient qui ont été formés de manière scientifique, nous constatons que toutes les personnes ne sont pas complètement rationnelles quand il s'agit d'hygiène. Prenons l'exemple du produit hydro-alcoolique qui désinfecte les mains. Il est avéré scientifiquement que ce produit est un désinfectant qui remplace le lavage des mains à l'eau et au savon, très coûteux en temps. Les soignants connaissent effectivement le produit et l'utilisent régulièrement ; ils savent qu'il permet une réduction des transmissions. Pourtant, certains soignants ne se sentent pas à l'aise avec la solution hydro-alcoolique[114]. L'idée sous-jacente est qu'il existe des choses supposées être propres ou désinfectantes mais qui paraissent tout de même sales ou nuisibles – ou l'inverse. D'autres exemples ont souvent été évoqués : les ‘‘taches propres'', le ‘‘désordre propre'', un ‘‘patient qui sort de la douche mais qui paraît sale'', etc.

L'hygiène des mains : entre le geste technique et le contact social

Ce qui nous a frappées dès le départ, c'est que la désinfection des mains dépend du geste qui lui est associé ou qu'il faut accomplir. Les soignants ont souvent évoqué le principe suivant: si l'on doit faire un geste aseptique, sans transmission de germes ou bactéries, l'hygiène des mains est un automatisme et sera observée à coup sûr. Pour un geste invasif, une piqûre par exemple, c'est pareil : un automatisme est mis en place et de ce fait, l'observance de l'hygiène des mains est conforme à la règle formelle.

« Moi je dirais même : on y pense quand on doit faire un soin, une injection où là, on va penser, mais on peut très bien discuter avec quelqu'un, s'appuyer sur son lit et faire des mélanges comme ça… »
(Linda infirmière, FG n°7, 22.03.10)

Fanie : « C'est-à-dire qu'on va le faire pour des choses importantes, oui, si on va donner quelque chose de vraiment sale comme le vase on va avoir… »
Pauline : « Le réflexe ! »
Fanie : « Le réflexe de se laver les mains et de se les désinfecter, mais après, en revenant dans la chambre… »
Émilie : «... c'est vrai qu'après entre le vase et la poignée de porte, on n'a peut-être pas le réflexe de se désinfecter les mains… »
(Fanie, Pauline et Émilie, aides-soignantes, FG n°3, 03.03.10)

Lorsqu'un acte médical est interrompu, chose fréquente, l'observance de l'hygiène des mains devient plus difficile à pratiquer.

Cécile : « Quand on sert le thé : il faut installer quelqu'un aux toilettes… »
Frida : « Il y a toujours quelque chose qui se rajoute, on se fait souvent interrompre. »

[114] Cf. chapitre X, p.77.

Cécile : « Ce qui est sûr c'est quand on rentre pour faire quelque chose, c'est jamais la chose que l'on fait vraiment. »
Frida: « On arrive pour faire un truc et il y a quelque chose qui ponctue le soin, on se fait interrompre. C'est jamais ce qu'on fait à la fin, il y a plein d'autres choses qui se greffent, c'est sûr. »
Yvette : « Et d'autres patients, parce que là, on est avec un seul patient mais quand on rentre aux urgences et que l'on a plusieurs patients, eh ! il y a plus de demande… »
(Cécile, aide-soignante, Frida et Yvette, infirmières, FG n°4, 05.03.10)

Pour un geste plus social, comme donner la main à un patient pour lui dire bonjour ou encore prendre le bras de quelqu'un pour l'aider à faire quelques pas dans les couloirs, l'hygiène des mains n'est pas un automatisme. C'est une action pour laquelle le soignant doit réfléchir. Comment concilier courtoisie et prévention ?

« Il y a des gestes vis-à-vis du patient que tu ne peux pas faire ; mettre des gants pour serrer la main, je pense que ça passe pas. » (Viviane, sage-femme, FG n°7, 10.01.10).

« Je ne sais pas, peut-être que le geste de serrer la main de quelqu'un est perçu comme un geste plutôt social, de socialisation, pas un geste médical… Quand on pense qu'on sert la main à tous les amis plusieurs fois pas jour… C'est vrai que maintenant, je sens le besoin de me laver les mains mais peut-être encore une fois, pour les personnes qui ne sont pas du côté patient ce n'est pas si évident que ça. Le patient vient et il tend la main comme ça, en initiant le geste et puis le médecin, il ne peut pas dire : attendez, je sors la bouteille. De toute façon, j'ai lavé mes mains après la dernière consultation donc je peux lui donner la main. » (Paul, chirurgien, FG n°8, 30.03.10)

« Je reste quand même convaincue qu'on peut se conditionner et avoir les bons réflexes mais après, tout d'un coup, il y a des émotions. N'importe quoi peut interférer sur quelque chose qui est automatique... Et des fois, spontanément, on voit quelqu'un qu'on n'attendait pas de voir pis voilà, on lui serre la main, on ne s'est pas désinfecté les mains. Au lieu de lui dire: attendez *[elle fait un signe pour faire stop et se frotte les mains très vigoureusement]* , c'est... Certaines fois, ça devient un peu ridicule *[rires]* attendez, attendez,attendez ! Non mais, c'est vrai des fois, je passe *[rires]*… Il va me serrer la main et je vais dire non mais ça devient...Surtout quand je remonte le couloir, je veux dire, les gens viennent spontanément me serrer la main alors prenez votre ticket et attendez, voilà *[rires]* chacun son tour... Non mais, il y a quelque chose de spontané dans le fait de se dire bonjour...» (Noémie, infirmière, FG n°4, 05.03.10)

« On est dans un environnement où, entre guillemets, j'ai toujours été très attentive à me désinfecter les mains au bon moment. Je fais un geste ou serrer la main mais c'est vrai qu'après, il y a plein de fois où j'ai touché des patients sans y avoir pensé parce qu'après c'est... Par exemple aider quelqu'un qui passe dans le couloir à s'installer, à se relever d'un fauteuil, si ce n'est pas forcément lié à un soin, pour moi c'est encore difficile**. »** (Noémie, infirmière, FG n°4, 05.03.10)

Selon Douglas, les relations sociales se construisent à travers des gestes symboliques : « *Il n'y a pas d'amitié sans rites d'amitié* »[115], c'est-à-dire qu'on ne peut entrer en contact avec autrui sans lui montrer un signe, sans que le contact soit codifié. Saluer une personne fait appel à plusieurs dimensions : faire un geste concret, un geste physique et produire un signe plus symbolique de respect.

Les soignants nous expliquent que cela paraît insensé de se désinfecter les mains avant de dire bonjour à une personne, bien que ce geste soit considéré comme une protection pour les patients. Cependant, comme première approche, ce serait lui dire implicitement : *je/tu risque(s) de me/te contaminer* [116] . Une telle manière de commencer la relation ne permet de mettre en confiance ni les soignants, ni les patients. Les soignants vont jusqu'à dire qu'ils éprouvent une perte de la relation humaine lorsqu'ils doivent trop fortement se protéger pour faire accoucher une parturiente, par exemple.

« Il n'y a plus le côté humain, il faut être en cosmonaute pour faire accoucher une patiente, moi je pense qu'il y a ça aussi qui me dérange des fois, de dire qu'il faut s'équiper : masque, gants… On

[115] Douglas, 2005, p. 81.
[116] Je propose cette syntaxe particulière pour formaliser les quatre lectures possibles de ce moment relationnel.

croirait que le patient est un pestiféré. Voilà il est… y'a plus ce côté humain, c'est vrai, ça me gêne » (Corine, sage-femme, FG n°2, 25.02.10)

Jade : « Moi, il y a juste encore un truc qui me dérange. Je donne encore un exemple de la salle car c'est là que je suis en ce moment. On est censé faire un accouchement avec une sur-blouse, un masque, des lunettes voire un chapeau et franchement, honnêtement, je ne le fais pas et je ne suis pas la seule, je trouve c'est tellement… »
Elisa : « Il n'y a plus de côté humain. »
(Jade, sage-femme et Elisa, infirmière, FG n° 2, 25.02.10)

A partir de là, une question nous vient à l'esprit : un contact aseptique peut-il être un contact social ? La réponse à cette question semble être d'ordre négatif. Le contact social n'est pas aseptique vu qu'il ne saurait l'être sans un artefact, le désinfectant associé à un geste. Naturellement, dès le plus jeune âge, le besoin de contact chez l'homme est une question de survie[117]. Aseptiser le contact peut se comprendre en milieu hospitalier, cependant, ce geste ne saurait simplement prendre sa source dans la protection des autres, vu que c'est la personne qui est en contact qui par le contact se sent protégée.

L'hygiène : un problème de l'autre

Une des difficultés que rencontre le personnel médico-soignant est celle de la reconnaissance de son propre rôle dans la transmission des micro-organismes. Face aux risques de transmission d'agents non désirables, que ce soit pour les patients ou pour les soignants, ces derniers reconnaissaient qu'ils peuvent être de potentiels transmetteurs.

« Rien que les draps, le changement de draps le matin, ils nous touchent et on ne met pas de sur-blouses pour changer un lit par exemple. Donc, les draps touchent nos tenues et vont peut-être toucher le voisin par inadvertance. On est des véhicules. » (Frida, infirmière, FG n°4, 05.03.10)

Cependant, bien que les soignants conviennent qu'ils peuvent être une source de danger, il est fréquent qu'ils délèguent une certaine responsabilité aux autres, c'est-à-dire aux patients, aux autres catégories professionnelles, aux visites, voire à l'environnement[118].

Il est avéré que les différents soignants surestiment leur taux d'observance de l'hygiène des mains. Lors des *focus*, il nous est arrivé de rencontrer des interlocuteurs qui affirment que ce sont les personnes d'une autre catégorie professionnelle qui font preuve d'une mauvaise pratique de l'hygiène. Ces protagonistes, atteints de ce que j'ai envie d'appeler le « syndrome de Gavroche » (c'est la faute à...), transposent le problème sur les autres et ne réfléchissent pas à leur action et leur propre comportement.

« Souvent dans les chambres communes, il y a quatre [patients] qui sont MRSA et deux qui ne le sont pas et l'infirmière qui passe de l'un à l'autre comme ça, mais franchement, j'ai envie de me dire mais à quoi bon, à quoi bon si cela ne suit pas au niveau infirmier (…). » (Léo, médecin, FG n°1, 26.01.10)

« (…) Il y avait un médecin qui faisait des examens gynéco spécialisés avec un appareil (elle fait de gros yeux à la caméra), hystémoscopie diagnostique donc ce n'est pas au bloc mais dans notre salle. Il enchaînait tous les quarts d'heure les patientes sans se laver les mains et sans même mettre du produit et sans mettre de gants et que je te touche la foufoune, et hop et hop et hop ! » (Valérie, sage-femme, FG n°2, 25.02.10)

[117] Les pédopsychiatres insistent sur la nécessité pour le nouveau-né humain en état de « pré-maturation » de retrouver dans son environnement les contacts tactiles, olfactifs et sonores qui le rassurent. On peut se référer également à Anthony Giddens qui voit l'origine du sentiment de sécurité dans les relations d'amour primaires entre une mère et son enfant. Giddens, 2009, p. 100.

[118] Cf. le chapitre suivant.

Il arrive aussi que le manque d'hygiène des patients soit mis en cause. Ce n'est pas que les patients doivent connaître les principes de l'hygiène hospitalière et encore moins les appliquer, mais une dégradation de leur hygiène de base est parfois constatée.

> « C'est vrai que souvent il y a des patients qui n'ont pas la notion de propreté, d'hygiène alors que ouais… Inculquer cela alors qu'ils sont malades, ce n'est pas évident. » (Emilie, aide-soignante, FG n°3, 03.03.10)

> « Ce n'est pas une notion prioritaire pour pas mal de patients surtout quand ils sont… quand ils ne sont pas tout à fait présents. La notion, pas de saleté mais euh, des germes et tout ça, ça ne les touche pas donc c'est quelque chose qui ne leur vient pas naturellement… » (Geneviève, aide-soignante, FG n°3, 03.03.10)

> « Tu douches un patient et pendant trois jours de suite, il va mettre le même slip par exemple. Tu te dis mais qu'est-ce que tu fais, ça ne sert à rien, on lui propose gentiment de mettre les culottes de l'hôpital, mais pour eux : 'oui mais je l'ai mis que deux jours, ce n'est pas grave le troisième' alors bon d'accord. » (Sophie, aide-soignante, FG n°3, 03.03.10)

La constatation d'une mauvaise hygiène chez le patient influence le soignant dans ses comportements.

> Odile : « Si on a une mauvaise image, si quelqu'un arrive pas très propre sur lui, sentant mauvais je pense que déjà… »
> Jade : « Je pense qu'on sera moins gêné à mettre un masque et des gants à la fois. » (Odile, infirmière et Jade sage-femme, FG n°2, 25.02.10)

> « Ce n'est pas qu'on fait une différence mais par exemple, on voit quelqu'un arriver qui a une hygiène plus… qu'un autre, on va peut-être l'inciter à se doucher plus qu'un autre, ce n'est pas qu'on fait une différence, on va faire plus attention au niveau… On va la doucher plus souvent… la personne. Des fois vous avez des gens qui arrivent de la maison dans un état pas possible, voilà. » (Emilie, aide-soignante, FG n°3, 03.03.10)

Le risque de la contamination n'est pas que du fait des soignants. Elle passe aussi de patient à patient.

> « Mais nous, on peut faire des préventions mais parfois il y a des patients qui se transmettent des germes d'un patient à l'autre, il va se coucher dans le lit d'un autre patient, ça il y a des choses que l'on ne peut pas empêcher. » (Vincent, infirmier, FG n°6, 10.03.10)

> Sandie : « Pis tu as vu notre chambre d'hommes, on en avait trois et il y en a quatre maintenant. »
> *Mélinée : « Des MRSA ? »*
> Sandie : « Oui parce qu'ils se serrent la pince, ils rigolent le matin… »
> (Sandie, aide-soignante, FG n°5, 08.03.10)

> « (…) Je pense qu'il doit y avoir une contamination aussi de patient à patient même si on leur explique. Ils se trouvent des amitiés entre eux, ils se baladent partout toute la journée, ils discutent entre eux, ils touchent les lits. » (Sophie, aide-soignante, FG n°3, 03.03.10)

Les remarques des soignants concernant les différentes catégories professionnelles et les patients nous amènent à nous poser deux questions. Pourquoi les soignants résistent-ils à une remise en cause de leur comportement concernant l'hygiène des mains ? Et pourquoi rejettent-ils le risque de contamination sur les autres?

Des microbes et des hommes

Comme nous le montre Douglas, l'expérience de la saleté sert à cadrer l'action, à savoir ce qu'il faut faire au bon moment. Pour les soignants, cette expérience est

primordiale car ils doivent constamment juger de l'état d'un patient, de la contamination ou non de l'environnement ou des instruments. Bien que les soignants aient appris de nombreux protocoles à appliquer dans différentes circonstances, ils sont obligés de percevoir et d'apprécier la situation pour appliquer une règle ou une norme. Dès lors, une classification des éléments qui composent la vision du monde est faite sur la base d'éléments positifs qu'un sujet veut intégrer à son expérience et d'éléments plus négatifs qu'il veut rejeter[119]. Comme je l'ai montré dans le premier constat, l'expérience du sale et du propre chez les soignants varie selon deux classifications : ce qui est sale, qui choque, qui est mélangé ou qui est en désordre et ce qui est propre, bien rangé, qui sent bon et surtout qui paraît propre. La frontière qui sépare les différentes catégories est fluctuante selon les personnes, les endroits, les époques et les normes de références. Par exemple, un soignant trouve que les sécrétions corporelles sont l'une des choses les plus sales à l'hôpital tandis qu'un autre peut trouver cela naturel. Un autre exemple, lorsque l'on entend parler de sécrétions corporelles en lien avec un accouchement, les soignants, par accoutumance, semblent complètement désensibilisés.

Pour la plupart d'entre eux, le visible est l'un des principaux critères de référence. Il permet une mise en catégorie quasi immédiate et permet une action appropriée. Lorsqu'un soignant voit une tache sur un élément de l'environnement, il sait ce qu'il faut faire tandis que pour la transmission des agents pathogènes, il n'y a aucun moyen de savoir, mis à part qu'on le lui ait indiqué au préalable[120].

Comme nous l'avons remarqué plus haut, la bonne pratique de l'hygiène des mains est associée à un geste ou à un enchaînement d'actions ciblés. Lorsqu'elle est pratiquée dans un autre cadre, elle n'est plus optimale. L'automatisme ou le réflexe découlent de l'apprentissage et du conditionnement au bon geste. En cas d'interruption ou d'urgence, l'hygiène des mains peut être reléguée au second plan. Avant un contact social, le bon geste ne semble plus être l'hygiène des mains mais plutôt le signe ou le geste de politesse. Pour ce moment-là, c'est-à-dire lors d'un contact avec une personne, les soignants ont été conditionnés de la même manière que pour une autre action; cependant, il semblerait que cela ne fonctionne pas. Je me demande s'il existe effectivement un passage entre ce qui est appliqué de manière protocolaire et ce qui est de l'ordre du rituel entre des personnes[121].

Bien que conscients d'être porteurs des infections, les soignants transposent très souvent le problème sur les autres. Comme nous l'avons évoqué au départ, la problématique de l'hygiène revoie à l'image que l'on se fait de soi et de son comportement, chose qui n'est pas facile de remettre en question. Ainsi, il est plus aisé de reporter la faute sur les autres professionnels qui sont censés savoir ou sur les patients qui ne savent pas mais qui, par un meilleur comportement vis-à-vis de l'hygiène, pourraient améliorer l'hygiène hospitalière. Pour certains soignants, il est facile de se remettre en question; pour d'autres, il faut trouver un coupable, un responsable, un bouc émissaire[122]. Assumer le fait d'être transmetteur d'infection et endosser cette responsabilité revient à se placer dans la catégorie sale et de ce fait, se sentir exclu, en dehors de la norme acceptable. Pourquoi un soignant ferait-il cette démarche lorsqu'il pense qu'il a toujours œuvré pour le bien du patient ?

---

[119] Cf. Douglas, 2005.

[120] Au fond, les microbes n'existent qu'en laboratoire. C'est la leçon de la bactériologie selon Bruno Latour : « *Vous avez cru compter sans le microbe. Or il est un acteur essentiel. Mais qui le connaît ? Nous, et nous seuls dans nos laboratoires. (…) Le laboratoire pastorien est construit (…) pour rendre visibles ces agents invisibles.* » Latour, 2001, p. 70-71 et p. 105

[121] « *Si les effets secondaires symboliques d'une procédure technique prennent le pas sur sa justification objective, il est alors fondé de parler de rituel plutôt que de protocole. Mais un rituel est plus difficile à modifier qu'un protocole, car ses fonctions existentielles sont complexes.* » Pouchelle, 2008, p. 192.

[122] « *En s'enfermant littéralement dans des discours accusateurs, contre quels maux les infirmières se protègent-elles concrètement ?* » Vega, 2000, p. 119.

Deux propos de soignants ont retenu mon attention. Léo, médecin, évoquait la chose suivante : « *Avec les infections nosocomiales, on ne sait pas assez* ». Ou encore Laure, aide-soignante qui suggérait : « *On a besoin de savoir combien ça vit sur un rideau* ». Bien que bombardés d'informations, les soignants en demandent encore mais de manière plus ciblée ou par des renforcements différents. Serait-ce un des moyens de leur permettre de mieux cadrer le problème, sans pour autant leur ajouter des règlements ou des indications qui augmenteraient leurs difficultés au travail ?

Je vois bien qu'il est difficile de parler de la problématique de la transmission des infections nosocomiales en se focalisant seulement sur les acteurs. Ces derniers fonctionnent et interagissent dans un environnement spécifique, ils sont liés par des normes et des règles qui cadrent autant les acteurs que leur environnement et leur organisation. Dans le chapitre suivant, je vais tenter de mettre en perspective les problèmes qui découlent de l'organisation du travail en lien avec l'hygiène hospitalière et l'hygiène des mains.

X. ORGANISATION DU TRAVAIL ET HYGIENE HOSPITALIERE

Le paradoxe ultime de la quête de la pureté est que c'est une tentative pour contraindre l'expérience à entrer dans les catégories logiques de la non-contradiction. Mais l'expérience de s'y prête pas, et ceux qui s'y essaient tombent eux-mêmes dans la contradiction.

Mary Douglas, 2005, p. 174.

L'hôpital est-il le lieu de l'incertitude[123] par excellence ? Il suffit de suivre de près la journée du personnel médico-soignant pour en être convaincu : patient disposé à collaborer ou non, charge de travail variée, interruptions fréquentes du déroulement d'une action, absence imprévue d'un des membres de l'équipe, etc., jalonnent le temps de travail. Les soignants exécutent des gestes techniques pour poser les diagnostics, faire des soins ou des tâches spécifiques, la désinfection des mains par exemple. Une partie du travail des soignants est donc formelle, ils appliquent des normes et des règles apprises pendant leur formation, tandis qu'une autre partie de leur activité est plus relationnelle[124], ils écoutent et discutent avec les patients, ils établissent une relation de confiance afin que le déroulement du moment passé à l'hôpital soit optimal pour chacun. Du côté « technique » ou du côté « relationnel » de l'activité en milieu hospitalier, il existe toujours un risque de transmission des infections : « *le risque zéro n'existe pas* »[125].

Afin de maîtriser les éléments techniques qui composent une journée de soins, la formalisation des procédures et des indications se multiplient : de nouvelles normes sont produites, les technologies ne cessent d'innover et les formations sont complétées par l'apport de nouvelles connaissances. Dès lors, comment réduire l'incertitude liée au côté social de l'activité des soignants ? Les normes formelles cadrent le travail hospitalier et permettent d'appliquer les bonnes procédures, en l'occurrence, les cinq indications pour l'hygiène des mains. Néanmoins, face aux infections nosocomiales, est-on toujours dans un cas où les règles formelles peuvent être appliquées dans la pratique ?

Lorsqu'on se met à l'écoute des pratiques des soignants, on constate assez rapidement que ce n'est pas tant l'incertitude qui caractérise le milieu de travail qui leur pose problème, mais plutôt la maîtrise globale de la situation. Dans ce contexte incertain, le risque est présent de tous les côtés (oubli d'une indication, contact avec un environnement contaminé, interruption lors d'un enchaînement de soins, patients qui ne suivent pas les mêmes normes de base vis-à-vis de l'hygiène, etc.) et c'est en ayant une bonne maîtrise technique mais aussi une bonne capacité de rattraper des erreurs qu'ils maintiennent un climat de sécurité[126].

Dans un contexte où l'erreur est toujours possible, si l'on fait une petite erreur technique, celle-ci pourra être rattrapée. Au contraire, si l'on perd la confiance du patient ou si la relation soignant-patient n'est pas bonne[127], cela peut retentir sur la qualité des soins ou sur le processus de la guérison. Pour pallier les erreurs, les « experts des experts », c'est-à-dire les responsables du personnel hospitalier et *« les directeurs*

---

[123] J'entends « incertitude » dans le sens courant de ce qui ne peut être exactement déterminé à l'avance, sans doute possible.

[124] Pour le descriptif du modèle relationnel et du soin technique sur le terrain, voir Vega, 2000, p. 53, 54 et 55.

[125] Peretti-Watel, 2001, p. 18.

[126] Cf. Reason, 1993.

[127] Idée reprise du chapitre « Mercredi, la dernière roue du carrosse » dans l'ouvrage *Une ethnologue à l'hôpital* d'Anne Vega, 2000. Ce chapitre met en lumière un phénomène de stigmatisation des patients par les soignants, à quoi pourrait s'appliquer la typologie des stigmates selon Erving Goffman: les monstruosités du corps, les tares du caractère, qui aux yeux d'autrui prennent l'aspect d'un manque, et les stigmates tribaux que sont la race, la nationalité et la religion. Goffman, 2010, p. 14.

souhaitent que les bons résultats d'un service mettent en relief l'efficacité de leur gestion, leur soutien aux exigences médicales ainsi que la qualité de l'équipement. Les bons résultats ne peuvent pas apparaître comme le fait du détournement des règles, de l'arrangement entre catégories professionnelles ou de l'évitement d'étapes hiérarchiques »[128].

Au sein de l'organisation hospitalière, deux volontés se dessinent en parallèle : d'un côté, il y a la gestion économique de l'institution et de l'autre le désir d'augmenter la qualité des soins au patient[129]. Cette double exigence (réduire les coûts et travailler avec un très haut degré de qualité) est recommandée au quotidien et se traduit par des faits concrets : rationalisation du matériel, fusion des services et restriction du personnel, cela tout en exigeant un niveau de l'hygiène des mains qui garantisse une grande qualité des soins. Pour les soignants, il s'agit de travailler dans ce contexte en s'adaptant du mieux possible aux nouvelles situations. Néanmoins, l'évolution sociale suit-elle toujours l'évolution structurelle ? D'une part, les soignants n'ont pas le choix. Ils doivent adapter leur travail aux demandes institutionnelles. D'autre part, il existe un tiraillement entre la volonté d'augmenter la qualité des soins, l'écoute qu'on peut accorder au patient, les discussions que l'on peut avoir avec lui, et la gestion rationnelle des tâches et du temps de travail. Les soignants estiment qu'ils peuvent de moins en moins passer de temps auprès du patient, principalement à cause de l'organisation du système de santé[130] (réduction des coûts qui entraîne une réduction du personnel, passage à l'informatique, augmentation du nombre de patients). Ayant écouté les soignants sur leurs préoccupations professionnelles, j'ai compris assez vite qu'ils n'ont pas le temps effectif de répondre à toutes les exigences du travail. Bien qu'ils se soucient énormément de la prise en compte globale des patients, ils ont de moins en moins le temps de s'y intéresser. Du côté formel, pour pallier les problèmes, on ajoute des règles qui sont productrices d'erreurs quand on n'a pas le temps de les appliquer. De tous les côtés, le personnel médico-soignant est coincé par la structure qui produit des exigences contradictoires et qui recherche, en réponse aux problèmes, des normes qui ne se sont pas applicables dans la réalité.

Pour mettre en relief les problèmes des soignants vis-à-vis de leur organisation du travail et le décalage qu'il existe entre la pratique des soignants et les recommandations émises sur l'hygiène et l'hygiène des mains, je vais passer à un deuxième type de constats.

Les prescriptions de l'hygiène des mains : un aide-mémoire indispensable mais difficile à mettre en pratique

Il y a beaucoup de facteurs qui influencent l'observance de l'hygiène des mains : le regard des autres, la formation, la présence du SPCI, le type d'Hopirub, le challenge, l'humeur des gens, le niveau de stress, les urgences. Tout et rien peut entrer en jeu. Dans le contexte hospitalier caractérisé par la « variabilité [131] », la connaissance des recommandations est un bon moyen pour les soignants de faire le bon geste au bon moment.

---

[128] Peneff, 1992, p. 213.

[129] « Les responsables dans les domaines du social et de la santé sont invités à 'faire plus (efficacité, productivité) et mieux (qualité) avec moins (coûts réduits, budget rationné)'. Il s'agit donc de rationaliser les dépenses et les coûts tout en instaurant un nouveau type de gestion supposée augmenter la qualité (et la quantité) des prestations offertes par les 'opérateurs de soins' et les institutions de santé. (…) Cependant, on est en droit de se demander comment les deux exigences de la *rationalisation budgétaire* (rationnement) et de la *qualité des soins* peuvent être satisfaites de concert. » Perrot, 2006, p. 205.

[130] Cf. Projets départementaux : l'opération VICTOTIA. A consulter sur : http://dg-gouvernance.hug-ge.ch/strategie_politique/projets_departementaux.html

[131] Cf. Clergue, 2004.

Pour certains, l'instauration de recommandations au niveau de l'hygiène et de la surveillance des infections est un signe de progrès.

> « Je pense qu'on a beaucoup évolué, car depuis qu'on a fait de l'isolement, on est quand même conscient qu'il y a des patients qui sont plus dangereux que d'autres, et qu'il y a des patients qui sont plus à risque que d'autres. Quelque part, je pense qu'on est beaucoup plus attentif qu'on a pu l'être, enfin moi j'ai quand même un certain recul mais c'est vrai qu'avant effectivement on... oui, on faisait du mieux qu'on pouvait mais on n'était pas non plus aidé comme on l'est maintenant, je veux dire la cellule, PCI (Prévention et Contrôle de l'Infection), je veux dire, c'est quand même extraordinaire, les campagnes qu'on a fait en médecine. (…) ça nous restimule. Une fois par mois, on se dit ah ! oui, ils nous énervent et après on se dit ah ! oui, c'est vrai que ça fait du bien aussi de se rappeller les bonnes pratiques, de se les répéter. Avant on ne faisait pas ça. On se dit: tiens, quelles sont les cinq mesures, quelles sont les cinq mesures et pis alors attends : il y a ça, il y a ça, il y a ça... et puis avant on en avait deux et puis maintenant on arrive à en avoir trois, quatre, ça montre que ça progresse à tous les niveaux et ça c'est intéressant. » (Yvette, infirmière, FG n° 4, 05.03.10)

Cependant, bien que formés depuis longtemps à la pratique des recommandations, il arrive que celles-ci leur posent des problèmes.

> « Tu vois, c'est tout un exercice qu'intellectuellement on n'a pas maîtrisé. » (Linda, infirmière, FG n°7, 22.03.10)

La prescription formelle de l'hygiène des mains est une règle qui peut servir à se souvenir du bon geste et de la bonne pratique pour éviter tout risque de contamination. Cependant, une infirmière nous dit une chose troublante : *« On peut faire bien mais de plusieurs manières »* (Barbara, FG n°4, 05.03.10). Cette toute petite phrase veut dire que les soignants ont une expérience de travail qui leur permet de s'adapter aux situations et de savoir instinctivement ce qu'il faut faire. La norme formelle laisse-t-elle à l'expérience le loisir de s'exprimer ? N'est-on pas confronté à un système fermé dont la limite principale est la non-possibilité d'adaptation de ses pratiques ?

Pour certains, des stratégies de groupe se mettent en place afin d'acquérir des automatismes et ainsi de contrer d'éventuels oublis.

> « Dans mon équipe avant d'attaquer la tournée, on passe tous au lavage des mains. C'est un automatisme, c'est un rituel. » (Florence, infirmière, FG n°7, 22.03.10)

La perception des prescriptions formelles s'oppose souvent à la pratique quotidienne. Le décalage entre les deux dépend de différents facteurs. La perception de l'urgence d'une situation ou de la douleur d'un patient peut faire varier l'hygiène et l'hygiène des mains de manière positive ou négative. Les soignants sont amenés à juger rapidement d'une situation et si celle-ci leur semble être prioritaire, l'hygiène peut passer au second plan. Comme nous le disait un chirurgien : *« L'urgence n'est pas le lieu de l'hygiène »* (Paul, FG n°8, 30.03.10). Face à la douleur, les soignants sont sensibles : si les patients semblent souffrir énormément, ils deviennent des priorités et doivent être soulagés le plus rapidement possible.

> « Pour le patient, l'important c'est de ne plus avoir le symptôme ou la douleur, il veut être traité donc on s'en occupe. Après, une fois qu'il sera calmé et qu'il commence à réfléchir, c'est vrai qu'il va dire : oui, il est venu, il avait les mains dans les poches, il m'a examiné du premier coup, il n'a pas mis les gants et il ne s'est pas désinfecté. Mais sur le moment, dans une situation de stress, ce n'est pas la première chose qui saute à l'esprit. On vient avec une demande, une douleur ou une fracture, on veut être traité. Si en plus, on est pris en charge dans les temps, que quelqu'un vient nous examiner, on est déjà content. C'est vrai, je me mets à la place du patient, c'est vrai que là on pense moins à l'habillement du médecin et s'il s'est lavé les mains. C'est clair que s'il met les mains sur les genoux et qu'il a du noir sous les ongles, on peut avoir mal ou pas, on verra quand même ça. On se dira : c'est bizarre, on dirait un garagiste.» (Florence, infirmière, FG n°7, 22.03.10)

Dans la pratique et pour l'action, les soignants sont obligés de se réapproprier un ordre des priorités concernant l'hygiène des mains qui est variable selon les personnes mais qui est plus ou moins commun au groupe des soignants. Les patients en urgence mais aussi ceux ayant suivi une chimiothérapie ou étant en état d'immunodéficience sont les personnes qu'il faut le plus protéger. Ensuite, les actes aseptiques tels qu'une injection ou un geste invasif seront pratiqués avec un plus haut contrôle de la désinfection qu'un geste de soin dit de confort.

> « Le patient qui est en train de glisser de son fauteuil alors qu'on est en train de s'occuper du voisin, c'est vrai que des fois l'urgence, c'est vite de l'attraper avant qu'il tombe. Ce n'est pas : attendez deux petites secondes, je me désinfecte les mains. » (Cindy, infirmière, FG n°7, 22.03.10)

Comme nous l'avons constaté plus haut, de multiples éléments et facteurs influencent l'observance de l'hygiène des mains des soignants. Que ce soit du côté positif (la connaissance et l'application d'indications qui garantissent une grande protection pour le soignant et pour le patient) ou du côté négatif (les difficultés cognitives, le manque de disponibilité, la perception d'une urgence et la mauvaise image des outils mis à disposition), les bonnes pratiques de l'hygiène sont difficiles à mettre en œuvre dans toutes les situations.

Selon les soignants, la solution hydro-alcoolique - qui est l'outil principal de l'hygiène des mains dans toute l'institution - n'est pas toujours adaptée à leur usage. La fréquence des frictions est tellement élevée que les soignants pensent ne pas pouvoir suivre les recommandations. D'après les personnes qui ont des difficultés à l'utiliser, le produit attaque les mains et provoque un dessèchement de la peau suivi de crevasses.

> Florence : « Je me demandais avant de venir : si ce n'était pas un produit aussi agressif pour nos mains, est-ce qu'on en mettrait pas plus souvent ? Je me suis demandée cela tout à l'heure parce que ça irrite quand même vachement les mains… »
> Cindy : « C'est complètement irrité à la fin de la journée. C'est vrai que tu y vas... »
> Florence : « Tu y vas mollo sur la Chlorhex [Chlorhexidrine, premier produit hydro-alcoolique avant l'Hopirub], parce que tu sais que ça va te piquer, tu le sais, quand tu as des crevasses l'hiver et que ça te fait hyper mal, limite tu préfères aller te laver les mains sous l'eau chaude et mettre du savon que remettre ça parce que tu sais que ça va te piquer. Je me demandais en venant si ce produit était moins agressif, qu'il nous abîmait moins les mains, qu'il nous faisait moins mal, s'il piquait moins, est ce qu'on en mettrait plus? »
> (Florence et Cindy, infirmières, FG n°7, 22.03.10)

Certains soignants vont même plus loin : ils ne pensent pas que l'on puisse suivre les recommandations de manière adéquate.

> Frida : « C'est contraignant si on veut faire dans l'extrêmement bien. La technique en elle-même de la désinfection des mains est longue : de passer les pouces, les creux, les petits bouts et tout ça, je ne crois pas qu'on le fait enfin personnellement, je ne crois pas que je le fais dans les règles de l'art tout le temps. Je veux dire ça me semble difficilement applicable donc après c'est faire au mieux… »
> Yvette : « Moi, je pense que souvent on se donne bonne conscience, mais qu'on ne se désinfecte pas les mains. »
> (Frida et Yvette, infirmières, FG n°4, 05.03.10)

Suivre les recommandations à la lettre, est-ce possible ? Et dans le cas contraire, édicter des recommandations que l'on ne peut pas suivre complètement, n'est-ce pas un peu étrange ?

Les pièges de l'hygiène : l'espace, les objets et la proximité

Selon les soignants, l'hygiène c'est aussi le piège, c'est là où on va faire faux, c'est là où il y a un risque et de ce fait, c'est là où l'on va forcément se ''planter''.

> « Quand je parle de piège, il y a plein de choses que l'on pense être propres et ça ne l'est pas. Je veux dire nous, on met des tables dans les couloirs, des tables devant les chambres quand on a des isolements, on pose plein de choses dessus. Ben une fois, deux fois grand maximun dans la journée c'est nettoyé mais je veux dire on pose tout dessus et on reprend, on va plus loin avec et on promène comme cela nos microbes d'un endroit à l'autre du couloir. Il faut toujours penser, à partir du moment où on rentre dans le service, on sait qu'on ramasse partout des choses qui ne sont pas propres et voilà, c'est pourquoi: Hopirub, Hopirub, Hopirub ! » (Yvette, infirmière, FG n°4, 05.03.10)

> « Non, ça ne peut pas, c'est un lieu de vie, une salle d'opération à la limite oui, une isolette en réanimation néonatale oui mais dans nos services, non sûrement pas. Il y a des pièges partout et souvent ben justement, on n'est pas entièrement conscient de tous les pièges qu'on a autour de nous. C'est pour cela qu'il faut être extrêmement drastique avec les précautions mais on ne peut pas être tout le temps pendu à notre bouteille d'Hopirub. *(Idem)*

Le foisonnement des objets et des instruments médicaux ne favorise pas l'observance de l'hygiène des mains. Selon le point de vue des soignants, les éléments à risque de l'environnement immédiat sont ceux que l'on doit obligatoirement toucher dans l'accomplissement des soins et le suivi des patients. C'est le cas des poignées de porte (qui sont touchées à chaque entrée ou sortie de chambre), des claviers d'ordinateur (que chaque infirmier doit toucher pour remplir le dossier des patients), des téléphones (qui sont les outils principaux de communication dans ce lieu), des rideaux (que les soignants et les patients touchent très régulièrement pour sortir ou rentrer dans l'espace patients), etc.

> « Oui, c'est peut être ça, c'est peut être effectivement dans les chambres à six ou sept, les rideaux qu'on tire, ils ne sont pas forcément nettoyés tous les…, pas fréquemment, tu ne sais pas ce qui s'y passe, si y'a pas eu un urinal où y'a eu des projections, des trucs. T'as beau te laver les mains, les patients ils les touchent quand même. » (Cindy, infirmière, FG n°7, 22.03.10)

> Laura : « Moi ce qui me choque particulièrement, c'est la concentration des malades dans une chambre… »
> Sandie : « A huit... »
> Laura : « Vous avez un MRSA, il n'y a ni sonnette, il ne faut pas se leurrer, le pauvre MRSA, il va toucher partout et ils [les patients MRSA] vont donner la main à tout le monde ! »
> (Laure, aide-soignante et Sandie, aide-soignante, FG n°5, 08.03.10)

> « Non, c'est vrai que les locaux ne permettent pas une hygiène parfaite et idéale. Pour l'instant, la configuration, ça ne va pas avec, les chambres à sept ou huit lits des fois même neuf, on n'arrive pas à faire face. » (Salomé, aide-soignante, FG n°5, 08.03.10)

Dans ce sens, certains espaces et certains lieux sont aussi considérés comme potentiellement plus à risque. Les chambres à sept patients sont fortement décriées par les soignants à cause du manque de place et de la promiscuité. Les mono-toilettes et douches pour un service sont aussi des éléments très critiqués dans les bâtiments hospitaliers.

> « Je crois qu'il y a une étude qui a été faite qui montrait la diffusion des gastroentérites au Cesco par rapport à ici, car justement les toilettes au Cesco, les toilettes sont dans les chambres tandis qu'ici les toilettes sont collectives, donc je pense qu'effectivement l'hygiène est là. » (Benoite, infirmière, FG n°6, 10.03.10)

Au contraire, d'autres soignants sont d'avis que l'on peut toujours se prémunir contre les éléments de l'environnement.

> « Vous avez toujours un moyen de vous protéger par rapport à cela, le clavier peut être bourré de germes mais après avoir touché le clavier, vous vous dites, le clavier, il est sale. Vous pouvez le désinfecter deux fois par jour, ça ne changera rien, il y a toujours un moment où ça va revenir et vous avez passé une heure sur l'ordinateur et après vous vous désinfectez les mains et vous êtes tranquille. Vous venez de téléphoner, vous savez que le téléphone, il a été touché par cent personnes dans la journée : vous vous désinfectez les mains et vous êtes tranquille pour vous après. Ce que je veux dire, tous ces objets communs, on sait qu'ils sont fortement contaminés. Ils sont désinfectés une fois dans la journée, deux fois ou zéro fois parce que je crois que les téléphones, ils ne sont plus entretenus comme ça l'était auparavant, mais pour vous, il y a toujours un moyen de vous protéger. Je pense que c'est comme cela qu'il faut raisonner, c'est le moyen le plus efficace, si on pense à l'entretien du téléphone, du clavier, des rideaux, des poignées de porte c'est énorme mais ce qui est dessus ne va pas sauter sur le patient, par contre vous pouvez être en contact avec cela… » (Vincent, infirmier, FG n°6, 10.03.10)

A travers quelles perspectives conçoivent-ils leur travail ? Si on regarde ce qui est évoqué plus haut, on se demande comment les soignants restent motivés pour pratiquer les normes d'hygiène quand ils ont l'impression que les moyens qu'il faut mettre en œuvre pour faire évoluer de toutes petites choses ne sont pas suffisants. De plus, comment arriver à modifier une situation qui touche les hospitaliers au plus profond de leur être, situation où les résistances personnelles sont fortes ? Enfin, comment éviter un ressenti de frustration lorsque l'on pense que tout ce qui touche à l'hygiène est un piège dont il est difficile de sortir ?

Un vécu difficile au sujet de l'organisation

Dans la littérature clinique, on n'a que trop rarement demandé aux soignants leur point de vue sur l'hôpital, ce milieu *a priori* aseptique et constamment nettoyé. Contrairement à cette tendance, nous voulions savoir très vite dans quel état d'esprit les soignants se trouvent de manière générale et ainsi, comprendre comment ils abordent leur travail jour après jour. Croient-ils être des garants de l'hygiène dans un milieu propice ou ont-ils l'impression que leur travail est une ‘‘goute d'eau dans la mer'' ?

Lorsque que nous nous sommes intéressées à la thématique de l'hygiène hospitalière, une des premières questions que nous avons posée aux soignants était de savoir comment ils se représentent leur lieu de travail et l'hygiène hospitalière. Se sentent-ils dans un endroit aseptique qui protège les patients ? Ou à l'opposé, perçoivent-ils ce lieu comme un espace dangereux, propice à la transmission des infections ? Les réponses à ce type de questions sont souvent d'ordre négatif.

> « À mon avis, il n'y a rien de plus sale qu'un hôpital. » (Benoite, infirmière, FG n°6, 10.03.10)

> « L'hôpital, c'est le lieu de culture [au sens bactériologique]. » (Odile, infirmière, FG n°2, 25.02.10)

Si on leur demande comment l'hygiène a évolué au cours du temps, les soignants témoignent d'un certain pessimisme.

> « Avant je trouvais que c'était plus propre que ça l'est maintenant, bon, est-ce que les produits se sont améliorés et qu'il ne faut pas laver tous les jours, ça j'en sais rien. » (Laure, aide-soignante, FG n°6, 10.03.10)

Pour les plus positifs (mais ils sont très rares), l'hygiène hospitalière à Genève n'est pas à remettre en cause.

> « Ici à l'hôpital, je ne peux pas dire qu'il y a des choses sales. Du côté de l'hôpital, je n'ai rien à dire. » (Paul, chirurgien, FG n°8, 30.03.10)

> « Moi personnellement, je ne trouve pas forcément, j'ai entendu dire que les gens le [l'hôpital] trouvent plus sale maintenant. Les patients se plaignent peut-être plus… Ouais ça n'a pas tellement changé… » (Anne, infirmière, FG n°7, 22.03.10)

Pour certains, l'hygiène hospitalière est aussi une question de vie ou de mort.

> « L'hygiène dans le milieu hospitalier c'est vital, c'est une question de vie ou de mort tout simplement. Si on ne prend aucune précaution, on sera tous infectés, autant les patients que les soignants. » (Nadine, sage-femme, FG n°2, 25.02.10)

Mais d'autres pensent qu'il ne faut pas trop s'inquiéter.

> « Des microbes, il y en a partout. Il ne faut pas non plus tomber dans l'excès et être hypocondriaque. » (Laura, aide-soignante, FG n°5, 08.03.10)

> « Prendre un yaourt, relever un patient dans son lit ou bien changer de patient pour aller faire autre chose, si tu te dis là c'est une question de vie pour le patient, là c'est nécessaire. Moi je me dis : le patient que je mets sur le fauteuil, qu'est-ce que ça peut bien faire… Tu n'as pas la même perception. » (Barbara, infirmière, FG n°4, 05.03.10)

En général, le personnel médico-soignant perçoit l'hôpital comme un lieu très sale mais ce n'est pas son problème fondamental. Ce qui le dérange, c'est cette sensation de dégradation de l'hygiène dans les locaux (les toilettes par exemple) et une impression de ne pas avoir de moyens matériels et humains suffisants pour garantir une meilleure prise en charge du patient.

> Benoite : « Oui, il y a quelque chose que je trouve surprenant ici et dans cet établissement en particulier, c'est la poubelle ouverte au lit du patient, devant le nez du malade, je ne comprends pas qu'elle ne soit pas au moins fermée, je ne sais pas si vous seriez content de dormir avec la poubelle ouverte. »
> Vincent: « Avec les odeurs qui remontent… »
> Benoite: « Je trouve cela assez lamentable, il y a longtemps que j'ai demandé des poubelles fermées mais moi je n'accepterais pas. »
> (Benoite, infirmière et Vincent, infirmier, FG n°6, 10.03.10)

> Benoite : « Je pense qu'on est moins qu'à une époque. »
> Vincent : « Oui, on est moins. »
> Benoite : « On est moins qu'à une époque et on nous demande beaucoup plus surtout au niveau informatique. »
> Benoite : « Du coup, ça retombe sur les aides-soignantes qui ont beaucoup plus de travail parce que nous, on est moins disponibles (…). »
> *(Idem)*

Le risque infectieux à l'hôpital, les soignants le connaissent. Ils savent qu'ils travaillent dans un milieu spécifique à ce niveau-là. Cependant, ce qui semble poser problème, ce sont les failles de l'organisation sur les toutes petites choses : les poubelles qui débordent, les toilettes qui ne sont pas suffisamment nettoyées, le manque de produit hydro-alcoolique à l'entrée des chambres. Le personnel hospitalier a l'impression d'en faire toujours plus et que les moyens mis à disposition pour améliorer l'hygiène sont mis ailleurs.

« Ben voilà, je pense qu'on n'a pas les mêmes priorités, je ne sais pas mais c'est vrai quand on me dit que les HUG n'ont plus de sous, qu'on ne peut pas nous remplacer et qu'on change des stores comme cela, je suis dégoûtée. Même s'ils ne veulent pas nous remplacer, qu'ils mettent des poubelles vers les patients ! Quand j'en vois qui sont un mois sous le nez des patients, non ? Vous accepteriez vous? (Benoite, infirmière, FG n°6, 10.03.10)

Le vécu des soignants présente de multiples facettes. Dans les *focus*, les enquêtés ont exprimé des sentiments très contrastés. Les questions qui leur ont été posées ne tournaient pas autour des aspects positifs du travail à l'hôpital et des satisfactions qu'on peut y rencontrer ; elles visaient plutôt les difficultés face à l'hygiène des mains. Les soignants ont fréquemment évoqué un ressenti difficile quant à l'organisation de l'hôpital. Ils perçoivent les restructurations comme une restriction sur le temps pour les tâches quotidiennes, sur le temps à passer auprès du patient et sur le matériel ; ils ont le sentiment qu'il existe une plus grande pression au travail. Du point de vue de l'évolution, c'est comme si autrefois, il y avait eu un ''âge d'or'' de la profession et des conditions de travail, mais que cette période était résolument terminée.

« D'où vient le problème, on sait bien : il y a moins de personnel donc forcément, il y a des tâches qui ne sont pas faites. Mais les toilettes qui étaient faites deux fois par jour, maintenant ils les font qu'une fois, pas toujours très très bien. Un jour c'est un, le lendemain c'est un autre, donc il n'y a pas forcément la même personne. Bien souvent, c'est nous qui nettoyons les toilettes le soir, je travaille jusqu'à neuf heures et elles sont dans un état… *[Fait un signe avec les mains en l'air, paumes contre le ciel.]* Je ne peux pas laisser cela comme cela. (…) Ça c'est peut-être propre par rapport à d'autres pays, ça c'est sûr, si on voyage, on se rend compte, mais c'est plus ce que c'était ! Au niveau de ça, c'est devenu pire… » (Sophie, aide-soignante, FG n°3, 03.03.10)

« On veut tellement faire d'économies que pour finir, c'est malheureusement les patients qui vont… qui sont un peu les victimes. Nous on travaille beaucoup plus vite parce que les patients qui doivent partir ont des rendez-vous, ils doivent être faits, les toilettes sont faites et dans des conditions mais lesquelles ? C'est vite vite, alors peut-être, on oublie des choses pour finir et voilà. On travaille dans le faire, on fait les choses systématiquement… Comment dire ? On les fait bien, mais est-ce qu'on les fait si bien que ça ? C'est vrai que les toilettes, on va les faire comme on a appris : du plus propre au plus sale, ça on respecte mais voilà c'est… » (Emilie, aide-soignante, FG n°3, 03.03.10)

« Moi j'ai l'impression qu'en voulant gagner du temps, par exemple en raccourcissant les consultations, en mettant une charge de travail qui est vraiment de plus en plus forte, les gens qui nous voient courir dans tous les sens, ils se disent : mais ils n'ont pas le temps de vraiment s'occuper de moi aussi bien que ce que je veux. Donc, ils ont plus de plaintes, plus d'inquiétudes et ils se sentent moins écoutés, même si on fait tout notre possible pour que ce ne soit pas le cas, pour que chacun soit pris en charge au mieux, mais je pense que l'ambiance qui règne un peu dans la maternité à l'hôpital je ne sais pas, oui je sais mais, en fait que peut-être on ne gagne pas de temps… » (Nadine, sage-femme, FG n°2, 25.02.10)

Un sentiment de frustration peut naître dans différentes situations.

« Ce n'est pas une question de pression, ce n'est pas une pression, mais on à l'impression de ne pas avoir le temps pour s'occuper des gens, alors on est toujours comme vous dites : vous parlez au patient et on est déjà en train de penser à ce qu'on va faire après. Vous êtes continuellement dans une situation de stress. » (Emilie, aide-soignante, FG n°5, 08.03.10)

Benoite: « Parce qu'on n'a plus le temps de les [patients] mobiliser, parce qu'on est sur le dossier des soins et les aides-soignantes répondent aux sonnettes tant bien que mal et on a autre chose à faire aussi et avant on était plus nombreux et on n'avait pas... »
Vincent: « On était plus disponible… »
Laure: « Plus détendu. »
Benoite: « Ça c'est vrai, je trouve que ce n'est pas un progrès pour tout le monde, pour les patients, pour nous… »
Laure: « Tout le monde en pâtit. »
Benoite: « Tout le monde en pâtit, oui et il ne faut pas se leurrer, les patients qui sont alités de

quatorze heures, treize heures jusqu'au soir : super... selon l'état des patients, c'est les escarres. » (Benoite, infirmière, Vincent, infirmier et Laure, aide-soignante, FG n°6, 10.03.10)

« On se rend compte des fois deux, trois jours après et entre temps, il peut contaminer deux ou trois personnes. On a un patient dans notre service, le temps de s'en rendre compte, il est arrivé chez nous mais avant de monter on savait qu'il était clostridium euh… méningite, donc il a dû passer quarante-huit heures en bas et les filles, je ne pense pas qu'elles connaissaient les résultats… Voilà, je ne sais pas si on leur a expliqué toutes les mesures et si elles ont été prises… Je veux dire, ce n'est pas possible. » (Patricia, aide-soignante, FG n°5, 08.03.10)

« Il y a des trucs que je ne comprends pas. Elle est MRSA et ils vont à la cafèt'. Donc super, toi tu te mets de la Chlorhex toute la journée dans les mains eh oui, après tu poses la main là où ils ont bu le café… T'as l'impression que tous tes efforts, ils sont réduits à néant en fait. On te demande faire des efforts, on te demande d'essayer de t'appliquer mais à coté de ça, il y a des trucs, c'est aberrant. Les MRSA, ils sont dans des chambres à sept lits parce qu'il n'y a pas de place ailleurs. » (Florence, infirmière, FG n°7, 22.03.10)

Et il arrive que les soignants éprouvent de la culpabilité lorsque les conditions environnementales et leur propre travail ne correspondent pas à leur attente.

Benoite: « Moi, des fois, quand je pars, je ne suis pas contente d'avoir fait ma journée. »
Vincent: « On doit tout faire vite, vite… »
Benoite: « Des fois, je suis satisfaite et des fois non. »
Laure: « Oui, il y a des fois... »
Mélinée: Qu'est-ce qui ne vous satisfait pas dans ces cas-là ?
Benoite: « La façon dont j'ai pris en charge le patient, comment s'est déroulée la journée ou les discussions difficiles avec les médecins ou d'autres collègues dans la prise en charge d'une patiente ou d'un autre. Oui, on a des remises en question. » (Benoite, infirmière, Vincent, infirmer et Laure, aide-soignante, FG n°6, 10.03.10)

Valérie : « Moi, je trouve qu'on a évolué. Il y a quinze ans en arrière, quand je faisais ce métier, je rentrais chez moi un peu plus valorisée. J'étais contente de faire ce travail, je me disais : oui bien, même si j'avais rien fait dans la journée et que j'avais papoté avec une personne, rien que ça c'était, oui, super. Là, maintenant, c'est ouha… »
Odile : « Disons, quand tu sais que quelqu'un va prendre le ton accusateur et qu'il te dit : je vais porter plainte, je ne trouve pas anodin. »
Valérie : « Ben non, on vous fait une remarque et tout de suite vous vous culpabilisez, on se dit : qu'est- ce que j'ai fait de mal, est-ce que j'ai mal répondu ? »
Odile : « Il y a la façon de regarder… »
Valérie : « Et il y a le collègue qui est là et on lui demande : qu'est-ce que j'ai dit ? Avant, non, ce n'était pas comme cela, il y avait une relation… plus… »
Odile : « Autre… »
Valérie : « Plus humaine, plus homme-homme, homme-femme et maintenant c'est blouse blanche-client. »
(Valérie, sage-femme et Odile, infirmière, FG n° 2, 25.02.10)

Comme nous l'avons évoqué plus haut, le ressenti positif des soignants est assez limité. Cependant, voici quelques éléments qui montrent qu'ils apprécient certaines périodes du passé ou certains endroits de travail.

Anne : « Moi, j'ai trouvé que ça a été bien cet épisode de grippe A à l'entrée de chaque unité… »
Florence : « Ils ont fait des efforts les gens. »
(Anne, infirmière, FG HDM N°7, 22.03.10)

Léo : « Tu n'as peut être pas connu, mais on avait les gouvernantes en médecine interne qui avaient des stocks de blouses, on pouvait venir se servir. »
Charlotte : « C'était royal ! »
(Léo, médecin interne et Charlotte, cheffe de clinique, FG n°1, 26.01.10)

« J'ai travaillé longtemps dans un EMS et puis je suis arrivé là, à Beau-Séjour, et le support, je trouve qu'il y a bien du personnel et pour moi, j'ai maintenant une satisfaction dans mon travail. J'ai vraiment

> le temps de faire les choses comme il faut. Et dans notre service s'il y a une toilette qui doit se faire à deux heures de l'après-midi, eh bien on peut le faire à deux heures de l'après-midi, ça ne représente pas un souci. Voilà, j'ai vu une très grande différence. » (Pauline, aide-soignante, FG n°3, 03.03.10)

De manière un peu caricaturale, le vécu des soignants oscille entre la rancœur contre l'institution et la culpabilité de ne pas travailler comme ils aimeraient. Ils se sentent frustrés de ne pas avoir les moyens économiques et techniques pour aboutir aux fins souhaitées. D'un côté, ils aimeraient pouvoir s'investir plus dans des relations humaines avec les patients mais de l'autre, il existe quand même un risque. Les relations interhumaines ne sont pas toujours faciles. Être cent pour cent dans le relationnel lorsqu'on a des patients assez pénibles pose problème. On peut se demander alors quelle est la ''bonne distance'' à adopter face aux autres ?

Les failles du système

Prenons l'exemple des cinq indications de l'hygiène des mains pour montrer le décalage qui existe entre les normes théoriques et la pratique des soignants. Tout d'abord, presque tous les soignants que nous avons écoutés lors des *focus* s'accordent sur le fait qu'il est impossible de pratiquer formellement les indications. Ce n'est pas faisable à cause du nombre de patients, de l'environnement hospitalier, de l'enchaînement des soins et de par la nature irritante du produit utilisé pour la désinfection. Lorsque l'on évoque un comportement social (se dire bonjour en se serrant la main par exemple) entre le patient et le soignant, ce dernier témoigne de la non-possibilité d'appliquer les règles à la lettre. Il est difficile pour un soignant de se désinfecter les mains avant et après avoir serré la main à quelqu'un. Dans certains cas de figure et bien qu'il connaisse les règles formelles à la lettre, il lui est impossible de les appliquer à cause de différents facteurs : la spontanéité du geste, la crainte que la personne en face pense qu'on ne la trouve pas hygiéniquement propre, la perte d'une partie de la relation humaine, etc. Ainsi, on voit que la « rationalité *sociale* » n'est pas réductible à la « rationalité *scientifique* »[132] même si cette dernière instaure les procédures pour l'autre.

Du point de vue organisationnel, le soignant est un maillon fort du système car il rattrape la plupart des erreurs, et en même temps un maillon faible car il est producteur de la plupart de ces mêmes erreurs. Les acteurs sont simultanément source de défaillance et ressource nécessaire au fonctionnement de l'organisation[133]. Mais de quel type de décalage face à la norme s'agit-il ? En ce qui concerne la problématique de l'hygiène des mains, les principales erreurs sont de deux ordres : l'oubli dû à une interruption ou un enchaînement de soins trop rapide, la mauvaise application de normes quand, par exemple, un soignant considère qu'il se désinfecte les mains avant le contact patient mais que ce geste est pratiqué trop tôt (dans le couloir, dans une autre pièce et non pas aux abords directs du patient). En général, les bonnes pratiques sont étroitement liées à la perception des risques que le personnel ressent face à une situation : pour les cas graves, sensibles aux infections (patient immunodéprimé, en chimiothérapie ou soins intensifs), les soignants sont stricts dans l'application des règles d'asepsie. Dans les cas d'urgence ou de perception d'une grande douleur, les règles tombent pour pallier au plus vite le

---

[132] « *(…) les débats sur les risques encourus mettent en lumière les fractures et les gouffres qui, dans le rapport aux potentiels de danger produits par la civilisation, séparent rationalité* scientifique *et rationalité* sociale*.* » Beck, 2001, p. 54. J'ai ici fait le choix de grouper rationalité scientifique et rationalité de gestion sous la même bannière. Carricaburu et Ménoret développent l'idée qu'il y aurait trois types de logiques qui se confrontent à l'hôpital : la logique de gestion, la logique médicale et la logique sociale. Faisant référence à Peneff, 1992, « *(…) différents travaux montrent que les tensions entre l'hospitalité, les impératifs de gestion collective et la dynamique de la recherche biomédicale ont tendance à s'accentuer.* » Carricaburu et Ménoret, 2004, p. 24.

[133] Cf. Dejours, 1994.

besoin de prise en charge du patient. Dans les cas intermédiaires, les erreurs sont intrinsèquement présentes à cause de la structure complexe de l'institution hospitalière (foisonnement d'objets, de techniques et de procédures), de son environnement (fortement piégeant lorsqu'il est mal conçu) et de la dynamique hospitalière (essentiellement liée à des acteurs différents en relations sociales). De plus, des émotions négatives au travail telles que la sensation de restriction, la sensation de dégradation du milieu aseptique, la transformation de la relation soignant-patient en service-client sont autant d'éléments qui prennent le pas sur la perception du risque infectieux (qui a la fâcheuse caractéristique d'être invisible). Tout cela peut produire une résistance vis-à-vis de l'hygiène des mains. Dans le cas des infections nosocomiales, les soignants tiennent le discours suivant : je ne peux pas toujours faire juste (appliquer les règles formelles) mais je ne suis pas responsable des mauvaises pratiques. Cette déresponsabilisation vient-elle du fait que l'on ne peut pas appliquer les règles ou de ce que l'inflation de celles-ci ne permet pas d'être dans les critères d'hygiène ?

Voici ce que j'ai appelé le cas de la salle d'accouchement, qui montre bien que le changement et l'ajout de règles en terme d'hygiène hospitalière n'est pas toujours propice à une logique globale de l'hygiène.

> Jade : « Ça a changé après que je parte. Maintenant, on est obligé de retourner au vestiaire pour se changer et ça franchement… »
> Nadine : « Ce n'est pas possible pendant la garde, on ne peut pas laisser les patientes en train d'accoucher et aller se changer. »
> (…)
> Jade: « On se retrouve avec les blouses de bloc mais ça, apparemment, on n'a plus le droit de mettre les bouses de blocs et ça, c'est un grand changement. Je trouve qu'il manque effectivement… Pendant les services d'urgence et ça doit être pareil en gynéco on a… On peut se salir plus facilement lors d'un accouchement, on n'a pas de moyen mis à disposition pour se changer rapidement dans le service. »
> Valérie : «Vous êtes obligé de travailler éventuellement sur une ou deux patientes souillées, parce qu'il n'y a pas le choix, parce que la dynamique du service fait qu'il n'y a personne pour vous remplacer à ce moment-là. On va mettre du scotch pour cacher visuellement. »
> Jade : « Moi aussi j'ai fait ça… »
> Valérie: « On va… voilà on va camoufler… »
> Jade : « La tache »
> Valérie: « Jusqu'à ce qu'on ait le moyen de nous éclipser. »
> Jade : « Alors effectivement, l'autre jour j'avais des gouttes de sang *[elle montre son chemisier]*. J'ai mis du scotch et une fois après un accouchement, j'avais reçu plein de liquide ou de sang sur ma sur-blouse et j'avais le bas de ma blouse, de mon pantalon blanc taché. Eh bien je n'ai pas pu aller le changer, alors je ne vais pas le remonter et faire un pantalon pêcheur. Voilà, je trouve que ça manque de moyens, des blouses de rechange et ça y'avait avant. »
> Nadine : « Oui, il y en avait avant et on utilisait souvent. »
> Jade : « Voilà encore un changement de ces dernières années et ça, je ne trouve pas très propice à l'hygiène effectivement. On nous demande d'être cohérent avec les soins et d'utiliser l'Hopirub et en même temps on nous enlève des blouses parce qu'il faut économiser et voilà. »
> (Jade,Valérie et Nadine, sages-femmes, FG n°2, 25.02.10)

D'un point de vue plus ergonomique, la structure architecturale de l'hôpital semble être une véritable embûche pour le maintien de l'hygiène. Il s'avère que de grands efforts sont demandés aux soignants pour réduire les infections nosocomiales : se former à l'hygiène des mains, la pratiquer de manière optimale, être surveillé au niveau de l'application de ses indications et suivre les recommandations selon les mesures spécifiques, c'est-à-dire pratiquer les soins avec les bonnes protections suivant le cas infectieux des patients. Exigences qui devraient idéalement coïncider avec un cadre de travail variable, composé de nombreux instruments, objets et appareils. Un cadre de

travail qui peut être confiné ou plus large, qui peut être nouveau ou ancien et qui comprend un nombre de patients variable selon les unités. Dès lors, les indications et les mesures sont pensées pour l'environnement hospitalier global et non pas selon des spécificités spatiales ou architecturales de certains services. Voici un cas qui peut illustrer l'impression qu'ont les soignants d'une mauvaise conception ergonomique de l'hôpital :

> « Ça m'a choquée aussi quand je suis arrivée ici. En France dans la plupart des services de chirugie, on ne touchait pas le robinet pour se laver les mains. On appuyait avec le genou sur une mannette qui faisait couler l'eau. Déjà, économie d'eau, dès qu'on retire la jambe ça coupe l'eau. De deux, elle est toujours à la bonne température donc c'était super et de trois surtout, on ne touchait jamais les robinets. (…) Je suis arrivée ici : tu es obligée de toucher avec ta main sale si tu veux te laver les mains sinon tu n'as pas d'eau. Je me suis dit, mais quand même à Genève, c'est une grosse ville universitaire, bla bla, 10000 employés le truc énorme, 28 kilomètres de souterrains, quand on arrive pour se laver les mains, c'est choquant dans le sens où même dans les petites cliniques de France, toutes pourries ou dans un hôpital tout petit, où il n'y avait que les cousins et les tantes, mais on avait la mannette. On ne touchait jamais le robinet avec les mains. Je suis arrivée ici, je me suis dit : mais c'est quoi ce binz ! On touche le truc ! Je trouvais ça crade, et je me suis habituée. » (Florence, infirmière, FG n°7, 22.03.10)

De plus, les soignants sont confrontés à des exigences contradictoires lorsqu'on leur prescrit des procédures d'hygiène pas toujours aisées à réaliser et qui peuvent prendre du temps si elles sont faites dans les règles de l'art, sans dégager plus de temps et plus de moyens pour arriver à l'objectif espéré. En effet, les soignants ont la douloureuse impression de subir une logique qui les pousse à faire toujours mieux (indications pour l'hygiène des mains, exigence d'une grande qualité des soins) sans être véritablement soutenus ou entendus par les responsables de l'hôpital ou par l'organisation qui dénombre certaines failles. Des failles qui sont d'autant plus difficiles à accepter qu'elles sont récurrentes. Nous pensons notamment aux problèmes des poubelles ouvertes, des chambres à huit patients ou encore des rideaux contaminés.

Face aux exigences d'hygiène, les soignants se sont réappropriés des priorités pour d'une part, continuer à exécuter les tâches quotidiennes et d'autre part, répondre aux exigences plus procédurales du travail. Dès lors, ils mettent en œuvre leur expertise pour savoir comment agir à quel moment. Qu'est-ce qu'une priorité pour un soignant ? Certaines priorités du type « urgences » ou « respect des procédures » proviennent d'une culture commune acquise à travers la formation et le travail en milieu hospitalier. Néanmoins, bien que les soignants observent la plupart des priorités, en pratique, certaines tâches d'hygiène qui maintiendraient un climat favorable restent dans le flou et ne sont pas définies.

Voici un autre cas pour montrer qu'au niveau de l'hygiène hospitalière, bien qu'il y ait de grandes exigences, certaines tâches indispensables ne sont pas clairement attribuées.

> Benoite : « Alors là, les claviers d'ordinateurs, on ne sait pas qui doit les nettoyer. »
> Laure: « C'est à notre charge. »
> Vincent: « Il faut les faire tous les jours ? »
> Laure: « Nous, on nous a dit que c'était à nous. »
> Benoite: « Hein? »
> Laure: « Nous, on nous a dit que c'était à notre charge. »
> Vincent: « Je pense que c'est quelque chose qui doit être fait tous les jours. »
> Laure: « Mais on n'y touche pas. »
> Benoite: « A nous, à vous les aides-soignants? »
> Laure: « Oui, c'était à nous de le faire. »
> Vincent: « Tous les jours ? »
> Laure: « Oh ben suivant comme on nous dit… »
> Benoite: « Je ne sais pas. »
> Laure: « Dans tous les cas ce n'est pas fait. C'est ce que nous a transmis notre responsable: si on voulait que ce soit propre, c'est à nous de le faire. »

Vincent: « Mais il y a un désinfectant ou quelque chose ? »
Laure: « Ben non, on prend de l'Hopirub et puis on fait comme cela *[elle fait semblant de frotter].*
Vincent: « Ça peut se faire avec du Dessur (produit désinfectant) ? »
Laure: « Oui, je passe un coup, je prends un gant en soie et je passe comme cela dans les touches car des fois, c'est vraiment cracra, comme le combiné du téléphone… »
(Benoite, infirmière, Laure, aide-soignante et Vincent, infirmier, FG n°6, 10.03.10)

Entre standardisation et flexibilité

Dans l'article *Working to rule, or working safety ?*[134]*,* deux techniques de production de règles sont proposées. Le premier modèle est la manière la plus courante de mettre en place une procédure. Elle fait appel à la prévoyance, à l'expertise et à une analyse des risques pour construire des normes écrites qui garantissent de ne pas faire d'erreur. Dans cette optique, l'opérateur humain est perçu comme faillible. Si un comportement inadéquat est constaté, il est considéré comme délibéré, c'est pourquoi il faut contrôler et réguler l'application du règlement. Le deuxième modèle se base sur la construction des règles qui découlent de l'action, de l'expérience et de l'activité des opérateurs. C'est un modèle qui prend en compte les situations spécifiques contrairement aux règles écrites. D'un point de vue dynamique, ce modèle reconnaît que les règles ne sont jamais complètes et qu'il faut les adapter après les avoir testées. Dans cette vision, les fabricants des règles sont les opérateurs, l'expérience étant un des points clé de leur construction.

Telle est bien la question. L'observance de l'hygiène des mains doit-elle être encore plus procédurale, avec plus d'indications et d'informations ? Les soignants sont-ils à un trop haut niveau de procéduralisation qui ne permet pas de s'adapter à tous les éléments de la réalité ?

La routine, que ce soit du côté de la procéduralisation ou du côté de l'expérience, doit toujours s'adapter ou composer avec la réalité. Dès lors, la création des règles doit être vue comme un processus en action entre la standardisation et la flexibilité[135]. La standardisation est indispensable[136], cependant, elle doit être pensée en tant que productrice d'écart par rapport à la réalité du travail. Cet écart peut être monitoré et des recherches peuvent être entreprises pour comprendre le phénomène. Ainsi, la prise en compte des règles est positive pour des travaux routiniers sans trop d'exceptions, tandis que le modèle basé sur l'expérience est favorable lorsqu'il est utilisé lors de situations incertaines et complexes. Cet article montre que les deux modèles sont à utiliser ensemble, d'une part pour produire des règles écrites essentielles à la compréhension et à la formalisation du travail, et d'autre part pour faire parler l'expérience des gens de terrain, irremplaçable dans la connaissance d'un métier et de ses failles. Concernant l'hygiène des mains, pourquoi ne pas utiliser des règles co-construites avec divers acteurs concernés de près par le problème et qui sauraient adapter la règle selon la réalité de leur terrain? Les indications étant déjà écrites, les routines déjà installées, un processus de confrontation des expériences pourrait-il être mis en œuvre et, dans cette perspective, renforcer le sens que les soignants donnent à leur action[137], et renforcer du coup la sécurité générale ?

[134] Cf. Hale and Borys, 2010.
[135] *Idem.*
[136] Cf. dans Gawande, 2010, le chapitre: « The checklist ».
[137] Cf. Vidaillet *et al*., 2009.

CONCLUSION

Le problème auquel est confronté le Service Prévention et Contrôle de l'Infection des Hôpitaux Universitaires de Genève peut se résumer en deux étapes. Une première expérience d'une amélioration durable de l'observance de l'hygiène des mains, menée de 1994 à 1997 et axée sur l'usage approprié d'une solution hydro-alcoolique, a pour effet une réduction de moitié des infections nosocomiales. Le professeur Didier Pittet et son équipe publient ce résultat significatif dans *The Lancet* en 2000; le modèle de Genève est un succès. Hugo Sax, de la même équipe, poursuit l'expérience avec l'instauration des cinq indications pour l'hygiène des mains. Mais alors qu'on attend une augmentation de l'observance, on constate une stagnation. D'où l'idée de travailler de concert avec des sociologues sur les représentations que se font les soignants de l'hygiène des mains et sur leurs perceptions des catégories du pur et de l'impur, du propre et du sale, mais aussi de leur situation relationnelle au sein de l'institution hospitalière.

Ma mission a consisté à écouter 38 hospitaliers à travers un dispositif d'enquête nommé *focus group* et à codifier thématiquement leurs paroles grâce au logiciel NVivo 8. Bien sûr, cette première approche qualitative ne rend pas compte de la dynamique propre à chaque rencontre de groupe. Aussi, j'ai tenu à décrire longuement les lieux d'exercice professionnel des participants pour mieux saisir leur quotidienneté avant qu'elle ne soit interrompue par l'artefact de nos rencontres. Une surprise m'attendait: le côté artificiel de rencontres consenties pour le bien de la cause n'a pas interdit l'émergence de ces fameuses « représentations ». Malgré une apparente uniformité structurelle d'opinion, certains propos singuliers en sont ressortis, particulièrement éclairants. J'en donnerai tout à l'heure un exemple.

Une revue de la littérature anthropologique et clinique nous ont permis, à ma collaboratrice Sylie Touvenau et à moi-même, de formuler un jeu de questions adressées aux participants de huit *focus groups*. Mais cette littérature me laisse après coup face à une double question.

Du côté anthropologique, je perçois mieux maintenant la trop grande largeur ou la trop grande abstraction des thématiques abordées. Quelle que soit la rigueur de l'analyse du pur et de l'impur par Mary Douglas, une mauvaise application de ces catégories à la situation de soins risque de gommer ce que cette dernière révèle de tout à fait singulier. A trop insister comme je le fais sur l'ambiguïté du sacré et à l'induire de manière intrusive (donc violente, si j'en crois Pierre Bourdieu), n'ai-je pas ainsi désorienté mon écoute ? La situation de l'hospitalier est profane, terre à terre, ce que montre mieux le chapitre « Organisation du travail et hygiène hospitalière ».

Quelques soucis dominent. Que les règles d'observance de l'hygiène ne soient pas grevés d'une surveillance formelle déjà très présente à l'hôpital ! Que les indications ne soient pas univoquement prescrites par un pôle toujours ressenti comme hiérarchiquement supérieur, qu'il s'agisse de l'autorité de la Science dans ses figures de l'infectiologue et du médecin, ou de l'autorité académique que je représente aussi ! Mais que ces indications soient issues d'une co-construction égalitaire entre tous les acteurs ! Que du temps de réflexion et de formation soit accordé aux soignants et non pas uniquement aux spécialistes de l'hygiène, et que l'on puisse enfin négocier les bonnes pratiques avec ces partenaires mystérieux que restent le microbe et le virus ! Que l'on sorte enfin de l'univers de la faute, c'est-à-dire de la culpabilité liée à la mauvaise observance, pour aborder une analyse organisationnelle de l'erreur sur son terrain réel !

Du côté de la littérature clinique, je vois une autre limite qui se croise symétriquement avec celle de l'anthropologie. Je suis ici au cœur de la question, et même si c'est très difficile à formuler en l'état des choses, je vais m'y risquer. Dans le chapitre

« L'expérience hospitalière de l'infection et ses représentations », j'ai suggéré que les cliniciens se sont peut-être trop attachés à l'analyse comportementale au détriment des apports – certes controversés – de la psychanalyse. Ce qui se joue dans la relation soignant-patient pourrait bien apparaître comme une répétition de situations archaïques: le patient hospitalisé, en état de régression aux stades premiers de son développement, s'abandonne aux bons soins corporels d'une figure maternelle sécurisante, le soignant. On comprend mieux alors que les règles relationnelles du contact ordinaire entre humains s'en trouvent modifiées, et que l'observance ou non des règles d'hygiène s'y trouvent piégées. C'est le paradoxe, soulevé à de nombreuses reprises par les interlocuteurs des *focus*, du « contact stérile », cette contradiction entre une spontanéité courtoise et l'obligation formelle (scientifiquement fondée) d'y « mettre des gants », autrement dit de l'Hopirub. La suspicion infectieuse interfère avec la relation de confiance et laisse les protagonistes sans recours. L'observance stagne.

Dès lors, pourquoi ne pas se laisser guider par les acteurs eux-mêmes, à commencer par les soignants, et plus précisément par ceux qu'on dit voués aux tâches les plus basses, au « dirty work » ? Parmi les données orphelines de mon enquête, les paroles de Patricia, une aide-soignante, prennent un relief singulier: « *Les germes, il y en a des nuisibles* mais il y en a des bons *dans le corps, donc voilà, tu ne peux pas tout détruire comme cela, enfin, tu vis dans un milieu d'asepsie, ce n'est pas non plus terrible à mon avis »*[je souligne][138]*.*

Que ce soit la catégorie professionnelle la plus « stigmatisée » qui délivre ce message n'est probablement pas indifférent à l'affaire. A l'époque de l'épuisement du fantasme d'un monde aseptisé, le soupçon qu'il y ait de « bons germes » et qu'il faille en tenir compte rejoint les avancées de la micro-biologie contemporaine. Le changement de comportement d'observance tant souhaité par les instances hospitalières se dessine peut-être dans cette nouvelle représentation du monde microbien si bien décrit par Stuart Levy: « *L'homme devrait revoir sa façon de considérer son environnement bactérien. Je n'aime pas du tout l'idée que nous sommes en guerre contre la bactérie. Une nouvelle stratégie doit être envisagée. Notre but est de trouver une façon de prévenir l'infection pour ne plus avoir à utiliser d'antibiotiques. (…) Bien sûr, quand une bactérie provoque une infection, il faut la traiter. Mais n'essayons pas de faire disparaître le monde bactérien. Nous devons définitivement l'accepter et nous avons besoin de lui pour notre propre développement. Nous devrions poursuivre une sorte de coexistence pacifique »*[139]*.*

[138] FG n° 5, 09.03.10.

[139] Transcription tirée du documentaire de Pierre Bressiant, ARTE, 2008.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ouvrages

ALAMI Sophie, DESJEUX Dominique, GARABUAU-MOUSSAOUI Isabelle, 2009, *Les méthodes qualitatives*, Paris : P.U.F.

ARISTOTELES Aguilar *et al.,* 2009, *« Nous, on soigne rien sauf des machines ». Le pouvoir insoupçonné des aides-soignants en Anesthésie*, Sociograph n° 8, Genève : publication de la Faculté des sciences économiques et sociales.

BALINT Michael, 1975 [1957], *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris : Payot.

BECK Ulrich, 2001 [1986], *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris : Flammarion.

BECKER Howard S., 2006, *Le travail sociologique. Méthode et substanc*e, Fribourg : Academic Press.

BONARDI Christine, ROUSSIAU Nicolas, 2008 [1999], *Les représentations sociales*, Paris: Dunod.

BOURDIEU Pierre *et al*., 1993, *La misère du monde*, Paris : Seuil.

BOURGEY, Louis, 1953, *Observation et expérience chez les médecins de la collection hippocratique*, Paris : Vrin.

CALLON Michel, LASCOUMES Pierre, BARTHE Yannick, 2001, *Agir dans un monde incertain*, Paris : Seuil.

CANETTI Elias, 1998 [1960], *Masse et puissance,* Paris : Gallimard.

CARRICABURU Danièle, MENORET Marie, 2004, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et malades*, Paris : Armand Collin.

CELINE Louis-Ferdinand, 2009 [1924], *Semmelweis*, Paris : Gallimard.

DARMON Pierre, 1999, *L'homme et les microbes*, Paris : Fayard.

DEJOURS Christophe, 1994, *Le Facteur humain*, Paris : P.U.F.

DOUGLAS Mary, 2005 [1967], *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*, Paris : La Découverte.

DURKHEIM Emile, 2007 [1912], *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris : P.U.F.

FOUCAULT Michel, 1972 [1963], *Naissance de la clinique*, Paris : P.U.F.

FREUD Sigmund, 1987 [1905], *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Paris : Gallimard.

GACHOT Bertrand, LEDRAPPIER Patrick, 2009, *Tout savoir sur les infections nosocomiales*, Lausanne : Favre.

GAWANDE Atul, 2010, *The checklist manifesto. How to get things right*, New York: Metropolitan Books.

GIDDENS Anthony, 2009 [1990], *Les conséquences de la modernité*, Paris : L'Harmattan.

GOFFMAN Erving, 2010 [1963], *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps,* Paris : Minuit.

ISRAEL Lucien, 1976, *Le médecin face au malade,* Bruxelles : Dessart et Mardaga.

LATOUR Bruno, 2008 [1979], *La vie de laboratoire – La production des faits scientifiques*, Paris : La Découverte.

- 2001 [1984], *Pasteur: guerre et paix des microbes*, Paris : La Découverte.
- 2006, *Changer de société – Refaire de la sociologie*, Paris : La Découverte.

LEMARCHAND Frédérick, 2002, *La vie contaminée – Eléments pour une socio-anthropologie des sociétés épidémiques*, Paris : L'Harmattan.

LEVI-STRAUSS Claude, 1966 [1950], Introduction à l'œuvre de Marcel Mauss, in *Sociologie et anthropologie*, Paris : P.U.F.

- 2009 [1962], *Le totémisme aujourd'hui*, Paris : P.U.F.

PAUGAM Serge *et al.*, 2010, *L'enquête sociologique*, Paris : P.U.F.

PECHERE Jean-Claude, 2007, *Le microbe intelligent*, Paris : Frison-Roche.
PENEFF Jean, 1992, *L'Hôpital en urgence,* Paris : Métaillé.
PERETTI-WATEL Patrick, 2001, *La société du risque*, Paris : La Découverte.
PERROT Marie-Dominique, 2006, « Gérer et soigner : deux métiers différents » *in* PERROT Marie-Dominique *et al.*, *Ordres et désordres de l'esprit gestionnaire. Où vont les métiers de la recherche, du social et de la santé ?* Lausanne : Réalités Sociales.
POUCHELLE Marie-Christine, 2007 [2003], *L'hôpital corps et âme,* Paris : Seli Arslan.
QUIVY Raymond, VAN CAMPENHOUDT Luc, 2006 [1988], *Manuel de recherche en sciences sociales,* Paris : Dunod.
RAMBAUD Claude, SPIROUX Joël, 2008, *Infections nosocomiales*, Paris : J. Lyon.
REASON James, 1993 [1990], *L'erreur humaine*, Paris : PUF.
ROUSTANG François, 2001, *La fin de la plainte,* Paris : Odile Jacob.
THUILLIER Jean, 1996, *La vie passionnée de Semmelweis,* Paris : Josette Lyon.
VEGA Anne, 2004 [2000], *Une ethnologue à l'hôpital – L'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris : Editions des archives contemporaines.
VIDAILLET Bénédicte *et al.*, 2009 [2003], *Le sens de l'action. Karl E. Weick: Sociopsychologie de l'organisation*, Paris: Vuibert.

2. Articles de revues

AMIEL Céline, 2005, « 'On sait qu'il n'y a pas de ''vrais'' risques'. Discours et pratiques de soignants autour des infections nosocomiales », *Sciences Sociales et Santé*, septembre, vol. 23, n°3.
BALMELLI Carlo et *al*., 1994, « Infections nosocomiales : souci de spécialiste ou préoccupation de tous ? », *Swiss-NOSO*, vol. 1, n° 4.
BARREA DE VLEESCHHOUVER M., 2004, « Le mal-être quotidien du soignant », *Ethique & Santé,* 1: 77-82.
BERGMAN Manfred Max *et al.*, S.d., « Déclaration – Méthodes de recherche qualitative », Académie suisse des sciences humaines et sociales.

CARRICABURU Danièle, LHULIER Dominique, MERLE Véronique, 2008, « Quand soigner rend malade : les soignants face au risque infectieux à l'hôpital », *Santé publique*, vol. 20.

CLERGUE François, 2004, « Sécurité anesthésique: une affaire de personnes ou d'organisation? », *Revue Médicale Suisse*, n° 49.
DEBARBIEUX Laurent, 2010, « Attaquer les bactéries avec des virus », *Les dossiers de La Recherche,* novembre, n° 41.
DUROCHER Alain, 2005, « L'infection nosocomiale comme indicateur de (non) qualité des soins : l'exemple de la réanimation »*, Sciences Sociales et Santé*, septembre, vol. 23, n° 3.
ELLENBERG Etyan, 2005, « L'infection nosocomiale : relire l'histoire et penser au présent », *Santé publique*, vol. 17.
ERASMUS Vicki *et al.*, 2009, « A Qualitative Exploration of Reasons for Poor Hand Hygiene Among Hospital Workers : Lack of Positive Role Models and of Convincing Evidence That Hand Hygiene Prevents Cross-Infection », *Infection control and hospital epidemiology*, May, vol. 30, n° 5.
ERASMUS Vicki *et al.*, 2010, « Systematic Review of Studies on Compliance with Hand Hygiene Guidelines in Hospital Care », *Infection control and hospital epidemiology*, March, vol. 31, n° 3.
EWALD François, 1996, « Philosophie de la précaution », *L'Année sociologique*, vol. 46, n° 2, p. 383-412.
FABRE Daniel, 1987, « Le rite et ses raisons », *Terrain*, n° 8.

FAINZANG Sylvie, 2001, « L'anthropologie médicale dans les sociétés occidentales », *Sciences Sociales et Santé*, juin, vol. 19, n° 2.
FORMAN Jane *et al.*, 2008, « Qualitativ research methods : Key features and insights gained from use in infection prevention research », *AJICpractice forum*, vol. 36, n° 10.
HALE Andrew, BORYS David, 2010, «Working to rule, or working safety ? », *Paper to the International Conference on Working on Safety*, Roros, Norway.
JANG Ji-Hyun *et al.*, 2010, « Focus Group Study of Hand Hygiene Practice among Healthcare Workers in a Teaching Hospital in Toronto, Canada », *Infection control and hospital epidemiology,* February, vol. 31, n° 2.
LONGTIN Yves *et al.*, 2008, « Patient Participation : Current Knowledge and Applicability to Patient Safety », 29 February.
LONGTIN Yves *et al.,* 2009, « Patients'Beliefs and Perceptions of Their Participation to Increase Healthcare Worker Compliance With Hand Hygiene », *Infection control and hospital epidemiology*, September, vol. 30, n° 9.
PITTET Didier *et al.,* 2000, « Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene », *The Lancet*, Vol. 356, October 14.
PITTET Didier, M BOYCE John, 2001, «Hand hygiene and patient care: pursuing the Semmelweis legacy», *The Lancet,* April.
POUCHELLE Marie-Christine, 2007, « Quelques touches hospitalières », *Terrain*, n° 49, août.
– 2008, « Infections nosocomiales et culture hospitalière », *Interbloc*, septembre, tome 27, n° 3.
– 2009, « Infections Nosocomiales : comportements et cultures hospitalières en question », *Société Française d'Histoire des Hôpitaux*.
SAILLANT Francine, 2000, « Identité, invisibilité sociale, altérité : expérience et théorie anthropologique au cœur des pratiques soignantes », *Anthropologie et Sociétés*,, vol. 24, n°1.
SAILLANT Francine, GAGNON Eric, 1999, « Vers une anthropologie des soins ? », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 23, n° 2.
SAX Hugo *et al.* J Hosp Infect 2007 Sep; 67(1): 9-21.
TOURE El Hadj, 2010, « Réflexion épistémologique sur l'usage des *focus groups*: fondements scientifiques et problèmes de scientificité », in *Recherches Qualitatives*, vol. 29, n°1.
WHITBY Michael *et al.*, 2006, « Why Healcare Workers Don't Wash Their Hands : A Behavioral Explanation », *Infection control and hospital epidemiology*, May, vol. 27, n° 5.
ZHONG and LILJENQUIST, 2006, « Washing Away Your Sins: Threatened Morality and Physical Cleansing », *Science*, vol. 313.

3. Documents électroniques
(consultés le 20.12.2010)

BOULA Jean-Gilles, S.d., « Perspective soignante: corps malade et régression ». Consultable sur http://www.gfmer.ch/Presentations_Fr/Perspective_soignante_corps_malade_regression.htm

DE GASQUET Béatrice, S.d., « De la souillure. Fiche de lecture », ENS. Consultable sur

http://socio.ens-lsh.fr/agregation/corps/corps_fiche_douglas.php
LEYBOLD Isobel, 2004, interview de Hugo Sax réalisée par Isobel Leybold pour swissinfo. Consultable sur http://www.swissinfo.ch/fre/swissinfo.htmlsiteSect=43&sid=5020206&ty=st

KENT Clarck, LANE Loïs, 2009, « L'art de faire avaler la pilule. Enquête sur l'acceptabilité sociale », *Revue Z*, n° 1. Consultable sur www.zite.fr
OCDE, 2003, « Les risques émergents au 21ème siècle. Vers un programme d'action », Paris. Consultable sur http://oecdbookshop.org/oecd/pdfs/browseit/0303012E:PDF
SAX Hugo *et al.*, 1994, « Infections nosocomiales et hygiène hospitalière : aspects actuels », vol. 1. Consultable sur www.swissnoso.ch
SLOTERDIJK Peter, 1999, « Zauberer und Technologen. Philosophische Stichworte zur modernen Hochleistungsmedizin », Düsseldorf, Medica. Consultable sur www.petersloterdijk.net

4. Documents télévisuels

BRESSIANT Pierre, 2008, *La revanche des microbes* , France 5 et ARTE.
PITTET Didier, 2008, intervention dans le documentaire d'ARTE, *La revanche des microbes.*
THURN Valentin, 2010, « L'enfer de Guillaume Depardieu » in *Danger hôpital: les maladies nosocomiales,* ARTE.

5. Autres

BOURRIER Mathilde, PITTET Didier et SAX Hugo, 2009, « Effectiveness of different strategies to improve and reduce healthcare-associated infections: a cluster randomised controlled trial », document interne, 25.11.2009.
OMS, 2010, « Résumé des Recommandations de l'OMS pour l'Hygiène des Mains au cours des Soins », doc. de l'OMS, Genève.