

Haute école de santé
Genève

Filière Soins infirmiers

***Comment une théorie intermédiaire en soins infirmiers
empruntant des notions en sciences humaines permet
d'appréhender le taux d'observance de l'hygiène des mains
chez les infirmières ?***

Travail de Bachelor

Moita Sanha Rafaela	Matricule N°12657607
Redzepi Naimé	Matricule N°12655155
Sirovina Azra	Matricule N°12654489

Directrice : Françoise Cinter – Professeure HES filière soins infirmiers

Membre du jury externe : Marie-Noëlle Leran – Infirmière HUG, praticienne formatrice HES

Genève, juillet 2015

Déclaration

« Ce travail de bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seuls/seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 24 juillet 2015

Rafaëla Moita Sanha

Naimé Redzepi

Azra Sirovina

Remerciements

Nous tenons à remercier et à faire part de notre reconnaissance à notre directrice de ce travail de Bachelor, Madame Françoise Cinter, pour la qualité de son accompagnement, et pour nous avoir consacré de son temps. Elle nous a soutenues et guidées tout au long de la réalisation de ce travail. Elle a su nous motiver et nous rassurer en cas de besoin.

Nous souhaitons remercier chaleureusement Madame Gora Da Rocha pour nous avoir accueillies, écoutées, et aidées à trouver une théorie en soins infirmiers afin d'ancrer ce travail dans la discipline infirmière. Nous remercions également Madame Laurence Séchaud pour nous avoir donné des compléments théoriques et pour nous avoir encouragées.

Nous voulons remercier Madame Catherine Ludwig de nous avoir accordé de son temps pour répondre à nos questions sur les références bibliographiques.

Sans oublier Madame Falta Boukar qui nous a permis de commencer ce travail lors du semestre 4 et nous a conseillées pour la suite de la rédaction.

Pour terminer, nous tenons à exprimer notre gratitude à toutes les personnes de notre entourage qui nous ont aidées et soutenues lors de la rédaction de ce Bachelor thesis.

Résumé :

Contexte : Etant un phénomène mondial et d'une grande ampleur, les infections nosocomiales sont de réels problèmes de santé publique et leurs taux restent assez élevés. Depuis l'invention de la solution hydro-alcoolique, les infections nosocomiales (IN) manuportées ont diminué, mais pas de façon significative.

Objectif : Mise en évidence de facteurs influençant l'observance de l'hygiène des mains des infirmières et des autres professionnels de la santé.

Méthode : Nous avons fait une sélection d'articles scientifiques sur les dix dernières années dans les bases de données tels que Cinhal et Pubmed. Concernant l'ancrage disciplinaire, notre choix s'est porté sur la théorie Synergy Model de l'Association américaine des infirmières en soins critiques de Sonya Hardin. Nous avons également emprunté et développé certaines notions utiles à notre travail dans les sciences humaines.

Résultat : Malgré toutes les mesures mises en place, l'observance de l'hygiène des mains par les professionnels de la santé n'est pas toujours adéquatement suivie. Les causes mises en évidence sont l'environnement du travail, la pression du groupe, la banalisation et la non compréhension des protocoles. De plus, la représentation personnelle des soignants sur le risque joue également un rôle sur l'observance de l'hygiène des mains.

Mots-clés : Hygiène des mains, facteurs influençants, observance, infections nosocomiales infirmières

Summary

Context: Being a worldwide phenomenon and of high magnitude, nosocomial infections are a real public health issue, and their incidence remains quite high. Since the invention of alcohol based handrubs, hand-born nosocomial infections have decreased, but not significantly.

Objective: Highlight of the factors influencing the adherence to hand hygiene amongst health professionals.

Method: A selection of scientific articles over the last ten years, from the Cinhal and Pubmed databases, has been undertaken. For the nursing theory, our choice fell on the Synergy Model for Patient Care from the American Association of Critical Care Nurses, by Sonya Hardin. We have also borrowed and developed notions of human sciences in our work.

Result: Despite all the measures put in place, the adherence to hand hygiene by health professionals is not always adequately followed. The causes brought forward are the work environment, peer pressure, trivialisation or non-comprehension of the protocols. Furthermore, personal representation by the health care workers of the risk, also plays a role in the adherence of hand hygiene.

Key words: hand hygiene, influencing factors, adherence, nosocomial infections, nurses

Liste des abréviations

AACN	American Association of Critical Care Nurses
EBN	Evidence based of nursing
ESBL	Extended Spectrum Beta Lactamase
HEdS	Haute Ecole de Santé – Genève
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
IN	Infections nosocomiales
MRSA	Methicillin-resistant Staphylococcus aureus
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
SHA	Solution hydro-alcoolique
SPCI	Service de Prévention et Contrôle de l'Infection

Table des matières

1.	Introduction.....	6
1.1.	<i>Bref rappel historique de l'origine de l'hygiène des mains dans les soins</i>	6
2.	problématique.....	9
2.1.	<i>Notions d'épidémiologie</i>	9
2.2.	<i>Notions économiques</i>	10
2.3.	<i>Les bonnes pratiques</i>	11
3.	Questionnement	13
4.	Méthodologie.....	16
4.1.	<i>Diagramme de flux phase 1</i>	17
4.2.	<i>Diagramme de flux phase 2</i>	18
5.	Ancrage disciplinaire : la théorie de l'american association of critical care nurses (aacn) synergy model.....	19
5.1.	<i>Concept de base de l'AACN Synergy Model</i>	20
5.2.	<i>Schéma AACN Synergy Model</i>	20
5.3.	<i>Postulats de la théorie de l'AACN Synergy Model</i>	21
5.4.	<i>Les huit caractéristiques des patients et les huit compétences des infirmières selon l'AACN</i>	22
6.	Notions empruntées aux sciences humaines.....	24
6.1.	<i>Le besoin d'appartenance selon Maslow</i>	24
6.2.	<i>Le rapport à l'autorité</i>	25
6.3.	<i>Le conformisme</i>	26
6.4.	<i>Les représentations du risque</i>	27
6.5.	<i>La vulnérabilité</i>	28
7.	Résultats	30
7.1.	<i>Impacts des représentations sur l'observance de l'hygiène des mains</i>	30
7.2.	<i>Droits implicites liés à l'expérience professionnelle sur l'observance de l'hygiène des mains</i>	31
7.3.	<i>Les représentations des soignants face au risque</i>	32
7.4.	<i>Facteurs psychosociaux influençant l'observance de l'hygiène des mains</i>	33
7.5.	<i>Les étudiants et l'observance de l'hygiène des mains</i>	34
7.6.	<i>Le temps et l'espace comme facteurs influençant l'observance de l'hygiène des mains</i>	35
7.7.	<i>Déterminants de l'observance de l'hygiène des mains chez les soignants</i>	36
8.	Discussion	37
9.	Conclusion et perspectives.....	43
10.	Bibliographie.....	45
11.	Annexe I : les 5 indications de l'hygiène des mains	49
12.	Annexe II : Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique	50
13.	Annexe III : Hiérarchie des connaissances selon Fawcett	57

1. INTRODUCTION

Ce travail fait partie de la formation HES-SO en soins infirmiers. Il s'agit d'un travail de fin d'études en vue de l'obtention du titre de Bachelor.

Dans une première partie, nous allons contextualiser la thématique avec un rappel historique et épidémiologique qui nous a permis d'élaborer une problématique. Suite à cela, nous avons émis notre questionnement à partir d'une situation vécue en stage. De plus, nous allons étayer la méthodologie utilisée ainsi que les critères qui ont permis de sélectionner les articles en lien avec notre problématique.

Dans la deuxième partie, nous allons poser le cadre conceptuel en soins infirmiers de la théorie de l'AACN Synergy Model de Sonya Hardin. Dans cette partie, nous avons aussi amené des notions empruntées aux sciences humaines, que nous avons développées afin de poser un cadre plus large.

Pour terminer, nous allons exposer les résultats soulevés à partir de notre revue de la littérature que nous allons articuler avec notre ancrage disciplinaire, dans le chapitre de la discussion.

1.1. Bref rappel historique de l'origine de l'hygiène des mains dans les soins

En 1856 lors de la guerre de Crimée, Florence Nightingale, infirmière britannique, (1820-1910) a constaté l'importance de l'hygiène. Elle voyait décéder sous ses yeux de nombreux soldats suites à des conditions de soins précaires. L'hôpital était situé au-dessus d'un égout ouvert et il n'y avait pas de couloirs ni de fenêtres. Un de ses premiers objectifs a été de faire pénétrer de l'air « pur » dans l'hôpital. L'architecture de ce dernier sera marquée par cette initiative.

Florence Nightingale, depuis ses découvertes empiriques, a mis en place un système de mesure d'hygiène et de propreté. Elle a prêté particulièrement attention à l'entretien des salles, à ce que le linge des soldats soit propre et à améliorer la qualité de leur nourriture. Le point le plus important pour Florence Nightingale était tout de même la pureté de l'air. Par la suite et de son vivant, aucun hôpital militaire et civil en Angleterre n'a été construit sans qu'elle n'ait vu les plans et donné son accord.

Par sa force de caractère et sa persuasion, elle a mis en place un plan d'enseignement destiné aux médecins militaires, aux soldats et aux infirmières¹.

Grâce à toutes ses découvertes et actions, le taux de mortalité a baissé de manière significative. En effet, il est passé de 42% à 22 pour mille en moins d'un an (Dufresne, 2012).

C'est à la même époque que le médecin hongrois Ignace Philippe Semmelweis (1818-1865) a découvert et démontré l'importance de l'hygiène des mains. Il a commencé par observer la différence du taux de mortalité entre deux services d'accouchement. Dans l'un, il y avait les médecins et les étudiants en médecine et dans l'autre les sages-femmes et les étudiantes sages-femmes. Il a étudié les causes de la fièvre puerpérale et la mortalité des femmes qui accouchaient due à cette fièvre. Lorsqu'un de ses amis médecin meurt, suite à la dissection d'un cadavre, en se blessant avec son bistouri et que son autopsie a montré les mêmes causes d'infection que chez les femmes décédées après l'accouchement, Semmelweis a fait le lien du non-lavage des mains entre les autopsies sur les cadavres et les accouchements. Les étudiants qui passaient depuis la salle des autopsies à la salle d'accouchement transportaient sur les mains « les particules » des cadavres contaminés. C'est alors qu'il a obligé les étudiants à se laver les mains avec une solution de chlorure de calcium. Il a ensuite observé une baisse du taux de mortalité chez les femmes. À l'époque, sa découverte n'avait pas été reconnue ni acceptée, mais elle a permis l'initiation de ce qu'on appelle aujourd'hui les infections manuportées et les infections nosocomiales², ainsi que le rôle d'une solution antiseptique (Kubler, 2003, p.44).

A la fin 20^{ème} siècle, le docteur Didier Pittet, né à Genève en 1957, infectiologue et épidémiologiste suisse, met au point une stratégie basée sur la désinfection des mains avec une solution hydro-alcoolique (SHA) et a démontré qu'elle a réduit de moitié le taux d'infections nosocomiales. Il est médecin chef de service à l'unité de prévention et contrôle des infections (SPCI)³ aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).

¹ A lire également au masculin

² Infections nosocomiales : (Du grec : *nosos*, maladie, et *komeîn* : soigner). Se dit d'une infection contractée lors d'un séjour en milieu hospitalier. (Le Petit Larousse Illustré, 2014, p.782)

³ Le SPCI a été créé en 1992 par le professeur Didier Pittet. Il est composé de 12 médecins et 14 infirmiers spécialisés, ainsi que 12 autres collaborateurs tels que des épidémiologistes, des ingénieurs biomédicaux, des microbiologistes et des laborantins (Schindler, 2013, pp.7-8).

A ce jour encore, il met en place des campagnes d'affichage, des chorégraphies qui mettent en image les 5 bons moments pour l'hygiène des mains⁴ et organise également des séances de motivations pour les professionnels de la santé. L'application de ces actions a permis la diminution du taux d'infections nosocomiales diminuée à Genève et chaque année, quelques centaines de vies sont ainsi épargnées (Clean Hands Save Lives, 2014). De plus, il poursuit ses recherches sur le développement de nouvelles stratégies pour améliorer l'observance de l'hygiène des mains et assurer ainsi la qualité des soins prodigués aux patients. Depuis 2005, il mène au sein de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une campagne mondiale de sensibilisation pour faire de la désinfection des mains avec une solution hydro-alcoolique, un standard international de soins. A ce jour, 170 pays faisant partie de l'Organisation des Nations Unies (ONU) ont adopté la solution hydro-alcoolique (Clean Hands Save Lives, 2014).

⁴ Voir annexe I

2. PROBLÉMATIQUE

2.1. *Notions d'épidémiologie*

Il y a des évidences selon lesquelles, les infections liées aux soins sont pour une grande partie évitable, mais les méthodes pour le faire ne sont pas toujours suivies de façon optimale par les soignants. Il se trouve que l'une d'elle ; l'hygiène des mains (lavage et désinfection) est celle qui est la moins respectée par les soignants. Elle n'est pratiquée qu'une fois sur deux par ces derniers, pourtant c'est la méthode la moins coûteuse et la plus efficace pour éviter la transmissions des germes. Entre 4 et 10% des patients hospitalisés sont atteints d'une infection durant leur séjour en Suisse. Environ 70'000 patients sont infectés par an et pour 2000 d'entre eux l'issue est fatale. Et dans le monde entier cela représente 1,4 millions de victimes chaque jour. (Pittet, 2013)

Pour l'année 2008, « les HUG recensent 900 cas de staphylocoques dorés résistant à la méticilline (MRSA)⁵, 250 cas d'entérobactéries productrices de l'enzyme Blactamase à spectre élargi (ESBL)⁶, 90 cas de diarrhées associées au Clostridium difficile⁷ et 100 cas d'infections primaires sur cathéter. » (Schindler⁸, 2013, p.7)

Malgré les multiples protocoles et diverses mesures mis en place, l'observance et le respect ne sont toujours pas systématiquement appliqués. On note une différence d'observance des soignants et un manque de motivation. Il existerait l'hypothèse concernant les contraintes de structures, c'est-à-dire un mauvais emplacement des lavabos, du savon inacceptable, un manque de ressources ainsi que le manque de personnel qui entraîne une surcharge de travail et donc un obstacle pour respecter cette mesure.

Lors d'une étude qualitative faite à Genève, les résultats montrent une moyenne d'observance de l'hygiène des mains à 48%. (Chez les médecins 30% chez les aides-soignants, 47% autres prestataires de soins 38% et chez les infirmières 52%) (Pittet, Sauvan & Simon, 1999).

Les résultats de l'étude de Sakihama faite au Japon en 2014 sur l'observance de

⁵ MRSA : Methicillin-resistant Staphylococcus aureus, en anglais et Staphylococcus aureus résistant à la méticilline (SARM), il s'agit d'une bactérie couramment appelé staphylocoque doré. (Centre canadien et de sécurité au travail, 2014)

⁶ EBLs : Abréviation de « Extended Spectrum Beta Lactamase », traduit en français par « bêtalactamases à spectre élargi » (BLSE). C'est une bactérie résistante aux antibiotiques. Elle peut occasionner des infections hospitalières (Auckenthaler & Vora, 2009).

⁷ Clostridium difficile : bactérie qui s'attaque au système digestif et provoque des diarrhées profuses (Agence de la santé publique du Canada, 2014).

⁸ Schindler : Sociologue, Université de Genève.

l'hygiène des mains ont montré que sur un total de 3'545 observations de soins pratiqués par les professionnels de la santé, l'application de l'hygiène des mains a été réalisée dans 677 cas. Le taux d'adhésion de l'hygiène des mains a été de 15% chez les médecins et de 23% chez les infirmières. La pratique de l'hygiène des mains est de 11% à 25% entre les hôpitaux et 11% à 31% entre les unités. L'adhésion des infirmières et des médecins à l'hygiène des mains a été corrélés⁹ au sein de chaque hôpital. Il y avait une tendance à mieux respecter l'hygiène des mains dans les hôpitaux avec des infirmières travaillant dans la prévention et les contrôles des infections (29%) que dans les hôpitaux sans ce type de professionnels (16%) (Sakihama, 2014).

La promotion de l'hygiène des mains est un défi majeur pour les experts des services de prévention et contrôle de l'infection (Pittet, 2001, traduction libre, p. 234).

Une autre étude a été faite dans les hôpitaux universitaires suisses pour évaluer la perception des patients sur la pratique de l'hygiène des mains par les professionnels de la santé. Les auteurs de cette recherche ont posé l'hypothèse que les patients pouvaient améliorer l'observance des soignants en leur rappelant de pratiquer l'hygiène des mains. Pour ce faire, il faut que les patients soient eux-mêmes sensibilisés et qu'ils aient des connaissances à ce sujet, qu'ils sachent que l'hygiène des mains est essentielle dans les soins.

Parmi les 194 patients qui ont participé à cette étude, la plupart ont répondu qu'ils ne se sentaient pas à l'aise de dire aux infirmières d'appliquer l'hygiène des mains (148 personnes [76 %]) ou au médecin (150 personnes [77 %]), et 57 personnes (29 %) croient que cela aiderait à prévenir les infections associées aux soins. Cette étude souligne l'importance d'inclure les patients dans les soins par les professionnels de la santé, d'accroître leur participation et de favoriser leur responsabilisation (Allegranzi, Hugonnet, Longtin, Pittet & Sax, 2009).

2.2. *Notions économiques*

Un grand nombre d'articles de la littérature fait ressortir les coûts qu'engendrent les infections nosocomiales dues en majeure partie à la différence d'observance de l'hygiène des mains et des protocoles.

Selon Astagneau (2002), médecin et professeur de santé publique, dans les lieux de santé, les infections nosocomiales amplifient la morbidité et la mortalité. C'est à cause des hospitalisations de longue durée et les traitements antibiotiques que les coûts hospitaliers augmentent.

⁹ Corréler : Lien entre deux phénomènes (Le Petit Larousse, 2015, p.306).

Lors du décès des patients ayant des comorbidités et des polyopathologies de longue durée, il est compliqué de préciser quel est le rôle joué par l'infection nosocomiale. La mortalité est trois fois plus élevée chez les patients qui ont contracté une IN.

Les pathologies les plus responsables des décès liés aux IN sont les pneumopathies et les bactériémies/septicémies¹⁰.

Les premières sources d'infections nosocomiales sont les dispositifs vasculaires (cathéters veineux périphérique et centraux) ainsi que les plaies post-opératoires. Les principaux lieux de soins où le plus grand nombre de décès a été noté sont la gériatrie et les soins intensifs¹¹.

Dans les pays occidentaux, le coût lié aux infections nosocomiales est évalué à 760 millions d'euros. Cela revient entre 610 et 1370 euros par patient et par infection.

2.3. Les bonnes pratiques

En milieu hospitalier (HUG), la mesure de prévention Vigigermes a été mise en place en 2003. Il s'agit d'un protocole de moyens de protection pour les mesures de bases et les mesures spécifiques (Sax et al., 2009, p. 738).

En effet, elles ont pour « ... but d'uniformiser les pratiques en appliquant les mesures, de limiter la transmission des agents infectieux, de diminuer les infections liées aux soins, d'améliorer la qualité des soins tout en garantissant la sécurité des collaborateurs, des patients et des visiteurs... » (Vigigermes, 2010)

Il existe deux techniques pour garder une bonne hygiène des mains :

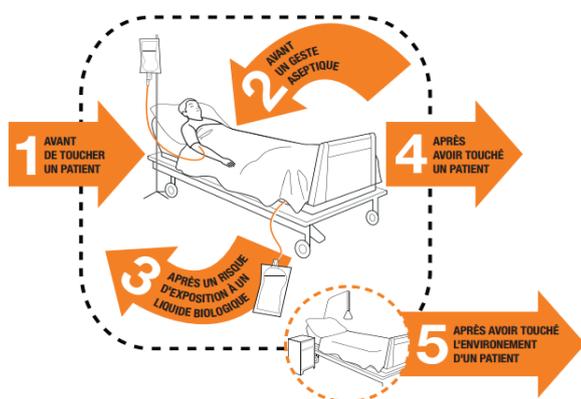
- Le lavage des mains simple permet d'éliminer les germes¹² par actions mécaniques dans le but de diminuer la transmission manuportée.
- La désinfection des mains consiste à détruire les germes par l'action d'antiseptique, pour réduire la transmission des microbes par des gestes invasifs ou contaminants. (Vigigermes, 2003)

¹⁰ Bactériémies : (du grec : baktéria : bâton et haïma : sang. (Delamare, 2004, p.92) Présence d'un germe pathogène dans le sang, authentifié par les hémocultures. (Le Larousse Médical, 2009, p.109) Septicémies : (du grec : sêptikos, de sêpein : corrompre, et haïma : sang. (Delamare, 2004, p.793) Etat infectieux généralisé, dû à la dissémination d'un germe pathogène dans tout l'organisme par l'intermédiaire du sang. La septicémie correspond à des décharges répétées à partir d'un foyer septique. (Le Larousse Médical, 2009, p.870)

¹¹ Gériatrie et les soins intensifs : Selon certains commentaires suscités par la Directive européenne tout patient hospitalisé aux soins intensifs devrait être considéré comme «vulnérable». Est vulnérable toute personne exposée à des agressions dont elle ne pourrait pas se défendre. (Chenaud, Gigon, Merlani, & Ricou, 2008)
Les personnes âgées sont à risque de devenir vulnérables, car elles sont confrontées aux maladies chroniques invalidantes, au déclin fonctionnel et la perte de leur autonomie (Monod & Sautebin, 2009).

¹² Germe : Tout micro-organisme (bactérie, virus, champignon, parasite) vivant, source de maladie infectieuse. (Le Larousse Médical, 2009, p.402)

Les 5 indications de l'hygiène des mains



1. Avant de toucher un patient : Le soignant pratique l'hygiène des mains avant d'entrer en contact avec le patient dans le but de le protéger des germes transportés sur les mains (OMS, 2009). Par exemple lorsque le soignant serre la main du patient, l'aide à la mobilisation, ou encore lorsqu'il fait un examen clinique.

2. Avant un geste aseptique : Le soignant pratique l'hygiène des mains avant d'exécuter un acte aseptique dans le but de protéger le patient d'une contamination (OMS, 2009). Par exemple, lorsque le soignant est amené à poser un dispositif médical, lorsqu'il est en contact avec une plaie ou encore lorsqu'il prépare des traitements médicamenteux.

3. Après un risque d'exposition à un liquide biologique : Le soignant pratique l'hygiène des mains après avoir été en contact avec un liquide biologique dans le but de se protéger et protéger l'environnement de soins (OMS, 2009). Par exemple, lorsque le soignant est en contact avec une plaie, la muqueuse bucco-dentaire, le sang ou encore les selles et urines.

4. Après avoir touché un patient : le soignant pratique l'hygiène des mains après avoir été en contact avec le patient dans le but de se protéger et protéger l'environnement de soins (OMS, 2009). Par exemple, après avoir fait un examen clinique ou aidé le patient à se mobiliser.

5. Après avoir touché l'environnement du patient : Le soignant pratique l'hygiène des mains après avoir été en contact avec des objets ou des meubles dans l'environnement du patient même s'il n'a pas été en contact avec le patient. Le but est de se protéger et protéger l'environnement de soins (OMS, 2009). Par exemple, lorsque le soignant est amené à régler une pompe à perfusion ou à changer les draps du lit.

3. QUESTIONNEMENT

Nous souhaitons explorer dans notre travail la/les raisons de l'existence des différences d'observance de l'hygiène des mains entre la théorie (les protocoles, l'enseignement) et la pratique des soignants sur le terrain.

Notre première ébauche de questionnaire était la suivante :

Travail prescrit	Travail réel
Campagne de promotion et de sensibilisation à l'importance de l'hygiène des mains	Professionnels de la santé bien informés sont conscients des risques liés aux soins.
Les étudiants (infirmiers, médecins et autres) bénéficient de cours magistraux et des ateliers sur les dernières recherches en matière d'hygiène des mains	Les étudiants sont au courant des dernières recherches en matière d'hygiène hospitalière grâce à leurs cours. Perdront-ils les bonnes pratiques en suivant les professionnels qui leur apprennent le métier ?
Les hôpitaux sont munis de protocoles de soins (les techniques GRESI aux hôpitaux universitaires de Genève)	Les protocoles mis en place par les hôpitaux ne sont pas toujours suivis avec rigueur par les professionnels de la santé. Pour quelle raison ? Représentations de l'hygiène ? Manque de temps ? Expérience professionnelle de longue durée ?
Présence de médecins et d'infirmières spécialisés en hygiène hospitalières ou une unité de prévention et contrôle de l'infection qui veillent aux bonnes pratiques des soins dans les unités.	Surcharge de travail pour les professionnels, travailler vite pour être dans les temps, stress.
Matériel de qualité et en quantité dans les unités de soins (solution hydro alcoolique, gants, blouses ...)	Baisse de la qualité des soins, de l'hygiène.
Objectif : baisser le taux/éviter les infections nosocomiales	Les infections nosocomiales sont en hausse... Conséquence : mise en danger du patient, augmentation des coûts hospitaliers et augmentation du séjour à l'hôpital pour le patient.

Les autres questions que nous nous sommes posées :

Pourquoi tant d'infections nosocomiales malgré :

- Les énormes progrès ?
- Des protocoles de pointe sur l'hygiène hospitalière ?
- Des professionnels formés ?
- Le matériel en quantité et en qualité ?
- Collaboration avec des grands spécialistes/chercheurs en hygiène ?

Est-ce à cause de la surcharge de travail pour les professionnels de la santé ? La banalisation ? La représentation ? Vouloir faire comme le reste de l'équipe ? Pratique de l'hygiène des mains uniquement lors du contrôle des spécialistes/IRUS ? Immunisation grâce aux années de pratique ? Du laissé aller ? Manque de temps ? Trop de patients ? Pression de l'équipe à travailler vite ?

L'hygiène¹³ est un des rôles principaux de l'infirmier(e), c'est un des premiers pas pour se protéger, protéger l'autre et maintenir la santé. En dehors du fait que le sujet sur l'hygiène des mains et la prévention des infections a été traité lors de nos études, nous l'avons choisi, car nous avons été confrontées lors de nos stages à des différences d'observances des protocoles qui nous ont interrogées.

Une situation-type qui nous a interpellées est celle d'une infirmière qui prenait son service le matin et s'est retrouvée à prendre en soins une patiente avec une leucémie en isolement et six autres patients. Elle a utilisé toutes les mesures de protection spécifiques pour la patiente en isolement ; la blouse, la désinfection du matériel avant et après être entrée dans la chambre, aseptie stricte lors de ses actes et l'hygiène des mains selon le protocole. Or, pour la suite des soins auprès des autres patients, elle a utilisé un seul et même chariot et en se désinfectant les mains avant et après avoir été auprès du patient. Selon les mesures de base Vigigerme, cette infirmière aurait dû appliquer l'hygiène de mains selon les 5 moments¹⁴. En effet, elle aurait dû se désinfecter les mains avant chaque soin, avant et après chaque geste aseptique en contact avec le patient, après avoir été en contact avec l'environnement de ce dernier. C'est cette divergence d'observance, mais aussi l'importance que revêt cet acte dans les soins infirmiers qui justifie le choix de cette thématique pour notre travail de Bachelor. En effet, les conséquences de la différence d'observance de l'hygiène des mains et la prévention

¹³ L'hygiène : c'est un ensemble de mesures destinées à prévenir les infections et l'apparition de maladies infectieuses (Le petit Larousse, 2015, p.592).

¹⁴ Voir annexe I

des infections sont d'une grande ampleur, comme nous l'avons évoqué dans les parties précédentes.

L'observance se définit comme le respect fidèle d'une règle à laquelle il faut s'y conformer et l'appliquer (Le Petit Larousse Illustré, 2015, p. 798). Après avoir fait notre revue de la littérature sur le thème de l'hygiène des mains et la prévention des infections, notre question initiale était :

Quels sont les facteurs influençant une différente observance par les infirmières des mesures relatives à l'hygiène des mains (et à la prévention des infections) ?

PICO(T) :

Population : Infirmières

Intervention : Observance de l'hygiène des mains

Comparaison : Pas de notion de comparaison

Outcomes : Facteurs qui influencent l'observance

Temps : Pas de notion de temporalité

Sous questions :

A partir de notre question initiale, nous nous sommes interrogées sur les points suivants :

1. La différence d'observance de l'hygiène des mains chez les infirmières serait-elle liée à l'influence sociale (équipe de soin) perçue comme autorité ?
2. Est-ce que les infirmières sont plus attentives à leur hygiène des mains lorsqu'elles sont face à des patients immunodéprimés ?
3. La différence d'observance de l'hygiène des mains chez les infirmières serait-elle liée au besoin d'appartenance à l'équipe de soin ?

4. MÉTHODOLOGIE

Au semestre 3 de notre formation Bachelor, nous avons choisi une thématique proposée par la filière Soins infirmiers de l'HEdS qui était « hygiène des mains et la prévention des infections ». Au semestre 4, nous avons dû l'étayer par une revue de la littérature (non exhaustive) qui nous a permis de définir une problématique.

Nous avons par la suite recherché un modèle conceptuel dans le but d'ancrer ce travail dans la discipline infirmière. Pour ce faire, nous avons pris contact avec une enseignante de la HEdS, spécialiste dans les sciences infirmières, qui suite à nos questions et après avoir pris connaissance de notre travail nous a conseillé la théorie de l'AACN Synergy Model de Sonya Hardin, car elle implique non seulement le patient et le soignant, mais également le système de santé. La théorie de l'AACN Synergy Model correspond à notre thème, car elle inclut l'infirmière et ses compétences, le patient avec ses caractéristiques, mais également le système de santé qui inclut les coûts et les ressources.

Dans la théorie de l'AACN Synergy Model, nous avons choisi de développer trois compétences de l'infirmière et une caractéristique du patient (la vulnérabilité dans ce cas). Pour la lisibilité et la pertinence de ce travail, nous avons pris le risque de faire ce choix-là, c'est-à-dire de séparer la vulnérabilité des autres caractéristiques du patient malgré le postulat N°3 (voir p.21), qui stipule que le patient peut être défini par un certain nombre de caractéristiques. Elles sont interconnectées et ne peuvent pas être dissociées (Peterson, 2013, traduction libre, p.295).

Nous avons également développé le système de santé, les coûts et les infections nosocomiales qu'engendre la différence d'observance de l'hygiène des mains.

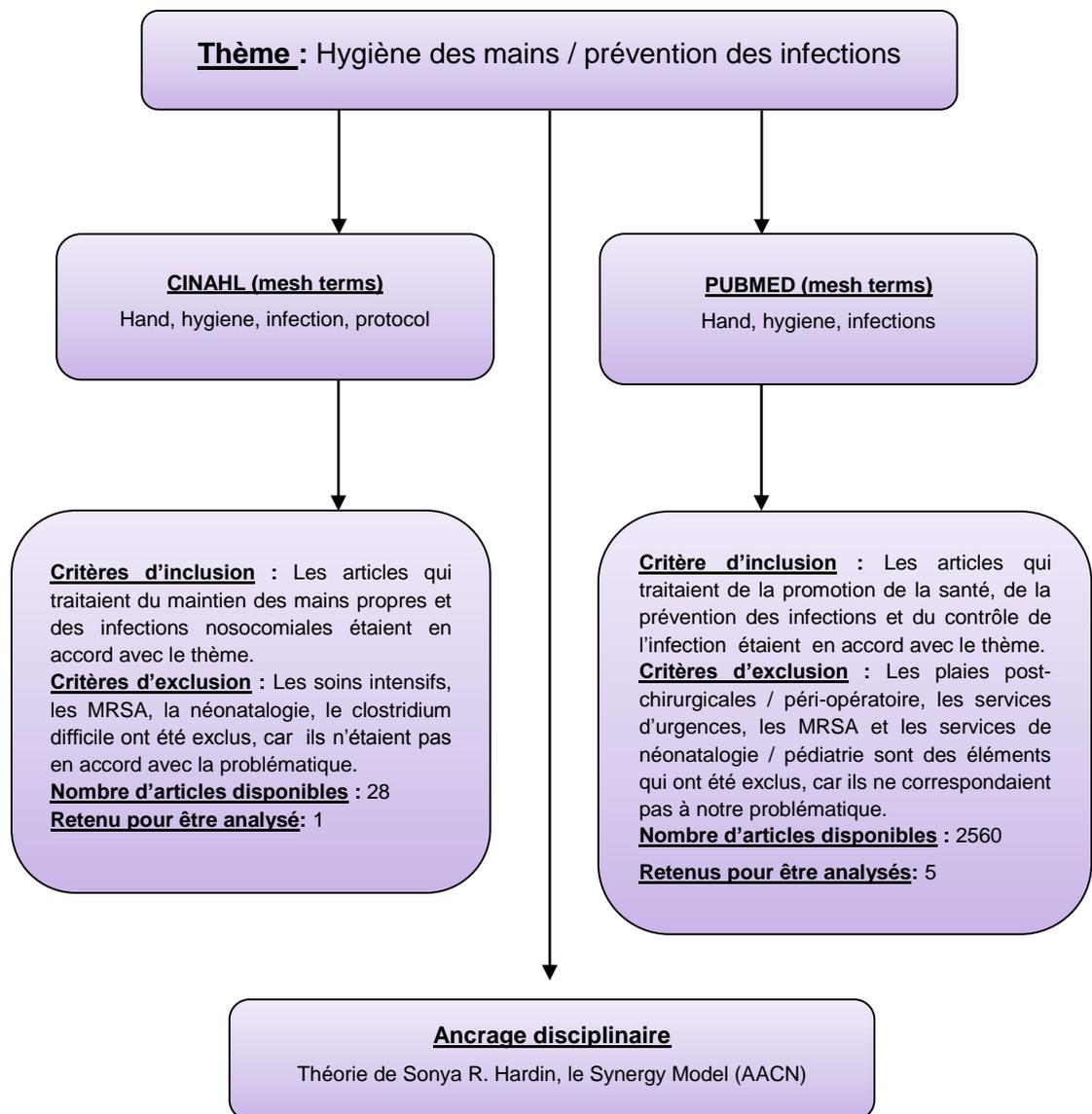
Pour notre recherche de littérature, nous avons utilisé l'acronyme PICOT qui nous a permis de définir les cinq éléments de notre question pour pouvoir faire la recherche sur les différentes bases de données (cf. diagramme de flux phase 2, p.18).

Après cette étape, nous nous sommes rendues compte que les aspects épidémiologiques et ancrage infirmier ne nous permettaient pas d'amener des éléments de réponse à notre questionnement initial. Nous nous sommes donc orientées vers le domaine des sciences humaines et sociales en cherchant à développer les notions de vulnérabilité, de conformisme, de l'interaction du soi et du groupe, ainsi que l'expérience

de Milgram sur le rapport à l'autorité. En effet, certains articles que nous avons retenus ont mentionné parfois ces notions, mais ne les ont pas développées.

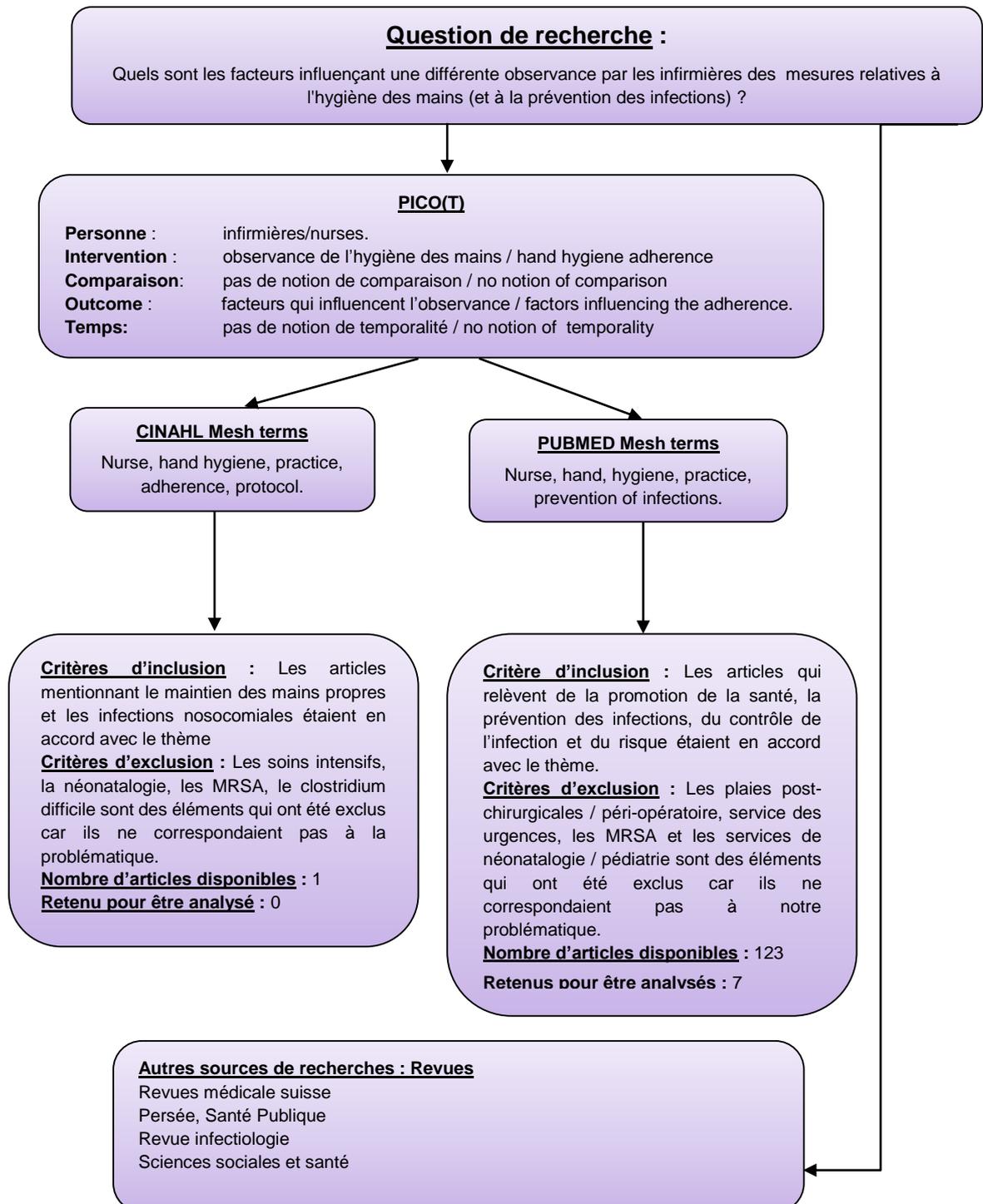
4.1. Diagramme de flux phase 1

Dans la première phase, lors du semestre 4, nous avons fait une première revue de la littérature et choisi une théoricienne en soins infirmier pour l'ancrage disciplinaire. Nous avons retenu six articles scientifiques sur différentes bases de données tels que Cinhal et Pubmed. Ils nous ont permis de contextualiser la thématique et de créer une problématique.



4.2. Diagramme de flux phase 2

Dans la deuxième phase de l'élaboration de la question de recherche lors des semestres 5 et 6, nous avons fait une revue de la littérature plus ciblée. Nous avons également utilisé les bases de données (Cinahl & Pubmed) et sélectionné sept articles de plus. Les articles d'autres revues scientifiques font également partie de notre sélection. Suite à cela, nous avons étudié et analysé les articles et nous avons commencé la rédaction de notre travail.



5. ANCRAGE DISCIPLINAIRE : LA THÉORIE DE L'AMERICAN ASSOCIATION OF CRITICAL CARE NURSES (AACN) SYNERGY MODEL

L'AACN Synergy Model de Sonya Hardin est une théorie intermédiaire¹⁵ qui découle de la théorie de Virginia Henderson sur les 14 besoins fondamentaux. L'AACN définit la personne comme un être bio-psycho-social et spirituel. Cependant, il n'est pas indiqué dans quel paradigme elle est inscrite ni de quelle école de pensée elle fait partie. C'est pour cette raison que nous en avons déduit qu'elle faisait partie du paradigme de l'intégration et de l'école des besoins tel que Virginia Henderson (Hardin & Kaplaw, 2008, p. XI).

Cette théorie a été élaborée dans les années 90. L'Association américaine des infirmières de soins critiques (AACN) a réuni un groupe de réflexion pour discuter d'un nouveau paradigme et de créer un cadre conceptuel pour la pratique certifiée des soins infirmiers. Les membres du groupe de l'AACN ont convenu que la pratique certifiée doit être basée sur les besoins des patients dans le but d'optimiser leurs résultats (Peterson, 2013, p.294).

L'infirmière fait en sorte que le patient retrouve son indépendance le plus vite possible. Le modèle synergie reflète les valeurs et la philosophie de l'avancement professionnel. Le point faible de cette théorie, est que le terme de « synergy » n'est pas clairement défini. La synergie se définit avec nos recherches par : L'interaction ou la coopération de deux ou plusieurs organisations, substances, ou d'autres agents pour produire un effet combiné plus grand que la somme de leurs effets séparés (Oxford Dictionaries Language matters, 2015, traduction libre).

Cette théorie décrit les caractéristiques des patients et les compétences des infirmières. La synergie de ces deux ensembles favorise des résultats optimaux pour le patient. Le modèle est adaptable dans tous les domaines de pratique des soins infirmiers. Il peut englober la néonatalogie, la pédiatrie mais également le domaine de soins des adultes. La famille et la communauté sont les composantes essentielles pour la détermination des résultats du patient (Curley, 2007, p. 2).

¹⁵ Théorie intermédiaire : (Voir annexe III) Selon Fawcett (2005), Les théories intermédiaires sont moins abstraites que les modèles conceptuels. Elles sont plus restreintes que les grandes théories et sont constituées d'un nombre limité de concepts et de propositions qui sont écrites à un niveau relativement spécifiques. Elles possèdent un ou plusieurs concepts bien définis et mesurables. De plus, elles se centrent sur une situation clinique spécifique ou un phénomène d'intérêt (Traduction libre, pp. 18-21),

5.1. Concept de base de l'AACN Synergy Model

Selon ce modèle de synergie, les soins infirmiers reflètent l'intégration des connaissances, des compétences, l'expérience et les attitudes nécessaires pour répondre aux besoins des patients et de leurs familles.

Le concept de base du modèle relève que les besoins (ou des caractéristiques) du patient et de sa famille influencent et guident les compétences des infirmières. L'environnement des soins affecte également l'activité de l'infirmière. La synergie se fait lorsque les compétences de l'infirmière sont adaptées aux besoins du patient (Peterson, 2013, p.302).

5.2. Schéma AACN Synergy Model



(Traduit et adapté de Hardin & Kaplaw, 2008, p.7)

Ce schéma tente de montrer le principe de la synergie mis en avant dans le modèle de l'AACN. Elle se produit lorsque des individus ou des groupes travaillent ensemble en ayant un but commun. Le modèle de synergie définit trois niveaux de résultats: ceux dérivés du patient, ceux issus de l'infirmière et ceux issus du système de santé.

Nous pouvons voir que les compétences de l'infirmière vont de pairs avec les caractéristiques du patient. Toutefois, ce sont deux personnes différentes n'ayant pas les mêmes rôles. Il y a un autre facteur qui agit sur cette association entre l'infirmière et le patient : c'est le système de santé. Ce dernier joue un rôle en améliorant, restaurant et favorisant la santé d'une population. Il assure la continuité et la qualité des prestations de soins et de santé.

5.3. *Postulats de la théorie de l'AACN Synergy Model*

1. Le patient est une entité bio-psycho-socio-spirituel se trouvant à un stade de développement particulier.
2. Le patient, la famille et son entourage contribuent tous à fournir un environnement favorable à la relation patient-infirmière.
3. Le patient peut être défini par un certain nombre de caractéristiques. Elles sont interconnectées et ne peuvent pas être dissociées.
4. Les infirmières sont décrites par un certain nombre de compétences qui définissent leur profil.
5. Un des buts de l'infirmière est de rétablir le bien-être du patient à un niveau optimal tel que défini par lui-même. La mort peut être un résultat acceptable dans la mesure où l'infirmière accompagne le patient vers une mort paisible.

(Peterson, 2013, traduction libre, p.295)

5.4. *Les huit caractéristiques des patients et les huit compétences des infirmières selon l'AACN*

Dans la théorie de l'AACN, l'infirmière a huit compétences et le patient a huit caractéristiques. Les huit compétences de l'infirmière sont considérées comme essentielles pour prendre en soin les patients atteints de maladie aiguë et/ou critique¹⁶. Toutes ces compétences/caractéristiques reflètent l'intégration des connaissances et des expériences de l'infirmière et du patient.

Les caractéristiques des patients

1. La résilience
2. La vulnérabilité
3. La stabilité
4. La complexité
5. La disponibilité des ressources
6. La participation aux soins
7. La participation à la prise de décision
8. La prévisibilité

Les compétences de l'infirmière

1. Le jugement clinique
2. Plaidoyer et l'action morale
3. Les pratiques de soins
4. La collaboration
5. La pensée systémique
6. La réponse à la diversité
7. La facilitation de l'apprentissage
8. L'enquête clinique

(Peterson, 2013, traduction libre, pp. 296-297)

La vulnérabilité : une caractéristique du patient

Nous avons décidé de choisir la vulnérabilité comme caractéristique du patient et de la développer.

Dans la théorie de l'AACN Synergy Model, la vulnérabilité est un niveau de sensibilité vécue par le patient. Elle peut être potentiellement stressante pour celui-ci et de ce fait, des impacts néfastes peuvent se produire sur ses résultats (Peterson, 2013, p.298).

De même, la vulnérabilité peut être représentée par une marque sur son corps (cicatrice) ou une marque psychologique (traumatisme vécu). De plus, certains traitements peuvent être à risque d'engendrer des effets secondaires voire des complications tel que la chimiothérapie¹⁷. Cela dit, nous pouvons dire que l'évaluation et la gestion des soins infirmiers ont un impact sur les soins au patient et la récupération de son état de santé (Peterson, 2013, p.298).

¹⁶ Aiguë : Qui survient brusquement et évolue vite (Le Petit Larousse Illustré, 2015, p.59). Critique : Jugé de façon défavorable (Le Petit Larousse Illustré, 2015, p.325).

¹⁷ La chimiothérapie entraîne une baisse importante de l'immunité : (leucocytes du grec leukos : blanc). Le taux normal dans le sang est en moyenne entre 4.8 et 10.8 x 10⁹ leucocytes par litre de sang. (Hoehn & Marieb, 2010, p.742)

Les compétences infirmières que nous avons choisi d'approfondir sont le jugement clinique, la pratique des soins et l'enquête clinique, car elles sont pertinentes dans le développement de notre travail.

Le jugement clinique

Le raisonnement clinique permet au soignant d'arriver au jugement clinique lors de la prise en soin. Il se compose de la pensée critique et de soins infirmiers qui sont acquis lors des études, de l'expérience professionnelle et les pratiques basées sur les niveaux de preuve. L'intégration des connaissances amène au jugement clinique lors de la prise en soin. L'infirmière a un raisonnement clinique pour chaque patient et elle devrait avoir un jugement clinique pour chacun d'entre eux. Elle devrait donc offrir les mêmes compétences pour tout le monde (Hardin & Kaplow, 2005, traduction libre, p.6).

Les pratiques de soins

L'infirmière adopte une attitude bienveillante dans tous les aspects de sa pratique spécifiques aux besoins de soin du patient. Ils peuvent être techniques ou relationnelles. Les pratiques de soins incluent la compassion, la vigilance, l'engagement et la réactivité du patient et de sa famille (Peterson, 2013, p.299). Dans notre travail, l'infirmière se doit d'avoir la même vigilance et bienveillance en pratiquant adéquatement l'hygiène des mains pour tous les patients. Nous pouvons mettre en lien ces compétences et la compétence « enquête clinique », qui est un processus de questionnement et d'évaluation des pratiques fondée sur des Evidence Bases Nursing (EBN)¹⁸ (Masters, 2014, traduction libre, p.376).

L'enquête clinique

C'est un processus de questionnement et d'évaluation des pratiques. L'infirmière s'engage dans la pratique fondée sur des données probantes. La théorie de l'AACN nous permet d'évaluer l'état de fragilité du patient.

Grâce au jugement clinique, l'infirmière a une pensée critique sur les décisions cliniques qu'elle est amenée à prendre. Cette compétence lui permettra d'évaluer la vulnérabilité du patient qu'elle a face à elle et ainsi mettre en place les soins nécessaires à son bien-être (Masters, 2014, traduction libre, p.377).

¹⁸ Evidence Based Nursing : La pratique basée sur les résultats probants est l'intégration des meilleurs résultats de recherche avec l'expertise clinique et les valeurs du patient pour faciliter la prise de décision clinique. Cette dernière doit prendre en considération l'état clinique du patient le milieu clinique et les circonstances cliniques. (Ciliska, DiCenso & Guyatt, 2005, p. XXIII)

6. NOTIONS EMPRUNTÉES AUX SCIENCES HUMAINES

Nous avons choisi d'élargir notre champ de recherche par l'apport de notions empruntés aux sciences humaines, afin de nous permettre d'éclairer le phénomène étudié dans ce travail.

Ce choix nous semblaient pertinent compte tenue des interrogations que nous évoquions dans notre questionnement.

Les notions que nous avons retenues et que nous développerons ci-après sont le besoin d'appartenance selon Maslow, le rapport à l'autorité, le conformisme, le risque et la vulnérabilité.

6.1. *Le besoin d'appartenance selon Maslow*

Notre sous question n°3 « La différence d'observance de l'hygiène des mains chez les infirmières serait-elle liée au besoin d'appartenance à l'équipe de soin ? » (voir p.15) nous mène à développer le besoin d'appartenance, une des composantes de la pyramide des besoins de Maslow.

Dans les années 1940, Maslow, psychologue américain, a établi une pyramide des besoins, des souhaits et motivations de la personne, classés selon leurs priorités. Elle est constituée de cinq niveaux repartis en besoins physiologique (manger, boire, respirer..), de sécurité (avoir une maison, un emploi..), besoins sociaux (d'amour, d'amitié, d'appartenance à un groupe..), l'estime (de soi, confiance, respect des autres..) et enfin l'accomplissement personnel (la réalisation de soi-même : engagement dans une association..). La personne peut selon ce modèle passer d'un niveau à l'autre seulement si elle a satisfait aux besoins des niveaux inférieurs. Il est toutefois possible que les individus soient motivés par le fait d'être reconnu malgré le fait que les besoins du bas ne sont pas accomplis.

D'un point de vue sociologique¹⁹, le besoin qui joue un rôle important dans l'intégration sociale est celui du besoin d'appartenance. En effet, lors d'interactions sociales, il y a des phénomènes qui engendrent l'adaptation individuelle à un groupe. Ce besoin d'appartenance est soumis à l'influence sociale, la conformité ou encore l'obéissance (Pichère, 2014).

¹⁹ Sociologie : C'est l'étude scientifique des sociétés humaines et des faits sociaux. (Le petit Larousse, 2010, p. 947)

6.2. *Le rapport à l'autorité*²⁰

Nous nous sommes interrogées à savoir si la différence d'observance de l'hygiène des mains chez les infirmières était liée à l'influence sociale (équipe de soin) perçue comme autorité ? (voir p.15) Il nous est donc paru pertinent de faire état de l'expérience de Milgram, psychologue social américain, sur la soumission à l'autorité. Cette expérience a été faite dans les années 60, puis a été reprise plus tard dans différentes études. Le but de cette expérience était de déterminer à quel moment se terminait la soumission à l'autorité et quand commençait la responsabilité de la personne. Il existe chez toute personne une capacité à se soumettre à l'autorité et ainsi à se délivrer de sa propre responsabilité. Les individus sont conditionnés à se soumettre à l'autorité dès leur plus jeune âge. Cette disposition acquise, très consolidée chez certains par leur éducation, prend le dessus sur les choix de conduites, les règles et l'éthique dont il faut faire preuve dans la vie.

Les résultats de cette expérience montrent que la grande majorité (65%) de personnes étaient soumises à l'autorité. Cette expérience nous démontre que lorsqu'il y a présence de l'autorité, la pression de faire ce qui est demandé est très élevée (Guéguen, 2010).

Ceci nous invite à nous interroger sur la perception de l'autorité par les infirmières liées aux recommandations sur l'hygiène des mains. Considèrent-elles le SPCI comme autorité ? Si c'était le cas, les infirmières devraient appliquer les mesures de l'hygiène des mains. Or, Milgram (cité par Guéguen, 2010) a expliqué que lorsque l'autorité était physiquement absente, l'obéissance était à 20%.

L'obéissance reflète de suivre les actes demandés par cette figure d'autorité et donc à appliquer l'hygiène des mains de la même façon que l'équipe. Pour mieux comprendre ce phénomène d'obéissance, nous allons développer la notion de conformisme.

²⁰ Le rapport à l'autorité : Droit de pouvoir commander, d'être obéi. Elle implique les notions de légitimité, de pouvoir et d'obéissance. (Le Petit Larousse Illustré, 2015, p.119)

6.3. *Le conformisme*

Le conformisme exprime le fait d'ajuster son comportement et sa pensée personnelle en lien avec ceux d'un groupe pour qu'ils soient « semblables ». C'est un genre d'adaptation à l'influence sociale qui permet et facilite l'appartenance à un groupe.

En psychosociologie²¹, le conformisme est défini comme l'obéissance à la pression du groupe (Myers, 2013). Selon Mucchielli (2010), psycho-sociologue français, le conformisme est défini comme étant « l'attitude sociale qui consiste à se soumettre aux opinions, règles, normes, modèles qui représentent la mentalité collective ou le système des valeurs du groupe auquel on a adhéré, et à les faire siens. »

Il s'agit d'éviter le rejet ou de recevoir l'approbation sociale. C'est ce que l'on appelle l'influence sociale normative, c'est-à-dire un ensemble de règles qu'il faut adopter pour ne pas être rejeté car le prix à payer est élevé. C'est ce que Kelman, (2004) professeur d'éthique sociale, qualifie de conformisme de complaisance. Il s'agit de se conformer à un lieu de travail pour ne pas créer de conflit avec le supérieur. La personne va s'accommoder et se conformer à des normes même si elles ne sont pas explicites. Cependant, elle a des croyances différentes et un souhait de changer les règles.

Le conformisme au sein d'un groupe, d'une communauté ou d'une société paralyse l'esprit de créativité des individus. Selon Kelman, (2004), ceci est du conformisme par identification, car le souhait de la personne de faire partie d'un groupe est tellement grand, qu'il se conforme à ce que les attentes du groupe deviennent ses propres attentes.

Le conformiste n'adhère pas aux idées de la majorité, mais est disposé à accepter les sentiments et volontés de l'autre, pour se mettre en harmonie avec le groupe dans lequel il souhaite s'intégrer et dont il subit la pression.

Selon Asch, psychologue Américain, il existe deux formes d'influences sociales qui expliquent le conformisme. Tout d'abord, l'influence informationnelle qui est l'utilisation des réponses des autres pour avoir des informations sur l'exactitude de sa propre réponse. Dans ce processus, il existe un conflit cognitif, c'est-à-dire qu'il y a un désaccord entre les représentations mentales et l'effet observé lors de l'accomplissement d'une activité. Ensuite, il y a l'influence normative par laquelle l'individu suit le groupe parce qu'il cherche à respecter les normes établies par celui-ci, il y a ici un conflit motivationnel.

²¹ Psychologie : Discipline qui vise la connaissance des activités mentales et des comportements en fonction des conditions de l'environnement. (Le Petit Larousse, 2015, p.945)

Les facteurs qui selon Asch influenceraient le conformisme sont du domaine de la caractéristique des tâches, c'est-à-dire leur difficulté ou leur ambiguïté. Ils dépendent également des caractéristiques de la personne, s'il s'agit de quelqu'un d'influencable, qui manque de confiance en soi et dans ses propres compétences.

Les caractéristiques culturelles peuvent entrer en jeu dans ce processus, car le comportement conformiste ne se manifeste pas avec la même force dans une culture collectiviste²² ou dans une culture individualiste²³ (Myers, 2013, p.561-563).

Enfin, il existe le conformisme par intériorisation relevé par Kelman, (2004). C'est une des façons les plus intenses de se conformer. En effet, la personne s'est approprié les normes et les valeurs du groupe de telle sorte qu'il n'y a plus de différence entre sa pensée personnelle et celle du groupe. Pour arriver à ce stade et pour que le groupe ait une telle influence, il faut qu'il possède une certaine renommée et une réputation qui donne du poids et de l'importance à tout ce qu'il dit.

6.4. Les représentations du risque

La représentation est par définition le fait de «mettre devant les yeux » (Le Petit Robert, 2015, p.2205) « former dans son esprit l'image (une réalité absente) » (Le Petit Robert, 2015, p.2206). Il s'agit dans ce cas de figure de rendre présent un concept dans son esprit aux moyens d'image, de figure ou de langage.

Un des risques majeur pour les infirmières et pour les patients hospitalisés est le risque infectieux. Lors de leurs activités, elles peuvent y être exposées de par le contact avec les patients et de leur environnement, ainsi que la manipulation des liquides biologiques. Il y a deux types de risque infectieux, le premier appelé séroconversion, qui comprend la manifestation de la maladie lors de la contamination et le second, la contamination dit présumée, c'est-à-dire que le virus est contracté mais que la maladie ne s'est pas encore manifestée. A relever qu'il existe deux moyens de contamination, le 1^{er} est ce que l'on appelle endogène, il s'agit du patient qui se contamine par ses propres germes. Le second est dit exogène, il se traduit par une contamination croisée qui se fait par transmissions de germes d'un malade à un autre par les mains du personnel soignant, par le matériel ou encore l'environnement (Docteurcllic, 2015).

²² Collectiviste : Qui insiste sur l'interdépendance humaine et l'importance de la collectivité. (Le Petit Robert Micro, 2013, p. 262)

²³ Individualiste : Qui manifeste de l'indépendance, une tendance à ne penser qu'à soi. (Le Petit Larousse, 2010, p. 533)

Les représentations du risque varient en fonction de chaque soignant. Il y a les représentations que l'on qualifie d'individuelles qui sont «ce qu'un sujet a pu intérioriser d'une situation vécue, [de] ce qui pour lui "fait sens" et donne sens à ses actions ». (Clenet, 1998, p. 8)

« Ainsi, lorsque la peur est trop importante et que le danger est mortel, les personnes préfèrent ne pas y penser. Le risque n'est pas pris en considération et le problème de la prise de risque est en même temps écarté. » (Goguelin, cité par Desrichard & Dubois, 2003, p.107) La prise de risque devient alors un mécanisme de défense contre la pression et les angoisses, c'est une stratégie inconsciente pour ne pas voir le danger. « Le « défi du risque » permet d'occulter la peur, car en refoulant cette peur, le personnel fait face au danger. » (Dejours, cité par Desrichard & Dubois, 2003, p.107)

6.5. *La vulnérabilité*

Dans le chapitre de l'ancrage disciplinaire, nous avons développé la notion de vulnérabilité telle que définie par Sonya Hardin. Nous avons décidé d'approfondir cette notion de vulnérabilité, car d'une part, c'est une des caractéristiques du patient selon la théorie de L'AACN Synergy Model et d'autre part, ce concept fait partie de notre questionnement. Le patient est hospitalisé, il devient donc vulnérable de par son statut de malade.

En effet, la flore cutanée est composée d'un équilibre entre les bactéries saprophytes et les pathogènes. L'environnement a une influence sur le déséquilibre de ces bactéries, une simple hospitalisation peut rendre un patient plus vulnérable de part ce phénomène biologique (Jumas-Bilaka, Licznar-Fajardo, Parera & Romano-Bertranda, 2015).

Par définition, le terme vulnérabilité vient du latin « vulnerare » qui signifie blesser. Selon Le Petit Robert (2015), la vulnérabilité est un caractère vulnérable, c'est-à-dire qui peut être facilement atteint, blessé, qui offre peu de résistance, qui est perméable aux menaces et aux dangers.

La vulnérabilité rassemble plusieurs réalités telles que la précarité, les souffrances psychiques et physique, l'isolement social etc.

Nous allons développer trois de ces dimensions : psychologique, sociologique et biologique.

Le degré de vulnérabilité dépend de la sensibilité de la personne face aux événements et de ses capacités d'adaptation. Elle peut avoir des répercussions sur l'autonomie, la

santé, l'espérance de vie, la dignité et l'intégrité physique et/ou psychique de la personne (Bellier, Donadey & Gregoire, 2002, p.4).

La vulnérabilité sociale, est une forme de vulnérabilité qui peut être représentée par une fragilité morale à laquelle un individu peut être exposé. Le concept est lié à des risques dont la conséquence majeure serait l'exclusion sociale.

La vulnérabilité psychologique est liée à des déséquilibres qui perturbent le développement et le fonctionnement affectifs, intellectuels et relationnels de l'individu.

Enfin, la vulnérabilité biologique renvoie à une fragilité de l'organisme humain. Elle peut être influencée par l'âge, la maladie ou l'état de santé.

Une personne est considérée comme vulnérable lorsqu'elle est prédisposée à une maladie, à un dommage ou à un quelconque événement qui a un effet négatif sur elle (Monod & Sautebin, 2009).

La vulnérabilité n'est pas forcément constante ni permanente, mais elle peut évoluer en fonction du temps et du contexte.

7. RÉSULTATS

Amiel (2003), doctorante en anthropologie, a effectué une étude durant une période de deux mois dans un service de maladies infectieuses, dans hôpital du sud de la France. L'étude a porté sur la pratique de l'hygiène des mains chez les infirmières ainsi que chez d'autres professionnels de la santé qui entourent le patient (aides-soignantes et médecins) dans le but de comprendre et prévenir les infections nosocomiales. La méthodologie utilisée est une approche anthropologique²⁴ qui vise à s'intégrer dans le service, observer et faire des entretiens avec le personnel soignant. Elle relève dans cette étude la non observance des protocoles. Dans un premier temps, l'auteure de cette recherche analyse deux situations de non adhésion des protocoles par les soignants.

7.1. Impacts des représentations sur l'observance de l'hygiène des mains

Dans la première situation, l'infirmière ne met pas le masque en entrant dans une chambre en isolement. Lors de l'entretien avec l'infirmière en question, celle-ci dit n'avoir pas jugé nécessaire de mettre le masque, car le temps qu'elle allait passer auprès du patient ne laissait pas place à une contamination éventuelle. Elle fait le choix d'une solution de facilité, car dit-elle le masque « il pince le nez, il étouffe » (Amiel, 2005, p.11), tout en ayant conscience que mettre le masque ne prend qu'un centième de seconde. De plus, elle ne s'approche pas du patient et cela va plus vite. En conclusion, cette première scène met en évidence que les soignants n'ignorent pas les risques qu'ils prennent, mais le justifient selon leurs propres représentations.

Nous relevons dans cette recherche que les représentations des soignants concernant le risque, les mènent à une divergence d'observance entre les protocoles et leur pratique.

Les analyses sur le port des masques par le personnel soignant nous ont montré que le choix d'en porter ou non diffère selon leur appréhension de la pathologie du patient. Si les protocoles dictent une ligne de comportements conduisant aides-soignantes et infirmières à user des mêmes moyens de protection, nombre d'entre elles ne jugent cette mise en isolement respiratoire nécessaire que face à des cas de tuberculose. La connaissance des protocoles de sécurité et/ou d'hygiène n'entraîne donc pas forcément les comportements adéquats et attendus. Douglas et Calvez soulignent que les « refus de prendre en compte les

²⁴ Anthropologie : Étude de l'homme et du groupe humain dans son ensemble (Le Petit Larousse, 2015, p.86).

conseils en matière d'hygiène ne sont pas attribués à un manque, à une faiblesse de compréhension. C'est une préférence²⁵ ». (Amiel, 2005, p.52)

Néanmoins, l'observance de l'hygiène des mains est extrêmement rigoureuse lorsqu'elle fait l'objet d'une priorité de la part du soignant. C'est le cas pour les personnes immuno-supprimées, cancéreuses ou gravement malades. La banalité du geste se mue en priorité absolue lorsqu'il y va de la vie du patient. (Schindler, 2013, p.17)

Les soignants font partie du groupe social des blouses blanches et ils sont là pour soigner. Du fait de leurs connaissances, ils se permettent certains écarts pour effectuer un soin, c'est-à-dire qu'ils peuvent ne pas suivre un protocole de soin et ne pas passer par toutes les étapes de celui-ci, car ils minimisent les risques. Les professionnels de la santé ont tendance à réinterpréter à leur manière les protocoles de soins et selon leurs propres croyances. En effet, les risques liés à l'hygiène inquiètent peu les professionnels, car leurs représentations sont différentes d'un soignant à l'autre.

7.2. Droits implicites liés à l'expérience professionnelle sur l'observance de l'hygiène des mains

Dans la deuxième situation, l'infirmière fait une prise de sang dans la même chambre en isolement. Pendant l'entretien, l'infirmière explique :

C'est vrai que je ne le mets pas toujours le masque. A force des fois de prendre des mesures pour rien, nous on se lasse. Toutes les pneumopathies, on les isole parce qu'on a peur de la tuberculose, mais la tuberculose il va y en avoir une sur dix, donc neuf fois sur dix on met le masque pour rien ; c'est que tant qu'on n'a pas le résultat on n'est pas sûr, c'est vrai que quelquefois on ne le met pas, on sait que ce n'est pas ça. (Amiel, 2005, p. 46)

Parmi le personnel soignant, certains d'entre eux pensent savoir qu'il ne s'agit pas de tuberculose en justifiant leurs dires avec leur longue expérience professionnelle. « D'autres se disent « immunisées » » (Amiel, 2005, p.47).

Certaines d'entre elles se considèrent d'ailleurs comme de «vieilles infirmières». Cette assignation identitaire laisse présupposer les droits implicites que ces

²⁵ Préférence : Action de préférer quelqu'un ou quelque chose, de les considérer avec plus de faveur que d'autres. (Le Petit Larousse Illustré, 2015, p.921)

membres du personnel soignant tendent à s'octroyer, comme celui d'estimer si un isolement respiratoire peut être respecté ou non. (Amiel, 2005, p. 49)

Les médecins quant à eux ne pensent pas courir de risques, car lorsqu'ils vont voir et examiner un patient, ils savent par avance que les aides-soignantes se sont occupées de lui et qu'il est propre (Amiel, 2005, p. 48).

Pendant leurs études, les médecins étudient en profondeur les germes, mais lorsqu'ils sont sur le terrain, leur suivi des protocoles d'hygiène n'est pas souvent respecté.

Dans une grande majorité des cas, le fait que les micro-organismes soient invisibles vient compliquer la perception des soignants. En effet, selon une aide-soignante, « les liquides biologiques, on les voit, on peut cerner le problème. Bien que l'on ne voie pas ce qu'il y a dedans au niveau des bactéries, c'est visible » (Schindler, 2013, p.14).

Selon Amiel (2005) :

Certains d'entre eux [médecins] reconnaissent d'ailleurs le manque de cours universitaires sur la question, d'autres relèguent la spécificité de ce savoir aux infirmières : « J'ai l'impression qu'au niveau médical, on respecte beaucoup moins les règles d'hygiène alors qu'on sait encore mieux les risques de maladies nosocomiales. On nous l'apprend mais on le voit peu mis en pratique, on voit que nos chefs ne le font pas forcément alors petit à petit, on se désensibilise » (externe en médecine). « Quoi qu'ils en disent les médecins, ils sont loin derrière : celles qui se lavent les mains c'est les infirmières et les aides-soignantes (...) Ils peuvent faire faire une étude, eux-mêmes, ils ne respectent pas » (infirmière). (p.48)

7.3. Les représentations des soignants face au risque

En 2008, Carricaburu, Lhuillier & Merle ont effectué une étude qualitative en France auprès de 117 soignants et au moyen d'entretiens semi directifs. Le but était de cerner les risques professionnels et apporter un éclairage sur ce que le risque infectieux représente pour les professionnels de la santé.

L'article analyse la notion du risque perçu par les soignants. En effet, elle varie selon l'expérience personnelle des soignants, mais aussi d'évènements antérieurs comme par exemple des accidents du travail ou encore des cas d'IN dans leur service.

Il relève également que l'appartenance professionnelle fonctionne comme un repère identificatoire dans le milieu du travail. Les problèmes de contagion dans

le milieu hospitalier ne se limitent pas aux connaissances scientifiques et aux règles des services de préventions des infections. (Carricaburu, Lhuilier & Merle, 2008)

Les éléments que relève l'article sont d'ordre psychique tel que les appréhensions en lien avec les transmissions de germes, l'anxiété et la représentation du risque, c'est-à-dire lorsque soigner comporte le risque de rendre malade (Carricaburu, Lhuilier & Merle, 2008).

La recherche de Douglas (1986) cité par Desrichard & Dubois en 2003, sur la représentation individuelle du risque, met en évidence que les personnes ont tendance à banaliser les situations à faible probabilités malgré leur risque réel. En effet, si la perception du risque était correcte, la conduite sécuritaire serait adoptée.

Il y a deux facteurs qui influencent un comportement non sécuritaire :

- d'une part les facteurs individuels, tels que sa vulnérabilité propre, les connaissances sur les risques et l'action à adopter.
- d'autre part, l'effet de groupe que l'on suit dans l'adoption du comportement non sécuritaire.

Par exemple, une infirmière pense que porter les gants n'est pas agréable parce que la sensibilité des mains en est affectée (croyances sur les conséquences du comportement) et que cela est très pénible pour travailler correctement (évaluation de cette conséquence). Son attitude envers le port de gants est donc négative. Elle perçoit cependant une forte pression sociale de la part de ses collègues qui portent toujours des gants. Elle pense qu'elles aimeraient qu'elle en fasse de même (croyance normative). De plus, elle fait toujours ce que ses collègues disent (motivation à se conformer). Dans ce cas, elle portera les gants parce qu'elle accorde plus d'importance au second facteur. (Desrichard & Dubois, 2003, pp. 108-109)

Les attitudes du groupe engendrent des prises de risques plus importants que celles prises individuellement. Les individus ont tendance à croire qu'une conduite est conforme lorsque les autres l'approuvent (Desrichard & Dubois, 2003).

7.4. Facteurs psychosociaux influençant l'observance de l'hygiène des mains

Une étude qualitative faite par Blanco et Joutard en 2014 stipule que les risques infectieux ne sont pas étudiés que par la médecine et les soins, mais aussi par les sciences sociales telles que l'anthropologie, la psychologie et la sociologie. Cette étude

relève de l'approche anthropologique sur la représentation que les soignants ont de ce qui est propre et ce qui est sale. Le but étant d'identifier les facteurs psychosociaux qui mènent les jeunes professionnels ou les stagiaires à des pratiques à risques dans les soins.

L'observance de l'hygiène des mains est liée aux représentations du risque et aux croyances personnelles de chaque individu. Ce qui ressort de cet article, c'est que l'hygiène des mains est souvent influencée par l'équipe de soin, car travailler en équipe c'est devoir composer avec des normes, des règles et une pression sociale.

Certains soignants savent ce qu'il faut faire en matière d'hygiène des mains, mais ils sont tentés de faire comme les autres membres de l'équipe pour ne pas être exclu de ces derniers.

7.5. Les étudiants et l'observance de l'hygiène des mains

L'étude qualitative menée par Kawalec, Kawalec et Pawlas en 2014 auprès de 112 étudiants en médecine avait pour but de suivre la fréquence et la qualité de la désinfection des mains et du matériel de soins conformément aux recommandations. Les résultats montrent que les étudiants sont les personnes les plus proches des dernières recherches et de ce fait, ils ont le taux d'observance à l'hygiène des mains la plus élevée. Ce qui ressort de cet article, c'est que la majorité des étudiants, soit 93,8% ont été formés à l'hygiène des mains. Cependant, ce qui freinait leur observance (62,5%), c'est le fait que les distributeurs de SHA étaient souvent vides.

L'étude de Drey & Gould effectuée en 2013 dont le but était de confronter ce qui est appris dans les enseignements universitaires et ce que les étudiants voient réellement sur leurs lieux de stage. L'étude s'est faite au moyen d'un questionnaire en ligne auquel 488 étudiants en soins infirmiers ont répondu.

Les étudiants soulèvent que les infirmières ne fournissent pas toujours de bons exemples en matière d'hygiène des mains. Il y a une divergence entre ce qu'ils apprennent à l'école et ce qu'ils voient dans leurs lieux de stages lors de leurs formations pratiques.

Une autre étude transversale descriptive menée par Cutter & Hinkin (2014) au Royaume-Uni, visant à explorer les connaissances des étudiants en soins infirmiers sur la prévention des infections et d'enquêter sur la façon dont l'enseignement universitaire et l'expérience clinique influencent leur pratique.

Un échantillon de 354 étudiants en soins infirmiers ont participé à l'étude. Ils ont utilisé pour cela des questionnaires avec des questions de type fermées pour la collecte des données.

Pour les étudiants, l'enseignement universitaire a été la principale influence sur leurs connaissances et sur l'observance de l'hygiène des mains pour un taux de 96,3%. Les infirmières ont été qualifiées d'influente pour 89,3% des étudiants, les médecins pour 49,4% et les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire pour 60,2%.

Chez les étudiants en soins infirmiers, les connaissances en matière d'hygiène des mains et de prévention des infections étaient généralement suffisantes.

L'enseignement universitaire a été la principale influence sur leur pratique, mais les professionnels de la santé sur le terrain l'ont été aussi. Les résultats de cette recherche illustrent l'importance des connaissances théoriques. Le manque de matériel peut aussi influencer la pratique de l'hygiène des mains des professionnels. Il est mis en avant l'importance de l'aménagement de l'environnement de travail.

7.6. Le temps et l'espace comme facteurs influençant l'observance de l'hygiène des mains

Le temps joue également un rôle dans l'observance de l'hygiène. En effet, lorsque le soignant a beaucoup de travail, il a peu de temps pour effectuer des soins de qualité. En d'autres termes, les soignants font abstraction de certaines étapes pour avancer plus vite et terminer leur travail dans les temps.

L'environnement est un facteur influençant et pas toujours pris en compte par les infirmières.

Goguelin²⁶ (2001), a défini ces facteurs pouvant pousser au comportement de prise de risques dans le domaine du travail : l'absence de formation suffisante, le rapport avec les autres (faire aussi bien que l'autre), les pressions organisationnelles, une trop forte accoutumance au danger (on pense par habitude maîtriser le risque et on se sent en sécurité), un refoulement ou un déni du risque, etc. (Desrichard & Dubois, 2003, p.106)

Une étude prospective a été effectuée en 2010 par Bouafia, Bouhlel, Bouzayen, Helali, Njah, Zayri & Zinelabidine en Tunisie auprès des soignants de 4 services différents choisis au hasard parmi ceux classés à haut risque infectieux. Le but de cette étude était

²⁶ Goguelin : Professeur de psychologie du travail

de déterminer les obstacles à l'observance de l'hygiène des mains. Au total, 254 observations ont été réalisées durant deux semaines.

Cet article amène des éléments intéressants, car il met en avant que l'hygiène des mains peut être influencée par l'environnement du soignant. De plus, il est relevé que parmi les professionnels de la santé observés, les infirmières et les étudiants sont les plus observant en termes d'hygiène des mains.

Un taux de 18,9% des soignants observés se désinfectent les mains avant et après un acte alors que 24% des personnes auditées se sont lavés les mains seulement avant d'effectuer un acte. Il a été prouvé par cette étude qu'il existe des différences significatives de l'observance de l'hygiène des mains entre différentes catégories de professionnels de la santé. En effet, le meilleur taux d'observance de l'hygiène des mains est chez les étudiants avec un taux de 32.4%, tandis que le taux le plus faible c'est chez les médecins avec 9,3%.

7.7. Déterminants de l'observance de l'hygiène des mains chez les soignants

Une étude transversale a été effectuée en 2007 par Allergranzi, Pittet, Richet, Sax, & Uçkay, dans un hôpital universitaire par dont l'objectif était de comprendre les motivations des professionnels de la santé à se conformer à l'hygiène des mains. Un échantillon aléatoire stratifié de 2961 personnes dans le domaine médical et infirmier a été sélectionné. Ils ont utilisé pour cela un questionnaire.

Au total, 1042 questionnaires soit 35,2% ont été retournés. Il y a eu 271 médecins (26,0%), 629 infirmières (60,4%) et 141 (13,5%) étaient les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Parmi leurs croyances, la pression des supérieurs a été relevée comme facteur influençant pour 687 personnes soit 66,8% des participants. La pression des collègues a été relevé pour 596 personnes soit 57,9%. Pour 65,1% des professionnels de la santé, l'hygiène des mains est relativement facile à réaliser et pour 86.0% d'entre eux, l'hygiène des mains est perçue comme efficace pour prévenir les IN. Les professionnels de la santé croient à l'efficacité de l'hygiène des mains, mais l'observance est souvent influencée par la pression des pairs plutôt que du raisonnement lié à l'impact de l'hygiène des mains sur le patient. Le sexe féminin, la formation et le fait de participer à des campagnes de sensibilisation favorisent l'observance.

8. DISCUSSION

Notre question de départ était : Quels sont les facteurs influençant une différente observance par les infirmières des mesures relative à l'hygiène des mains (et à la prévention des infections) ?

Selon Schindler (2013) malgré tout ce qui a été mis en place en termes de prévention et contrôle de l'infection, le taux d'observance n'augmente pas de manière significative depuis ces dix dernières années. C'est pour cette raison, que l'équipe du SPCI décide d'associer la sociologie à leur recherche pour identifier quels sont les facteurs qui favorisent ou limitent l'hygiène des mains. Une des hypothèses était que l'observance ne dépendait pas que de la compréhension des infections et de leurs pathologies, mais plus des facteurs sociologiques et anthropologiques.

L'infirmière travaille en équipe et « ... la psychologie sociale s'intéresse aussi au fonctionnement interne de petits groupes qui sont animés par une dynamique propre et qui représentent un espace d'existence privilégié et incontournable de l'individu » (Langenfeld & Merklings, 2010, p.161).

Après notre revue de la littérature, nous avons pu constater qu'il y avait plusieurs éléments qui influençaient l'observance de l'hygiène des mains chez les infirmières : le temps et l'espace, les droits implicites dues à l'expérience, le besoin d'appartenance ou encore le rapport à l'autorité et le conformisme.

La revue de la littérature relève que certains facteurs favorisent une différente observance de l'hygiène des mains :

L'observance de l'hygiène des mains : rapport à l'autorité versus le jugement clinique de l'AACN

Selon l'OMS (2005), les facteurs qui influencent l'observance de l'hygiène des mains sont liés au rapport à l'autorité. Par exemple le fait d'être médecin ou aide-soignant par rapport aux infirmières. En effet, de par leurs statuts, ils n'ont pas le même taux d'observance de l'hygiène des mains (infirmières 67%, les médecins 45%, autres 35%) (p.76).

Certains articles essaient de mettre en évidence des facteurs psychologiques et sociologiques. Ils nous ont permis de développer les notions de conformisme et d'autorité. Malgré le fait qu'ils n'abordent pas totalement la différence d'observance de

l'hygiène des mains, ils nous éclairent sur ces aspects psychosociaux qui nous permettent de mieux comprendre certains comportements.

Dans une équipe de professionnels de la santé, il y a des médecins, des infirmières, des aides-soignants, etc. Des dizaines de collaborateurs qui gravitent autour du patient. Il s'agit d'équipe où il y a une hiérarchie implicite. Ce phénomène peut mener à une différence d'observance des mesures relatives à l'hygiène des mains. Comme nous l'avons décrit dans le chapitre des résultats, certains médecins se désensibilisent par rapport à l'observance de l'hygiène des mains, car leur supérieur ne le fait pas. Ils attribuent la responsabilité à leurs chefs, c'est-à-dire les médecins qui sont dans la hiérarchie plus élevé. De ce fait, les médecins internes ne se sentent pas répondeurs de leurs actes. En d'autres termes, l'expérience de Milgram met en avant la hiérarchie qui apparaît indispensable à tous processus d'obéissance. L'individu qui entre dans un système d'autorité ne se voit plus comme l'acteur de ses actes contraires à la morale, mais plutôt comme l'agent exécutif des volontés d'autrui. Il va attribuer la responsabilité à l'autorité (Guéguen, 2010).

Pour rappel, notre première sous-question était : La différence d'observance de l'hygiène des mains chez les infirmières serait-elle liée à l'influence sociale (équipe de soin) perçue comme autorité ?

Le SPCI, étant l'organisation qui soumet les recommandations, représente l'autorité pour les professionnels de la santé. Cependant, selon Milgram, (cité par Guéguen, 2010) lorsque la présence physique de l'autorité est absente, l'obéissance est quasi inexistante. De ce fait, les infirmières seraient influencées par l'équipe de travail qui est perçue comme autorité.

Selon la théorie de l'AACN Synergy Model, le jugement clinique permet à l'infirmière d'offrir les mêmes compétences à tous les patients. Or, lorsqu'il y a présence de l'autorité de la part de l'équipe, son jugement clinique peut-être entravé et de ce fait, elle pourrait agir à l'encontre des mesures requises pour celui-ci.

Les représentations versus l'enquête clinique de l'AACN, un facteur influençant l'observance de l'hygiène des mains

Selon l'OMS (2005), les facteurs évoqués par les soignants influençant l'observance de l'hygiène des mains sont de l'ordre des représentations tels que :

- faible risque de contracter une infection à partir des patients
- scepticisme quant à l'efficacité de l'hygiène des mains
- croyance que le port de gant dispense la nécessité de l'hygiène de mains

Alors que les données épidémiologiques montrent un taux élevé des IN, les soignants ont leurs propres représentations sur la nécessité d'observance de l'hygiène des mains. Pour certains, le vecteur de germes c'est le patient et c'est pour cela qu'ils pratiquent l'hygiène des mains de manière plus rigoureuse après le contact avec celui-ci. Il a été prouvé que 70% des professionnels de la santé se désinfectent les mains après avoir été en contact avec le patient, contre 40% avant d'entrer en contact avec eux (Schindler, 2013, p.9).

D'autres passent outre les mesures d'hygiène, car ils basent leurs représentations sur leurs expériences pour déterminer si oui ou non il est nécessaire de l'appliquer.

C'est seulement en cas de danger de mort pour le patient que l'observance de l'hygiène des mains devient extrêmement rigoureuse pour les infirmières.

Pour ce qui est de notre deuxième sous question « Est-ce que les infirmières sont plus attentives à leur hygiène des mains lorsqu'elles sont face à des patients immunodéprimés ? », nous pouvons dire que les patients immunodéprimés sont plus à risque d'une quelconque contamination et de ce fait, le risque est perçu comme mortel pour le patient et la cause en serait l'infirmière. C'est pour cela qu'elles pratiquent l'hygiène des mains de façon rigoureuse (Schindler, 2013, p.17).

L'analyse des articles en lien avec la notion de représentation du risque souligne que les soignants ont tendance à banaliser les situations à faible probabilité. De plus, les croyances des soignants sont en faveur de l'hygiène des mains, mais l'observance est liée à la pression des pairs et non pas à l'impact que l'hygiène des mains a sur le patient.

Selon la théorie de l'AACN Synergy Model, l'infirmière possède la compétence d'enquête clinique. En effet, avec ses représentations qu'elle a acquises de par son vécu et ses expériences, elle est capable de rechercher des preuves dans la littérature pour valider ou changer sa pratique. De ce fait et compte tenu de ses représentations sur l'hygiène des mains et les risques, l'infirmière est habilitée à aller explorer les dernières recherches scientifiques pour optimiser sa pratique.

Besoin d'appartenance et le conformisme comme facteur influençant l'hygiène de mains

Ce que nous avons pu relever dans la revue de la littérature c'est que tout individu est motivé par le besoin d'appartenance, c'est-à-dire le besoin de faire partie d'un groupe et d'être accepté. Selon Carricaburu (2008), le besoin d'appartenance fonctionne comme un repère identificateur dans le milieu de travail. De plus, nous pouvons mettre en lien la théorie de l'AACN Synergy Model avec celle des 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson puisque l'AACN s'y est inspirée et Virginia Henderson s'est elle-même

inspirée des travaux de Maslow pour élaborer sa théorie (Ducharme, Kérouac & Pepin, 2010, p.53. Pour rappel notre troisième sous question était « La différence d'observance de l'hygiène des mains chez les infirmières serait-elle liée au besoin d'appartenance à l'équipe de soin ? » (voir p.15). Dans chaque équipe de soins, il existe une dynamique de groupe impliquant une sensation d'appartenance qui mène à l'adoption de pensée et de comportement collectifs (Langendorff²⁷, 2007, p.98). « Tout groupe exerce ainsi une pression de conformité sur ses membres » (Langendorff, 2007, p.99).

Lorsque l'individu, motivé par son besoin d'appartenance souhaite faire partie d'un groupe, il va se conformer.

La notion de conformisme nous paraît comme un élément important dans la compréhension de notre travail. En effet, avant d'être une professionnelle de la santé, l'infirmière est un être qui de par sa posture d'être humain, a besoin de sentir qu'elle appartient à un groupe, c'est à dire qu'elle est sujette à se conformer aux attitudes, aux normes et aux pensées de l'équipe dans le but d'être acceptée. La littérature relève la notion du conformisme sous forme d'exemple de l'infirmière qui agit sous la pression des membres de l'équipe de soin.

Il est pertinent de relever dans la littérature l'importance de l'enseignement sur l'observance de l'hygiène des mains. Cependant, les professionnels de la santé ont une influence sur la pratique des étudiants qui n'est pas toujours en faveur des normes sécuritaires. Il est intéressant de souligner, qu'il existe un manque de conformité entre la base de l'enseignement à l'école et dans la pratique des lieux de stage des étudiants. Il est également pertinent de relever que les étudiants sont influencés par l'équipe de soin ce qui rejoint les notions psychosociales du rapport à l'autorité et du conformisme.

Les droits implicites comme facteurs de risques dans la différence d'observance de l'hygiène des mains

Selon Amiel (2005), les infirmières dites expertes, qui ont de longues années d'expériences n'ont plus peur des risques et s'écartent ainsi des normes sécuritaires.

De plus, l'OMS (2005) stipule que le désaccord avec les recommandations est relevé comme facteurs influençant l'observance de l'hygiène des mains.

Selon la théorie de l'AACN Synergy Model, les compétences de l'infirmière reflètent l'intégration des connaissances, des recherches et de l'expérience. Elle stipule que ces

²⁷ Langendorff Florence : Docteur en psychologie

compétences évoluent lorsque l'infirmière passe de novice à expert. Cependant, il existe des écarts entre le travail prescrit et le travail réel.

En effet, de par son expérience, ses connaissances et son désaccord avec les recommandations, l'infirmière va s'octroyer des droits implicites quant à l'observance de l'hygiène des mains.

Le temps et l'espace comme facteurs de risques dans l'observance de l'hygiène des mains

Selon l'OMS (2005), les facteurs temporels et environnementaux mis en évidence sont :

- Travailler dans une situation de surcharge de soins
- Travailler en semaine (par rapport au weekend)
- Sous-effectifs ou trop d'affluence
- Multiplication des opportunités à l'hygiène des mains par heure de soins
- Trop occupés ou pas assez de temps

Il est intéressant de souligner que la littérature émet aussi que l'environnement de travail a un impact sur l'hygiène des mains. La théorie de l'AACN Synergy Model mentionne que l'environnement influence ce que l'infirmière fait. De ce fait, elle peut être influencée dans l'observance de l'hygiène des mains par un environnement qui correspond aux facteurs de l'OMS susmentionnés.

La vulnérabilité, une caractéristique du patient et une notion de sciences humaines

La théorie de l'AACN Synergy Model implique simultanément l'infirmière et le patient. L'infirmière a les compétences et les connaissances nécessaires pour répondre aux besoins du patient. Le patient est un être bio-psycho-socio-spirituel qui possède des caractéristiques dès son hospitalisation dont la vulnérabilité.

Ce qui ressort de la revue de la littérature, c'est qu'une personne est en situation de vulnérabilité dès son entrée à l'hôpital de par son statut de malade et il peut être soumis aux infections nosocomiales. Nous pouvons également citer la vulnérabilité psychologique, car le patient n'est pas dans son environnement habituel et ne sera pas entouré des personnes qu'il a l'habitude de voir. La vulnérabilité dépend de la sensibilité propre à chaque personne et de ses capacités d'adaptations.

Selon la théorie de l'AACN, les soins ont été identifiés comme un facteur potentiel pouvant créer une situation de vulnérabilité chez le patient (vulnérabilité biologique). Cela rejoint les éléments de la revue de la littérature, car la théorie stipule que le sentiment de vulnérabilité (psychologique) diminue lorsque le patient est informé de sa situation ainsi que lorsqu'il reçoit les explications sur les soins qu'il va recevoir. Toujours selon la théorie de l'AACN, la présence de la famille du patient diminue également le sentiment de vulnérabilité. (Hardin & Kaplaw, 2005, traduction libre)

L'infirmière adapte ses compétences de jugement clinique, pratique de soins et enquête clinique au patient en lien avec l'hygiène des mains pour répondre à ses besoins. La théorie met en avant le fait d'avoir une posture réflexive qui vise à centrer les soins sur le patient et ses besoins et non seulement à effectuer des gestes techniques. De plus, si nous considérons le Synergy Model comme faisant partie de l'école des besoins qui tentent de répondre à la question « Que font les infirmières ? » [car dans cette école] « le soin est centré sur l'indépendance de la personne relativement à la satisfaction de ses besoins fondamentaux » (Henderson, (1991) cité par Ducharme, Kérouac & Pepin, 2010, p.51), il est important que l'infirmière tienne compte de cette notion pour prodiguer des soins adaptés à chaque personne pour obtenir des résultats optimaux.

Le système de santé, quant à lui est directement lié aux infections nosocomiales qui sont de vrais problèmes de santé publique et qui représentent un coût important autant pour le système de santé que pour le patient. De ce fait, il met en place les ressources économiques pour que l'infirmière ait tout en main pour prodiguer au patient les meilleurs soins.

9. CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Les infections nosocomiales représentent un problème de santé publique majeur et affectent chaque année des centaines de millions d'individus dans le monde (Pittet, 2009). L'hygiène des mains au cours des soins est la mesure principale de prévention des infections et de la propagation des germes. L'observance des soignants à cette pratique demeure encore assez faible; elle dépasse rarement les 50% (Pittet, 2009).

Les différences d'observance en lien avec l'hygiène des mains sont dues principalement à des pratiques inappropriées, aux croyances personnelles des soignants, à la banalisation ou à des facteurs humains (d'ordre sociologique, psychologiques et anthropologiques). Malgré la mise en place de matériel, de formation et sensibilisation ainsi que l'accès aux dernières recherches, le taux d'infections nosocomiales reste élevé. Depuis peu, l'équipe du SPCI s'allie avec les sociologues et les anthropologues pour tenter de comprendre quels sont les facteurs humains qui influencent la différence d'observance relative à l'hygiène des mains.

Concernant la question « Comment une théorie intermédiaire en soins infirmiers empruntant des notions en sciences humaines permet d'appréhender le taux d'observance de l'hygiène des mains chez les infirmières ? » plusieurs éléments entrent en jeu.

Nombreux sont les facteurs susceptibles de freiner ou d'influencer l'observance de l'hygiène des mains. En ce qui concerne l'accès au matériel, ce n'est pas la cause primaire lié à la divergence d'observance de l'hygiène des mains, cependant sont mis en cause l'environnement et la surcharge de travail, car ils peuvent être des facteurs de stress dans les milieux hospitaliers. En effet, ils favorisent une baisse dans la quantité et la qualité de l'hygiène des mains.

L'équipe de soin peut influencer positivement ou négativement l'observance de l'hygiène des mains. Par exemple, les étudiants en soins infirmiers ou en médecine ont le taux d'observance liée à l'hygiène des mains le plus élevée de par leurs statuts, c'est-à-dire qu'ils ont les dernières recherches en la matière. Cependant, ils sont influencés dans leur pratique par leurs référents de stage qui sont perçus comme autorité. De plus, les jeunes diplômées sont plus à même de se conformer dans le but d'être accepté par leurs collègues.

Dans les équipes de soins il y a des règles explicites et des règles implicites. Certaines infirmières s'octroient le droit de diverger aux règles explicites (protocoles de soins) du à leurs années d'expérience et à leurs représentations. En effet, l'hygiène des mains est liée aux représentations personnelles du risque.

L'introduction de la sociologie dans les recherches en médecine n'est pas une méthode nouvelle, puisqu'elle est déjà utilisée aux Etats-Unis depuis plusieurs années. En Suisse, le regard sociologique sur les pratiques, en l'occurrence sur l'observance de l'hygiène des mains est relativement nouveau et n'a pas été exploré davantage au-delà des états de faits. En effet, ce regard emprunté à la sociologie est un élément précurseur à de futures recherches. Les perspectives de recherches sont un élément important de l'évolution de l'observance de l'hygiène des mains.

La formation est un élément indispensable à la compréhension de l'hygiène des mains, ses objectifs et les risques encourus en cas de divergence d'observance de celle-ci. La formation ne concerne pas seulement les étudiants, mais également les professionnels de la santé sur le terrain tout au long de leur carrière.

Au niveau de la pratique, il est favorable de valoriser l'observance de l'hygiène de mains des infirmières plutôt que de les faire culpabiliser. En effet, le fait de valoriser a un impact positif sur l'hygiène des mains, car elle motive les infirmières à faire mieux. Cependant, le fait de les culpabiliser peut avoir un impact défavorable à la motivation, ce qui a pour conséquence une divergence d'observance de l'hygiène des mains.

Grâce aux notions de sciences humaines, nous avons pu amener un regard nouveau, c'est-à-dire apporter d'autres notions théoriques externes à la discipline infirmière. En effet, les sciences humaines traitent des rapports entre soi et le groupe. De ce fait, ces notions nous éclairent sur le positionnement de l'infirmière dans une équipe de travail. La base de la théorie de l'AACN est le partenariat entre l'infirmière et le patient. La collaboration est une des compétences de l'infirmière. L'AACN définit la collaboration comme la capacité de l'infirmière à travailler avec les autres professionnels de la santé pour promouvoir des résultats optimaux pour le patient (Masters, 2014, traduction libre, p.376).

L'hygiène des mains reste un défi majeur à travers le monde. Il est nécessaire de continuer les recherches en pluridisciplinarité afin de trouver la méthode la plus apte pour y remédier.

10. BIBLIOGRAPHIE

Agence de la santé publique du Canada. (2014). *Fiche de renseignements sur le Clostridium difficile (C. difficile)*.

Accès <http://www.phac-aspc.gc.ca/id-mi/cdiff-fra.php>

Alexandre-Bailly, F., Bourgeois, D., Gruère, JP., Raulet-Croset, N. & Roland-Lévy, L. (2013). *Comportements humains et management* (4^e ed.). Montreuil : Pearson Education France.

Amiel, C. (2005). « On sait qu'il n'y a pas de "vrai" risques ». Discours et pratiques de soignants autour des infections nosocomiales. *Persée*, 23(3), 37-58.

doi : 10.3406/sosan.2005.1658

Astagneau, P. & Ancelle, T. (2011). *Surveillance épidémiologique : principes, méthodes et applications en santé publique*. Paris : Lavoisier.

Auckenthaler, R. & Vora, S. (2009). Que signifie « bêtalactamases à spectre élargi » en pratique ?. *Revue médicale suisse*, 220, 1991-1994.

Blanco, P. & Joutard, T. (2014). *Approche psycho comportementale des situations à haut risque infectieux : facteurs influençant la perception du risque : XXVe Congrès national de la SF2H 4,5 et 6 juin 2014*. Marseille

Bouafia, N., Bouhlel, Z., Helali, R., Zinelabidine, R., Bouzayen, A., Zayri, I., Njah, M. (2010). L'hygiène des mains en milieu de soins : la fréquence mais aussi la qualité !. *Revue Tunisienne d'Infectiologie*, 5(2), 93 – 98.

Carricaburu, D., Lhuillier, D. & Merle, V. (2008). Quand soigner rend malade : les soignants face au risque infectieux à l'hôpital. *Santé publique*, 20, (hors série), 57-67.

Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail. (2014). *Staphylococcus aureus résistant à la méticilline*.

Accès http://www.cchst.com/oshanswers/biol_hazards/methicillin.html

Chenaud, C., Gigon, F., Ricou, B. & Merlani, P. (2008). Le consentement éclairé pour la recherche aux soins intensifs en Suisse : quelle solution ?. *La revue médicale Suisse*, 183, 2691-2695.

Clean Hands Save Lives. (2014). *La cause*.

Accès http://www.cleanhandssavelives.org/?page_id=714

Clean Hands Save Lives. (2014). *Didier Pittet*.

Accès http://www.cleanhandssavelives.org/?page_id=263

Clenet, J. (1998). *Représentations, formations et alternance. Etre formé et/ou se former?*. Paris : L'Harmattan.

Curley, M.A.Q. (2007). *Synergy : The unique relationship between nurses and patients, the AACN Synergy Model for patient care*. Indianapolis : Sigma Theta Tau.

Delamare, J. (2004). *Dictionnaire illustré des termes de médecine* (28^e éd). Paris : Maloine.

Desrichard, O. & Dubois, M. (2003). Quels facteurs à l'origine du non-respect des procédures de sécurité ? Une observation en milieu hospitalier. In D.R. Kouabenan & M. Dubois (Dir.), *Les risques professionnels : évolution des approches, nouvelles perspectives* (pp.105-119). Toulouse : Octarès.

DiCenso, A., Guyatt, G. & Ciliska, D. (2014). *Evidence-Based Nursing: A Guide to Clinical Practice*. St. Louis : Elsevier Health Sciences.

Docteurcliv prenez votre santé en mains. (2015). *Infections nosocomiales*.
Accès <http://www.docteurcliv.com/maladie/infections-nosocomiales.aspx#Définition>

Dreyfus Vanek, A. & Mareau, C. (2004). *L'indispensable de la psychologie*. Paris : Studyrama.

Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and evaluation of nursing models and theories* (2e éd.). Philadelphia: F.A.Davis Company.

Folia Pharmacotherapeutica. (2006). *Traitement de la diarrhée due au Clostridium difficile*.

Accès : <http://www.cbip.be/Folia/2006/F33F11B.cfm>

Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives* (2e éd). Montréal : Chenelière Education inc.

Girac-Marnier, C. (Dir). (2015). *Le petit Larousse illustré*. Paris : Larousse.

Gould, D . & Drey, N. (2013). Student nurses experiences of infection prevention and control during clinical placements. *American journal of infection control*, 41(9), 760-3.

Guéguen, N. (2010). *La soumission à l'autorité*. Paris : Dunod.

Hardin, S. & Kaplow, R. (2008). *Synergy for Clinical Excellence : The AACN Synergy Model for Patient Care*. Canada: Jones & Bartlett Publishers.

Hinkin, J. & Cutter, J. (2014). How do university education and clinical experience influence pre-registration nursing students' infection control practice? A descriptive, cross sectional survey. *Nurse education today*, 34(2), 196-201.

Hôpitaux Universitaires de Genève. (2003). *VigiGerme : stop à l'infection*.

Accès <http://vigigerme.hug-ge.ch/library/pdf/Vigidoc.pdf>

Hugonnet, S. & Pittet, D. (2000). Infections nosocomiales : réalité et impact. *La revue médicale Suisse*, 58(2298), 954-95.

Kawalec, A., Kawalec, A. & Pawlas, K. (2014). Compliance with hygiene procedures among medical faculty students. *Medycyna Pracy*, 65(5), 593-9.

Langendorff, F. (2007). *Individu, culture et société : sensibilisation en sciences humaines*. Paris : Publibook.

Longtin, Y., Sax, H., Allegranzi, B., Hugonnet, S. & Pittet, D. (2009). Patients' beliefs and perceptions of their participation to increase healthcare worker compliance with hand hygiene. *Infection control and hospital epidemiology*, 30(9), 830-9. doi: 10.1086/599118

- Mager Stellman, J. (2000). *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail, volume 3*. Genève : International Labour Organization.
- Marieb, E.N. & Hoehn, K. (2010). *Anatomie et Physiologie humaines* (4^e éd.). Saint-Laurent : ERPI.
- Masters, K. (2014), *Nursing Theories: A Framework for Professional Practice*. Massachusetts : Jones & Bartlett Publishers
- Merling, J. & Langenfeld, S. (2010). *Psychologie, sociologie, anthropologie*. Paris : Elsevier Masson SAS.
- Monod, S. & Sautebin, A. (2009). Vieillir et devenir vulnérable. *La revue médicale Suisse*, 226, 2353-2357.
- Myers, D.G. (2013). *Social Psychology*. Australia : McGraw-Hill.
- Organisation mondiale de la santé. (2005). *Recommandations OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins (version avancée) : synthèse*.
Accès http://www.who.int/patientsafety/events/05/HH_fr.pdf
- OMS. (2009). *Trame pour la synthèse et le rapport des résultats d'évaluations*. [PowerPoint]. Accès https://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCQQFjABahUKEwjg2lNy9uvGAhXEDywKHWyaC4w&url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fgpsc%2F5may%2Ftools%2Fslcyh_synthese_rapport_resultats_evaluations_fr.ppt&ei=UROuVaDsDsSfsAHstK7gCA&usq=AFQjCNF2bGz_Q4OvgwkRguiux411Ukbt5Q&sig2=-CYUFMI2I-XbTvslZ0yD4A&bvm=bv.98197061.d.bGg
- Oxford Dictionaries Language matters. (2015).
Accès <http://www.oxforddictionaries.com/>
- Pepin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. Montréal : Chenelière éducation.
- Peterson, S. J. (2013). *Middle range theories: application to nursing research* (3rd ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Pittet, D. (2009). Hygiène des mains : révolutions, normalisation, globalisation. *La revue médicale Suisse*, 197, 716-721.
- Rey, A. (Dir). (2013). *Le Petit Robert Micro*. Paris : Edouard Trouillez
- Romano-Bertranda, R., Licznar-Fajardo, P., Parera, S. & Jumas-Bilaka, E. (2015). Impact de l'environnement sur les microbiotes : focus sur l'hospitalisation et les microbiotes cutanés et chirurgicaux. *Revue Francophone des Laboratoires*.
doi : 10.1016/S1773-035X(15)72824-8
- Sakihama, T., Honda, H., Saint, S., Fowler, KE., Shimizu, T., Kamiya, T., ... Tokuda, Y. (2014). *Hand Hygiene Adherence Among Health Care Workers at Japanese Hospitals: A Multicenter Observational Study in Japan*.
doi: 10.1097/PTS.0000000000000108
- Sauvan, V., Simon, A. & Pittet, D. (1999). L'hygiène des mains au cours des soins, 150 ans après Ignaz Semmelweis. *La revue médicale Suisse*, 3(2), 22-27.

Sax, H., Longtin, Y., Alvarez-Ceyssat, R., Bonfillon, C., Cavallero, S., Dayer, P., ... Herrault, P. (2009). Le marketing social : un regard nouveau sur la prévention des infections nosocomiales. *La Revue médicale suisse*, 5(197), 735-8.

Sax, H., Uçkay, I., Richet, H., Allegranzi, B. & Pittet, D. (2007). Determinants of good adherence to hand hygiene among healthcare workers who have extensive exposure to hand hygiene campaigns. *Infection Control & Hospital Epidemiology* 28(11), 1267 – 1274.

Sax, H. (2006). L'hygiène dans les hôpitaux, un exemple de gestion de la qualité. *Revue de politique économique*, 12, 17-19.

Schindler, M. (2013). Avoir raison de la souillure : l'observance de l'hygiène des mains en milieu hospitalier. *Sciences sociales et santé*, 31(4), 5-28.

Vora, S. & Auckenthaler, R. (2009). Que signifie « bêta-lactamases à spectre élargi » en pratique ? *La revue médicale suisse*, 5(220), 1991-4.

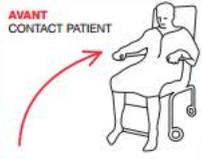
Wainsten, J-P. (Dir.). (2009). *Le Larousse Médical* (5^e éd). Paris : Larousse.

11. ANNEXE I : LES 5 INDICATIONS DE L'HYGIÈNE DES MAINS

Hygiène des mains **Quand?**

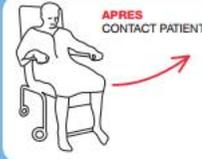
Les 5 indications à l'hygiène des mains avec solution hydro-alcoolique

AVANT CONTACT PATIENT



Avant tout contact direct avec un patient.

APRES CONTACT PATIENT



En quittant un patient après un ou des contacts directs.

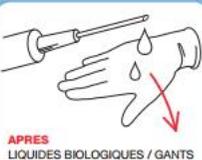
AVANT ACTE ASEPTIQUE



Immédiatement avant un soin propre
Immédiatement avant un geste invasif

⚠ part de gants et risque d'exposition à des liquides biologiques

APRES LIQUIDES BIOLOGIQUES / GANTS



Immédiatement après un acte comportant un risque d'exposition à des liquides biologiques / après le retrait des gants

⚠ en cas d'exposition accidentelle à des liquides biologiques, lavage des mains à l'eau et au savon

APRES CONTACT AVEC OBJET



Après avoir touché des objets ou des surfaces à proximité immédiate du patient: ils peuvent avoir été contaminés par le patient ou lors d'un soin précédent.

En cas de souillures visibles, se laver les mains à l'eau et au savon

Hygiène des mains **Comment?**

Technique pour l'hygiène des mains avec solution hydro-alcoolique

1



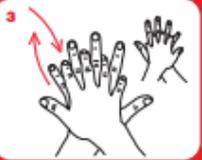
remplir la paume d'une main avec la solution hydro-alcoolique, recouvrir toute la surface des mains

2



et frictionner paume contre paume par mouvements de rotation

3



le dos de la main gauche avec un mouvement d'avant en arrière écarté par la paume droite, et vice et versa

4



les espaces interdigitaux, paume contre paume, doigts entrelacés, et en exerçant un mouvement d'avant en arrière

5



le dos des doigts en les tenant dans la paume de la main opposée avec mouvement d'aller-retour latéral

6



le pouce de la main gauche par rotation dans la paume droite refermée, et vice et versa

7



la pulpe des doigts de la main droite par rotation contre la paume gauche, et vice et versa

8 20-30 sec.



vos mains sont sèches et prêtes pour le soin

N'oubliez pas: Soignez et protégez vos mains avec une crème hydratante: cela fait aussi partie de l'hygiène des mains

(Vigierme, 2015)

12. ANNEXE II : TABLEAU COMPARATIF DES ÉTUDES RETENUES POUR L'ANALYSE CRITIQUE

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats
<p>Amiel, C. (2005) « On sait qu'il n'y a pas de "vrai" risques ». Discours et pratiques de soignants autour des infections nosocomiales</p>	<p>Soignants</p>	<p>Approche anthropologique de la non observance des recommandations hygiéniques.</p>	<p>Investigation ethnographique dans un service de maladies infectieuses durant deux mois. Ils ont partagés le quotidien de cette équipe.</p>	<p>La représentation du risque ressort comme étant le facteur qui mène à cette non observance car le professionnel est partagé entre le risque de ne pas accomplir son soin dans les temps et le risque d'exposer le patient à une infection éventuelle.</p>
<p>Blanco, P. & Joutard, T. (2014) Approche psycho comportementale des situations à haut risque infectieux : facteurs influençant la perception du risque</p>	<p>Soignants/étude qualitative</p>	<p>Approche anthropologique sur la représentation que les soignants ont de ce qui est propre et ce qui est sale. Identifier les facteurs psychosociaux qui mènent les jeunes professionnels ou les stagiaires à des pratiques à risques dans les soins.</p>	<p>Observations, entretiens</p>	<p>Les croyances des soignants quant au port de gants est différente : certains estiment qu'il n'y a pas de risques à faire des prises de sang sans les gants et d'autres en portent même lorsque ce n'est pas nécessaire. Le port des gants n'est souvent pas conforme aux normes préconisées par les hygiénistes.</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats
<p>Bouafia et al. (2010)</p> <p>L'hygiène des mains en milieu de soins : la fréquence mais aussi la qualité !</p>	<p>Étude prospective auprès des Professionnels de la santé toute catégories confondues.</p>	<p>Déterminer les obstacles aux bonnes pratiques de l'hygiène des mains dans un milieu de soin.</p>	<p>Étude menée auprès des soignant de 4 services différent choisi au hasard parmi des services classés à haut risque infectieux par l'observation directe des pratiques professionnelles dans le but de mesurer l'adhésion et la pertinence de l'hygiène des mains.</p>	<p>254 observations réalisées durant deux semaines : 18,9% des soignants observés se désinfectent les mains avant et après un acte, alors que 24% des personnes auditées se sont lavés les mains avant d'effectuer un acte. La conformité avant et après un soin de 16,1%.</p>
<p>Carricaburu, D., Lhuilier, D. & Merle, V. (2008)</p> <p>Quand soigner rend malade : des soignants face au risque infectieux à l'hôpital</p>	<p>Professionnels de la santé</p>	<p>Apporter un éclairage sur ce que le risque infectieux représente pour le soignant.</p>	<p>Entretiens semi directifs auprès de 117 soignants en vue de cerner les risques professionnels.</p>	<p>Les représentations sur le risque infectieux sont dues en majeure partie aux croyances et logiques professionnelles et ne se limitent pas aux connaissances scientifiques.</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats
<p>Dubois, M. & Desrichard, O. (2003)</p> <p>Quels facteurs à l'origine du non-respect des procédures de sécurité ? Une observation en milieu hospitalier</p>	<p>Soignants</p>	<p>Les comportements à risque</p> <p>Evaluer le non-respect des protocoles et trouver les facteurs à l'origine de celui-ci.</p>	<p>Recueil de données fait dans 3 établissements hospitaliers.</p>	
<p>Gould, D. & Drey, N. (2013)</p> <p>Student nurses experiences of infection prevention and control during clinical placements.</p>	<p>Étudiants en soins infirmiers</p>	<p>Confronter ce qui est appris lors des enseignements universitaires et ce que les étudiants voient réellement sur les lieux de stage.</p>	<p>488 étudiants ont rempli les questionnaires. sondage en ligne avec une échelle de type Likert ainsi qu'une question ouverte pour avoir des informations plus détaillées sur la compréhension que les étudiants en soins infirmiers ont de l'hygiène des mains.</p>	<p>Les étudiants ont démontré une bonne compréhension des mesures liées à l'hygiène des mains et au contrôle de l'infection. Ils ont pu identifier le manque de conformité sur la base de l'enseignement à l'école et dans leurs lieux de stage. Les incidents les plus couramment observés étaient le non-respect des protocoles d'hygiène des mains et le non-respect des précautions d'isolement.</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats
<p>Hinkin, J. & Cutter, J. (2014)</p> <p>How do university education and clinical experience influence pre-registration nursing students' infection control practice? A descriptive, cross sectional survey</p>	<p>Etude transversale descriptive chez des étudiants en soins infirmiers.</p>	<p>Explorer les connaissances des étudiants en soins infirmiers sur le contrôle de l'infection et d'enquêter sur la façon dont l'enseignement universitaire et l'expérience clinique influencent leur pratique.</p>	<p>Au total, 354 étudiants ont participé à cette étude. Utilisation d'un questionnaire composé de questions essentiellement fermés pour la collecte de données.</p>	<p>L'enseignement universitaire a été la principale influence des bonnes pratiques. Cependant, les étudiants sont également influencés dans leur pratique par les infirmières, les médecins, mais aussi par l'environnement (surcharge de travail). L'étude a identifié qu'il y a beaucoup de variables qui influent les bonnes pratique de l'hygiène des mains, à la fois positivement et négativement.</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats
Kawalec, A., Kawalec, A. & Pawlas, K. (2014) Compliance with hygiene procedures among medical faculty students	Etude menée auprès de 112 étudiants en médecine.	Questions sur la fréquence de la désinfection des mains et du matériel de soins conformément aux recommandations pour les professionnels de la santé ainsi qu'évaluer la disponibilité des désinfectants à l'hôpital.	Observations, entretiens	35,7% des étudiants ne se sont pas désinfectés les mains avant d'entrer en contact avec le patient, 90% d'entre eux indiquent un accès limité aux désinfectants comme la raison la plus importante. La majorité d'entre eux (93,8%) ont été formés à l'hygiène des mains. 62,5% ont attiré l'attention sur le fait que les distributeurs de solution hydro-alcoolique étaient souvent vides.
Longtin, Y., Sax, H., Allegranzi, B., Hugonnet, S. & Pittet, D. (2009). Patients' beliefs and perceptions of their participation to increase healthcare worker compliance with hand hygiene	Patients et soignants	Faire participer le patient pour améliorer l'observance de l'hygiène des mains.	Faire intervenir le patient dans sa prise en soin.	Sur 194 patients qui ont participé, 148 ne sont pas à l'aise à interpeller le soignant sur l'hygiène des mains et 57 pensent que cela pourrait réduire les risques infectieux.

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats
Sakihama et al. (2014). Hand Hygiene Adherence Among Health Care Workers at Japanese Hospitals	Soignants	L'observance de l'hygiène des mains.	Observations	Sur un total de 3545 soignants observés, 677 ont eu une bonne observance dont une grande majorité d'infirmières.
Sax, H., Uçkay, I., Richet, H., Allgranzi, B. & Pittet, D. (2007) Determinants of good adherence to hand hygiene among healthcare workers who have extensive exposure to hand hygiene campaigns	Etude transversale chez le personnel médical et infirmier.	Cerner les différentes composantes comportementales chez les professionnels de la santé à se conformer à l'hygiène des mains.	1042 questionnaires, Parmi eux, 271 (26,0%) étaient des médecins, 629 (60,4%) étaient des infirmières, et 141 (13,5%) étaient des assistants infirmiers.	Les facteurs influençant l'hygiène des mains sont : la pression de ses supérieurs pour 687 personnes (66,8%), la pression de ses collègues pour 596 personnes (57,9%). 670 personnes (65,1%) estiment que pratiquer l'hygiène des mains est relativement facile à réaliser. l'hygiène des mains est appropriée dans 80% des cas. La sensibilisation à l'hygiène des mains favorise grandement les bonnes pratiques ainsi que la formation.

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats
Schindler, M. (2013) Avoir raison de la souillure : l'observance de l'hygiène des mains en milieu hospitalier	Soignants	Approche sociologique en regard de l'hygiène des mains et la perception des soignants.	8 focus groupes (38 volontaires).	Les soignants se défendent en mettant en avant qu'il n'est pas toujours facile d'appliquer l'hygiène des mains selon les situations, même avec la volonté de bien faire.

13. ANNEXE III : HIÉRARCHIE DES CONNAISSANCES SELON FAWCETT

