



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **2008**

Date du jury : **septembre 2008**

**Le respect des bonnes pratiques en
hygiène au bloc opératoire : un défi
pour le directeur des soins**

Karine NYCZ

Remerciements

Je tiens à remercier :

- la Direction de l'établissement dans lequel j'ai pu réaliser mon enquête ainsi que l'ensemble des professionnels qui ont accepté de répondre à mes questions
- Madame Christine Quélier pour ses conseils avisés
- Mes amis pour leur enthousiasme
- Marie-Thérèse, pour notre agréable et fructueuse cohabitation le temps de notre formation

Merci à Michel pour sa confiance et son soutien de toujours.

A Julien.

Sommaire

Introduction	- 1 -
1 La prévention des infections nosocomiales est un problème de santé publique	- 3 -
1.1 Le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales	- 3 -
1.1.1 Les programmes nationaux	- 3 -
1.1.2 Les structures	- 4 -
1.2 La démarche qualité et la gestion des risques liés aux soins.....	- 6 -
1.2.1 La démarche qualité dans le domaine de la santé	- 6 -
1.2.2 De la démarche qualité à la gestion des risques	- 7 -
1.3 La problématique du respect des mesures de prévention	- 8 -
1.3.1 L'identité professionnelle	- 9 -
1.3.2 La dynamique de groupe et le changement.....	- 10 -
1.3.3 A propos du bloc opératoire.....	- 11 -
2 La méthodologie d'investigation : enquête par entretiens semi-directifs- 15 -	
2.1 Les objectifs de l'enquête	- 15 -
2.2 Le choix de la population interrogée	- 15 -
2.2.1 Les responsables et experts	- 16 -
2.2.2 Les professionnels de terrain.....	- 17 -
2.2.3 Les responsables des filières de formation.....	- 17 -
2.2.4 Déroulement des entretiens.....	- 17 -
2.2.5 Limites et points forts de l'étude	- 18 -
2.3 Les résultats de l'enquête.....	- 18 -
2.3.1 Les représentations des professionnels par rapport à l'hygiène et aux infections nosocomiales	- 18 -

2.3.2	Les difficultés à l'origine du non-respect des recommandations en matière d'hygiène	- 20 -
2.3.3	La question de la formation	- 21 -
2.3.4	Les propositions pour améliorer la situation	- 23 -
2.4	La confrontation de l'analyse aux hypothèses.....	- 25 -
3	La stratégie d'action du directeur des soins	- 27 -
3.1	Le Directeur des soins à l'interface des acteurs de l'hôpital	- 27 -
3.1.1	La collaboration avec l'ensemble des directions	- 27 -
3.1.2	Les instances.....	- 28 -
3.2	La responsabilité spécifique du Directeur des soins	- 28 -
3.2.1	Le projet de soins	- 28 -
3.2.2	La Commission des Soins Infirmiers, Médico-Techniques et de Rééducation (CSIMTR).....	- 28 -
3.2.3	La formation initiale et continue.....	- 29 -
3.3	Le management par la qualité	- 30 -
3.4	L'accompagnement au changement	- 31 -
	Conclusion	- 33 -
	Bibliographie.....	- 35 -
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANAES	Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation en santé
CA	Conseil d'Administration
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections nosocomiales
C-CLIN	Coordination régionale et interrégionale des CLIN
CTIN	Comité Technique national des Infections Nosocomiales
CSIMTR	Commission de Soins Infirmiers, Médico-Techniques et de Rééducation
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
EOH	Equipe Opérationnelle d'Hygiène
HAS	Haute Autorité de Santé
IADE	Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat
IBODE	Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat
IN	Infection Nosocomiale
INVS	Institut National de Veille sanitaire
ISO	Infection du Site Opératoire
RAISIN	Réseau National d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des infections nosocomiales
SSPI	Salle de Surveillance Post Interventionnelle

Introduction

Selon Louis Pasteur : « au lieu de s'ingénier à tuer les microbes dans la plaie, ne serait-il pas plus raisonnable de ne pas en introduire ? ». Cette réflexion teintée de bon sens devrait amener naturellement les professionnels de santé à respecter dans leurs pratiques des règles précises en matière d'hygiène.

Tous les ans, 750 000 personnes, soit 1 patient sur 20, sont victimes d'une infection nosocomiale. Elle est souvent bénigne, peut être mortelle et représente un coût pour les établissements de santé.

En matière de lutte contre les infections nosocomiales, les progrès réalisés sont importants.

En effet, grâce à la mise en place des Comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) dans les établissements de santé et à tous les efforts consentis (structures interrégionales et nationales de coordination, réseau national de surveillance épidémiologique, dispositif de signalement obligatoire pour les infections les plus graves, programmes pluriannuels, recommandations et protocoles), le nombre de patients infectés a chuté de 13% dans les centres hospitaliers universitaires et de 24% dans les centres hospitaliers généraux.

Par ailleurs, depuis 2006, le ministère de la santé rend publiques les performances des établissements de santé dans leur combat contre les infections nosocomiales.

Les démarches d'accréditation puis de certification ont également pour objectif de vérifier que les professionnels de santé mettent en application les règles de bonnes pratiques en matière d'hygiène.

Malgré des chiffres en amélioration et une prise de conscience évidente, il apparaît selon certaines sources, que 30% des cas de maladies nosocomiales pourraient encore être évitées.

Les recommandations sont connues, pour la plupart les protocoles sont formalisés, encore faut-il que les personnels de santé se les approprient et les respectent. Des progrès restent à faire dans différents domaines. En ce qui concerne l'hygiène des pratiques, les règles élémentaires ne sont pas toujours respectées: hygiène des mains, respect de la tenue vestimentaire et des circuits...

Nous avons choisi d'étudier le problème du respect de l'hygiène dans le milieu des blocs opératoires, lieux qui doivent être particulièrement protégés de l'introduction de germes pathogènes quand on connaît la vulnérabilité du patient opéré et la gravité des infections du site opératoire. Par ailleurs, les infections du site opératoire (ISO) restent un indicateur de qualité des établissements.

De plus, il nous semble intéressant de nous pencher sur les professionnels de ce secteur dans la mesure où ceux-ci ont fait un effort volontaire de spécialisation pour y travailler et ceci malgré les règles et contraintes à priori acceptées qui s'y rattachent.

Souvent considéré comme un « vase clos », un bloc opératoire est en réalité un système ouvert protégé par des zones de pénétration et par des règles d'hygiène et de fonctionnement qui visent à garantir la sécurité de l'acte opératoire. Cette protection rapprochée du malade consiste à « filtrer » les entrées et les sorties des usagers et du matériel par une série de « sas » : entrée et sortie des opérés et du personnel, vestiaires, déshabillage, tenues obligatoires, attitudes et comportements adaptés, mais aussi déconditionnement du matériel qui vient de l'extérieur, nettoyage et décontamination des équipements, filtration de l'air et de l'eau.

Pour permettre à cette enceinte protégée de fonctionner avec ces contraintes, elle est construite selon une architecture spécifique et elle est régie par des procédures. Ces dispositions ne garantissent pas à elles seules la qualité des actes qui y sont effectués. En effet, les comportements, la circulation des personnes, des malades, des matériels et des déchets peuvent être à l'origine, même dans le bloc opératoire le mieux conçu, de dysfonctionnements en matière d'hygiène dont les conséquences peuvent être l'infection nosocomiale.

La première partie de notre travail présentera le cadre contextuel, puis la deuxième partie décrira la méthodologie utilisée, la présentation de l'enquête et l'analyse des résultats. Enfin, la troisième partie sera consacrée aux propositions d'actions et aux enseignements pour notre fonction de Directeur des soins.

1 La prévention des infections nosocomiales est un problème de santé publique

1.1 Le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales

1.1.1 Les programmes nationaux

Depuis 1994, des plans successifs visent à sensibiliser les professionnels mais aussi les usagers à la politique de prévention et de surveillance des infections nosocomiales.

Ainsi le plan 1995-2000 a eu pour objectif de réduire les infections nosocomiales de 30% et de diminuer la résistance aux antibiotiques. Cela s'est fait par le renforcement des CLIN et des unités d'hygiène hospitalière, l'amélioration de la coordination du dispositif de lutte et la coopération entre ses différentes structures, l'organisation de la surveillance des IN et enfin par une meilleure information et communication dans le domaine aussi bien à l'égard des usagers que des professionnels (diffusion des recommandations de bonnes pratiques en hygiène).

Entre 1998 et 2001, 120 millions d'euros ont été consacrés au financement des mesures de lutte et notamment à la formation des personnels et à la mise en place des EOH.

Toujours dans la perspective d'améliorer les résultats, le programme du CTIN 2002-2005 a permis de poursuivre les actions selon 4 axes :

1. Renforcer les dispositifs et évaluer les structures
2. Améliorer les pratiques
3. Proposer des programmes d'information du public sur le risque infectieux lié aux soins
4. Définir un tableau de bord d'indicateurs et inciter les établissements de santé à la transparence

Ce programme a ainsi fixé les objectifs suivants :

- 75% au moins des services de chirurgie surveillent l'incidence des ISO
- 75% au moins des établissements réalisent des audits de bonnes pratiques
- 75% au moins des établissements ont un programme de bon usage des antibiotiques
- 75% au moins des établissements identifient au sein de leur livret d'accueil leur programme de lutte contre les infections nosocomiales et de communication des usagers

Le plan national 2005-2008¹ a pour objet de maintenir l'impulsion des pouvoirs publics, conforter les avancées déjà en place et améliorer la performance et la transparence des actions menées.

C'est ainsi qu'il précise les axes du premier plan :

- adapter les structures et faire évoluer le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales
- améliorer l'organisation des soins et les pratiques des professionnels
- optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance et du signalement des infections nosocomiales
- Mieux informer les patients et communiquer sur le risque infectieux lié aux soins
- Promouvoir la recherche sur les mécanismes, l'impact, la prévention et la perception des infections nosocomiales

Les priorités de ce plan concernent l'évitabilité des infections et la diminution des coûts liés à la non-qualité. L'objectif est d'atteindre les 20 à 30% de maladies nosocomiales qui pourraient être évitées, taux non négligeable.

1.1.2 Les structures

Depuis 1988, un dispositif de lutte contre les infections nosocomiales s'est mis en place avec la création des comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) obligatoire dans tous les établissements publics et privés participant au service public hospitalier.

Le CLIN a pour mission la surveillance et la prévention des infections nosocomiales et de la résistance bactérienne aux antibiotiques, l'information et la formation de l'ensemble des professionnels, l'évaluation périodique des programmes de lutte contre les infections nosocomiales.

Le CLIN doit établir un rapport annuel des activités dans ce domaine. Le comité est composé du président de la commission médicale d'établissement (CME), du directeur d'établissement, du directeur des soins, du médecin du travail, des représentants des médecins et chirurgiens et des professionnels paramédicaux ou médico-techniques, d'un pharmacien, d'un biologiste, du responsable de l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH), d'un infirmier membre de cette équipe et du médecin responsable du département d'information médicale.

¹ Circulaire n°DHOS/DGS/E2/5C/2004/599 du 13 décembre 2004 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005/2008 dans les établissements de santé

La mise en place d'une équipe opérationnelle d'hygiène est également obligatoire. Elle contribue avec le CLIN à l'élaboration des programmes d'actions et assure leur mise en œuvre.

Le décret 99-1034 du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales² impose également l'information des usagers dans ce domaine par l'intermédiaire du livret d'accueil et par les représentants des usagers au conseil d'administration (CA) de l'établissement de santé qui assistent avec voix consultative à la séance du CLIN où sont discutés le rapport et le programme d'actions.

Ce premier dispositif a été complété en 1992 avec la mise en place de cinq centres de Coordination régionale et interrégionale des CLIN (C-CLIN) et le Comité Technique national des Infections Nosocomiales (CTIN)³. En 2004, le CTIN devient par l'arrêté du 23 septembre le comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins, placé auprès du Conseil Supérieur d'Hygiène publique de France.

Le CTIN fait des propositions d'objectifs et de méthodologie de surveillance et de prévention.

En 2001, une convention entre les cinq C-CLIN et l'Institut National de veille sanitaire (INVS) crée le Réseau national d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales (RAISIN).

Le dispositif organise aussi le recensement des infections nosocomiales à partir de leur signalement obligatoire par les établissements et les professionnels de santé⁴. Ce signalement a pour but d'alerter les autorités sanitaires à propos de tout épisode infectieux lié aux soins et de centraliser les données pour analyse et pour l'établissement de faire son diagnostic interne du taux d'infections nosocomiales.

² Décret précisé par la circulaire DGS/DHOS/E 2 N° 2000-645 du 29 décembre 2000 relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé

³ Arrêté du 3 août 1992 et du 19 octobre 1995

⁴ Article L 1413-14 du Code de la santé publique inséré par la loi 2002-303 du 4 mars 2002 et par la loi 2004-806 du 9 août 2004

Décret 2001-671 du 26 juillet 2001 relatif à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique

Circulaire DHOS/E2/DGS/SD5C n° 2004-21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé

1.2 La démarche qualité et la gestion des risques liés aux soins

Ces deux démarches complémentaires ont vu le jour avec l'essor du progrès scientifique et technologique. En effet, le développement au XIX^{ème} siècle des sociétés industrielles a rendu nécessaire les méthodes permettant de s'assurer de la conformité des produits fabriqués à des exigences préalablement définies. L'objectif recherché est de satisfaire le client et les utilisateurs.

1.2.1 La démarche qualité dans le domaine de la santé

Sans en porter nécessairement le nom, les démarches qualité existent de longue date dans les établissements de santé, les professionnels s'attachant à améliorer les soins en termes d'innovations thérapeutiques et en termes d'organisation.

Mais la complexité des techniques et l'accroissement des exigences et des contraintes ont rendu indispensable le recours à des méthodes structurées.

Les démarches d'amélioration de la qualité sont fortement favorisées par la mise en place de la procédure d'accréditation des établissements de santé.

L'accréditation (ou certification dans la version 2) est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au malade et à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein des établissements de santé. Elle accorde une place centrale au patient, à son parcours, à la coordination des soins qui lui sont apportés, à sa satisfaction. En application de l'ordonnance du 24 avril 1996, cette procédure est conduite par la Haute Autorité de Santé (HAS). Cette évaluation est effectuée lors d'une visite de l'Etablissement de Santé par des experts-visiteurs mandatés par l'HAS.

Dans la première version du manuel d'accréditation⁵, trois référentiels spécifiques évaluent la qualité et la prévention des risques dans les établissements de santé : gestion de la qualité et prévention des risques ; vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle ; surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux. Pour la deuxième procédure (certification)⁶, la nouvelle version synthétise et précise à la fois ces référentiels au chapitre II « ressources transversales » qui évaluent l'organisation de la qualité et de la

⁵ ANAES, Direction de l'accréditation - Manuel d'accréditation des établissements de santé, février 1999, 117p.

⁶ ANAES, Direction de l'accréditation – Manuel d'accréditation des établissements de santé, deuxième procédure, septembre 2004, 131p.

gestion des risques, la qualité et la sécurité de l'environnement ainsi que le système d'information. De plus, le chapitre IV permet d'appréhender et d'apprécier la démarche d'évaluation et la dynamique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques.

1.2.2 De la démarche qualité à la gestion des risques

Les établissements de santé sont de fait confrontés à la notion de risque. Pour faire face à la maladie, ils mettent en œuvre différentes actions afin d'apporter un bénéfice aux patients. Le bénéfice attendu est la justification de l'action entreprise. Cependant, celle-ci peut avoir une conséquence négative. Cette conséquence potentiellement négative accompagnant la recherche de bénéfice constitue le risque. Le risque se définit ainsi en fonction de la probabilité de survenue d'un évènement indésirable et des conséquences qui en résultent. Si les avancées scientifiques et technologiques ont permis des progrès considérables dans l'efficacité clinique de la prise en charge des patients, ce gain d'efficacité s'est accompagné de l'apparition de nouveaux risques.

Parallèlement à l'accroissement très important de ces facteurs de risques liés aux soins, les modifications de la perception et de l'acceptabilité du risque par les usagers ont exacerbé les exigences de sécurité des soins. Les crises sanitaires telles que la contamination du sang par le virus du sida, la contamination de l'hormone de croissance par le prion responsable de la maladie de Creutzfeldt Jacob, la survenue d'accidents mortels ou invalidant lors d'une anesthésie ou du fait d'une intervention chirurgicale, les infections du site opératoire, problèmes largement relayés par les médias, ont contribué à remettre en cause la confiance des usagers dans la médecine et dans le système de soins dans un contexte où la prédominance de la technique et le développement de hautes technologies, censés résoudre tous les problèmes, éloignent de plus en plus l'acceptation du risque.

Par ailleurs, les associations de malades imposent une plus grande participation du citoyen-usager aux décisions collectives dans les systèmes de santé et le droit du malade formalise la considération à son égard et son information. De plus, les patients considèrent de moins en moins les accidents iatrogènes comme des complications inévitables que l'on subit, mais des défaillances inacceptables du système de soins qui appellent réparation. Ainsi, on assiste aujourd'hui à une augmentation du nombre et du coût des sinistres indemnisés par les assureurs.

La sécurité de personnes est donc un enjeu majeur pour les établissements de santé.

La gestion des risques est un processus continu, coordonné et intégré à l'ensemble d'une organisation, qui permet l'identification, l'analyse et la maîtrise des dysfonctionnements susceptibles de causer des dommages à un patient, à un visiteur ou à un membre du

personnel ou encore aux biens de ceux-ci ou à ceux de l'établissement. La gestion des risques ne vise pas à éviter le risque mais « à déterminer en fonction d'une stratégie, les risques que l'on peut assumer sans mettre en péril la vie de l'entreprise »⁷. Elle cherche donc à les identifier, les évaluer, les traiter. Les objectifs de la mise en place d'un tel dispositif dans les établissements de santé sont donc de prévoir les risques, mais également de les contrôler pour en diminuer la fréquence de survenue et d'en limiter leur gravité.

La Haute Autorité de Santé fait de la sécurité une dimension majeure de la qualité des soins et pose le principe suivant : « La prévention des risques repose sur plusieurs éléments dont le respect de la réglementation en matière de sécurité, le respect des bonnes pratiques et la mise en place d'un système d'évaluation et d'amélioration fondé sur le repérage des risques et la mise en œuvre d'actions de prévention ».

L'évaluation des pratiques professionnelles, la démarche qualité, l'accréditation, les vigilances sanitaires, les démarches thématiques sur certains risques, comme la lutte contre les infections nosocomiales, sont des démarches qui visent à améliorer la qualité des soins et qui prennent en compte la dimension sécurité de manière prioritaire.

1.3 La problématique du respect des mesures de prévention

Si l'importance de la lutte contre les infections nosocomiales et des mesures de prévention ne fait aucun doute, il apparaît pour autant que les pratiques des soignants ne répondent pas toujours aux recommandations dans le domaine.

La question du respect des mesures de prévention démontre à quel point le dispositif de prévention bien qu'organisé et performant, est sensible à l'adhésion et à l'implication de l'ensemble des professionnels de terrain.

Or, selon Marie-Christine Pouchelle⁸, ethnologue et directeur de recherche au CNRS, la culture hospitalière « reste imprégnée de représentations sociales héritées de l'ancien régime où la position hiérarchique des individus et leur appartenance à un corps prévalent sur les nécessités techniques concrètes. Par exemple le lavage des mains serait encore considéré comme au XIX^{ème} siècle, c'est-à-dire uniquement bon pour ceux ayant en charge les travaux subalternes et ancillaires, « sales » par définition puisqu'en bas de l'échelle hiérarchique. Ce serait une explication au fait que les médecins et chirurgiens,

⁷ BENARD A./ FONTANT AL, La gestion des risques dans l'entreprise : le management de l'incertitude, Editions Eyrolles, avril 1994

⁸ POUCHELLE M.C., « Infections nosocomiales et culture hospitalière », Praticien hospitalier, Anesthésiste-Réanimateur, Juin 2005, n°33, pp.26-29

ou d'autres professionnels, se comportent parfois comme si naturellement propres en raison de leur fonction, ils ne sauraient être eux-mêmes des vecteurs d'infections ».

Ainsi le cadre de référence, les valeurs, les préoccupations sociales sont en mesure de modifier la perception et la représentation que chacun peut avoir du phénomène. Dès lors cette représentation, qui peut aller jusqu'au déni du phénomène, influera sur l'inclinaison des professionnels à respecter les préconisations.

C'est pourquoi, la dimension psychologique et sociale doit être prise en compte dans ce domaine.

1.3.1 L'identité professionnelle

L'identité de l'individu est toujours en construction. Or, le travail est un des éléments fondateurs de l'identité. Renaud SAINSAULIEU fait apparaître « le travail mais aussi l'entreprise comme des lieux centraux de production identitaire et culturelle »⁹. Chaque individu se crée une identité à travers son travail, l'environnement de celui-ci, développant ainsi un sentiment d'appartenance à un groupe, une structure. Cette identification permet de se reconnaître dans une norme acceptée.

L'identité, du latin « idem » signifie « le même ». Au sens psychologique du terme, l'identité personnelle est définie comme « étant le caractère de ce qui demeure identique à soi-même ». L'identité culturelle se réfère, quant à elle, à un groupe et peut se définir de la façon suivante : « L'identité culturelle est un ensemble de traits culturels propres à un groupe ethnique qui lui confèrent son individualité »¹⁰.

Le contraire de l'identité est la différence, cette différence qui justement fait peur, objet de fantasmes et qui alimente les représentations sociales dans ce qu'elles ont de négatif.

Par ailleurs, l'identité est définie à partir de l'appartenance de chaque individu à une famille, une communauté, ce que Vincent de GAULEJAC illustre par le fait que les « identités professionnelles produisent des sentiments d'appartenance à des collectifs qui rassemblent tous ceux qui ont suivi les mêmes études, obtenu les mêmes diplômes, exercent des métiers similaires ou qui occupent les mêmes fonctions »¹¹.

⁹ LAFAYE C., Sociologie des organisations. Sociologie 128, Paris, Nathan Université, 1996, p.72

¹⁰ Le Nouveau Petit Robert, dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française

¹¹ DE GAULEJAC V., L'identité, In Vocabulaire de psychologie, Références et positions, Ramonville, Eres, 2002, pp.174-180

1.3.2 La dynamique de groupe et le changement

Un groupe est autre chose que la somme des parties qui le composent. Il a ses propres règles de fonctionnement qui dépendent d'un certain nombre de raisons rationnelles ou objectives (l'objectif poursuivi, la nature de la tâche, les conditions matérielles de travail...) et de raisons informelles, psychologiques, sociales et affectives qui déterminent les comportements des individus les uns par rapport aux autres.

Dans un groupe, la personnalité de chaque individu, (que l'on peut observer au travers de ses paroles, son comportement, ses attitudes...), est en interrelation avec les personnalités des autres membres. Elle est influencée par les réactions, les paroles, les attitudes à son égard...

La compréhension de l'importance des facteurs affectifs et psychologiques au sein des groupes restreints, la compréhension des « significations » que les êtres humains attribuent aux différents éléments composant leur espace de vie se trouvent au cœur de la problématique de ce qui allait devenir, à partir des années 1946 et 1947 sous l'impulsion de Kurt Lewin, la « **Dynamique des groupes** »¹².

Par ailleurs, pour Roger MUCCHIELLI, tout groupe possède 7 caractéristiques psychologiques fondamentales¹³ :

- Les interactions ;
- L'existence de buts collectifs communs ;
- L'émergence de normes ou règles de conduite ;
- L'émergence d'une structure informelle de l'ordre de l'affectivité avec répartition de la sympathie et de l'antipathie, elle est dite informelle car non officielle et souvent non consciente ;
- L'existence d'émotions et de sentiments collectifs communs ;
- L'existence d'un inconscient collectif ;
- L'établissement d'un équilibre interne et d'un système de relations stables avec l'environnement

Dans un groupe naissent des règles informelles et des pressions de conformité. Plus le groupe est solidaire, plus les pressions de conformité sont grandes. Les membres déterminent entre eux des règles informelles. Ces règles sont puissantes et obligent chaque membre à s'y conformer au risque d'être exclu ou de devenir le « souffre-

¹² Kurt Lewin, 1890/1947, psychologue américain, fondateur du Centre de recherches sur la dynamique des groupes

¹³ MUCCHIELLI Roger, La dynamique des groupes, ESF Editions, Paris, 14^{ème} édition, 1995, pp.14-15

douleur » sur lequel le groupe peut déverser une foule de sentiments aussi négatifs que farfelus. Roger MUCCHIELLI parle de sanctions groupales (mépris, raillerie, mise en quarantaine,...), qui punissent les « infractions » aux standards, en référence à une sorte de règlement informel parfois en contradiction avec le règlement officiel¹⁴.

Lorsqu'on aborde la question du changement, il est presque exclusivement question de la résistance au changement. Si dans le langage populaire, un caractère empreint de résistance signifie la fermeté, la force, la solidité et la ténacité (connotation plutôt positive), dans le contexte organisationnel, la résistance est synonyme de blocage, de frein, d'obstacle, d'obstruction et d'opposition.

De nombreux travaux scientifiques ont abordé l'étude du changement, que ce soit, par exemple, dans le domaine de la psychologie sociale ou de la sociologie des organisations.

Bien qu'elles approchent le phénomène du changement d'un point de vue différent, c'est-à-dire à l'échelle de l'individu pour la psychologie sociale et au niveau de l'organisation pour la sociologie des organisations, les deux disciplines soulèvent les mêmes interrogations : le changement est-il possible ? Si oui, dans quelle mesure et selon quelles modalités ? Elles arrivent pratiquement à la même conclusion, à savoir que le changement est possible mais il ne va pas de soi et ne se décrète pas.

Dans un contexte d'interactions, c'est-à-dire d'échange et d'influence réciproque entre deux ou plusieurs acteurs, le comportement de l'individu ne peut pas être analysé de manière classique, isolé et rapporté à sa personnalité, à sa culture. Les individus sont susceptibles de réagir plus ou moins favorablement au changement en fonction du contexte et de la situation d'interaction. Il est certainement possible de les amener à se comporter autrement à condition de trouver les leviers adaptés.

1.3.3 A propos du bloc opératoire

L'hôpital est un milieu fortement stratifié et hiérarchisé. Ainsi, le répertoire des métiers publié par la DHOS a dénombré 183 métiers au sein de la fonction publique hospitalière.

Le bloc opératoire est une des unités les plus complexes de l'hôpital dans laquelle gravitent en permanence plusieurs groupes professionnels fortement spécialisés, tous dotés d'une expertise différente, mais nécessairement complémentaire :

¹⁴ MUCCHIELLI Roger, op.cit., p.26

- **Les chirurgiens**

Le travail des chirurgiens commence par la sélection des patients dont lui seul est maître. L'acte chirurgical est une association d'un travail manuel et intellectuel évoluant sans cesse au vu des nouvelles technologies. Si le chirurgien détient la responsabilité suprême de l'acte chirurgical, il ne peut rien sans l'équipe qui l'accompagne et l'assiste. Au cours d'une intervention, il lui appartient de coordonner et contrôler les activités de ses collaborateurs. Le travail chirurgical est par essence un travail d'équipe.

- **Les médecins anesthésistes**

La chirurgie et l'anesthésie sont par nature étroitement liées. Si pendant longtemps la chirurgie s'est dispensée d'anesthésie, le chirurgien détenant seul la responsabilité de la prise en charge du patient, l'évolution et la reconnaissance de l'anesthésie comme spécialité médicale ont marqué une autonomisation progressive et amené une responsabilité propre. Ce changement radical du rôle des acteurs a entraîné une modification profonde des pouvoirs à l'intérieur de la cellule qui constitue le bloc opératoire.

- **Les IBODE (infirmiers(ère)s de bloc opératoire diplômé(e)s d'Etat)**

Cette spécialisation est accessible par une formation dispensée en dix huit mois. Ils ou elles prennent en charge l'acte chirurgical dans ses phases pré, per et post opératoires dans les fonctions de circulant(e), instrumentiste ou aide opératoire.

- **Les IADE (infirmier(ère)s anesthésistes diplômé(e)s d'Etat)**

Ce métier relève d'une exclusivité de la fonction sanctionnée par un diplôme au terme d'une formation de deux années. L'infirmier(ère) anesthésiste assiste le médecin anesthésiste et peut, dans certaines conditions, appliquer seul(e) des techniques d'anesthésie.

- **Les aides-soignants**

Ces professionnels assurent aussi bien l'entretien des locaux et du matériel que le brancardage ou le réachalandage des stocks de matériel.

- **Les agents de service hospitalier**

Selon les établissements, ils ont en charge l'entretien des locaux extra bloc et/ou intra bloc.

- **Les cadres de santé IBODE et IADE**

Ils ont en charge la gestion et l'animation des équipes, la gestion et l'organisation des programmes opératoires et du matériel.

- **Les manipulateurs en électroradiologie**

Souvent affectés à un service de radiologie et détachés selon un planning journalier au bloc opératoire, ils assurent les prises de clichés per-opératoires en salle d'opération.

- **Les autres professionnels** intervenant ponctuellement (ex : les techniciens biomédicaux).

Pour I. SAINSAULIEU, « Au bloc opératoire, les individus ont pleinement conscience d'être membres d'une communauté. Cette conscience se manifeste par l'attachement aux autres membres du service, car c'est un lieu de collaboration avec les collègues et autres catégories professionnelles, de confiance dans le médecin chef et sa capacité d'innovation. L'attachement au travail collectif et aux patients est source d'une confiance réciproque, d'une coopération vitale et d'une défense des intérêts du patron et du service. Dans ce contexte, on tolère les impairs de la hiérarchie et les personnels sont particulièrement soudés.

Univers sous pression de la demande, le bloc est un lieu de flexibilité du fait des aléas du planning opératoire. La complémentarité des identités professionnelles s'effectue dans le cadre de la mobilisation du personnel autour de l'opération. La communauté se nourrit d'un engagement individuel libre, intense et satisfaisant par ses exigences variées, par la réactivité demandée, l'obligation de résultat et par le niveau de performance »¹⁵.

Le mythe du « bloc » est aussi utilisé par les professionnels y exerçant comme rempart par rapport à l'extérieur comme par exemple la direction dont on refuse à priori toute ingérence. Le bloc opératoire comprend un héritage culturel vivant du fait de l'ancienneté souvent constatée du personnel. Ainsi, pour SAINSAULIEU encore, la dimension communautaire du bloc opératoire est fusionnelle de telle sorte que « les frontières travail/hors travail, public/privé, dedans/dehors, sont vite franchies.

Cependant, la multiplicité des métiers et des catégories professionnelles intervenant dans les blocs opératoires favorise aussi l'émergence de dysfonctionnements. Elle accroît les difficultés de coordination et de coopération pourtant nécessaires.

¹⁵ SAINSAULIEU Ivan, Les appartenances collectives à l'hôpital, Sociologie du travail, vol.48 – N°1, janvier-Mars 2006, Elsevier

Ainsi, l'ambiance d'un bloc opératoire n'est pas toujours sereine. La variété et la densité des savoirs, les priorités divergentes affichées par les différents acteurs sont quelques fois source de tensions entre professionnels ou avec l'organisation. C'est ainsi que dans le domaine de l'hygiène, tous les professionnels ne sont pas également convaincus du bien fondé des règles de bonnes pratiques, ce qui entraîne des incompréhensions voire des conflits.

2 La méthodologie d'investigation : enquête par entretiens semi-directifs

2.1 Les objectifs de l'enquête

Notre problématique s'organise autour de quatre hypothèses :

- L'architecture et l'organisation d'un bloc opératoire ne permettent pas toujours le respect des bonnes pratiques en matière d'hygiène.
- Une volonté d'affirmer une identité peut expliquer le non respect des règles de bonnes pratiques par les professionnels.
- Des représentations différentes de l'hygiène et de son lien avec les infections nosocomiales conditionnent les variations dans l'observance des règles de bonnes pratiques.
- La formation initiale et de spécialité des professionnels des blocs opératoires n'intègre pas suffisamment l'hygiène.

2.2 Le choix de la population interrogée

En raison du sujet traité, notre choix s'est porté sur une monographie réalisée auprès des professionnels d'un seul établissement, un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) qui offre ainsi la possibilité d'interviewer en parallèle les professionnels des blocs opératoires, les responsables et experts mais aussi les responsables des formations des différentes catégories professionnelles exerçant dans les blocs opératoires.

Si en tant que directeur des soins, notre légitimité s'arrête au personnel paramédical, nous avons malgré tout souhaité intégrer dans l'étude les personnels médicaux.

En effet, la prévention des infections nosocomiales et les bonnes pratiques préconisées concernent aussi bien les uns que les autres et font partie d'une dynamique d'équipe qu'il nous intéresse d'approfondir. De plus, par un croisement des éléments de réponse, nous espérons pouvoir mieux comprendre la problématique persistante.

C'est ainsi que nous avons réalisé 20 entretiens sur la base d'une grille.

L'établissement concerné est un centre hospitalier universitaire réparti sur deux sites, d'une capacité d'accueil de 1 285 lits employant 5 700 salariés dont 1 300 infirmiers et 720 aides-soignants.

Il héberge 27 services cliniques regroupés aujourd'hui en 14 pôles cliniques et médico-techniques.

Le centre hospitalier universitaire répond aux besoins de santé de la population de son secteur, délivre des soins hautement spécialisés et assure les missions d'enseignement et de recherche. L'établissement assure chaque année 51 000 admissions et 450 000 consultations.

Les blocs opératoires de cet établissement sont organisés en sept entités distinctes : quatre blocs sur un site et trois sur un autre. Dans le cadre d'une restructuration intégrale de l'établissement d'ici 2011 avec la construction d'un nouveau bâtiment ainsi que la rénovation et la remise aux normes de sécurité de l'ensemble, les blocs seront à terme regroupés sur un seul site.

Les blocs opératoires sont organisés comme suit :

- 1 bloc hyper aseptique pour l'orthopédie-traumatologie, la neurochirurgie, la chirurgie maxillo-faciale, l'ophtalmologie et une partie de l'ORL (oto-rhino-laryngologie)
- 1 bloc aseptique pour la chirurgie viscérale, la chirurgie vasculaire et la deuxième partie de l'ORL
- 1 bloc septique pour la chirurgie polyvalente
- 1 bloc pour la chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- 1 bloc pour l'urologie
- 1 bloc pour la gynécologie obstétrique
- 1 bloc pour la chirurgie pédiatrique

Pour réaliser notre enquête, nous nous sommes adressés aux professionnels de l'ensemble de ces blocs opératoires, aux sensibilités a priori connues comme différentes quant à la question de l'hygiène selon la spécialité chirurgicale.

2.2.1 Les responsables et experts

- Le pharmacien biologiste responsable de l'EOH (Equipe opérationnelle d'hygiène)
- Le cadre de santé de l'EOH
- Le directeur de la qualité et de la gestion des risques
- Le directeur des soins
- Le cadre supérieur da santé IADE
- Le cadre supérieur de santé IBODE
- 1 cadre de santé IADE

- 1 cadre de santé IBODE
- *Le président du CLIN de l'établissement n'a pas pu être interrogé car il s'est révélé indisponible malgré plusieurs sollicitations*

Nous avons souhaité compléter notre enquête en interrogeant un médecin responsable de CCLIN. Il nous apparaissait en effet intéressant de bénéficier d'une vision plus transversale et plus extérieure.

2.2.2 Les professionnels de terrain

- 2 chirurgiens : 1 chirurgien digestif et 1 chirurgien orthopédiste-traumatologue
- 2 médecins anesthésistes
- 2 IADE
- 2 IBODE

2.2.3 Les responsables des filières de formation

- Le responsable de la filière IBODE
- Le responsable de la filière IADE
- Le doyen de la faculté de médecine rattachée au CHU

2.2.4 Déroulement des entretiens

Les entretiens ont pu être réalisés dans de bonnes conditions et dans le cadre d'un accueil bienveillant. Ils ont en moyenne duré une heure chacun. Une grille d'entretien a servi de repère tout au long des séances. Les entretiens ont fait l'objet de prises de notes permettant de consigner les informations recueillies. Nous avons veillé à être le moins directif possible afin de ne pas influencer les propos de nos interlocuteurs et ne pas les mettre sur la défensive étant donné le caractère éventuellement sensible du thème de notre enquête.

Toujours dans ce souci, nous avons introduit le sujet par cette première phrase :

« Le thème de notre travail consiste à s'intéresser, dans un contexte de plus en plus contraignant, aux difficultés que peuvent rencontrer parfois les professionnels des blocs opératoires à respecter toutes les consignes ».

Ainsi, après un échange généraliste permettant de dépasser une première réserve, nous avons pu amener délicatement le thème précis, à savoir le respect des règles d'hygiène de base, puis à préciser que nous nous intéressons essentiellement à la tenue et à la circulation du personnel dans les blocs opératoires.

Les principes d'anonymat concernant l'établissement, le service et les personnes interrogées ont été rappelés à chaque fois.

2.2.5 Limites et points forts de l'étude

Comme nous l'avons présenté en début de travail, notre souhait a été de recueillir les avis, les idées et les sentiments de toutes les catégories professionnelles concernées par l'hygiène et les règles de bonnes pratiques au bloc opératoire. L'objectif a été de pouvoir comprendre ce qui se passe concrètement dans une équipe pour l'amener au respect aléatoire de ces règles.

Dans la mesure où nous ne cherchions pas à réaliser une enquête comparative entre établissements et avec le souci d'éviter que des éléments contextuels particuliers ne viennent « parasiter » notre travail, nous avons choisi de réaliser les entretiens dans un seul établissement.

Etant donné notre question de départ : « pourquoi les professionnels des blocs opératoires, alors qu'ils ont choisi d'exercer dans ce milieu particulier après une formation spécifique plus ou moins longue tout en connaissant les règles et contraintes liées, ne respectent pas toujours les règles d'hygiène de base ? », nous avons choisi d'interviewer les professionnels ayant suivi cette formation spécifique. Nous avons de ce fait exclu les aides-soignants et les agents de service hospitalier pourtant très investis dans l'hygiène au bloc opératoire. Leurs avis sur ce sujet auraient certainement enrichi notre étude.

2.3 Les résultats de l'enquête

Nous avons choisi de présenter les résultats de l'enquête selon les thèmes principaux.

2.3.1 Les représentations des professionnels par rapport à l'hygiène et aux infections nosocomiales

Tous les professionnels, toutes catégories confondues, s'accordent à dire que l'hygiène est importante, primordiale et incontournable dans leur travail. De façon générale, nous avons cependant pu constater que plusieurs personnes interrogées ont pensé en premier lieu à l'hygiène en tant qu'entretien des locaux, se sentant alors moins concernées, cette fonction étant pris en charge par les aides-soignants.

Pour un cadre IADE, l'hygiène a évoquée chez elle la préparation cutanée avant pose de cathéters. Elle a ainsi précisé que pour les poses de cathéters centraux les recommandations (préparation en cinq temps) étaient bien respectées, un peu moins pour

les cathéters courts, ce qui était moins important étant donnée la durée maximale de pose de 48h et la réalisation d'une douche préopératoire. Elle estime que les infections nosocomiales touchent uniquement les gestes les plus invasifs et que les systèmes de traitement de l'air au bloc opératoire et les produits décontaminant actuels autorisent plus de souplesse avec les règles d'hygiène.

Un IADE se demande pourtant pourquoi, malgré toutes les règles en vigueur, des infections nosocomiales apparaissent encore.

La responsable de la formation IADE pense quant à elle que si le lien existe bien entre hygiène et infections nosocomiales, il n'est pas toujours évident. Elle estime ainsi que le lien entre comportements et tenues inadaptes au bloc opératoire et infections nosocomiales n'est pas prouvé, ce qui explique pour elle les dérives notamment par les médecins qui ont un esprit scientifique et aussi par ses élèves mais dans une moindre mesure. Ces propos rejoignent effectivement ceux du doyen de la faculté de médecine qui estime que les règles ne sont pas admises par les médecins car elles n'ont pas de fondements scientifiques. La responsable de la formation IADE explique encore qu'en ce qui concerne la tenue et la circulation, les gens ne sont pas convaincus de l'utilité des règles. Elle pense encore que l'absence de bijou est plus importante que la tenue professionnelle (pyjama et sabots réservés à la zone protégée). Cela se rapproche de ce que pense cette autre cadre IADE qui estime qu'il n'est pas justifié de changer de tenue entre le bloc et la SSPI (salle de surveillance post interventionnelle dite aussi salle de réveil) dans la mesure où les deux zones ne sont pas très distantes. Le cadre supérieur IBODE estime quant à elle qu'« il ne faut pas vouloir tout mettre au même niveau, par exemple les chaussures hospitalières peuvent être tolérées ».

Pour l'un des médecins anesthésistes toutes les recommandations sont d'importance égale même s'il avoue dans le même temps : « il y a des jours, on fait des efforts et on respecte les règles et il y a des jours, on laisse tomber... ».

Le chirurgien viscéral confirme cette vision : « on est pressé, par confort personnel et par paresse, on ne se change pas [entre extérieur et intérieur du bloc opératoire], c'est plus pratique ! ». Il ajoute encore que si théoriquement les contraintes en termes d'hygiène sont justifiées, elles ne le sont pas en pratique. Ce même chirurgien évoque la notion de rituel en ce qui concerne la pratique chirurgicale. Ce rituel serait essentiel mais dépendant de chaque opération. Pour lui, c'est cela le fondement de la sécurité. Et en terme de règles d'hygiène, « ce qui est difficile, c'est que les choses viennent de l'extérieur : on touche au rituel ». Ce point est à rapprocher de ce qui est évoqué par le pharmacien biologiste responsable de l'EOH (Equipe Opérationnelle d'Hygiène) qui explique que « la règle crée une contrainte dans un univers où sont prônées la supériorité de la discipline, la vie en vase clos – celui qui m'impose la règle ne fait pas partie de la tribu », ce qui rend

la règle difficile à accepter. En effet, le doyen de la faculté pose la question de savoir par qui sont édictées les règles, les sociétés savantes ou d'autres ? Il précise que ce ne sont pas des lois mais des recommandations.

Un autre élément apparaît régulièrement au cours des entretiens : « il n'y a pas plus d'infections nosocomiales chez nous qu'ailleurs ! » ou encore « avant on ne faisait pas tout ça et on n'avait pas plus d'infections ! ».

Un dernier point a été évoqué par le cadre de l'EOH (Equipe Opérationnelle d'Hygiène): la question de la responsabilité collective face aux problèmes infectieux, forme de protection mettant en quelque sorte l'individu à l'abri de sa responsabilité propre. Par ailleurs, par un effet boule de neige, l'action collective peut également être un frein dans la mesure où certains peuvent être découragés de bien faire alors que d'autres font mal : « pourquoi désinfecter puisque le reste n'est pas fait ! ». Cela peut être à l'origine d'un laisser-aller général.

Le médecin responsable du CCLIN estime quant à lui que les professionnels n'ont jamais autant pris en compte les recommandations en hygiène et que pour lui les blocs opératoires s'inscrivent de plus en plus dans les démarches d'audits, démontrant ainsi un dynamisme prometteur.

2.3.2 Les difficultés à l'origine du non-respect des recommandations en matière d'hygiène

Les premiers éléments qui ressortent des entretiens concernent l'architecture et l'organisation. Ainsi quand l'architecture externalise la salle de réveil (ou SSPI), le respect des circuits est rendu plus difficile. En effet, une salle de réveil ainsi située oblige d'une part à une organisation et à des règles très strictes et d'autre part suppose des moyens en ressources humaines pas toujours compatibles avec la réalité du terrain et avec la pénurie bien connue en personnel spécialisé. Ainsi les personnes interrogées expliquent que les médecins anesthésistes trop peu nombreux pour pouvoir prévoir l'affectation de l'un d'entre eux uniquement à la SSPI, passent tout au long des journées de ce secteur à la zone protégée sans se changer, ce qui est pourtant contraire à la règle.

Sont également évoqués les problèmes de configuration des vestiaires, insuffisamment grands et qui ne permettent pas un circuit en sens unique empêchant les fautes, l'absence de tenues en nombre suffisant pour pouvoir en changer autant que nécessaire, l'absence d'un nombre de casiers individuels suffisants, l'absence d'isoloir pour se dévêtir dans le respect de la pudeur.

Un IADE explique que les contraintes liées à l'hygiène ralentissent le travail et donc le déroulement des programmes opératoires, « alors qu'on veut terminer à l'heure car les heures supplémentaires ne sont pas payées et impossibles à récupérer ».

La question du personnel novice (infirmier(ère)s non spécialisé(e)s) ne pouvant pas être suffisamment bien encadré par manque de personnel et de temps est évoquée par une IBODE. Cela entraîne la prise de mauvaises habitudes difficiles à corriger par la suite. Pour la responsable de la formation IBODE, le désir de travailler au bloc opératoire naît de l'intérêt pour le côté plus technique et non d'un intérêt pour l'hygiène ce qui expliquerait ainsi que malgré le choix d'exercer en bloc opératoire, les professionnels ne ressentent pas une inclinaison évidente pour l'hygiène. Cela apporte ainsi une explication au moins partielle à notre interrogation de départ.

Une difficulté plus originale est également présentée par la responsable de la formation IBODE: le problème de la féminité. En effet, elle explique que la majorité des personnes travaillant au bloc opératoire sont des femmes, et qu'il n'est pas forcément facile pour toutes de renoncer à leurs marques de féminité : « mettre le haut du pyjama dans le bas, ça n'est pas élégant ! ». Cette idée est également évoquée avec une pointe d'humour par le pharmacien biologiste responsable de l'EOH : « La même tenue pour tous ne permet pas de différence entre les individus. Le chirurgien ressemble à l'aide-soignant, la belle ressemble à la moche... ».

2.3.3 La question de la formation

Pour la responsable de l'institut de formation des IADE (infirmier(ère)s anesthésistes diplômé(e)s d'Etat) l'hygiène est l'élément de base au bloc opératoire, l'une des premières règles à respecter quand on entre au bloc. Dans la formation IADE, les bases de l'hygiène sont enseignées en première année, et approfondies en deuxième année avec 20 heures consacrées de façon spécifique. Par ailleurs, la proximité géographique de cet institut avec celui de formation des IBODE (infirmiers(ère)s de bloc opératoire diplômé(e)s d'Etat) a permis la mise en place de travaux dirigés communs entre les deux filières sur le thème de l'hygiène. La responsable de la formation IADE nous indique encore que l'hygiène est également appréhendée sous l'angle de la responsabilité juridique dans cet institut. Elle nous précise que les formateurs sont vigilants au respect des recommandations en hygiène lors des évaluations en stage et qu'en fonction de ce qu'ils observent sur le terrain, ils effectuent des réajustements dans les cours magistraux.

Malgré tout cela, la responsable de la filière indique que les élèves ne sont pas très intéressés par l'hygiène car ils ont l'impression que leur niveau dans ce domaine est suffisant.

Pour la responsable de l'institut de formation des IBODE (infirmiers(ère)s de bloc opératoire diplômé(e)s d'Etat) l'hygiène est évidemment indispensable au bloc

opératoire. Ainsi est-elle enseignée au cours des dix huit mois de formation au travers de 120 heures entièrement consacrées à ce sujet. Elle précise que cela est sans commune mesure avec les quelques heures prévues dans la formation des médecins.

Les responsables de formation des deux filières de spécialisation des infirmiers(ères) constatent, à leur regret, que malgré l'enseignement réalisé en institut, bien souvent les étudiants s'adaptent aux habitudes des services même si elles sont contraires aux règles : « en terme d'hygiène, les choses se gâtent après le premier stage ! » remarque la responsable de la formation IADE. Cela est dû à l'écart parfois constaté entre l'école et l'hôpital. Alors la question pour l'étudiant est de savoir comment gérer cet écart. Quel pôle d'identification va-il privilégier ? De quel modèle va-t-il s'inspirer pour construire son identité professionnelle, son positionnement ? Car selon Claude DUBAR¹⁶, l'identité se construit à travers l'identité aux autres et la distinction par rapport à eux (processus de différenciation et d'identification) : c'est ainsi qu'il distingue « l'identité pour soi » (identité individuelle, c'est-à-dire ce que je suis) et « l'identité pour Autrui » (identité collective, c'est-à-dire ce que l'on dit que je suis). Elles sont inséparables car l'identité pour soi est liée au regard et à la reconnaissance d'Autrui. Nous pouvons alors comprendre que les étudiants vont tenter de réduire l'écart entre les règles apprises et la pratique dans les services en adoptant des stratégies qui auront des incidences sur leur construction identitaire.

Des analyses de pratiques basées sur des problématiques de stages favoriseraient le questionnement, la mise en valeur des écarts et la confrontation à d'autres points de vue. Ce dispositif pédagogique permettrait à l'étudiant de déconstruire puis reconstruire ses connaissances, facilitant ainsi la création de sens dans l'action et la construction de son identité professionnelle en favorisant le développement d'une pensée critique personnelle.

La formation des médecins

Tous les professionnels interrogés, paramédicaux et médecins, estiment que l'hygiène est insuffisamment enseignée au cours des études médicales.

Pour les chirurgiens, viscéral et orthopédique, l'hygiène n'est absolument pas traitée à la faculté pendant les études. Le premier estime qu' « il faudrait rendre cela intéressant » sans préciser le comment.

¹⁶ DUBAR Claude, La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles, 3^{ème} édition, Armand Colin, Paris, 2000, pp.31-32

Ainsi, comme le souligne le chirurgien orthopédique, l'hygiène est transmise sous la forme d'un compagnonnage de génération en génération et pour le chirurgien viscéral « il faut éduquer les externes¹⁷ dès le départ ».

Un médecin anesthésiste évoque la nécessité de développer une formation interne à l'établissement pour tous les professionnels y compris le corps médical.

Le médecin en santé publique confirme les autres propos. Pour lui aussi, l'enseignement de l'hygiène aux étudiants en médecine est inexistante : « nous sommes en retard d'une guerre ! ». Il estime par ailleurs que la formation médicale telle qu'elle est faite aujourd'hui, apprend aux étudiants à travailler seuls et qu'il serait urgent de les décroiser.

Le doyen de la faculté de médecine, urologue par ailleurs, que nous avons pu interroger précise que l'hygiène est enseignée aux étudiants au travers des modules de bactériologie en troisième année et par l'intermédiaire de différents certificats possibles en infectiologie et en hygiène. Il confirme cependant les propos précédents en estimant cela insuffisant et inadapté. Mais il ajoute ensuite que la problématique du respect des règles d'hygiène au bloc opératoire est moins un problème de formation des médecins qu'un problème d'organisation des soins.

2.3.4 Les propositions pour améliorer la situation

A la lumière des informations recueillies auprès des professionnels, apparaît en premier lieu la nécessité de concevoir une architecture adaptée matérialisant de manière claire l'entrée dans une zone protégée. L'architecture doit contraindre au maximum, elle doit comme le dit le chirurgien viscéral « empêcher les gens de gruger ». Mais elle doit aussi être le fruit d'une réflexion d'équipe afin de correspondre aux besoins de chaque catégorie professionnelle et être ainsi mieux acceptée.

L'organisation est indissociable de l'architecture. Mais si l'architecture doit contraindre, l'organisation doit faciliter les choses aux professionnels. Ainsi, il est du ressort des responsables médicaux et paramédicaux des blocs opératoires de penser en ce sens et de mettre les moyens en place pour établir une cohérence entre les exigences et la pratique. Par exemple, l'organisation peut diminuer de manière sensible le nombre de changement de tenues par agent.

Aujourd'hui, les connaissances et les techniques peuvent effectivement favoriser le respect des règles de circulation dans les zones protégées telles que les blocs opératoires. Mais elles ne suffisent pas. En effet, même dans le bloc opératoire le mieux

¹⁷ Externes : étudiants en médecine de la 4^{ème} à la 6^{ème} année

conçu, avec l'organisation la plus réfléchie et la plus adaptée, il est toujours possible de faire mal : tout système peut engendrer un contre système.

A la question « que pensez-vous qu'il serait possible de faire pour que les professionnels respectent mieux les règles d'hygiène ? », presque tous les professionnels aimeraient que soient mis en place des indicateurs et des tableaux de bord et qu'ils soient informés des résultats. Car il apparaît que trop peu d'informations concernant les cas d'infections leur parviennent. Ainsi se montrent-ils tous favorables à la mise en place d'une politique d'évaluation avec des audits et des prélèvements. Les deux chirurgiens vont jusqu'à souhaité des évaluations nominatives avec affichage public ainsi qu'une information sur le nombre de procédures de demandes en réparation. Cela pourrait créer une émulation favorable à une amélioration continue des pratiques. Mais parallèlement, ils évoquent aussi la possibilité de sanctionner ceux qui ne respectent pas les règles par l'intermédiaire de la notation annuelle ou de l'attribution d'un blâme.

Quatre personnes ont imaginé d'autres déclinaisons de retours d'informations concernant les problèmes d'hygiène et les infections nosocomiales dans les blocs opératoires.

Ainsi la responsable de la formation IBODE et le cadre de l'EOH estiment qu'il serait intéressant de mettre en place des réunions de supervision avec un médiateur pour réaliser des analyses de pratiques. C'est ce que nous avons déjà évoqué dans le chapitre consacré à la formation des professionnels. Cela permettrait, dans un temps particulier, en dehors du programme opératoire et à l'abri de toute tension liée, de faire le point sur une journée qui se serait bien ou mal déroulée. Cela serait également l'occasion de mettre en place une dynamique nouvelle qui consisterait davantage à trouver ensemble, grâce à une prise de recul, des solutions plutôt que des responsables. Pour le pharmacien biologiste, il apparaît important de proposer des retours sur la surveillance des infections nosocomiales aux professionnels des blocs et les intégrer dans la surveillance des infections du site opératoire (ISO) autrement qu'en tant que simples « remplisseurs de fiches de recueil ». Il serait aussi nécessaire de systématiser les démarches de réflexion collective en cas d'infection marquante. Pour lui encore, « l'infection nosocomiale doit aussi être racontée sous forme de « vie patient » et pas seulement sous forme de statistique ». Ces démarches proposées sont confortées à notre sens par le médecin du CCLIN qui trouverait intéressant que soient réalisés, en équipe pluridisciplinaire, des retours comme les présentations de cas cliniques.

Ces quatre visions nous paraissent aller dans le même sens et avoir l'avantage, outre leur caractère complémentaire, de mettre en place une véritable dynamique d'équipe autour de la problématique de l'hygiène et des infections nosocomiales.

Le Conseil de bloc, structure réglementaire pourrait être à l'origine d'une telle impulsion.

2.4 La confrontation de l'analyse aux hypothèses

A la lumière des entretiens réalisés et analysés, il nous apparaît que les hypothèses exprimées sont confirmées et l'on peut ainsi affirmer que :

- Une architecture et une organisation de bloc opératoire adaptées peuvent favoriser le respect des bonnes pratiques en matière d'hygiène
- Une volonté d'affirmer une identité peut expliquer le non respect des règles de bonnes pratiques par les professionnels
- Des représentations différentes de l'hygiène et de son lien avec les infections nosocomiales conditionnent les variations dans l'observance des règles de bonnes pratiques
- La formation initiale et de spécialité des professionnels des blocs opératoires n'intègre pas suffisamment l'hygiène

En ce qui concerne la formation des personnels infirmiers, il apparaît utile d'introduire une nuance car plus que la formation elle-même c'est l'accompagnement de l'étudiant au travers de sa confrontation avec le terrain lors des stages qui apparaît insuffisant.

3 La stratégie d'action du directeur des soins

Selon le décret du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la Fonction Publique Hospitalière, le directeur des soins, par délégation du coordonnateur général des soins, coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins et collabore à la gestion des risques.

En ce sens, le directeur des soins a toute légitimité à intervenir dans le domaine de l'hygiène et du respect des règles de bonnes pratiques.

Comme nous avons pu le comprendre au cours de cette étude, la lutte contre les infections nosocomiales est par définition transversale, elle appartient aux grands projets d'un établissement et ne peut réussir que si elle est portée par la direction.

3.1 Le Directeur des soins à l'interface des acteurs de l'hôpital

3.1.1 La collaboration avec l'ensemble des directions

L'étude menée montre qu'afin que les règles d'hygiène soient respectées plusieurs critères et moyens doivent être réunis.

Ainsi le directeur des soins doit-il travailler en étroite collaboration :

- avec les services techniques pour mener, si besoin, une réflexion sur l'architecture, les circuits et les éléments techniques des blocs opératoires (traitement de l'air et de l'eau,...)
- avec les services économiques et la pharmacie pour obtenir les achats de matériels nécessaires à la mise en œuvre des protocoles élaborés par le CLIN
- avec la direction des finances pour obtenir d'éventuels budgets en faisant la démonstration du gain final obtenu en terme financier, qualitatif et humain grâce au respect des bonnes pratiques en hygiène
- avec la direction des ressources humaines afin de promouvoir une démarche d'évaluation des professionnels reposant davantage sur la qualité des pratiques, et afin d'intégrer dans le plan de formation les besoins spécifiques dans le domaine de l'hygiène
- avec la direction de la qualité pour définir la méthodologie de cette démarche d'évaluation des pratiques professionnelles et plus largement pour la mise en œuvre de la politique qualité dans l'établissement

3.1.2 Les instances

Le thème de l'hygiène et des infections nosocomiales apparaît régulièrement à l'ordre du jour des différentes instances : Commission Médicale d'Etablissement, Comité Technique d'Etablissement, Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail. La participation du directeur des soins à ces instances est importante. Cela doit permettre qu'une politique commune du corps médical et de la direction des soins soit définie et impulsée à partir des avis et des travaux des instances.

Le directeur des soins, membre du CLIN est garant de la diffusion et de la mise en œuvre des protocoles et recommandations émanant de cette instance. Il est également un facilitateur pour les travaux menés par le CLIN et ses sous-commissions (groupe air, groupe eau,...).

3.2 La responsabilité spécifique du Directeur des soins

3.2.1 Le projet de soins

L'élaboration du projet de soins peut être pour le directeur des soins l'opportunité d'afficher une ambition institutionnelle forte dans le domaine de l'hygiène et du respect des règles de bonnes pratiques.

Il est important que celui-ci soit en cohérence avec les objectifs décrits dans les autres projets de l'établissement, car il s'agit de développer une approche synergique des différents projets (projet médical, projet qualité, projet social,...) pour les appréhender de manière coordonnée.

3.2.2 La Commission des Soins Infirmiers, Médico-Techniques et de Rééducation (CSIMTR)

La loi du 31 juillet 1991 avait pris en compte le besoin de reconnaissance des personnels infirmiers en créant la commission du service des soins infirmiers. Depuis, l'ordonnance du 02 mai 2005 et le décret du 26 décembre 2005 ont renforcé ses missions et élargi ses compétences, pour devenir la commission des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation.

La CSIMTR est présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Cette commission, composée de représentants des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins, est consultée dans des conditions fixées par voie réglementaire¹⁸ sur :

- l'organisation générale des soins et de l'accompagnement des malades dans le cadre du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- la recherche et l'évaluation de ces soins ;
- l'élaboration de la politique de formation ;
- le projet d'établissement ;
- la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ;
- l'évaluation des pratiques professionnelles.

La CSIMTR peut soit être une instance consultative et de validation des projets et travaux menés, soit être une commission de travail, force de propositions auprès du directeur de l'établissement.

3.2.3 La formation initiale et continue

La politique de formation d'un établissement doit intégrer les orientations stratégiques de l'établissement.

Membre de l'équipe de direction, le directeur des soins est impliqué dans l'élaboration du plan de formation continue en partenariat avec la direction des ressources humaines. Parce que la formation est un élément incontournable pour permettre l'appropriation du changement, le directeur des soins prévoit les programmes de formation permettant aux professionnels d'acquérir et de renouveler les connaissances dans le domaine de l'hygiène. L'amélioration de la formation du personnel en hygiène hospitalière est d'ailleurs une des priorités des plans nationaux de lutte contre les infections nosocomiales.

La formation permet d'apaiser les inquiétudes, encourager l'ouverture au changement, rendre les comportements individuels moins routiniers, surtout lorsqu'il s'agit d'une formation pluri-professionnelle. Le directeur des soins, en partenariat avec la Commission Médicale d'Etablissement et en lien avec l'équipe opérationnelle en hygiène, peut aussi impulser une dynamique de formation interne à l'attention de tous les professionnels des blocs opératoires, médecins et personnel paramédical.

¹⁸ Article R.6146-4 du Code de la Santé Publique

Le directeur des soins s'implique dans la formation initiale, le 5^{ème} alinéa de l'article 4 du décret du 19 avril 2002 précise :

« il contribue à l'élaboration des programmes de formation et est responsable des étudiants lors des stages au sein de l'établissement. »

Dans le cadre du partenariat qu'il développe avec les directeurs des instituts de formation, il peut initier la mise en place de groupes de réflexion et d'analyse des pratiques sur le thème de l'hygiène et du respect des recommandations afin que les futurs professionnels soient bien sensibilisés à leur prise de poste.

Les mises en situation professionnelle et les évaluations de stage sont l'occasion d'évaluer les pratiques des étudiants mais aussi des professionnels de terrain si l'encadrement sait saisir l'opportunité. Le directeur des soins peut en faire un thème de travail institutionnel.

3.3 Le management par la qualité

L'implication claire des responsables institutionnels est un facteur déterminant pour la réussite de la politique qualité d'un établissement.

L'amélioration continue doit être un objectif permanent de l'organisation des soins dont le directeur des soins est responsable.

Pour cela, il est indispensable que la direction des soins associe l'ensemble des cadres de santé qui ont un rôle essentiel auprès des équipes, mais également des médecins. En effet, qui mieux que les cadres sont à même de percevoir les dimensions culturelles, techniques, stratégiques et structurelles de la démarche qualité pour passer progressivement d'une logique de moyens à une logique de résultats.

Le succès d'une démarche qualité repose sur l'implication des personnels et la satisfaction des acteurs chargés de la mettre en œuvre. Les cadres de proximité sont, à ce titre, au carrefour des enjeux de la démarche. Ils sont le relais indispensable entre l'engagement affirmé de la direction et la nécessité d'améliorer les pratiques professionnelles.

Si les cadres sont indéniablement le point d'appui des démarches qualité, ils doivent pour cela bénéficier d'une formation précise et suffisante.

Ainsi dans le domaine de l'hygiène, la direction des soins doit, avec l'encadrement de l'établissement, l'équipe opérationnelle d'hygiène et en collaboration avec la direction de la qualité, structurer le contrôle des différents processus et pratiques puis veiller que, de façon cyclique, leurs performances soient analysées, et si besoin que des propositions d'amélioration soient faites et mises en œuvre. Cela peut notamment se faire par le biais d'une revue régulière avec les responsables (analyse des pratiques), avec des audits

internes ou externes ou dans le cadre de retours d'informations formalisés comme par exemple les résultats du suivi des infections du site opératoire (ISO).

Par ailleurs et à l'inverse, il n'est pas négligeable de savoir repérer les améliorations et de les faire connaître auprès de tous afin de mettre en place une culture positive.

3.4 L'accompagnement au changement

A l'annonce d'un changement, l'attitude première des individus consiste le plus souvent à manifester une résistance. Cette résistance n'est pas forcément synonyme de rejet absolu, mais s'explique par le fait que les individus cherchent à comprendre les évolutions en cours et ne peuvent pas renier facilement les modèles ou pratiques qu'ils ont auparavant adoptés et peut-être prônés. Ainsi le changement ne va pas de soi et le directeur des soins peut aider les professionnels à vivre le changement s'il est conscient que « la rhétorique seule n'est plus suffisante pour s'adjoindre le concours des employés au processus de changement »¹⁹. Or, en matière de management, la réflexion s'est sans doute trop souvent focalisée sur une conduite du changement de nature unilatérale et descendante, au détriment de l'appropriation du changement par les individus concernés.

C'est pourquoi, de manière concrète, comme l'ont évoqué plusieurs personnes interrogées, il serait important de pouvoir instaurer des réunions de concertation pluridisciplinaire (médecins et paramédicaux) qui seraient un temps particulier pour analyser les pratiques, informer les professionnels des évaluations faites et leur présenter les tableaux de bords concernant les infections nosocomiales. Cela permettrait aux professionnels de prendre conscience de la nécessité de faire évoluer leurs pratiques.

Le directeur des soins pourrait être l'initiateur de cette démarche dans le cadre d'un partenariat avec les présidents des conseils de bloc et le Président de la Commission Médicale d'Etablissement.

¹⁹ DUFOUR Yvon et OUIMET Gérard, *Vivre et gérer le changement ensemble*, Revue française de gestion, Mars Mai 1997, N°113, pp.23-40

Conclusion

Les infections nosocomiales représentent un enjeu de santé publique reconnu comme une priorité nationale. Elles engendrent un surcoût économique conséquent pour les établissements de santé et font l'objet d'une sensibilité sociale croissante, comme l'illustre la mobilisation des médias. En termes éthiques et juridiques, être infecté dans un établissement de soins n'est ni logique ni acceptable aujourd'hui.

Les infections nosocomiales posent en dehors de leur traitement, le problème de leur prévention. Ainsi la lutte contre les infections nosocomiales figure désormais parmi les missions de tout établissement de santé. Les mesures d'hygiène hospitalière, en particulier le respect des règles de bonnes pratiques lors de la réalisation des soins et le suivi des recommandations, sont les principaux garants de leur prévention.

Désormais, les infections nosocomiales engagent systématiquement la responsabilité des établissements de santé auxquels il incombe, du fait du renversement de la preuve, d'argumenter voire d'éliminer le procès en faute qui à priori leur est fait. Pour s'exonérer de cette responsabilité, les établissements doivent prouver qu'ils ont mis en œuvre toutes les règles et recommandations en hygiène.

La politique qualité et gestion des risques, les démarches de certification et la mobilisation des acteurs dans le cadre de projets pluridisciplinaires sont les garants de cet enjeu.

L'hygiène est ainsi l'affaire de tous. Le rôle du directeur des soins, « garant de la qualité des soins aux patients » est le résultat de la combinaison de plusieurs éléments : évaluation, développement des performances individuelles et collectives, enrichissement des professionnels, formation continue et mobilisation permanente autour d'objectifs et de valeurs partagés.

Bibliographie

Ouvrages

- BENARD A./ FONTANT A L., avril 1994, *La gestion des risques dans l'entreprise : le management de l'incertitude*, Editions Eyrolles.
- DE GAULEJAC V., 2002, *L'identité*, In Vocabulaire de psychologie, Références et positions, Paris, Eres, 592p.
- DUBAR Claude, 2000, *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*, 3^{ème} édition, Paris, Armand Colin, collection U. sociologie, 255p.
- LAFAYE C., 1996, *Sociologie des organisations. Sociologie 128*, Paris, Nathan Université, 128p.
- MUCCHIELLI Roger, 1995, *La dynamique des groupes : connaissance du problème, applications pratiques*, 14^{ème} édition, Paris, ESF Editions, 194p.
- POUCHELLE Marie-Christine, 2003, *L'hôpital corps et âmes*, Essais d'anthropologie hospitalière, Seli Arslan, 218p.
- REYNAUD J-D., 1993, *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Paris, A. Colin, collection U. sociologie, 368p.

Articles

- AMIEL Céline, septembre 2005, « On sait qu'il n'y a pas de « vrais » risques. Discours et pratiques de soignants autour des infections nosocomiales », *Sciences sociales et santé*, revue trimestrielle, volume 23, n°3, pp. 37-68.
- DUFOUR Yvon et OUMET Gérard, Mars- Mai 1997 « Vivre et gérer le changement ensemble », *Revue française de gestion*, n°113, pp.23-40.
- POUCHELLE M.C., Juin 2005, « Infections nosocomiales et culture hospitalière », *Praticien hospitalier, Anesthésiste-Réanimateur*, n°33, pp.26-29.
- SAINSAULIEU Ivan, janvier-Mars 2006, « Les appartenances collectives à l'hôpital », *Sociologie du travail*, vol.48, n°1, , Elsevier, pp. 72-87.

Rapports :

- QUINTARD Bruno, et al, 2000, « *Représentations des infections nosocomiales et leurs déterminants* », *Laboratoire de psychologie EA 526, Université Victor Segalen Bordeaux 2*, 121p.
- DATAR-CREDES, 2000, « *Quel système de santé à l'horizon 2020 ?* » Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires- Paris : la documentation française.

Mémoires :

- RENOUF Nadine, 2005, *La prévention des infections nosocomiales : enjeux et stratégie du directeur des soins*, mémoire ENSP de directeur des soins, 77p.
- DJENADI Zohra, 2005, *Le conseil de bloc opératoire : un levier d'action au service des nouveaux enjeux de l'hôpital – La valeur ajoutée du directeur des soins*, mémoire ENSP de directeur des soins, 61p.
- VOSSART Rose, 2000, *La démarche qualité : un choix stratégique pour l'hôpital – Contribution de l'infirmière générale à partir d'un exemple dans les blocs opératoires*, mémoire ENSP d'infirmier général, 64p.

Documents

- ANAES, février 1999, *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, Direction de l'accréditation, 117p.
- ANAES, septembre 2004, *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, deuxième procédure, Direction de l'accréditation, 131p.
- C.CLIN OUEST, 1999, *Circulations au bloc opératoire et précautions d'hygiène*, 25p.
- Comité Technique des Infections Nosocomiales, 1999, *100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 121p.

Textes réglementaires et législatifs

- Décret précisé par la circulaire DGS/DHOS/E 2 N° 2000-645 du 29 décembre 2000 relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé
- Arrêté du 3 août 1992 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales, modifié par l'arrêté du 19 octobre 1995

- Article L 1413-14 du Code de la santé publique inséré par la loi 2002-303 du 4 mars 2002 et par la loi 2004-806 du 9 août 2004
- Décret 2001-671 du 26 juillet 2001 relatif à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique
- Circulaire DHOS/E2/DGS/SD5C n° 2004-21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé
- Circulaire n°DHOS/DGS/E2/5C/2004/599 du 13 décembre 2004 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005/2008 dans les établissements de santé

Liste des annexes

- Annexe 1 : Grille d'entretien mémoire

Annexe 1

Grille d'entretien mémoire

Phrase introductive à l'entretien

Le thème de notre travail consiste à s'intéresser, dans un contexte de plus en plus contraignant, aux difficultés que peuvent rencontrer parfois les professionnels des blocs opératoires à respecter toutes les consignes.

- Qu'en pensez-vous ?
- Que pensez-vous de l'hygiène au bloc opératoire ?
- Quel lien faites-vous avec les infections nosocomiales ?
- Est-ce que vous pouvez me raconter quelles sont les difficultés que les équipes rencontrent pour respecter les règles d'hygiène ?
- Quelles contraintes sont plus difficiles à assumer que d'autres ? circuits ? changements de tenues ? lavage des mains ?
- Pensez-vous que ces contraintes sont toutes justifiées ?
- Que pensez-vous qu'il serait possible de faire pour que les professionnels respectent mieux les règles d'hygiène ?
- Pensez-vous que les connaissances en hygiène transmises au cours des études des professionnels des blocs sont adaptées? Vous souvenez-vous de votre premier stage ?