

Université de Montréal

Le concept d'infirmière « championne » en prévention et contrôle des infections
analysé selon la théorie du *caring* humain

par
Joëlle Adib

Faculté des sciences infirmières

Travail dirigé présenté à la Faculté des sciences infirmières
en vue de l'obtention de la maîtrise
en sciences infirmières
option expertise-conseil en soins infirmiers

Décembre 2012

© Joëlle Adib, 2012

Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières

Ce travail dirigé intitulé :

Le concept d'infirmière « championne » en prévention et contrôle des infections
analysé selon la théorie du *caring* humain

Présenté par :
Joëlle Adib

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Docteure Chantal Cara, inf., Ph.D., professeure titulaire,
directrice de recherche
Docteure Anne Bourbonnais, inf., Ph.D., professeure adjointe,
membre du jury

Résumé

Le rôle important des infirmières dans la prévention et le contrôle des infections (PCI) a été confirmé par la création récente d'une spécialité infirmière dans ce domaine. Cependant, compte tenu du nombre restreint d'infirmières cliniciennes spécialisées (ICS), l'étudiante s'est demandée si l'adjonction d'infirmières soignantes « championnes » pourrait contribuer à améliorer la PCI. Considérant que ce concept de « championne » est encore peu connu au Québec, ce travail propose d'en explorer des facettes sous la forme d'une revue des écrits, dans le but de voir si l'instauration de championnes en PCI peut être une stratégie gagnante. Par ailleurs, comme la contribution d'une perspective disciplinaire offre des balises pour une meilleure pratique, ce travail dirigé a donc été mené avec, comme assise conceptuelle, la théorie du *caring* humain. En rapport avec cette théorie, quelques éléments pertinents au concept de « championne » sont examinés plus particulièrement : l'engagement, la collaboration et *l'empowerment*. En terminant, des recommandations pour la pratique infirmière des « championnes » en PCI sont proposées.

Mots-clés : agent de changement, *caring* humain, champion(ne), infection nosocomiale, infirmière, Jean Watson, prévention et contrôle des infections, théorie du *human caring*.

Summary

The important role of nurses in infection control and prevention (ICP) has been confirmed by the recent creation of a nursing speciality in this area. However, given the limited number of these clinical nurse specialists (CNS), the student wondered if the addition of registered nurses "champion" could improve ICP. Considering that the concept of "champion" is still little known in Quebec, this work proposes to explore it in the form of a literature review in order to determine whether the introduction of champions in ICP may be a winning strategy. Moreover, as the contribution of a disciplinary perspective provides guidelines for best practice, Watson's Human Caring Theory was used as a conceptual framework. In line with this theory, some elements relevant to the concept of "champion" are discussed, in particular: commitment, collaboration and empowerment. Finally, recommendations for the nursing practice of champion in ICP are proposed.

Key words: champion, change agent, human caring, Human Caring Theory, infection control and prevention, Jean Watson, nosocomial infection, nurse.

Table des matières

Résumé	iii
Summary	iv
Table des matières	v
Abréviations	viii
Dédicace	ix
Remerciements	x
Introduction	1
Problématique	4
But du travail dirigé	9
Objectifs du travail dirigé	9
Méthodes d'analyse.....	10
Analyse à la lumière de la théorie du <i>caring</i> humain de Watson	11
Méthode d'analyse de concept selon Walker et Avant	14
Recension des écrits	19
La prévention et le contrôle des infections	20
La place des infirmières en PCI	22
La prévention et le contrôle des infections au Québec	24
Les infections nosocomiales	25
Les obstacles à la PCI	28
Les moyens de favoriser la PCI	31

La pratique réflexive et l'utilisation des résultats probants en PCI ...	33
.....	33
Le concept de championne	35
L'origine de « championne »	36
La championne en PCI	37
Le cas « modèle »	38
Les « synonymes » du concept de championne en PCI	40
Un synonyme « <i>borderline</i> », « contraire » ou « illégitime »	46
Les antécédants des championnes	47
Les conséquences de l'instauration de championnes	48
Le <i>caring</i> humain de Watson et le concept de championne	50
Le <i>caring</i> humain et les quatres concepts centraux	51
Les processus de <i>caritas</i> cliniques et le concept de championne...	54
.....	54
Définition opérationnelle du concept de championne à la lumière	
de la théorie du <i>caring</i>	56
L'application de la théorie du <i>caring</i> en PCI	57
Discussion	59
Les défis de la PCI et l'impact potentiel des championnes	60
Les obstacles à l'implantation des championnes	63
Les critiques de la théorie de Watson appliquée en PCI	64
Recommandations	67
Recommandations en lien avec les divers groupes d'acteurs	69
1 – Recommandations aux directions de soins infirmiers et aux	

questionnaires	69
2 – Recommandations concernant les championnes	71
3 – Recommandations concernant les infirmières soignantes	73
4 – Recommandations applicables à tous les acteurs	74
Recommandations d'une démarche pour faciliter les changements grâce à la championne et inspirée de la théorie du <i>caring</i>	75
Conclusion	77
Références	81
Annexe 1. Méthode d'analyse de concept selon Walker & Avant (1995)	92
Annexe 2. Les dix facteurs <i>caratifs</i> de Watson	94
Annexe 3. Les processus de <i>caritas</i> cliniques	96

Abréviations

AMMIQ : Association des médecins microbiologistes infectiologues du Québec

APPI : Association des professionnels en prévention des infections

CDC : Centers for Disease Control and Prevention

CHU : Centre hospitalier universitaire

CUSM : Centre universitaire de santé McGill

ICS : Infirmière clinicienne spécialisée

IN : Infection(s) nosocomiale(s)

LSPQ61 : Loi sur la santé publique

LSSS62 : Loi sur les services de santé et les services sociaux

MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

PCC : Processus de *caritas* cliniques

PCI : Prévention et contrôle des infections

RNAO : Registered Nurses Association of Ontario

À mon fils

Remerciements

D'abord et avant tout, je voudrais remercier ma directrice, que je considère comme mon mentor, Docteure Chantal Cara. Son soutien et sa disponibilité, ses explications précises, ses commentaires judicieux, son souci de rigueur dans la rédaction, en un mot son *caring*, m'ont permis de mener à terme ce travail dirigé. Je lui en suis reconnaissante.

Mes remerciements à Docteure Anne Bourbonnais, pour avoir accepté d'être membre du comité d'approbation puis membre du jury. Avec sa patience, ses remarques justes et pertinentes de même que ses commentaires constructifs, elle m'a permis de finaliser ce travail, en rendant la fin de ce processus facile et plaisant. Je lui suis reconnaissante aussi.

Merci à toute ma famille : parents, fratrie, mari et enfant, pour leur amour, leur soutien et leur patience.

Merci à mes collègues pour leur écoute active et à mes gestionnaires pour leur compréhension.

Merci enfin, à mes ami(e)s, pour leurs encouragements. Plus particulièrement, à celles présentes à mes côtés, au jour le jour, Anne et Ellen, pour leur aide et leur confiance continue en mes capacités.

Introduction

La prévention et le contrôle des infections (PCI) a pris davantage d'importance ces dernières années pour les responsables du système de santé du Québec à la suite de multiples éclosions d'infections nosocomiales (IN), dont certaines ont causé plusieurs dizaines de morts (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2005, 2006a, 2006b, 2011). Dans cette démarche de prévention, les infirmières remplissent un rôle stratégique (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2004, 2008b; MSSS, 2006b, 2011). L'unicité de leur rôle a d'ailleurs été confirmée, par la création d'une spécialité infirmière en PCI, sanctionnée par une certification délivrée par l'OIIQ (2011). Cependant, ces infirmières cliniciennes spécialisées (ICS) ne peuvent surveiller et épauler de façon continue, c'est-à-dire, 24 heures sur 24, le personnel dans les établissements hospitaliers. En effet, le ratio minimal des ICS est censé être d'une infirmière pour 133 lits dans les centres hospitaliers de court séjour non universitaires et une ICS pour 100 lits dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) (MSSS, 2006b, 2011). Pourtant, même si ce ratio était atteint, leur tâche n'en demeurerait pas moins énorme.

De son côté, l'étudiante a observé que les ICS ne suffisent pas à la tâche pour instaurer et maintenir de bonnes techniques d'hygiène et de salubrité à travers tout le centre hospitalier où elle travaille. En relevant cette difficulté, elle

· Le féminin inclut le masculin tout au long du travail dirigé, de façon à alléger le texte.

a remarqué également que l'adhésion du personnel infirmier à la PCI semble inconstante, peut-être par habitude ou par manque de connaissances. Compte tenu des conséquences liées aux IN et qui peuvent parfois être graves pour la santé des patients, l'étudiante s'est demandé si l'utilisation de moyens novateurs, comme l'adjonction de « championnes » qui seraient des infirmières soignantes travaillant dans leur unité respective, ne constituerait pas une solution pertinente pour contribuer à l'amélioration de la PCI.

Ce concept de « championnes » décrit le phénomène de personnes qui se portent volontaires pour améliorer une situation dans un domaine particulier (RNAO, 2010), en l'occurrence pour ce travail dirigé, la prévention et le contrôle des infections. L'étudiante a donc décidé de l'explorer par le biais d'une recension des écrits, avec comme perspective disciplinaire la théorie du *caring* humain de Watson (1979, 2012), afin de vérifier s'il peut représenter une stratégie gagnante pour favoriser la PCI.

À la suite de cette recension, l'étudiante a discuté des limites rencontrées au cours de ce travail découlant de la pauvreté de la littérature scientifique francophone portant sur ce concept et de l'absence de théorie infirmière appliquée en PCI, plus spécifiquement celle du *caring*. Pour terminer, elle a proposé des recommandations dans le but de contribuer à l'amélioration des pratiques infirmières en PCI. L'étudiante est cependant consciente qu'un travail dirigé, de par ses contraintes pédagogiques, ne permet pas de tout explorer du concept de « championne », par exemple, les motivations, l'impact ou la formation de celle-ci. Elle espère que ce sera l'objet d'une recherche future plus poussée, comme un doctorat.

Problématique

La PCI en tant qu'élément important de la qualité et de la sécurité des soins (Craven, 2006; Mallaret et al., 2004; MSSS, 2005, 2011; OIIQ, 2008b; Ward, 2012) prend de plus en plus d'importance dans l'exercice infirmier, au même titre que la prévention des chutes et des plaies de lit ou le soulagement de la douleur (OIIQ, 2004, 2008b, 2011). Comme les infirmières cliniciennes spécialisées en PCI sont peu nombreuses, l'étudiante propose pour les aider dans leur mission l'ajout de « championnes ». Pour explorer ce concept l'étudiante a mené une recension d'articles scientifiques portant sur la PCI et sur le concept de « championne », en se basant sur la théorie du *caring* humain et en expliquant la raison de son choix d'une perspective disciplinaire infirmière.

La PCI est un travail de longue haleine qui consiste en une lutte continue contre les infections dites nosocomiales (IN) et qui nécessite, entre autres, la cohérence des actions de prévention (Alfandari & Beaucaire, 1998; MSSS, 2005, 2006a, 2011) et la modification de pratiques non sécuritaires de nombreux intervenants (Haley et al., 1985; Lemay, 2008; MSSS, 2005, 2006a, 2011). Déjà en 1985, Haley et ses collaborateurs avaient exposé dans leur recherche les trois éléments centraux de la PCI moderne : une surveillance continue des infections, des efforts de contrôle actifs de tous et un personnel qualifié en PCI. Effectivement, la surveillance des IN constitue l'élément principal d'un programme de PCI (MSSS, 2011) et contribue à la réduction

d'éclotions d'IN plutôt qu'à l'élimination des germes responsables de ces infections (Barrett, 2006). Elle représente un moyen d'améliorer la qualité des soins et exige parfois des changements en profondeur de certaines cultures professionnelles, sans chercher pour autant à blâmer le personnel (Dettenkofer et al., 2010).

Une surveillance des infections nosocomiales peut cependant être complexe à mettre en place ou nécessiter beaucoup de temps (Alfandari & Beaucaire, 1998; Barrett, 2006; Craven, 2006). De plus, même si la surveillance demeure essentielle, elle ne suffit pas à motiver des changements dans la pratique de PCI du personnel de soins (Lovett & Massanari, 1999). Il faut donc trouver des moyens créatifs de PCI qui facilitent la contribution de tout le personnel, afin qu'il se sente engagé et non seulement observateur (Barrett, 2006; Clancy, 2010).

Les conséquences économiques des IN sont énormes pour le système de santé, en plus de leur lourd impact sur la santé des personnes qui en sont atteintes (MSSS, 2005, 2011). C'est pourquoi l'urgence de les surveiller, de les limiter et, ultimement, de les éliminer a été soulignée par les experts œuvrant dans le domaine de la santé publique (MSSS, 2005, 2006a, 2006b, 2011). Ces derniers présupposent que pour instaurer une « culture de la prévention des infections », il faut des acteurs, notamment des ICS, mais pas seulement celles-ci. En effet, l'infirmière soignante, même si elle n'est pas appelée à être une ICS, a un rôle et des responsabilités en matière de PCI (OIIQ, 2008b). Alors, afin de soutenir les ICS, l'adjonction d'infirmières intéressées par la PCI pourrait porter des fruits. Différents termes ont été utilisés pour qualifier ces infirmières,

plus spécifiquement celui de « championne » que l'étudiante a choisi d'explorer dans ce travail dirigé.

Ainsi, une championne² des meilleures pratiques, selon la *Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO, 2011)*, correspond à une infirmière qui aimerait améliorer la pratique des soins dans son organisation. Elle peut prendre différents rôles : influencer les personnes et les mobiliser, faciliter la formation du personnel et l'initier aux meilleures pratiques. De nombreux auteurs (Craven, 2006; Damschroder et al., 2009; Gallagher et al., 2010; Lewis & Edwards, 2008; Shortell et al., 2004; Soo, Berta, & Baker, 2009) indiquent que lorsqu'il s'agit d'améliorer la qualité des soins, la présence d'une championne est associée au succès de la mise en place de changements et d'innovations dans l'organisation. Une championne joue le rôle de modèle, d'enseignante et d'avocate pour ses collègues (Craven, 2006; MSSS, 2006b; Olson, Tooman, & Alvarado, 2010; Soo et al., 2009; White et al., 2012) et leur offre un soutien psychologique et éducatif (Shortell et al., 2004). Elle s'efforce de trouver les ressources matérielles ou autres dont le personnel peut avoir besoin (Shortell et al., 2004; White et al., 2012). Par ailleurs, le MSSS (2006a), qui donne un titre apparenté à ces personnes, souligne également leur apport en écrivant « (...) qu'une équipe de PCI devrait s'associer des agents multiplicateurs dans les diverses unités de soins et services de l'établissement (...) » (p.85). Compte tenu des réussites associées aux championnes dans la prévention des chutes et des escarres (Blankenship & Denby, 2010) et dans le soulagement de la

² À partir d'ici, championne sera utilisé sans guillemets pour alléger le texte. Ce terme sous-entend, cependant, le concept étudié.

douleur (Gervais, 2008; Stenger, Schooley, & Moss, 2001), l'étudiante estime que leur implication en PCI devrait être plus encouragée.

Ayant fait le tri dans les documents portant sur la PCI, l'étudiante s'est rendu compte que les théories régissant ce domaine proviennent en majorité de la médecine, de la psychologie, des sciences sociales et même de la gestion. En fait, même si le rôle des infirmières dispensant des soins de prévention et de protection des infections constitue une dimension importante des soins infirmiers, et ce, depuis longtemps (Donnelly, 2008; Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010), il demeure occulté dans les théories et les conceptions infirmières (Bernard, 2009). L'étudiante considère cependant qu'il est pertinent de placer une théorie infirmière au centre de la PCI, surtout que cette spécialité est maintenant reconnue par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2011). Alors, pour mener à bien l'exploration du concept de championne, l'étudiante a choisi comme perspective disciplinaire la théorie infirmière du *caring* humain de Jean Watson (1979, 1985, 2012). Ce choix s'est imposé à l'étudiante, non seulement parce que cette théorie permet de pratiquer le soin avec humanisme (Cossette, Cara, Ricard, & Pepin, 2005; Pepin et al., 2010), mais aussi parce que c'est l'une des rares théories qui considère la personne soignée et celle qui la soigne, en l'occurrence l'infirmière (Cara, 2003). Or, l'étudiante voulait s'appuyer sur une théorie qui prenne en compte l'infirmière soignante « championne », afin de l'aider à explorer les différentes facettes de ce concept.

Enfin, l'étudiante a consulté des méthodes d'analyse de concepts (Meleis, 2007; Walker & Avant, 1995) pour étudier le concept de championne et

a retenu celle de Walker et Avant. Comme ce concept est encore relativement méconnu dans les écrits francophones, l'étudiante a jugé qu'il serait judicieux de l'explorer en utilisant cette méthode plus descriptive constituée de huit étapes (voir Annexe 1).

But du travail dirigé

Explorer, à la lumière de la théorie du *caring* de Watson (1979, 1985, 2012), le concept d'infirmière «championne», afin d'identifier son potentiel comme stratégie gagnante, pour favoriser la PCI dans les unités de soins.

Objectifs du travail dirigé

A - Présenter le contexte de la PCI

B - Recenser et analyser les écrits portant sur le concept de championne à l'aide de la méthode de Walker et Avant (1995) et de la théorie du *caring* de Watson (1979, 1985, 2012), notamment en ce qui se rapporte à la contribution de la championne en PCI

C - Proposer des recommandations en lien avec ce concept, afin de sensibiliser le personnel infirmier à cette stratégie innovatrice en PCI

Méthodes d'analyse

Afin d'explorer le concept de championne, deux approches ont été utilisées, soit la méthode d'analyse de concept de Walker et Avant (1995) et la théorie du *caring* humain de Watson (1979, 1985, 2012) considérée comme perspective disciplinaire pour guider l'étudiante dans son analyse de ce concept. La théorie du *caring* s'applique aussi bien aux patients qu'aux infirmières, quel que soit l'environnement de ces dernières (Noel, 2010), elle peut donc être considérée comme un guide qui aide l'infirmière à décrire ce qu'elle est et ce qu'elle fait, au-delà de ce qui lui est demandé dans sa description de tâches (Caruso, Cisar, & Pipe, 2008). Cette perspective disciplinaire utilisée comme guide d'analyse est d'abord présentée, puis la méthode d'analyse de concept de Walker et Avant est expliquée.

Analyse à la lumière de la théorie du *caring* humain de Watson

À la question : « Que font les infirmières ? » Rodgers (2005) (citée dans Pepin et al., 2010, p. 3) répond que ce qui importe le plus, ce n'est pas ce que font les infirmières mais ce qu'elles savent. En effet, après des décennies d'efforts, elles sont arrivées à préciser leur apport unique à la santé des personnes et des populations, grâce à un affinage dans la description de leur perspective disciplinaire (Pepin et al., 2010). Ainsi, lors d'une conférence

récente, Cara (2012) a fait remarquer qu'une perspective disciplinaire oriente la pratique, surtout quand il s'agit d'activités complexes comme la PCI et facilite la compréhension des phénomènes en lien avec celle-ci. Falk-Rafael (2005) affirme, qu'en général, une théorie procure une base solide aux personnes qui pratiquent dans une discipline spécifique, ce qui les aide à garder le cap. Effectivement, Pepin et al. (2010) expliquent que, consciemment ou non, une infirmière fonde sa pratique professionnelle sur une perspective disciplinaire. Walker et Alligood, (2001, citées dans Meleis, 2007, p. 159), mettent en garde cependant contre l'utilisation de théories empruntées à d'autres disciplines, lesquelles, tout en servant la science, ne font pas avancer la cause des sciences infirmières. Marcks (1995) indique qu'une théorie en sciences infirmières souligne clairement la contribution des infirmières en tant que professionnelles et les distinguent de la profession médicale. De plus, une théorie comme le *caring* humain permet à l'infirmière de trouver un sens gratifiant à son travail (Cara & O'Reilly, 2008). Dyess, Boykin et Rigg (2010) ajoutent que les théories enracinées dans la science du *caring* ont démontré qu'elles améliorent les soins, bonifient la communication et l'éducation, tout en rehaussant le professionnalisme. Enfin, Watson (2009b) souligne que les professionnelles des soins infirmiers recherchent de plus en plus une pratique authentique basée sur le *caring* qui va les encourager à pratiquer des soins humanistes et de qualité, en ces temps de désespérance, conséquence des réductions de personnel et de perte de repères de l'essence même d'être infirmière.

La théorie du *caring* propose une nouvelle direction au soin : développer des approches préventives plutôt que des approches réactives aux problèmes de santé (Noel, 2010; Watson, 2012). Or, la meilleure PCI, demandent Bigras et Pichette (2008), n'est-elle pas effectivement une démarche préventive plutôt que réactive? En effet, affirme le MSSS (2005, 2006a, 2006b), il est bien plus judicieux de prévenir l'écllosion des infections par un bon programme de surveillance et des sessions d'information au personnel, ou encore, dans le cadre de ce travail dirigé, par la formation de championnes en PCI, que d'avoir à traiter des infections, avec leurs lots de souffrances pour les personnes atteintes et de dépenses encourues par le système de santé. En ces temps de restrictions budgétaires et de transformation du réseau de la santé, les valeurs humanistes et holistiques de la théorie du *caring* peuvent aider l'infirmière à préserver la dignité de ses patients et de ses collègues, car elle va prendre en compte leur expérience de santé respective et leurs priorités, plutôt que de se concentrer sur les actions comme dans une approche curative et instrumentale (Cara & O'Reilly, 2008; Noel, 2010).

La théorie du *caring* de Watson s'insère dans le paradigme de la transformation (Pepin et al., 2010). Dans ce paradigme, chaque phénomène est particulier et, même si certaines similarités sont présentes entre différents phénomènes, l'unicité demeure présente. Ce paradigme a une dimension holistique et humaniste qui se retrouve dans certains aspect du *caring* de Watson, tels l'unicité de la personne, le respect, la collaboration et l'engagement (Cara & O'Reilly, 2008).

Ainsi, la théorie du *caring* prône le respect de l'unicité de chaque personne et de son expérience subjective, en plus de voir la personne comme un ensemble formé de toutes ses connaissances et ses expériences. Par conséquent, cette théorie paraissait la plus adéquate pour explorer le potentiel du concept de championne dans le cadre de la PCI selon une nouvelle perspective.

Méthode d'analyse de concept selon Walker et Avant

Meleis écrit en 2007 que le fait de formuler et de nommer un concept tend à modeler et à guider la façon d'observer, d'expérimenter et de comprendre les situations, de même que les événements. Pour leur part, Walker et Avant (1995) ont proposé une définition de la notion de « concept », lequel consiste en une image mentale d'un phénomène, une idée ou une construction que l'esprit se fait d'une chose ou d'une action. Les deux auteures indiquent que ce n'est pas l'objet ou l'action eux-mêmes, mais plutôt une façon d'organiser l'information. Elles mentionnent aussi que le concept est exprimé par le moyen de mots (terme ou variable).

Afin d'approfondir l'analyse du concept de championne, l'étudiante s'est inspirée des huit étapes de la méthode de Walker et Avant (1995) de la façon suivante : 1) choisir le concept de championne, afin de déterminer quelle dimension lui est donnée en PCI; 2) déterminer le but de l'analyse qui est de promouvoir la PCI; 3) identifier l'usage usuel du concept (qui est plus connu dans des domaines, tels le sport ou le droit); 4) faire ressortir quelques

caractéristiques du concept ou des concepts apparentés, afin de découvrir s'il y a des similarités, des contradictions ou des redondances entre les différents termes; 5) proposer un cas modèle; 6) offrir un cas contraire, ou un concept « illégitime »; 7) identifier les antécédents (par exemple, les qualités identifiées chez les championnes) et les conséquences du concept (la valeur ajoutée à la présence d'une championne) et, finalement, 8) soumettre une définition opérationnelle de championne, qui dans le cadre de ce travail dirigé, s'appuie sur la théorie du *caring*.

La recension des écrits a permis de trier les documents pertinents à la PCI où il est question de championne, et d'écarter plus tard ceux qui se rapportent à d'autres domaines, puisque ce concept se retrouve ailleurs qu'en PCI. L'étudiante a effectué cette recension en utilisant les moteurs de recherche *Medline*, *CINAHL*, *ERIC* ainsi que *Google Scholar*. Elle a consulté les publications électroniques des 12 dernières années (de 2000 à 2012) en utilisant les mots-clés suivants : agent de changement, *caring* humain, champion(ne), infection nosocomiale, Jean Watson, prévention et contrôle des infections, infirmière, théorie du *human caring*, ainsi que leurs combinaisons, et ce, en français et en anglais. À la suite de la lecture des documents primaires, l'étudiante a trouvé avisé de rechercher les références pertinentes citées dans ces écrits, pour ajouter un complément d'informations à son travail. Ainsi, la recherche a été étendue sur plus d'années, en particulier en ce qui concerne le *caring*, parce que Watson a écrit la première version de sa théorie vers la fin des années 70, début des années 80. C'est dire que les écrits consultés

recouvrent finalement ceux produits de la fin des années 70 jusqu'à ceux publiés en 2012.

L'étudiante a mené aussi des recherches dans les catalogues des bibliothèques de l'Université de Montréal et celles de l'Université McGill, afin de retrouver d'autres types d'écrits qui n'étaient pas disponibles sur support électronique (littérature grise), tels que livres, rapports, mémoires ou thèses. Enfin, elle a regroupé les écrits selon trois thèmes : la PCI, le concept de championne et la théorie du *caring*.

Pour le premier thème, l'étudiante a exploré les écrits qui décrivent la PCI, sa place dans le système de santé au Québec, les moyens de la mener, les obstacles à son application, les infections nosocomiales et le rôle des infirmières dans ce domaine. Elle a consulté plus d'une centaine de documents et en a retenu 43 en raison du fait qu'ils étaient pertinents aux objectifs du travail. Pour ce qui est du concept de championne, l'étudiante a relevé 52 articles qui explorent ce concept, en PCI ou dans d'autres domaines. Ensuite, elle a analysé plus spécifiquement 22 documents qui se rapportent à la PCI. Pour le thème du *caring*, l'étudiante a relevé les notions qui, selon elle, seraient appropriées au concept de championne en PCI, récupérées des écrits de Watson (1979, 1985, 2012) ou d'autres auteurs, comme : la collaboration et l'accomplissement professionnel (Cara & O'Reilly, 2008), le développement du potentiel (Cara, 2003), l'*empowerment* (Cara, 1999; Noel, 2010) et l'engagement dans une expérience d'apprentissage/enseignement (Caruso et al., 2008). En tout, pour ce thème, l'étudiante a passé en revue 60 documents et en a utilisé 32. En définitive, l'étudiante a relevé pour les trois thèmes un plus

grand nombre d'écrits en anglais qu'en français. Plus précisément, en ce qui concerne le concept de championne (ou d'un concept apparenté), elle n'a trouvé que sept documents en français qui en font état, que ce soit en lien avec la PCI ou avec un autre domaine. Cette particularité a attisé l'intérêt de l'étudiante car elle lui permet d'explorer un concept peu connu au Québec et qui pourrait représenter une stratégie porteuse pour améliorer la PCI dans les établissements de soins.

Concernant le terme « championne » en PCI, il a été recensé seul (Craven, 2006; Damschroder et al., 2009; Saint et al., 2009; White et al., 2012) ou accompagné d'un déterminant : « *cleanliness champion* » (Freeman, 2011; Phillips & Ker, 2006), « *clinical champion* » (Lewis & Edwards, 2008) « *practice champion* » (Gallagher et al., 2010), « *product champion* » (Locock, Dopson, Chambers, & Gabbay, 2001), « *team champion* » (Shortell et al., 2004).

Par ailleurs, l'étudiante a relevé les concepts apparentés à championne en PCI suivants : « agent multiplicateur » (MSSS, 2006a), « *change agent* » (Faubert, 2009; Koteyko & Carter, 2008), « *clinical opinion leader* » (Cooper, 2007), « correspondante en hygiène » (Warnet, 2009), « *infection control liaison nurse* » (Horton, 1993), « innovateur » (Guillin-Baudry, 1997), « *negatif role modeling* » (Cole, 2006), « *opinion leader* » (Cooper, 2007; Locock et al., 2001; Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate, & Kyriakidou, 2004), « pionnier » (Guillin-Baudry, 1997), « référent » (Alfandari & Beaucaire, 1998), « *role model* » (Cole, 2006; Erasmus et al., 2009; Lankford et al., 2003; Pittet et al., 2004; Ward, 2012) et les a passés en revue pour déterminer s'ils se rapprochent ou non du concept de championne.

Pour terminer l'exploration de ce concept, et selon la méthode de Walker et Avant (1995), l'étudiante a relevé un exemple : « *ownership* » (Barrett, 2006) qui pourrait être qualifié de concept « illégitime », « contraire » ou « borderline ».

Recension des écrits

Au cours des prochaines pages, l'étudiante passera en revue les documents scientifiques se rapportant à la prévention des infections, au concept de championne et à la théorie du *caring* humain. Elle fera en même temps une synthèse des trois thèmes de façon à démontrer que le *caring* peut constituer une valeur ajoutée lorsqu'il est appliqué par les championnes en PCI. Cela lui permettra, pour finir, de donner une définition opérationnelle de « championne ».

La prévention et le contrôle des infections

La prévention et le contrôle des infections ou PCI consiste à surveiller les infections dites nosocomiales, à répertorier ces dernières et à les combattre (MSSS, 2006b). Le personnel qui s'occupe de PCI regroupe en grande partie des infirmières spécialisées et des médecins (microbiologistes, épidémiologistes et infectiologues). La fonction principale de leur mission de PCI, qui est une fonction transversale au bénéfice de tous les services (Delcourt, 1996), est l'institutionnalisation de l'hygiène et de la salubrité dans leur établissement de santé et l'identification des IN (MSSS, 2005). Les autres fonctions comprennent le contrôle de l'utilisation des antibiotiques, la vigie des éclosions, la mise en place de protocoles et procédures de prévention, tel le lavage des mains ou l'insertion aseptique d'un cathéter central périphérique, la gestion sanitaire de

l'environnement physique et du matériel et enfin, l'évaluation périodique de l'efficacité de ces mesures (Alfandari & Beaucaire, 1998; Baker, 1999; Lévesque & Goulet, 2008; MSSS, 2005; 2006b). Pour ce faire, ces spécialistes de la PCI vont faire preuve de vigilance en menant des surveillances ciblées et en gérant les éclosions. De plus, elles vont diffuser de l'information, enseigner les précautions universelles et additionnelles, recueillir des données, poursuivre des recherches, évaluer des programmes et encourager la collaboration du reste du personnel de l'établissement au maintien d'une PCI efficace, qu'il soit agent de nettoyage, technicien de laboratoire ou chirurgien (Lévesque & Goulet, 2008; MSSS, 2005). Tout ceci devant se traduire par la réduction du taux d'incidence des IN. Évidemment, l'objectif idéal de la PCI en est un de lutte permanente contre toutes les IN, partout et en tout temps, dans les établissements de soins (Alfandari & Beaucaire, 1998) et leur éradication. Étant donné que cet idéal est loin d'être atteint, car il exige un investissement en moyens humains et matériels colossaux, il faut donc trouver des moyens efficaces et plus rentables pour réduire l'incidence de ces infections, d'où la réflexion entourant ce travail dirigé.

Il faut rappeler que la PCI recouvre une succession de petits gestes qui demandent une attention permanente et répétitive, et ce, de la part de tout le personnel hospitalier (Bigras & Pichette, 2008; Carven, 2006; Cole, 2006; Warnet, 2009). Pour assurer une prévention optimale contre les IN, il faut des contrôles fréquents, des méthodes et des procédures de stérilisation et de désinfection et bien sûr une mise à jour de ces techniques, car la résistance des microbes elle, évolue sans arrêt (Bigras & Pichette, 2008; Lemay, 2008; MSSS, 2011; Pittet, 2000). Cette démarche d'amélioration des soins doit être menée

comme un processus continu et itératif (Craven, 2006; Leprohon, 2000; MSSS, 2005; Warnet, 2009) qui utilise des résultats probants scientifiques provenant des pratiques cliniques qui ont fait leurs preuves (Lemay, 2008). Certains auteurs (Horton, 1993; OIIQ, 2008b; Ward, 2011) s'accordent pour dire que rien ne vaut la formation et l'éducation en PCI et cela, avant même de commencer à pratiquer, c'est-à-dire durant le cursus d'études. Ils suggèrent que les principes de PCI et le rôle qu'y joue toute infirmière (soignante, gestionnaire, ou autre) soient enseignés dès la formation initiale de ces personnes. Freeman (2011) ajoute que les infirmières ayant reçu une formation complémentaire en PCI montrent une plus grande confiance en leurs compétences en prévention des infections et en leur rôle vis-à-vis de leurs collègues et des patients, que celles qui n'y ont pas eu accès.

La place des infirmières en PCI

Les infirmières ont depuis longtemps reconnu que la PCI fait partie des soins et qu'elles doivent y jouer un rôle important (OIIQ, 2008b). Elles ont contribué à la PCI bien avant qu'elle ne soit nommée ainsi (Bernard, 2009; Lewis & Edward, 2008; McCreery, 2010; OIIQ, 2008). En effet, celle qui pourrait être considérée comme l'ancêtre des championnes en PCI est nulle autre que Florence Nightingale qui, durant la guerre de Crimée, était convaincue que le respect de « l'hygiène » ferait une différence pour la santé des soldats blessés (Donnelly, 2008; Pepin et al, 2010). Il faut se rappeler qu'à cette époque, la théorie du « germe » n'existe pas encore. Pourtant, en nettoyant

l'environnement immédiat des blessés, Nightingale a permis de réduire la mortalité des soldats de 80% (Donnelly, 2008). Elle a utilisé l'analyse d'observations et de données statistiques pour apporter des changements dans les pratiques sanitaires et dans certains stéréotypes sociaux (Pepin et al., 2010). En cela, elle est l'archétype de la championne en PCI.

Duffy (2002) et Horton (1993) indiquent que les infirmières, de par leur proximité et leur présence continue au chevet des patients, occupent une excellente position pour surveiller les IN et surtout pour prévenir leur apparition. D'ailleurs, l'OIIQ (2008) rappelle aux infirmières qu'il est important de mettre à jour ses connaissances en PCI. L'OIIQ (2008b) revendique aussi l'importance, pour toute infirmière, de posséder des connaissances de base en microbiologie et d'être responsable de la prestation sécuritaire des soins, notamment du point de vue de la PCI. De plus, le niveau d'expertise devrait évoluer et correspondre au niveau de formation. En d'autres mots, si pour une étudiante en soins infirmiers les précautions universelles sont enseignées pour être pratiquées automatiquement, il est attendu d'une infirmière clinicienne qu'elle comprenne les principes théoriques de microbiologie, d'épidémiologie et de statistiques qui sous-tendent ces précautions, en plus d'avoir une certaine connaissance des lois et des règlements qui régissent la santé ou la sécurité des usagers et du personnel et qu'elle puisse faire des liens en utilisant tous ces éléments dans sa pratique (Horton, 1993; OIIQ, 2008b). La PCI pourrait donc être influencée par les savoirs (Cole, 2006; Pittet et al., 2004), de même que par l'application de lois et de règlements.

La prévention et le contrôle des infections au Québec

En effet, au Québec, il ne manque pas de lois, de normes et de règlements pour encourager la PCI et combattre les IN (MSSS, 2005; 2006a). En effet, la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS62) (citée dans MSSS, 2005, 2006a, 2008, 2011) décrit aussi bien le droit des usagers à des soins sécuritaires que les responsabilités des professionnels de la santé à rapporter tout incident ou accident constaté, incluant les IN. Cette loi oblige aussi tout établissement de santé à prendre les moyens destinés à promouvoir et à assurer la sécurité des usagers et à réduire la fréquence des effets indésirables liés à la prestation des services et des soins. La Loi sur la santé publique (LSPQ61) (citée dans MSSS, 2005, 2006a, 2008, 2011) clarifie les responsabilités du directeur de la santé publique, des établissements de santé et des médecins en ce qui à trait à la protection de la santé de la population. Par ailleurs, les codes de déontologie de tous les professionnels de santé ont des énoncés sur la protection de la santé des usagers et sur l'obligation de ces professionnels à prendre les moyens raisonnables pour rendre les soins sécuritaires, en plus de l'exercice de leur profession selon les normes les plus élevées (MSSS, 2005, 2008, 2011). Ainsi, la Loi sur les infirmiers et infirmières (OIIQ, 2008a, art. 36) définit l'exercice infirmier dans ce qu'il doit être : Évaluer l'état de santé du patient, décider du plan de soins et le mettre en œuvre et donner des soins dans le but de maintenir la santé et de prévenir la maladie. Cette loi dit aussi que l'infirmière devrait tenir à jour ses compétences professionnelles pour fournir les soins selon les normes de pratiques reconnues

(OIIQ, 2008a, art. 18). De plus, la PCI doit être considérée comme une responsabilité partagée entre tous les professionnels d'un établissement de soins (MSSS, 2005) et, en particulier, dans le cadre de ce travail dirigé, par les infirmières (OIIQ, 2008b). Le ministre de la santé du Québec (MSSS, 2011) résumait ce qui précède en écrivant que la PCI constitue un projet commun à tous les administrateurs, médecins, professionnels et intervenants, que les résultats sont perfectibles et qu'il y a lieu d'apprendre des échecs et de s'encourager en appréciant les gains réalisés sur les IN ces dernières années.

Les infections nosocomiales

On qualifie une infection de « nosocomiale », si son apparition a lieu à la suite d'un épisode de soins administré dans un établissement du réseau de la santé quel qu'il soit (Association des médecins microbiologistes infectiologues du Québec [AMMIQ], Association des professionnels en prévention des infections , [APPI], 2000; MSSS, 2005, 2008). Il faut que l'utilisateur qui en est affligé ait séjourné dans un centre hospitalier plus de 48 heures ou qu'il ait subi une procédure invasive (chirurgie, biopsie, intubation, etc.). L'apparition des symptômes doit avoir lieu dans les trente jours qui suivent cet épisode de soin, exception faite des procédures avec implant (jusqu'à un an) (AMMIQ, APPI, 2000; MSSS, 2005). Ainsi, les IN sont classées selon un critère temporel et spatial plutôt que par le type d'agent pathogène qui les cause (Delecroix, 2011).

Les IN représentent une menace pour la santé et le bien-être des personnes hospitalisées et celles qui ont reçu leur congé (Duffy, 2002;

Hugonnet, Chevrolet, & Pittet, 2007). Le *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) estime, qu'aux États-Unis, 1,7 million de patients par année vont souffrir d'une IN (McCreery, 2010). Parmi ces malades, il y aura près de 99 000 morts par an attribuables aux IN, toujours selon le CDC (Saint et al., 2009; White et al., 2012). En France, on évalue à 4 000 le nombre de personnes décédées chaque année après avoir contracté une IN (Delecroix, 2011). Au Québec, en 2005, le directeur de la Santé publique (MSSS, 2005, 2006b) évaluait qu'entre 80 000 et 90 000 personnes étaient atteintes d'une IN et que 10 % d'entre elles pouvaient en mourir. Les IN attirent donc plus l'attention du public et des décideurs politiques, surtout en raison des décès qu'elles occasionnent. Le gouvernement en a pris acte dans le rapport du comité d'examen sur la prévention et le contrôle des IN (MSSS, 2005) qui souligne que l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, toujours une priorité, passe nécessairement par la prévention et le contrôle des infections. Ce rapport indique également que même si les IN représentent un problème majeur et qui va en s'aggravant, elles sont en partie évitables par la surveillance, la prévention et le contrôle. Ainsi, des mesures de PCI efficaces diminuent d'au moins 30 % le taux des IN (MSSS, 2005, 2006b; OIIQ, 2008b). Cette réduction se traduirait par une amélioration de la mortalité, de la morbidité et même de la qualité de vie dans les hôpitaux, en plus d'une accessibilité aux soins plus élevée, du fait de la libération des lits et de l'économie de ressources. Ou comme le résumait Beggs et ses collaborateurs (2006), Delecroix (2011) de même que Vayre (2002), le point déterminant de la lutte contre les IN doit être l'application minutieuse et sans faille des règles d'hygiène, à commencer par le

lavage des mains qui reste le principal vecteur de contamination de patient à patient (Cole, 2006; Phillips & Ker, 2006; Pittet et al., 2004). Warnet (2008) parle même de « vraie guerre » à déclarer contre les IN.

Les IN doivent être jugées comme des accidents, dont une partie importante peut être évitable (Duffy, 2002; MSSS, 2005; OIIQ, 2008b; Vayre, 2002). En effet, même si le risque zéro n'existe pas, on ne peut accepter la possibilité de l'apparition d'IN qu'à partir du moment où les pratiques de prévention ont été respectées dans leur totalité (OIIQ, 2008b; Warnet, 2008). L'éclosion d'IN est donc tributaire d'une combinaison de facteurs et même le meilleur programme de surveillance ne peut remplacer les mesures en aval : l'implication de tout le personnel est requise afin d'appliquer les meilleures pratiques en mesures d'hygiène, de salubrité et d'asepsie rigoureuse (MSSS, 2005, 2006a, 2010). D'ailleurs, de plus en plus, les taux des IN sont considérés comme un indicateur de la qualité et de la sécurité des soins (Horton, 1993; MSSS, 2005, 2011; OIIQ, 2008b) et en particulier, les soins donnés par les infirmières (Duffy, 2002; OIIQ, 2008b). Une valorisation des efforts de chaque personne pour améliorer la PCI, aussi minimes soient-ils, devrait donc être établie par les gestionnaires. En parallèle, une responsabilisation de tous vis-à-vis de la PCI devrait être instaurée, afin de renforcer l'imputabilité de chaque intervenant dans les soins (Bigras & Pichette, 2008).

Les obstacles à la PCI

Le constat reste sombre, déplore Warnet (2008). En effet, il y a toujours des pratiques et des comportements inacceptables de la part de certains professionnels (Duffy, 2002) et l'application des meilleures pratiques en PCI restent tributaires des perceptions, des croyances et des valeurs de chaque personne (Cole, 2006; Cooper, 2007; Lewis & Edwards, 2008; Lloyd, 2011; MSSS, 2005; Ward, 2012). Selon McNally et ses collaborateurs (2001), Cooper (2007), de même que Warnet (2008) et le MSSS (2005, 2011), les principaux obstacles à la PCI sont le peu d'importance accordée par les gestionnaires au nécessaire développement de l'expertise, à la formation continue et à la documentation. D'autres facteurs qui affectent la PCI sont également relevés : des carences dans l'application des mesures d'hygiène de base, comme le lavage des mains (Barrett, 2006; Cole, 2006; Mallaret, et al., 2004; Pittet, 2000), l'indifférence de certains face à l'importance de ces mesures (Cooper, 2007; Ward, 2012) et la résistance au changement (Cooper, 2007; Damschroder et al., 2009; Jaramillo et al., 2008; Saint et al., 2009).

Il faut dire que la résistance au changement est une fonction biologique naturelle qui apparaît lorsque le *statu quo* semble « menacé ». Schön (1963) (cité dans Locock et al., 2001) disait que la résistance ordinaire au changement peut être surmontée uniquement en présence d'une championne énergique et persévérante. En fait, la résistance d'un groupe à l'implantation de meilleures pratiques proposées par une personne de l'extérieur est l'un des grands défis des gestionnaires, quelle que soit la force de l'évidence qui les soutient

(Damschroder et al., 2009; Gallagher et al., 2010; Jaramillo et al., 2008; Saint et al., 2009). Saint et ses collaborateurs (2009) ainsi que Damschroder et al., (2009) donnent même des titres aux personnes qui vont bloquer tout changement de pratique bénéfique à la PCI et jouer les leaders « négatifs », sous prétexte « ... que si cela fonctionne pourquoi changer ? » (traduction libre, Saint et al., 2009, p. 242). Ces auteurs les appellent les « *active resisters* » et les « *organizational constipators* ». Les premiers sont en majorité des médecins seniors qui n'acceptent pas d'être formés par des infirmières, de même que des infirmières mentors qui compétitionnent avec les ICS pour avoir les prérogatives d'enseigner les pratiques de soins aux autres infirmières, selon leur propre expérience et non selon les meilleures pratiques. Les « *organizational constipators* » regroupent, quant à eux, des gestionnaires qui, sans être des « résistants actifs », rendent les changements plus difficiles à implanter, en invoquant qu'il leur faut des informations supplémentaires pour qu'ils puissent autoriser les transformations ou en faisant carrément la sourde oreille (Saint et al., 2009). Ils sont décrits comme un obstacle insidieux aux changements en PCI (Damschroder et al., 2009; Saint et al., 2009). La résistance aux changements peut aussi provenir d'un déficit de connaissances communes et les innovations sont alors vues comme une violation des normes établies dans une organisation.

Aussi, le roulement du personnel, en particulier chez les infirmières, est cité comme un autre obstacle à la PCI (Hugonnet et al., 2007; MSSS, 2005; Storey & Buchanan, 2008; Ward, 2012; Warnet, 2008). Pour ces auteurs, le fait de ne pas avoir d'équipes stables et de devoir répéter sans cesse les formations

pour les nouveaux employés rend l'application des précautions universelles plus difficiles à instaurer et à maintenir.

Un autre facteur susceptible d'accroître les IN, et qui pose problème à la PCI, serait lié à la surcharge de travail attribuable au manque d'effectifs ou à l'accroissement du nombre de patients dans une unité (Barrett, 2006; Beggs et al., 2006; Cole, 2006; Craven, 2006; Duffy, 2002; Hugonnet, Harbarth, Sax, Duncan, & Pittet, 2004; Hugonnet et al., 2007; Koteyko & Carter, 2011; Lewis & Edward, 2008; McCreery, 2010; MSSS, 2005; Ward, 2012; Pittet, 2000). En somme, selon ces auteurs, si le ratio infirmière/patients s'élève, il peut entraîner plus de contacts avec plus de patients, pour un nombre réduit d'infirmières, occasionnant la transmission manuportée, mais involontaire, de microbes. Ou tout simplement, ce ratio élevé peut réduire l'adhésion des infirmières au lavage répété des mains, du fait d'une plus grande charge de travail à accomplir dans un temps déterminé, ce qui aboutit au même résultat : la contamination des patients.

Il est vrai que les infirmières se plaignent du manque de temps pour accomplir toutes leurs tâches à cause de la surcharge de travail. Cependant, McCreery (2010), Duffy (2002), Stelling (1995) et Ward (2012) se demandent si elles ne devraient pas plutôt parler de manquer d'autonomie et d'autodétermination dans l'accomplissement de leur rôle. Watson (2009b), quant à elle, craint que le système de travail qui oblige les infirmières à un rendement plus grand avec moins de moyens ne leur enlève leur humanisme (perte de valeurs, respect, sens des responsabilités, etc.). Du coup, ces infirmières « pressées » n'ont plus de temps pour donner des soins empreints

de *caring* et sécuritaires. Par ailleurs, selon Stelling (1995) et Cole (2006), quand les infirmières parlent de manquer de temps pour tout faire, elles auraient plutôt peu de contrôle sur la façon dont leur temps est utilisé et peu de droits pour définir comment elles vont donner des soins. Duffy (2002) parle de trois facettes du rôle des infirmières : indépendante, dépendante et interdépendante. La composante indépendante est ce pourquoi l'infirmière se trouve directement imputable, comme le lavage des mains ou l'évaluation des plaies de lit qui peuvent être la porte d'entrée à des IN. La facette interdépendante, explique Duffy, comprend la communication et la coordination avec les autres professionnelles. Enfin, l'élément dépendant, souligne l'auteure, porte sur les gestes que l'infirmière accomplit et qui découlent des ordonnances médicales, comme l'administration d'antibiotiques. Or, c'est cette composante dépendante qui accapare automatiquement le temps des infirmières, si elles sont en nombre insuffisant ou si elles subissent une surcharge de travail : elles auront alors moins de temps pour s'acquitter des tâches indépendantes dites « invisibles » mais qui sont l'essence des soins infirmiers (Duffy, 2002). Il faut donc faire en sorte que la PCI soit facile à appliquer et efficace, particulièrement en ces temps de restrictions budgétaires et humaines (Hugonnet et al., 2004; Lemay, 2008; MSSS, 2011; Watson, 2009b).

Les moyens de favoriser la PCI

L'un des meilleurs moyens pour réduire la transmission des IN semble être l'ajout de personnel dédié à un nombre réduit de patients (*cohorting*)

(Beggs et al., 2006; Hugonnet et al., 2007). Or, l'obstacle principal à ce moyen reste le manque de ressources humaines et financières des institutions sanitaires. L'application rigoureuse des lois, des règlements, des codes de déontologie et des procédures de prévention constituerait un autre moyen efficace (OIIQ, 2008b). Mais, dans la conjoncture actuelle où les infirmières doivent faire plus avec moins, donner des soins de plus en plus complexes à des patients plus lourdement malades, en plus d'être responsables de la qualité et de la sécurité des soins, il faut leur proposer des moyens qui ont fait leurs preuves en PCI ou dans d'autres domaines, pour les soutenir dans leur pratique de tous les jours, sans pour autant augmenter leur fardeau de tâches (DeBourgh, 2001; Watson, 2009b). Craven (2006) soutient qu'une stratégie innovatrice, telle la formation de championnes, devrait être présentée aux administrateurs d'hôpitaux et au personnel comme une solution gagnante, peu dispendieuse et peu intrusive, qui permet de réduire les coûts financiers et les déboires de santé occasionnés par les IN. Il faut aplanir les réticences en utilisant les résultats probants issus des recherches scientifiques les plus confirmées sur le sujet (DeBourgh, 2001; Duffy, 2002; Lemay, 2008; Olson et al., 2010; Ward, 2011). Mais, surtout, la direction soutenue des gestionnaires à tous les niveaux, doit être précédée d'abord par une transformation de culture organisationnelle qui mette la PCI en valeur (Cole, 2006; Hugonnet et al., 2007; Lewis & Edwards, 2008; McCreedy, 2010), en plus d'un changement dans la théorie disciplinaire utilisée dans les milieux de soins (Watson, 2006) et en particulier en PCI.

En outre, en plus de fournir des statistiques et de la rétroaction au personnel (Damschroder et al., 2009), l'une des meilleures façons de venir à bout des résistances de celui-ci pour introduire des correctifs dans les soins, est d'encourager sa participation dans la prise de décision (Gallagher et al., 2010; Jaramillo, et al., 2008). Coulon, Martinez et Deberles (2000) s'inspirent de la maxime suivante pour inclure les infirmières dans la recherche des meilleures pratiques et les rendre partie prenante dans la prévention : « Tu parles, j'écoute. Tu expliques, je retiens. Tu m'impliques, j'apprends » (p. 53). Enfin, Baudry-Guillin (1997) indique que pour convaincre les collègues, il faut « traduire » les innovations dans le langage propre aux personnes que l'on veut transformer, c'est-à-dire les présenter de façon à rejoindre les préoccupations de chacun, car même une innovation parfaite ne peut s'imposer par elle-même. C'est là où doit entrer en jeu, la pratique réflexive qui combine observation, utilisation des résultats probants, évaluation des services rendus et synthétisation, de façon à trouver les meilleures pratiques, de préférence en rapport avec sa propre profession. Cela dit, il arrive que des pratiques qui ont fait leurs preuves dans un domaine soient applicables dans un autre, par exemple, l'instauration des championnes.

La pratique réflexive et l'utilisation des résultats probants en PCI

L'influence de la pratique réflexive sur l'amélioration des soins semble prometteuse (Morin & Leblanc, 2002; Pepin et al., 2010; Ward, 2011). La pratique réflexive consiste en une démarche intellectuelle unique par laquelle

l'infirmière va synthétiser les savoirs qu'elle a acquis et les utiliser comme schème de référence pour sa pratique. Par exemple, une infirmière qui exerce une pratique réflexive en PCI intègre dans sa pratique différents modes de connaissances : empirique (la dimension scientifique), esthétique (l'art infirmier), éthique (la dimension morale), personnel (la compréhension de soi et de l'autre), sociopolitique (le rôle social, l'engagement dans la formulation de politiques, de planification de soins et de gestion partagée) et surtout, le mode émancipatoire, celui que la championne personnifie à merveille, de l'avis de l'étudiante, car il porte sur les changements à apporter pour améliorer les soins et pour progresser soi-même (Cara, 2012; Fawcett, Watson, Neuman, Hinton Walker, & Fitzpatrick, 2001; Pepin et al., 2010). Tous ces modes de savoirs sont des éléments de l'intégration des connaissances qui pourrait mener à un comportement de championne (Fawcett et al., 2001).

Par ailleurs, la pratique réflexive permet un apprentissage constant qui contribue à améliorer le niveau d'expertise de l'infirmière et, en définitive son leadership clinique (Gurzick & Kesten, 2010; Pepin et al., 2010). La pratique réflexive prend en compte les données scientifiques, vérifie si la pratique est conforme à ce qui est préconisé dans les écrits, s'appuie sur une théorie infirmière et privilégie les résultats probants (Morin & Leblanc, 2002). Pourtant en PCI, même si les résultats probants sont nombreux, ils n'en demeurent pas moins souvent ignorés par les professionnelles de la santé (Cooper, 2007; Craven, 2006). Il semblerait que le fossé (Saint, Howell, & Krein, 2010) entre la théorie (les résultats probants) et la pratique (l'application des meilleures pratiques) soit d'origine multi-factorielle (Gurzick & Kesten, 2010) : l'accès

difficile aux évidences, le manque de soutien et d'appréciation des gestionnaires pour la formation continue, le manque de temps ou de ressources alloués à celle-ci, l'incapacité individuelle ou le déni de la professionnelle du besoin de changer ou de s'améliorer et l'absence d'études sur l'effet à long terme des meilleures pratiques (Berwick, 2003; Cooper, 2007; Craven, 2006; Ward, 2011). Ces quelques éléments parmi d'autres contribuent à perpétuer des pratiques non sécuritaires en PCI (lavage de mains non respecté, contamination croisée de patients par mauvaise application du protocole d'isolement, utilisation inadéquate d'antibiotiques, etc.). La pratique réflexive peut contribuer à identifier ce fossé entre la théorie et la pratique et prévenir des effets dommageables pour la santé des patients (Bush Knapp, McIntyre, Sinkowitz-Cochran, & Pearson, 2008). Pour l'étudiante, c'est là où l'application du *caring*, comme idéal moral (Cara & O'Reilly, 2008), va pousser l'infirmière à réfléchir sur sa pratique et à s'évaluer pour essayer de l'améliorer, ce qui peut faire une différence dans la qualité des soins. Les championnes, quant à elles, personnifient cette intégration des savoirs grâce à la pratique réflexive. Afin de mieux comprendre le concept de championne, son analyse sera présentée maintenant.

Le concept de championne

Un terme est un mot considéré dans sa valeur de désignation ou de dénomination dans une langue donnée et doit entrer dans une relation avec d'autres mots, tandis qu'un concept est une définition des caractères spécifiques de quelque chose par rapport à l'objectif ciblé, une représentation

mentale abstraite d'un objet ou d'un ensemble de choses (Le petit Larousse, 2010; Rey & Rey-Debove, 2010). Ainsi, le concept, selon Dauzat, Dubois et Mitterand (1971), du latin *conceptus* est le participe passé de *concipere* qui veut dire concevoir. Pour Meleis (2007), le concept est un mot qui décrit un phénomène et propose un résumé de pensées en lien avec ce phénomène. En accord avec les propos de Meleis, Tomey et Alligood (2006) soulignent que le concept peut prendre un sens complètement différent dans des systèmes théoriques distincts. Enfin, Walker et Avant (1995) définissent un concept comme une image mentale d'un phénomène, une idée ou un construit de l'esprit se rapportant à une chose ou à une action et non à la chose ou à l'action en tant que telle. En ce qui concerne ce travail dirigé et à la lumière des définitions précédentes, le mot « championne » est considéré comme un concept et non comme un terme, car c'est un mélange des multiples sens qui lui ont été accolés au cours des siècles. Il sous-entend une information métalinguistique qui ne peut être appréhendée que si le mot se trouve dans un contexte précis, en l'occurrence, ici la PCI.

L'origine de « championne »

Au Moyen Âge, champion avait deux origines : une latine, *campus* qui signifie champs de bataille et une germanique, *kamp* qui veut dire combat et les deux se rapportent à une personne qui combat en champs clos pour défendre une cause (Dauzat, Dubois, & Mitterand, 1971; Le petit Larousse, 2010; Rey & Rey-Debove, 2010). Au XVII^e siècle, il prend le sens de défenseur attitré d'une

cause (Rey & Rey-Debove, 2010). Ce n'est qu'en 1877 qu'il prend sa définition littérale la plus générale et celle qui est la plus utilisée aujourd'hui : celle de vainqueur dans une épreuve sportive ou un jeu (Rey & Rey-Debove, 2010). Il porte aussi un sens figuré qui désigne une personne qui se distingue en bien, ou en mal, dans un domaine particulier (Le petit Larousse, 2010) et un sens familier, utilisé d'une façon elliptique pour désigner une personne, une situation ou une chose remarquable (Rey & Rey-Debove, 2010) : « cette musique, c'est champion », « cette fille, quelle championne », mais l'énoncé « elle est champion » est aussi possible (Le petit Larousse, 2010). En sciences infirmières, à partir de la description de la *RNAO* (2011), le concept de championne en soins correspond à une synthèse de ces définitions, en l'occurrence, une infirmière passionnée par l'amélioration de la pratique des soins, qui peut avoir une influence sur ses pairs et qui est prête à s'investir dans cette responsabilité.

La championne en PCI

Suite à l'analyse du concept selon la méthode de Walker et Avant (1995), la championne en PCI correspond à une infirmière soignante qui provient de l'équipe d'une unité de soins et qui est intéressée à améliorer la qualité et la sécurité des soins, par le biais de la PCI. Elle se porte volontaire pour recevoir une formation complémentaire en PCI. Elle assiste les ICS dans la promotion de la PCI auprès de ses collègues et fournit du soutien au personnel de son unité de soins. Elle pratique la PCI en se référant aux résultats probants et joue aussi

bien le rôle de modèle que de leader à suivre (RNAO, 2011). Elle constitue une référence accessible pour ses collègues en même tant qu'elle agit comme une courroie de transmission entre les unités de soins et le service de PCI ainsi qu'à titre de porte-parole vis-à-vis des gestionnaires (Gallagher et al., 2010).

Le cas « modèle »

Dans sa recension, l'étudiante a retrouvé le concept de championne, appliqué dans plusieurs domaines, avec ou sans déterminant. En PCI plus particulièrement, l'étudiante a relevé les occurrences suivantes :

Pour « championne » tout seul : Dans une étude qualitative multisites Damschroder et ses collègues (2009) soulignent qu'une championne seule a eu un effet favorable lorsqu'il s'est agi d'introduire une nouvelle technologie (nouveaux cathéters centraux antimicrobiens). Cependant, il a fallu un groupe de championnes, de différentes professions, pour transformer des comportements (par exemple, relever à un certain angle la tête de lit des patients alités). Ces championnes n'avaient pas été choisies, mais elles se sont portées volontaires pour le devenir. Les auteurs font remarquer qu'elles étaient enthousiastes et motivées et n'ont pas été découragées par la situation. Craven (2006) décrit aussi une championne volontaire qui réussit à faire introduire de nouvelles techniques (aspirations des sécrétions avec de nouvelles sondes endotrachéales, par exemple) mais a plus de mal à faire changer des comportements (tel le monitoring adéquat du taux d'insuline des patients aux soins intensifs, ou le lavage des mains). Ces auteurs (Damschroder et al., 2009;

Craven, 2006) relèvent donc la difficulté qu'il y a de faire changer des comportements inadéquats et expliquent que ces changements demandent plus d'une stratégie de prévention. White et ses collaborateurs (2012) décrivent dans leur étude l'effet d'une championne sur l'application du lavage des mains. Ils soulignent que la conformité au lavage des mains du personnel était plus forte en présence de la championne. Cet exemple souligne l'importance d'avoir une championne sur les lieux et donc qui fait partie du personnel de l'unité.

Freeman (2011), de même que Phillips et Ker (2006), décrivent l'instauration d'un programme de « *cleanliness champion* » en Écosse en 2004. Le programme visait à s'assurer qu'au moins un membre du personnel de soins dans chaque service ait des responsabilités clairement définies dans la promotion et l'application de la PCI, en particulier le lavage des mains. Ces personnes ont reçu une formation complémentaire spécifique pour acquérir les connaissances et les habiletés requises pour remplir leur rôle de championne en PCI, au mieux de leur capacités. À la suite de leur formation, ces championnes se sont rendues compte de leurs lacunes passées en PCI, mais elles ont apprécié aussi les nouvelles forces acquises et en particulier, le sentiment d'*empowerment* qui les confortait dans leur rôle de championne. Elles ont noté aussi des effets positifs de ce programme sur la santé des patients (Freeman, 2011; Phillips & Ker, 2006),

Lewis et Edwards (2006) utilisent l'expression *clinical champion* pour décrire une infirmière désignée pour rappeler régulièrement au personnel infirmier les standards de PCI et corriger les mauvaises pratiques de ses collègues. Ces championnes, volontaires pour ce rôle, ont été cependant

choisies par les gestionnaires parmi les infirmières les plus reconnues d'une unité pour s'assurer que leurs remarques ne seraient pas mises en doute par leurs collègues. De plus, elles ont reçu une formation poussée en PCI, puis elles ont été évaluées et choisies uniquement en passant le test. Enfin, la *product champion* (Locock et al., 2001) correspond à une infirmière qui a comme rôle de persuader ses collègues à appliquer les meilleures pratiques et à adopter les innovations technologiques, sans autres responsabilités.

À partir de la synthèse de ces descriptions, il est possible de dégager le cas modèle de championne suivant : toute infirmière volontaire pour ce rôle, qui a à cœur d'améliorer les soins et à qui on a octroyé quelques prérogatives de gestionnaire tel que, assigner les personnes qui ont des comportements à risque en PCI à suivre une formation et les tester. Le cas échéant, si leurs comportements ne sont pas corrigés, la championne devrait avoir la possibilité de les contraindre à suivre une formation supplémentaire.

Les « synonymes » du concept de championne en PCI

Au cours de sa revue des écrits, l'étudiante a trouvé plusieurs mots ou énoncés qui peuvent avoir un sens apparenté au concept de championne. Ainsi, le MSSS, (2006b) parle d'agent multiplicateur. Il s'agit de personnes qui pourraient soutenir l'équipe de PCI dans l'application de programmes et dans la transmission d'information. De plus, elles pourraient être invitées aux réunions de l'équipe de PCI pour certains événements.

Faubert (2009) parle de *change agent* et décrit cette personne comme une ressource, une experte, une initiatrice, une facilitatrice, une consultante qui collabore avec d'autres selon les besoins.

Warnet (2009), dans un des rares documents français portant sur le sujet à l'étude, parle de la correspondante en hygiène. Ce sont des infirmières qui font le relais entre l'équipe de PCI et les unités de soins. Ces personnes identifient des besoins d'information pour améliorer la pratique de la PCI sur l'unité, par exemple, utiliser des gants au bon moment, ou lever la tête de lit pour les patients intubés. D'autre part, elles transmettent les informations et les protocoles qu'elles reçoivent du service de PCI.

En 1993, Horton a décrit la mise en place d'un programme d'*infection control liaison nurse* dans un hôpital du Royaume Uni. Les spécificités de cette infirmière de liaison recoupent celles attribuées à la championne actuelle. L'introduction de ce programme a permis de sensibiliser le personnel infirmier aux précautions universelles et autres comportements sécuritaires en PCI. Elle déplore cependant, qu'il n'y a pas eu d'effets sur la santé des patients. Horton souligne qu'il a fallu faire des sessions de formation sur mesure, pour chaque membre du personnel, pour enfin voir un effet sur la PCI dans les unités où ce projet a été introduit.

Guillin-Baudry (1997) décrit deux groupes qui adoptent des changements. Le premier groupe étant formé par les « pionniers » qui tracent la route en prenant des risques, sans le soutien de leurs collègues qui pourraient ne pas les suivre. Le deuxième groupe est constitué par les « innovateurs » qui, après les pionniers, adoptent et disséminent les changements auprès de leurs

collègues. Ils font école, car ils sont perçus comme des « personnes respectables » (p. 51) qu'il est bon de suivre. Mais Guillin-Beaudry conclut que ce sont les pionniers qui finalement sont les véritables innovateurs puisque ce sont eux qui apportent les changements en premier.

Pour leurs parts, Locock, Dopson, Chambers et Gabbay (2001) emploient *opinion leader* pour décrire les personnes qui ont de l'influence sur les actions et les croyances de leurs collègues. Le leader d'opinion va agir pour faire en sorte que la nouveauté devienne connue de tous. Cooper (2007) ajoute que ces leaders doivent travailler à proximité des personnes qu'ils veulent faire changer pour qu'ils soient considérés comme des *stimuli* continus. Ces leaders sont des champions dans la diffusion d'innovations. Ils agissent comme des catalyseurs de consensus qui permettent par la suite une transformation dans les pratiques. Ils sont vus comme des experts capables de convaincre et de répondre clairement aux demandes d'information. Cependant, ils font remarquer que le sens d'*opinion leader* reste subjectif et soumis au rôle que cette personne doit jouer dans les changements ou les innovations à introduire. En fait, l'*opinion leader* contrairement à la championne peut avoir une influence positive ou négative sur ses collègues (Locock et al., 2001). Ainsi selon Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate et Kyriakidou, (2004) si un projet n'est pas suffisamment intéressant pour ces leaders d'opinion, il ne sera pas cautionné par eux, au risque que le projet n'aboutisse pas. Ils conseillent donc aux décideurs de prendre le temps d'obtenir leur soutien avant de soumettre les projets au reste du personnel.

Alfandari et Baucaire (1998) parlent d'une référente dans chaque unité qui pourrait aider l'équipe de PCI dans la diffusion d'informations se rapportant à la PCI, tel que la variation des taux d'IN ou la quantité d'antibiotiques consommés dans chaque unité. Sans élaborer davantage sur la référente, les deux auteurs soulignent toutefois que les intervenantes concernées par une problématique de PCI dans un service doivent être impliquées dans l'élaboration des mesures de contrôle et de prévention car ces mesures seraient plus facilement acceptées que si elles sont imposées par des personnes extérieures.

Le concept de *role model* est rapporté par Erasmus et ses collègues (2009). Ils qualifient la personne qui apporte des changements dans la PCI comme un modèle qui sera copié par ses pairs. En même temps, celle-ci encourage ces derniers, les motive, les soutient et leur donne de la rétroaction concernant les changements dans leurs comportements en PCI (White et al., 2012). Ces auteurs nuancent cependant en remarquant que ces personnes peuvent aussi bien encourager que ralentir l'acquisition de bonnes habitudes de PCI, d'où l'intérêt de choisir des modèles dits « positifs » (Cole, 2006; Erasmus et al., 2009).

Lankford et ses collègues (2003), qui utilisent le même concept, font remarquer également qu'il est important que le *role model* ait un comportement positif, surtout si c'est une personne d'importance plus grande dans l'institution. Un chirurgien, par exemple, qui ne se laverait pas les mains après avoir touché une plaie influencerait le comportement du reste de son équipe qui le voit faire. Ces auteurs ajoutent que l'adhésion aux précautions de base en PCI est plus facilement acquise par les équipes de soins, si celles-ci sont véhiculées par des

pairs plutôt que déterminées par les supérieurs. Ils soulignent, par ailleurs, l'effet que peut avoir le soutien des gestionnaires dans le niveau de conformité du personnel aux mesures de PCI.

Pittet et ses collègues (2004) parlent aussi de *role model* à propos de personnes choisies pour augmenter l'adhésion au lavage de mains. Ils font remarquer que leur rôle peut être difficile, car les changements qu'elles veulent implanter sont soumis aussi bien à une composante environnementale (accès aux lavabos, savon, papier pour sécher les mains, surcharge de travail, ratio patients/infirmière, nouvelle équipe de personnel), qu'à une composante cognitive, regroupant les valeurs, les connaissances, l'attitude positive envers l'hygiène des mains ou la perception du risque infectieux. Pour ces auteurs aussi, l'élément cognitif leur paraît d'ailleurs plus difficile à faire changer et requérant plus que la présence d'une championne sur l'unité (Pittet et al., 2004; Lankford et al, 2003). Cooper (2007) mentionne l'impact des attitudes qui sont un produit des croyances individuelles et de l'expérience personnelle et professionnelle de chaque personne. Comme ces éléments sont spécifiques à chaque individu et ne peuvent être enseignés ou évalués, il faut donc arriver à faire que le personnel lui-même se dise qu'il doit évoluer et qu'il décide de la formation dont il aurait besoin pour faire avancer sa pratique infirmière, particulièrement en PCI. Lankford et ses collègues (2003) de même que Pittet et ses collègues (2004) et Cooper (2007) terminent tous leur analyse respective, en spécifiant que pour introduire des changements, en ce qui concerne par exemple le lavage des mains, il faut une intervention multimodale qui inclut, en

particulier, de renforcer l'importance du *role model* ou de l'*opinion leader* auprès de ses collègues.

Cole (2006), pour sa part, parle du *role modeling* mais négatif. Il explique que l'adhésion à des pratiques d'hygiène de base comme le lavage des mains ou la rétention de changements salutaires dans les comportements de prévention seraient plus présentes si le personnel voit une personne de statut supérieur faire les bons gestes. Le contraire est aussi vrai, cependant, en ceci que si des étudiantes observent que leur infirmière mentor ne se lave pas les mains dans les situations où ce serait attendu qu'elle le fasse, elles auraient tendance à ne pas le faire. L'abandon ou la rétention des bons comportements de PCI est donc tributaire de ce principe de *role modeling* négatif.

Cette exploration des concepts apparentés à celui de championne démontre qu'il y a des similitudes avec le concept à l'étude. Il est possible d'interchanger quelques uns de ces termes avec « championne », sans pour autant retrouver les références au lexique attaché au terme de championne qui se trouve dans les définitions des dictionnaires : la personne qui se « bat » pour soutenir sa cause, celle qui défend une cause (Rey & Rey-Debove, 2010). Le concept de championne a été retenu puisqu'il souligne le mérite de l'infirmière qui pourrait faire face à des refus ou même à de l'agressivité de la part de personnes qui ne voudraient pas changer, et qui doit donc, d'une certaine façon, « se battre » pour introduire ces changements.

Un synonyme « borderline », « contraire » ou « illégitime »

En appliquant la méthode de Walker et Avant (1995), l'étudiante a considéré le concept d'*ownership* (Barrett, 2006) comme un synonyme illégitime. Ce concept présente des éléments qualificatifs du concept à l'étude, mais certaines caractéristiques ne s'y appliquent pas, en particulier celle portant sur le fait que la championne doit être une personne spécifique qui est plus intéressée que d'autres à améliorer la PCI. Dans cet article, il est question d'enrôler l'ensemble du personnel de l'établissement pour améliorer la PCI. L'auteur estime que chaque personne qui travaille dans l'institution est responsable de prévenir les infections. En appliquant les critères de Walker et Avant (1995), cette caractéristique différente souligne ce que n'est pas le concept à l'étude. En effet, Barrett (2006) relate la difficulté de trouver des moyens efficaces et peu dispendieux pour maîtriser l'augmentation des IN et de la résistance bactérienne corollée à l'apparition de « super bactéries » dans les hôpitaux du Royaume Uni. Il note que l'introduction du concept d'*ownership* semble prometteur. Ce concept, selon lui, met à contribution le personnel de l'établissement au complet et non seulement une championne ou le personnel du service de PCI, lequel d'après lui ne sera jamais en nombre suffisant pour faire appliquer la PCI partout. Cela se traduirait sur le terrain, par exemple, par l'augmentation du lavage des mains, l'utilisation correcte de techniques dites stériles ou la responsabilisation de chaque chirurgien de surveiller lui-même la variation des taux d'infections suite aux chirurgies qu'il accomplit.

Les antécédants des championnes

Plusieurs auteurs (Berwick, 2003; Craven, 2006; Cooper, 2007; Damschroder et al., 2009; Soo et al., 2009) soulignent que les personnes ayant démontré antérieurement des qualités, comme l'altruisme, la passion pour la qualité et la sécurité des patients, l'ouverture d'esprit vis-à-vis des changements, l'acceptation de leurs lacunes en PCI, la volonté de s'améliorer, l'enthousiasme pour en parler ou de la curiosité intellectuelle, se proposent la plupart du temps pour devenir championne ou sont finalement choisies pour le devenir. Pour Berwick (2003) et Guillin-Baudry (1997), ces personnes sont vues comme des innovatrices car elles adoptent des comportements nouveaux qui feront école parmi leurs collègues. Devenir championne doit se faire d'une façon informelle et sur une base volontaire et non par voie hiérarchique, sinon la championne pourrait être considérée comme une autre sorte d'autorité (Damschroder et al., 2009; Shortell et al., 2004). Le risque serait alors que ses conseils ne soient pas bien reçus par ses collègues, car ils seraient perçus comme des directives officielles (Locock et al., 2001).

Par ailleurs, les organisations qui encouragent l'entraide, les bonnes relations et les connexions fructifiantes entre les membres du personnel créent un environnement qui encourage l'apparition de championnes. Il semble même que la qualité du réseautage dans l'institution peut surpasser les qualités personnelles des championnes dans le succès de leur instauration, du fait du soutien qu'elles pourraient recevoir de leurs pairs pour introduire des changements (Damschroder et al., 2009; Saint et al., 2009). Ainsi, les facteurs

éxogènes seraient aussi déterminants que les endogènes pour faciliter la mise en place des championnes.

Les conséquences de l'instauration de championnes

Freeman (2011) ainsi que Soo, Berta et Baker (2009) affirment que les personnes qui se sont proposées comme championnes ont indiqué s'être rendues compte de leur déficit de connaissances en PCI durant leur formation pour devenir championne, mais qu'en même temps, elles ont acquis une confiance en elles pour pratiquer la PCI. Ainsi, elles se sentent plus armées pour épauler leurs collègues et les encourager à améliorer leur pratique (Lewis & Edwards, 2008). Cela s'est traduit par des retours sur leurs propres pratiques, mais aussi par un esprit plus critique de la pratique des autres (Lewis & Edwards, 2008). Freeman (2011) résume en disant que les conséquences d'être une championne peuvent être de ressentir en bout de ligne un sentiment d'*empowerment*. Par contre, ces auteurs (Freeman, 2011; Lewis & Edwards, 2008) préviennent que les championnes pourraient ne pas réussir si elles se mêlaient de gérer l'implantation de nouveaux programmes de prévention. C'est pourquoi ces auteurs soulignent qu'il est préférable de laisser cela aux soins des gestionnaires. La raison, selon eux, étant que les championnes pourraient être perçues comme faisant partie des gestionnaires. Cette perception risquerait de leur faire perdre le lien de confiance avec leurs collègues, puisque c'est la bonne relation que les championnes maintiennent avec leurs collègues qui va

faire la différence dans l'acceptation ou non des changements (Cooper, 2007; Damschroder et al., 2009; Lewis & Edwards, 2008).

Par ailleurs, la présence de championnes augmente l'application de pratiques sécuritaires par le personnel qu'elles vont conseiller (Soo et al., 2009). Locock et ses collègues (2001) affirment que « (...) toute nouvelle idée doit trouver une championne ou mourir » (Traduction libre, p. 746). En effet, les écrits montrent que la présence d'une championne est bénéfique sur l'intégration des pratiques basées sur les résultats probants chez les professionnelles de santé (Cooper, 2007; Craven, 2006; Locock et al., 2001). La rétention des connaissances est d'autant plus grande que l'information donnée s'intègre au rôle de chaque profession. En fait, l'éducation et la formation ne semble pas suffire à l'intégration des bonnes pratiques en PCI à moins qu'elles ne soient démontrée par une personne de la même profession (Bush Knapp et al., 2008; Ward, 2011). C'est ce que Olson et al. (2010) nomment la « symétrie professionnelle » : l'introduction de changements en PCI est acceptée plus volontiers, lorsque la championne occupe la même profession que les personnes qu'elle veut transformer. La mise en place de championnes peut avoir un effet sur des enjeux comme l'autonomie qu'elles veulent encourager chez les infirmières ou les transformations nécessaires dans la culture organisationnelle. Cependant, du fait de l'importance de ces enjeux, il peut en découler ce que des auteurs ont nommé « la lassitude de l'acteur de l'innovation » (Guillin-Baudry, 1997) où un surmenage dû à la trop grande charge qui repose sur leurs épaules peut leur faire perdre l'enthousiasme des débuts de leur mission. Car ces championnes remettent en cause autant les

comportements du personnel que la rigidité du système. Donc elles peuvent faire face à de la résistance sur plusieurs fronts.

Suite à l'analyse du concept de championne inspirée de la méthode de Walker et Avant (1995), le concept sera analysé maintenant à la lumière de la théorie du *caring* humain de Watson. En premier, une description de la théorie sera proposée, en soulignant les différents postulats qui la constituent, en particulier les processus de *caritas* cliniques. À la suite de quoi, une définition opérationnelle de championne sera proposée qui intègre les éléments du *caring*.

Le *caring* humain de Watson et le concept de championne

La théorie du *caring* humain a évolué au cours des décennies qui ont suivi sa première publication (Falk Rafael, 2000; Noel, 2010; Watson, 2012). En effet, dans sa dernière version, Watson (2012), théoricienne américaine de réputation internationale, souligne que la première mouture de sa théorie en 1979 s'apparentait plus à un traité de sciences infirmières destiné aux étudiantes qu'à une conception disciplinaire. Elle espère donc que la mise à jour de sa théorie apportera à la science du *caring* la reconnaissance comme perspective disciplinaire de la profession infirmière (Watson, 2012). Elle souhaite que sa théorie comble le besoin qu'ont les infirmières d'une théorie qui émane entièrement d'elles, non empruntée à d'autres disciplines et qu'elle aide à maintenir et à élever les standards de la profession infirmière en plus d'améliorer le bien-être des personnes qui offrent les soins (les infirmières) et celles qui les reçoivent.

Plusieurs auteures (Cara, 2003; 2012; Cara & O'Reilly, 2008; Falk Raphael, 2000; Marckx, 1995; Noel, 2010) soulignent que la théorie du *caring* est différente d'autres théories, car elle met l'emphase sur l'expérience de la personne qui reçoit le soin, aussi bien que sur l'infirmière qui le donne. Cette théorie favorise la réflexion comme un processus d'auto-découverte de soi qui permet à l'infirmière de connaître ses croyances et ses valeurs (Cara, 2003; Noel, 2010). Le *caring* fait une grande place à l'engagement de l'infirmière dans une relation mutuelle avec ses collègues, lesquelles sont en interrelation continue avec l'environnement (Cara & O'Reilly, 2008). Le *caring* englobe les différents types de savoirs : le savoir (e.g., les théories et résultats probants disponibles), le savoir être (e.g., être avec la personne soignée) et le savoir faire (e.g., habiletés relationnelles) (Cara, 2012; Noel, 2010). Le *caring* privilégie la connaissance de soi, le *self-control*, l'intégrité, l'équilibre et l'harmonie (Watson, 1979, 2009b). Noel (2010) explique aussi qu'une des caractéristiques les plus spécifiques du *caring* consiste à reconnaître l'importance de l'expérience vécue. Elle indique que l'expérience, l'intuition et les compétences permettent à l'infirmière d'offrir un soin unique et souligne que Watson parle de ces trois éléments incontournables, comme d'un gouvernail pour l'infirmière dans sa pratique du *caring*.

Le caring humain et les quatres concepts centraux

La nécessité de rendre claire la spécificité du travail des infirmières a poussé des théoriciennes à définir particulièrement les concepts personne,

santé, soin et environnement qui constituent le métaparadigme infirmier, ainsi que les liens entre eux (Pepin et al., 2010). Watson, quant à elle, a ajouté par l'intermédiaire de sa théorie du *caring* humain, des dimensions spirituelle, existentielle et phénoménologique, lesquelles s'expriment dans le respect que l'infirmière démontre envers les valeurs, les croyances et les modes de vie des personnes avec qui elle interagit, en plus de l'empathie et de la chaleur humaine qu'elle leur offre (Pepin et al., 2010). Pour Watson (1979; 1985), le *caring* est une façon d'être-dans-le-monde qui correspond à un idéal moral (Cara & O'Reilly, 2008) visant à préserver la dignité humaine et à offrir un soin humaniste. Elle nous rappelle que le *caring* est possible et doit être présent, et ce, que le curatif ait échoué ou non (Nelson-Marten, Hecomovich, & Pangle, 1998).

Watson (1979) conçoit le **soin** comme un idéal à la fois scientifique (offrir des soins basés sur des connaissances et une démarche scientifiques) et holistique (aider la personne pour qu'elle atteigne une harmonie corps-esprit-âme plus grande et qu'elle trouve une signification à son existence). La notion de présence auprès de l'autre transcende le temps et l'espace, c'est un processus transformationnel (Cara, 2012; Covington, 2003) au cours duquel l'infirmière offre écoute et compassion à la personne qu'elle accompagne, permettant à cette dernière d'évoluer, de croître et de trouver un sens à son expérience (Covington, 2003). En un mot, la championne va contribuer ainsi à l'*empowerment* de ses collègues.

Dans cette théorie, la **personne**-infirmière est un être-dans-le monde, unique et libre de ses choix et de ses décisions (Cara & O'Reilly, 2008; Watson,

1979); ses actions permettent aussi à l'infirmière d'évoluer, tout en étant un agent de changement (Watson, 1985). Pour Watson (1979, 1988), le respect et la dignité de l'âme de la personne est essentielle et la championne qui applique le *caring* va donc respecter le champ phénoménal de ses collègues, c'est-à-dire l'histoire de vie, la totalité des expériences vécues par la personne.

Le concept **santé**, que Watson (1979) préfère nommer « expérience de santé », s'avère un processus subjectif et unique de congruence entre le soi tel que perçu et le soi vécu. Le *caring* requiert un engagement de la part de l'infirmière pour « être avec » l'autre (O'Reilly & Cara, 2010) dans sa quête d'une plus grande harmonie entre ses trois dimensions, le corps (physique), l'esprit (perceptions, intelligence et émotions) et l'âme (spiritualité, valeurs et croyances). Cette relation, que Watson (1979; 2012) qualifie de mutuelle et subjective, a comme but ultime la sauvegarde de l'humanité et la dignité des personnes qui y sont engagées. Chacune en donnera un sens différent et en retirera un bien-être subjectif (*wholeness*) (Cara, 2003). Dans le cas qui nous intéresse, le *caring* s'édifie sur l'intentionnalité de la championne à interagir de son mieux avec son environnement, elle influence son environnement et celui-ci a un effet sur elle (Watson, 1979, 1985, 2012).

Watson (1979, 2012) décrit **l'environnement** dans ses dimensions physique et matérielle aussi bien que spirituelle et existentielle. Elle prend en compte l'espace qui entoure directement la personne ainsi que les forces qui font fonctionner l'univers (Pepin et al., 2010). L'environnement est interne (spiritualité, attitudes, perceptions, subjectivité de la personne) et externe (milieu de vie, éducation, univers) (Watson, 1979).

Enfin, une des composantes majeures du *caring* (Cara, 2003) correspond aux facteurs « *caratifs* » (voir Annexe 2) qui sont une sorte de guide pour la pratique infirmière. Watson voulait contrer avec ces facteurs, l'aspect « curatif » provenant de la médecine en même temps qu'elle honorait les dimensions humaines du travail infirmier (Watson, 1997, citée dans Cara & O'Reilly, 2008). Cependant, Watson a continué à transformer sa théorie et a remplacé ces facteurs par les processus de *caritas* cliniques qui seront maintenant décrits en lien avec le concept de championne (voir Annexe 3).

Les processus de caritas cliniques et le concept de championne

Watson a décrit dix processus de *caritas* cliniques (PCC) (Watson, 2009a). Watson (2001), citée par Cara et O'Reilly (2008), explique que ce mot provient du grec antique et veut dire : « chérir et donner une attention particulière » (p. 39). Pour Caruso et ses collègues (2008), les PCC caractérisent l'approche que pourraient choisir les infirmières, ici les championnes, pour entrer en relation avec leurs patients ou leurs collègues. Ils constituent un guide pour l'infirmière dans son application du *caring*. Cette approche de respect pour la personne et son environnement instaure un rapport « thérapeutique » entre deux personnes. Les deux parties en sortent transformées (Caruso et al., 2008; Noel, 2010; Watson, 2012). Les processus de *caritas* cliniques encouragent l'expression des sentiments positifs et négatifs et le processus créatif dans la recherche de solutions. Ils valorisent l'auto-apprentissage et l'estime de soi et prônent de porter une attention à

l'environnement et à son influence sur la santé et la guérison. Les *caritas* soulignent également que les besoins des personnes sont aussi divers que les personnes sont différentes.

À partir de ces PCC et dans l'esprit des concepts centraux définis par Watson, il est possible d'approfondir la compréhension du concept de championne en PCI. Ainsi, la championne peut être vue comme : personnifiant l'humanisme et l'altruisme (en référence au PCC 1), par son désir de favoriser la santé des patients et d'améliorer la pratique infirmière; favorisant l'espoir et le respect des croyances (PCC 2) car elle espère transformer son environnement et ses collègues, sans coercision; privilégiant le respect de soi et des autres, par l'exemple qu'elle prodigue à ses collègues et la prise de conscience d'une meilleure pratique en PCI (en référence PCC 3). Elle crée également une relation d'aide-confiance avec ses collègues (PCC 4) et elle chemine avec elles dans leur expérience subjective de PCI en leur permettant de s'exprimer librement (PCC 5). Enfin, puisque cette théorie repose sur une vision à la fois humaniste et scientifique, la championne, en utilisant tous les savoirs qu'elle a acquis, du fait de sa formation initiale et continue, de ses interactions et de son expérience pratique (PCC 6), offrira des interventions en PCI (PCC 9) mesurables scientifiquement et qui contribueront à l'évolution de la pratique, grâce aux transferts de ses connaissances sur son unité (PCC 7). Les PCC seront un guide pour la championne pour utiliser les forces spirituelles et phénoménologiques de la personne, de façon à permettre à celle-ci de s'épanouir et de prendre conscience de soi et d'accéder à ce que Watson

(1979, 2012) nomme un état d'harmonie « corps-esprit-âme » et qui correspond à un être indivisible, unique ayant un potentiel illimité.

Définition opérationnelle du concept de championne à la lumière de la théorie du caring

Ainsi, la plupart des processus de *caritas* cliniques peuvent être appliqués par la championne lors de son engagement avec ses collègues. La championne est considérée comme la personne qui donne le « soin » alors que celle qui le reçoit, correspond à une autre infirmière. Les infirmières qui se proposent pour être des championnes offrent un engagement moral d'« être avec » (O'Reilly & Cara, 2010) leurs collègues, afin de les soutenir dans leur expérience subjective de PCI et partager les significations qu'elles donneront à leur démarche. La championne entre dans leur champ phénoménal unique, pour percevoir et ressentir la réalité telle que ces personnes la vivent (Watson, 1979) et répondre à leurs demandes d'aide ou d'information selon leurs propres besoins. En offrant à celles-ci son empathie, sa confiance et son respect pour leur auto-apprentissage, elle les accompagne dans l'évaluation de ces besoins, dans leur recherche de solutions et dans la découverte de la signification qu'elles donnent à leur implication dans la PCI. La championne fait « usage » de soi (Cara, 1997) dans cet échange et y trouve aussi une signification, au moment présent et dans un futur rêvé (Cara, 2003). Cet état de connaissance permet une croissance interpersonnelle et transpersonnelle, (Cara, 1997; Falk Raphael, 2000; Nelson-Marten et al., 1998). Elle fait cela en considérant le

caring comme un « idéal moral » (Bernard, 2009; Cara & O'Reilly, 2008; Watson, 1988) à la base de toutes ses actions infirmières (Nelson-Marten et al., 1998).

Ainsi, d'un point de vue *caring*, la championne démontre de l'*empowerment* car elle est volontaire pour remplir ce rôle : elle se prend en charge et porte la responsabilité de ses actions (Cara, 1999; Noel, 2010). L'infirmière qui décide de devenir championne démontre son implication dans l'amélioration de la PCI, par le développement de ses connaissances et habiletés, de même que par la collaboration avec ses collègues. Par conséquent, le *caring* contribue à l'accomplissement professionnel de l'infirmière (Cara & O'Reilly, 2008), il lui permet de s'actualiser dans son travail et d'y trouver de la satisfaction (Cole, 2006; Marckx, 1995), ce qui s'avère en bout de ligne bénéfique aux personnes soignées (Cara, 1999).

L'application de la théorie du caring en PCI

Outre l'application du *caring* par les championnes, cette théorie peut guider de façon plus large le travail des infirmières en PCI en soulignant le caractère holistique et relationnel (Cara & O'Reilly, 2008) de cette spécialité, aspect oublié au profit de l'aspect positiviste fréquemment véhiculé par les autres intervenants, tels les médecins, les microbiologistes ou les épidémiologistes. Le *caring* permet de mettre de l'avant le caractère authentique des pratiques infirmières, comme la compassion et le respect, (Cara, 2003; Cara & O'Reilly, 2008) et donne un sens au travail des championnes en PCI de

façon plus large : celui de contribuer à la qualité des soins (Noel, 2010) et de s'engager auprès de leurs collègues.

Du fait que le *caring* véhicule une vision humaniste et holistique de la personne, de la santé, du soin et de l'environnement, il pourrait palier à la tendance du système de santé de fonctionner en silos, conséquence des conflits de rôles, de responsabilités, de cultures organisationnelles ou de ressources (Soo et al., 2009). Lorsque la pratique des soins est holistique et humaniste, du fait de l'application du *caring*, il s'en suit nécessairement une mise en commun des intérêts, pour le bien des patients (idéal moral) et une diminution des luttes de territoires du fait du respect des champs phénoménals respectifs.

En somme, le *caring* pourrait aider la championne à comprendre la divergence de comportements des membres du personnel, soumis aux mêmes conditions de travail et aux mêmes règlements, dans l'adhésion aux meilleures pratiques en PCI. Il fournirait peut-être à la championne des pistes de solutions spécifiques à offrir à chaque personne qu'elle veut accompagner, grâce au principe du respect de l'unicité de la personne et de la subjectivité de son expérience vécue. Il pourrait aussi être bénéfique de façon plus large pour l'ensemble des infirmières afin de promouvoir la PCI.

Discussion

Suite à la recension et à l'analyse des écrits, les trois thèmes indiqués dans les objectifs, en l'occurrence la PCI, le concept de championne et le *caring*, seront discutés. Cette discussion portera plus spécifiquement sur les défis de la PCI en ce qui concerne les changements à apporter pour augmenter la sécurité et la qualité des soins en relation avec la PCI et de l'impact potentiel des championnes sur ceux-ci. Ensuite, les obstacles qui pourraient surgir lors de l'implantation d'un projet de championnes en PCI seront décrits. Finalement, les critiques de l'application de la théorie du *caring* humain seront présentées

Les défis de la PCI et l'impact potentiel des championnes

L'adhésion du personnel infirmier aux principes de la PCI est en partie affecté par les contraintes du système de travail. Mais il reste une composante cognitive sur laquelle il faudrait travailler pour améliorer la PCI (Pittet et al., 2004). Cependant, il faut souligner que les changements de comportements sont rarement linéaires : il faut donc proposer des stratégies multimodales (Cole, 2006) comprenant, entre autres, de la formation et la communication d'information (e.g., posters, publication des taux d'incidence des IN), même si le déficit des connaissances ne semble pas être le seul obstacle à la PCI. Il faut en plus ajouter à cela l'instauration d'un programme de championnes et du soutien

accru aux gestionnaires pour que ces derniers mettent en place ces innovations. Par ailleurs, des auteurs (Saint et al., 2009) font remarquer que même si les meilleures pratiques basées sur les résultats probants sont de plus en plus présentes pour soutenir les changements dans la pratique, elles ne permettent pas toujours une transformation de celle-ci. Il est donc important de trouver des moyens créatifs pour palier à ces limitations. Guillin-Baudry (1997) parle de congruence entre les changements requis et les valeurs du personnel concerné : plus les changements correspondent à un besoin, plus les innovations vont être appliquées. C'est pourquoi, tout comme Cole (2006), l'étudiante croit que la mise en place d'un programme de championnes en PCI pourrait soutenir l'instauration de bonnes pratiques de PCI chez le personnel infirmier. En effet, leur présence permanente au sein des unités peut aplanir l'ambivalence de certains vis-à-vis des changements souhaités par le service de PCI. Comme la championne vit les mêmes contraintes ou difficultés que ses collègues (e.g., manque de temps, surcharge de travail, etc.), elle est mieux placée pour proposer des changements et les voir adoptés par le personnel, que si une ICS présente des correctifs de PCI lors d'une brève rencontre avec les infirmières de l'unité et qui demande à celles-ci de les appliquer. Il faut donc souligner l'effet de la rétroaction positive que peut faire la championne vis-à-vis des bonnes pratiques du personnel, tout en admettant que informer et former ne constituent pas des tactiques gagnantes à tous les coups.

Barrett (2006) fait allusion à l'instauration de poursuites criminelles contre les personnes qui n'appliqueraient pas les bonnes procédures pour prévenir l'apparition des IN. Cette allusion à des sanctions criminelles contre les

personnes qui par leurs comportements non sécuritaires causeraient l'apparition de ces infections, commence à faire son apparition dans certains écrits (Lewis & Edwards, 2008; Saint et al., 2009). En effet, en Angleterre et plus encore aux Etats-Unis, où le système de santé est privé et où une personne qui subit une IN doit payer pour se faire soigner, la notion de responsabilité pénale fait surface là où les méthodes « douces » de changements de comportements ou de pratiques n'arrivent pas à s'implanter (Blankenship & Denby, 2010). Il faut rappeler que plus de 30% des IN peuvent être évitées uniquement par l'application des meilleures pratiques dans le domaine de la PCI (Horton, 1997, OIIQ, 2008). Par contre, Vayre (2002) souligne que malgré « l'acharnement » que l'on peut mettre à annuler tout risque infectieux et à contrôler la qualité des prestations de soins, il peut brusquement y avoir une éclosion d'une IN sans pour autant retrouver des comportements douteux. Cet auteur refuse donc de mener des « chasses aux microbes (...) assimilées à des chasses aux sorcières (...). Il faut savoir raison garder. » (p. 251). C'est dire l'importance pour le Québec (comme c'est le cas en France) de trouver des solutions efficaces et non coercitives pour améliorer la PCI : que ce soit pour la protection des usagers, pour le système de santé qui est en déficit continu ou pour le libre arbitre du personnel de santé qui, dans sa grande majorité, présente un comportement sécuritaire. Ceci renforce l'intérêt de recourir à des championnes en PCI. Lewis et Edwards (2008) parlent d'instaurer une gouvernance clinique conséquente avec la qualité des soins recherchée.

Les obstacles à l'implantation des championnes

La mise en place de championnes pourrait rencontrer certains obstacles conjoncturels, immédiats ou à long terme, malgré le vouloir des personnes de s'investir dans ce projet. Le manque de ressources humaines et le manque de financement du réseau de la santé de même que la résistance aux changements sont trois éléments qui figureraient comme des limitations immédiates (Bajnok, 2009). En effet, pour former des championnes, il faut les dégager de leur tâches auprès des patients pour qu'elles puissent recevoir une formation. Il faut donc s'attendre à une dépense financière pour les remplacer et leur payer cette formation, en plus de l'effort à faire pour les remplacer sur les unités durant cette absence, car souvent les équipes de soins sont réduites. Il suffit donc qu'une personne soit malade en même temps que la championne est en formation, pour rendre compliqué son remplacement. Cela peut occasionner une surcharge de travail pour le personnel en place ce jour-là.

Cooper (2007), qui parle des championnes comme des leaders d'opinion, souligne qu'elles sont à risque de perdre confiance en leurs compétences et de se retirer du projet, et ce, même si elles ont eu des formations complémentaires en PCI, à cause de la résistance de leur propre gestionnaire d'unité ou des médecins seniors à accepter des innovations ou des changements de pratique. Lors de la mise en place d'un projet d'implantation de championnes en PCI, il serait donc important de déterminer en aval, la vision et l'engagement de toute infirmière attirée par ce rôle (Lovett & Massarani, 1999). Sinon, le risque de travailler à contre-courant, chacune essayant de faire de son mieux sans pour

autant se rejoindre sur une finalité commune (Lovett & Massarani, 1999). Cette direction devrait provenir du plus haut niveau de l'organisation et faire en sorte de soutenir les personnes qui travaillent dans cette optique et d'encourager une certaine individualité en parallèle à la recherche d'un consensus (Guillin-Baudry, 1997; Lovett & Massarani, 1999).

Les critiques de la théorie de Watson appliquée en PCI

Comme plusieurs autres théories infirmières, la théorie du *caring* humain de Watson comprend une partie de langage non familier et qui a besoin d'être interprété pour devenir accessible (Marckx, 1995). Cette auteure ajoute que certaines personnes pourraient trouver cette théorie difficile à comprendre et constituer une surcharge au travail des infirmières, déjà très occupées. D'autres auteurs (Falk Rafael, 2000; Noel, 2010) remarquent que la théorie du *caring* s'applique plus fréquemment et facilement à d'autres domaines que la prévention des infections ou la santé publique. Bernard (2009) indique que le *caring* ne semble pas ancrer la pratique dans un contexte qui tient lieu des menaces ou des risques infectieux, mais met de l'avant l'impératif moral d'attributs ou de façons d'être. Elle renchérit que ces idéaux moraux proviennent sans doute de notre héritage du temps où les infirmières étaient des religieuses qui devaient démontrer un dévouement et un don de soi sans rien recevoir en retour. Paley (2002) souligne que l'application du *caring*, en remplacement d'autres théories, pourrait causer plus de dégâts que de gains pour les infirmières, parce que cette théorie les fait paraître faibles et timorées, surtout

par rapport à la profession médicale. Aussi, selon lui, le *caring* encourage le favoritisme, l'inefficacité et le paternalisme, ce qui en bout de ligne peut causer préjudice aux infirmières. Une autre critique provient du fait que le *caring* n'est pas politiquement applicable selon cet auteur, en ces temps de restrictions budgétaires et de rareté des ressources humaines, due au départ à la retraite massif des infirmières appartenant à la tranche d'âge des *baby boomers* (Paley, 2002). Enfin, d'autres auteurs (Nelson-Martens et al., 1998) mettent en garde que la théorie de Watson peut ne pas s'appliquer à tous les domaines, les milieux de soins, ou encore, ne pas être compatible avec certaines situations ou avec la personnalité de certaines infirmières.

Effectivement, l'étudiante a pris la mesure des critiques de l'application du *caring* de Watson en PCI et, en particulier, son application par des championnes dans leur pratique de la PCI. Cependant, le but d'un travail de maîtrise consistant à faire avancer les connaissances dans le domaine choisi, l'étudiante s'est enhardie à utiliser le *caring* comme perspective disciplinaire pour l'analyse de ce concept, en espérant ouvrir une brèche. Qu'elle ne fut sa surprise de réaliser que l'application de la théorie du *caring* en PCI est possible, mais de plus, elle permet de remédier à certains obstacles cognitifs par les notions qu'elle véhicule (comme la signification donnée au travail bien fait, l'*empowerment* de l'infirmière dans sa fonction, la conscience de soi et de l'autre, etc.). En cela, l'étudiante est soutenue par certains auteurs (Cara, Nyberg, & Brousseau, 2011; Cara & O'Reilly, 2008; Noel, 2010; Nyberg, 1990; Watson, 2009b) qui encouragent l'utilisation du *caring* dans toutes les sphères des sciences infirmières, et ce, même dans ces temps de restrictions

budgétaires et de manque d'effectifs que vit le Québec. L'étudiante admet que le vocabulaire du *caring* peut sembler hermétique aux tenants des théories positivistes ou comportementalistes qu'on retrouve en PCI. Toutefois, elle réfute cela par le fait que ces théories, toutes précises qu'elles soient, continuent à manquer leur cible visant à faire changer le comportement de certaines personnes. Elle pense donc qu'il est temps de choisir le *caring* pour accompagner les infirmières dans leur expérience unique de PCI, surtout qu'il se développe déjà des outils psychométriques *caring* pour mesurer l'effet de l'application de celui-ci sur les patients (Cossette et al., 2005), ainsi que des exemples de pratiques réflexives (Cara & O'Reilly, 2008). L'étudiante espère que d'autres outils de mesure se rapportant au personnel infirmier seront disponibles dans un futur proche.

Recommandations

L'instauration de championnes dans certaines pratiques comme la prévention des chutes, des escarres de lit ou plus récemment en promotion de la cessation tabagique (Centre universitaire de santé McGill [CUSM], 2010), prend de plus en plus d'ampleur dans les CHU du Québec et en particulier dans l'hôpital où travaille l'étudiante. Cette dernière est donc confiante que des championnes en PCI feront leur apparition bientôt dans les établissements de santé, surtout après la mise en valeur de la PCI faite par le gouvernement du Québec, lors de la création de la spécialité (OIIQ, 2011). L'idée, selon le MSSS (2005), n'est pas de réinventer la roue mais de l'améliorer quand elle existe. Chaque infirmière qui croit en la PCI peut avoir un effet positif sur ses collègues. C'est d'ailleurs la principale contribution de ce travail qui est de présenter un concept facile à implanter, puisqu'il ne requiert pas des changements d'infrastructures, et collégial, puisqu'il provient du personnel. Bien évidemment, un tel projet demande des investissements financiers, des réarrangements pratiques, de la bonne volonté et un idéal humaniste (e.g., une meilleure PCI, pratiquée par des infirmières engagées, pour le plus grand bien des personnes soignées). En fait, au départ, même s'il pourrait nécessiter des dépenses, elles seraient probablement compensées par les économies monétaires à long terme (e.g., moins d'occupation de lits par des patients contaminés par des IN, réduction de l'usage d'antibiotiques, etc.), l'amélioration de la qualité de vie et

une réduction du taux de morbidité et de mortalité de la clientèle relatif aux IN. Cette mise en garde faite, l'étudiante aimerait proposer des recommandations pour améliorer la PCI en général, et plus particulièrement pour l'implantation des championnes. La section qui suit porte sur ces recommandations à la lumière de la théorie du *caring* humain de Watson, perspective disciplinaire retenue dans le cadre du présent travail.

Recommandations en lien avec les divers groupes d'acteurs

À la suite de l'analyse d'articles portant sur le concept de championne et l'application de la théorie du *caring* dans sa réflexion sur ce concept, l'étudiante propose l'implantation du rôle de championne en PCI dans les établissements de santé. En lien avec cette implantation, des recommandations spécifiques sont adressées à trois groupes d'acteurs soit : les gestionnaires/directions des soins infirmiers, les championnes et les autres infirmières soignantes (RNAO, 2011) .

1 – Recommandations aux directions de soins infirmiers et aux gestionnaires

- Une théorie infirmière claire, opérationnelle (avec des exemples concrets de pratique infirmière) devrait être adoptée et publicisée périodiquement dans l'institution, par un affichage ou sur médium électronique (réseau Intranet de l'hôpital, par exemple) de façon à rappeler la vision et la mission des soins

infirmiers. De cette manière, les infirmières dans leur ensemble sont valorisées et leur rôle est différencié de celui d'autres professions.

- Le rôle de championnes en PCI devrait être présenté à l'embauche des nouvelles infirmières. Pour ce faire, l'employeur devrait fournir une description de ce rôle sous forme d'un dépliant ou d'une présentation orale au cours de la séance d'orientation, ce qui permettrait aux nouvelles employées d'y penser et de décider ultérieurement de devenir une championne (Recommandation inspirée par un projet de championnes en cessation tabagique ayant cours au CUSM, 2010).
- Un soutien devrait être offert aux championnes (Lewis & Edwards, 2008) sous la forme d'un appui continu des gestionnaires aux championnes, de l'allocation de temps pour leur développement clinique, ainsi que pour favoriser leur engagement dans leurs activités de PCI (Olson et al., 2010; MSSS, 2011). De plus, les gestionnaires devraient faire en sorte que les ICS soient disponibles si les championnes ont besoin de se référer à elles (Lewis & Edwards, 2008).
- L'apport des championnes à la qualité et à la sécurité des soins donnés aux patients devrait être mis en valeur, par exemple, en leur distribuant des badges pour les rendre reconnaissables par le personnel et les usagers et en encourageant le personnel à consulter ces championnes (Lewis & Edwards, 2008).
- Les championnes devraient être mises en contact avec d'autres championnes en leur offrant des activités de formation sous forme de conférences, de séminaires ou d'ateliers, pour échanger et mettre en commun leur expérience (Lewis & Edwards, 2008; RNAO, 2011).

- Le temps supplémentaire que des ICS passent à former et à soutenir les championnes régulièrement ou ponctuellement devrait être rémunéré. En effet, ce temps doit être considéré comme un ajout de travail pour les ICS et non comme faisant partie de leurs responsabilités de base. Donc, la direction devrait leur accorder une reconnaissance ou encore, une compensation en retour, soit en ajoutant du personnel de secrétariat pour les soulager de certaines tâches cléricales (par exemple, des statistiques à compiler), soit en les rémunérant en temps ou en argent, si elles ont à faire du temps supplémentaire. Ce dernier point est à souligner, car dans le cas des ICS, elles sont considérées comme des cadres, et par conséquent, elles ne sont pas censées être payées en temps supplémentaire. Comme l'instauration de championnes constitue une expérience peu connue encore au Québec, la mise en place de ce genre de projet pourrait donc exiger beaucoup de temps pour devenir fonctionnel, puisque tous les acteurs avancent par essai et erreur. Il serait donc juste de compenser les ICS pour leurs efforts.

2 – Recommandations concernant les championnes

- Les championnes devraient être préparées à faire face à des tensions et des conflits, car c'est une part normale dans le processus de changement (Gallagher et al., 2010). À cet effet, il serait pertinent que les futures championnes suivent des formations en résolution de conflits, en leadership et en communication (Damschroder et al., 2009). Ces connaissances pourraient sans doute les rassurer dans leurs échanges avec le personnel (Soo et al.,

2009) et leur permettraient de se distancier psychologiquement des situations conflictuelles.

- Un climat de soutien devrait être instauré, grâce à l'écoute active et réflexive. Les championnes ne doivent pas utiliser des tactiques de persuasion, ne pas entrer en confrontation ouverte ou faire craindre des sanctions, car ce sont des moyens peu efficaces lorsqu'il s'agit de faire changer des comportements (Gallagher et al., 2010; McCreery, 2010). Il est préférable de mettre de l'avant, comme agents de changement, des personnes qui « parlent le langage » du personnel qu'on veut transformer. Les championnes doivent s'abstenir d'une remise en question directe des mauvaises pratiques, reconnaître les croyances erronées et offrir de l'information continue, des initiatives et de la rétroaction, pour aider leurs collègues à adhérer aux meilleures pratiques en PCI (MSSS, 2011). Par exemple, cela pourrait prendre la forme d'ateliers de pratique rapides (*flash*) à l'heure du midi ou de présentations d'expériences réussies dans d'autres institutions. Tout comme Gallagher et ses collaborateurs (2010), l'étudiante croit qu'il serait préférable aussi de fractionner les changements en petites étapes pour mieux les faire accepter, au lieu d'introduire un très grand changement d'un coup. Les championnes doivent répondre aux besoins spécifiques du personnel infirmier. En effet, à la suite des observations sur la pratique de la PCI dans son unité et des demandes d'aide ou d'information soumise par ses collègues, la championne convient avec la gestionnaire et les infirmières des changements à introduire. Il s'agit de faire profiter toutes les infirmières de la pratique réflexive, en discutant ensemble des changements à

apporter, selon les meilleures pratiques disponibles, et ce, sans jugements ni *a priori*.

- Les championnes devraient avoir la latitude de se retirer du projet. En effet, il serait opportun que pour recruter les championnes, le droit de se retirer du projet soit permis, sans préjudice pour leur poste ou leur carrière. Cette sécurité peut aider dans le recrutement des championnes qui autrement seraient réticentes à se présenter pour ce rôle, par peur de ne pas pouvoir passer le flambeau un jour, si elles sont lasses ou si elles ne désirent plus s'impliquer en PCI, pour quelques raisons qu'il soit.

3 – Recommandations concernant les infirmières soignantes

- La communication ouverte et constructive entre les gestionnaires, les championnes et les infirmières soignantes doit être encouragée afin que ces dernières puissent verbaliser leurs craintes ou les raisons de leur refus de changer, en lien avec le soutien requis afin de favoriser de bonnes pratiques en PCI. Ensuite, elles doivent être accompagnées dans leur autoévaluation et dans la recherche de solutions pertinentes.
- Une prise de conscience que des comportements non sécuritaires peuvent interférer avec le code de déontologie et les standards d'une pratique professionnelle de qualité doit être encouragée chez les infirmières soignantes. Pour ce faire, les championnes doivent les encourager dans leur appropriation des pratiques exemplaires de même que dans l'évaluation de l'application de ces pratiques.

4 – Recommandations applicables à tous les acteurs

- Les divers acteurs ne doivent pas être dogmatiques et s'attendre à ce qu'il y ait plus d'un chemin à suivre pour introduire des changements en PCI. Il ne faudra pas hésiter à changer de stratégies en cours de route si les obstacles s'accumulent, car les moyens sont aussi importants que la fin en PCI. Une fois ces recommandations établies et qu'une championne (ou une équipe de championnes) est identifiée dans une unité ou un département, il est nécessaire de planifier des rencontres pour choisir les changements à introduire, la façon d'évaluer leur application et, si les évaluations indiquent qu'il y a intérêt à instaurer ces modifications dans d'autres départements ou unités, il faudra décider du moment opportun de la divulgation des résultats.
- Cela dit, il est important de rappeler à tous les acteurs que la diffusion de changements ou d'innovations fonctionne selon une courbe normale, avec un début d'effets lent puis une accentuation des changements jusqu'à un sommet où ces changements seront bien perceptibles. Ensuite, il est possible de voir un ralentissement dans l'application des changements après l'atteinte du sommet de la courbe et même une désaffectation des bonnes habitudes (Berwick, 2003). À cet effet, Il serait donc nécessaire de soutenir les premiers adoptants des changements pour qu'ils deviennent eux aussi des disséminateurs de changements. Le principe étant que plus il y a de nouveaux adeptes, plus l'introduction des changements sera exponentielle (Berwick, 2003).

Recommandations d'une démarche pour faciliter les changements grâce à la
championne et inspirée de la théorie du *caring*

Du fait de sa connaissance des lieux, des pratiques, des habitudes et même des tensions de son département, la championne est bien placée pour assister dans les changements à introduire. Elle prodiguera écoute et soutien selon une approche *caring* pour permettre *l'empowerment* de ses collègues. Une fois que le personnel a répertorié les situations problématiques, la championne et la gestionnaire planifieront des rencontres regroupant infirmières, gestionnaire et ICS laquelle apportera son aide et ses conseils pour proposer les meilleures pratiques en PCI. À l'occasion de ces rencontres, la gestionnaire et la championne, qui appliquent la théorie du *caring*, maintiendront un climat de respect. En ce sens, ces réunions ne doivent pas être le lieu de jugements ou de mise en cause d'une personne en particulier (Marra et al., 2011). Ce sont des forums constructifs où la communication est transparente, centrée sur l'intérêt des patients et l'amélioration des pratiques du groupe. Il y sera convenu des améliorations ou des correctifs qui impliquent tout le personnel, de manière consensuelle, afin d'éviter les refus ou la non application. La championne collaborera avec le personnel dans sa réflexion pour l'amener à décider lui-même des changements souhaités. Elle respectera le cheminement de chaque infirmière. Elle s'assurera de la compréhension des principes qui sous-tendent les correctifs ou les changements proposés et favorisera l'apprentissage de ses collègues en leur fournissant les écrits scientifiques nécessaires à la compréhension des principes de PCI. Elle proposera que les

infirmières formulent des correctifs si les innovations semblent difficiles à appliquer sur le terrain. Cette dernière démarche permetta ainsi à leur créativité de s'exprimer. Le but étant d'outiller ses collègues pour qu'elles puissent pratiquer la PCI d'une façon efficace et autonome. Elle favorisera ainsi l'atteinte d'une harmonie « esprit-corps-âme ».

Enfin, la championne démontre son engagement en étant patiente et aidante : elle doit s'attendre à de la résistance, donc il faut qu'elle continue à appliquer les changements, même si elle se retrouve pendant un certain temps seule à le faire, en se disant qu'il n'y a pas de raccourci pour instaurer des changements : « *It has no shortcuts* » (Berwick, 2003). Ainsi, elle trouve une signification à sa situation. Elle doit ultimement se référer à l'ICS en PCI : la championne ne remplace pas celle-ci, elle la soutient. Par conséquent, si la championne n'a pas de réponse à une demande d'information, elle doit pouvoir faire appel à l'ICS. Elle démontre ainsi de la congruence entre ce qu'elle perçoit et ce qu'elle vit (Watson, 1979). Une fois que les personnes concernées ont été préparées, impliquées ou formées et que des changements ont été introduits, il faudra consolider ces transformations en même temps que les championnes sont confirmées dans leur rôle. Cela se traduit par des retours sur les expériences de chacune, l'évaluation de leurs besoins à elles et la correction d'erreurs éventuelles. La championne aura rempli ainsi son mandat qui est d'épauler ses collègues, leur servir de guide dans la recherche de solutions et faire le relais avec le service de PCI, selon la théorie du *caring*.

Conclusion

La contribution des infirmières à la PCI n'est plus à démontrer. C'est un défi qu'elles ont relevé avec détermination, avec comme devise ce que Nightingale a dit il y a plus de 150 ans « d'abord ne pas nuire » (citée dans MSSS, 2005). Elles ont un rôle proéminent à jouer dans la PCI, car ce sont elles qui sont les plus proches des malades, à toute heure, durant tout son séjour à l'hôpital. Elles doivent cependant trouver des moyens pour rejoindre aussi leurs collègues des autres professions pour mener cette bataille ensemble. Bernard (2009, p. 57) rappelle aux infirmières qu'il est fondamental de prendre conscience de leur rôle d'agent de surveillance pour avoir le courage de tenir un discours sans complaisance en matière de prévention et contrôle des infections, de façon à ne pas être « des soldats aveugles » d'une guerre contre les microbes qui serait perdue d'avance. Les changements doivent passer par tous les professionnels qui œuvrent dans les institutions de soins et même, comme le disent Lewis et Edwards (2008) par « (...) tous les patients, tout le personnel, tout le temps » (traduction libre, p.27). C'est pourquoi les gestionnaires et les cadres de la PCI devraient aller à la rencontre des championnes et trouver des solutions avec elles, car : « (...) quand de nouvelles idées sont générées de l'intérieur, le potentiel d'acceptation et de maintien de ces changements sont plus grands que s'ils étaient imposés par un groupe de gestionnaires » (traduction libre, Jaramillo, et al., 2008, p. 32).

Réduire les infections nosocomiales dans les hôpitaux demeure un processus lent et fastidieux mais qu'il faut prendre à bras-le-corps, en particulier, parce que les IN sont devenues un enjeu de santé publique : elles sont entrain de sortir de la sphère des hôpitaux pour se retrouver dans la communauté (Baker, 1999; MSSS, 2005). C'est pourquoi, les comportements inadéquats en PCI du personnel de santé ne devraient plus être considérés comme inévitables. Il faut tenter de les comprendre et ensuite de les corriger par des moyens efficaces, précis et simples, ce qui est proposé dans le cadre de ce travail dirigé, comme l'instauration de championnes en PCI.

L'étudiante réalise que son travail dirigé ne se veut pas exhaustif, compte tenu de l'ampleur du concept et du contexte choisi, la PCI. Des questions comme les étapes de l'implantation des championnes, la place des gestionnaires dans un projet pareil ou la motivation des infirmières à devenir des championnes restent à développer. Elle a voulu apporter une petite contribution à la résolution de ce problème des IN, en proposant une stratégie novatrice pour améliorer la PCI, sous forme de travail dirigé. Elle déplore cependant, que malgré la confirmation de l'apport positif des championnes dans l'amélioration des soins, leur présence, en particulier en PCI ne soit pas plus étudiée dans les écrits scientifiques français, et plus spécifiquement au Québec. Ce travail lui a permis aussi de confirmer que l'application en PCI d'une perspective infirmière holistique et humaniste comme le *caring* est à considérer pour remplacer les théories positivistes qui sont appliquées dans ce domaine, car elle permet aux infirmières de prendre leur place (*empowerment*) en PCI, de trouver un sens à

leur travail dans ce domaine et de respecter la personne dans son unicité corps-esprit-âme.

D'ailleurs, la théorie du *caring* est applicable aussi aux gestionnaires de ces championnes (Cara, 1999; Cara et al., 2011). En effet, ces infirmières qui vont s'occuper des autres infirmières et des patients ont aussi besoin que l'on se préoccupe d'elles. L'influence de leur environnement de travail stimulera ou ralentira leurs efforts *caring* et la responsabilité de le rendre adéquat et plaisant revient en grande partie à la direction et aux cadres. En pratiquant le respect, en prônant l'*empowerment*, en améliorant la qualité de vie au travail de leurs employées et en ne fonctionnant pas de façon utilitariste (Cara, 1999), ces gestionnaires peuvent aider leurs championnes dans le renouvellement de leur pratique en PCI.

Références

- Association des médecins microbiologistes infectiologues du Québec (AMMQ).
Association des professionnels en prévention des infections (APPI) (2000).
Critères pour les définitions des infections nosocomiales. Québec : Le comité
de la surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN).
- Bajnok, I. (2009). You are OUR champions. *RNAO Newsletter, issue 7*.
Récupéré le 6 juin 2011 de http://www.rnao.org/champions_newsletter/dec09/editorial.html.
- Baker, O. G. (1999). Outcomes management: Trendy phrase or mandate for survival? *American Journal of Infection Control, 27*(7), 77-78.
- Barrett, S. (2006). What's new in ... Infection Control. *Medicine, 34*(3) 1-3.
- Beggs, C. B., Noakes, C. J., Shepherd, S. J., Kerr, K. G., Sleight, P. A., & Banfield, K. (2006). The influence of nurse cohorting on hand hygiene effectiveness. *American Journal of Infection Control, 34*(10), 621-626.
- Bernard L, (2009). Perspective foucauldienne de la surveillance en sciences infirmières face aux risques biologiques. *Aporia, 1*(4), 45-60.
- Berwick, D. M. (2003). Disseminating Innovations in Health Care. *JAMA, 289*(15), 1969-1975
- Bigras, T., & Pichette, G. (2008). La culture de la prévention des infections. Expérience de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. *Le point en administration de la santé et des services sociaux, 1*, 4-6.
- Blankenship, J. S., & Denby, A. S. (2010). Empowering UAP to champion pressure ulcer prevention. *Nursing2010.com, 40*, 12-13.
- Bush Knapp, M., McIntyre, R., Sinkowitz, R. L., & Pearson, M. L. (2008). Assessment of health care personnel needs for training in infection control: One size does not fit all. *American Journal of Infection Control, 36*, 757-760.
- Cara, C. (1997). *SOI 3001*. Notes de cours inédites, Université de Montréal.

- Cara, C. (1999). Relational Caring inquiry: Nurses' perspective on how management can promote a caring practice. *International Journal for Human Caring*, 3(1), 22-30.
- Cara, C. (2003). A pragmatic view of Jean Watson's Caring theory. *International Journal of Human Caring*, 7(3), 51-61.
- Cara, C., & O'Reilly, L. (2008). S'approprier la théorie du *Human Caring* de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 95, 37-45.
- Cara, C., Nyberg, J. J., & Brousseau, S. (2011). Fostering the coexistence of caring philosophy and economics in today's health care system. *Nursing Administration Quarterly*, 35(1), 6-14.
- Cara, C. (2012). *La spécialité en PCI : La contribution d'une perspective infirmière*. Conférence d'ouverture présentée au congrès de l'Association des infirmières en prévention des infections, Gatineau, Québec.
- Caruso, E. M., Cisar, N., & Pipe, T. (2008). Creating a healing environment. An innovative educational approach for adopting Jean Watson's theory of Human Caring. *Nursing Administration Quarterly*, 32, 126-132.
- Centre universitaire de santé McGill (2010). *Projet : Promotion de la cessation tabagique intégrée à la pratique professionnelle*. Document inédit, Montréal.
- Clancy, T. R. (2010) Diamonds in the rough. Positive deviance and complexity. *JONA*, 40, 53-56.
- Cole, M. (2006). Using a motivational paradigm to improve handwashing compliance. *Nurse Education in Practice*, 6, 156-162.
- Cooper, T. (2007) Putting educational theory into clinical practice. *Journal of Hospital Infection*, 65(S2), 124-127.
- Cossette, S., Cara, C., Ricard, N., & Pepin, J. (2005). Assessing nurse-patient interactions from a caring perspective: report of the development and preliminary psychometric testing of the Caring Nurse-Patient Interaction Scale. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 673-686.
- Coulon, P., Martinez M.-P., & Deberles, M.-F. (2000). Un centre de lutte contre le cancer engagé dans la prévention des AES. *Soins*, 642, 52-53.
- Covington, H. (2003). Caring presence: Delineating of a concept of holistic nursing. *Journal of Holistic Nursing*. 21, 301-317.

- Craven, D. E. (2006). Preventing ventilator-associated pneumonia in adults. Sowing seeds of change. *Chest*, 130(1), 251-260.
- Damschroder, L. J., Banaszak-Holl, J., Kowalski, C. P., Forman, J., Saint, S., & Krein, S. L. (2009). The role of the “champion” in infection prevention: Results from a multisite qualitative study. *Quality Safety Health Care*, 18, 434-440.
- Dauzat, A., Dubois, J., & Mitterand, H. (1971). *Nouveau dictionnaire étymologique et historique*. Paris : Librairie Larousse.
- DeBourgh, G. A. (2001). Champions for evidence-based practice: A critical role for advanced practice nurses. *AACN Clinical Issues*, 12(4), 491-508.
- Delecroix, G. (2011). Responsabilité infirmière face aux infections nosocomiales. *La revue de l'infirmière*, 172, 27-29.
- Delcourt, S. (1996). L'infirmière en hygiène hospitalière. Hier, aujourd'hui, demain. *Soins*, 604(mars), 81-84.
- Dettenkofer, M., Ammon, A., Astagneau, P., Dancer, S. J., Gastmeier, P., Harbarth, S., et al. (2010). Infection control – A European research perspective for the next decade. *Journal of Hospital Infection*, 77, 7-10.
- Donnelly, G. F. (2008, Septembre/Octobre) Nursing influentials, viral change, and healing health systems. *Holistic Nursing Practice*, 241-242.
- Duffy, J. R. (2002). Nosocomial infections: Important acute care nursing-sensitive outcomes indicators. *AACN Clinical Issues*, 13(3), 358-366.
- Dyess, S., Boykin, A., & Rigg, C. (2010). Integrating Caring theory with nursing practice and education. Connecting with what matters. *The Journal of Nursing Administration*, 40, 498-503.
- Erasmus, V., Brouwer, W., Beeck, E. F. van, Oenema, A., Daha, T. J., Richardus, J. H., et al. (2009). A qualitative exploration of reasons for poor hand hygiene among hospital workers: Lack of positive models and of convincing evidence that hand hygiene prevents cross-infection. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 30, 415-419.
- Falk Rafael, A. (2000). Watson's philosophy, science, and theory of Human Caring as a conceptual framework for guiding community health nursing practice. *Advances in Nursing Science*, 23, 34-49.
- Faubert, C. (2009). Tensions and dilemmas experienced by a change agent in a community-university physical activity initiative. *Critical Public Health*, 19, 71-86.

- Fawcett, J., Watson, J., Neuman, B., Hinton Walker, P., & Fitzpatrick, J. J. (2001). On Nursing Theories and Evidence. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(2), 115-119.
- Freeman, S. (2011). Charge nurses' perceptions of infection control. *Mental Health Practice*, 14(9), 26-29.
- Gallagher, K., Nutting, P. A., Nease, D. E., Jr., Graham, D. G., Bonham, A. J., Dickinson, W. P., et al. (2010). It takes two: Using coleaders to champion improvements in small primary care practices. *Journal of American Board Family Medicine*, 23(5), 632-639.
- Gervais, C. (2008). Infirmière ressource douleur et infirmière référente, pour une meilleure prise en charge de la douleur. *Soins*, 728, 31-32.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of Innovation in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629.
- Guillin-Baudry, A. (1997). Expertise et changement. *Soins Formation Pédagogie Encadrement*, 24, 51-53.
- Gurzick, M., & Kesten, K. (2010). The impact of clinical nurse specialists on clinical pathways in the application of evidence-based-practice. *Journal of Professional Nursing*, 26(1), 42-48.
- Haley, R.W., Culver, D. H., White, J. W., Morgan, W. M., Emori, T. G., Munn, V. P., et al. (1985). The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. *American Journal of Epidemiology*, 121(2), 182-205.
- Horton, R. (1993). Introducing high quality infection control in a hospital setting. *British Journal of Nursing*, 2(15), 746-750.
- Horton, R. (1997). Quality infection control within existing resources. *British Journal of Nursing*, 6(21), 1217.
- Hugonnet, S., Harbarth, S., Sax, H., Duncan, R. A., & Pittet, D. (2004). Nursing resources: a major determinant of nosocomial infection? *Current Opinion in Infectious Diseases*, 17, 329-333.
- Hugonnet, S., Chevolet, J.-C., & Pittet, D. (2007). The effect of workload on infection risk in critically ill patients. *Critical Care Medicine*, 35(1), 76-81.
- Jaramillo, B., Jenkins, C., Kermes, F., Wilson, L., Mazzacco, J., & Longo, T. (2008). Positive deviance: Innovation from the inside out. *Nurse Leader*, April, 30-34.

- Koteyko, N., & Carter, R. (2008). Discourse of 'transformational leadership' in infection control. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 12(4), 479-499.
- Lankford, M. G., Zembower, T. R., Trick, W. E., Hacek, D. M., Noskin, G. A., & Peterson, L. R. (2003). Influence of role models and hospital design on hand hygiene of health care workers. *Emerging infectious diseases*, 9(2), 217-223.
- Lemay, A. (2008). Des stratégies reposant sur des données probantes pour la prévention des infections nosocomiales. *Le point en administration de la santé et des services sociaux*, 1, 34-35.
- Leprohon, J. (2000). Vers une culture d'amélioration continue. *L'infirmière du Québec* (7)5, 25-41.
- Lévesque, É., & Goulet, D. (2008). Les infirmières en prévention et contrôle des infections : une fonction complexe, un rôle méconnu. *Le point en administration de la santé et des services sociaux*, 1, 22-24.
- Lewis, T., & Edwards, C. (2008). How clinical champions can improve quality. *Nursing management*, 14(10), 24-27.
- Lloyd, J. C. (2011). For clues to HAI prevention, seek out positive deviance. *Healthcare Purchasing News*, Jan, 46-47.
- Locock, L., Dopson, S., Chambers, D., & Gabbay, J. (2001). Understanding the role of opinion leaders in improving clinical effectiveness. *Social Science & Medicine*, 53, 745-757.
- Lovett, L. L., & Massanari, R. M. (1999). Role of surveillance in emerging health systems: Measurement is essential but not sufficient. *American Journal of Infection Control*, 27, 135-140.
- Mallaret, M. R., Fournieret-Vivier, A., Poujol, I., Dutel, C., Béringuier, C., Berthelot, J., et al. (2004). Ressources et organisation de 124 établissements de l'interrégion Sud-Est pour la mise en œuvre des précautions standard et d'isolement septique. *Médecine et maladies infectieuses*, 34, 477-484.
- Marckx, B. B. (1995). Watson's theory of Caring: A model for implementation in practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 9, 43-54.
- Marra, A. R., Guastelli, L. R., Pereira de Araujo, C. M., Saraiva dos Santos, J. L., Filho, M. A. O., Silva, C. V., et al. (2011). Positive deviance: A program for sustained improvement in hand hygiene compliance. *American Journal of Infection Control*, 39(1), 1-5.

- McCreery, H. (2010). Nursing's role in the management of health-care-associated infections. *Oncology Nursing Society, September*, 13-14.
- McNally, O., Thompson, I. M., McIlvenny, G., Smyth, E. T. M., McBride, N., & MacAuley, D. (2001). Sterilization and disinfection in general practice within university health services. *Journal of Hospital Infection*, 49, 210-214.
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing. Development & progress* (4^e éd.). Crawfordsville : Lippincott Williams & Wilkins.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *D'abord ne pas nuire Les infections nosocomiales au Québec, un problème majeur de santé, une priorité*. Québec : La direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2006a). *Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec*. Québec : La direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2006b). *Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales au Québec 2006-2009*. Québec : La direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2008). *Cadre de référence sur les rôles et responsabilités des directions de santé publique en matière de surveillance et de protection de la santé de la population*. Québec : La direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2011). *Prévention et contrôle des infections nosocomiales. Plan d'action 2010-2015*. Québec : La direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Récupéré le 14 septembre 2012 de <http://www.msss.gouv.qc.ca/nosocomiales>.
- Morin, D., & Leblanc, N. (2002, novembre/décembre). Pour une pratique fondée sur des résultats probants. *L'infirmière du Québec*, 27-32.
- Nelson-Marten, P., Hecomovich, K., & Pangle, M. (1998). Caring theory: A framework for advanced practice nursing. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 4, 70-77.
- Noel, D. (2010). Occupational health nursing practice through the Human Caring lens. *AAOHN Journal*, 58, 17-26.

- Nyberg, J. (1990). The Effects of Care and Economics on Nursing Practice. *JONA*, 20(5), 13-18.
- Olson, C. A., Tooman, T. R., & Alvarado, C. J. (2010). Knowledge systems, health care teams, and clinical practice: A study of successful change. *Advance in Health Science Education*, 15, 491-516.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2004). *Perspectives de l'exercice de la profession infirmière*. Montréal : Direction du développement et du soutien professionnel, OIIQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2008a). «*Loi sur les infirmiers et infirmières*» (art. 36). Récupéré le 4 avril 2008 sur <http://www.OIIQ.org>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2008b). *Protéger la population par la prévention et le contrôle des infections. Une contribution essentielle de l'infirmière : Prise de position*. Montréal : Direction du développement et du soutien professionnel, OIIQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2011). *L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec applaudit la création d'une spécialité en prévention et contrôle des infections*. Communiqué de presse, 21 septembre.
- Paley, J. (2002). Caring as a slave morality: Nietzschean themes in nursing ethics. *Journal of Advanced Nursing*, 40, 25-35.
- Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3^e éd.). Montréal : Chenelière Éducation.
- Phillips, G., & Ker, J. (2006). Champion students! Experience with a standardized infection control training package in medical students. *Journal of Hospital Infection*, 62, 518-519.
- Pipe, T. B. (2008). Illuminating the inner leadership journey by engaging intention and mindfulness as guided by Caring theory. *Nursing Administration Quarterly*, 32, 117-125.
- Pittet, D. (2000). Improving compliance with hand hygiene in hospitals. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 21(6), 381-386.
- Pittet, D., Simon, A., Hugonnet, S., Pessoa-Silva, C. L., Sauvan, V., & Perneger, T. V. (2004). Hand hygiene among physicians: performance, beliefs and perceptions. *Annals of International Medicine*, 141(1), 1-8.
- Rey, A., & Rey-Debove, J. (2010). *Le petit Robert. Dictionnaire alphabétique et analogique* (Vol. 1). Paris : Dictionnaire Le Robert.

- RNAO (2011). *Transforming nursing through knowledge*. Récupéré le 16 juillet 2011 de <http://www.rnao.org/page.asp?PageID=861&SiteNodeID=162>.
- Rodgers, B. L. (2005). *Developing Nursing Knowledge: Philosophical Traditions and Influences*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Saint, S., Kowalski, C. P., Banaszak-Holl, J, Forman, J., Damschroder, L., & Krein, S., L. (2009). How active resisters and organizational constipators affect health care-acquired infection prevention efforts. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 35(5), 241-246.
- Saint, S., Howell, J. D., & Krein, S. L. (2010). Implementation Science: How to jump-start infection prevention. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 31(S1), S14-S17.
- Schön, D. A. (1963). Champions for radical new inventions. *Harvard Business Review*, 41, 77-86
- Shortell, S. M., Marsteller, J. A., Lin, M., Pearson, M. L., Wu, S.-Y, Mendel, P., et al. (2004). The Role of Perceived Team effectiveness in improving Chronic Illness Care. *Medical Care*, 42(11), 1040-1048.
- Soo, S., Berta, W., & Baker, G. R. (2009). Role of champions in the implementation of patient safety practice change. *Healthcare Quarterly*, 12(Special issue), 123-128.
- Stelling, J. (1995, Janvier/Février). Le temps en soins infirmiers. Une question d'autonomie et d'autodétermination. *L'infirmière du Québec*, 48-52.
- Storey, J., & Buchanan, D. (2008). Healthcare governance and organizational barriers to learning from mistakes. *Journal of Health Organization and Management*, 22, 642-651.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2007). *Nursing theorists and their work*. (6^e éd.) St. Louis : Mosby, Inc.
- Vayre, P. (2002). Les infections dites nosocomiales : un défi à la raison. *Annales chirurgicales*, 127, 250-251.
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (1995). *Strategies for theory construction in nursing* (3^e éd.). Norwalk: Appleton & Lange.
- Walker, K. M., & Alligood, M. R. (2001). Empathy from a nursing perspective: Moving beyond borrowed theory. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15(3), 140-147.

- Ward, D. J. (2011). The role of education in the prevention and control of infection: A review of the literature. *Nurse Education Today*, 31, 9-17.
- Ward, D. J. (2012). Attitudes towards infection prevention and control: an interview study with nursing students and nurse mentors. *BMJ Quality Safety*, 21, 301-306. Récupéré le 2 octobre 2012 de <http://qualitysafety.bmj.com>
- Warnet, S. (2008). Déclarer une vraie guerre aux infections nosocomiales. *La revue de l'infirmière*, 139, 4-5.
- Warnet, S. (2009, Avril). « L'hygiène hospitalière, c'est l'affaire de tous, y compris du patient ». *La revue de l'infirmière*, 149, 4-6.
- Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and science of Caring*. Boston : Little, Brown.
- Watson, J. (1985). *Nursing: Human Science and Human Care. A theory of nursing*. New York, NY : National League for Nursing.
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human Science and Human Care. A theory of nursing*. (2^e éd.). New York, NY : National League for Nursing.
- Watson, J. (1997). The theory of Human Caring: Retrospective and Prospective. *Nursing Science Quarterly*, 10(1), 49-52.
- Watson, J. (2001). Jean Watson: Theory of Human Caring. Dans Parker, M. E. (Ed.) *Nursing theories and nursing practice*, (pp. 343-354). Philadelphia : Davis.
- Watson, J. (2005). *Caring Science as Sacred Science*. Philadelphia : F. A. Davis
- Watson, J. (2006). Caring Theory as an Ethical Guide to Administrative and Clinical Practices. *Nursing Administration Quarterly*, 30(1), 48-55.
- Watson, J. (2009a). *Assessing and measuring Caring in nursing and Health Sciences*. (2e éd.). New York, NY : Springer Publishing Company.
- Watson, J. (2009b, Spring). Caring science and Human Caring theory: Transforming personal and professional practices of nursing and health care. *Journal of Health & Human Services Administration*, 466-482.
- Watson, J. (2012). *Human Caring science. A theory of Nursing* (2^e éd.). Boulder: Jones & Bartlett.

White, C. M., Statile, A. M., Conway, P. H., Schoettker, P. J., Solan, L. G., Unaka, N. I., et al. (2012). Utilizing improvement science methods to improve physician compliance with proper hand hygiene. *Pediatrics*, 129(4), e1042-e1050.

Annexe 1

Méthode d'analyse de concept selon Walker & Avant (1995)

Annexe 1

Méthode d'analyse de concept selon Walker & Avant (1995)

(Traduction et adaptation par Joëlle Adib)

- 1 - Choisir un concept
- 2 - Déterminer les buts de l'analyse
- 3 - Identifier les usages du concept (cas apparentés)
- 4 - Déterminer les qualificatifs qui définissent le concept
- 5 - Construire un cas modèle
- 6 - Construire un cas *bordeline*, contraire, ou illégitime
- 7- Identifier des antécédents et des conséquences
- 8 - Définir des référents empiriques : définition opérationnelle

Annexe 2

Les dix facteurs *caratifs* de Watson

Annexe 2

Les dix facteurs *caratifs* de Watson, tiré de Cara & O'Reilly, 2008

(Watson, 1988, 2005 : traduction libre de Cara)

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

Annexe 3

Les processus de caritas cliniques

Annexe 3

Les processus de *caritas* cliniques, tiré de Cara & O'Reilly, 2008

(Watson, 2001, p. 347 : traduction libre de Cara)

- 1- Pratique d'amour-bonté et d'égalité dans un contexte de conscience *caring*;
- 2- Être authentiquement présent, faciliter et maintenir le système de croyances profondes et le monde subjectif du soignant et du soigné;
- 3- Culture de ses propres pratiques spirituelles et du soi transpersonnel, se dirigeant au-delà du soi ego, s'ouvrant aux autres avec sensibilité et compassion;
- 4- Développement et maintien d'une relation d'aide, de confiance et de *caring* authentique;
- 5- Être présent et offrir du soutien par l'expression de sentiment positifs et négatifs, telle une profonde connexion avec son âme et celle du soigné;
- 6- Utilisation créative de soi et de tous les types de savoir comme faisant partie du processus de *caring* ; s'engager dans une pratique de *caring-healing* artistique;
- 7- S'engager dans une expérience d'enseignement-apprentissage authentique qui s'attarde à l'union de l'être et de la signification, qui essaie de demeurer dans le cadre de référence de l'autre;
- 8- Créer un environnement *healing* à tous les niveaux (physique de même que non physique), un environnement subtil d'énergie et de conscience, où intégralité, beauté, confort, dignité et paix sont potentialisés;

9- Assister en regard des besoins de base, avec une conscience de *caring* intentionnelle, administrer les « *soins humains essentiels* », qui potentialisent l'alignement esprit-corps-âme, l'intégralité et l'unité de la personne dans tous les aspects du soin ; veiller sur l'âme incarnée et l'émergence spirituelle en développement;

10- Ouvrir et s'attarder aux dimensions spirituelles-mystérieuses et existentielles de sa propre vie-mort ; soin de l'âme pour soi-même et la personne soignée.