

Université de Montréal

Exploration, sous l'angle de l'approche de la déviance positive, des pratiques cliniques
d'infirmières au regard de l'hygiène des mains et des facteurs qui les influencent
en contexte hospitalier québécois

Par

Josiane Létourneau

Faculté des sciences infirmières

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures et postdoctorales
en vue de l'obtention du grade de *Philosophiae Doctor* en sciences infirmières

Août, 2019

© Josiane Létourneau, 2019

Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières

Cette thèse intitulée:

Exploration, sous l'angle de l'approche de la déviance positive, des pratiques cliniques
d'infirmières au regard de l'hygiène des mains et des facteurs qui les influencent
en contexte hospitalier québécois

Présentée par:

Josiane Létourneau

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes:

Chantal Caux,
Présidente-rapporteuse

Marie Alderson,
Directrice de recherche

Annette Leibing,
Codirectrice de recherche

Laurence Bernard,
Membre du jury

Mélanie Lavoie-Tremblay,
Examinatrice externe

Résumé

Plusieurs approches ont été proposées au fil du temps pour améliorer les taux d'adhésion à l'hygiène des mains des infirmières dans un contexte de prévention des infections associées aux soins de santé. Néanmoins, ces taux sont et demeurent faibles au Québec (Lacoursière, 2018) comme partout ailleurs (Stella et al., 2019). Depuis le milieu des années 1980, une approche de changement de comportement – la déviance positive - a fait son apparition dans les écrits en santé publique. Ladite approche propose de déterminer la présence de *déviants positifs* - personnes ou groupes plus performants que d'autres - puis d'explorer les facteurs qui expliquent cette meilleure performance afin de développer des moyens d'amener un changement à d'autres personnes ou d'autres groupes (Bradley et al., 2009). Même si des recherches utilisant l'approche de la déviance positive ont été publiées en sciences infirmières, il n'est pas clair si cette approche peut être utile et appliquée à la pratique infirmière au regard de l'hygiène des mains. Le but de cette étude était d'explorer, sous l'angle de l'approche de la déviance positive, les pratiques cliniques d'infirmières au regard de l'hygiène des mains et les facteurs qui les influencent en contexte hospitalier québécois ainsi que de discuter l'applicabilité de ladite approche à la pratique infirmière en lien avec l'hygiène des mains. Pour répondre à ce but, nous avons effectué deux ethnographies focalisées auprès de 21 infirmières sur deux unités de soins (unité de médecine-chirurgie et unité de soins palliatifs) d'un centre hospitalier universitaire de la région de Montréal. Ces deux unités ont été choisies sur la base des taux d'adhésion à l'hygiène des mains des infirmières plus élevés comparativement à ceux de leurs collègues des autres unités de soins du même centre hospitalier. La collecte des données s'est déroulée de janvier à octobre 2015, principalement lors de 18 entrevues individuelles et 14 périodes d'observation de type *shadowing*. Une grille d'observation a été utilisée afin d'y consigner les détails relatifs au contexte. Selon la méthode d'analyse décrite par Patton (2002, 2015), toutes les données

colligées ont été codées et regroupées sous des catégories puis une analyse de fréquence des codes a été effectuée afin d'en permettre l'interprétation.

Les résultats de cette étude montrent que les pratiques cliniques sont similaires sur les deux unités de soins; les participantes utilisent principalement les solutions hydro-alcooliques avant d'entrer et en sortant de la chambre des patients. Quant aux facteurs qui explicitent les taux plus élevés d'adhésion à l'hygiène des mains des infirmières, certains d'entre eux sont communs aux deux équipes de soins. Au niveau individuel, les participantes reconnaissent l'importance d'avoir les connaissances sur le rôle de l'hygiène des mains pour prévenir la transmission des infections, de se protéger soi-même et de protéger les patients; au niveau organisationnel, on constate une pratique collaborative à l'intérieur de chacune des équipes; au niveau environnemental, l'accessibilité et la disponibilité des distributeurs de solution hydro-alcoolique facilitent grandement la pratique de l'hygiène des mains; au niveau sociopolitique, les deux équipes sont confrontées aux compressions survenues suite à la réforme du réseau de la santé et à l'incertitude face à un déménagement vers un nouveau centre hospitalier; au niveau culturel, les membres des deux équipes travaillent ensemble vers un but commun, ce que nous avons nommé *cohésion sociale* telle que décrite par Kwok, Harris et McLaws (2017). Cependant, ce qui favorise cette cohésion diffère selon l'équipe de soins. Sur l'unité de médecine-chirurgie, l'équipe s'est mobilisée sous le leadership de son infirmier-chef afin d'améliorer les taux d'adhésion à l'hygiène des mains. Sur l'unité des soins palliatifs, l'équipe partage une pratique de soins empreinte d'humanisme afin de protéger des patients qui sont en fin de vie. Ce qui nous amène à postuler que la déviance positive s'applique à une équipe de soins - et non seulement à des individus - qui travaille ensemble afin de protéger les patients des infections associées aux soins de santé. Les connaissances découlant de cette étude permettent de comprendre qu'afin d'améliorer l'adhésion à l'hygiène des mains des infirmières, il serait préférable de cibler les équipes de soins qui

performent le mieux, d'élaborer des interventions qui intègrent des facteurs à plusieurs niveaux, non seulement au niveau individuel, et d'ajouter des ressources humaines et financières.

Mots-clés: Déviance positive, hygiène des mains, ethnographie focalisée, infirmières

Abstract

Many approaches have been advocated over time to improve nurses' hand hygiene adherence rates in order to prevent healthcare-associated infections – nosocomial infections. Nevertheless, these rates have been and continue to be low in Québec (Lacoursière, 2018), as they are everywhere else (Stella et al., 2019). In the mid-1980s, a behavioural change approach – positive deviance – appeared in public health literature. This approach proposes to identify the presence of *positive deviants* – individuals or groups who outperform others – and to explore the factors that explain the better performance, in order to develop ways to encourage change among other individuals or groups (Bradley et al., 2009). Although studies using the positive deviance approach have been published in the nursing literature, it is unclear whether this approach can be applied to nursing practice with regard to hand hygiene. The purpose of this study was to explore, from the perspective of the positive deviance approach, the clinical nursing practices related to hand hygiene and the factors that influence them in a Québec hospital setting, as well as to examine the applicability of this approach to hand hygiene in nursing practice. To this end, we conducted two focused ethnographies with 21 nurses on two care units (a medical surgery unit and a palliative care unit) at a university hospital centre in the Montréal region. These two units were chosen because the nurses' hand hygiene adherence rates were higher than their colleagues' rates on other care units at the same hospital centre. The data were collected from January to October 2015, mainly through 18 individual interviews and 14 shadowing periods. An observation grid was used to record the contextual details. According to the method described by Patton (2002, 2015), all the collected data were coded and grouped under categories and then a frequency analysis of the codes was carried out in order to allow interpretation.

The results of this study show that the clinical practices are similar on both healthcare units; the participants use mainly hydro-alcoholic solutions before entering and leaving the patients' rooms. Some of the factors that explain the higher hand hygiene adherence rates are shared by both care teams. On the individual level, the participants recognize the importance of having knowledge about the role of hand hygiene to prevent the transmission of infections, protect themselves and protect the patients; on the organizational level, there is a collaborative practice within each team; on the environmental level, the accessibility and availability of the hydro-alcoholic solution distributors greatly facilitate hand hygiene practices; on the sociopolitical level, both teams are facing cuts under the health reform and uncertainty related to a move to a new hospital; on the cultural level, the members of both teams work together toward a common goal, which we called "social cohesion" as described by Kwok et al. (2017). However, the factors that lead to this cohesion differ in each team. On the medical surgery unit, the leadership of the head nurse mobilizes the team to improve their hand hygiene adherence rates. On the palliative care unit, the team shares a humanist care practice to protect patients who are at the end of their lives. This led us to postulate that positive deviance applies to a care team – not just to individuals – who are working together to protect patients from healthcare-associated infections.

The knowledge from this study suggests that to improve nurses' hand hygiene adherence, it would be preferable to target the care teams that perform best, to develop interventions that include factors on several levels, not just the individual level, and to increase human and financial resources.

Keywords: Positive deviance, hand hygiene, focused ethnography, nurses

Table des matières

Résumé	3
Abstract	6
Table des matières	8
Liste des tableaux	10
Liste des figures.....	11
Liste des acronymes	12
Remerciements	14
Introduction	16
CHAPITRE - 1 - PROBLÉMATIQUE	19
<i>But de l'étude et questions de recherche</i>	<i>27</i>
CHAPITRE - 2 - RECENSION DES ÉCRITS.....	28
<i>Infections associées aux soins de santé ou infections nosocomiales.....</i>	<i>29</i>
<i>Hygiène des mains</i>	<i>34</i>
<i>Facteurs d'adhésion à l'hygiène des mains</i>	<i>40</i>
<i>Facteurs de faible adhésion à l'hygiène des mains.....</i>	<i>43</i>
<i>Pratiques des infirmières au regard de l'hygiène des mains</i>	<i>49</i>
<i>Interventions utilisées pour améliorer l'adhésion à l'hygiène des mains.....</i>	<i>51</i>
<i>Déviance positive: cadre conceptuel.....</i>	<i>61</i>
<i>Analyse du concept de la déviance positive selon l'approche évolutionniste de Rodgers –</i>	
<i>Premier article de la thèse</i>	<i>65</i>
<i>Approche de la déviance positive: applications dans la pratique.....</i>	<i>98</i>
CHAPITRE - 3 - MÉTHODE DE RECHERCHE	111
<i>Référents ontologiques et épistémologiques de l'étude.....</i>	<i>111</i>
<i>Choix du devis de recherche</i>	<i>113</i>
<i>Milieu de l'étude.....</i>	<i>117</i>
<i>Vue d'ensemble du déroulement de l'étude.....</i>	<i>118</i>
<i>Stratégies d'échantillonnage et de recrutement</i>	<i>119</i>
<i>Collecte des données</i>	<i>125</i>
<i>Analyse des données</i>	<i>134</i>

<i>Critères de rigueur scientifique</i>	143
<i>Considérations éthiques</i>	145
CHAPITRE - 4 - RÉSULTATS	148
<i>Contexte de l'étude</i>	149
<i>Participant.es à l'étude</i>	165
<i>Pratiques cliniques des participant.es au regard de l'hygiène des mains</i>	166
<i>Facteurs qui influencent les participant.es dans leur adhésion à l'hygiène des mains</i>	175
<i>Positive Deviance and hand hygiene of nurses in a Quebec hospital: what can we learn from the best? – Deuxième article de la thèse</i>	178
CHAPITRE - 5 - DISCUSSION	198
<i>Pertinence du devis de recherche</i>	198
<i>Pratiques cliniques des participant.es au regard de l'hygiène des mains</i>	200
<i>Facteurs qui influencent les participant.es dans leur adhésion à l'hygiène des mains</i>	204
<i>Applicabilité de l'approche de la déviance positive à la pratique infirmière</i>	211
<i>Limites de l'étude</i>	218
<i>Implications des résultats pour différents champs d'activité en sciences infirmières</i>	222
CONCLUSION	231
Bibliographie	233
Annexe A - Moments pour procéder à l'hygiène des mains	256
Annexe B - Approbation de la Direction des soins infirmiers	257
Annexe C - Approbation du comité d'éthique	258
Annexe D - Formulaire d'information et de consentement - 1 ^{ère} ethnographie	260
Annexe E - Formulaire d'information et de consentement - 2 ^e ethnographie.....	266
Annexe F - But et questionnaire sociodémographique - Entrevue.....	272
Annexe G - But et questionnaire sociodémographique - Observation.....	273
Annexe H - Informations pour les patients	274
Annexe I - Grille d'observation.....	275
Annexe J - Guide entretien individuel.....	278
Annexe K.- Preuve de publication du 1 ^{er} article.....	281
Annexe L.- Preuve de publication du 2 ^e article	282

Liste des tableaux

Tableau 1 - Antécédents et conséquences de la déviance positive selon les disciplines.....	89
Tableau 2 - Nombre de participants selon le sexe par unité de soins.....	122
Tableau 3 - Documents disponibles sur l'unité au regard de la prévention des infections.....	133
Tableau 4 - Livre des codes selon les six catégories.....	139
Tableau 5 - Données sociodémographiques des participantes.....	166
Table 1 - Sociodemographic data of participants.....	195
Table 2 - Factors shared by both care teams regarding hand hygiene practices.....	196

Liste des figures

Figure 1 - Processus et recension des écrits	90
Figure 2 - Éléments pour évaluer le comportement de déviance positive.....	91
Figure 3 - Projets utilisant la déviance positive au niveau mondial, 2012.....	92
Figure 4 - Antécédents, attributs et conséquences de la déviance positive selon les disciplines.	93
Figure 5 - Exemple du codage des données provenant d'une entrevue	135
Figure 6 - Exemple du codage des données provenant d'une observation	136
Figure 7 - Facteurs influençant l'adhésion à l'hygiène des mains aux soins palliatifs	141
Figure 8 - Acteurs d'un réseau territorial ou local de services de santé et de services sociaux.	150
Figure 9 – Regroupement des établissements de santé	152
Figure 10 - Plan de l'unité de médecine-chirurgie	159
Figure 11 - Plan de l'unité des soins palliatifs	162
Figure 12 - Observations des moments d'hygiène des mains selon l'unité de soins	173
Figure 13 - Processus de la déviance positive au regard de l'hygiène des mains	217
Figure 14 - Modèle d'adhésion à l'hygiène des mains.....	224

Liste des acronymes

ASSS:	Agence de santé et des services sociaux
BGNPC:	Bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases
CHSLD:	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CIUSSS:	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CISSS :	Centre intégré de santé et de services sociaux
ICU:	Infirmier-chef de l'unité
MSSS:	Ministère de la santé et des services sociaux
OMS:	Organisation mondiale de la santé
SARM:	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
SHA:	Solution hydro-alcoolique
UMC:	Unité de médecine-chirurgie
USP:	Unité des soins palliatifs

The very first requirement of a hospital is that it should do the sick no harm.

Florence Nightingale

Insanity is doing the same thing over and over again and expecting different results.

Albert Einstein

Remerciements

Accomplir des études doctorales est une longue aventure qui nécessite du travail, de la détermination, du courage, de la persévérance et surtout de la passion pour le sujet à l'étude. Il me sera très difficile de remercier les nombreuses personnes qui m'ont permis de mener cette thèse à son terme. Je tiens tout d'abord à exprimer ma gratitude à mes directrices, Madame Marie Alderson et Madame Annette Leibing qui m'ont encadré tout au long de cette thèse, fruit d'une collaboration de plus de six années. Je veux les remercier pour leur gentillesse, leur disponibilité et pour les nombreux encouragements qu'elles m'ont prodigués. À leurs côtés, j'ai compris ce que rigueur et précision voulaient dire et j'ai beaucoup apprécié les échanges que nous avons eus au cours des diverses rencontres.

Je remercie également les membres du jury pour l'honneur qu'ils me font de faire partie de mon jury de thèse. Je remercie toutes les personnes avec qui j'ai partagé mes études et plus particulièrement les infirmiers(ères)-chefs qui ont accepté mon projet de recherche et m'ont soutenu tout au long de la collecte de données. Mes remerciements les plus sincères vont à chacune des infirmières qui ont participé à mon étude. Je leur suis très reconnaissante d'avoir accepté que je les accompagne au cours des soins et d'avoir pris le temps de répondre à mes questions et ce, malgré des horaires chargés. Elles ont toutes mon admiration!

Je souhaite remercier, pour leur soutien financier, le Ministère de l'Éducation, du Loisir et des Sports (MELS), l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), la Faculté des sciences infirmières et la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université de

Montréal, l'Association des infirmières en prévention des infections (AIFI), l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM), l'Association étudiante des cycles supérieurs de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Montréal/Laval (ORIIM/L). J'exprime ma profonde gratitude à Madame Jeanne Vallet qui promeut la recherche en prévention et contrôle des infections par la création du « *Fonds de bourses Jeanne Vallet* ». Je lui réitère mes plus sincères remerciements pour l'opportunité exceptionnelle de l'obtention de cette bourse de recherche.

Au terme de ce parcours, je remercie enfin celles et ceux qui me sont chers, c'est-à-dire les membres de ma famille, dont mes deux fils Dominic et Sébastien, ainsi que mes amies. Leurs attentions et encouragements m'ont accompagnée tout au long de ces années. Merci plus particulièrement à Marielle, Pauline et Hélène ainsi qu'à Luce, Marie-Claude B., Marie-Claude M., Karine et Gabrielle pour votre écoute, votre soutien et vos encouragements. Je suis redevable à ma mère pour son soutien moral et sa confiance dans mes choix et j'ai une pensée toute particulière pour ma sœur Martine qui, malgré ses nombreuses responsabilités, a trouvé le temps de m'aider pour la mise en page de cette thèse. Enfin, je pense à mon père qui de là-haut doit être très fier de sa " grande ", lui qui m'a transmis le sens du travail et le goût des études.

Introduction

En 2015, le Québec était confronté à une réforme majeure du réseau de la santé qui transformait de manière importante ses structures et son fonctionnement; " des centaines d'établissements ont été fusionnés dans des Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) " (Champagne, Contandriopoulos, Ste-Marie et Chartrand, 2018, p. 5). Cette réorganisation a mené à des compressions importantes au niveau des ressources humaines et financières. De plus, au cours de la même année, le Ministère de la Santé et des Services sociaux publiait son *Plan d'action ministériel 2015-2020 sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales* incluant des mesures pour améliorer le taux d'adhésion à l'hygiène des mains des professionnels de la santé qui demeurait bas et ce, dans l'ensemble des établissements de soins (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015). Considérant ce contexte, il nous semblait pertinent d'étudier des infirmières plus performantes au regard de la pratique de l'hygiène des mains afin de comprendre le " comment " et surtout d'explicitier le " pourquoi " de cette meilleure performance.

Cette thèse explore, au moyen de deux ethnographies focalisées, les pratiques cliniques d'infirmières œuvrant sur deux unités de soins plus performantes au regard de l'hygiène des mains en comparaison avec leurs collègues des autres unités de soins d'un centre hospitalier universitaire de la région de Montréal. De manière plus précise, la présente thèse aspire à comprendre les facteurs qui explicitent cette meilleure performance afin de proposer des pistes de solutions qui pourraient améliorer la pratique de l'hygiène des mains des infirmières. De plus, comme l'approche de la déviance positive sert d'angle à l'étude, cette thèse questionne

l'applicabilité de cette approche pour la pratique infirmière au regard de l'hygiène des mains. Le mode de rédaction choisi est une présentation mixte, c'est-à-dire qui combine à la fois des chapitres traditionnels et des articles (Études supérieures et postdoctorales, 2019). Dans le cadre de cette thèse, le tout se traduit par cinq chapitres traditionnels et deux articles. Le premier article se trouve dans le chapitre sur la recension des écrits et le deuxième dans celui qui porte sur les résultats. Ce mode de rédaction présente un intérêt, car il permet de diffuser les résultats de recherche plus rapidement par la publication d'articles. Cependant, cela présente un défi supplémentaire afin d'assurer la cohérence et l'intégration du contenu des articles dans leurs chapitres respectifs. De plus, il est compliqué de décrire, dans un article, les éléments détaillés du contexte, étant restreint par le nombre de mots.

Le premier chapitre présente une problématique à deux volets. D'un part, les risques liés aux faibles taux d'adhésion à l'hygiène des mains des infirmières dans un contexte de prévention des infections associées aux soins de santé; d'autre part, la difficulté entourant l'application à la pratique de l'hygiène des mains de l'approche de la déviance positive – concept central de cette étude. Le deuxième chapitre retrace principalement les diverses interventions effectuées pour améliorer l'adhésion à l'hygiène des mains ainsi que les facteurs de faible adhésion à cette pratique. On y retrouve aussi les résultats d'une analyse du concept de la déviance positive sous forme d'article ainsi que divers exemples d'applications de ce concept. Au chapitre 3, on présente les choix faits au niveau méthodologique afin d'atteindre le but de l'étude. Le chapitre 4 présente d'une part, une description du contexte de l'étude et les résultats en lien avec les pratiques cliniques des participantes au regard de l'hygiène des mains. D'autre part, les résultats quant aux facteurs qui influencent les participantes dans leur pratique d'hygiène des mains font

l'objet d'un article inclus dans ce chapitre. Le chapitre 5 porte sur la discussion des résultats présentés au chapitre 4 et ceux qui sont en lien avec l'applicabilité de l'approche de la déviance positive à la pratique infirmière au regard de l'hygiène des mains. Nous proposons dans ce chapitre un modèle d'adhésion à l'hygiène des mains qui pourrait favoriser cette pratique chez les infirmières.

CHAPITRE - 1 - PROBLÉMATIQUE

Les infections associées aux soins de santé peuvent survenir chez des patients au cours d'un épisode de soins dans un établissement de santé et pour être définies comme telles, ne doivent pas être présentes ou en incubation au moment de l'admission du patient [Organisation mondiale de la santé (OMS), 2011]. Ces infections peuvent avoir comme conséquences " un accroissement de la morbidité et de la mortalité, une prolongation du séjour hospitalier et une majoration considérable des coûts de santé " (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017a, p. 9). Plusieurs mesures existent pour prévenir la transmission de ce type d'infections comme le port de masques, de blouses ou de gants, mais l'hygiène des mains est reconnue comme la mesure la plus efficace (Gould, Moralejo, Drey, Chudleigh et Taljaard, 2018; Price et al., 2018). Cependant, la faible adhésion des professionnels de la santé, incluant les infirmières¹, à cette pratique est largement documentée (Boscart, Fernie, Lee et Jaglal, 2012; Luangasanatip et al., 2015; Neo, Sagha-Zadeh, Vielemeyer et Franklin, 2016; Schweizer et al., 2014). Selon l'OMS, le taux d'adhésion à l'hygiène des mains pour l'ensemble des professionnels de la santé se situerait autour de 38,7 % (Luangasanatip et al., 2015). Malgré toutes les interventions proposées et les diverses stratégies implantées pour améliorer l'adhésion à l'hygiène des mains depuis plus de deux décennies, force est de constater le peu de progrès de l'observance à cette pratique (Gould, Moralejo, Drey et Chudleigh, 2011; Gould et al., 2018). La reconnaissance du rôle de l'hygiène des mains pour prévenir les infections ne date pourtant pas d'aujourd'hui. Déjà en 1859, l'infirmière britannique, Florence Nightingale, recommandait que toutes les infirmières se lavent les mains plusieurs fois par jour (David, 2004). En effet, elle

¹ Le genre féminin inclut le genre masculin infirmier

avait une vision d'un système de santé publique basée sur la prévention des maladies au niveau de laquelle les infirmières avaient un rôle important à jouer (Lee, Clark et Thompson, 2013). À la même époque, Ignacz Semmelweis (1847), obstétricien d'origine hongroise, suggérait aux médecins d'un hôpital de Vienne de procéder à l'hygiène des mains entre les autopsies et les accouchements afin de diminuer les taux de mortalité causés par la fièvre puerpérale (Boyce et Pittet, 2002). Malheureusement, plus de 170 ans plus tard, l'adhésion des professionnels de la santé à l'hygiène des mains dans un contexte de prévention des infections associées aux soins de santé demeure faible (Doronina, Jones, Martello, Biron et Lavoie-Tremblay, 2017).

Entre 1995 et 2010, les infections associées aux soins de santé ont touché de 3,6 à 12 % des patients hospitalisés dans les pays développés du monde entier (incluant le Canada avec un taux de prévalence de 11,6 %) et jusqu'à 50 % des patients admis aux soins intensifs (Organisation mondiale de la Santé, 2011). Dans les pays en développement, plusieurs études effectuées dans quelques hôpitaux généraux rapportent des taux d'infections associées aux soins de santé plus élevés que dans les pays développés, ceux-ci pouvant dépasser les 18 % (Organisation mondiale de la Santé, 2011). Au Québec, le Comité sur les infections associées aux soins de santé estime qu'il y aurait acquisition d'une infection associée aux soins de santé chez environ 10 % des patients admis dans les hôpitaux pour des soins de courte durée (Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, 2005; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018a). Selon cette estimation, environ 80 000 à 90 000 patients contractent une infection chaque année lors de leur hospitalisation (Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, 2005; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018a). Tel que le souligne l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

(2008, p. 4), " malgré les efforts soutenus des dernières années en matière de prévention et de contrôle des infections, les infections acquises pendant la prestation de soins, que ce soit en établissement de santé ou dans la communauté, demeurent un enjeu et une priorité de santé publique ". Au Québec, des programmes de formation portant sur la prévention des infections associées aux soins de santé sont dispensés dans tous les centres hospitaliers et des campagnes de sensibilisation à l'hygiène des mains sont menées dans la plupart des hôpitaux. De plus, depuis 2016, les taux d'adhésion à l'hygiène des mains des professionnels de la santé font l'objet d'un suivi par le ministère de la Santé et des Services sociaux (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017b). Les données obtenues des 30 établissements de santé du Québec pour l'année 2017-2018 montrent des taux moyens d'adhésion à l'hygiène des mains de 59,1 % pour l'ensemble du personnel de la santé et de 61,5 % pour les infirmières (Ministère de la santé et des services sociaux, 2018b).

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) reconnaît que " le non-respect des mesures d'hygiène par les professionnels de la santé et les membres de l'équipe de soins " (OIIQ, 2008, p.7) est préoccupant, car il favorise la transmission des agents pathogènes responsables des infections associées aux soins de santé. Il a été démontré que les micro-organismes qui sont responsables des infections associées aux soins de santé sont, majoritairement, transmis par contact direct via les mains contaminées des professionnels de la santé et que plusieurs de ces infections pourraient être prévenues si l'adhésion à l'hygiène des mains [lavage des mains avec de l'eau et du savon ou utilisation de solutions hydro-alcooliques] était accrue (Agence de la santé publique du Canada, 2012b). Comme les infirmières constituent les professionnels de la santé ayant le plus de contacts directs avec les patients (Boscart et al.,

2012; Doronina et al., 2017) soit, environ 80 % de l'ensemble des contacts directs (Nasirudeen et al., 2012) et ont donc le plus grand nombre d'occasions de procéder à l'hygiène des mains (Goodliffe et al., 2014), c'est auprès de ce personnel que les efforts sont à porter. Une adhésion accrue des infirmières à l'hygiène des mains pourrait avoir un impact majeur sur la réduction des infections associées aux soins de santé.

Divers facteurs peuvent contribuer à éclairer les faibles taux d'adhésion à l'hygiène des mains des professionnels de la santé. Au niveau individuel, le manque de connaissances sur la nécessité de procéder à l'hygiène des mains pour prévenir les infections associées aux soins de santé (McLaughlin et Walsh, 2011; Song, Stockwell, Floyd, Short et Singh, 2013) et la difficulté à se conformer à cette pratique sont souvent rapportés (Agence de la santé publique du Canada, 2012b; De Wandel, Maes, Labeau, Vereecken et Blot, 2010; Kingston, Slevin, O'Connell et Dunne, 2017). En ce qui concerne les facteurs organisationnels et environnementaux, plusieurs auteurs mentionnent que le manque de temps causé par une surcharge de travail nuit à l'adhésion à l'hygiène des mains (De Wandel et al., 2010; Kirk et al., 2016; Lee et al., 2013; McAteer, Stone, Fuller et Michie, 2014) ainsi que des problèmes d'accessibilité aux produits d'hygiène des mains (Kowitt, Jefferson et Mermel, 2013; Song et al., 2013). De plus, des facteurs socioculturels tels que les croyances religieuses et les spécificités culturelles pourraient avoir des implications dans la pratique de l'hygiène des mains (Allegranzi et al., 2009; Cumbler et al., 2013).

Il existe de nombreuses stratégies pour amener un changement de pratiques cliniques chez les professionnels de la santé (Damschroder et al., 2009; DiCenso, Guyatt et Ciliska, 2005;

Institut national de santé publique du Québec, 2009) et plusieurs d'entre elles ont été mises en place pour améliorer l'adhésion à l'hygiène des mains. La plupart visent l'organisation et recourent à des *audits* qui sont des observations de l'hygiène des mains suivies de la diffusion de leurs résultats (Gould et Drey, 2013; Wilson, Jacob et Powell, 2011) et à l'implantation de pratiques exemplaires sur l'hygiène des mains (British Columbia Ministry of Health, 2012; Organisation mondiale de la santé, 2009). D'autres stratégies concernent l'environnement, comme une meilleure accessibilité à des solutions hydro-alcooliques (Doronina et al., 2017; Gould et al., 2018; Pittet, 2000). Au niveau individuel, les stratégies les plus souvent utilisées pour changer les pratiques cliniques sont la formation (Boscart et al., 2012; Doronina et al., 2017) ainsi que celles qui tiennent compte de l'influence des pairs et du leadership d'un supérieur (Huis, Holleman, et al., 2013).

Même si des études rapportent une amélioration des taux d'adhésion à l'hygiène des mains suite à l'utilisation de quelques-unes des stratégies mentionnées plus haut, telles que la formation (Doronina et al., 2017), l'utilisation de solutions hydro-alcooliques (Doronina et al., 2017; Smiddy, O'Connell et Creedon, 2015) et des *audits* suivis de la diffusion de leurs résultats (Huis, Holleman, et al., 2013; Walker et al., 2014), le suivi est fait, pour la majorité d'entre elles, sur une courte période et il n'est pas démontré que les améliorations perdurent dans le temps ni laquelle est vraiment efficace (Gould et al., 2011; Gould et al., 2018). De plus, ce qui complexifie la comparaison entre les diverses études est que les techniques utilisées pour procéder à la surveillance de l'adhésion à l'hygiène des mains varient d'une étude à l'autre; c'est-à-dire que certaines sont effectuées à l'aide d'outils de surveillance automatiques

(Michael, Einloth, Fatica, Janszen et Fraser, 2017), d'autres par des observations directes (Chang et al., 2016) ou au moyen de distributeurs électroniques (Hagel et al., 2015).

En somme, les infections associées aux soins de santé sont un problème majeur et bien présent dans nos milieux de soins avec des conséquences graves pour les patients, pour les professionnels de la santé, en plus des coûts sociaux associés aux dites infections. Plusieurs facteurs peuvent expliciter les faibles taux d'adhésion à l'hygiène des mains des professionnels de la santé pour prévenir ce type d'infections, mais les difficultés rencontrées pour ce faire suggèrent que de modifier ce comportement est une tâche complexe. Il existe une approche de changement de comportement - la déviance positive - qui semble prometteuse et qui diffère des approches traditionnelles en mettant l'accent sur les succès plutôt que sur les échecs. Au début des années 1990, cette approche de changement de comportement est déployée avec succès pour combattre la malnutrition infantile (Pascale, Sternin et Sternin, 2010). Selon l'approche de la déviance positive, il y a dans la plupart des organisations, des personnes *déviantes positives* qui réussissent à trouver des solutions plus adaptées à une situation problématique que d'autres personnes disposant des mêmes ressources (Marsh, Schroeder, Dearden, Sternin et Sternin, 2004). De l'avis de certains sociologues, la déviance positive est un comportement individuel qui surpasse les normes d'un groupe (Ben-Yehuda, 1990; Dodge, 1985), suppose l'excellence, la créativité, le talent, des actions nobles (Huryn, 1986; Jones, 1998; Spreitzer et Sonenshein, 2004) et engendre des réactions favorables (Heckert, 1989). L'approche de la déviance positive s'est imposée comme une démarche au niveau empirique et propose de déterminer la présence de *déviant positifs* qui sont plus performants puis d'explorer les facteurs qui expliquent cette meilleure performance afin de développer des moyens d'amener un changement à d'autres

(Bradley et al., 2009). Selon Krumholz, Curry et Bradley (2011), les *déviants positifs* pourraient influencer le comportement d'autres personnes d'une même organisation. Cependant, les interventions favorisant le transfert des pratiques utilisées par les *déviants positifs* restent à explorer (Lawton, Taylor, Clay-Williams et Braithwaite, 2014).

Cette approche de changement de comportement est relativement nouvelle dans le secteur des soins de santé, mais les données soutenant son utilisation sont en progression. Depuis 2006, l'approche de la déviance positive est utilisée pour la prévention des infections associées aux soins de santé (Awad et al., 2009; Gardam, Reason et Rykert, 2010; Jain et al., 2011; Lloyd, 2011; Oliveira et al., 2017; Zimmerman et al., 2013). Des études menées à São Paulo par une équipe brésilienne ont révélé une amélioration significative et soutenue de l'adhésion à l'hygiène des mains des professionnels de la santé consécutivement au recours à cette approche (Marra et al., 2011; Marra et al., 2010; Marra, Pavao Dos Santos, Cendoroglo Neto et Edmond, 2013). Marra, Pavão dos Santos, Cendoroglo Neto et Edmond (2013) expliquent que c'est en permettant aux *déviants positifs*, c'est-à-dire les professionnels qui ont des idées sur les meilleures pratiques au regard de l'hygiène des mains, de les partager avec leurs collègues tout en ayant le soutien des gestionnaires qu'ils réussissent à l'améliorer. Selon Baxter, Taylor, Kellar et Lawton (2016), ces études au regard de l'hygiène des mains ne font mention que d'une vague description des attitudes du personnel (Marra et al., 2011; Marra et al., 2010) et les facteurs expliquant pourquoi ces derniers réussissent n'y sont pas mentionnés (Macedo Rde et al., 2012; Marra et al., 2011; Marra et al., 2010). Comme ce sont les seules études, à notre connaissance, qui ont appliqué l'approche de la déviance positive au regard de l'hygiène des mains, il appert que nous n'avons pas de critères sur lesquels nous baser ni de facteurs qui nous

permettent de comprendre la déviance positive au regard de cette pratique dans un contexte de prévention des infections associées aux soins de santé. Toujours en lien avec l'hygiène des mains, il n'existe pas de modèle sur lequel nous appuyer pour identifier des *déviantes positifs* au regard de cette pratique et nous aider à partager leurs stratégies avec d'autres. Cependant, des études effectuées dans d'autres disciplines telles qu'en administration de la santé (Baxter, Taylor, Kellar et Lawton, 2015), en santé publique (Pascale et al., 2010) et dans un contexte d'amélioration de la qualité des soins (Bradley et al., 2009; Lawton et al., 2014) offrent des pistes intéressantes. Il semble donc pertinent d'explorer s'il est possible de reconnaître des infirmières *déviantes positives* au regard de l'hygiène des mains, de comprendre ce qu'elles ont de différent, ce qui les caractérise et de se questionner à savoir s'il est envisageable de partager leurs pratiques avec d'autres infirmières. L'objectif étant de vérifier l'utilité de l'approche de la déviance positive et son applicabilité à l'hygiène des mains.

Tout compte fait, les approches traditionnelles en sciences infirmières pour améliorer la pratique de l'hygiène des mains n'ont pas obtenu les résultats escomptés, il serait opportun d'explorer une approche alternative, telle que l'approche de la déviance positive. S'il s'avérait que cette dernière est utile et applicable à la pratique de l'hygiène des mains, son déploiement, dans le domaine de la prévention et du contrôle des infections associées aux soins de santé, pourrait avoir pour expression objectivable, une diminution du nombre d'infections associées aux soins de santé avec à terme, une amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

But de l'étude et questions de recherche

Le but de l'étude doctorale est d'explorer, sous l'angle de l'approche de la déviance positive, les pratiques cliniques d'infirmières au regard de l'hygiène des mains et les facteurs qui les influencent en contexte hospitalier afin de discuter l'applicabilité de ladite approche à la pratique infirmière en lien avec l'hygiène des mains.

Questions de recherche

- a) Quelles sont les pratiques cliniques des infirmières au regard de l'hygiène des mains?
- b) Quels sont les facteurs qui influencent des infirmières à adhérer à l'hygiène des mains?
- c) Quelle est l'applicabilité de l'approche de la déviance positive à la pratique infirmière en lien avec l'hygiène des mains?

CHAPITRE - 2 - RECENSION DES ÉCRITS

Le deuxième chapitre présente une recension des écrits sur l'adhésion à l'hygiène des mains des professionnels de la santé¹ et, de façon plus spécifique des infirmières, dans une perspective de prévention des infections associées aux soins de santé. La première section retrace l'épidémiologie de ces infections à travers le monde et leurs principaux modes de transmission. La deuxième section porte sur l'hygiène des mains des professionnels de la santé incluant les pratiques des infirmières, les taux d'adhésion, les facteurs d'adhésion ainsi que ceux pouvant éclairer la faible adhésion à l'hygiène des mains et les stratégies qui ont été utilisées pour l'améliorer. Le chapitre se termine par la présentation de l'approche de la déviance positive, soit le concept central qui a guidé, de manière critique, cette étude. Le premier article de la thèse publié en 2013 dans la revue *Recherche en soins infirmiers* est inclus dans cette section (Létourneau, Alderson, Caux et Richard, 2013)². Le but de l'article est de présenter les résultats de l'analyse du concept de la déviance positive selon la méthode de Rodgers (2000), ce qui a permis d'en mettre en évidence l'origine dans les écrits en sociologie puis d'en suivre l'évolution selon différentes disciplines de la santé. Pour donner suite à la publication de cet article en 2013, nous avons poursuivi la recension des écrits sur la déviance positive afin d'inclure dans ce chapitre les nouvelles connaissances produites sur le sujet depuis et de bonifier ledit article au regard des disciplines qui n'y avaient pas été abordées.

¹ Le terme professionnel de la santé réfère au personnel infirmier et médical

² Cet article sur l'analyse du concept de la déviance positive a été cité dans quelques écrits incluant un mémoire de maîtrise français

Infections associées aux soins de santé ou infections nosocomiales

Le mot nosocomial vient du grec " nosos " qui veut dire maladie et de " komein " qui signifie soigner; ces deux mots réunis forment " nosokomeion " et se traduisent par hôpital (Le Petit Larousse, 2009). Au début des années 2000, les " Centers for Disease Control and Prevention " ont remplacé le vocable " infections nosocomiales " par " infections associées aux soins de santé " afin de tenir compte des modifications apportées à l'organisation des soins de santé, soit le virage ambulatoire. Au Québec, l'appellation " infections nosocomiales " a été conservée dans la littérature grise seulement et inclut les infections qui sont acquises dans n'importe quel établissement de santé (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006). Cependant, pour les besoins de cette étude, l'appellation " infections associées aux soins de santé " sera utilisée par souci de cohérence avec les écrits internationaux.

Épidémiologie des infections associées aux soins de santé

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (Organisation mondiale de la santé, 2009, 2011), les infections associées aux soins de santé sont un problème majeur pour la sécurité des patients et représentent des coûts importants pour les patients, leurs familles et la société. Les risques d'acquérir ce type d'infections touchent n'importe quel établissement de santé et des centaines de millions de patients à travers le monde acquièrent une de ces infections chaque année (Organisation mondiale de la Santé, 2011). Des études de prévalence des infections associées aux soins de santé effectuées entre 1995 et 2010 dans les pays à hauts revenus rapportent des taux variant de 3,6 % en Allemagne à 12 % en Nouvelle-Zélande (Organisation mondiale de la Santé, 2011). En Europe, un point de prévalence effectué de mai à octobre 2010 dans 66 hôpitaux de 23 pays montre un taux d'infections associées aux soins de santé de 7,1 %,

mais pouvant être aussi élevé que 28,1 % dans les unités de soins intensifs (Zarb et al., 2012). Aux États-Unis, on estime que chaque année, 2,5 millions de patients développent une infection nosocomiale occasionnant 90 000 décès (Korniewicz et El-Masri, 2010). Une étude effectuée entre 1986 et 2013 démontre que les cinq infections les plus souvent présentes dans les hôpitaux américains ont généré des coûts de 9,8 milliards (Zimlichman et al., 2013). Au Canada, les infections associées aux soins de santé constituent aussi un problème majeur dans la mesure où un patient sur dix développera une de ces infections durant son hospitalisation (Zimmerman et al., 2013). En 2009, Gravel et al. ont effectué une enquête nationale et constaté que 12,3 % des patients adultes et 7,2 % des patients pédiatriques étaient atteints d'une infection nosocomiale (Agence de la santé publique du Canada, 2012b). Selon l'Agence de santé publique du Canada (Butler-Jones, 2013), plus de 200 000 infections associées aux soins de santé sont déclarées chaque année au Canada et 8 000 décès leur sont attribuables. Suite à une revue des études publiées entre 2000 et 2011 et portant sur le fardeau économique des infections associées aux soins de santé, Etchells et al. (2012) estiment que le coût pour chacune de ces infections varie de 2 265 \$CAN à 22 400 \$CAN. Au Québec, en 2004, un Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections a été mis sur pied lorsqu'est survenue une éclosion de diarrhées associées au *Clostridium difficile* dans les hôpitaux. À ce moment-là, il n'y avait pas de données québécoises sur les taux de prévalence ou d'incidence des infections associées aux soins de santé. En se basant sur les taux de prévalence du Canada de 2002, le Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales (2005) a estimé que chaque année entre 80 000 et 90 000 patients contractaient une infection lors de leur hospitalisation.

Dans les pays à bas et moyens revenus, les taux de prévalence sont beaucoup plus élevés que dans les pays à hauts revenus. Pour exemple, entre 1995 et 2010, ces taux se situaient à 17,9 % en Tunisie et à 19,1 % en Albanie (Organisation mondiale de la Santé, 2011). Les établissements de santé de certains de ces pays font face à des problèmes majeurs au regard du manque d'équipement pour prévenir les infections, comme des gants, sans parler de l'accessibilité à l'eau, au savon ainsi qu'au papier à mains (Borg et al., 2009). Il convient cependant d'être vigilant et prudent dans les comparaisons internationales, car les critères et les méthodes pour diagnostiquer une infection associée aux soins de santé diffèrent d'un pays à l'autre, sont complexes et ne peuvent reposer sur un seul résultat de laboratoire (Eriksen, Iversen et Aavitsland, 2005; Kim et al., 2000; Klavs et al., 2003; Organisation mondiale de la santé, 2009; Reilly et al., 2008; The French Prevalence Survey Study Group, 2000). Les études de prévalence sont fréquentes dans le champ de l'épidémiologie des infections associées aux soins de santé, car elles demandent moins de ressources humaines et financières que les études d'incidence (Gikas et al., 2002). De plus, elles peuvent être effectuées rapidement et ne nécessitent pas de techniques sophistiquées (Faria et al., 2007). La prévalence constitue " une mesure qui correspond à une photographie instantanée d'une situation dans une population " (Simpson, Beaucage et Bonnier Viger, 2009, p. 42). Ceci signifie qu'elle est sujette à des variations selon la saison, le type de patients et l'établissement de santé. Dans les pays en développement, les infrastructures sont souvent inadéquates et les populations soignées souffrent quelquefois de malnutrition et d'infections endémiques qui les rendent vulnérables aux infections associées aux soins de santé (Allegranzi et Pittet, 2007). De plus, " peu de données sur les infections associées aux soins de santé dans ces pays sont disponibles dans la littérature " (Organisation mondiale de la santé, 2010, p. 3). En somme, la surveillance des infections

associées aux soins de santé représente tout un défi pour les pays développés et peut même paraître non réaliste dans les pays en développement où l'accès à des tests de laboratoire et de radiologie est difficile (Organisation mondiale de la santé, 2009).

Les infections les plus souvent rencontrées dans les pays développés sont les infections urinaires (varient de 27 à 36 %), les infections du site opératoire (varient de 17 à 20 %), les bactériémies (11 %) et les pneumonies (11 %). Dans les pays en développement, le type d'infection le plus souvent rapporté est l'infection du site opératoire qui peut être aussi élevé que 29,1 % (Organisation mondiale de la Santé, 2011). Les pathogènes qui sont le plus souvent responsables des infections associées aux soins de santé sont *l'Escherichia coli* (20,1 %) et le *Staphylococcus aureus* (17,8 %) (Organisation mondiale de la Santé, 2011). Au Canada, un point de prévalence effectué en février 2016 dans 169 hôpitaux de soins aigus pour adultes (>50 lits) de neuf des dix provinces démontre que le *Clostridium difficile* ainsi que plusieurs bactéries multi-résistantes sont très présentes dans les hôpitaux canadiens, surtout le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline et l'entérocoque résistant à la vancomycine (Martin et al., 2019). Depuis 2004, sept (7) programmes de surveillance des infections ont été mis en place dans les hôpitaux du Québec, soit les diarrhées associées au *Clostridium difficile*, les bactériémies nosocomiales pan-hospitalières, les bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs, les bactériémies associées aux voies d'accès veineux en hémodialyse, les bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline, les infections à bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases (BGNPC) et les infections à entérocoques résistants à la vancomycine. Les résultats de surveillance de l'année 2016-2017 démontrent que la plus grande

préoccupation est que le taux d'acquisition des BGNPC a plus que doublé par rapport à l'année précédente (Comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales, 2018).

Nous discutons dans la prochaine section des modes de transmission de ces infections dans les établissements de santé et de l'importance de l'hygiène des mains afin de les prévenir.

Modes de transmission des infections associées aux soins de santé

La transmission des agents pathogènes impliqués dans les infections associées aux soins de santé se fait principalement par contact direct ou indirect par les mains, par gouttelettes, par voie aérienne ou une source contaminée (Agence de la santé publique du Canada, 2012a; Organisation mondiale de la santé, 2009). Plusieurs mesures existent dans les hôpitaux pour prévenir ces infections comme le port de blouses, de gants et de masques, mais l'hygiène des mains est la mesure reconnue comme la plus efficace étant donné que la transmission par les mains est le mode le plus fréquent (Agence de la santé publique du Canada, 2012b; Harne-Britner, Allen et Fowler, 2011; Organisation mondiale de la santé, 2009; Posfay-Barbe et Pittet, 2001). D'après Pittet et al. (2006) et l'Agence de la santé publique du Canada (2012b), la transmission de patient à patient via les mains du professionnel de la santé se fait selon les principes suivants: 1) les microorganismes se trouvent sur la peau du patient ou dans son environnement immédiat, 2) ils sont transférés sur les mains du professionnel de la santé, 3) ils sont capables de survivre sur les mains, 4) l'hygiène des mains n'est pas effectuée ou mal effectuée ou le produit utilisé est inefficace et 5) les mains contaminées du professionnel de la santé viennent en contact direct avec un autre patient ou des objets inanimés qui touchent le patient. À titre d'exemple, Mitka (2009) rapporte que parmi les professionnels de la santé qui

avaient été en contact avec un patient atteint d'une diarrhée associée au *Clostridium difficile* (sans même le toucher) et qui ne s'étaient pas lavé les mains, 60 % d'entre eux portaient encore cet agent pathogène sur leurs mains 30 minutes plus tard et parmi ceux qui avaient changé le pansement sur une plaie infectée par le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline, 80 % étaient toujours porteurs après plus de trois heures. Plus récemment, dans une étude prospective réalisée dans un hôpital français, on a retrouvé des spores du *Clostridium difficile* sur les mains de 24 % du personnel soignant immédiatement après les soins donnés à un patient infecté par ce pathogène (Landelle et al., 2014). Selon l'Agence de santé publique du Canada (2012), les agents pathogènes responsables des infections associées aux soins de santé qui sont retrouvés le plus souvent sur les mains des professionnels de la santé sont le *Staphylococcus aureus*, y compris les souches résistantes à la méthicilline, les bacilles Gram négatif, les levures et les virus (ex: influenza, virus respiratoire syncytial, norovirus, rotavirus).

Des modèles mathématiques suggèrent qu'une augmentation de 20 % du taux d'adhésion à l'hygiène des mains permettrait de réduire les taux d'infections causées par des bactéries multi-résistantes de 8 % (Cumbler et al., 2013). Selon Mc Geer (2008), cette augmentation pourrait se traduire par une réduction de 40 % du taux d'infections associées aux soins de santé.

Hygiène des mains

Le vocable " hygiène des mains " désigne " toute action d'hygiène des mains généralement par friction des mains avec un produit hydro-alcoolique ou lavage au savon et à l'eau " (Organisation mondiale de la santé, 2010, p. 46) ou une antiseptie chirurgicale (Harne-Britner et al., 2011).

Historique de la pratique de l'hygiène des mains

L'importance de l'hygiène des mains a été reconnue pour la première fois, il y a plus de 170 ans, par Ignacz Semmelweis (1818-1865), obstétricien d'origine hongroise (Posfay-Barbe et Pittet, 2001). Au milieu des années 1800, Semmelweis pratiquait dans une des deux cliniques d'obstétrique d'un hôpital général de Vienne. Lorsqu'il nota que les taux de mortalité attribuable à la fièvre puerpérale étaient plus élevés dans une clinique comparativement à l'autre (16 % versus 7 %), il observa que les médecins de cette clinique, contrairement aux sages-femmes qui pratiquaient les accouchements dans la deuxième clinique, passaient directement de la salle d'autopsie à la salle d'accouchement avec une odeur désagréable sur les mains (Organisation mondiale de la santé, 2009; Pittet et Boyce, 2001). Il insista pour que ceux-ci procèdent à l'hygiène des mains avant de faire des accouchements et cette action fut considérée comme primordiale, car la mortalité maternelle due à la fièvre puerpérale diminua de façon importante (Boyce et Pittet, 2002; Stewardson, Allegranzi, Sax, Kilpatrick et Pittet, 2011) pour atteindre 3 % et se maintenir à ce taux (Organisation mondiale de la santé, 2009). Quelques années plus tôt un médecin américain, Oliver Wendell Holmes (1809-1894) avait déjà conclu que les mains des professionnels de la santé avaient un rôle à jouer dans la transmission de la fièvre puerpérale. En 1843, ce dernier proposa des mesures pour en limiter la transmission, mais elles eurent peu d'impact sur les pratiques d'obstétrique. Malheureusement, comme pour Holmes, Semmelweis n'arriva pas à convaincre ses collègues des bénéfices de procéder à l'hygiène des mains, car il était impossible pour eux d'admettre que leurs mains puissent être le véhicule de transmission de la maladie (Pittet, 2003; Pittet et Boyce, 2001; Stewardson, Allegranzi, et al., 2011). Heureusement, depuis cette époque les connaissances ont évolué et l'importance de l'hygiène

des mains afin de prévenir la transmission des infections associées aux soins de santé a été largement reconnue.

Moments recommandés pour procéder à l'hygiène des mains

L'Organisation mondiale de la santé (2005) recommande cinq moments où l'hygiène des mains doit être pratiquée, car plus propices à prévenir la transmission des infections. Au Canada, suite à ces recommandations, l'Institut canadien pour la sécurité des patients entérine celles d'un groupe d'experts (British Columbia Ministry of Health, 2012; Provincial Infectious Diseases Advisory Committee, 2014) et intègre le moment #5 (contact avec l'environnement du patient) au moment 1 et 4. Ainsi, au Canada, contrairement aux autres pays, les campagnes d'hygiène des mains sont basées sur les quatre moments suivants (Annexe A) 1) avant de toucher au patient ou à son environnement afin de protéger le patient des agents pathogènes qui pourraient être sur les mains du professionnel de la santé, 2) avant une intervention aseptique afin de protéger le patient contre les agents pathogènes, y compris les siens qui pourraient pénétrer dans son organisme, 3) après un risque de contact avec du liquide organique pour protéger le professionnel de la santé et l'environnement du patient et 4) après un contact avec le patient et son environnement pour protéger le professionnel de la santé et l'environnement de soins. Lorsque des *audits* sont effectués, ces quatre moments sont observés afin de calculer les taux d'adhésion à l'hygiène des mains des professionnels de la santé. Il va sans dire que l'observation directe de ces moments demande beaucoup de temps et de ressources (Edmond et al., 2010). C'est pourquoi des auteurs proposent de procéder à l'observation directe à deux moments, au lieu de quatre, soit avant et après avoir touché à un patient ou à son environnement plutôt qu'à l'observation des quatre moments, tout en mentionnant qu'il faudrait procéder à

l'observation intermittente de tous les moments afin d'assurer une validité des résultats (Stewardson, Sax, Longet-Di Pietro et Pittet, 2011). Ces méthodes d'observation sont utiles afin d'obtenir des taux d'adhésion à l'hygiène des mains que nous retrouvons détaillés dans la section suivante.

Taux d'adhésion à l'hygiène des mains

Le taux d'adhésion à l'hygiène des mains correspond au rapport du nombre d'hygiènes des mains réalisées sur le nombre d'opportunités observées pendant une période donnée (Girou, 2005; Stewardson, Sax, et al., 2011).

Erasmus et al. (2010) ont procédé à une revue systématique de 96 études empiriques sur les taux d'adhésion à l'hygiène des mains des professionnels de la santé, publiées avant 2009. Les résultats démontrent un taux moyen de 40 %; ce taux étant plus bas sur les unités de soins intensifs (30 % - 40 %) et avant le contact avec un patient (21 %) qu'après (47 %) (Erasmus, Daha, et al., 2010). Une étude plus récente de dos Santos et al. (2013) présente des résultats semblables. Durant une période de quatre ans, une équipe brésilienne a observé l'adhésion à l'hygiène des mains des professionnels de la santé sur une unité de soins intensifs. Le taux d'adhésion était de 30 % au début de l'étude et a augmenté à 56,7 % suite à une intervention multimodale. Cependant, ce taux était plus bas avant (41 %) qu'après (75 %) le contact avec un patient (dos Santos et al., 2013). Tel que rapportés par plusieurs autres auteurs, incluant dans une étude récente (Woodard, Leekha, Jackson et Thom, 2019), il est préoccupant de noter que les taux d'adhésion des professionnels de la santé, incluant les infirmières, soient plus bas avant le contact avec un patient qu'après (Erasmus, Daha, et al., 2010; Harne-Britner et al., 2011;

Helms, Dorval, Laurent et Winter, 2010; Korniewicz et El-Masri, 2010; Kowitt et al., 2013). Rappelons que le but de l'hygiène des mains avant le contact avec un patient est de protéger celui-ci des agents pathogènes qui pourraient se retrouver sur les mains des professionnels de la santé tandis que l'hygiène des mains effectuée après le contact avec un patient est essentiellement pour protéger les professionnels de la santé (British Columbia Ministry of Health, 2012). Ces résultats pourraient suggérer que le désir, de la part des soignants, de se protéger est plus grand que celui de protéger les patients.

Une étude prospective d'observation de l'hygiène des mains effectuée sur une période de deux ans (2012-2014) auprès de 30 infirmières œuvrant sur une unité de soins intensifs d'un hôpital de Finlande montre des taux d'adhésion qui varient de 40,8 % à 50,8 % uniquement (Jansson et al., 2016). Il est certes surprenant de constater des taux si bas alors que sur une unité, telle que les soins intensifs, toutes les situations de contact avec les patients sont considérées à risque élevé de contamination. Dans le même ordre d'idées, une étude faite dans un hôpital universitaire d'Allemagne entre 2008 et 2010 n'a montré aucune différence significative entre les taux d'adhésion à l'hygiène des mains des professionnels de la santé qui donnaient des soins à des patients ayant subi une transplantation, malgré la prédisposition de ces derniers aux infections, en comparaison avec d'autres types de patients (Graf et al., 2013). Lorsqu'on compare les taux d'adhésion observés à ceux qui sont auto-rapportés par les professionnels de la santé, on se rend compte que ceux-ci ont plutôt tendance à surestimer leur adhésion à l'hygiène des mains. Pour exemple, en 2012, dans une étude prospective réalisée en Thaïlande auprès de 123 professionnels de la santé, dont 63 infirmières (51,2 %), sur une période d'un an, les taux observés d'adhésion à l'hygiène des mains étaient de 23,2 % alors que, dans un

questionnaire auto-administré, ces mêmes professionnels s'attribuaient un taux d'adhésion de 82,4 % (Eiamsitrakoon, Apisarntharak, Nuallaong, Khawcharoenporn et Mundy, 2013). Cependant, ces auteurs n'émettent aucune hypothèse pour expliquer cette grande différence entre les taux rapportés et ceux observés.

Au Canada, les taux d'adhésion à l'hygiène des mains des professionnels de la santé compilées de 2008 à 2011 par 166 hôpitaux ontariens variaient de 54,3 % à 69,1 % (DiDiodato, 2013). Dans cette province canadienne, et ce depuis 2008, tous les hôpitaux de soins aigus doivent rendre publics les taux d'adhésion à l'hygiène des mains des professionnels (DiDiodato, 2013). Selon le rapport d'Agrément Canada, suite aux visites des établissements de santé en 2014, le taux d'adhésion à l'hygiène des mains pour tous les secteurs de soins de santé au Québec était de 69 % et de 72 % pour le reste du Canada (Ministère de la santé et des services sociaux, 2016). Au Québec, " un nouvel indicateur concernant le taux de conformité à l'hygiène des mains dans les établissements de santé a été retenu dans le cadre du Plan stratégique 2015-2020 du Ministère de la Santé et des Services sociaux " (Ministère de la santé et des services sociaux, 2016, p. 13). L'objectif pour les établissements de santé est d'atteindre la cible de 80 % pour le taux d'adhésion à l'hygiène des mains du personnel soignant déployée de façon graduelle, soit 70 % pour 2017-2018; 75 % pour 2018-2019 et 80 % pour 2019-2020 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017b). Les résultats pour 2017-2018 présentent des taux moyens pour l'ensemble des 30 établissements de santé du Québec de 59,1 % (Ministère de la santé et des services sociaux, 2018b). À Montréal, une étude effectuée en 2015 sur deux sites d'un centre hospitalier universitaire montre des taux d'adhésion pour l'ensemble du personnel de 53 % et 77 % (Bernard et al., 2018).

Afin de comprendre ce qui peut encourager les professionnels de la santé à procéder à l'hygiène des mains, nous présentons maintenant les facteurs motivant cette pratique.

Facteurs d'adhésion à l'hygiène des mains

L'introduction des solutions hydro-alcooliques facilement accessibles (près du chevet du patient, à l'entrée des chambres, sous forme de petites bouteilles accrochées à la ceinture du personnel soignant) est un facteur qui a contribué à une amélioration de l'adhésion à l'hygiène des mains et qui est considéré comme une avancée majeure en prévention des infections (Alp et al., 2011; Gould et Drey, 2013; Pittet, 2000; Sax, Uckay, Richet, Allegranzi et Pittet, 2007). L'utilisation de ces solutions permet une économie de temps; alors qu'un lavage des mains au lavabo avec de l'eau et du savon requiert entre 40 et 80 secondes, l'utilisation d'une solution hydro-alcoolique prend seulement 20 secondes (Agence de la santé publique du Canada, 2012b). Cependant, les solutions hydro-alcooliques ne peuvent pas être utilisées si les mains sont mouillées ou visiblement souillées ou lorsqu'un patient présente une diarrhée associée au *Clostridium difficile*; l'alcool n'est en effet pas efficace contre les spores produites par cette bactérie, contrairement à l'eau et au savon (Agence de la santé publique du Canada, 2012b).

Dans le contexte d'une étude quantitative transversale, Sax et al. (2007) ont fait passer un questionnaire, élaboré à partir de la Théorie du comportement planifié d'Ajzen, à 2961 infirmières (60,4 % des répondants) et médecins d'un hôpital universitaire de Genève. L'objectif était d'identifier les facteurs motivationnels déterminants d'une adhésion optimale à l'hygiène des mains. Les auteurs ont démontré que l'adhésion était influencée par la pression des pairs et

le sentiment d'efficacité personnelle plutôt que par les répercussions d'une faible adhésion à l'hygiène des mains sur la sécurité des patients (Sax et al., 2007). Alp et al. (2011) ont refait le même type d'étude en Turquie auprès de 1764 professionnels de la santé, dont 703 infirmières, dans deux établissements ayant peu de ressources; les résultats étaient semblables et l'adhésion était plus grande lorsque les collègues adhéraient à l'hygiène des mains et que cette pratique était perçue comme relativement facile à exécuter. De plus, Monsalve et al. (2014) ont démontré, à la suite d'une période d'observation de dix jours consécutifs sur une unité de soins intensifs d'un hôpital universitaire d'Iowa, que l'adhésion à l'hygiène des mains était améliorée de façon significative en présence d'autres membres du personnel soignant. La présence sur une unité de soins d'un leader au regard de l'hygiène des mains semble avoir aussi un effet positif sur les taux d'adhésion des membres du personnel soignant. En effet, Lieber et al. (2014) rapportent une baisse importante, soit de 50,8 % à 7,5 % chez les infirmières, suite au départ d'une d'entre elles qui avaient de l'influence auprès de ses collègues; les auteurs mentionnant que le leadership pourrait jouer un rôle-clé pour maintenir l'adhésion à l'hygiène des mains. En fait, d'autres auteurs mentionnent le leadership comme un facteur important pour améliorer et maintenir des taux d'adhésion à l'hygiène des mains (Bernard et al., 2018; Huis, Schoonhoven, et al., 2013; Kwok et al., 2017).

La pression des pairs (Pessoa-Silva et al., 2007; Whitby, McLaws et Ross, 2006), la présence de mentors ou de modèles de rôle (Barrett et Randle, 2008; Dombecki et al., 2015; Snow, White, Alder et Stanford, 2006) et le sentiment d'efficacité personnelle (Alp et al., 2011; Sax et al., 2007) émergent comme des facteurs qui influencent positivement l'adhésion à l'hygiène des mains des infirmières. D'ailleurs, ce sentiment d'efficacité personnelle pour

expliquer une meilleure adhésion à l'hygiène des mains est le seul déterminant qui ressort d'une étude effectuée dans un hôpital universitaire d'Hanovre en Allemagne (von Lengerke et al., 2015). Entre le 26 novembre 2012 et le 25 janvier 2013, 348 infirmières œuvrant sur une unité de soins intensifs ont répondu à un questionnaire auto-administré " I know how to disinfect my hands according to the guidelines " (von Lengerke et al., 2015, p. 62). En comparaison, pour les 307 médecins qui ont participé à la même étude, la coopération sur l'unité de soins avec les collègues, les supérieurs et les familles des patients expliquait davantage leur adhésion à l'hygiène des mains; les auteurs suggéraient que les médecins sont plus influencés par l'environnement social que les infirmières, mais moins au fait des lignes directrices au regard de l'hygiène des mains que ces dernières (von Lengerke et al., 2015).

D'autres facteurs peuvent expliciter l'adhésion à l'hygiène des mains, par exemple, le type d'activités cliniques, surtout celles qui sont perçues présentant un grand risque de contamination, en particulier lors d'un contact avec du sang (Erasmus et al., 2009; Korniewicz et El-Masri, 2010), lorsqu'un patient est immunosupprimé (Eiamsitrakoon et al., 2013) et lors d'un contact avec un patient qui est en isolement pour cause d'infection (Kowitt et al., 2013). Pour exemple, une étude d'observation de l'adhésion à l'hygiène des mains effectuée dans un hôpital universitaire de Mexico, entre le 1^{er} octobre et le 31 décembre 2012, démontre que les taux d'adhésion sont de 70,3 % lorsque le personnel donne des soins à des patients qui sont porteurs ou infectés par des bactéries multi-résistantes versus 60,4 % pour l'ensemble des autres patients du même hôpital (Almaguer-Leyva et al., 2013).

Nous présentons dans la prochaine section les facteurs qui semblent éclairer la faible adhésion à l'hygiène des mains des professionnels de la santé.

Facteurs de faible adhésion à l'hygiène des mains

Les facteurs explicitant la faible adhésion des professionnels de la santé à l'hygiène des mains peuvent être regroupés en facteurs organisationnels, environnementaux, individuels et culturels.

Facteurs organisationnels et environnementaux de faible adhésion à l'hygiène des mains

Il est de plus en plus reconnu que des éléments de l'environnement social peuvent influencer l'adhésion à l'hygiène des mains. Dix infirmières britanniques, ayant participé à des entrevues individuelles dont le but était de connaître leurs perceptions de l'hygiène des mains à leur arrivée en milieu clinique, ont mentionné que le manque de modèles de rôle avait une incidence négative sur cette pratique (Barrett et Randle, 2008). De Wandel et al. (2010) ont fait passer un questionnaire à 148 infirmières travaillant aux soins intensifs d'un hôpital universitaire en Belgique; l'objectif était d'identifier et de décrire les déterminants quant à la faible adhésion à l'hygiène des mains. Les résultats ont démontré que la variable la plus significative était le manque de temps " Washing hands whenever recommended would mean precious loss of time to me " (De Wandel et al., 2010, p. 235). Plusieurs auteurs ont aussi rapporté que le manque de temps nuit à la pratique de l'hygiène des mains des infirmières (Bischoff, Reynolds, Sessler, Edmond et Wenzel, 2000; Erasmus et al., 2009; Kirk et al., 2016). Suite à une étude de cohorte rétrospective effectuée de 2008 à 2011 dans un hôpital pédiatrique américain, Song et al. (2013) ont pu identifier que la surcharge de travail est le plus souvent

responsable de ce manque de temps exprimé par les infirmières. Ces mêmes résultats ont été déclarés par d'autres auteurs dans divers contextes (Kuzu, Ozer, Aydemir, Yalcin et Zencir, 2005; Lee et al., 2013; McAteer et al., 2014) y compris dans le contexte québécois. En effet, dans le cadre d'une étude qualitative effectuée de mai 2015 à mai 2017 auprès de 53 infirmières œuvrant dans neuf centres hospitaliers universitaires québécois, Atif, Lorcy et Dubé (2019) rapportent que les infirmières mentionnent que la surcharge de travail, le ratio patients-infirmière élevé, des restrictions budgétaires et le manque de temps nuisent à la pratique de l'hygiène des mains. Sadule-Rios et Aguilera (2017) rapportent que 48 infirmières œuvrant sur une unité de soins intensifs d'un hôpital américain ont rempli un questionnaire dont le but était d'explorer leurs perceptions sur les raisons pouvant expliciter les faibles taux récurrents d'adhésion à l'hygiène des mains sur leur unité. Les résultats suggèrent que pour ces infirmières, les barrières les plus importantes à la pratique de l'hygiène des mains sont la surcharge de travail et le manque de personnel soignant (Sadule-Rios et Aguilera, 2017).

Plusieurs auteurs rapportent des problèmes d'adhésion à l'hygiène des mains lorsqu'il y a absence ou un accès limité aux lavabos ou aux distributeurs de solutions hydro-alcooliques (Acquarulo, Sullivan, Gentile, Boyce et Martinello, 2018; Agence de la santé publique du Canada, 2012b; Kowitt et al., 2013; Song et al., 2013). Dans l'étude qualitative d'Erasmus et al. (2009), les infirmières et les médecins mentionnent lors de *focus-groups* que les problèmes d'accessibilité aux produits d'hygiène des mains nuisent à cette pratique. Dans l'étude de Sadule-Rios et Aguilera (2017) mentionnée plus haut, les infirmières des soins intensifs rapportent aussi que le nombre restreint de lavabos et la disposition inadéquate des distributeurs de solutions hydro-alcooliques, c'est-à-dire trop éloignés des soins directs aux patients, rendent

la pratique d'hygiène des mains compliquée. Cette problématique de peu de disponibilités de lavabos devient encore plus complexe lorsque des patients sont atteints de diarrhée associée au *Clostridium difficile* étant donné que les solutions hydro-alcooliques ne sont pas efficaces contre les spores produites par cette bactérie (Zellmer, Blakney, Van Hoof et Safdar, 2015). D'ailleurs, 350 infirmières et médecins (100 infirmières américaines et 75 Canadiennes; 100 médecins américains et 75 Canadiens) ayant complété un questionnaire sur leurs pratiques de l'hygiène des mains, mentionnent que deux des barrières les plus fréquentes, autant pour les professionnels canadiens qu'américains, sont que les distributeurs de solutions hydro-alcooliques ainsi que les lavabos sont mal situés et que les distributeurs desdites solutions sont souvent vides (Kirk et al., 2016). Le même constat s'applique au Québec, car Atif et al. (2019) rapportent que le manque de lavabos ou leur mauvaise location sont des barrières importantes à la pratique de l'hygiène des mains d'infirmières œuvrant dans neuf hôpitaux québécois. Il est certes inquiétant de prendre connaissance de ces résultats dans des pays développés comme le Canada et les États-Unis alors qu'en Éthiopie, les membres du personnel soignant d'un hôpital universitaire de Gondar rapportent les mêmes barrières à la pratique de l'hygiène des mains soit, le manque de disponibilité des solutions hydro-alcooliques et d'accès à des lavabos (Abdella et al., 2014).

Facteurs individuels de faible adhésion à l'hygiène des mains

Les facteurs individuels retracés dans les écrits et pouvant contribuer à expliquer la faible adhésion à l'hygiène des mains sont que certains professionnels de la santé ne considèrent pas que l'hygiène des mains soit nécessaire pour prévenir les infections associées aux soins de santé (McLaughlin et Walsh, 2011; Song et al., 2013; Suchitra et Lakshmi Devi, 2007), qu'ils ne perçoivent pas le risque de transmission des infections via les mains (Atif et al., 2019; Dedrick

et al., 2007; Erasmus et al., 2009) ou qu'il peut être compliqué d'adhérer à cette pratique (Kingston et al., 2017). Des entrevues faites auprès de huit infirmières œuvrant dans divers hôpitaux américains font ressortir que leur comportement au regard de l'hygiène des mains peut être influencé par la croyance qu'il n'est pas possible d'établir un lien direct entre l'apparition d'une infection associée aux soins et de santé chez un patient et la pratique de l'hygiène des mains à un moment précis (Chatfield, Nolan, Crawford et Hallam, 2016). Ces résultats ressortent aussi d'une étude multicentrique effectuée au Québec, alors que des infirmières mentionnent: "We can't see the bugs. It's an invisible contamination. It's like an imaginary problem " (Atif et al., 2019, p. 44). Suite à un sondage fait en ligne, en Caroline du Nord, auprès de 71 professionnels de la santé, dont 31 infirmières, McLaughlin et Walsh (2011) ont illustré que les participantes qui avaient le moins de connaissances sur l'importance de l'hygiène des mains démontraient une moins bonne compréhension des risques reliés à une faible adhésion à cette pratique en terme de transmission des infections associées aux soins de santé.

Selon Erasmus et al. (2010), une des raisons pouvant expliquer la faible adhésion à l'hygiène des mains des professionnels de la santé n'est pas qu'ils n'ont pas l'intention de le faire, mais plutôt qu'ils ne réussissent pas à agir selon leur intention. Dans une étude qualitative effectuée aux Pays-Bas auprès de 65 infirmières et médecins, Erasmus et al. (2009) rapportent effectivement que les professionnels de la santé ont une intention positive face à l'hygiène des mains même si leur taux d'adhésion est en réalité bas. Dans une revue de la littérature qualitative effectuée par Smiddy et al. (2015), des professionnels de la santé ne semblaient pas avoir une compréhension exacte de la technique d'hygiène des mains avec la solution hydro-alcoolique

“Do you really have to rub for 15-20s with that stuff?” (p.272). De plus, De Wandel et al. (2010) mentionnent que les infirmières éprouvent de la culpabilité lorsqu’elles ne réussissent pas à procéder à l’hygiène des mains. En réponse à une question en lien avec leur attitude face à l’hygiène des mains, des infirmières ont dit que " Washing hands saves lives. I feel bad when not being able to wash hands sufficiently "(De Wandel et al., 2010, p. 235).

Lin, Yang et Lai (2014) ont illustré dans une étude observationnelle quantitative, effectuée à Taiwan, que le taux d’adhésion à l’hygiène des mains des infirmières travaillant aux soins intensifs est plus élevé chez celles qui ont plus de 30 ans et plus de cinq années d’expérience. Par contre, le type de formation (collégiale ou universitaire) n’avait pas d’impact sur les taux (Lin et al., 2014). Ils suggèrent comme hypothèse que les infirmières plus âgées et ayant plus d’expérience développent des habiletés qui leur permettent de mieux adhérer à cette pratique. Selon ces auteurs, il ne faut pas oublier de tenir compte de ces facteurs (âge et expérience) dans les études en lien avec l’adhésion à l’hygiène des mains des professionnels de la santé (Lin et al., 2014) car rarement rapportés (Kingston et al., 2017). Contrairement à Lin et al. (2014), Kingston et al. (2017) relatent que sur les 287 infirmières œuvrant dans un hôpital universitaire d’Irlande et ayant rempli un questionnaire, celles qui nomment une meilleure adhésion à l’hygiène des mains ont moins de deux années d’expérience en comparaison avec leurs collègues ayant plus d’ancienneté; ces auteurs mentionnent que malheureusement, les jeunes infirmières peuvent avoir tendance à modifier leur pratique après deux années afin de s’intégrer à l’équipe soignante. Darawad, Al-Hussami, Almhairat, & Al-Sutari, (2012) ont trouvé aussi une association entre l’adhésion à l’hygiène des mains et moins de deux années

d'expérience chez des infirmières d'hôpitaux gouvernementaux de Jordanie; ces auteurs ne discutent pas la signification de ce résultat.

Facteurs socioculturels de faible adhésion à l'hygiène des mains

Selon Cumber et al. (2013), l'hygiène des mains est un phénomène socioculturel qui survient au croisement des habitudes individuelles et des normes culturelles d'une unité. Selon différentes théories du comportement, la pratique de l'hygiène des mains s'établit au cours des dix premières années de vie (Whitby et al., 2006; Whitby et al., 2007). Par contre, il n'est pas clair si cela conduit à une meilleure adhésion à l'hygiène des mains des professionnels de la santé lorsqu'ils œuvrent en milieu clinique (Erasmus et al., 2009). L'hygiène des mains est une tradition ancienne et revêt une signification particulière selon les différentes religions et cultures (Stewardson, Allegranzi, et al., 2011). Elle peut ainsi être pratiquée pour des raisons hygiéniques (Islam: avant et après chaque repas), lors de rituels au cours des cérémonies religieuses (Judaïsme: avant de prier) ou pour des raisons symboliques dans des situations spécifiques (Bouddhisme: laver les mains de la personne décédée). Par contre, il n'existe pas de données sur l'impact potentiel de ces normes religieuses sur l'adhésion à l'hygiène des mains dans les milieux de soins (Allegranzi et al., 2009). De plus, alors que les solutions hydro-alcooliques pour procéder à l'hygiène des mains sont largement répandues dans les milieux de soins, dans certaines religions comme la religion musulmane, l'utilisation de l'alcool est prohibée ou considérée comme une offense méritant une punition et peut même provoquer un désordre mental (Ahmed, Memish, Allegranzi, Pittet et Challenge, 2006). Selon Stewardson et al. (2011), des facteurs socioculturels ont certainement des implications dans le comportement d'hygiène des mains des professionnels de la santé. C'est pourquoi les croyances religieuses et les

spécificités culturelles sont à prendre en considération lors de l'implantation de stratégies pour améliorer l'hygiène des mains dans les milieux de soins (Allegranzi et al., 2009). Au niveau organisationnel, des facteurs tels que le manque d'ouverture et la peur des conséquences peuvent influencer des infirmières de façon négative au regard de la pratique de l'hygiène des mains lorsque l'organisation ne considère pas cette pratique comme une priorité (Smiddy et al., 2015). Selon De Bono, Heling et Borg (2014), il n'est pas surprenant de constater l'emphase mise depuis quelques années sur la nécessité de comprendre la culture organisationnelle particulièrement si cette dernière nuit aux pratiques en prévention des infections associées aux soins de santé. D'autres auteurs mentionnent en effet que lorsqu'une culture d'encouragement à l'hygiène des mains est présente dans un hôpital, les taux d'adhésion à cette pratique ont tendance à s'améliorer, mais lorsqu'on constate un manque d'engagement organisationnel, le personnel soignant semble impuissant à le faire (Boscart et al., 2012; Erasmus et al., 2009). Plus récemment, une étude montre que dans un hôpital de Montréal, une culture de collaboration basée sur le travail d'équipe, le leadership et la rétroaction sont associées à des taux élevés d'adhésion à l'hygiène des mains du personnel soignant (Bernard et al., 2018).

En somme, de nombreux facteurs individuels, organisationnels, environnementaux et socioculturels nuisent à la pratique de l'hygiène des mains des infirmières. Dans la prochaine section, nous aborderons comment ces dernières conçoivent cette pratique.

Pratiques des infirmières au regard de l'hygiène des mains

Selon Wilson (2011), l'hygiène des mains est un comportement qui est principalement acquis au cours de la petite enfance. Dans une étude qualitative ayant pour but d'explorer les

pratiques des infirmières au regard de l'hygiène des mains, ces dernières la décrivent comme une pratique inconsciente, un rituel appris en bas âge (Erasmus et al., 2009). L'hygiène des mains est perçue par les infirmières à la fois comme un acte physique de nettoyer leurs mains lorsque ces dernières sont sales, mais aussi psychologique si elles ont l'impression qu'elles le sont (Erasmus et al., 2009). Même si les infirmières croient qu'en général elles procèdent à l'hygiène des mains sans même y penser (Boscart et al., 2012), elles évaluent le risque de transmission des infections sur la base de plusieurs critères: le diagnostic du patient, l'apparence de propreté, le risque de contact avec des liquides biologiques, lorsque le patient est un enfant ou une personne âgée (Korniewicz et El-Masri, 2010). De plus, les infirmières ne considèrent pas que l'hygiène des mains soit essentielle pour certains types de contacts comme prendre la tension artérielle, le pouls (Whitby et al., 2006) ou la température d'un patient (Barrett et Randle, 2008). Par contre, si leurs mains sont visiblement souillées (Erasmus et al., 2009; Wilson et al., 2011), si elles ont touché les parties génitales, les régions axillaires ou inguinales, (Whitby et al., 2006) ou lorsqu'elles procèdent au changement d'un pansement, elles vont être plus enclines à se laver les mains (Barrett et Randle, 2008). Les infirmières rapportent que lorsqu'elles manquent de temps, elles vont utiliser une évaluation du risque de transmission des infections pour déterminer si elles doivent se laver les mains (Barrett et Randle, 2008; Dedrick et al., 2007). Lorsqu'elles sont très occupées, la priorité qu'elles donnent à cette pratique est moins grande que celle accordée à des tâches plus urgentes comme l'administration des médicaments (Whitby et al., 2006). D'ailleurs, des entrevues faites auprès de huit infirmières américaines concernant leurs perceptions et leurs expériences au regard de l'hygiène des mains montrent que, pour la majorité d'entre elles, une adhésion de 100 % à cette pratique n'est pas réaliste; premièrement, en raison des situations d'urgence, ensuite du manque de personnel et finalement de la surcharge

de travail (Chatfield et al., 2016). De plus, les participantes à ladite étude considèrent que les règles au regard de la pratique de l'hygiène des mains prêtent à interprétation et sont parfois ouvertes aux exceptions; pour exemple, lorsqu'une infirmière sait qu'elle n'a rien touché dans la chambre d'un patient et décide de ne pas se laver les mains en sortant alors que c'est ce qui est attendu (Chatfield et al., 2016).

Nous présentons maintenant les interventions qui ont été utilisées pour améliorer l'adhésion à l'hygiène des professionnels de la santé, en particulier chez les infirmières.

Interventions utilisées pour améliorer l'adhésion à l'hygiène des mains

Selon l'Organisation mondiale de la santé (2009) et DiCenso et al. (2005), plusieurs interventions existent pour amener un changement de pratiques chez les professionnels de la santé. Certaines sont généralement efficaces telles les séances d'information dispensées directement sur les unités de soins, les rappels, les ateliers de formation interactive et celles qui regroupent plusieurs facettes. Certaines interventions ont des effets modérés telles les *audits* et la rétroaction, l'influence des collègues et l'implication des patients (DiCenso et al., 2005; Organisation mondiale de la santé, 2009). D'autres encore n'ont que peu ou pas d'effet tels la distribution de matériel didactique et les congrès (DiCenso et al., 2005; Organisation mondiale de la santé, 2009). Afin de déterminer s'il existe des interventions efficaces pour améliorer l'adhésion à l'hygiène des mains à court et à long terme, Gould, Chudleigh, Drey et Moralejo (2007, 2011) ont effectué et publié deux revues systématiques d'écrits à partir de la base de données Cochrane comprenant toutes les études primaires publiées sur le sujet, de 1990 à juillet 2006 (Gould, Chudleigh, Drey et Moralejo, 2007) et d'août 2006 à novembre 2009 (Gould et

al., 2011). Les auteurs n'ont retenu que les études qui présentaient des résultats d'essais cliniques avec groupe contrôle et seulement quatre d'entre elles répondaient à ces critères. Ils sont arrivés à la conclusion qu'il n'y avait pas suffisamment de preuves pour établir quelles interventions étaient les plus efficaces ou lesquelles entraînaient des changements qui perduraient dans le temps. Seules les campagnes à multiples facettes incluant des activités de marketing social ou d'engagement des professionnels de la santé semblaient avoir un effet, mais il n'y avait pas suffisamment d'évidence pour énoncer des conclusions fermes. Afin de mettre à jour cette recension des écrits, St-Jacques et Dussault (2012) ont repris la stratégie de recherche de Gould et al. (2011) pour la période de décembre 2009 à juin 2012 en incluant la littérature grise et celle sur les interventions visant à améliorer l'adhésion à l'hygiène des mains. Vingt et une études ont été retenues et les auteurs concluent que les interventions les plus souvent rapportées sont multimodales, que la majorité d'entre elles ont contribué à améliorer l'adhésion, mais que la qualité méthodologique des études relatées reste décevante.

De nombreuses revues systématiques portant sur ce sujet ont été publiées depuis (Kingston, O'Connell et Dunne, 2016; Luangasanatip et al., 2015; Neo et al., 2016; Price et al., 2018; Schweizer et al., 2014). Les résultats de ces revues systématiques montrent que même s'il y a suffisamment d'évidence pour recommander l'implantation d'interventions qui ciblent l'influence sociale, l'attitude, le sentiment de contrôle, l'intention et qui semblent avoir un impact sur l'hygiène des mains des professionnels de la santé, il n'est pas possible d'émettre des recommandations spécifiques au regard du contenu ou sur les méthodes à privilégier. Gould et al. (2017) ont quant à eux mis à jour leur revue systématique des études portant sur l'efficacité des interventions pour promouvoir l'adhésion à l'hygiène des mains lors des soins aux patients

et publiées entre 2007 et 2017. Selon ces auteurs, il est urgent d'explorer avec une rigueur méthodologique l'efficacité des interventions multimodales en comparaison avec des interventions simples et d'identifier quels éléments des interventions multimodales sont les plus efficaces dans un contexte particulier. De plus, ils ajoutent que très peu d'études explorent les opinions des professionnels de la santé sur les diverses interventions au regard de l'hygiène des mains (Gould et al., 2017).

Plusieurs lignes directrices basées sur des résultats probants (Agence de la santé publique du Canada, 2012b; Institut national de santé publique du Québec, 2018; Organisation mondiale de la santé, 2009) et de nombreuses interventions ont été développées afin d'améliorer l'hygiène des mains des professionnels de la santé (Doronina et al., 2017; Gould et Drey, 2013; Luangasanatip et al., 2015; Neo et al., 2016; Price et al., 2018; Srigley et al., 2015). La majorité des établissements de santé ont investi énormément de ressources humaines et financières dans la formation de leur personnel (Boscart et al., 2012), l'élaboration et l'implantation de pratiques exemplaires au regard de l'hygiène des mains (Agence de la santé publique du Canada, 2012b; Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, 2014; British Columbia Ministry of Health, 2012). Selon l'Agence de santé publique du Canada (2012b), il est important que tous les travailleurs de la santé reçoivent une formation, au moment de leur orientation et de façon régulière au cours de leur carrière. Au Québec, les lignes directrices au regard des pratiques en prévention des infections associées aux soins de santé incluant l'hygiène des mains sont élaborées par l'Institut national de santé publique (Institut national de santé publique du Québec, 2018) et les infirmières en prévention et contrôle des infections sont responsables d'assurer la formation de tout le personnel de leur établissement, à l'embauche et lors de situations

particulières (par exemple, lors d'une éclosion) (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017a; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2008).

Si au cours des années 1980 et 1990, la promotion de l'hygiène des mains avec de l'eau et du savon s'est faite principalement par la formation, il a été démontré qu'utilisée seule, elle ne se traduisait pas par des changements de pratiques dans l'environnement clinique (Gould et Drey, 2013; Pittet et al., 2000). Quelques études rapportent encore l'utilisation de la formation comme stratégie principale pour améliorer la pratique de l'hygiène des mains, et utilisent soit la simulation basée sur des scénarios (Jansson et al., 2016; Nakamura et al., 2019) ou l'utilisation de technologies modernes (Kwok, Callard et McLaws, 2015) pour transmettre les connaissances. Aucune de ces études ne démontre qu'une amélioration significative de la pratique de l'hygiène des mains puisse être attribuée à une seule des stratégies utilisées.

En 2000, l'étude de Pittet, Hugonnet et Harbarth fut la première étude démontrant une association entre la mise en place d'une campagne sur l'hygiène des mains et une réduction des infections associées aux soins de santé. Dans un hôpital universitaire de Genève, Suisse, l'adhésion à l'hygiène des mains des professionnels de la santé a été évaluée, deux fois par année de 1994 à 1997, avant et après l'implantation d'une vaste campagne sur l'hygiène des mains incluant entre autres l'introduction de solutions hydro-alcooliques (Pittet et al., 2000). Les taux d'adhésion ont augmenté de 48 % à 66 % et se sont maintenus à ce niveau sur une période de trois ans (Pittet et al., 2000). À la même époque, Larson, Early, Cloonan, Sugrue et Parides (2000) présentaient les résultats d'une étude réalisée dans deux hôpitaux de Washington et illustraient que l'amélioration de l'hygiène des mains demandait un changement de culture

institutionnelle et la participation active des professionnels de la santé (Whitby, McLaws, Slater, Tong et Johnson, 2008). Les résultats de ces deux études soulignaient que l'hygiène des mains devait être intégrée dans toutes les stratégies pour assurer la sécurité des soins aux patients et qu'il fallait impliquer les professionnels de la santé dans ce processus (Stewardson, Allegranzi, et al., 2011).

L'Institut canadien pour la sécurité des patients a été fondé en 2003 pour améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins de santé (Institut canadien pour la sécurité des patients, 2016) puis en 2005, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a lancé le *1^{er} Défi mondial pour la sécurité des patients* afin de réduire les infections liées aux soins de santé (Organisation mondiale de la santé, 2005). Une stratégie multimodale pour la promotion de l'hygiène des mains a été élaborée incluant l'accès aux produits d'hygiène des mains, la formation des soignants, l'observation des pratiques et la rétroaction des résultats, les rappels sur les lieux de travail et un climat de sécurité organisationnelle (Organisation mondiale de la santé, 2009). Depuis, des stratégies multimodales, telles que proposées par l'OMS, ont été utilisées dans la majorité des études qui portent sur l'amélioration de l'adhésion à l'hygiène des mains des professionnels de la santé (Aboumatar et al., 2012; Al-Tawfiq, Abed, Al-Yami et Birrer, 2013; Chen et al., 2016; Hautemaniere et al., 2010; Huis, Holleman, et al., 2013; Mayer et al., 2011; Medeiros et al., 2015; Midturi et al., 2015; Pincock, Bernstein, Warthman et Holst, 2012; Staines et al., 2017; Trick et al., 2007; Tromp et al., 2012; Whitby et al., 2008). Pour exemple récent, van Dijk et al., (2019) rapportent les résultats d'une étude d'observation prospective dont le but était d'investiguer les effets sur la pratique de l'hygiène des mains du personnel soignant d'une compétition amicale entre neuf hôpitaux et un centre de réadaptation

de Rotterdam lors de l'implantation d'une intervention multimodale. Les éléments principaux de l'intervention consistaient en observation de l'hygiène des mains et rétroaction des résultats, apprentissage individuel par voie électronique, rencontre préparatoire sous forme d'atelier et formation du personnel soignant sur les unités de soins (van Dijk et al., 2019). Seulement trois des dix établissements ont constaté une amélioration significative de l'adhésion à l'hygiène des mains et selon les auteurs, il est difficile de conclure laquelle des stratégies utilisées a eu le plus d'effet sur l'hygiène des mains.

Suite à cette recension des écrits, il est important de souligner que la majorité des études effectuées pour améliorer l'adhésion à l'hygiène des mains ciblent principalement les individus ou les organisations. À ce sujet, Huis et al. (2013) proposent que pour améliorer l'adhésion à l'hygiène des mains, les stratégies devraient mettre l'accent sur les équipes de soins et les gestionnaires de ces unités. Pour arriver à cette conclusion, les auteurs ont effectué une étude randomisée par grappes auprès d'infirmières (2733) œuvrant sur 67 unités de soins de trois hôpitaux des Pays-Bas. Sur une période de 14 mois, une intervention basée sur la formation et la rétroaction sur l'hygiène des mains, des mécanismes de rappel (ex. : affiches) et la disponibilité des produits d'hygiène des mains a été déployée sur toutes les unités de soins. Sur 30 de ces unités, des stratégies supplémentaires ciblant l'équipe et le leadership ont été mises en place: 1) les infirmières ont participé à trois rencontres afin d'établir leurs objectifs et discuter leurs préoccupations au regard de l'hygiène des mains, 2) les gestionnaires de l'unité ont participé activement afin de soutenir les infirmières et 3) des leaders informels dans l'équipe ont stimulé leurs collègues par leurs pratiques. Les résultats ont démontré que sur ces 30 unités où les infirmières et les gestionnaires se sont impliqués, les taux d'adhésion à l'hygiène des mains

se sont améliorés de façon significative, en comparaison avec les 37 autres unités, et se sont maintenus après six mois (Huis, Schoonhoven, et al., 2013). Dans leur revue des écrits sur les interventions effectuées auprès des infirmières en milieu hospitalier, Doronina et al. (2017) abondent dans le même sens que les résultats de l'étude effectuée par Huis et al. (2013).

Chou et al (2010) ont, quant à eux, relaté qu'une lettre avait été envoyée aux gestionnaires d'un hôpital américain lorsqu'un professionnel de la santé n'adhérait pas à l'hygiène des mains. Le gestionnaire était responsable d'appliquer des actions correctives qui pouvaient mener à des mesures disciplinaires si le comportement se répétait. L'observation de l'adhésion à l'hygiène des mains était faite par un membre du personnel et une infirmière en prévention des infections et les résultats démontraient une amélioration significative. Cependant, les auteurs mentionnent que certains membres du personnel ne se sentaient pas très à l'aise de dénoncer leurs collègues (Chou et al., 2010). Dans le même ordre d'idée, cette notion de culpabiliser des infirmières au regard du respect de la pratique de l'hygiène des mains a été soulevée par Chatfield et al. (2016) qui propose plutôt de les impliquer dans l'élaboration, l'implantation et l'évaluation des interventions d'amélioration afin de leur donner un sens d'appropriation et de contrôle sur ce processus.

L'observation directe, selon laquelle un observateur surveille l'adhésion à l'hygiène des mains du personnel soignant au cours de leurs activités cliniques, est la méthode la plus souvent utilisée pour colliger des informations sur les pratiques d'hygiène des mains (Hagel et al., 2015). Le but de monitorer l'adhésion à l'hygiène des mains de manière directe est d'en améliorer la pratique. Selon Jeanes, Coen, Gould et Drey (2019), cette approche peut potentiellement causer

des biais d'information tels que l'effet Hawthorne ou des biais de sélection, par exemple si l'observation ne s'est faite que durant la journée et peut ainsi fausser la validité des résultats. Des méthodes autres que l'observation directe sont aussi utilisées. Au cours des trois premiers mois qui ont suivi la mise en place d'un rappel électronique à la porte de chacune des chambres d'un hôpital de Londres entre 2008 et 2009, le taux d'adhésion à l'hygiène des mains des infirmières est passé de 5,4 % à 43,4 % et s'est maintenu à 34,5 % durant les trois derniers mois (Fakhry, Hanna, Anderson, Holmes et Nathwani, 2012). Même si les auteurs mentionnent une amélioration importante de la pratique de l'hygiène des mains, ils reconnaissent que cette dernière n'est effectuée que dans 50 % des situations où elle est indiquée (Fakhry et al., 2012). Entre 2016 et 2017, 98 membres du personnel dont 59 infirmières d'une unité de réadaptation d'un hôpital de Toronto ont porté pendant 12 semaines un système électronique qui monitorait l'adhésion à l'hygiène des mains à l'entrée, à la sortie et à l'intérieur de la chambre (Pong, Holliday et Fernie, 2019). La surveillance de la pratique de l'hygiène des mains est certes essentielle pour calculer les taux d'adhésion selon différents moments ou groupes de professionnels et ainsi améliorer la compréhension du comportement de ces derniers face à cette pratique (Pong et al., 2019). Cependant, nous sommes d'avis que les résultats de cette surveillance devraient être présentés, comme proposé par Lehotsky et al. (2015), discutés avec les divers groupes de professionnels de la santé et utilisés afin d'élaborer des interventions ciblées.

La participation du patient a été appliquée avec succès dans plusieurs domaines comme lors de la prise de décision pour un traitement et la gestion des maladies chroniques (Longtin et al., 2010; McGuckin, Storr, Longtin, Allegranzi et Pittet, 2011). Il n'est cependant pas clair si

les patients sont en mesure de demander aux professionnels de la santé de procéder à l'hygiène des mains avant de les toucher (McGuckin et al., 2011). De plus, l'acceptation par le personnel de ce nouveau rôle attribué aux patients n'est pas si facile. Une enquête a été faite au Centre hospitalier de l'Université de Montréal, du 23 janvier au 28 février 2012, afin d'évaluer comment les soignants percevaient la participation des patients à l'hygiène des mains. Quarante-vingt-onze d'entre eux (dont 70,6 % d'infirmières ou infirmières auxiliaires) ont rempli un questionnaire auto-administré et les résultats illustraient que 76 % des soignants pensaient que les patients devraient leur demander de se laver les mains avant les soins, mais 51 % éprouvaient de la culpabilité lorsque le patient faisait cette demande (DesRosiers, Laplante, Longtin et Michaud, 2014). Le même type d'enquête a été fait auprès de 117 infirmières et 79 médecins d'un hôpital universitaire situé dans le nord-ouest de l'Espagne, mais cette fois-ci en incluant 337 patients et leurs familles (Sande-Meijide et al., 2019). 49,9 % des patients et des membres de leurs familles ont répondu être en faveur de rappeler au personnel soignant de procéder à l'hygiène des mains, malgré la crainte de causer de la contrariété et de ne pas recevoir de bons soins en conséquence, en comparaison avec 31,6 % du personnel soignant. Une différence a aussi été notée entre la perception des médecins (41,8 %) et celle des infirmières (24,8 %). Les médecins qui ne sont pas d'accord avec cette façon de procéder croient que les patients manquent de connaissances et craignent que cela ne nuise à leur relation avec ces derniers. Les infirmières, quant à elles, croient que cette participation du patient n'est pas justifiée (Sande-Meijide et al., 2019). De tels résultats montrent que des interventions doivent être proposées pour surmonter les craintes des patients afin qu'ils puissent se sentir confortables de demander au personnel soignant de procéder à l'hygiène des mains. De plus, les médecins et les infirmières

auraient intérêt à accueillir en toute humilité les demandes des patients afin que ces derniers puissent prendre une part active dans la prévention des infections associées aux soins de santé.

D'autres stratégies pour améliorer l'hygiène des mains des professionnels de la santé ont fait leur apparition dans les écrits au cours des dernières années, soit l'approche des champions et l'approche de la déviance positive. L'approche des champions n'est pas nouvelle, elle est issue du monde des affaires et vise l'amélioration de la qualité. Les champions sont ceux qui, dans une organisation, apportent une contribution significative à l'implantation d'une innovation et en font la promotion de façon active (Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate et Kyriakidou, 2004). Leurs principales caractéristiques sont la motivation et l'enthousiasme (Damschroder et al., 2009). En sciences infirmières, le concept de championne correspond à "une infirmière qui est 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" (Adib, 2012, p. 37). Selon Hilken, Dickson et Sidley (2017), l'implication des infirmières soignantes à titre de « championne » est essentielle aux programmes de prévention et contrôle des infections. Considérant le petit nombre de professionnels spécialisés en prévention des infections dans les établissements de santé, la formation et l'implication d'une infirmière championne sur chaque unité de soins seraient certes un atout. Encore faut-il que des infirmières puissent être libérées pour la formation et la mise à jour des connaissances et que les collègues ne se sentent pas menacés par ce rôle de championne. Au regard de l'hygiène des mains, l'approche des champions a été utilisée avec succès pour améliorer l'adhésion des médecins dans un hôpital pédiatrique de Cincinnati (White et al., 2012). Le taux d'adhésion à l'hygiène des mains de ces derniers a augmenté jusqu'à 95 % au cours des six premiers mois et s'est maintenu comme tel

sur une période de 11 mois (White et al., 2012). L'équipe désignait chaque jour un membre de l'équipe à titre de champion au regard de l'hygiène des mains dont le rôle était de faire un rappel aux membres qui n'avaient pas procédé à l'hygiène des mains à l'entrée et à la sortie de la chambre (White et al., 2012). Quant à l'approche de la " déviance positive " - cadre conceptuel de notre étude -, elle est décrite en détail dans la section suivante.

Déviance positive: cadre conceptuel

La déviance positive est le concept central de cette étude doctorale et l'approche de la déviance positive a servi à guider l'exploration de la pratique de l'hygiène des mains d'infirmières et des facteurs qui les influencent en contexte hospitalier québécois. Afin d'élargir le corpus des connaissances et la réflexion critique entourant le concept de la déviance positive, il importe d'établir un portrait de l'état des connaissances au regard de ce concept afin d'en arriver à une meilleure compréhension de sa possible pertinence pour les sciences infirmières et plus précisément au regard de la pratique de l'hygiène des mains. C'est grâce à une analyse de concept utilisant l'approche évolutionniste de Rodgers (2000), selon laquelle ces derniers sont soumis à une transformation et qu'ils progressent perpétuellement dans le temps, que l'origine du concept de la déviance positive a pu être retracée dans les écrits en sociologie et son évolution dans ceux de nutrition.

Pour certains sociologues, la déviance positive est un comportement individuel qui surpasse les normes sociales (Ben-Yehuda, 1990; Dodge, 1985) tout en engendrant des réactions favorables (Heckert, 1989). Pour les nutritionnistes, elle est une approche de changement social et comportemental basée sur la prémisse que dans la plupart des communautés ou des

organisations, il y a des individus qui sont en mesure de résoudre les problèmes mieux que leurs collègues en disposant des mêmes ressources (Marsh et al., 2004). Les résultats détaillés de cette analyse ont fait l'objet d'une publication que nous présentons dans cette section (Létourneau et al., 2013). Ces dernières années, on observe également l'apparition de ce concept et sa place grandissante dans les écrits de plusieurs disciplines dont la santé publique, la psychologie, la criminologie, l'éducation, la gestion, la médecine ainsi que les sciences infirmières. Nous proposerons des exemples d'utilisation du concept de la déviance positive et de son approche dans plusieurs disciplines et sa signification pour la pratique infirmière. Mais avant de poursuivre la recension des écrits sur la déviance positive, il importe de s'attarder quelque peu au phénomène de la déviance.

Déviance: négative ou positive?

Pavie et Masson (2014) rapportent qu'en 1963, le livre du sociologue américain Howard Becker *Outsiders* est un des premiers ouvrages de sociologie à porter sur la déviance. " La norme, selon lui, n'existe pas en soi; elle est toujours construite socialement. Un individu est déviant parce qu'il est perçu comme tel par la société []. La déviance n'a donc de sens qu'au regard d'une norme socialement construite " (p. 213). Toujours selon Becker, les normes découlent de valeurs qui sont abstraites et " c'est l'interprétation de ces valeurs par un groupe d'individus qui donne corps à la norme, qui la crée " (Pavie et Masson, 2014, p. 214). La déviance réfère généralement à des comportements réprouvés socialement qui violent les normes acceptables d'un groupe donné et qui sont suffisamment sérieux pour provoquer une réaction négative (Heckert et Heckert, 2002). Cependant, cette définition peut varier au sein d'une même culture ou d'une même communauté laissant ainsi présager qu'il existe diverses

façons de voir la nature de la déviance (Ben-Yehuda, 1990). Selon Goode (1991), deux approches pourraient définir la déviance 1) l'approche réactive constituée de réactions négatives d'un auditoire à certaines actions d'un individu; s'il n'y a pas de réactions de ce genre, la déviance n'existe simplement pas, 2) l'approche normative est la violation d'une règle normalement acceptée par la société ou par une sous-culture; ici, ce qui compte c'est la violation et non la réaction. Letrilliart, Bourgeois, Vega, Cittée et Lutsman (2009), quant à eux, mentionnent que " les conduites déviantes démontrent le caractère changeant des sociétés: les normes étant sujettes à des évolutions " (p. 76). Les théories traditionnelles ont mis l'emphase sur l'aspect négatif de la déviance ou ont carrément tenu pour acquis qu'elle ne pouvait qu'être négative (Clinard, 1974; Reiss, 1970).

Le côté positif de la déviance fut tout d'abord mis en lumière en 1933 par Émile Durkheim pour qui la déviance peut être fonctionnelle et positive (Ben-Yehuda, 1990). Dans un article de Merton (1938), nous retrouvons cette citation de Durkheim: " Contrairement aux idées courantes, le criminel n'apparaît plus comme un être radicalement insociable, comme une sorte d'élément parasitaire, de corps étranger et inassimilable, introduite au sein de la société; c'est un agent régulier de la vie sociale " (p. 673). Dans cette même ligne de pensée, au cours des années 1950, Sorokin, sociologue russe, trouvait que les sciences sociales (incluant la sociologie) mettaient l'accent presque exclusivement sur les éléments négatifs de la société (ex.: criminalité, perversion) et que la culture occidentale était imprégnée de négativisme; d'où l'importance pour lui d'une sociologie de la déviance positive afin d'inclure les comportements positifs dans les discussions sur la déviance (Heckert, 1989). Cette suggestion d'ouvrir les frontières de l'étude sociologique de la déviance a été reprise plusieurs années plus tard lorsque Dodge (1985) a

publié dans la revue *Deviant behavior* un premier article sur la déviance positive qui allait être suivi au cours des six années subséquentes par ceux d'autres sociologues qui étaient pour la viabilité de ce concept (Ben-Yehuda, 1990; Heckert, 1989). Au dire de Dodge (1985), pourquoi restreindre à une seule catégorie des comportements qui sortent de l'ordinaire et les classer de déviants tout en ignorant une autre catégorie de comportements qui sont exemplaires; accepter la notion de déviance positive ne veut pas dire rejeter tout ce qui a été fait avant.

Nous gardons en mémoire que le concept de déviance soit associé à une déviation des normes d'un groupe ou d'une communauté et qu'elle peut être négative ou positive selon l'interprétation que lui donne ce groupe ou cette communauté. Nous présentons maintenant le manuscrit de l'article sur l'analyse du concept de la déviance positive publiée dans la revue *Recherche en soins infirmiers* en juin 2013 (Létourneau et al., 2013).

Analyse du concept de la déviance positive selon l'approche évolutionniste de Rodgers – Premier article de la thèse

Auteures: Létourneau, J., Alderson, M., Caux, C., Richard, L.

Résumé

La déviance positive est un concept relativement nouveau aux soins de santé. Depuis 2006, elle a été utilisée en prévention des infections pour accroître l'adhésion aux mesures de prévention des infections et plus spécifiquement, à l'hygiène des mains. Le but de cet article est de présenter les résultats de l'analyse de ce concept selon l'approche évolutionniste de Rodgers, basée sur le postulat philosophique que les concepts sont dynamiques et évoluent dans le temps. Pour ce faire, une recension des écrits en sciences infirmières, médecine et psychologie fut réalisée. Les bases de données CINAHL, Medline et PsycINFO furent interrogées, pour la période des années 1975 à mai 2012, au moyen du mot-clé *déviance positive*. Conformément à la méthode de Rodgers, quatre-vingt-dix articles ont été retenus (30 par discipline). L'analyse permet de constater que le concept de déviance positive décrit à l'origine comme un trait de personnalité individuel est maintenant utilisé comme une approche de changement de comportement en sciences infirmières et en médecine. Au terme de l'analyse et en dehors du cadre de cet article, la déviance positive sera utilisée pour explorer les pratiques des infirmières qui adhèrent à l'hygiène des mains malgré les contraintes présentes dans les centres hospitaliers. Nous pourrions ainsi poursuivre le développement de ce concept afin de l'amener, comme le recommande Rodgers, au-delà de l'analyse. Il s'agirait là d'une importante contribution aux meilleures pratiques infirmières dans le domaine de la prévention et contrôle des infections.

Mots-clés: déviance positive, analyse évolutionniste de concept, hygiène des mains, sciences infirmières, infections nosocomiales

Abstract

Positive deviance is a relatively new concept in healthcare. Since 2006, it has been applied to infection control in order to increase the awareness to good hand hygiene practices. This article focus on presenting analytical results of this concept using the evolutionary approach of Rodgers based on the philosophical postulate that concepts are dynamical and changing with time. For doing so, a census of the writings in nursing, medicine and psychology was carried out. By going through the CINAHL, Medline and PsycINFO databases using *positive deviance* as a keyword for the time period: 1975 to May 2012, and in accordance with the method of Rodgers, ninety articles were retained (30 per discipline). The analysis enables one to notice that positive deviance described as an individual characteristic at first, is now used as a behavioral changing approach in nursing and medicine as well. At the end of the analysis and apart from this article, positive deviance will be used in order to study the practice of nurses that adheres to hand hygiene despite limiting constraints within hospital. We will then be able to continue the development of this concept in order to bring it, as Rodgers recommends, beyond the analysis. It would then be an important contribution to good nursing practices in the field of infection control and prevention.

Key words: positive deviance, evolutionary concept analysis, hand hygiene, nursing, nosocomial infections.

Introduction

Depuis 2006, la déviance positive est un concept utilisé dans le domaine de la prévention des infections nosocomiales qui sont définies comme "des infections acquises au cours d'un épisode de soins administré par un établissement du réseau de la santé" (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, p. 9). En Amérique du Nord, les infections nosocomiales associées aux soins de santé représentent la quatrième cause de décès, après le cancer, les maladies cardiaques et l'accident vasculaire cérébral (McGeer, 2008). Au Québec, elles se situent au deuxième rang des accidents évitables après les erreurs de médicaments (Comité sur les infections nosocomiales du Québec, 2004). Plusieurs mesures existent pour prévenir ces infections, que ce soit l'hygiène des mains ou l'application de précautions additionnelles spécifiques au mode de transmission de l'agent infectieux. Cependant, si l'hygiène des mains est reconnue comme la mesure la plus efficace pour prévenir les infections nosocomiales associées aux soins de santé, une faible adhésion du personnel soignant à cette mesure a été largement documentée (Pittet, 2001).

La déviance positive, définie comme une approche novatrice de changement de comportement, a été utilisée pour accroître l'adhésion aux mesures de prévention des infections au cours des dernières années (Lindberg, Lloyd et Buscell, 2008). La signification du concept de déviance positive est que peu importe le problème rencontré, dans chaque communauté ou organisation, il y a des personnes qui par leurs comportements ou pratiques réussissent tout de même à trouver des solutions plus adaptées à la situation problématique, que d'autres personnes disposant des mêmes ressources. Afin d'identifier l'origine de ce concept, de comprendre son évolution dans le temps ainsi que sa signification selon différentes disciplines, une analyse

approfondie s'avérait requise. Le but de cet article est de présenter les résultats de l'analyse du concept de déviance positive. Cette analyse est réalisée à l'aide de l'approche évolutionniste de Rodgers, laquelle postule que les concepts sont dynamiques et évoluent dans le temps (Rodgers, 2000). Tout d'abord, les raisons appuyant le choix de la méthode d'analyse seront expliquées. L'analyse du concept sera par la suite présentée selon les étapes de la méthode proposée par Rodgers (2000). En dernier lieu, les forces et les limites de la méthode d'analyse retenue seront discutées et des suggestions seront faites afin de poursuivre le développement de ce concept et de l'amener, comme le recommande Rodgers (2000), au-delà de l'analyse.

Contexte

Selon le Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec (2005), chaque année, entre 80 000 et 90 000 patients contractent une infection lors de leur hospitalisation avec des taux de mortalité variant de 1 à 10 % selon le type d'infections, ce qui engendre des coûts supplémentaires de 180 millions pour le système de santé. La majorité des micro-organismes responsables des infections associées aux soins de santé sont transmis par contact direct via les mains contaminées du personnel soignant (Pittet et al., 2006). Cependant, selon l'Organisation mondiale de la santé (2009), seulement 38,7 % du personnel soignant adhère à l'hygiène des mains et ce, même si jusqu'à 40 % des infections associées aux soins de santé pourraient être prévenues en augmentant les taux d'adhésion à l'hygiène des mains de 20 % (McGeer, 2008; Pittet et al., 2000). C'est pourquoi, depuis plusieurs années, de nombreuses interventions ont été mises en place afin d'améliorer l'adhésion à l'hygiène des mains du personnel soignant. La plupart ont eu recours à diverses stratégies comprenant la formation (Raskind, Worley, Vinski et Goldfarb, 2007) et l'éducation, des audits sur l'hygiène des mains et de la rétroaction sur les

résultats d'observation (Berhe, Edmond et Bearman, 2006), l'utilisation de rappels et incitatifs sur les unités de soins (Boyce et al., 2019; Ng et al., 2004) ainsi que l'utilisation de lavabos automatiques ou l'introduction d'une solution hydro-alcoolique (Maury, Moussa, Lakermi, Barbut et Offenstadt, 2006). En dépit de tous ces efforts, il demeure difficile d'accroître et de maintenir l'adhésion du personnel soignant à l'hygiène des mains (Pittet et al., 2000). D'où l'intérêt porté à la déviance positive qui, outre le fait d'être un concept, pourrait aussi s'avérer être une approche intéressante pour améliorer l'adhésion à l'hygiène des mains.

L'approche évolutionniste de Rodgers

Selon Rodgers, (Rodgers, 2000), les concepts jouent un rôle important dans le développement des connaissances et dans la conduite de l'existence. Ils facilitent la communication et permettent de se souvenir d'expériences passées à condition que la définition ou les propriétés du concept soient claires. En ce qui a trait aux fondements philosophiques de l'analyse de concepts, deux écoles de pensée ont évolué sous différentes formes jusqu'à notre époque: la Théorie des entités basée sur les écrits de Kant, Locke et sur les premiers écrits de Wittgenstein (Rodgers, 1989) et la Théorie des dispositions reposant sur ceux de Ryle et les derniers écrits de Wittgenstein (Rodgers, 1989). Dans la Théorie des entités, dont les fondements philosophiques sont centrés sur l'entité, "l'essence", ne tient pas compte de la forme du concept. Selon cette école, les concepts ne se transforment pas avec le temps, ils sont constants, peu importe le contexte; cela peut s'avérer réductionniste. Dans la Théorie des dispositions, l'importance est accordée à l'usage qu'on fait d'un concept en tenant compte du contexte, mais sans indication sur ce que ce contexte peut ou pourrait être. Pour surmonter les limites inhérentes à ces deux théories, Rodgers a mis en commun les idées de divers philosophes

pour créer une approche qu'elle appelle « évolutionniste » afin d'exprimer que les concepts sont perpétuellement soumis à une transformation et progressent continuellement dans le temps suivant un cycle de développement. Selon l'approche évolutionniste, trois éléments ont une influence sur le développement d'un concept: la signification, l'usage et l'application du concept à travers le temps (Rodgers, 1989, 2000). Ainsi, les buts de cette méthode d'analyse de concept sont d'examiner l'origine et l'évolution d'un concept, de clarifier le statut actuel de celui-ci sur la base d'un consensus et de déterminer les accords et les désaccords quant à l'utilisation dudit concept selon différentes disciplines (Rodgers, 2000).

La méthode évolutionniste d'analyse de concept de Rodgers a été retenue par la première auteure afin d'une part, de répondre aux questions suivantes: "Quelle est l'origine du concept de déviance positive? " "Comment ce concept a-t-il évolué à travers le temps?" "Quelle est la signification du concept de déviance positive selon les disciplines des sciences infirmières, médicales et de la psychologie?" et d'autre part, d'examiner les éventuels liens pouvant être faits avec les infections associées aux soins de santé et plus particulièrement, l'hygiène des mains.

Méthode d'analyse

Les différentes étapes de la méthode d'analyse de Rodgers (2000) sont les suivantes: (1) identifier le concept d'intérêt et les expressions associées; (2) identifier et sélectionner un domaine approprié pour la collecte de données; (3) colliger les données nécessaires pour identifier les attributs, antécédents et conséquences; (4) analyser les données; (5) identifier les

concepts qui sont apparentés au concept examiné; (6) interpréter les résultats et (7) identifier les implications, hypothèses pour le développement futur du concept.

La première étape consiste à déterminer le concept d'intérêt qui, dans le cas présent, est la déviance positive et les expressions associées (incluant les termes de substitution). Selon l'approche retenue, l'analyse du concept de déviance positive est orientée vers une définition ou une clarification de ce concept. Cependant, il y a plusieurs autres objectifs secondaires qui doivent être poursuivis lors de ce processus d'analyse. Par exemple, identifier l'émergence initiale du concept de déviance positive dans une perspective historique et explorer les changements survenus dans le temps ainsi que les consensus et les désaccords entre différentes disciplines. À cette fin et en lien avec l'intérêt de la première auteure quant à la prévention des infections associées aux soins de santé, ont été sélectionnées les perspectives des disciplines infirmières et médicales afin de découvrir à quel moment et comment a été utilisé le concept de déviance positive dans ces deux disciplines et la psychologie afin d'identifier les origines du concept de déviance positive et de suivre son évolution jusqu'au moment où est apparu le terme *déviance positive*.

La deuxième étape consiste à identifier et sélectionner un domaine approprié pour la collecte de données. Afin de répondre aux questions initiales et basée sur la connaissance du concept de déviance positive, une recension des écrits en sciences infirmières, médecine et psychologie fut réalisée. Les objectifs spécifiques de la démarche visaient à remonter à l'origine du concept de déviance positive; clarifier ledit concept, examiner comment celui-ci a été utilisé à travers le temps et sa signification selon ces différentes disciplines. Les bases de données

CINAHL, Medline et PsycINFO ont été interrogées à partir de l'année de leur création respective et jusqu'en mai 2012, au moyen des mots-clés *déviance positive* et *positive deviance*. Les critères d'inclusion choisis étaient que le 1^{er} auteur appartienne à la discipline; que les articles soient disponibles en version électronique et publiés en anglais ou en français et dans la période s'échelonnant entre le début de chacune des bases de données et mai 2012. Conformément à la méthode de Rodgers (2000), 90 documents (soit 30 par discipline) ont été retenus.

Le processus et les résultats de la recension des écrits en lien avec le concept de déviance positive sont illustrés à la Figure 1. Cent-cinquante-cinq (155) documents ont été identifiés à la suite de la consultation des trois bases de données mentionnées ci-haut (tous de langue anglaise): 42 provenant de la base de données CINAHL; 61 de la base de données Medline et 52 de la base de données PsycINFO. Compte tenu des critères d'inclusion et de l'élimination des doublons, 45 articles ont été retenus à des fins d'analyse; six articles avaient pour première auteure une infirmière et 13 articles, un médecin. Afin de savoir si le 1^{er} auteur faisait partie de la discipline, il a quelquefois fallu procéder à des investigations. En ce qui concerne la base de données PsycINFO, une fois les écrits émanant d'infirmières ou de médecins retirés, il a été difficile d'identifier la discipline du 1^{er} auteur; 24 articles ont été retenus en lien avec les sciences du comportement: 13 articles répertoriés dans cette base de données et traitant de la déviance positive provenaient de la sociologie, quatre de la psychologie et sept des sciences de l'éducation. Il a été nécessaire de procéder à des recherches supplémentaires pour répondre aux critères de Rodgers d'avoir au moins 30 articles par discipline. Cette recherche additionnelle a été effectuée à l'aide du moteur de recherche *Google* qui a permis d'identifier des articles

scientifiques qui n'étaient pas ressortis lors des recherches dans les bases de données; 45 articles supplémentaires ont ainsi été répertoriés: 24 en sciences infirmières (tous dont le 1^{er} auteur est infirmière); 17 en médecine (sept dont le 1^{er} auteur était médecin et dix en lien avec la santé publique); quatre en sociologie et deux en psychologie pour un grand total de 90 articles. Chacun de ces articles a été lu en isolant les sections traitant spécifiquement de la déviance positive. Il est à noter qu'il a été difficile de respecter de manière stricte le caractère aléatoire de la retenue des articles souhaité par Rodgers tant étaient peu nombreux les articles existants. Nous reviendrons sur ce point dans la section des limites de cette méthode d'analyse.

La troisième étape consiste à colliger les données nécessaires pour identifier les attributs du concept de déviance positive, les antécédents qui précèdent l'apparition du concept et les conséquences qui résultent de l'apparition du concept. Selon cette méthode d'analyse, l'accent est mis sur une approche inductive ainsi que sur la collecte et l'analyse de données brutes. La recension des écrits sert à identifier les données relatives aux attributs du concept de déviance positive, ses caractéristiques (antécédents, conséquences, variations socioculturelles et temporelles) et l'utilisation actuelle de ce concept (Rodgers, 2000).

La quatrième étape consiste en l'analyse des données collectées sur le concept de déviance positive. Selon Rodgers (2000), l'analyse doit être réalisée lorsque toutes les données ont été colligées. Elles doivent ensuite être examinées séparément pour identifier les consensus et désaccords à travers les différentes disciplines, les changements survenus à travers le temps et les tendances émergentes concernant le concept de déviance positive.

La cinquième étape consiste à identifier un exemple où le concept de déviance positive a été utilisé, ce qui fournira une démonstration pratique de ce concept dans un contexte spécifique (Rodgers, 2000). L'exemple retenu est présenté à la section des résultats.

La sixième étape consiste à interpréter les résultats. L'approche évolutionniste de Rodgers est une approche inductive ne visant pas à fournir une définition finale ou *crystal clear* du concept de déviance positive, mais une clarté suffisante afin de poursuivre le cycle de développement de concepts (Rodgers, 2000). Il est à noter que selon Rodgers, les résultats de l'analyse ne constituent pas une fin en soi, mais constituent plutôt une base pour des recherches futures.

Résultats

Quelle est l'origine du concept de déviance positive et comment a-t-il évolué à travers le temps?

En 1950, Pitirim Sorokin, sociologue russe, a été le premier à attirer l'attention sur le besoin d'étudier la déviance positive sans pour autant utiliser le vocable. Il proposa de mettre l'accent sur l'importance d'étudier le volet positif afin de mieux comprendre le volet négatif du processus de déviance (Babalola, Ouedraogo et Vondrasek, 2006; Heckert, 1989). L'adoption du concept de déviance positive n'a pas été facile; plusieurs sociologues considéraient que si, par définition la déviance correspond à un écart à des normes et est considérée comme négative, comment pourrait-elle être positive? (Goode, 1991; Sagarin, 1985). Cependant, plusieurs auteurs dont Dodge (1985) et Ben-Yehuda (1990) se sont montrés favorables à une dimension positive de la déviance et ont argumenté que si la déviance négative inclut des comportements sinistres, pervers et dégoûtants, la déviance positive inclut l'excellence, la créativité, le talent et

des actions nobles (Huryn, 1987; Jones, 1998; Spreitzer et Sonenshein, 2004). Malgré ces désaccords, le concept de déviance positive émerge comme un construit référant à une dimension sociale (Babalola et al., 2006). C'est dans la littérature en sociologie qu'on trouve une définition de la déviance positive selon quatre approches (Spreitzer et Sonenshein, 2004): une approche statistique; une approche de supra-conformité; une approche de réactivité et une approche normative.

La première approche du concept est l'approche statistique: les individus affichant un comportement déviant positif par rapport aux normes sont ceux retrouvés à l'extrême droite d'une courbe de distribution normale (Spreitzer et Sonenshein, 2004). La deuxième approche, de supra-conformité, fait référence à une conformité excessive aux normes c'est-à-dire que même si un comportement est bon, il peut devenir déviant s'il est fait de façon exagérée en fonction d'une norme socialement établie (Ewald et Jiobu, 1985); par exemple, l'entraînement extrême des athlètes dans les sports d'élite associé à la consommation de substances pour améliorer les performances (Johns, 1993). Une troisième approche, de réactivité, réfère à la réaction positive d'une audience devant un comportement qui peut être vu comme déviant et une dernière approche normative lorsqu'on s'éloigne des normes, mais avec des intentions bienveillantes. Selon Spreitzer, Sonenshein (2004) (Figure 2), il y a trois éléments qui permettraient d'évaluer le comportement de déviance positive: 1) l'intention: le comportement est intentionnel, volontaire et non forcé; 2) les normes: le comportement s'éloigne des normes d'un groupe de référence; 3) la nature: le comportement est honorable. Selon Heckert, Heckert (2002) ainsi que Fielding, Hogg, Annandale, (2006), il importe, pour bien comprendre le processus de déviance, de prendre en considération les attentes normatives et les réactions

sociales qui peuvent varier selon le contexte et les groupes sociaux. Plus précisément, la déviance positive réfère à tout comportement qui va au-delà des normes ou qui permet d'atteindre un idéal tout en générant une réponse collective positive.

Comment ce concept a-t-il évolué à travers le temps?

C'est à la fin des années 1980 que la déviance positive est reconnue comme un concept à part entière. Les nutritionnistes ont été les premiers à utiliser le concept de déviance positive comme approche de changement de comportement, suite aux travaux de Marian Zeitlin, professeur de nutrition à l'Université Tufts au Massachusetts. Porter plus d'attention aux raisons de succès plutôt que d'échecs a amené Zeitlin à examiner pourquoi certains enfants issus de communautés pauvres étaient mieux nourris que d'autres. Celle-ci mit en évidence que les parents de certains enfants réussissaient à bien nourrir leurs enfants même en disposant des mêmes maigres ressources que les autres parents. En partageant avec le reste de la communauté les pratiques de ces premiers parents, elle a pu constater une diminution de la malnutrition (Walzer, 2002). C'est grâce aux travaux de Zeitlin qu'émerge la définition de déviance positive qui, opérationnalisée par Monique et Jerry Sternin au début des années 1990, est utilisée aujourd'hui par plusieurs disciplines dont les sciences infirmières et la médecine: la déviance positive est une approche de changement social et comportemental basée sur la prémisse que dans la plupart des communautés ou des organisations, il y a des individus qui sont en mesure de résoudre les problèmes mieux que leurs collègues en disposant des mêmes ressources (Marsh et al., 2004). Ces personnes sont appelées « déviantes positives », car elles ont trouvé des solutions à des problèmes grâce à des comportements ou des pratiques spécifiques, même quand la majorité des autres n'y sont pas arrivés.

Cette approche de changement de comportement comprend cinq étapes: (1) déterminer la présence d'individus déviants positifs qui ont adopté les comportements désirés; (2) identifier les pratiques des déviants positifs qui leur permettent de mieux surmonter le problème; (3) développer des interventions qui visent le changement de comportement en permettant aux autres individus d'accéder aux pratiques utilisées avec succès par les déviants positifs; (4) évaluer l'efficacité de l'intervention et (5) diffuser l'approche des déviants positifs (Walzer, 2002). La déviance positive a été utilisée dans le cadre de plusieurs projets à travers le monde (Figure 3), que ce soit pour combattre la malnutrition (Pryer, Rogers et Rahman, 2003), augmenter les taux de vaccination dans les pays en développement (Naimoli, Challa, Schneidman et Kostermans, 2008), prévenir la transmission des infections transmissibles sexuellement et par le sang parmi les groupes vulnérables (Friedman, Mateu-Gelabert, Sandoval, Hagan et Des Jarlais, 2008; Harris, Treloar et Maher, 2012); améliorer le poids à la naissance des bébés en Égypte (Ahrari et al., 2006) ou réduire les infections parasitaires au Soudan (Hopkins et Withers, 2002).

Dans le domaine de la prévention des infections, six hôpitaux américains ont implanté depuis 2006, la déviance positive et ont réussi à diminuer les taux de colonisation/infection au *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) d'au moins 33 % (Lindberg et al., 2008). Une équipe brésilienne a quant à elle démontré une amélioration significative de l'adhésion à l'hygiène des mains grâce à cette approche (Marra et al., 2011; Marra et al., 2010) et finalement, un projet de recherche implanté dans un hôpital de Toronto (Gardam et al., 2010) a permis de mettre en évidence une diminution importante des bactéries multi-résistantes suite à l'implantation de la déviance positive. Une étude canadienne, au nom de *Canadian Positive*

Deviance Project, financée par plusieurs partenaires, examine actuellement l'impact de ladite approche pour diminuer l'incidence des bactéries multi-résistantes dans cinq hôpitaux du pays (Gardam, 2010).

Quelles sont les significations du concept de déviance positive selon les disciplines des sciences infirmières, de la médecine et de la psychologie (Figure 4)?

Sciences infirmières

L'utilisation du concept de déviance positive en sciences infirmières est assez récente puisque le premier article répertorié a été publié en 2005. La déviance positive est vue principalement comme une approche novatrice de changement (Jaramillo et al., 2008; Melnyk et Davidson, 2009) et une opportunité de développement à travers l'élaboration de solutions (Abrahamson, Schilling et Doebbeling, 2010; Bonuel, Byers et Gray-Becknell, 2009; Love, Cunningham, Rudy et Dietrich, 2011) à des problèmes complexes (Lalley et Malloch, 2010) au niveau de l'organisation des soins et qui produisent des résultats intéressants et favorables (Casey, Saunders et O'Hara, 2010; Havens, 2011). La déviance positive permet d'augmenter l'autonomie et l'*empowerment* (Calarco, 2011; Casey et al., 2010; Jackson, Clements, Averill et Zimbro, 2009), l'engagement des infirmières (Burke et Levin, 2010; Jaramillo et al., 2008) en leur permettant de partager, d'échanger et de dialoguer librement (Bonuel et al., 2009) tout en améliorant leur environnement de travail qu'est le leur, la collaboration entre elles ainsi que la communication intraprofessionnelle par le fait même que les infirmières s'impliquent dans les décisions tant organisationnelles que cliniques (Calarco, 2011; Harmon, Fontaine, Plews-Ogan et Williams, 2012; Ladd, 2009). La qualité des pratiques est améliorée en permettant aux infirmières œuvrant en première ligne et considérées comme des expertes, d'identifier les

meilleures pratiques (Havens, 2011) incluant l'hygiène des mains (Jaramillo et al., 2008; Ladd, 2009; Macedo Rde et al., 2012; Richmond, Bernstein, Creen, Cunningham et Rudy, 2007).

La déviance positive a été utilisée aux États-Unis auprès de groupes vulnérables afin de développer des interventions de promotion de la santé pour améliorer la gestion de la détresse reliée à la réception d'un diagnostic de cancer (Abrahamson et al., 2010); améliorer les habitudes alimentaires des femmes enceintes défavorisées (Fowles, Hendricks et Walker, 2005); réduire les inégalités sociales (Rew, Hoke, Horner et Walker, 2009; Walker, Sterling, Hoke et Dearden, 2007); favoriser la perte de poids en post-partum des femmes de faible niveau socio-économique (Walker, Kim, Sterling et Latimer, 2010) et de différentes ethnies (Walker et al., 2012); aider les femmes à accéder à des services de santé (Timmerman, 2007) et améliorer les soins aux patients diabétiques (Burke et O'Grady, 2012). Au Kenya et en Éthiopie, elle a été utilisée pour comprendre les différences de perceptions entre les hommes et les femmes quant à l'utilisation du condom (Dynes, Stephenson, Rubardt et Bartel, 2012).

Médecine

En médecine, la déviance positive est utilisée depuis quelques années comme approche de changement de comportement (Morahan, Rosen, Richman et Gleason, 2011) pour améliorer la qualité des soins de santé (Bradley et al., 2009; Fee et al., 2011; Litaker, Tomolo, Liberatore, Stange et Aron, 2006; Marra et al., 2011; Marra et al., 2010) en identifiant des stratégies novatrices (Cohn, Friedman et Allyn, 2007; Johnson et Arora, 2009; Stuckey et al., 2011), les meilleures pratiques pour accroître la survie des patients (Krumholz et al., 2011), la sécurité des soins (Macklis, 2001) et favoriser des changements organisationnels (Tarantino, 2005). Devant

des problèmes de santé nécessitant un changement de comportement, la déviance positive génère des résultats intéressants dans les situations ou contextes suivants (Lloyd, 2011): pour la cessation du tabagisme (Awofeso, Irwin et Forrest, 2008), pour améliorer la qualité des soins des patients diabétiques (Kirsh et al., 2012), pour aider à la perte de poids (Kraschnewski et al., 2011; Stuckey et al., 2011) et pour diminuer la mortalité cardiaque (Krumholz et al., 2011). Dans les pays en développement et grâce à la collaboration de la communauté, cette approche contribue à prévenir la malnutrition sévère des enfants (Bisits Bullen, 2011), à accroître les taux d'immunisation (Naimoli et al., 2008) et à favoriser une croissance harmonieuse (Kanani et Popat, 2012), elle permet d'identifier des problèmes globaux et des solutions adaptées au contexte local (Johnson et Arora, 2009).

Dans le domaine des infections associées aux soins de santé, la déviance positive mène à un changement de culture (Cohn, 2009) dans la mesure où la prévention de ces infections devient la responsabilité de toute personne impliquée dans les soins directs aux patients et non plus celle d'un petit groupe de spécialistes; ceci a pour effet de diminuer les taux d'infections associées aux soins de santé (Awad et al., 2009; Jain et al., 2011; Lloyd, 2011) en améliorant l'adhésion aux différentes mesures de prévention des infections, dont l'hygiène des mains (Marra et al., 2011; Marra et al., 2010).

Dans le champ des études en médecine, il a été mis en lumière qu'en identifiant et en partageant entre eux les stratégies d'apprentissage offrant de bons résultats, les étudiants en médecine augmentaient leur performance de groupe (Zaidi et al., 2012) , la déviance positive favorisant la collaboration (Cohn, 2009).

Sociologie

Les écrits en sociologie présentent des discussions intéressantes entourant le concept de déviance positive. C'est dans cette discipline que l'on retrouve les informations sur l'origine du concept de déviance positive et son évolution dans le temps. Selon cette discipline, la déviance positive réfère principalement à un trait de personnalité individuel. Selon plusieurs auteurs de ces disciplines, elle réfère à tout comportement qui excède les normes et qui permet d'atteindre un idéal tout en entraînant une réponse collective positive (Ben-Yehuda, 1990; Dodge, 1985; Fielding et al., 2006; Heckert et Heckert, 2002; Huryn, 1987; Spreitzer et Sonenshein, 2004; Wittig et Schurr, 1994). Irwin (2003) note une divergence entre les chercheurs étudiant les déviants positifs et ceux qui s'intéressent aux déviants négatifs. Ainsi et, selon Dodge (1985), si en médecine on n'avait étudié que la maladie et négligé de s'intéresser à la santé, la médecine préventive n'aurait jamais été développée. Sagarin (1985) note qu'une difficulté est liée au fait que pour la majorité des individus, le terme ou vocable "déviance" a, dans le langage courant, une connotation péjorative dans la mesure où il réfère à un écart. Donc, le concept de déviance positive ne peut être un concept en soi, car la déviance ne peut être positive; en d'autres mots, que c'est tout à fait contradictoire (Sagarin, 1985; Goode, 1991). Par ailleurs, il est intéressant de voir apparaître dans l'article de Goode (1991), le début d'une évolution du concept de déviance positive: il mentionne, en effet, que dans la déviance se trouvent les racines de la plupart des changements sociaux et que la déviance positive est une source importante de créativité (Daniela, 2006). En effet, dans les articles répertoriés, on constate qu'à la fin des années 1990, le concept de déviance positive est défini comme une forme d'adaptation sociale et comportementale pouvant expliquer comment des enfants grandissent et se développent

harmonieusement dans des familles pauvres au Ghana (Nti et Lartey, 2007); comment des utilisateurs de drogues intraveineuses font pour ne pas développer d'infections (Friedman et al., 2008); comment on peut amener un changement de leadership durable, un changement de culture (Seidman et McCauley, 2009) et une amélioration des services dans une organisation (Crom et Bertels, 1999; Luft, 2010; Pinho, Rego et e Cunha) par une approche humaniste et pleine de compassion (Peus, 2011); une amélioration de la communication (Carey et Foster, 2011; Hudelson et Vilpert, 2009; Kim, Heerey et Kols, 2008; Singhal, 2010) comment des hommes victimes d'abus sexuels ont réussi à surmonter leurs angoisses (Herlof Andersen, 2008).

La section ci-après présente les antécédents et les conséquences du concept de déviance positive selon les disciplines retenues (Tableau 1):

Antécédents

En lien avec les disciplines des sciences infirmières et de la médecine, ce qui précède la mise en place de la déviance positive, sont les problèmes rencontrés dans l'organisation des soins (Calarco, 2011; Clancy, 2010; Cohn et al., 2007; Jaramillo et al., 2008), des taux d'infections associées aux soins de santé élevés (Awad et al., 2009; Jain et al., 2011; Lloyd, 2011) et un besoin d'innovation et de transformation (Jaramillo et al., 2008; Lloyd, 2011; Richmond et al., 2007); au niveau communautaire, un environnement pauvre au niveau social et un besoin de changement culturel durable (Bisits Bullen, 2011; Johnson et Arora, 2009; Kanani et Popat, 2012; Naimoli et al., 2008) et des succès inattendus (Havens, 2011); au niveau individuel: des problèmes de santé complexes (Awofeso et al., 2008; Kirsh et al., 2012;

Kraschnewski et al., 2011; Krumholz et al., 2011; Stuckey et al., 2011) et chez les infirmières, un besoin d'acquérir du leadership en faisant partie du processus de décision pour améliorer la qualité des soins et de leur environnement de travail (Effken, Brewer, Logue, Gephart et Verran, 2011; Ladd, 2009). En lien avec la discipline de psychologie, la déviance positive réfère principalement à un comportement individuel qui excède les standards (Fielding et al., 2006; Heckert et Heckert, 2002).

Conséquences

Pour les sciences infirmières et la médecine, les principales conséquences de la déviance positive sont au niveau organisationnel: l'innovation, une opportunité de développement (Love et al., 2011), une influence favorable sur l'environnement de travail (Calarco, 2011); elle permet au personnel de partager, d'échanger, de dialoguer librement (Bonuel et al., 2009); elle amène un changement de culture, par exemple en prévention des infections en responsabilisant toute personne impliquée dans les soins (Jain et al, 2011). Au niveau communautaire, elle permet l'identification des meilleures pratiques (Krumholz et al., 2011; Stuckey et al., 2011); favorisant la perte de poids (Kraschnewski et al, 2011), la participation et le soutien de la communauté (Kanani et Popat, 2012; Wang et Li, 2011) et l'amélioration de la performance d'un groupe (Zaidi et al., 2012) tout en étant peu couteuse avec un minimum de ressources et des bénéfices qui peuvent être durables (Ladd, 2009).

Au niveau individuel, elle induit une diminution de la mortalité (Krumholz et al. ,2011) et l'amélioration de la santé (Kirsh et al., 2012) tout en favorisant l'*empowerment* (Calarco, 2011). En lien avec la psychologie, elle provoque principalement une réponse collective positive

(Ben-Yehuda, 1990; Dodge, 1985; Fielding et al., 2006; Heckert et Heckert, 2002; Huryn, 1987; Spreitzer et Sonenshein, 2004) ainsi que des conséquences positives au niveau des pratiques (Samuels et Rutenberg, 2011) en offrant plus de compassion aux personnes ayant subi des traumatismes (Waldman, Carmeli et Halevi, 2011) et en encourageant la tendresse entre les individus (Jones, 1998). Cependant, Hugues et Coakley, (1991) notent que chez les athlètes, la déviance positive peut avoir des conséquences néfastes lorsque ceux-ci tentent continuellement de se dépasser.

Exemple

Il est pertinent, selon Rodgers (2000), de présenter un exemple qui fournira une démonstration pratique dudit concept dans un contexte donné. Dans l'exemple retenu à partir d'une publication scientifique, une équipe brésilienne a évalué l'efficacité d'une intervention basée sur la déviance positive pour améliorer l'adhésion à l'hygiène des mains. Dans cette publication, la définition de la déviance positive est que dans chaque établissement, il y a des personnes qui, par leurs pratiques, ont trouvé des solutions au problème de la non-adhésion à l'hygiène des mains comparativement à leurs collègues et ce, en disposant des mêmes ressources.

En pré-intervention, soit d'avril à juin 2008, le nombre de fois où le personnel procédait à l'hygiène des mains a été estimé au moyen d'un monitoring électronique afin d'avoir des données de base; de juillet à septembre, l'approche de la déviance positive a été implantée sur une unité tandis qu'une deuxième servait d'unité témoin. Des infirmières qui présentaient les caractéristiques de personnes déviantes positives dans le sens où elles avaient trouvé des

solutions aux obstacles à l'hygiène des mains ont été identifiées par les infirmières-chefs. Des rencontres ont été organisées avec tout le personnel soignant deux fois par mois; ces rencontres étaient des opportunités pour exprimer leurs sentiments au regard de l'hygiène des mains et discuter ce qui devait être amélioré. Afin d'améliorer l'adhésion à l'hygiène des mains du personnel, les infirmières ont proposé de calculer le nombre d'épisodes d'hygiène des mains par chambre et d'en discuter à chaque rencontre; d'élaborer des vidéos qui seraient montrés durant les rencontres; de modifier la position des distributeurs de solution hydro-alcoolique dans les chambres des patients et d'en installer dans les corridors; de demander de contrôler la pression d'eau des lavabos; de préparer une feuille relevant les moments de l'hygiène des mains et de la mettre dans chaque dossier de patient. Comme les résultats en terme du nombre d'épisodes d'hygiène des mains avaient démontré une augmentation significative sur l'unité où l'intervention avait pris place, l'intervention basée sur la déviance positive a été implantée sur la deuxième unité en octobre et décembre 2008 (Marra et al., 2011; Marra et al., 2010).

Discussion et conclusion

La fonction heuristique de l'approche évolutionniste de Rodgers est probablement une des plus importantes contributions à l'analyse de concept: l'accent est en effet mis sur l'analyse comme base et tremplin pour des recherches subséquentes entourant le concept plutôt que comme une fin en soi (Rodgers, 2000). Les forces de cette méthode d'analyse conceptuelle sont qu'elle permet une approche systématique comportant des étapes claires pour guider le processus d'analyse pouvant être utilisée dans divers contextes et pour différents concepts.

Une limite inhérente à l'approche évolutionniste de Rodgers se situe dans l'identification et la sélection d'un domaine approprié pour la collecte de données. L'intérêt pour le processus de sélection d'un échantillon est un aspect de l'analyse qui ne fut pas souvent abordé avant Rodgers. Afin de poursuivre le développement de cette méthode d'analyse, l'accent devrait être mis sur l'importance que revêt le choix des critères d'inclusion (Toftagen et Fagerstrøm, 2010), car il est très difficile de choisir des disciplines avant même de commencer l'analyse et de répertorier de façon aléatoire 30 documents pour chacune des disciplines. La question se pose à savoir s'il est encore pertinent de séparer les disciplines et de les analyser de façon individuelle alors qu'aujourd'hui est fortement encouragée la collaboration entre les différentes disciplines; voire l'interdisciplinarité. Pour l'analyse du concept de déviance positive, la première auteure a retenu les disciplines des sciences infirmières, de médecine et de psychologie et un des critères de sélection des articles était que le 1^{er} auteur relève de la discipline concernée. Cet exercice s'est avéré fastidieux et difficilement réalisable au point de vue opérationnel. De plus, les écrits en nutrition n'ont pas été explorés alors qu'au cours de ses lectures, l'importance de la recherche en nutrition dans l'évolution du concept de déviance positive a été constatée. Il est aussi surprenant de constater qu'aucune référence en psychiatrie n'est ressortie de l'interrogation des bases de données et de la recherche additionnelle. Comme l'approche évolutionniste de Rodgers se veut une approche inductive, il serait pertinent de laisser la possibilité à l'analyste d'élargir le nombre de disciplines sans augmenter le nombre de documents nécessaire, ce qui fut fait pour les écrits répertoriés dans la base de données *PsycInfo*.

L'analyse du concept de déviance positive a été un exercice original et très intéressant. Elle a permis de cerner l'origine de la déviance positive, en sociologie, suivre comment ce

concept a évolué dans le temps, défini au départ comme un trait de personnalité individuel ensuite comme une approche de changement de comportement, en nutrition et de constater que cette définition de la déviance positive proposée par la nutrition avait été reprise par les sciences infirmières et la médecine au cours des années subséquentes. À la suite de cette analyse, la déviance positive est décrite comme un comportement intentionnel (non contraint), de nature bienveillante et qui s'éloigne des normes d'un groupe de référence. Lorsqu'il est possible de décrire et de partager les pratiques des personnes qui ont ce type de comportement, la déviance positive est utilisée comme approche de changement de comportement.

En lien avec l'hygiène des mains, Semmelweis, médecin hongrois ayant pratiqué au 19^e siècle, fut probablement un des premiers déviants positifs. Lorsqu'il demanda à ses étudiants de se laver les mains lorsqu'ils sortaient des salles d'autopsies avant de procéder à des accouchements, l'incidence de la fièvre puerpérale diminua de 17 % à 1 % (Jaramillo et al., 2008). Malheureusement, les autres médecins de l'hôpital n'ont pas accepté la recommandation de Semmelweis d'intégrer la pratique de l'hygiène des mains puisque l'accepter signifiait également accepter le fait qu'ils étaient responsables de la transmission de cette fièvre aux patientes. Jaramillo et al. (2008) soulignent que de nombreuses vies auraient pu être sauvées si la recommandation de Semmelweis avait été d'emblée suivie.

Au terme de l'analyse, il apparaît que la déviance positive pourrait être utilisée comme approche pour explorer les pratiques des infirmières qui adhèrent à l'hygiène des mains malgré les contraintes diverses (matérielles, temporelles, ...) présentes dans les centres hospitaliers. Il serait important de comprendre les facteurs qui les amènent à procéder à l'hygiène des mains,

car, dans les écrits, les critères pour définir la déviance positive dans ce contexte restent vagues. Nous pourrions ainsi poursuivre le développement du concept de déviance positive afin de l'amener, comme le recommande Rodgers, au-delà de l'analyse et permettre aux infirmières de s'exprimer sur le sujet. " Se faire reconnaître dans sa singularité, sa valeur et son identité est une quête personnelle et collective légitime et essentielle pour avoir le sentiment d'exister et, surtout, pour compter aux yeux des autres " (Saillant, 2010, p. 125). Par cette phrase, Saillant, infirmière anthropologue québécoise, exprime bien ce que la déviance positive a à offrir aux infirmières: une « *voix* »! Il s'agirait là d'une importante contribution aux meilleures pratiques infirmières dans le domaine de la prévention et du contrôle des infections.

Caractéristiques	Sciences infirmières	Médecine	Psychologie
Antécédents	<p>Organisation: Problèmes rencontrés dans l'organisation des soins (Calarco, 2011; Clancy, 2010; Jaramillo et al., 2008)</p> <p>Besoin de transformation et d'innovation (Jaramillo et al., 2008; Richmond et al., 2007)</p> <p>Besoin de trouver des solutions à des problèmes complexes (Clancy, 2010)</p>	<p>Organisation: Problèmes rencontrés dans l'organisation des soins (Cohn et al., 2007)</p> <p>Besoin d'innovation (Lloyd, 2011)</p> <p>Taux d'infections associées aux soins de santé élevés (Awad et al., 2009; Clancy, 2010; Lloyd, 2011)</p>	
	<p>Communautaire: Succès inattendus (Havens, 2011)</p>	<p>Communautaire: Environnement pauvre au niveau social et besoin de changement culturel durable (Bisits Bullen, 2011; Johnson et Arora, 2009; Kanani et Popat, 2012; Naimoli et al., 2008)</p>	<p>Communautaire: Adaptation comportementale et sociale (Nti et Lartey, 2007)</p>
	<p>Individuel: Besoin d'acquérir du leadership (Ladd, 2009)</p>	<p>Individuel: Problèmes de santé complexes (Awofeso et al., 2008; Kirsh et al., 2012; Kraschnewski et al., 2011; Krumholz et al., 2011; Stuckey et al., 2011)</p>	<p>Individuel: Trait de personnalité individuel (Fielding et al., 2006; Heckert et Heckert, 2002)</p>
Conséquences	<p>Organisation: Innovation, opportunité de développement (Love et al., 2011)</p> <p>Influence l'environnement de travail (Calarco, 2011)</p> <p>Permet au personnel de partager, échanger, dialoguer librement (Bonuel et al., 2009)</p>	<p>Organisation: Changement de culture (Jain et al., 2011)</p>	
	<p>Communautaire: Identification des meilleures pratiques (Wang et Li, 2011)</p> <p>Peu coûteux, requiert minimum ressources, bénéfiques peuvent être durables (Ladd, 2009)</p>	<p>Communautaire: Améliore la performance d'un groupe (Zaidi et al., 2012)</p> <p>Identification des meilleures pratiques (Kanani et Popat, 2012; Kraschnewski et al., 2011; Krumholz et al., 2011; Stuckey et al., 2011)</p>	<p>Communautaire: Réponse collective positive (Ben-Yehuda, 1990; Dodge, 1985; Fielding et al., 2006; Huryn, 1987; Spreitzer et Sonenshein, 2004; Walzer, 2002)</p> <p>Conséquences positives sur les pratiques (Jones, 1998; Samuels et Rutenberg, 2011; Waldman et al., 2011)</p>
	<p>Individuel Favorise l'<i>empowerment</i> (Calarco, 2011)</p>	<p>Individuel: Amélioration de la santé (Kirsh et al., 2012)</p> <p>Diminution de la mortalité (Krumholz et al., 2011)</p>	<p>Individuel: Peut avoir des conséquences néfastes chez les athlètes (Hughes et Coakley, 1991)</p>

Tableau 1 - Antécédents et conséquences de la déviance positive selon les disciplines (Létourneau, Alderson, Caux & Richard, 2012©)

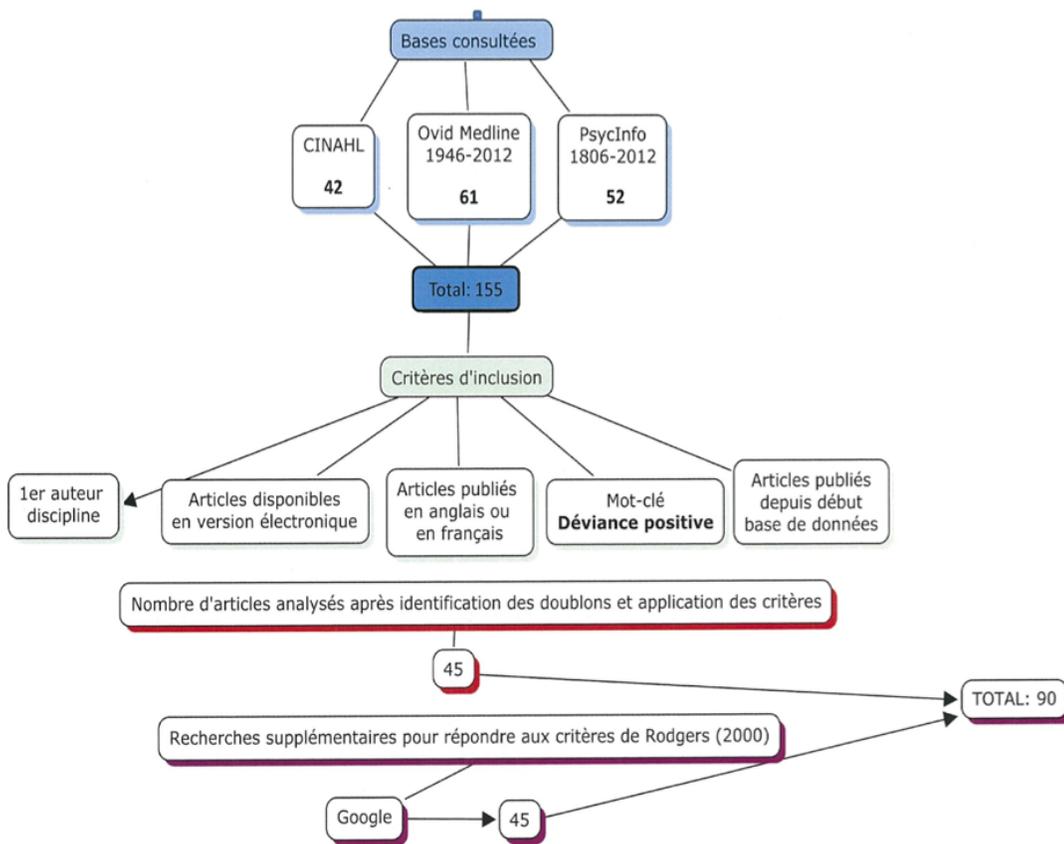


Figure 1 - Processus et recension des écrits
(Létourneau, Alderson, Caux, & Richard, 2012©)

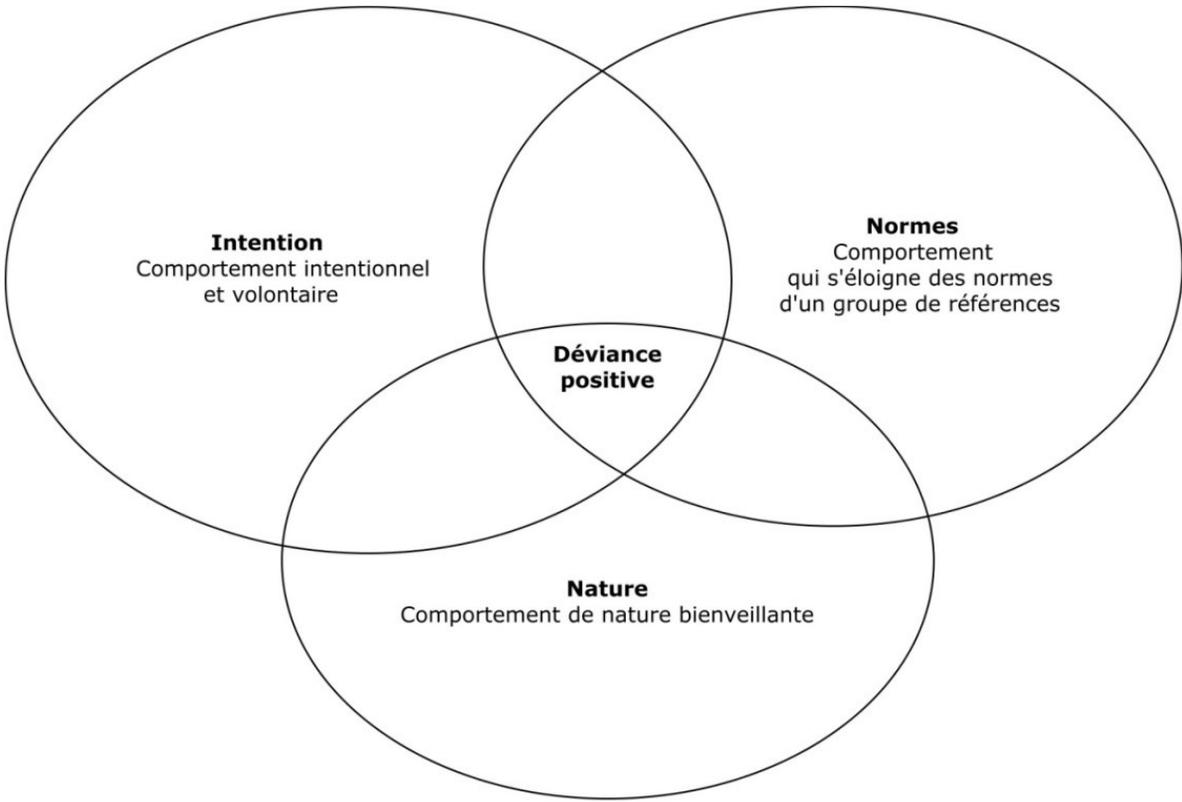


Figure 2 - Éléments pour évaluer le comportement de déviance positive (Létourneau, Alderson, Caux, & Richard, 2012©)



Figure 3 - Projets utilisant la déviance positive au niveau mondial, 2012
 (Reproduit avec autorisation)

<http://www.positivedeviance.org/projects/index.html>

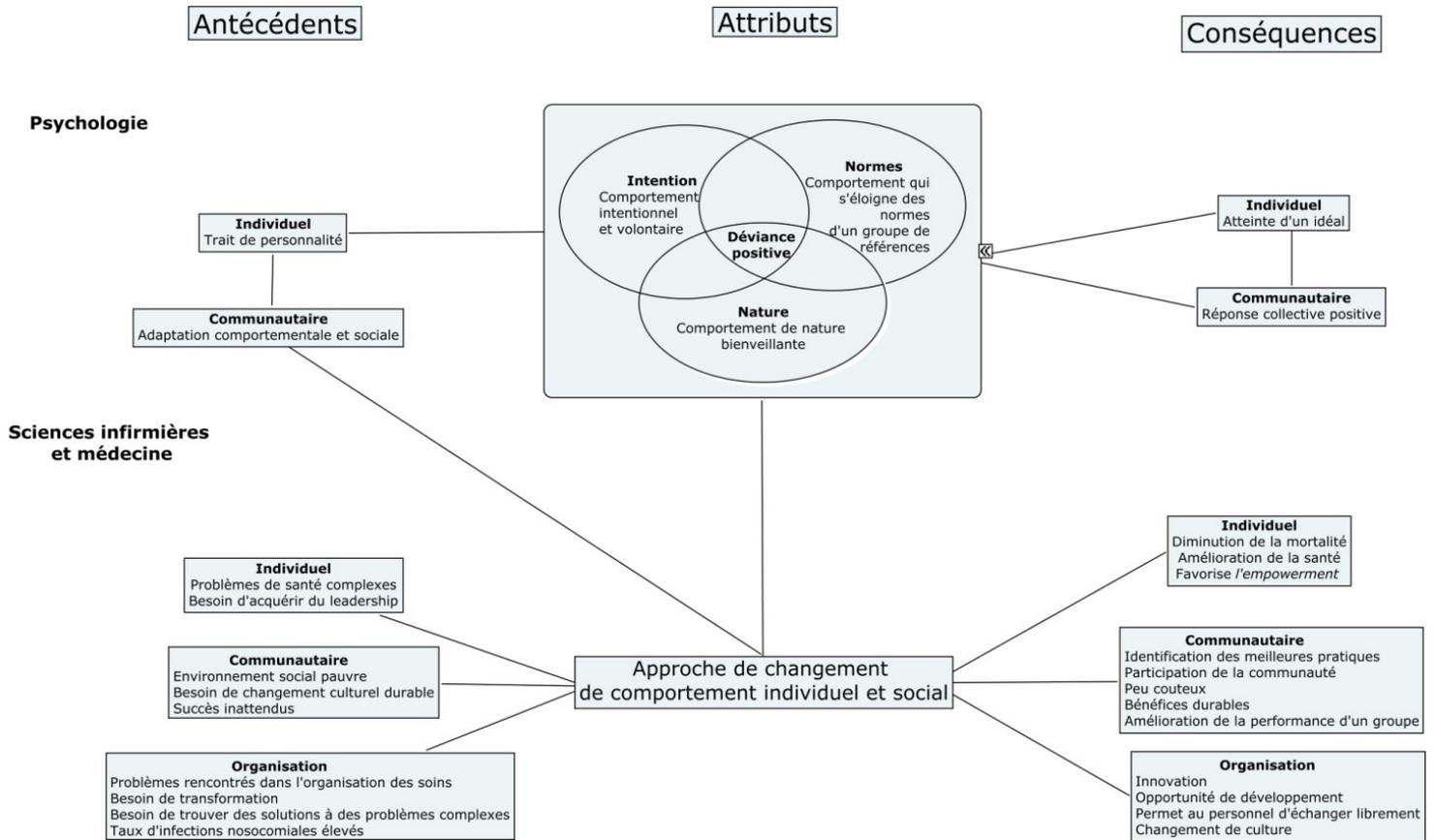


Figure 4 - Antécédents, attributs et conséquences de la déviance positive selon les disciplines (Létourneau, Alderson, Caux, & Richard, 2012©)

Nous poursuivons dans la prochaine section la recension des écrits sur la déviance positive publiés après la rédaction de notre article. Nous présentons tout d'abord ceux qui portent sur les nouveaux développements théoriques de la déviance positive. Par la suite, nous montrons des exemples de l'application de l'approche de la déviance positive dans la pratique. Nous précisons que quelques exemples d'application sont déjà inclus dans l'article de 2013 ou antérieurs à sa publication. Nous les ajoutons à cette section, soit parce qu'ils ne sont pas détaillés dans l'article au regard de leur opérationnalisation ou parce qu'ils proviennent d'une discipline non retenue lors de la rédaction de l'analyse du concept de la déviance positive.

Déviance positive: nouveaux développements théoriques

Deux groupes de chercheurs de l'Université de Queensland en Australie soit, Mertens, Recker, Kohlborn et Kummer (2016) ainsi que Herington et van de Fliert (2017), se sont intéressés au concept de la déviance positive. Suite à une recension des écrits, Mertens et al. (2016) présentent une synthèse des définitions et des approches au regard de l'étude de la déviance positive dans les organisations. Selon ces auteurs, trois questions doivent être posées afin de définir la déviance positive dans un contexte organisationnel: 1) Est-ce que la déviance positive réfère à un comportement ou à un résultat; 2) pourquoi le comportement ou le résultat est-il considéré comme *positif*; 3) pourquoi le comportement ou le résultat est-il considéré comme *déviant* (Mertens et al., 2016). Ces derniers présentent aussi une critique des deux approches les plus souvent utilisées, soit l'approche statistique et l'approche normative, pour identifier et comprendre la déviance positive en milieu de travail. Rappelons que selon l'approche statistique, les individus affichant un comportement déviant positif par rapport aux normes sont ceux retrouvés à l'extrême droite d'une courbe de distribution normale (Spreitzer

et Sonenshein, 2004). Mertens et al. (2016) considèrent que si l'approche statistique permet de montrer que la déviance positive existe, elle ne propose aucune orientation permettant de comprendre comment et pourquoi. L'approche normative, quant à elle, étudie le phénomène de la déviance aussi bien que le contexte, les normes, le comportement de l'individu déviant et le groupe de référence, mais il semble que les résultats soient difficilement généralisables à d'autres contextes (Mertens et al., 2016). Des éléments nouveaux apparaissent dans l'article de ces derniers, soit la notion de déterminants et conséquences à la déviance positive ainsi que l'ajout du terme *hypernormes* à la définition du concept. Dépendamment de l'objet d'étude au regard de la déviance positive (comportement ou résultat), les déterminants représentent tous les facteurs individuels, contextuels ou autres qui induisent la déviance positive (Mertens et al., 2016). Un des déterminants de la déviance positive dans les organisations que suggèrent Mertens et Recker (2017) est un leadership favorisant l'*empowerment* et soulignent son rôle dans l'émergence de la déviance positive. Quant aux conséquences, elles sont définies comme n'importe quel effet positif qui touche les individus, les collègues ou les communautés (Mertens et al., 2016). L'ajout du terme d'*hypernormes* à la définition de la déviance positive se traduit par un comportement qui dévie des normes d'un groupe de référence et qui est positif en termes de son intention et de sa conformité à des hypernormes (Mertens et al., 2016). Comme nous n'avions pas été mis en contact avec ce terme d'*hypernormes* avant de lire l'article de Mertens et al. (2016), nous n'avions pas consulté l'article de Warren (2003) dont il y est fait mention. Selon Warren (2003), les hypernormes ou métanormes " correspondent à des croyances globales qui impliquent d'accepter ou d'interdire des comportements spécifiques (par exemple, ne pas nuire physiquement à autrui) ou des principes et des droits plus complexes (par exemple, le droit à la liberté) " [Traduction libre, (p. 628)]. D'après Warren (2003), les premiers auteurs à avoir

mentionné le terme hypernormes sont Donaldson et Dunfee (1994) dans un article sur l'éthique dans le milieu de travail afin de proposer un standard pour évaluer un comportement qui va au-delà du cadre d'une organisation. Suite à la lecture de l'article de Warren (2003), nous avons pris connaissance de celui de Donaldson et Dunfee (1994). Selon ces derniers, les hypernormes devraient inclure au minimum les droits fondamentaux de l'homme à la liberté, à la sécurité, au bien-être, au droit à la subsistance et à la dignité. Si nous faisons le lien avec la définition de la déviance positive proposée par Mertens et al. (2016), est-ce que la conformité à des hypernormes ne pourrait pas être une référence à l'éthique et au respect des droits humains?

Herington et van de Fliert (2017) quant à eux montrent, suite à une recension de 102 articles publiés jusqu'au 24 octobre 2015 sur la déviance positive, que cette dernière soit décrite, dépendamment des auteurs, à la fois comme un concept théorique (41 articles) ou une stratégie utilisée en pratique (61 articles) pour aborder des problèmes complexes. Les auteurs reconnaissent que les multiples définitions, approches et applications nuisent au développement d'une compréhension cohérente de la déviance positive. Selon ces auteurs (Herington et van de Fliert, 2017), appliquée au sens théorique, une meilleure conception du comment, pourquoi et dans quelles circonstances la déviance positive survient pourrait contribuer aux connaissances de l'être humain; dans un contexte pratique, l'élaboration d'une approche de la déviance positive applicable à divers problèmes pourrait être un outil précieux. Herington et van de Fliert (2017) proposent une définition plus large de la déviance positive soit, que cette dernière est à la fois un concept théorique et une stratégie permettant de comprendre une déviation honorable à des normes et provoquant un changement social. Les sociologues Druann Maria Heckert et Daniel Alex Heckert qui avaient participé aux débats sur la viabilité du concept de la déviance positive

dans les années 1980 ont poursuivi son étude. Selon Heckert et Heckert (2015), la définition même de la déviance est enveloppée de confusion et de controverse; tout de même, deux paradigmes dominant dans les écrits en sociologie afin de la définir, soit l'approche normative qui met l'accent sur la violation d'une norme et l'approche réactive où l'accent est mis sur la réaction sociale. Deux éléments intéressants apparaissent au cours de la lecture du chapitre sur la déviance positive écrit par Heckert et Heckert (2015) dans le livre *The Handbook of Deviance*. D'abord, les auteurs y présentent quelques exemples de déviance positive qui réfèrent à des attitudes ou à des comportements tels que l'altruisme, le charisme, l'innovation, la supra-conformité et même à des caractéristiques individuelles telles que la beauté, l'intelligence et le talent. Puis, ils introduisent la notion de relativité du concept de la déviance positive, c'est-à-dire que des traits, des actions ou des comportements considérés comme déviants positifs peuvent être construits différemment selon l'époque, la société, la culture et la sous-culture (Heckert et Heckert, 2015). Un exemple est le cas des « impressionnistes français » (incluant Claude Monet, Édouard Manet, Pierre Renoir et autres); ces peintres du 19^e siècle ont produit une forme d'art novatrice en ce sens qu'ils souhaitaient retirer le noir et le brun de leurs peintures, utiliser des couleurs claires et capturer la lumière dans des environnements naturels; ces changements drastiques de techniques n'ont pas été très bien reçus que ce soit au niveau de la communauté artistique qu'au niveau du public et ils ont été tout simplement rejetés; évidemment aujourd'hui ils sont reconnus comme des génies dans leur art et leurs peintures valent des millions (Heckert, 1989). Nous comprenons de ces écrits que la notion du contexte social et culturel est essentielle afin de définir et d'évaluer la déviance positive.

Approche de la déviance positive: applications dans la pratique

Des interventions basées sur l'approche de la déviance positive ont été implantées dans plus de 41 pays en lien avec l'éducation, la nutrition, la santé publique, la protection de groupes vulnérables (Marra, Pavao Dos Santos, et al., 2013) en plus de la gestion des organisations, de l'amélioration de la qualité des soins et la sécurité des patients (incluant la prévention des infections associées aux soins de santé). Avant de présenter quelques exemples, il importe de se questionner sur les méthodes que divers auteurs ont utilisées pour appliquer l'approche de la déviance positive et de comprendre comment les méthodes d'application ont évolué selon le contexte dans lequel cette approche a été mise en place.

Au départ, l'approche de la déviance positive a été élaborée pour améliorer les problèmes de santé au niveau communautaire tel que la malnutrition chez les enfants de certains villages au Vietnam. Pour reprendre cet exemple, l'approche consistait à développer une définition de cas (critères de malnutrition), à identifier quatre à six enfants qui étaient bien nourris malgré le peu de ressources alimentaires, à interroger et observer les mères de ces enfants pour découvrir les comportements qui pouvaient expliquer ce bon résultat (exemple: petites crevettes pêchées dans la rivière le matin et ajoutées au riz), à analyser les résultats pour confirmer que les comportements étaient accessibles à tous. Par la suite, des activités étaient planifiées pour encourager l'adoption par la communauté des nouveaux comportements; à surveiller la mise en œuvre de ces activités et à évaluer les résultats (Mackintosh, Marsh et Schroeder, 2002; Marsh et al., 2004). Un guide sur l'application de cette approche en communauté a été élaboré en 2010 afin de permettre à celle-ci de résoudre un problème grâce à la découverte par ses membres de solutions durables au sein même de la communauté, de développer un plan d'action basé sur les

solutions trouvées par la communauté afin de mesurer et partager les bons résultats (Positive Deviance Initiative, 2010, p. 2). Selon le *Petit guide pour l'application de l'approche de la déviance positive*, un des principes essentiels repose sur le fait que la communauté doit s'approprier toute la démarche (Positive Deviance Initiative, 2010, p. 4).

Bradley et al. (2009) sont, à notre connaissance, les premiers à présenter une opérationnalisation de l'approche de la déviance positive pour les établissements de santé quelque peu différente de ce qui avait été fait antérieurement pour la communauté. Les auteurs proposent quatre étapes qui permettent d'identifier et d'examiner les établissements de santé qui donnent des soins à des patients ayant subi un infarctus aigu du myocarde. La première étape est d'identifier les déviants positifs, c'est-à-dire les établissements qui sont très performants au regard de la prise en charge et du traitement des patients ayant subi un infarctus du myocarde. Afin de répondre à l'objectif de cette première étape, Baxter et al. (2015) proposent d'utiliser les données qui sont colligées sur une base régulière afin d'identifier des déviants positifs qui excellent dans le domaine d'intérêt. La deuxième étape est d'étudier ces établissements à l'aide de méthodes qualitatives afin de générer des hypothèses sur les pratiques qui leur permettent d'être aussi performants; la troisième étape est de tester ces hypothèses auprès d'un échantillon représentatif d'établissements puis de travailler en collaboration avec des intervenants-clé pour disséminer les résultats probants (Bradley et al., 2009).

Baxter et al. (2016) ont effectué une revue systématique des méthodes utilisées dans les établissements de santé pour appliquer l'approche de la déviance positive. Parmi la majorité des 37 études recensées jusqu'à 2014, les auteurs avaient utilisé les deux premières étapes de

l'approche de la déviance positive selon Bradley (2009) soit l'identification et l'étude des déviants positifs. Baxter et al. (2016) reconnaissent que, selon les résultats de ces 37 études, l'approche de la déviance positive présente un potentiel pour améliorer la qualité des soins de santé, car les solutions sont susceptibles d'être durables, acceptables par le personnel soignant et réalisables avec les ressources disponibles. Cependant, Baxter et al. (2016) mentionnent que les auteurs doivent clarifier si les stratégies identifiées pour améliorer les soins sont déviantes, différentes ou juste meilleures que celles utilisées par les autres. De plus, comme très peu d'auteurs ont utilisé les deux dernières étapes de l'approche selon Bradley, soit de valider les résultats obtenus suite aux deux premières étapes et d'en vérifier la transférabilité, il est difficile de comparer l'approche de la déviance positive à d'autres approches d'amélioration de la qualité (Baxter et al., 2016). Nous proposons dans la prochaine section quelques exemples d'application de l'approche de la déviance positive.

Approche de la déviance positive en santé publique

Stuckey et al. (2011) ont eu recours à l'approche de la déviance positive comme cadre conceptuel d'une étude qualitative dont le but était d'identifier les stratégies utilisées par des individus qui avaient réussi à maintenir une perte de poids sur du long terme. Des entrevues en profondeur ont été effectuées auprès de 61 personnes choisies selon les critères suivants 1) avoir perdu 30 livres ou plus et maintenu ce poids sur une période d'au moins un an; 2) être âgé de plus de 21 ans; 3) ne pas être enceinte; 4) parler l'anglais et 4) ne pas avoir subi de chirurgie bariatrique (Stuckey et al., 2011). Trente-six stratégies ont été identifiées et regroupées sous cinq thèmes en lien avec la nutrition, l'activité physique, la discipline, l'auto-surveillance et la motivation. Les chercheurs ont par la suite développé des interventions à partir de ces stratégies

pour aider d'autres individus à maintenir une perte de poids (Stuckey et al., 2011). Kraschnewski, Sciamanna, Pollak, Stuckey et Sherwood (2013) rapportent qu'un tiers des adultes américains souffrent d'embonpoint ou d'obésité, mais que peu d'entre eux reçoivent des conseils à ce sujet de la part de leur médecin de famille. Afin de mesurer la fréquence du counseling offert par les médecins au regard du poids, ils ont effectué en 2007-2008 une étude qualitative transversale auprès de 21 220 adultes (Kraschnewski et al., 2013). Les résultats suggèrent qu'un petit nombre de médecins fournit des conseils sur le poids comparativement à la plupart d'entre eux. Dans leur étude, 8,9 % des médecins avaient fourni 52 % de tout le counseling, ce qui correspond, selon les auteurs, au concept de la déviance positive où un petit nombre d'individus réussit dans un domaine contrairement à la majorité (Kraschnewski et al., 2013). Afin de mieux comprendre les différences au regard des caractéristiques personnelles de ces médecins, les auteurs suggèrent que des études futures sont nécessaires et émettent l'hypothèse que ces déviants positifs ont de meilleures habitudes de vie et ont donc tendance à conseiller leurs patients sur ces saines habitudes (Kraschnewski et al., 2013).

Klaiman, O'Connell et Stoto (2014) ont utilisé l'approche de la déviance positive afin d'identifier et d'apprendre des cliniques de vaccination contre l'influenza H1N1 implantées dans les écoles américaines et qui se sont avérées les plus performantes lors de la campagne de 2009. Pour ce faire, Klaiman et al. (2014) ont utilisé les deux premières étapes de l'approche de la déviance positive proposée par Bradley et al. (2009) soit 1) l'identification des déviants positifs-ceux qui performant au-delà des attentes et 2) l'utilisation de méthodes qualitatives afin de repérer les pratiques qui mènent au succès. Pour la première étape, la performance des départements de santé communautaire de neuf états américains responsables de ces cliniques de

vaccination a été évaluée selon les critères suivants: l'emplacement de la clinique, la sélection du personnel, l'implication et la communication avec les parents, la collecte de données, l'administration du vaccin et l'évaluation. Par la suite, les représentants des 20 départements de santé communautaire les plus performants ont été rencontrés pour des entrevues individuelles. Les résultats montrent que dans les cliniques qui ont eu le plus de succès, on constate une très bonne relation avec les autorités scolaires, une communication efficace avec les parents et une logistique qui assure le bon déroulement de tout le processus de vaccination. Klaiman et al. (2014) mentionnent que de comprendre ce qui a bien fonctionné durant la campagne de vaccination dans les écoles en 2009 pourrait aider à la planification future d'une autre campagne.

L'approche de la déviance positive a aussi été utilisée comme outil de contrôle et d'élimination de la malaria dans trois villages du Cambodge en identifiant les stratégies des membres de la communauté qui n'avaient jamais développé la maladie ou qui l'avaient déjà eu et démontraient des comportements de santé différents du reste de la communauté (définis comme déviants positifs) afin de les partager avec les autres membres (Shafique et al., 2016). Les résultats montrent que les déviants positifs utilisent et entretiennent adéquatement les moustiquaires, consultent rapidement si apparition de fièvre puis se couvrent les bras et les jambes le soir. Les auteurs rapportent que le nombre de cas de malaria a diminué de 48 cas en 2010 à 24 cas en 2011 dans les trois villages où s'est déroulée cette intervention (Shafique et al., 2016).

Approche de la déviance positive dans le contexte des organisations

Dans le contexte des organisations, Barel et Frémeaux (2010) rapportent que « des comportements peuvent avoir pour objectifs l'amélioration du fonctionnement de l'entreprise, la recherche de sa performance et le rejet de manières de travailler perçues comme inefficaces. La déviance est alors positive et un moteur précieux du fonctionnement des organisations » (p. 92). Ces derniers ont effectué une étude de type ethnographique qui s'est étalée sur plus de deux ans au sein d'un supermarché du sud-est de la France. L'objectif était de comprendre pourquoi certains individus prennent le risque de la déviance. L'analyse a porté sur des comportements de déviance positive correspondant à un désir de changement pour atteindre d'une autre manière les objectifs de l'entreprise. Selon les résultats des analyses qualitatives des opinions et comportements, le choix de la déviance positive est motivé par un désir d'être au service des clients et des collaborateurs (Barel et Frémeaux, 2010).

Toujours dans le domaine des organisations, suite au succès rencontré par six hôpitaux américains dans leur lutte pour diminuer les infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthycilline grâce à l'approche de la déviance positive, Singhal s'est questionné à savoir ce que ces hôpitaux faisaient de différent (Singhal, 2010). Plutôt que d'utiliser l'approche traditionnelle et de mettre l'accent sur ce qui ne fonctionnait pas, ce dernier a constaté que dans ces hôpitaux, on privilégiait l'identification de ces individus qui avaient des pratiques diverses pour prévenir les infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthycilline. Pour exemple, une infirmière aux soins intensifs qui n'hésitait pas à donner une blouse et des gants à un médecin qui venait examiner un patient porteur de ce type d'infection (Singhal, 2010). Ces individus sont considérés comme des déviants positifs, car leurs comportements déviants ne représentent pas

la norme et positifs, car ils sont des modèles de comportements désirables pour prévenir la transmission du *Staphylococcus aureus* résistant à la méthycilline. Selon l'approche de la déviance positive, un processus de communication fait de dialogues permet d'étendre à d'autres les pratiques de ces déviants positifs. Ainsi la norme au niveau de l'établissement commence à se déplacer vers le positif (Singhal, 2010). Selon Krumholz, Curry et Bradley (2011), la prémisse de l'approche de la déviance positive dans les organisations est que les solutions aux problèmes organisationnels peuvent être repérées chez celles qui performant le mieux. L'idée est donc d'identifier les stratégies utilisées par ces organisations et de les implanter dans le plus grand nombre en espérant atteindre les mêmes résultats (Krumholz et al., 2011). À cet effet, une étude qualitative a été effectuée dans 11 hôpitaux américains en 2009 afin d'identifier les facteurs associés à une meilleure performance (mesurée par les taux de mortalité) des hôpitaux au regard des soins donnés aux patients ayant subi un infarctus du myocarde (Curry et al., 2011). Les hôpitaux les plus performants étaient caractérisés par une culture organisationnelle qui soutenait les efforts faits pour améliorer les soins tels que la participation des cadres supérieurs, la présence de professionnels de différentes disciplines avec une expertise dans les soins à ce type de patients, une bonne communication et coordination entre les divers professionnels, la résolution des problèmes et l'enseignement (Curry et al., 2011). L'étape suivante proposée par ce groupe de chercheurs est la construction d'un modèle intégrant les éléments identifiés lors de l'analyse qualitative qui sera partagée avec l'ensemble des hôpitaux (Curry et al., 2011).

Au Pakistan, Zaïdi et al. (2012) ont utilisé avec succès l'approche de la déviance positive pour identifier et partager les stratégies d'étudiants en 3^e année de médecine qui démontraient de meilleures performances cliniques, et ce, afin d'améliorer celles du groupe. Parmi les 50

étudiants, 20 qui performaient bien ont été invités à participer à une entrevue. L'objectif était d'explorer ce qui pouvait définir le comportement de « déviance positive » dans leurs pratiques. Puis, on a demandé à sept d'entre eux, qui avaient décrit des pratiques différentes, de développer des stratégies et de les partager avec leurs collègues. Les résultats des entrevues faites auprès de ces sept étudiants ont fait ressortir une plus grande habileté de communication avec les patients et les membres du personnel; une attitude de compassion et de respect envers les patients. De plus, ils se sont montrés très motivés à aider leurs collègues à améliorer leurs performances cliniques (Zaidi et al., 2012).

Améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients

Selon Lawton et al. (2014), l'approche de la déviance positive suggérée par Bradley (2009) pourrait être une approche différente pour assurer la qualité des soins et la sécurité des patients. Pour exemple, Gabbay et al. (2013) ont identifié cinq pratiques utilisées par des équipes de soins qui ont réussi à améliorer les soins aux patients diabétiques. Comparées aux autres, les équipes déviantes positives pouvaient compter sur un questionnaire qui encourageait la prise de décision collective et l'appropriation par l'équipe (Lawton et al., 2014). Sreeramoju et al. (2018) ont, quant à eux, évalué l'impact sur la sécurité des patients d'une intervention basée sur l'approche de la déviance positive au regard de la prévention des infections associées aux soins de santé. Les auteurs ont effectué une étude d'observation prospective s'échelonnant d'avril 2011 à mars 2013 sur six unités de soins médicaux d'un hôpital de Dallas; trois de ces unités ont été sélectionnées de manière aléatoire pour recevoir l'intervention et les trois autres ont agi à titre de contrôle (Sreeramoju et al., 2018). Les taux des infections suivantes (*Clostridium difficile*, infections urinaires sur cathéter, pneumonies, bactériémies sur cathéter central) ont été

comparés. Sur une période de neuf mois, l'intervention consistait principalement en rencontres de discussion avec le personnel soignant et les gestionnaires de l'unité concernant les barrières aux pratiques de prévention des infections et aux solutions possibles pour y faire face. Les membres du personnel devaient aussi identifier, parmi eux, 12 déviants positifs qui servaient de modèle de rôle au regard des pratiques de prévention des infections. Même si les résultats ne montrent pas de différence significative des taux d'infections entre les unités où l'intervention s'est déroulée et les unités contrôle, les membres du personnel ont apprécié d'être impliqués et écoutés (Sreeramoju et al., 2018).

L'approche de la déviance positive a aussi été utilisée pour promouvoir l'adhésion à l'hygiène des mains. Marra, Pavão dos Santos, Cendoroglo Neto et Edmond (2013) précisent que, selon l'approche de la déviance positive, les professionnels de la santé sont les mieux placés pour savoir ce qui devrait être fait dans leur milieu de travail pour améliorer l'hygiène des mains. Dans les trois études qui ont été effectuées, les déviants positifs étaient ces professionnels qui avaient des idées sur ce qui devait être modifié au niveau des pratiques d'hygiène des mains. Avec le soutien des gestionnaires, ils étaient invités à proposer différentes stratégies lors de réunions bimensuelles afin de les partager avec leurs collègues (Marra, Noritomi, et al., 2013). Comme l'approche de la déviance positive avait été implantée dans un seul hôpital, Marra, Noritomi, Cavalcante et al. (2013) ont décidé d'en faire l'évaluation sur huit unités de soins intensifs et une unité de soins généraux de sept hôpitaux (dont six à São Paulo et un à Pratumthani, Thaïlande). Entre le mois d'août 2011 et juillet 2012, le taux d'adhésion à l'hygiène des mains est passé de 46 % à 73 % (Marra, Noritomi, et al., 2013).

Dans un contexte d'amélioration de l'adhésion à l'hygiène des mains et par le fait même la sécurité des patients, Caris et al. (2017) ont utilisé l'approche de la déviance positive afin de comparer trois unités de soins très performantes au regard de l'hygiène des mains avec deux unités peu performantes dans un hôpital des Pays-Bas. Pour ce faire, 24 membres du personnel de ces unités ont été interviewés afin de comprendre ce qui expliquait ces différences. Les résultats montrent que sur les unités plus performantes, on rapporte une étroite collaboration à l'intérieur de l'équipe soignante et une grande implication du gestionnaire. Le personnel de ces unités est conscient des conséquences sur les patients d'une faible adhésion à l'hygiène des mains et démontre une attitude proactive pour améliorer la sécurité des patients " [Other units] all stick to the rules, while we have a tendency to work around them. Or deviate from them " (Nurse) (Caris et al., 2017, p. 1280). De plus, le personnel participe aux interventions pour améliorer l'adhésion à l'hygiène des mains avec le gestionnaire " Everyone had to pass the test [on hand hygiene technique] and everyone did, it received a lot of attention, also from [unit] management, I think that's important " (Nurse) (Caris et al., 2017, p. 1280). Ces auteurs concluent que de travailler ensemble vers un but commun peut influencer de façon positive le travail d'équipe.

Signification pour la pratique infirmière

Dans le cadre de son étude doctorale, dont la thèse n'apparaissait pas dans les bases de données consultées pour la rédaction de notre article, Gary (2012) a effectué une analyse du concept de la déviance positive afin de comprendre la signification de ce concept dans le contexte de la pratique infirmière et d'en fournir une définition opérationnelle. Cette dernière, infirmière américaine, constate que la déviance positive est un comportement utilisé par

certaines infirmières afin de donner les meilleurs soins à leurs patients. Elle définit ce comportement comme intentionnel et honorable, qui s'éloigne des normes établies par l'établissement de soins avec des éléments d'innovation, de créativité, d'adaptation et implique une prise de risque pour l'infirmière. Gary (2012) a mené une enquête Delphi auprès de 195 infirmières travaillant en soins critiques de novembre 2011 à février 2012. L'objectif étant premièrement de comprendre les soins qui sont donnés par les infirmières dans des situations où les lignes directrices ne répondent pas aux besoins spécifiques des patients. Puis, de développer divers points de vue reliés à l'utilisation de la déviance positive dans l'administration des soins. Les résultats montrent que dans certaines situations critiques, les infirmières vont s'éloigner des normes établies par les lignes directrices afin de répondre aux besoins immédiats de leur patient: par exemple, augmenter la concentration en oxygène chez un patient ventilé même sans prescription médicale, car la condition de celui-ci le nécessite ou donner de l'eau à un patient en fin de vie alors que ce n'est pas indiqué (Gary, 2012). Suite à la publication de l'article de Gary (2013) où cette dernière présente les résultats de son étude doctorale, une infirmière du Minnesota a publié une lettre à l'éditeur afin d'exprimer son désaccord au regard de la définition de la déviance positive et la notion de prise de risque de la part des infirmières (Westman, 2013). Cette dernière mentionne "We need to be clear that someone who deviates from practice standards isn't necessarily a "positive" deviant. Nor should we attach that label to someone who isn't following the established process" (p.13).

Une étude effectuée en 2014 dans un hôpital en Indonésie avait pour but d'explorer les comportements de déviance positive des infirmières dans leur effort pour trouver des solutions afin de prévenir la transmission des infections (Maisa et Arif, 2018). Le comportement de

" déviance " positive était appliqué à des infirmières qui avaient identifié des solutions créatives, novatrices et réalisables comparativement à leurs collègues. À la lumière des résultats, nous convenons que les solutions proposées montrent le peu de ressources de cet hôpital. Pour exemple au regard de l'hygiène des mains, les infirmières déviantes positives apportaient leur propre solution hydro-alcoolique de la maison, car ces solutions étaient souvent en nombre limité dans les chambres des patients; achetaient une petite serviette pour s'essuyer après un lavage des mains, car la serviette fournie par l'hôpital servait à plusieurs personnes et utilisaient un désinfectant à base d'alcool comme substitut lorsque le distributeur de solution hydro-alcoolique était vide (Maisa et Arif, 2018). Toutefois, il faut reconnaître les efforts de ces infirmières pour prévenir les infections même dans un contexte de soins non optimal.

Conclusion de la recension des écrits sur la déviance positive

Pour conclure, nous retenons que la déviance positive est définie d'une part comme un comportement individuel basé sur l'intention, la bienveillance et l'écart aux normes d'un groupe de référence (Spreitzer et Sonenshein, 2004); d'autre part, comme une approche de changement social et comportemental basée sur le postulat que dans la plupart des organisations, il y a des individus qui sont en mesure de résoudre les problèmes mieux que leurs collègues en disposant des mêmes ressources (Marsh et al., 2004). Le fait que la déviance positive soit définie dans les écrits à la fois comme un comportement individuel et une approche de changement de comportement amène de la confusion dans la compréhension de la déviance positive, car certains auteurs ne font pas la distinction. Alors qu'à l'origine, nous retrouvons l'émergence du concept de la déviance positive dans les écrits en sociologie, nous constatons qu'aucune référence aux nombreux travaux des sociologues ne se retrouve dans les écrits des différentes

disciplines en santé. Un sociologue qui avait publié sur le concept de la déviance positive dans les années 1980 a été contacté à ce sujet. Il a confirmé avoir acheminé à quelques reprises des documents de référence en sociologie traitant de la déviance positive aux membres du regroupement *The positive deviance initiative*, sans avoir reçu de réponses (N. Ben-Yehuda, communication personnelle, 15 juillet 2014).

En somme, nous comprenons qu'il existe deux grandes tendances dans les écrits sur l'application de l'approche de la déviance positive. Lorsqu'appliquée à la communauté, cette approche nécessite une appropriation de toute la démarche par cette dernière et encourage ainsi l'*empowerment* de ses membres. La deuxième tendance apparaît lorsque l'approche de la déviance positive est appliquée en santé publique, dans le contexte des organisations, pour l'amélioration de la qualité des soins et la sécurité des patients incluant la prévention des infections associées aux soins de santé. Dans ces contextes, l'approche de la déviance positive semble être utilisée davantage comme une méthode de recherche afin de comprendre comment et pourquoi certains individus sont plus performants que d'autres dans le domaine d'intérêt. Cependant, il ne faudrait pas, selon nous, que l'approche de la déviance positive soit utilisée pour améliorer la performance du personnel soignant sans tenir compte des structures qui prévalent dans les milieux de soins.

CHAPITRE - 3 - MÉTHODE DE RECHERCHE

Le présent chapitre porte sur la méthode retenue pour réaliser cette étude dont le but est d'explorer, sous l'angle de l'approche de la déviance positive, les pratiques cliniques d'infirmières au regard de l'hygiène des mains et les facteurs qui les influencent en contexte hospitalier. Ce chapitre comprend: les référents ontologiques et épistémologiques de l'étude, le devis de recherche ainsi que les descriptions du milieu, de la population à l'étude et du processus de recrutement des participants, les méthodes de collecte et d'analyse des données, les critères de rigueur scientifique, les considérations éthiques.

Référents ontologiques et épistémologiques de l'étude

Selon les experts en recherche qualitative, Guba et Lincoln (1994), le chercheur est guidé dans le choix d'une méthode par sa manière de voir le monde ainsi que la place des individus dans celui-ci. Pour cette étude qualitative, nous souhaitons explorer les facteurs qui influencent la pratique de l'hygiène des mains des infirmières sous une perspective de déviance positive afin de comprendre pourquoi certaines d'entre elles réussissent à adhérer à l'hygiène des mains mieux que leurs collègues. Suite à la recension des écrits sur ce sujet, nous constatons que très peu de chercheurs ont impliqué les infirmières dans un processus d'amélioration de cette pratique ou tenté de comprendre, auprès de ces dernières, pourquoi il était si complexe d'adhérer à l'hygiène des mains. Les multiples recherches effectuées pour améliorer l'adhésion à l'hygiène des mains des infirmières sont d'ordre biomédical basées sur des pratiques exemplaires et issues du courant post-positiviste; elles tiennent peu compte de la réalité complexe des infirmières, des

perceptions de ces dernières quant à la pratique de l'hygiène des mains ainsi que du contexte social, politique et légal qui peuvent influencer cette pratique. Nos référents ontologiques reposent sur la croyance que l'adhésion à cette pratique est complexe, influencée par les perceptions individuelles des infirmières ainsi que par leur contexte socioculturel et qu'il est important d'en tenir compte si on veut comprendre ce qui les influence à adhérer à l'hygiène des mains. Au regard de la déviance positive, Goffman (Shoenberger, Heckert et Heckert, 2012) considère la réalité construite par les représentations qu'en ont les individus, ce qui correspond au constructivisme (Guba et Lincoln, 1994) - mais dans le contexte de notre étude, cela ne suffit pas. Comme nous allons montrer, ce ne sont pas seulement les individus et leur regard sur le monde, mais le contexte social qui a un impact important sur la manière dont les infirmières pensent et agissent en groupe; nous référons ici au socioconstructivisme (Amineh et Asl, 2015). Une étude avec une telle orientation doit montrer comment les savoirs deviennent vrais " pour tenir compte des processus qui les créent et les maintiennent " (Hamilton, 2015, p. 614). Explorer les pratiques d'hygiène des mains des infirmières selon une perspective de déviance positive pose un regard différent sur cette pratique. Selon Fetterman (2010), le choix d'une ethnographie comme méthode de recherche permet plusieurs interprétations alternatives d'une même réalité, ce qui s'accorde à nos référents ontologiques.

Selon le paradigme socioconstructiviste en lien avec les référents épistémologiques, les connaissances se construisent au cours des interactions entre le chercheur et les participants, telles que suggérées dans le paradigme constructiviste (Guba et Lincoln, 1994), mais surtout au cours des interactions sociales ainsi que culturelles (Amineh et Asl, 2015) et sont vécues dans un contexte socio-historique, comme le système de santé du Québec. L'objectif de notre étude

consiste à s'appuyer sur la perspective des participantes au regard de la pratique de l'hygiène des mains et à étudier, non seulement les interactions interpersonnelles, mais aussi tel que proposé par Amineh et Asl (2015), les contextes sociaux, historiques et culturels. Comme notre intérêt porte surtout sur les interactions sociales des infirmières dans un milieu déterminé, soit les unités de soins, le socioconstructivisme reflète bien ce que nous allons élaborer dans cette étude. Par conséquent, nous sommes d'avis qu'afin de comprendre les facteurs qui influencent les infirmières au regard de la pratique de l'hygiène des mains tout en tenant compte de leur environnement socioculturel, le choix d'une étude ethnographique, qui fait l'objet de la section ci-après, s'avère correspondre à nos référents ontologiques et épistémologiques.

Choix du devis de recherche

Comme nous l'avons mentionné ci-haut, cette étude d'approche qualitative porte sur l'exploration, sous l'angle de l'approche de la déviance positive, des pratiques cliniques d'infirmières¹ au regard de l'hygiène des mains et des facteurs qui les influencent en contexte hospitalier québécois. Afin d'atteindre le but de cette étude, la méthode qui a été retenue est constituée de deux ethnographies focalisées (Higginbottom, 2011; Roper et Shapira, 2000) au regard du phénomène de l'adhésion d'infirmières à l'hygiène des mains. Dans cette section seront présentés un court historique de l'ethnographie traditionnelle et ce qui la distingue de l'ethnographie focalisée, privilégiée pour l'étude.

¹ Le genre féminin inclut le genre masculin infirmier

Ethnographie traditionnelle

C'est l'anthropologue britannique Bronislaw Malinowski qui est généralement vu comme étant à l'origine de la recherche ethnographique (Roper et Shapira, 2000). Il vécut pendant deux ans avec une tribu des Iles de Nouvelle-Guinée to " grasp the native's point of view, his relation to life, to realize his vision of his world " (Spradley, 1979, p. 3). L'ethnographie traditionnelle permet une compréhension de la manière dont les personnes agissent comme elles le font et combine un modèle d'enquête naturaliste avec une approche interprétative pour l'analyse des données, ce qui rend possible de connaître la culture d'un groupe selon les connaissances partagées et le comportement social acquis (Richardson, 2006). Cette méthode permet donc d'étudier les comportements des personnes dans leur contexte naturel en tenant compte des différentes perspectives de celles-ci ainsi que des règles sociales et culturelles qui les influencent (Fetterman, 2010). Les études de type ethnographique diffèrent des autres types d'études qualitatives par l'accent que ces premières mettent sur la perspective culturelle (Wolf, 2007) et la période prolongée d'observation (Bryman, 2004) durant laquelle le chercheur est immergé dans la vie quotidienne des participants (Creswell, 2013).

Pour Geertz (2000), la culture est un " concept essentiellement controversé comme la démocratie, la religion, la simplicité ou la justice sociale; il a été défini de multiples manières, utilisé de multiples façons et est encore toujours imprécis " [Traduction libre] (p.11). Spécifiquement, les définitions proposées de la culture incluent deux perspectives: selon l'interprétation classique, la culture est la somme des comportements observables, des habitudes et de la façon de vivre d'un groupe de personnes, tandis que selon la perspective cognitive, elle représente les idées, les croyances et les connaissances utilisées et partagées par ce groupe;

l'ethnographie permet de déterminer ce que les personnes connaissent, ce en quoi elles croient et ce qu'elles font (Fetterman, 2010; Roper et Shapira, 2000). Selon Spradley (1979), la méthode ethnographique sous-entend toujours le concept de culture qu'il définit comme des connaissances acquises par des personnes et qu'elles utilisent pour interpréter une expérience et ainsi générer un comportement social. Wolcott (2008) décrit cette méthode de recherche comme une expérience personnelle où le chercheur utilise tous ses sens et note ce qu'il voit, ce qu'il entend et ce qu'il ressent. «Considérant que le chercheur est un élément central de la recherche ethnographique, la réflexion sur son influence dans le processus de recherche est une stratégie de rigueur méthodologique» (Anadón, 2006, p. 20). Les méthodes de collecte de données sont entre autres, les observations, les entrevues individuelles, les notes de terrain, les conversations informelles et l'analyse de documents. Il est important de souligner que les ethnographies contemporaines critiquent les approches plus traditionnelles et ajoutent toujours une contextualisation qui prend en compte pour exemple, les dimensions sociohistoriques (Moreira, 2018).

Ethnographie focalisée

Les ethnographies focalisées ou ciblées sont souvent des études exploratoires et limitées dans le temps auprès d'un groupe de personnes. La collecte de données se fait principalement au cours des périodes ciblées d'observation et lors d'entrevues semi-structurées. En sciences infirmières, les ethnographies focalisées sont de plus en plus utilisées, car leur finalité est de développer des connaissances qui pourraient améliorer la pratique infirmière (Muecke, 1994) et permettre de comprendre des enjeux qui influencent divers aspects de cette pratique (Cruz et Higginbottom, 2013). Il est à souligner qu'au regard de la pratique de l'hygiène des mains des

infirmières, à notre connaissance et basée sur une revue de littérature des études qualitatives effectuées de 2000 à 2014, l'ethnographie focalisée n'a pas été utilisée comme devis de recherche au cours de cette période spécifiquement au regard de cette pratique (Smiddy et al., 2015). Depuis 2014, nous avons identifié deux études qui ont utilisé une ethnographie vidéo-réflexive avec l'objectif de sensibiliser les professionnels de la santé aux risques de transmission des infections associées aux soins de santé (Hor et al., 2016; Iedema et al., 2015). De plus, nous avons trouvé dans une revue de 36 études qualitatives effectuée par Chatfield, DeBois, Nolan, Crawford et Hallam (2017) portant sur l'adhésion à l'hygiène des mains des professionnels de la santé et effectuée de 2000 à 2015, une seule recherche ethnographique sur la sécurité au travail et la santé des professionnels de la santé qui mettait le focus sur l'hygiène des mains en lien avec la qualité et le prix des gels, du savon et des gants (Pink, Morgan et Dainty, 2014). Il semble donc que ce type d'étude ethnographique comparative et effectuée sous l'angle de la déviance positive au regard de l'hygiène des mains, comme nous proposons, n'ait jamais été réalisé auparavant.

L'ethnographie focalisée fut retenue, car elle permettait d'observer des infirmières dans leur quotidien tout en tenant compte de la culture institutionnelle et des diverses sources d'information contextuelles en vue de développer une compréhension approfondie des facteurs susceptibles d'influencer l'adhésion à l'hygiène des mains. Dans la présente étude, l'ethnographie focalisée a permis de s'attarder au phénomène de l'adhésion à l'hygiène des mains, sous l'angle de l'approche de la déviance positive, afin de mieux connaître, selon les perspectives d'infirmières, la complexité entourant l'adhésion à cette pratique (Roper et Shapira, 2000). Ce type d'ethnographie requiert un temps de présence moindre sur le terrain qu'une ethnographie traditionnelle et permet d'explorer des phénomènes ou des problématiques qui se situent dans

le champ d'expertise du chercheur et ne souffriront dès lors pas d'un temps d'observation moindre (Cruz et Higginbottom, 2013). Dans la mesure où l'étudiante-chercheuse cumule plus de vingt années de pratique en prévention des infections associées aux soins de santé, l'ethnographie focalisée convenait parfaitement. Nous tiendrons compte qu'aux ethnographies focalisées s'applique la même critique que celle faite aux ethnographies traditionnelles, c'est-à-dire que l'accent mis sur les interactions est souvent décontextualisé. Étant conscient de cette limite, nous tenterons de la surmonter par une contextualisation du dit et de l'observé qui va au-delà de l'interpersonnel. Nous reviendrons sur ces éléments à la discussion au chapitre 5.

Milieu de l'étude

Cette étude s'est déroulée dans un Centre hospitalier universitaire de la région de Montréal. En plus d'accueillir la clientèle adulte de son territoire, ce dernier reçoit des patients de partout au Québec dans les spécialités comme l'oncologie, les maladies cardiovasculaires et métaboliques, les neurosciences, la médecine des toxicomanies, l'hépatologie, la transplantation d'organes, la plastie de reconstruction, les soins aux grands brûlés et la gestion de la douleur chronique. Ce Centre hospitalier a été retenu, dans la mesure où des *audits* sur l'hygiène des mains y étaient effectués aux deux mois depuis août 2013, ce qui permettait de disposer de données utiles à l'étude, soit des taux de performance sur l'adhésion à l'hygiène des mains des infirmières par unité de soins et échelonnées dans le temps.

Vue d'ensemble du déroulement de l'étude

La préparation et le déroulement de cette étude ont été guidés principalement par les livres *Ethnography step by step* de l'anthropologue David M. Fetterman (2010); *Ethnography a way of seeing* de l'anthropologue Harry F. Wolcott (2008) et *Ethnography: principles in practice* des sociologues Hammersley et Atkinson (2007). Tel que mentionné par Fetterman (2010), l'identification d'une personne-ressource est la meilleure stratégie en vue d'établir un premier contact avec les participants à l'étude. Dans le contexte de notre étude, la Direction des soins infirmiers a tout d'abord accepté le projet (Annexe B) puis une personne-ressource de cette direction a été identifiée suite à l'approbation du protocole de recherche par le Comité d'éthique du Centre hospitalier choisi (Annexe C). Il est à souligner que cette personne n'était pas infirmière-chef sur une unité de soins ni en position d'autorité au regard des participantes. Dans un premier temps, notre personne-ressource a fait le lien avec la responsable de l'équipe de prévention des infections de la Direction des services professionnels afin d'obtenir les résultats des audits sur l'hygiène des mains des infirmières par unité de soins. Un total de 23 fichiers Excel ont été reçus contenant les résultats des huit audits d'hygiène des mains des infirmières effectués sur chacune des unités de soins dudit centre entre les mois d'août 2013 et novembre 2014. Suite à la consultation de ces résultats, les deux unités les plus performantes au regard des taux d'adhésion des infirmières à l'hygiène des mains ont été retenues, soit une unité de soins palliatifs et une unité de médecine-chirurgie.

La première ethnographie focalisée s'est déroulée sur l'unité de médecine-chirurgie de janvier à mai 2015 et la deuxième ethnographie focalisée a pris place sur l'unité de soins palliatifs de la mi-septembre à la fin octobre 2015. La collecte de données qui s'est déroulée sur ces deux

unités de soins a consisté en observations systématiques, entrevues individuelles, conversations informelles, notes de terrain et analyse de documents portant sur la prévention des infections associées aux soins de santé incluant l'hygiène des mains. L'analyse a débuté dès le début de la collecte des données et est basée sur la méthode décrite par Patton (2002, 2015). En préparation pour cette étape, une consultante en analyse des données qualitatives a été rencontrée à trois reprises, en novembre et décembre 2014 puis en juin 2015 afin de se familiariser avec les diverses fonctions d'analyse du logiciel QDA Miner. Dans la prochaine section, nous présentons les détails des stratégies d'échantillonnage et de recrutement, les méthodes de collecte des données, l'analyse, les critères de rigueur scientifique ainsi que les considérations éthiques.

Stratégies d'échantillonnage et de recrutement

Nous avons utilisé deux stratégies d'échantillonnage pour mener à bien cette étude. La première est un échantillon de cas exemplaires¹, défini comme un petit groupe de cas exceptionnels qui réussissent et qui peuvent être par le fait même une source d'information (Patton, 2015). Cette stratégie a servi à identifier les unités les plus performantes au regard de l'adhésion à hygiène des mains des infirmières. À cette fin, les données recueillies par l'équipe de prévention des infections lors des audits effectués au cours de l'année précédant le début de la collecte de données ont été consultées. Une moyenne (%) du taux d'adhésion à l'hygiène des mains des infirmières a été calculée pour chacune des unités et les deux dont le pourcentage était le plus élevé ont été retenues pour l'étude. Pour identifier les participantes à l'étude, nous

¹ Nous avons préféré le terme " échantillon de cas exemplaires " proposé par Patton dans la 4e édition de son livre *Qualitative research & evaluation methods* (2015). Dans la 3e édition de 2002, Patton proposait plutôt un échantillonnage de cas extrêmes ou déviants, ce qui risquait de créer de la confusion avec l'identification de déviants positifs dans le contexte de notre étude.

avons opté pour un échantillon de convenance selon lequel ces dernières sont choisies sur la base de leur disponibilité à l'endroit et au moment de l'étude (Creswell, 2013; Patton, 2002, 2015). Dans le contexte de notre étude, les participantes ciblées étaient les infirmières qui œuvraient sur les deux unités choisies pour l'étude.

Critères de sélection – Unités de soins

Comme nous n'avons pas trouvé dans les écrits de critères pour déterminer ou définir la déviance positive au regard de l'hygiène des mains, nous avons décidé d'utiliser les résultats des audits effectués par les infirmières en prévention des infections afin d'identifier deux unités où les taux d'adhésion à l'hygiène des mains des infirmières étaient plus élevés que ceux des autres unités du même établissement. L'objectif de choisir deux unités de soins visait aussi à comprendre s'il existait des facteurs communs ou distincts sur ces unités susceptibles d'expliquer les taux élevés d'adhésion à l'hygiène des mains des infirmières. Cette manière de procéder a eu un impact sur les résultats de notre étude. Ceci nous a permis de constater que la déviance positive ne s'applique pas seulement à des individus, comme dans plusieurs études (Gary, 2013; Mertens et al., 2016; Shafique et al., 2016) mais aussi à des groupes et ainsi d'en explorer les limites. Dans ce centre hospitalier, l'adhésion à l'hygiène des mains est évaluée à deux moments soit, avant et après un contact avec le patient ou son environnement. Lorsque nous avons pris connaissance des résultats d'audits d'hygiène des mains, il s'est avéré que l'unité la plus performante en ce qui concerne l'hygiène des mains des infirmières était une unité de soins palliatifs avec un taux moyen de près de 70 % alors que la moyenne du taux d'adhésion pour l'ensemble des unités de soins se situait à un peu plus de 30 %. Comme le contexte des soins palliatifs est peu représentatif d'une unité de soins généraux où les interventions effectuées sont

plus à risque de transmission des infections et le nombre d'opportunités d'hygiène des mains beaucoup plus élevées, nous avons décidé de retenir la deuxième unité la plus performante avec un taux moyen de près de 60 % soit, une unité de médecine-chirurgie, pour y effectuer la première ethnographie focalisée. Par la suite, nous nous sommes rendus sur l'unité des soins palliatifs pour la deuxième ethnographie focalisée.

Critères de sélection - Participantes

Au départ il était prévu que toutes les infirmières qui avaient des contacts directs avec les patients et qui œuvraient de jour sur les unités choisies soient approchées pour participer à l'étude. Les deux raisons principales qui motivaient le choix d'effectuer l'étude sur ce quart de travail étaient premièrement, l'accès à un plus grand nombre d'infirmières et deuxièmement, une fréquence majorée des activités cliniques d'où l'augmentation des opportunités d'hygiène des mains. Cependant, certaines infirmières soignantes travaillant de soir sur ces unités et ayant entendu parler de l'étude ont manifesté leur intérêt, nous les avons dès lors intégrées à l'étude. De surcroît, les assistantes-infirmières-chefs sur l'unité de médecine-chirurgie ont également demandé à participer. Comme ces dernières avaient une vue d'ensemble des activités, il nous apparaissait pertinent de les inclure afin d'avoir leur opinion sur les facteurs influençant l'adhésion à l'hygiène des mains des infirmières. Sur l'unité de soins palliatifs, les assistantes -infirmières-chefs donnaient quant à elles des soins directs aux patients tout comme les autres infirmières sur cette unité. De même, une infirmière de l'unité de médecine-chirurgie qui avait quitté ladite unité au début de l'étude a demandé à y participer même si elle travaillait à ce moment-là dans un autre hôpital. Aucune des participantes à l'étude ne s'est retirée avant la fin de la recherche et aucune compensation financière ou autre ne leur a été offerte.

Taille d'échantillon

Pour effectuer une ethnographie focalisée comme toute autre recherche qualitative, l'échantillonnage concerne la richesse de l'information et la taille de l'échantillon dépend de la nature du sujet de recherche et des ressources disponibles (O'reilly et Parker, 2013). Donc, un effectif d'échantillon approprié est celui qui permet au chercheur de répondre à sa question de recherche de manière juste et suffisante; cette suffisance est atteinte lorsque le chercheur peut démontrer que la saturation a été obtenue, c'est-à-dire la profondeur et l'étendue de l'information (O'reilly et Parker, 2013). Tel que présenté au tableau 2, 15 infirmières de l'unité de médecine-chirurgie (sur un total de 19) ont accepté de participer à notre étude et six de l'unité des soins palliatifs (sur un total de neuf). Les quatre infirmières de l'unité de médecine-chirurgie qui n'ont pas accepté de participer à l'étude ont mentionné comme raisons principales qu'elles étaient nouvelles ou ne prévoyaient pas avoir le temps. Les raisons données par les trois infirmières des soins palliatifs étaient semblables. Toutefois, même si ces infirmières n'ont pas participé aux entrevues individuelles, leurs opinions ont été consignées lors de conversations informelles.

Unité de soins	Médecine-chirurgie (15)	Soins palliatifs (6)
Sexe	14 femmes 1 homme	5 femmes 1 homme

Tableau 2 - Nombre de participants selon le sexe par unité de soins

Stratégies de recrutement

Notre personne-ressource à la Direction des soins infirmiers a organisé une rencontre avec l'infirmier-chef de l'unité de médecine-chirurgie au mois de décembre 2014. L'objectif étant que l'étudiante-chercheuse lui présente le but et le déroulement du projet afin d'obtenir son accord pour que les infirmières y participent. Cette rencontre a eu lieu le 18 décembre. Suite à son acceptation, quatre séances d'information ont eu lieu les 19, 20, 21 et 22 janvier afin de présenter le projet à toutes les infirmières œuvrant de jour et de soir sur cette unité de soins puis de répondre à leurs questions. Un formulaire d'information et de consentement (Annexe D) leur était distribué à ce moment-là et elles avaient une semaine pour en prendre connaissance et donner leur accord ou non. Les infirmières avaient le choix de participer à l'entrevue individuelle seulement ou à l'observation seulement ou aux deux méthodes de collecte de données (entrevue et observation). Parmi les 15 participantes sur l'unité de médecine-chirurgie, 13 d'entre elles ont consenti à l'entrevue individuelle, dix ont accepté d'être accompagnées pendant la période d'observation et neuf de participer à l'entrevue et à l'observation. Il est à souligner qu'avec l'approbation du Comité d'éthique du centre hospitalier, le but de l'étude a été présenté de manière plus large en incluant l'hygiène des mains aux mesures générales de prévention des infections associées aux soins de santé afin de ne pas influencer le comportement des infirmières au regard de l'hygiène des mains. Lorsque la première ethnographie focalisée s'est terminée soit à la fin du mois de mai 2015, notre personne-ressource à la Direction des soins infirmiers a téléphoné à l'infirmière-chef de l'unité des soins palliatifs pour organiser une rencontre. Cette dernière a toutefois préféré attendre le début de l'automne étant donné que durant l'été plusieurs infirmières étaient en vacances. Donc, au début du mois de septembre 2015, l'infirmière-chef des soins palliatifs a été rencontrée et suite à son

accord, le projet a été présenté le 10 septembre aux infirmières de cette unité œuvrant de jour et de soir et ce, lors de deux séances d'informations. Les formulaires d'information et de consentement (Annexe E) leurs ont été remis et elles avaient une semaine pour en prendre connaissance et accepter ou non de participer à l'étude. Parmi les cinq participantes sur l'unité de soins palliatifs, cinq d'entre elles ont consenti à l'entrevue individuelle, quatre ont accepté d'être suivies pendant la période d'observation puis trois de participer à l'entrevue et à l'observation.

Nous tenons à souligner que le recrutement des participantes a été somme toute relativement facile puisque 75 % des infirmières ont accepté de participer. Quatre infirmières ont même accepté l'entrevue en-dehors de leurs heures de travail dont deux durant leur journée de congé. Les infirmières ont été questionnées lors de l'entrevue sur les raisons explicitant leur choix de participer à l'étude. Voici un exemple de réponse à cette question qui résume bien ce que la majorité d'entre elles ont répondu. Nous comprenons que, d'une part la prévention des infections est importante pour ces dernières et d'autre part, qu'elles y voient une occasion de s'améliorer.

Bien, je trouve ça important la prévention des infections. Puis je trouve ça important d'aider aussi pour faire des études. C'est ça, je trouve que le fait de se pencher là-dessus, c'est très, très intéressant pour éviter que nos patients soient tout le temps infectés. Puis ce que ça pourrait nous apporter à nous de faire le cheminement avec toi, ce que ça pourrait nous amener à notre pratique à nous aussi. Ça fait que je vais sortir grandie de cette entrevue. C'est moi avec toi. (P 3, UMC, 16-21)

Collecte des données

Une ethnographie consiste à raconter une histoire crédible, rigoureuse, authentique qui donne une voix à des individus dans leur contexte et qui se base principalement sur les *verbatim* et une description riche des événements (Fetterman, 2010). Les informations pour ce faire s'obtiennent principalement à partir d'observations sur le terrain et d'entrevues (Fetterman, 2010), mais aussi grâce à des conversations informelles et à l'analyse de tous les documents pertinents (Cruz et Higginbottom, 2013). Dans le cadre de cette étude, la collecte de données a consisté en périodes d'observation des infirmières dans leur environnement de soins, en entrevues individuelles avec ces dernières, en consultations des documents traitant de l'hygiène des mains qui étaient disponibles sur les unités de soins puis finalement en conversations informelles avec divers acteurs du milieu afin de comprendre le contexte local. La rédaction d'un journal de bord a été utile afin de consigner les réflexions de l'étudiante-chercheure tout au long du déroulement de l'étude. Chacune des méthodes et des outils qui ont été utilisés pour effectuer cette collecte de données seront explicités dans la section suivante après avoir traité du questionnaire sociodémographique.

Questionnaire sociodémographique

Un questionnaire sociodémographique a été élaboré afin de recueillir des données descriptives concernant les participantes. Comme nous avons identifié dans la recension des écrits que l'âge, le type de formation académique et le nombre d'années de pratique (Darawad et al., 2012; Kingston et al., 2017; Lin et al., 2014) pouvaient avoir une influence sur l'adhésion à l'hygiène des mains des infirmières, nous avons inclus ces informations dans le questionnaire. Les participantes devaient le compléter avant l'entrevue individuelle (Annexe F) ou la période

d'observation (Annexe G), et ce, après avoir signé les formulaires d'information et de consentement.

Observation

L'observation est la stratégie centrale de l'ethnographie (Fetterman, 2010; Wolcott, 2008). Elle est définie comme " un outil de cueillette de données où le chercheur devient le témoin des comportements des individus et des pratiques au sein des groupes en séjournant sur les lieux mêmes où ils se déroulent " (Martineau, 2005, p. 6). L'observation participante caractérise la plupart des études ethnographiques et est cruciale à un travail efficace sur le terrain. Cette méthode combine la participation à la vie des personnes à l'étude tout en maintenant une distance professionnelle qui permet la cueillette de données (Cruz et Higginbottom, 2013; Fetterman, 2010) tout en tenant compte de ce que l'on voit, entend et ressent (Wolcott, 2008). Dans le contexte de cette étude, une observation participante a permis d'avoir accès aux activités du quotidien des infirmières, d'assister aux rencontres d'équipe, aux tournées, aux rapports qui étaient faits lors des changements de quart de travail, d'accompagner une infirmière à la fois lors de ses interventions cliniques et dans ses interactions avec les patients; l'objectif étant de comprendre tout ce qui pouvait avoir une influence sur l'adhésion à l'hygiène des mains des infirmières. Au niveau du déroulement, l'observation s'est faite par blocs de trois à quatre heures consécutives comprenant des intermèdes pour consigner des notes sur ce qui était observé, et ce, à raison de deux à trois fois par semaine. Une grille d'observation (Annexe H) a été élaborée afin d'y consigner les détails relatifs 1) à l'environnement physique tel que le nombre et la disposition des chambres, le nombre de lits par chambre, la disponibilité et l'accessibilité des distributeurs de solution hydro-alcoolique à l'extérieur et à l'intérieur des

chambres, la disponibilité et l'accessibilité des lavabos ainsi que l'accès à du savon et à du papier pour essuyer les mains, la présence d'affiches sur les murs, 2) à la pratique de l'hygiène des mains avant d'entrer dans la chambre du patient, pendant les soins et en sortant de la chambre, 3) aux interactions avec les patients, 4) aux interactions avec les autres infirmières et 5) au langage non verbal. La date, l'heure et le jour de la semaine où l'observation se déroulait étaient aussi indiqués sur la grille.

L'étudiante-chercheuse a également eu recours au *shadowing* qui constitue une méthode d'observation durant laquelle le chercheur suit, comme son ombre (traduction libre) un individu durant une période de temps relativement long tout en participant à la situation; elle permet en plus d'inclure dans une étude des individus qui ne sont pas à l'aise d'exprimer verbalement leurs expériences à un moment précis (van der Meide, Leget et Olthuis, 2013). Cette méthode a permis à l'étudiante-chercheuse, tout en accompagnant et en observant une infirmière lors de ses interventions cliniques, de participer aux échanges avec les patients, de poser des questions à l'infirmière sur ce qui se déroulait devant elle afin d'avoir un portrait le plus complet possible des facteurs qui influencent l'hygiène des mains. Les patients avaient reçu un feuillet d'information (Annexe I) leur expliquant le but de l'étude et ce que celle-ci impliquait pour eux. Il est à noter qu'aucune information n'était colligée sur les patients. Entre le 26 janvier et le 30 mars 2015, dix infirmières ont été accompagnées dans les chambres sur l'unité de médecine-chirurgie et une soixantaine d'heures d'observation ont été effectuées de jour et de soir, et ce, durant la semaine et la fin de semaine. Entre le 10 septembre et le 12 octobre 2015, environ 25 heures d'observation ont été effectuées de jour et de soir sur l'unité de soins palliatifs et quatre infirmières ont été suivies au cours de leurs activités de soins.

L'étudiante-chercheuse en était à sa première expérience comme chercheuse dans le contexte d'une étude qualitative et se sentait, au départ, un peu nerveuse à l'idée d'observer des infirmières dans leur quotidien tout en faisant attention de ne pas les déranger ni d'intervenir dans leur travail. Heureusement, une belle relation de confiance s'est établie dès le départ et le verbatim qui suit en montre le résultat.

Je voulais te dire que je n'étais pas trop encline à participer au départ. Parce que je n'aime pas bien ça, ces affaires-là! Je n'aime pas me faire suivre. Ah, j'ai dit, « Mon Dieu, encore une autre qui va venir nous surveiller! » Je vais te dire, ça ne me tentait pas trop. Ç'aurait été quelqu'un d'autre, ç'aurait peut-être été plus difficile, mais tu as un charisme. Tu es capable de venir chercher les gens, tu es à l'aise, tu es sympathique, tu n'es pas gênante. Ça fait que je pense que ta personnalité a fait aussi que ce n'est pas intimidant du tout, là, tu sais? Ça fait que je suis bien contente d'avoir participé, finalement (P1, USP: 1885-1897).

Conversations informelles

Les conversations informelles sont très utiles tout au long du déroulement d'une étude ethnographique afin de reconnaître des valeurs communes dans une communauté (Fetterman, 2010; Wolcott, 2008). Les conversations par exemple, à la pause-café peuvent être moins dérangeantes et " permettre de profiter des clins d'œil, des soupirs, des hochements de tête et de bavardages qui sont souvent très révélateurs de situations et d'expériences liées aux soins de santé " (McDonald et Carnevale, 2010, p. 279). Dans le contexte de cette étude, de nombreuses conversations informelles ont pris place avec plusieurs acteurs du milieu. Que ce soit avec l'infirmier-chef de l'unité de médecine-chirurgie, les infirmières, les préposés en hygiène-salubrité, les étudiantes en sciences infirmières de l'Université et du Cégep ainsi que leurs professeurs, les infirmières-auxiliaires, le chef des bénévoles sur l'unité des soins palliatifs et

l'équipe de prévention des infections du centre hospitalier (médecin et infirmières). Lors de ces conversations, l'étudiante-chercheuse essayait de comprendre les perceptions et les rôles de tous ces acteurs du milieu face à la prévention des infections nosocomiales et plus spécifiquement la pratique de l'hygiène des mains. Nous avons aussi recueilli des informations sur l'impact du transfert du personnel soignant et des patients vers le nouveau centre hospitalier qui était prévu pour l'automne 2016. Le contenu de ces conversations informelles était consigné dans les notes de terrain rédigées par l'étudiante-chercheuse.

Notes de terrain

Lors du travail sur le terrain, l'ethnographe est inondé d'informations, d'idées, d'évènements et les notes de terrain sont importantes pour consigner ces données afin de ne pas les oublier (Fetterman, 2010). Tout au long du déroulement de l'étude sur le terrain, l'étudiante-chercheuse bénéficiait d'un accès à un bureau afin de pouvoir s'y retirer et noter ce qu'elle venait de voir, d'entendre ou de ressentir. De plus, une journée était allouée après chaque bloc d'observation pour décrire les premières impressions de l'étudiante-chercheuse, commencer l'analyse et l'interprétation des données recueillies afin de planifier la suite de l'observation (ex.: un aspect à vérifier ou à confirmer).

Entrevues individuelles

En ethnographie, l'entrevue est une technique importante pour colliger des données qui permettront de placer dans un contexte plus large ce que le chercheur aura constaté ou senti pendant les observations (Fetterman, 2010). Afin de permettre l'atteinte du but de l'étude, un guide d'entretien (Annexe J) fut élaboré et afin d'assurer la cohérence avec le projet présenté

aux infirmières et le contenu du formulaire de consentement, les questions portaient sur l'adhésion aux mesures de prévention des infections tout en incluant des précisions sur l'hygiène des mains. En introduction, l'étudiante-chercheure remerciait la participante, effectuait un rappel sur le but de l'étude et complétait le questionnaire sociodémographique. Par la suite, des questions générales étaient posées sur le cheminement professionnel de la participante. Cette dernière était ensuite interrogée quant à ses perceptions de la prévention des infections sur son unité et des contraintes/difficultés rencontrées par elle pour adhérer aux mesures de prévention incluant des questions spécifiques au regard de l'hygiène des mains. De type semi-structuré, ces entrevues qui prenaient forme au fur et à mesure qu'elles progressaient (Wolcott, 2008) débutaient après les périodes d'observation. L'étudiante-chercheure laissait les participantes libres quant à leurs réponses aux questions et s'accordait une souplesse dans l'ordre des questions tel que suggéré par Hammersley et Atkinson (2007). Après la fin de l'entrevue, des notes étaient consignées par l'étudiante-chercheure quant au déroulement de celle-ci.

La majorité des entrevues a été réalisée dans un local, clos, pendant les heures de travail, avec l'accord des infirmières-chef, et pour quelques participantes, sur leur temps de repas. Évidemment, pour ces dernières, il était accepté qu'elles mangent en même temps. Deux entrevues se sont quant à elles déroulées à l'extérieur du lieu de travail. Un total de 18 entrevues a été effectué et leur durée moyenne variait de 45 à 60 minutes, mais certaines d'entre elles ont été de 90 minutes. Avec l'accord des participantes, toutes les entrevues ont été enregistrées afin d'en permettre la transcription intégrale à des fins d'analyse. La transcription des enregistrements audionumériques a été effectuée par l'étudiante-chercheure pour neuf des entrevues et par une professionnelle de la transcription audionumérique pour les neuf autres.

Ces dernières ont toutefois été relues et corrigées au besoin par l'étudiante-chercheure. Les 13 entrevues sur l'unité de médecine-chirurgie se sont échelonnées du 22 mars au 15 mai 2015 et les cinq sur l'unité de soins palliatifs du 1^{er} au 19 octobre 2015.

Journal de bord

La rédaction d'un journal de bord constitue une sorte de dialogue interne sur les sentiments personnels de l'ethnographe tout au long de l'étude, que ce soient des sentiments d'inconfort, d'anxiété, de surprise ou autres; ils influencent inévitablement le chercheur et il est important de les noter (Wolcott, 2008). L'étudiante-chercheure a tenu un journal de bord afin d'y inscrire ses impressions sur ce qu'elle voyait, entendait ou ressentait au cours de chaque moment passé sur le terrain. Pour exemples, le malaise lors de la première rencontre avec l'infirmier-chef sur l'unité de médecine-chirurgie face à son attitude très fermée; le sentiment de déranger quand toutes les infirmières étaient très occupées; la difficulté d'entrer dans la chambre avec une infirmière qui allait s'occuper de son patient décédé sur l'unité des soins palliatifs. Mais aussi le plaisir de se sentir acceptée grâce à la confiance accordée par les infirmières.

Documents disponibles sur l'unité au regard de la prévention des infections

Afin de documenter ce qui prévalait sur le plan de la prévention des infections associées aux soins de santé dans ce contexte hospitalier et qui pouvait avoir une influence sur l'adhésion à l'hygiène des mains des infirmières, tous les documents (manuels, pamphlets, affiches) concernant les mesures de prévention des infections disponibles sur l'unité et sur l'intranet du Centre hospitalier ont été consultés (Tableau 3). La formation de 20 minutes sur l'hygiène des

mains (Centre hospitalier de l'Université de Montréal, 2012) et disponible en ligne pour les infirmières a aussi été consultée et effectuée. Nous avons noté que les objectifs de cette formation étaient d'expliquer l'importance de l'hygiène des mains, d'être en mesure de choisir le produit à utiliser selon la situation, de décrire les étapes de la technique d'hygiène des mains et d'énumérer les indications.

D'autres documents ont été consultés afin de comprendre les contextes local et provincial dans lesquels cette étude se déroulait. De plus, comme une réorganisation du réseau de la santé était en cours au moment de la collecte de données, nous avons pris connaissance de la loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux (Éditeur officiel du Québec, 2015, 7 février) ainsi que divers documents électroniques du Ministère de la Santé et des Services sociaux en lien avec cette réorganisation du réseau afin d'en comprendre l'impact sur les participantes des deux unités de soins (repéré à: <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/portrait>).

Formation en ligne sur l'hygiène des mains
Manuel de prévention des infections disponible en version papier et en version électronique sur l'intranet du centre hospitalier
Affiche sur les indications du port de gants
Tableau synthèse sur les précautions additionnelles à prendre par le personnel selon le mode de transmission de l'agent pathogène
Dépliants disponibles pour les patients
<ul style="list-style-type: none"> ○ Aidez-nous à prévenir la transmission des infections
<ul style="list-style-type: none"> ○ Prévenir la transmission du <i>Clostridium difficile</i>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Je me lave les mains
<ul style="list-style-type: none"> ○ Informations sur les entérocoques résistants à la vancomycine
<ul style="list-style-type: none"> ○ Informations sur les staphylocoques résistants à la méthicilline

Tableau 3 - Documents disponibles sur l'unité au regard de la prévention des infections

Analyse des données

Il n'y a pas de processus standardisé pour analyser les données ethnographiques (Hammersley et Atkinson, 2007). Selon Fetterman (2010), l'analyse dépend plutôt de la capacité de l'ethnographe à penser et à traiter les informations colligées de manière significative et utile. En ethnographie, l'analyse des données n'est pas une étape distincte de la recherche, car elle en fait partie intégrante du début de la collecte de données, et ce, tout au long de la recherche, selon un processus itératif jusqu'à la rédaction du produit final (Hammersley et Atkinson, 2007). L'analyse de contenu est généralement utilisée par les ethnographes afin de découvrir la fréquence d'un terme ou d'un sujet reflétant son importance dans un groupe ou une culture par le codage des données et l'interprétation des thèmes qui émergent (Fetterman, 2010). En préparation à l'analyse des données, une consultante en analyse de données qualitatives a proposé la méthode d'analyse de contenu selon Patton (2002, 2015), guidée par le but et les questions de recherche.

Étape 1: Codage des données

Toutes les données colligées par entrevues ont été transcrites en verbatim et celles découlant des conversations informelles et des observations furent consignées par écrit. Dans un premier temps, les transcriptions des entrevues individuelles en version papier ont été lues et relues de manière attentive et approfondie à plusieurs reprises afin d'effectuer un premier codage manuel tout en restant très près des verbatim des participantes. Selon Patton (2002, 2015), cette manière de procéder est essentielle afin de commencer à voir émerger des *patterns*. Voici un exemple de codage provenant de l'entrevue (Figure 5) individuelle de la première participante à l'étude sur

l'unité de médecine-chirurgie. On peut constater qu'à ce premier stade, le codage ne se rapporte pas uniquement à l'hygiène des mains, mais à tout ce que la participante mentionne.

Ho bien [rire], je trouve ça important [de participer à ce projet] on a une grosse part de responsabilité dans les infections, notamment nosocomiales et c'est des moyens simples qui permettent d'éviter ça. Moi je trouve ça important, je trouvais ça important, j'ai toujours trouvé ça important. On a des patients qui sont dans des situations critiques déjà affaiblis, ils ont pas besoin de ça en surplus. Cela fait partie de la conscience professionnelle.

Responsabilité personnelle
Importance problème
Impact
C conscience professionnelle
Professionalisme

Figure 5 - Exemple du codage des données provenant d'une entrevue

Par la suite et pour chacune des entrevues individuelles, un résumé était fait sur une fiche afin d'y consigner ce que les participantes avaient mentionné plus précisément concernant leurs pratiques cliniques au regard de l'hygiène des mains et les facteurs qui les influençaient afin d'y adhérer. Nous avons procédé de la même manière pour le codage de toutes les données provenant des observations et des notes de terrain (incluant les conversations informelles). Nous avons lu à plusieurs reprises toutes ces données et codé de manière descriptive ce qui se rapportait spécifiquement aux pratiques cliniques des infirmières au regard de l'hygiène des mains et aux divers facteurs pouvant les influencer. Voici un exemple de codage provenant de l'observation (Figure 6) de la participante 8 sur l'unité de médecine-chirurgie au regard de ses pratiques de l'hygiène des mains avant d'entrer dans la chambre d'un patient, pendant qu'elle est dans la chambre et en sortant; en plus du type de produit utilisé pour procéder à l'hygiène des mains. Il est à souligner qu'au cours de l'observation, cette participante mentionne qu'elle n'a pas confiance en la solution hydro-alcoolique (SHA) et après avoir enlevé ses gants,

nonobstant le fait qu'elle avait déjà utilisé la solution, procède à l'hygiène des mains à l'eau et au savon.

Hygiène des mains

- Avant d'entrer dans la chambre d'un patient
- Après être sortie de la chambre d'un patient
- Dans la chambre
- Produit utilisé

Procède à l'hygiène des mains avec SHA avant d'entrer et en sortant de la chambre.

Met des gants pour tous les soins.

Enlève ses gants en sortant de la chambre et se lave les mains avec de l'eau et du savon au lavabo.

Figure 6 - Exemple du codage des données provenant d'une observation

Pour exemple du codage d'une conversation informelle avec des étudiantes en sciences infirmières qui étaient en stage sur l'unité de médecine-chirurgie au moment de la collecte de données, ces dernières mentionnent que sur cette unité, les infirmières se lavent les mains beaucoup plus qu'ailleurs (*importance de la pratique de l'hygiène des mains des infirmières sur cette unité comparativement à d'autres*). Elles se disent effectivement influencées par les pratiques de ces infirmières et se questionnent sur le fait que si les pratiques des infirmières étaient moins bonnes, elles continueraient à le faire aussi bien (*influence des infirmières de cette unité sur leurs pratiques d'hygiène des mains*). Elles sont d'avis que le transfert en clinique des connaissances acquises dans le cadre des cours n'est pas toujours facile, qu'il y a des différences d'application d'un milieu à l'autre et qu'elles doivent s'adapter (*différence entre connaissances théoriques et application dans les divers milieux cliniques*).

L'objectif de cette première étape était d'identifier des segments de texte spécifiquement reliés aux deux premières questions de recherche: 1) quelles sont les pratiques cliniques des infirmières au regard de l'hygiène des mains 2) quels sont les facteurs qui influencent des infirmières à adhérer à l'hygiène des mains. Par la suite, le contenu des entrevues individuelles, des observations et des notes de terrain a été transféré dans le logiciel QDA Miner (version 5.0.19) afin de réaliser les étapes subséquentes de l'analyse. Le recours audit logiciel s'est avéré très utile étant donné la quantité importante de données à traiter.

Étape 2: Codage des données et regroupement sous catégories

À l'aide du logiciel QDA Miner, toutes les données ont été codées. Rappelons que le but du projet avait été présenté aux infirmières plus largement au regard des mesures de prévention des infections et non seulement de l'hygiène des mains. De plus, comme il était prévu de leur présenter les résultats, toutes les données en lien avec les mesures de prévention des infections autres que l'hygiène des mains ont été codées dans la catégorie « autres mesures de prévention des infections » et analysées séparément. De plus, lorsque les données étaient en lien avec les facteurs de non-adhésion à l'hygiène des mains, nous les avons codées et analysées séparément; nous en discuterons au chapitre 5. En ce qui concerne les données reliées aux questions de recherche, ces dernières ont été regroupées sous six catégories. Basées sur la recension des écrits, les données en lien avec les facteurs qui influençaient l'adhésion des participantes à l'hygiène des mains ont été codées selon quatre catégories: facteurs individuels, socioculturels, organisationnels et environnementaux. Pour les besoins de l'analyse des données sur l'hygiène des mains, ces dernières ont été codées selon deux catégories: pratiques cliniques (lavage des mains avec de l'eau et du savon ou utilisation d'une solution hydro-alcoolique) et moment où

l'hygiène des mains était effectuée. Nous avons ajouté dans les pratiques cliniques le port de gants et l'utilisation de crème protectrice, car ces deux éléments avaient été mentionnés par quelques participantes et constatés au cours des périodes d'observation. Comme proposé par Patton (2002, 2015), plusieurs vérifications, changements et regroupements des codages redondants ou similaires ont été effectués tout au long de cette étape afin d'assurer que le choix tant du codage que de la catégorie correspondait bien aux données recueillies tout au long de l'étude. Le livre des codes attribués aux données provenant des entrevues individuelles, des observations et des conversations informelles est présenté dans le tableau 4 selon les six catégories.

☛ Facteurs socioculturels

- ◆ Croyances
- ◆ Influence des collègues
- ◆ Normes de l'unité
- ◆ Présence de mentor/modèle de rôle
- ◆ Pression des pairs

☛ Facteurs environnementaux

- ◆ Accessibilité des lavabos
- ◆ Disponibilité du savon (lavage des mains)
- ◆ Disponibilité papier à mains
- ◆ Disponibilité/accessibilité des SHA
- ◆ Présence chambre individuelle

☛ Facteurs organisationnels

- ◆ Audits
- ◆ Collaboration/entraide
- ◆ Formation hygiène mains
- ◆ Leadership de l'ICU
- ◆ Participation des patients au lavage des mains
- ◆ Présence gardien sécurité
- ◆ Présence/collaboration de l'AIC
- ◆ Prise en charge patients
- ◆ Rappels
- ◆ Ratio inf/patients
- ◆ Sécurité/protection des patients

☛ Facteurs individuels

- ◆ Attitude/ouverture d'esprit/curiosité
- ◆ Connaissances problème/impact
- ◆ Conscience personnelle
- ◆ Conscience professionnelle
- ◆ Efficacité personnelle
- ◆ Évaluation/jugement clinique
- ◆ Expérience vécue
- ◆ Compassion/douceur/écoute
- ◆ Préférence eau et savon
- ◆ Préférence SHA
- ◆ Protection personnelle/famille
- ◆ Réflexe/habitude/automatisme

☛ Moment

- ◆ À l'arrivée sur l'unité
- ◆ Après contact patient/environnement
- ◆ Après plusieurs utilisations SHA
- ◆ Après port de gants
- ◆ Après risque contact liquide organique
- ◆ Après tournée patients
- ◆ Au départ de l'unité
- ◆ Avant d'aller manger
- ◆ Avant de toucher au patient/environnement

- ◆ Avant intervention aseptique

- ◆ Avant la pause
- ◆ Tous les soins

☛ Pratiques cliniques

- ◆ Lavage des mains avec eau et savon
- ◆ Port de gants
- ◆ Utilisation crème protectrice
- ◆ Utilisation SHA

Tableau 4 - Livre des codes selon les six catégories

Étape 3: Analyse de fréquence des codes

L'utilisation de programmes informatiques permet d'avoir accès à des outils qui sont utiles pour le codage et l'analyse qualitative de données (Patton, 2002, 2015). Pour cette étape, nous avons eu recours à la fonction *analyse de fréquence des codes* du logiciel QDA Miner. Cette fonction a permis d'explorer la relation entre les codes assignés à chacune des catégories et les unités de soins à l'étude; puis, à l'aide de plusieurs outils graphiques, nous avons pu visualiser l'intensité de cette relation. Tout d'abord, nous avons mis en relation, pour chacune des unités de soins, la fréquence des codes (nombre) reliés au moment où l'hygiène des mains était effectuée. Ceci a permis de relever selon l'unité de soins, quels moments étaient les plus fréquemment codés. Nous avons effectué la même démarche pour les pratiques cliniques au regard de l'hygiène des mains. Puis, pour chacune des unités de soins, nous avons utilisé cette fonction pour visualiser la fréquence des codes (%) en lien avec les catégories de facteurs afin de voir l'importance relative de chacune sur la pratique de l'hygiène des mains. Nous voulions aussi être en mesure de comparer les deux unités afin de comprendre si des facteurs communs ou distincts pouvaient influencer les infirmières des deux unités de soins dans leur pratique de l'hygiène des mains. Étant donné que le nombre de participantes diffère entre les deux unités de soins (15 sur l'unité de médecine-chirurgie versus 6 sur l'unité de soins palliatifs), la consultante en analyse qualitative avait proposé d'utiliser des pourcentages à des fins de comparaison entre ces deux unités. La figure 7 présente un exemple de cette étape de l'analyse effectuée pour l'unité des soins palliatifs. Nous avons utilisé la même démarche afin de visualiser l'importance relative des codes inclus dans chacune des catégories suivantes: facteurs individuels, organisationnels, environnementaux et culturels pouvant influencer la pratique de l'hygiène des mains. Pour chacune de ces quatre catégories, nous avons pris connaissance de la fréquence des

codes pour voir l'importance de chacun d'eux à l'intérieur de ladite catégorie. Cette étape nous a permis, pour exemple, de constater que sous la catégorie *facteurs individuels*, les trois éléments les plus fréquemment codés aux soins palliatifs étaient compassion/écoute/douceur; conscience professionnelle et connaissance problème/impact.

Facteurs influençant l'adhésion à l'hygiène des mains Fréquence des codes

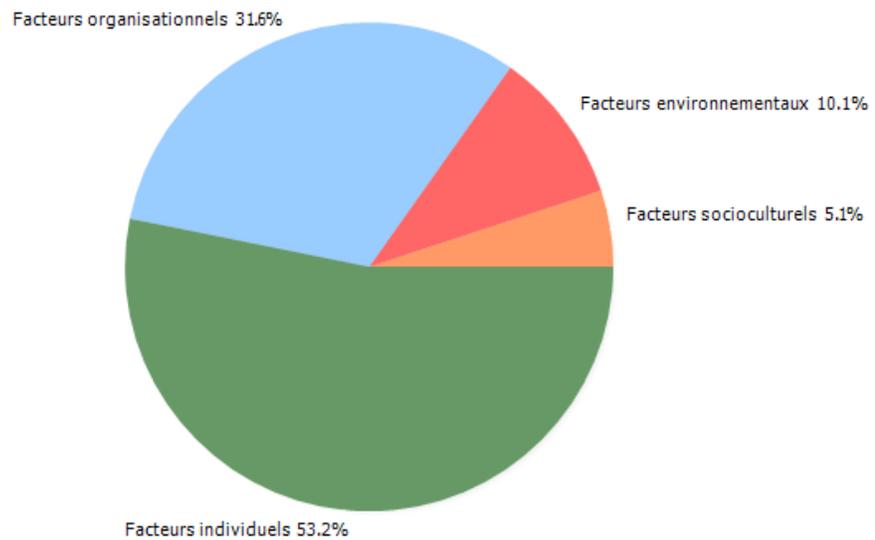


Figure 7 - Facteurs influençant l'adhésion à l'hygiène des mains aux soins palliatifs
Fréquence des codes (%):

Étape 4: Synthèse de l'analyse-interprétation des données

L'interprétation, par définition, implique d'aller au-delà des données, de donner un sens à ce que nous avons trouvé et d'offrir des éclairages (Patton, 2002, 2015). Cette étape cruciale s'appuie sur la compréhension, le jugement et l'expérience de l'analyste; l'interprétation doit refléter ce que les participantes ont jugé important pour elles et tenir compte de leurs commentaires lorsque les résultats leur sont présentés (Patton, 2002, 2015). Nous avons discuté des résultats de toutes les analyses effectuées avec les directrices encadrant la présente étude doctorale, la consultante en analyse qualitative, les participantes à l'étude et des acteurs-clés du milieu (tels que l'infirmier-chef de l'unité de médecine-chirurgie et l'équipe de prévention des infections). De plus, au cours de cette étape de l'analyse, les résultats préliminaires ont été présentés à plusieurs occasions (conférences nationale et internationale, communications orales dans un contexte universitaire). Voici ce qui ressort principalement de l'interprétation des données quant aux facteurs pouvant éclairer une meilleure adhésion à l'hygiène des mains des participantes. Même si les taux d'adhésion à l'hygiène des mains des infirmières sont deux fois plus élevés sur les deux unités de soins à l'étude en comparaison avec ceux des autres unités et que certains des facteurs explicatifs sont semblables, ceux qui semblent justifier une meilleure performance - la déviance positive - au regard de cette pratique sont tout à fait distincts. Sur l'unité de médecine-chirurgie, des facteurs organisationnels tels que le leadership de l'infirmier-chef semblent avoir une grande influence sur l'adhésion à l'hygiène des mains des participantes tandis que sur l'unité des soins palliatifs, ce sont davantage des facteurs individuels tels que les valeurs des participantes qui les amènent à pratiquer l'hygiène des mains. Les résultats détaillés seront présentés au chapitre 4 et discutés au chapitre 5 en les comparant aux différentes études recensées sur le sujet.

Critères de rigueur scientifique

Guba et Lincoln (1989) ont élaboré des critères de rigueur scientifique pour assurer la validité des résultats en recherche qualitative. La crédibilité implique que les résultats de l'étude correspondent aux informations transmises par les participants; la transférabilité vise à l'application éventuelle des conclusions de l'étude à d'autres contextes; la fiabilité réfère à la stabilité et à la constance des résultats en s'assurant de l'exactitude des données tout en étant en mesure de clarifier les codes et le processus d'analyse des données; la confirmabilité vise à s'assurer que les résultats reflètent les données issues des participants et non le point de vue du chercheur. Toutefois, après consultation des écrits de Fetterman (2010), Wolcott (2008), Hammersley et Atkinson (2007) qui ont guidé cette étude, nous constatons que les critères proposés par ces auteurs dans le contexte d'une ethnographie sont principalement la triangulation des données et la réflexivité.

" La triangulation est un terme fréquemment utilisé en association avec l'ethnographie, à ne pas prendre au sens littéral du terme, mais comme un rappel de la nécessité de corroborer les résultats" [traduction libre] (Wolcott, 2008, p. 216) et selon Fetterman (2010), elle constitue la base de la validité en recherche ethnographique. Pour Hammersley et Atkinson (2007), la triangulation implique la comparaison des données au regard du même phénomène provenant de différentes sources, selon la perspective de divers participants (incluant l'ethnographe) et à différents moments de la collecte de données. De plus, selon Patton (2002, 2015), la consistance dans les données qui proviennent de différentes sources et une explication lorsque des différences émergent dans les données qui proviennent de sources différentes peut contribuer à améliorer la crédibilité des résultats. Tel que proposé par Patton (2002, 2015) au regard de la

triangulation des sources de données, nous avons de manière plus précise au regard de la pratique d'hygiène des mains 1) comparé les données provenant des entrevues individuelles avec celles provenant des périodes d'observation, 2) comparé ce que les participantes disaient lors de conversations informelles en public avec ce qu'elles disaient en privé lors des entrevues individuelles, 3) vérifié la cohérence de ce que les participantes disaient à différents moments au cours du déroulement de l'étude, 4) comparé les perspectives selon différents points de vue; par exemple, le point de vue des participantes, le point de vue des infirmières-chef, des assistantes -infirmières-chef, des infirmières en prévention des infections, des infirmières-auxiliaires, des préposés en hygiène/salubrité, des étudiantes en sciences infirmières et des bénévoles et 5) comparé ce que les participantes mentionnaient lors des entrevues individuelles au contenu des divers documents sur l'hygiène des mains disponibles sur l'unité. De plus, les résultats de cette étude ont été discutés lors de plusieurs rencontres avec les directrices de thèse et un retour aux participantes a été effectué afin d'augmenter la validité de l'étude. Une consultante en analyse de données qualitatives a été rencontrée à trois reprises afin d'assurer la rigueur de la démarche d'analyse des données.

La réflexivité est un aspect de la recherche ethnographique (Hammersley et Atkinson, 2007) dont le but est de rendre explicite et transparent l'effet du chercheur, de la méthode et des outils utilisés dans le cadre de la collecte de données sur le processus de la recherche et sur les résultats; ceci étant particulièrement important dans le contexte des ethnographies focalisées lorsque le chercheur possède une expérience personnelle du groupe à l'étude (Cruz et Higginbottom, 2013). Tout au long de cette étude, l'étudiante-chercheure a rédigé un journal de bord afin d'y consigner ses réflexions sur ce qui venait de se passer sur l'unité de soins, sur ce

qu'elle avait entendu ou sur ses perceptions personnelles quant au déroulement de l'étude en étant le plus honnête possible. À la fin de chacune des entrevues individuelles, des notes étaient consignées sur son déroulement et sur la nécessité de vérifier certains points par la suite. La même démarche était aussi effectuée au cours des périodes d'observation. Comme l'étudiante-chercheure possédait plusieurs années d'expérience en prévention des infections, il était particulièrement important pour cette dernière de prendre en compte son impact sur les participantes afin de ne pas les influencer dans leurs pratiques de prévention des infections incluant l'hygiène des mains.

Considérations éthiques

L'approbation du Comité d'éthique de la recherche du Centre hospitalier a été obtenue le 13 novembre 2014 afin de mener à bien ce projet de recherche (numéro 14.252, Annexe C). Les considérations éthiques prises en compte dans ce projet sont en lien avec le consentement libre et éclairé des participantes, la confidentialité des données et la protection de la vie privée des participantes. Tout au long du déroulement de l'étude, l'étudiante-chercheure avait la responsabilité de s'assurer du respect de ces considérations avec le soutien d'un membre du comité d'éthique du Centre hospitalier. Il est à noter qu'aucune compensation financière ou autre n'a été offerte aux participantes à l'étude.

Les démarches pour obtenir un consentement libre et éclairé des infirmières ont été les suivantes: après avoir reçu toute l'information qui leur était nécessaire et bien compris en quoi consistait leur implication, ces dernières étaient libres de participer soit à l'observation, soit à l'entrevue individuelle ou à l'observation et à l'entrevue individuelle. Les infirmières étaient

invitées à poser toutes les questions qu'elles jugeaient utiles à l'étudiante-chercheuse afin de se voir expliquer tout renseignement qui n'était pas clair pour elles. Celles qui acceptaient de participer au projet devaient signer le formulaire de consentement. Aucune pression induite n'a été effectuée pour les amener à participer à ce projet, leur participation était entièrement volontaire et elles étaient libres d'y participer ou pas. De plus, elles pouvaient mettre un terme à leur participation à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons et en énonçant tout simplement leur demande à l'étudiante-chercheuse. Le temps nécessaire pour répondre aux questions durant l'entrevue aurait pu représenter un inconvénient pour les participantes et pour éviter le tout, ces dernières choisissaient le moment qui leur convenait le mieux. L'heure de l'entrevue était fixée à leur convenance et changée à la dernière minute, si nécessaire. Quelques participantes ont exprimé que ces entrevues avaient suscité un questionnement et qu'elles en avaient retiré un bénéfice personnel. Lors des périodes d'observation, seules les infirmières qui avaient signé le formulaire de consentement pour cette méthode de collecte de données ont été accompagnées dans les chambres des patients. L'étudiante-chercheuse était très soucieuse de ne pas déranger les participantes pendant les soins donnés aux patients et attendait pour poser des questions à l'extérieur de la chambre. Les patients recevaient un dépliant d'information sur le projet et donnaient leur consentement verbal à l'infirmière avant que l'étudiante-chercheuse entre dans leur chambre. Cependant, aucune information n'était recueillie sur les patients qui ont par ailleurs manifesté beaucoup d'intérêt au regard de ce projet. Pour tous les autres professionnels de la santé qui étaient présents au cours des périodes d'observation, comme aucun renseignement personnel permettant de les identifier n'était consigné, seul un consentement verbal était demandé lors des conversations informelles avec l'étudiante-

chercheure. Cette dernière expliquait lors de ces conversations le but de sa présence sur l'unité et était très attentive à ne pas déranger les activités de chacun.

Les participantes étaient assurées de la confidentialité des données et du fait qu'elles pouvaient se retirer à n'importe quel moment au cours du projet. Afin de préserver l'identité et la confidentialité des renseignements, les participantes étaient identifiées par la lettre P. Un numéro et leur nom ne figuraient que sur le formulaire de consentement accessible uniquement à l'étudiante-chercheure. Les participantes avaient été avisées que toutes les données collectées ne seraient utilisées qu'à des fins de recherche dans le seul but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrit dans les formulaires d'information et de consentement et que les données seraient conservées sous clé, pendant cinq (5) ans au maximum dans un classeur au bureau de la directrice de thèse à l'Université de Montréal puis déchiquetées par la suite. Au regard de l'entrevue individuelle, l'étudiante-chercheure rencontrait les participantes dans un local fermé et ces dernières étaient avisées que les informations partagées lors des entrevues étaient enregistrées sur bande audionumérique. Ces enregistrements ont été écoutés seulement par l'étudiante-chercheure et par une personne spécialisée dans la transcription, qui avait la charge de transcrire neuf des 18 entrevues. Cette dernière était tenue à la confidentialité et n'avait accès qu'au prénom des participantes.

CHAPITRE - 4 – RÉSULTATS

Notre étude avait pour but d’explorer, sous l’angle de l’approche de la déviance positive, les pratiques cliniques d’infirmières au regard de l’hygiène des mains ainsi que les facteurs qui influencent cette pratique dans un contexte hospitalier québécois. Ce chapitre présente les résultats qui en découlent. Rappelons que selon l’approche de la déviance positive et, quel que soit le problème, il y a dans la plupart des organisations, des individus *déviant positifs* qui réussissent à trouver des solutions à la situation problématique mieux que d’autres individus disposant des mêmes ressources (Marsh et al., 2004). Nous proposons tout d’abord de présenter les résultats qui sont en lien avec les pratiques cliniques des participantes au regard de l’hygiène des mains. Puis, ceux portant sur les facteurs qui influencent cette pratique sont présentés sous la forme d’un article publié dans la revue *American Journal of Infection Control* (Létourneau, Alderson et Leibing, 2018)¹. Le but de cet article est de décrire et discuter les résultats des deux ethnographies effectuées sous l’angle de l’approche de la déviance positive et focalisées sur la pratique d’hygiène des mains d’infirmières afin d’identifier les facteurs qui les influencent dans un contexte de soins. Ladite approche a permis de décrire ce qui a contribué au fait que des infirmières réussissent à adhérer à l’hygiène des mains mieux que leurs collègues des autres unités de soins malgré les nombreuses contraintes rencontrées dans un contexte hospitalier québécois. Il est à souligner que certains arguments et ce, principalement au regard du contexte, qui sont déjà inclus dans l’article sont approfondis dans ce chapitre.

¹ Cet article a été cité dans quelques écrits et semble avoir une influence sur la littérature au regard de la pratique de l’hygiène des mains. On le retrouve aussi dans une revue de littérature sur le sujet et publiée en danois.

Cependant, avant de présenter ces résultats, il importe de situer le contexte dans lequel la collecte de données s'est déroulée soit, de janvier à octobre 2015, afin de circonscrire le climat d'incertitude qui prévalait sur les unités de soins à l'étude et qui pouvait avoir une influence quelconque sur l'adhésion à l'hygiène des mains des participantes. En effet, l'étude s'est déroulée au moment où s'effectuait une réorganisation majeure du réseau de la santé et des services sociaux et la planification d'un transfert de tous les patients et du personnel vers un nouveau centre hospitalier universitaire qui était en construction à ce moment-là.

Contexte de l'étude

Dans cette section, nous présentons les changements qui sont survenus suite à la réorganisation, en 2015, du réseau de la santé et des services sociaux¹ ainsi que quelques informations au regard du transfert vers le nouveau centre hospitalier universitaire. De plus, nous exposons la situation de la prévention des infections nosocomiales au niveau provincial ainsi que les mesures mises en place pour améliorer la pratique de l'hygiène des mains tant au niveau du centre hospitalier à l'étude, qu'au niveau provincial.

Réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux

En 2014, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec déposait le projet de loi n^o 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales afin de " favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

¹ Au moment d'écrire ces lignes, un changement de gouvernement a eu lieu lors des élections provinciales d'octobre 2018 et une nouvelle ministre de la Santé et des Services sociaux a été nommée. Cependant, les changements présentés ici sont toujours en vigueur.

et d'accroître l'efficacité et l'efficacité de ce réseau " ( diteur officiel du Québec, 2015, 7 février, p. 2). Ce projet de loi prévoyait entre autres la création, pour chaque région sociosanitaire, d'un établissement régional issu de la fusion de l'agence de la santé et des services sociaux et de l'ensemble des établissements publics de la région, soit des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) ( diteur officiel du Québec, 2015, 7 février). Dans la figure 8 sont présentés les principaux acteurs de cette réorganisation à l'intérieur d'un réseau territorial ou local de services de santé et des services sociaux. On constate qu'un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) comprend la fusion entre autres de cliniques médicales, groupes de médecine familiale, pharmacies communautaires, organismes communautaires et autres établissements tels les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). Quant au centre intégré

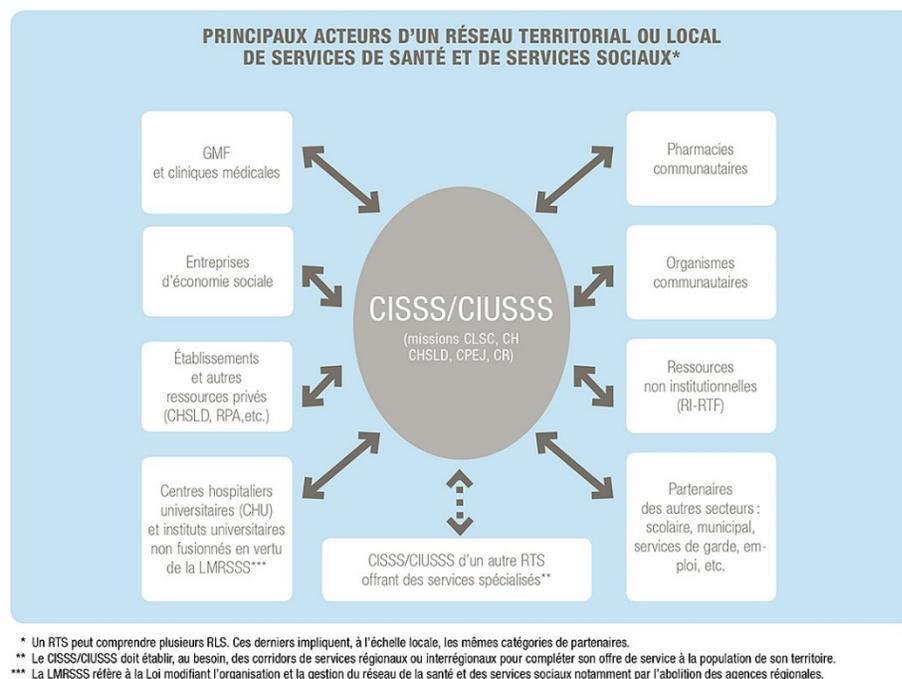
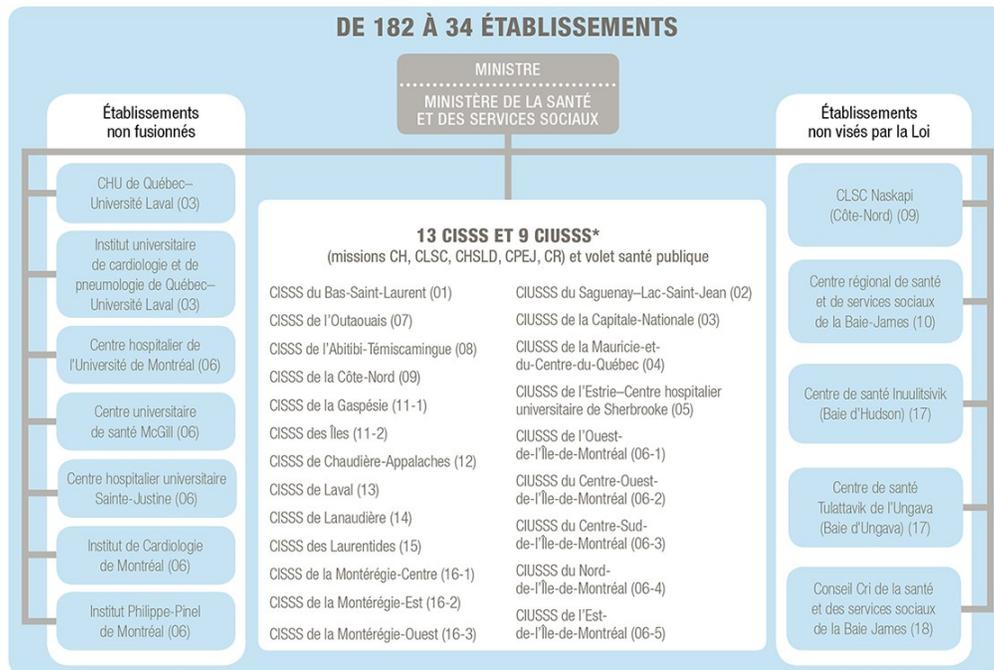


Figure 8 - Acteurs d'un réseau territorial ou local de services de santé et de services sociaux
 Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/portrait>

universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS), il a été créé sur le même modèle que le CISSS tout en étant situé dans une région sociosanitaire où se trouve une université.

Ce projet de loi instaurait aussi une nouvelle gouvernance pour les établissements en précisant la composition de leur conseil d'administration dont les membres étaient nommés par le ministre de la Santé et des Services sociaux et la direction confiée à des présidents-directeurs généraux nommés par le ministre; cette réorganisation importante du réseau de la santé et des services sociaux donnait donc un pouvoir accru au ministre puisqu'il avait le droit de regard autant sur la composition des conseils d'administration que sur la nomination des présidents-directeurs généraux de chacun des établissements (Éditeur officiel du Québec, 2015, 7 février). Du fait de l'abolition des agences de santé et des services sociaux (ASSS), il était possible pour le ministre de la Santé et des Services sociaux de s'adresser directement à un établissement de santé sans avoir à transiter par l'ASSS. Comme on peut le constater dans la figure 9, le nombre d'établissements de santé passait de 182 à 34 établissements pour l'ensemble du Québec. Treize (13) centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et neuf (9) centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) regroupant plusieurs missions différentes ont fait leur apparition. Sept (7) établissements, majoritairement des centres hospitaliers universitaires et situés dans la région de Montréal, n'ont pas été fusionnés avec d'autres établissements et cinq (5) établissements basés dans le Grand Nord du Québec n'ont pas été visés par cette loi.



* Les 13 CISSS se trouvent dans chacune des régions sociosanitaires autres que celles de Montréal, de la Capitale-Nationale, de l’Estrie, de la Mauricie et du Centre-du-Québec et du Saguenay–Lac-Saint-Jean, dans lesquelles on trouve les 9 CIUSSS (5 dans la région de Montréal, 1 dans la région de la Capitale-Nationale, 1 dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 1 dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean et 1 dans la région de l’Estrie).

Figure 9 – Regroupement des établissements de santé
Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/portrait>

Cependant, les conclusions d’une analyse effectuée sur les effets prévisibles de ce projet de loi précisait que les modifications législatives suggérées étaient peu susceptibles de générer les effets attendus pour deux raisons principales: malgré les centaines de fusions d’établissement effectuées depuis 1990 dans plusieurs pays, il n’avait pas été possible d’établir un lien entre les fusions administratives et l’amélioration de la qualité des soins; de plus, centraliser les pouvoirs décisionnels ne justifiait pas à coup sûr une amélioration de la performance organisationnelle (Contandriopoulos, Perroux, Brousselle et Breton, 2014). Ce projet de loi a été adopté par l’Assemblée nationale en février 2015 et est devenu la " Loi modifiant l’organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l’abolition des agences régionales " (Éditeur officiel du Québec, 2015, 7 février).

Au moment où cette loi était adoptée se profilait aussi l'ouverture d'un nouveau centre hospitalier universitaire à Montréal ainsi que le transfert des patients et du personnel œuvrant dans le centre hospitalier à l'étude vers ce nouveau centre.

Nouveau centre hospitalier universitaire à Montréal

En 2010 débutait la construction d'un nouveau centre hospitalier universitaire à Montréal¹. Ce nouveau centre hospitalier devait réunir à un même endroit les équipes et les patients de trois hôpitaux de la région de Montréal. Le transfert devait débuter en 2016, mais de nombreux délais sont survenus et ce dernier a finalement eu lieu à l'automne 2017. Lorsque le transfert fut achevé, un des trois hôpitaux est cependant demeuré ouvert et offre maintenant des soins de proximité. Lors de conversations informelles avec l'infirmier-chef de l'unité de médecine-chirurgie, ce dernier expliquait qu'il ne savait pas ce qui allait lui arriver suite à ce déménagement et qu'il avait beaucoup de difficulté à accepter l'idée que son équipe allait être scindée. En effet, il était entendu qu'un certain pourcentage des infirmières se retrouverait à l'hôpital de proximité et les autres au nouveau centre hospitalier, et ce, sur diverses unités. Certaines des infirmières ont mentionné qu'elles craignaient de perdre leur poste et celles de l'unité des soins palliatifs ne savaient pas si leur unité serait transférée au nouveau centre hospitalier. Nous avons constaté, autant auprès de l'infirmier-chef que des infirmières de l'unité de médecine-chirurgie, une grande insécurité face au transfert vers le nouveau centre hospitalier et une tristesse quant aux changements qui affecteraient leur équipe. Les participantes à l'étude,

¹ Ce centre hospitalier est le milieu qui a été retenu pour l'étude

rattachées à cette unité ne savaient pas où elles iraient, car les spécialités seraient regroupées, ce qui n'était pas le cas au moment de la collecte de données.

Moi, je pense que ça va être de me réajuster. C'est juste que moi, je suis quelqu'un qui est assez fidèle et qui reste longtemps à la même place. Puis j'aime ça, je suis confortable quand je suis avec mes vieilles collègues. Puis là, ça va être nouveau. Probablement qu'il y en a qui vont rester, mais ça va changer complètement. (P¹ 4, UMC¹: 1240-1245)

En plus de ces changements organisationnels, il importe de comprendre le contexte de la prévention des infections nosocomiales, incluant les stratégies mises en place pour promouvoir la pratique de l'hygiène des mains, tant au niveau provincial qu'au niveau local.

Contexte de la prévention des infections nosocomiales au niveau provincial et local

Nous présentons dans cette sous-section, le contexte provincial de la prévention des infections nosocomiales, les objectifs du Ministère de la Santé et des Services Sociaux au regard des taux d'adhésion à l'hygiène des mains des professionnels et les stratégies mises en place pour améliorer la pratique d'hygiène des mains au niveau local, soit le centre hospitalier à l'étude.

Contexte provincial de la prévention des infections nosocomiales

En 2004, le nombre élevé de cas d'infection à *Clostridium difficile* recensés dans plusieurs hôpitaux du Québec a amené le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à s'impliquer dans le dossier des infections nosocomiales qui était jusque-là sous la seule responsabilité des établissements de santé. En collaboration avec ces établissements et les

¹ P=participante; UMC= Unité de médecine-chirurgie

agences régionales, de nombreuses mesures visant à contrôler et à prévenir les infections nosocomiales ont été mises en place telles la création de tables régionales et provinciales, la publication de cadres de référence, d'avis et de recommandations, l'instauration de programmes de surveillance des infections et autres (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011). Plusieurs documents ont été publiés pour soutenir les établissements dans la lutte contre les infections nosocomiales dont le *Plan d'action ministériel 2015-2020 sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales* qui précise entre autres qu'au regard de la pratique d'hygiène des mains, le taux d'adhésion des professionnels de la santé devrait être de 80 % et que cette cible devrait être atteinte au plus tard en 2020 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015). De plus, le MSSS a demandé aux établissements de santé de mettre en place des stratégies pour améliorer l'adhésion à l'hygiène des mains et d'effectuer sur une base régulière des audits, soit quatre fois par année, afin d'évaluer cette pratique dans leur milieu respectif (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017b). Les objectifs du MSSS à l'égard du taux d'adhésion à l'hygiène des mains pour l'ensemble des établissements du Québec ont été fixés à 70 % pour 2017-2018, à 75 % pour 2018-2019 et enfin 80 % pour 2019-2020 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017b).

Contexte local de la prévention des infections nosocomiales

Au regard du centre hospitalier à l'étude, des audits de surveillance sur l'hygiène des mains des professionnels de la santé y sont effectués par les infirmières en prévention des infections tous les deux mois depuis août 2013 sur toutes les unités de soins puis les résultats sont acheminés aux infirmières-chefs de chacune de ces unités. Afin de faciliter l'adhésion à l'hygiène des mains, les infirmières en prévention des infections mentionnent que des

distributeurs de solutions hydro-alcooliques sont disponibles et accessibles sur toutes les unités de soins du centre hospitalier ainsi que des documents d'information sur l'hygiène des mains. Une formation en ligne spécifique à l'hygiène des mains est disponible sur l'intranet du centre hospitalier et accessible à l'ensemble du personnel et ce, même de leur domicile. Les objectifs de cette formation sont d'expliquer l'importance de l'hygiène des mains, de renseigner sur le produit à utiliser selon la situation, de décrire les étapes de la technique d'hygiène des mains et d'en énumérer les indications.

Dans ce centre hospitalier, le programme de formation en prévention des infections comporte tout d'abord, une formation de 60 à 90 minutes à l'embauche des infirmières. Cette formation porte sur les pratiques de prévention des infections à respecter pour les soins de base à tous les patients selon la tâche à effectuer, incluant l'hygiène des mains. Ladite formation porte aussi sur les précautions additionnelles qui doivent être mises en place lorsque les pratiques de base ne peuvent prévenir la transmission, par exemple, d'un agent infectieux spécifique. En cours d'emploi, comme ce centre hospitalier a vécu de nombreuses éclosions causées par des bactéries multirésistantes, tel que l'entérocoque résistant à la vancomycine, des formations ponctuelles sous forme de capsules ont été élaborées et sont présentées dès qu'une éclosion se déclare sur une unité de soins afin d'assurer que les mesures de prévention des infections mises en place sont adéquates. De plus, les infirmières en prévention des infections font la tournée des unités de soins chaque jour afin de vérifier auprès de l'assistante-infirmière-chef s'il y a des problèmes au regard de la prévention des infections et elles sont disponibles pour des séances de coaching auprès des infirmières lors de ces tournées.

La prochaine section présente le contexte des deux unités de soins ayant participé à l'étude, soit une unité de médecine-chirurgie et une unité de soins palliatifs.

Unités de soins ayant participé à l'étude

En plus d'expliquer le contexte de chacune des unités de soins, nous présentons les défis rencontrés par les participantes au regard des différentes mesures de prévention des infections nosocomiales. Rappelons, tel que mentionné dans la méthode au chapitre 3, que le but de l'étude avait été présenté plus largement aux infirmières en incluant toutes les mesures de prévention des infections afin de ne pas biaiser le comportement des participantes au regard de la pratique de l'hygiène des mains.

Contexte de l'unité de médecine-chirurgie

La première visite de l'unité de médecine-chirurgie se déroule en compagnie de son infirmier-chef. Il y a beaucoup de monde sur l'unité et les infirmières semblent très occupées, mais la bonne humeur règne. Nous constatons que les corridors sont encombrés par des chariots à linge, des appareils à signes vitaux et des paniers pour le linge souillé. De plus, on note le va-et-vient des nombreuses personnes présentes autant dans les corridors qu'au poste des infirmières. On peut entendre le bruit des cloches, des appareils qui sonnent de façon continue et des messages au microphone. Pour exemple, la réceptionniste demande au micro à tous les patients d'utiliser les lingettes désinfectantes qui sont dans le cabaret pour procéder à l'hygiène des mains avant de manger. L'infirmier-chef explique, au cours de cette visite, que la sécurité des patients et les mesures de prévention des infections, particulièrement l'hygiène des mains, sont très importantes pour lui. D'ailleurs, toutes les infirmières doivent suivre la formation sur

l'hygiène des mains disponible sur l'intranet du centre hospitalier à chaque année et il s'assure que ce soit fait. On constate que les résultats du dernier audit sur l'hygiène des mains de l'ensemble du personnel sont affichés sur le tableau dans la salle de réunion du personnel, avec des félicitations de l'infirmier-chef. Ce dernier mentionne aussi que les médecins peuvent recevoir une lettre s'ils n'adhèrent pas aux mesures de prévention des infections. Les infirmières au poste se disent soutenues par l'infirmier-chef et font remarquer que, sur cette unité, la culture de prévention des infections est unique et différente d'autres unités où elles ont déjà travaillé, surtout au regard de l'hygiène des mains. En suivant l'infirmier-chef lors de cette première visite, on ne peut que remarquer les encouragements qu'il adresse aux infirmières de manière continue.

D'un point de vue géographique, l'unité est constituée de 17 chambres à deux lits pour un total de 34 lits avec une salle de bains par chambre. La toilette est donc partagée par deux patients. À la porte de chaque chambre sont installés des distributeurs de solution hydro-alcoolique, des boîtes de gants de différentes grandeurs et des lingettes désinfectantes pour l'équipement de soins. On remarque aussi la présence de trois lavabos dans le corridor. Lorsqu'on entre dans les chambres, on peut voir que ces dernières sont très encombrées. Les bureaux, les tables de lit et même les rebords de fenêtre sont remplis de divers objets. De plus, il y a très peu d'espace entre les deux lits. Sur cette unité, on retrouve les spécialités suivantes: chirurgie vasculaire, endocrinologie et néphrologie. De plus, les patients qui quittent les soins intensifs et qui ont encore besoin d'une surveillance cardiaque y sont hospitalisés avant de retourner à leur unité " On est sur un département intermédiaire, les télémétries s'en viennent ici. Ce qui crée beaucoup de mouvement et une gestion compliquée des lits " (P14: 227-229). Cette unité de médecine-chirurgie a été choisie comme "unité-vitrine" pour tester des

programmes en prévision du transfert vers le nouveau centre hospitalier, et ce, en raison de la stabilité de l'équipe autant au niveau du gestionnaire que des infirmières ainsi que des différentes spécialités que l'on y trouve. La figure 10 présente un plan géographique de l'unité de médecine-chirurgie.

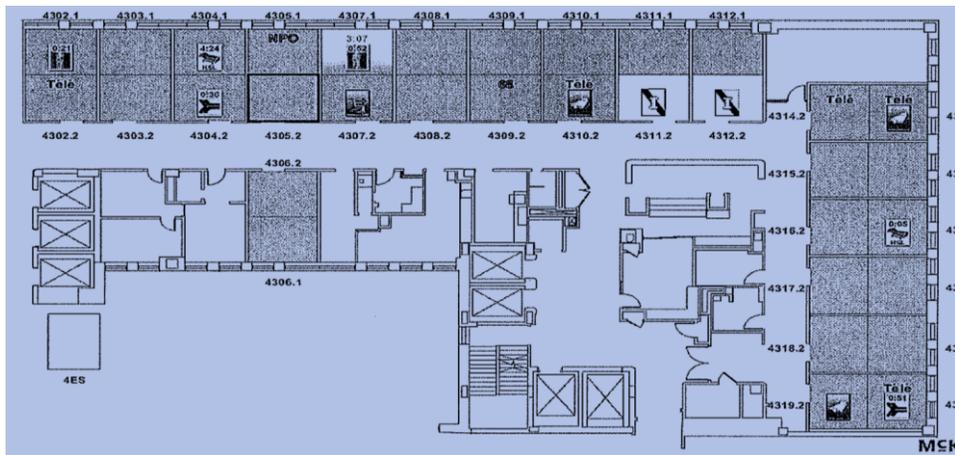


Figure 10 - Plan de l'unité de médecine-chirurgie

Lors des périodes d'observation, on se rend vite compte de la lourdeur du travail des infirmières sur cette unité. Elles ont à s'occuper chacune de cinq (5) patients répartis dans plusieurs chambres et requérant des soins complexes. Sur cette unité de soins, les infirmières dispensent l'ensemble des soins à leurs patients sauf les bains au lit qui sont confiés à des préposé(e)s. Si les infirmières travaillent en équipe avec une infirmière-auxiliaire, elles ont neuf (9) patients sous leur responsabilité en plus de superviser cette dernière. La majorité des participantes mentionnent d'ailleurs que cette charge de travail est difficile à soutenir et qu'elles rencontrent de nombreux défis afin de respecter l'application des mesures de prévention des infections, incluant la pratique de l'hygiène des mains. En plus de la charge de travail, lorsqu'il

manque du personnel et qu'elles ont plusieurs patients en isolement, cela demande plus de temps pour enfiler la blouse, les gants et le masque (si nécessaire) à chaque fois qu'elles entrent dans la chambre puis pour enlever le tout à la sortie.

Je viens pour enlever ma jaquette, mes gants et mon masque et là la patiente me demande un verre d'eau. Je ne peux pas dire « ben non madame » donc là je me déshabille, je vais chercher un verre d'eau. Je ne finis jamais quand j'ai un patient en isolement je n'en donne pas moins parce qu'ils sont en isolement, mais je perds vraiment beaucoup de temps, ça augmente ma charge de travail. À chaque fois, y faut que tu t'habilles même pour aller changer un soluté (P9:351-355)

Honnêtement, je peux vous dire quelque chose, le nombre de patients qu'on a, la lourdeur. Ils font beaucoup de coupures, mais j'aimerais savoir, ceux qui font les coupures est-ce qu'ils pensent à la base? Est-ce qu'ils pensent à la lourdeur des cas qu'on a aujourd'hui. Parce que l'infirmière qui a neuf patients là. Des fois on en a deux qui décompensent en même temps (P11: 24-28)

Plusieurs des participantes se questionnent sur les mesures de prévention des infections à mettre en place selon les situations et aimeraient recevoir plus d'informations au regard d'une problématique spécifique. Pour exemple, plusieurs d'entre elles ne comprennent pas la logique de garder deux patients dans la même chambre alors qu'un des deux débute une gastro-entérite et qu'on le place en isolement préventif en attendant les résultats des cultures de selles. Elles sont confrontées aux questionnements suivants et lors des entrevues, elles n'y donnent pas la même réponse: S'il n'y a qu'une toilette, lequel des deux patients en aura l'usage et à qui attribuer la chaise d'aisance? Comment expliquer au patient non atteint et à sa famille qu'il faille porter une jaquette et des gants pour les soins à l'autre patient dans la chambre?

Je ne comprends pas la logique. Des fois la gestion d'un patient qui est en diarrhée puis de l'autre qui ne l'a pas, des fois c'est dur. Oui, parce que le patient qui ne l'a pas est stressé. Il ne veut pas attraper ça parce qu'il sait qu'il peut avoir des conséquences, il ne veut pas

avoir les antibiotiques intraveineux, avoir une aggravation de son état. Il y en a qui demande de changer de chambre pis ce n'est pas possible donc ils ne sont pas contents. Moi ce que je trouve c'est les patients qui sont en diarrhée, on devrait les changer de chambre mettre les gens atteints à la même place pour que les autres aient moins de soucis. La famille du patient qui n'est pas contaminé n'est pas contente, ils viennent au poste, les gens ne sont pas contents parce qu'avec tout ce qui est arrivé dans les médias y a des gens qui sont morts donc ils ont peur. (P6:207-217)

De plus, le manque de respects des consignes par les médecins, les autres professionnels de la santé ainsi que par les familles des patients est difficile à gérer et demande beaucoup de patience aux participantes, car elles doivent répéter souvent le même message. La majorité des participantes mentionnent que lorsque les médecins ne se lavent pas les mains, elles ne se sentent vraiment pas à l'aise de le leur rappeler.

Les néphrologues, surtout les hommes sont durs. S'ils nous trouvent impertinentes, ils vont nous le dire. Si quand quelque chose est pertinent, je lui dis et qu'il me trouve impertinente, je me vois encore moins lui dire « pouvez-vous laver vos mains SVP? » On veut garder une bonne relation de travail on ne dira rien. En même temps ça nous regarde tous, mais non je ne serais pas à l'aise. Je ne l'ai jamais fait et je ne le ferais pas. (P2: 158-164)

Contexte de l'unité des soins palliatifs

On constate en arrivant sur l'unité de soins palliatifs que le calme y règne. Il y a beaucoup de lumière, des touches de couleur rendent l'atmosphère agréable, on voit très peu de personnes dans les corridors et on entend au loin de la musique classique. Cette unité compte 13 chambres individuelles avec une toilette située entre deux chambres (Figure 11). On trouve aussi des distributeurs de solution hydro-alcoolique à la porte de chaque chambre ainsi que des boîtes de gants de différentes grandeurs et des lingettes désinfectantes pour l'équipement de soins et le mobilier. Cependant, on ne voit pas de lavabos dans le corridor.

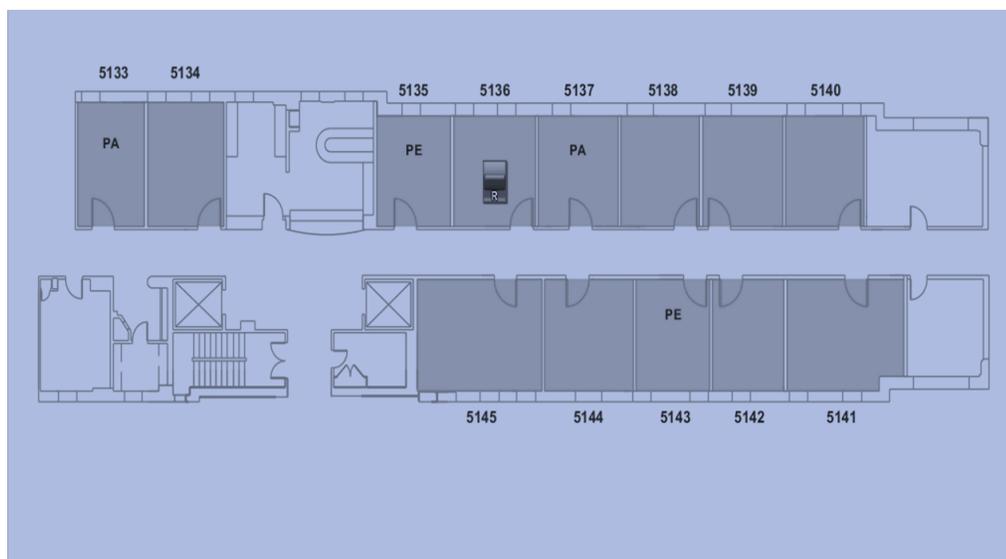


Figure 11 - Plan de l'unité des soins palliatifs

L'assistante-infirmière-chef de l'unité nous explique que les patients admis sur cette unité ont reçu un diagnostic d'une maladie incurable pour laquelle l'espérance de vie est d'environ un mois. Sur cette unité de soins, les infirmières s'occupent chacune de quatre patients et elles donnent tous les soins aux patients y compris le bain au lit. Même si elles ont beaucoup de travail, les participantes mentionnent qu'elles ont quand même du temps pour communiquer avec les patients et leurs familles. C'est d'ailleurs une des raisons pour laquelle deux d'entre elles ont choisi de travailler aux soins palliatifs.

J'avais besoin d'échanger plus avec les patients. Pas juste d'entrer dans la chambre, de donner un médicament ou de faire un traitement, puis de ressortir, j'aimais ça être capable d'échanger avec les patients, puis avec les familles. Puis je n'avais pas le temps de faire cela ailleurs. (P1: 179-182)

C'est vraiment le contact avec le patient, la famille, dans le moment le plus crucial, presque de la vie. C'est un moment tellement important, tellement plein d'émotions. Ça peut être serein, comme ça peut être anxiogène. Je pense que c'est le contact humain à une période où souvent, les barrières tombent, puis où on est face,

vraiment, à l'humanisme de la personne. Cela prend beaucoup de douceur. (P5: 338-343)

Les observations effectuées permettent de constater une entraide soutenue entre les infirmières. On remarque une collaboration étroite avec les médecins qui sont à l'écoute des infirmières, y compris pour l'hygiène des mains. En cours de matinée, aucune d'entre elles ne prend de pause tant et aussi longtemps que tous les patients n'ont pas eu leur bain au lit. Une des participantes mentionne qu'étant peu en nombre, il est important que les infirmières s'entraident. On remarque d'ailleurs que les infirmières discutent beaucoup entre elles et partagent leurs préoccupations. Elles mentionnent, entre autres, qu'il n'y a pas encore d'informations quant au transfert ou non dans le nouveau centre hospitalier, ce qui leur cause de l'insécurité. Lorsque questionnée sur les raisons pouvant expliquer les taux élevés d'adhésion à l'hygiène des mains aux soins palliatifs, une participante énonce que la moyenne d'âge plus élevée des infirmières qui travaillent sur cette unité pourrait être associée à une conscience accrue des risques d'infections liées aux soins. Quant aux défis rencontrés dans l'application des mesures pour prévenir ce type d'infections, la gestion des familles semble être celle qui donne le plus de problèmes aux participantes, comme mentionné par l'une d'entre elles.

C'est la famille, on dirait que quand il y a une bonne affluence de la famille, quand il y a beaucoup de gens, un patient qui a beaucoup de visiteurs, c'est plus difficile d'être très rigoureux. Si quelqu'un a juste un visiteur, puis que tu l'as rencontré, que tu lui as expliqué l'importance du pourquoi, du comment, bon, il faut que tu le laisses aller aussi parce que là, ça lui appartient, mais c'est plus facile à surveiller que quelqu'un qui a du monde qui rentre non-stop. Là, tu vas avoir la tante à un moment donné qui rentre avec le plateau, puis qui sort, puis qui est allée chercher un verre d'eau en jaquette, qui ressort: ça, c'est plus dur à contrôler, Ça, c'est ça des fois que je trouve que... la déficience de la prévention à ce niveau-là (P3:816-824).

Comme il est essentiel de comprendre le contexte particulier de ce type d'unité afin d'apprécier ce que les infirmières vivent au quotidien lors des soins qu'elles donnent à des patients en fin de vie, nous avons écouté les échanges entre ces dernières et les familles et pu entendre les expressions de reconnaissance au regard des soins que les infirmières prodiguent à leurs proches. Il est arrivé que des infirmières soient confrontées à des échanges empreints d'émotions, de chicanes, de problématiques entre des patients et des membres de leur famille. Au moment de cette étude, la loi sur l'aide médicale à mourir n'avait pas encore été adoptée au Québec et les infirmières se sont retrouvées à quelques reprises dans des situations où les proches posaient des questions à ce sujet. Nous avons constaté que cela semblait être un gros dilemme pour certaines infirmières, car lors d'une période d'observation, le fils d'une patiente dont l'état de santé s'était beaucoup détérioré au cours des heures précédentes a demandé à l'infirmière son opinion sur l'aide médicale à mourir. Selon notre perception, cette infirmière semblait mal à l'aise face à cette question et a répondu " Qu'il fallait laisser aller les choses, qu'ici on soulageait les patients, on les rendait confortables, mais on laissait la vie suivre son cours " (P5).

En conclusion de cette section, nous comprenons que les infirmières des deux unités de soins œuvrent dans un contexte de réorganisation substantielle du réseau de la santé et des services sociaux, d'incertitude face au transfert vers un nouveau centre hospitalier et dans un environnement de soins complexe. Nous verrons comment et pourquoi les participantes réussissent malgré ce contexte à adhérer davantage à la pratique de l'hygiène des mains que leurs collègues des autres unités de soins. Avant d'aborder ce point, la section suivante présente les participantes puis les résultats qui viennent répondre à la 1^{re} question de l'étude: quelles sont

les pratiques cliniques des infirmières au regard de l'hygiène des mains. Ces résultats portent sur le produit que les participantes choisissent afin de procéder à l'hygiène des mains soit, la solution hydro-alcoolique ou l'eau et le savon, les justifications quant à ce choix ainsi que les moments où l'hygiène des mains est pratiquée.

Participantes à l'étude

En guise d'introduction aux résultats, nous brossons un tableau des données sociodémographiques de ces dernières. Un total de 21 infirmières a participé à cette étude: 15 (sur un total de 19) sur l'unité de médecine-chirurgie et 6 (sur un total de 9) à l'unité des soins palliatifs.

Comme on peut le constater dans le tableau 5, les participantes sont majoritairement des femmes. Sur l'unité de médecine-chirurgie, neuf (9) participantes sur 15 ont moins de 40 ans avec une moyenne d'âge de 39 ans alors que sur l'unité des soins palliatifs, cinq (5) participantes sur six (6) ont plus de 46 ans avec une moyenne d'âge de 48 ans. Quant à leur formation académique, les participantes de l'unité de médecine-chirurgie détiennent principalement un Baccalauréat en sciences infirmières (10 sur 15) et celles des soins palliatifs, un Diplôme d'études collégiales (4 sur 6). Dix des quinze participantes de l'unité de médecine-chirurgie ont moins de dix années d'expérience à titre d'infirmières avec une moyenne de neuf années tandis que cinq des six participantes des soins palliatifs ont plus de dix ans d'expérience avec une moyenne de 14 années.

<i>Unité de soins</i>	<i>Médecine-chirurgie (15)</i>	<i>Soins palliatifs (6)</i>
Sexe	Femmes: 14 Homme: 1	Femmes: 5 Homme: 1
Tranche d'âge	20-25 ans: 2 26-30 ans: 1 31-35 ans: 3 36-40 ans: 3 46-50 ans: 5 56-60 ans: 1	31-35 ans: 1 46-50 ans: 3 51-55 ans: 1 56-60 ans: 1
Moyenne	39 ans	48 ans
Formation	Maîtrise: 1 Baccalauréat en sciences infirmières: 10 Diplôme d'études collégiales: 4	Maîtrise: 1 Baccalauréat en sciences infirmières: 1 Diplôme d'études collégiales: 4
Années de pratique	0-5 années: 6 6-10 années: 4 16-20 années: 2 21-25 années: 1 26-30 années: 1 31-35 années: 1	0-5 années: 1 6-10 années: 3 21-25 années: 1 31-35 années: 1
Moyenne	9 années	14 années

Tableau 5 - Données sociodémographiques des participantes

Pratiques cliniques des participantes au regard de l'hygiène des mains

Nous présentons dans cette section les préférences des participantes quant à leur utilisation des solutions hydro-alcooliques et de l'eau et du savon pour pratiquer l'hygiène des mains ainsi que les moments où celle-ci est le plus fréquemment effectuée.

Utilisation des solutions hydro-alcooliques

Tout au long des périodes d'observation, nous avons pu constater que les participantes œuvrant sur l'unité de médecine-chirurgie de même que sur l'unité de soins palliatifs utilisent principalement les solutions hydro-alcooliques (SHA) avant d'entrer dans les chambres des patients et au sortir. " En entrant et en sortant des chambres, je vais toujours me laver les mains avec la SHA " (P2, UMC: 58-59). " Avant d'entrer dans une chambre, je prends le gel. Là je rentre dans la chambre [...] puis quand je ressorts je me relave les mains avec le gel " (P5, UMC: 2, 7). " Je me lave tout le temps les mains avec la SHA avant de rentrer dans la chambre. Autant qu'en sortant. Tout le temps. Tout le temps. Je l'ai tout le temps fait " (P2, USP: 1078-1080). La disponibilité et l'accessibilité des distributeurs à la porte de chaque chambre facilitent grandement, selon les participantes, leur adhésion aux mesures d'hygiène des mains. " Puis le fait qu'il y a des solutions hydro-alcooliques à côté de la porte: ça, ça aide (P5, USP: 642-643). Ça aide parce qu'il y en a partout (P5, USP*: 991) ".

Maintenant, on a la solution hydro-alcoolique qui est vraiment bien. Je mets la solution, j'entre dans la chambre, je me frotte les mains. Puis, une fois que c'est sec, je commence à toucher à mon patient. Si on m'appelle tout de suite dans une autre chambre, je me passe un peu de solution hydro-alcoolique (P3, UMC: 1228-1231).

Je commence, je désinfecte mes mains avant d'entrer dans la chambre pour le patient. J'ai constaté, oui, que cette technique-là, ce n'est pas juste dans notre tête: oui, j'ai rien touché, j'ai les mains propres. On ne sait pas, là, il y a plein d'affaires que... La moindre des choses, même cette table, là, je... je pense qu'elle est propre. Elle est propre, oui, propre, mais on ne voit pas... On ne sait jamais. Et quand je finis, quand je sors, bien, je désinfecte mes mains. (P7, UMC: 201-205; 682)

Sur l'unité de médecine-chirurgie, si les participantes ont à donner des soins au second patient occupant la chambre, nous avons constaté qu'elles utilisent le distributeur de solution hydro-alcoolique qui est installé dans celle-ci. " Si je fais ma tournée des patients, dans ce cas-là je vois les deux un après l'autre. Entre les deux je nettoie mes mains avec la SHA qui est à l'intérieur " (P5, UMC: 5-7). " Entre les patients, dans la chambre on a deux patients. Mettons si on donne un soin à un des patients, c'est sûr qu'on se lave les mains avec le gel entre les patients " (P11, UMC: 11-12). Sur l'unité des soins palliatifs, nous retrouvons aussi un distributeur à l'intérieur des chambres. Rappelons cependant qu'il n'y a qu'un seul patient par chambre sur cette unité.

Une des participantes mentionne qu'elle préfère la solution hydro-alcoolique, car cette dernière permet de " détruire les microbes " (P1, UMC: 86) et deux d'entre elles soutiennent " Que la solution hydro-alcoolique suffit lorsque j'entre dans une chambre simplement pour donner des pilules, pour parler au patient ou pour changer un soluté " (P3, UMC: 1169-1170) et que " Si je ne fais que toucher au patient, je peux nettoyer mes mains avec la SHA " (P1, UMC: 81-82). Même si toutes les participantes mentionnent que la disponibilité et l'accessibilité des solutions hydro-alcooliques à la porte de chaque chambre ainsi qu'à l'intérieur de celle-ci ont un impact important sur leur adhésion à l'hygiène des mains, les raisons qui portent ces dernières à choisir la solution hydro-alcoolique ou l'eau et le savon pour procéder à l'hygiène des mains varient comme nous le verrons dans la section suivante.

Utilisation de l'eau et du savon

Même si elles utilisent la solution hydro-alcoolique (SHA), plusieurs des participantes préfèrent de temps à autre un lavage des mains avec de l'eau et du savon principalement parce qu'elles perçoivent une sensation de pellicule et un assèchement des mains causé par cette solution et le manque d'émollient dans celle-ci. " Le gel assèche mes mains tellement, là! " (P6, USP: 1274). " Bien, quand ça fait trois, quatre fois que j'utilise la SHA, je trouve qu'il y a comme une pellicule sur nos mains, là, puis que je n'aime pas ça " (P4, UMC: 251-252). Lors des périodes d'observation, nous avons constaté qu'occasionnellement, surtout à la fin des tournées des chambres, certaines infirmières vont se laver les mains à l'eau et au savon même si en sortant des chambres, elles ont utilisé la solution hydro-alcoolique.

Je préfère laver mes mains avec de l'eau pis du savon. Ce n'est pas que je n'ai pas confiance, je n'aime pas le feeling sur mes mains. Moi, c'est vraiment une question de confort pour mes mains parce que j'ai les mains sèches. Donc, mettre toujours la SHA je n'aime pas, je trouve qu'il n'y a pas assez d'émollient dedans. (P6, UMC: 158-167)

En sortant des chambres, je vais toujours me laver les mains avec la SHA, mais des fois je me sens plus sale quand je n'utilise pas l'eau pis le savon. J'aime ça me laver les mains avec de l'eau pis du savon. Même si je me suis désinfectée, je vais aller me relaver les mains avec de l'eau pis du savon, mais pas à chaque fois que j'ai fini mes tournées. L'eau pis le savon, ça peut être 3-4 fois dans une soirée. (P2, UMC: 58-63)

D'autres participantes mentionnent aussi qu'elles vont procéder à un lavage des mains avec de l'eau et du savon si ces dernières sont venues en contact avec un liquide biologique.

" J'ai gardé cette logique de soins si j'ai les mains souillées, je me lave vraiment les mains au robinet " (P1, UMC: 81-82). Bien, si je vois que vraiment, mes mains sont souillées ou qu'elles sont vraiment entrées en contact avec du liquide corporel ou avec quelque chose de souillé "

(P5, USP: 998-999). " Quand je vide un drain ou quoi que ce soit, même quand je fais une prise de sang, il faut que je me lave les mains avec de l'eau puis du savon " (P9, UMC: 316-317). " Si j'ai touché, justement, à un liquide biologique, j'aime mieux, là, vraiment me faire un bon lavage avec l'eau puis du savon " (P4, UMC: 252-254). Certaines participantes notent qu'elles n'ont pas totalement confiance en l'efficacité de la solution hydro-alcoolique pour détruire les microbes.

On a des petits lavabos dans chaque corridor et au poste. Quand on revient au poste, là on se relave les mains pour de vrai. On sait qu'on ne fait rien que glisser les microbes avec la SHA. (P5, UMC: 39-41)

Quand je sors de mes chambres d'isolement, je me lave toujours les mains avec de l'eau puis du savon. Je n'ai pas confiance au gel. On nous expliquait que ça tue les bactéries, mais que ça les laissait sur la peau. Avec l'eau, ça s'en va, mais avec le gel ça reste. Je ne prendrai pas le risque que les bactéries ne soient pas mortes puis que je contamine quelqu'un d'autre, je trouve ça plus sécuritaire. Quand ça fait quelques fois que je me lave les mains avec la solution alcoolique, j'ai l'impression que mes mains sont collantes. Je sens une pellicule là, c'est le temps que je me lave les mains, c'est peut-être psychologique! (P9, UMC: 326-332)

Une participante de l'unité des soins palliatifs pense, quant à elle, le contraire au regard de l'assèchement de la solution hydro-alcoolique et la préfère même à l'eau et au savon.

Je trouve que la SHA n'assèche pas les mains. Celle que j'ai connue avant, dans d'autres milieux, elle asséchait terriblement les mains, puis j'avais de la misère à l'utiliser. J'aimais mieux me laver, là, avec l'eau, puis le savon. Puis là, même, je trouve que cette solution-là, elle est moins asséchante que l'eau et le savon. (P5, USP: 1012-1017)

Sur l'unité de médecine-chirurgie, trois lavabos sont disponibles dans les corridors et facilement accessibles. Les participantes qui privilégient l'eau et le savon à la solution hydro-

alcoolique, disent le faire principalement pour éviter le sentiment de pellicule sur les mains après plusieurs applications de ladite solution et l'utilisation de l'eau et du savon lorsque leurs mains sont souillées par des liquides biologiques. Les participantes de l'unité de médecine-chirurgie reconnaissent que la disponibilité des lavabos dans les corridors favorise l'hygiène des mains au moyen de l'eau et du savon. Selon elles, ce n'est pas sur toutes les unités de soins que l'on trouve des lavabos dans les corridors; c'est sur demande explicite de l'infirmier-chef que ceux-ci furent installés sur leur unité.

On a des points d'eau: ça nous aide aux sorties des chambres si on veut se laver les mains. Si j'ai fait un pansement, j'ai fait un soin, là, je vais me laver les mains avec de l'eau et du savon. (P3, UMC: 1168-1171).

Aux soins palliatifs, il n'y a pas de lavabos dans les corridors, les infirmières doivent donc se rendre au poste pour y avoir accès. Nous avons effectivement observé une participante qui s'est lavé les mains au poste avec de l'eau et du savon, car, selon elle après trois utilisations de la solution hydro-alcoolique, ses mains sont collantes. Elle dit se sentir plus propre quand elle lave ses mains avec de l'eau et du savon. Deux des participantes utilisent parfois le lavabo qui est dans la chambre du patient. " Des fois, je rentre dans les chambres, j'ai déjà fait avec le gel, je me lave les mains, parce qu'on a un lavabo pour les patients dans toutes les chambres " (P6, USP: 1274-1276).

Ce n'est pas long qu'on vienne avec les mains toutes collantes avec la solution hydro-alcoolique, et ça arrive souvent. Puis oui, des fois, je vais le faire dans la chambre du patient. Évidemment, ça ne sera pas dans une chambre d'isolement, mais souvent dans la chambre. Parce que nos patients, en général, je dirais dans 98 % des cas, n'utiliseront pas le lavabo. (P1, USP: 9-14)

Moments où l'hygiène des mains est effectuée

Rappelons que l'hygiène des mains, selon l'Institut canadien pour la sécurité des patients, doit être effectuée 1) avant de toucher au patient ou à son environnement afin de protéger le patient des agents pathogènes qui pourraient être sur les mains du professionnel de la santé, 2) avant une intervention aseptique afin de protéger le patient contre les agents pathogènes, y compris les siens qui pourraient pénétrer dans son organisme, 3) après un risque de contact avec du liquide organique pour protéger le professionnel de la santé et ne pas contaminer l'environnement du patient et 4) après un contact avec le patient ou son environnement pour protéger le professionnel de la santé et ne pas contaminer l'environnement de soins (British Columbia Ministry of Health, 2012).

Sur les deux unités de soins, nous avons observé que les participantes procèdent à l'hygiène des mains principalement avant et après un contact avec un patient ou son environnement. De plus, les participantes ne procèdent pas davantage à l'hygiène des mains lorsqu'elles entrent dans une chambre que lorsqu'elles en sortent; c'est-à-dire que ces dernières procèdent de manière égale à l'hygiène des mains avant d'entrer dans une chambre qu'en en sortant.

Bien moi, je me lave tout le temps les mains avec la solution hydro-alcoolique avant d'entrer dans la chambre, autant qu'en sortant. Parce que je vais d'une chambre à l'autre. Tout le temps. (P2, USP: 1078-1079)

Avant d'entrer dans une chambre, je prends le gel je me lave les mains. Là, je rentre dans la chambre. Pour aider l'infirmière, l'infirmière-auxiliaire, la préposée ou pour aller donner de l'information au patient ou à sa famille. Puis, quand je ressors, je me relave les mains (P5, UMC: 1-5)

La figure 12 présente, par unité et selon les quatre moments, la fréquence d'adhésion à l'hygiène des mains des participantes. En plus de montrer que, comme déjà mentionné, les participantes des deux unités de soins procèdent à l'hygiène des mains avant et après un contact avec le patient ou son environnement, on constate que sur l'unité de médecine-chirurgie, les participantes sont plus enclines à procéder à l'hygiène des mains après un risque de contact avec des liquides organiques que leurs consœurs des soins palliatifs. De plus, on constate une légère différence dans la pratique d'hygiène des mains avant une intervention aseptique, celle-ci étant plus présente sur l'unité de médecine-chirurgie.

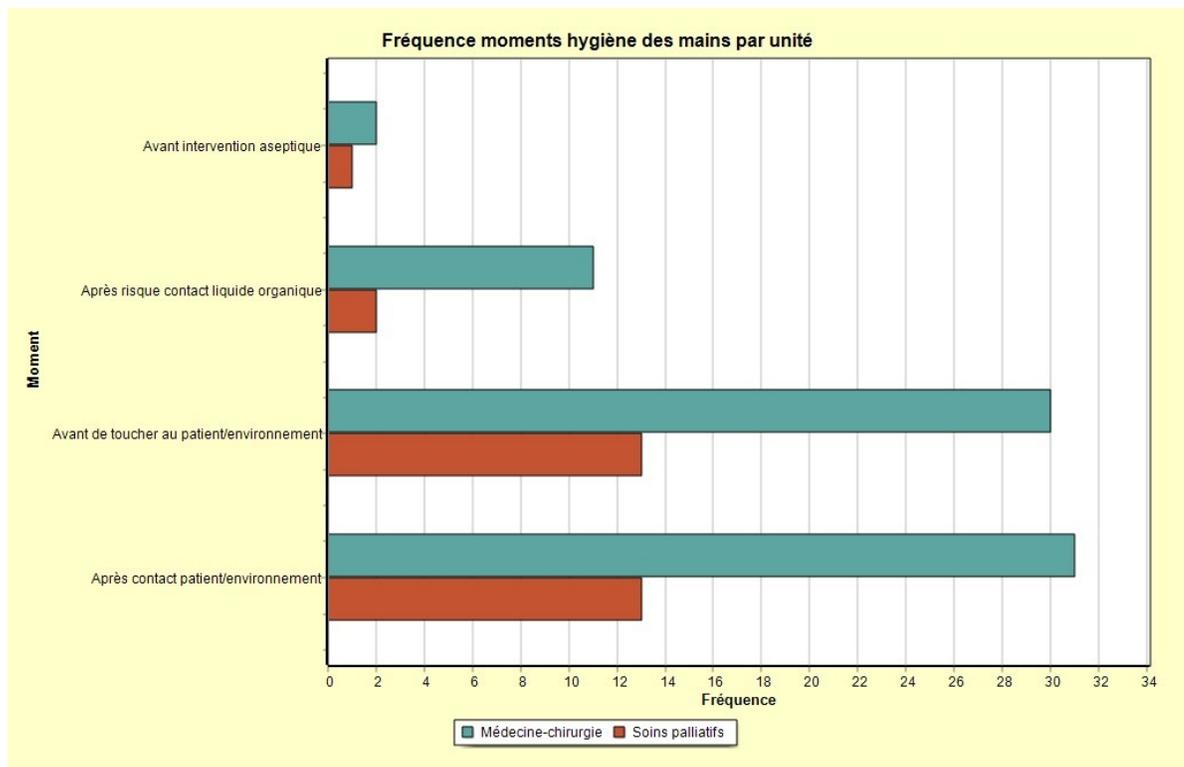


Figure 12 - Observations des moments d'hygiène des mains selon l'unité de soins

Lorsque les participantes sont à l'intérieur des chambres de patients, nous avons observé que les pratiques entourant l'hygiène des mains varient. Certaines participantes mettent des gants dès leur entrée dans la chambre. Lorsque questionnée à ce sujet lors d'une période d'observation, l'une d'entre elles mentionne qu'elle a déjà vu du sang sur une tubulure et sur un rideau séparateur entre deux patients et que depuis, elle préfère porter des gants pour se protéger dès son entrée dans une chambre (P8, UMC). Dans le même ordre d'idée, une participante met systématiquement des gants, quel que soit le type de soins, même la prise des signes vitaux. Questionnée sur les gants qu'elle porte, cette dernière note qu'elle met des gants sur une base automatique aussitôt qu'elle franchit une porte de chambre afin de se protéger elle-même.

Moi, je touche tout. Le matin, je regarde les plaies, je regarde les draps, je regarde les tubulures, je regarde ça. Eh bien, j'ai dit: moi, je touche à tout, je vais désinfecter mes mains, je mets les gants. N'importe quoi qu'il arrive, là, j'ai déjà les gants. C'est pour ça, je... d'emblée, et ça, c'est rentré aussi dans la routine. (P7, UMC: 630-633)

Une autre participante dit lors d'une conversation informelle " Je porte des gants pour donner les bains. Pour moi, les gants sont comme une barrière, car toucher à la peau directement avec mes mains, c'est un geste trop intime! " (P4, USP). Cependant, toutes les participantes ne sont pas d'accord avec cette pratique.

Je trouve qu'on met les gants trop pour tout. Oui, je comprends qu'y a des patients qui ont des bactéries. Sauf que si on se lave bien les mains en entrant et en sortant et qu'on ne touche à rien entre les 2 patients qu'on se lave bien les mains. Quand je fais une prise de sang, je trouve ça important. Sinon, quand j'ai des contacts avec des liquides biologiques je trouve ça important. Mais, si on se lave bien les mains, les gants ce n'est pas tout le temps nécessaire. (P2, UMC: 38-45)

Nous constatons que malgré les différences en termes d'environnements de soins, les participantes à l'étude utilisent majoritairement la solution hydro-alcoolique grâce à la disponibilité et l'accessibilité des distributeurs même si quelques-unes d'entre elles lui préfèrent le lavage à l'eau et au savon. Lorsque les mains sont collantes, la majorité des participantes vont décider de procéder à un lavage des mains avec de l'eau et du savon. Par contre, il est plus compliqué de le faire sur l'unité des soins palliatifs à cause de l'absence de lavabos dans les corridors. Nous avons remarqué que lors des soins à un patient qui présente une infection à *Clostridium difficile*, certaines participantes utilisent la solution hydro-alcoolique alors qu'elle n'est pas efficace dans ce cas, tel que mentionné dans les documents disponibles sur l'unité. Nous notons aussi que les participantes procèdent à l'hygiène des mains surtout avant et après un contact avec le patient ou son environnement. En outre, lorsqu'elles sont dans la chambre du patient, quelques-unes d'entre elles portent des gants après avoir procédé à l'hygiène des mains avant d'entrer, les conservent pour tous les soins au patient (ce qui diffère des indications de port de gants que l'on voit sur une affiche face au poste des infirmières) puis procèdent à l'hygiène des mains en sortant de la chambre.

La prochaine section examine les facteurs qui influencent les participantes de l'unité de médecine-chirurgie et de l'unité des soins palliatifs dans leur adhésion à l'hygiène des mains.

Facteurs qui influencent les participantes dans leur adhésion à l'hygiène des mains

La deuxième question de l'étude est en lien avec les facteurs qui influencent des infirmières dans leur adhésion à l'hygiène des mains. Suite à la recension des écrits et à l'analyse des données relatives aux facteurs identifiés, nous avons dans un premier temps regroupé ces derniers en

quatre grandes catégories: individuels, organisationnels, environnementaux et culturels. Nous en proposons ici les grandes lignes, car les facteurs pertinents à l'étude et qui pourraient permettre d'opérationnaliser l'approche de la déviance positive sont détaillés dans l'article inséré dans ce chapitre. Nous retrouvons tout d'abord des facteurs individuels tels les connaissances sur les infections nosocomiales et la contribution de l'hygiène des mains afin de les prévenir, l'attention que les participantes accordent à leur protection personnelle et à celle de leurs proches et la conscience professionnelle quant à leur rôle et responsabilité dans la prévention des infections nosocomiales. Viennent ensuite les facteurs organisationnels. Parmi ceux-ci, sur l'unité de médecine-chirurgie, le leadership mobilisateur de l'infirmier-chef, l'implication de l'équipe dans l'amélioration des taux d'adhésion à l'hygiène des mains par des propositions de solutions lors des rencontres d'équipe mensuelles, la présentation des résultats des audits, la rétroaction immédiate faite par l'infirmier-chef lors de la pratique d'hygiène des mains et sur les deux unités, la collaboration et l'entraide entre les participantes sont des facteurs qui favorisent l'adhésion de ces dernières à l'hygiène des mains. Au niveau environnemental, la disponibilité et l'accessibilité des solutions hydro-alcooliques ainsi que la présence de lavabos sur l'unité de médecine-chirurgie contribuent aussi à cette adhésion. Quant aux facteurs socioculturels, on remarque une cohésion à l'intérieur des deux équipes de soins. Sur l'unité de médecine-chirurgie, les participantes partagent ce désir d'améliorer la pratique de l'hygiène des mains sous l'influence de l'infirmier-chef. " Ici on se lave les mains ". Aux soins palliatifs, les participantes collaborent afin que les patients soient confortables et qu'ils ne souffrent pas, et ce, avec une " attitude qui exprime beaucoup de compassion, de douceur et d'amour ". Ces dernières disent faire en sorte que toutes les mesures soient prises afin de prévenir la transmission des infections et l'hygiène des mains en fait partie. " Tous les patients qui viennent

en soins palliatifs n'ont plus de système immunitaire. Il faut qu'on les protège. On est là pour soigner. On essaie de bien soigner " (P6).

Nous pourrions constater dans l'article qui est inséré ci-dessous que certains des facteurs énoncés ci-haut telles les connaissances, la conscience professionnelle, la protection personnelle, l'accessibilité et la disponibilité des solutions hydro-alcooliques sont communs aux deux groupes de participantes. Par contre, les facteurs qui semblent permettre aux participantes d'être plus performantes en termes d'adhésion à l'hygiène des mains en comparaison avec leurs collègues des autres unités sont spécifiques à chacun des groupes. Sur l'unité de médecine-chirurgie, les participantes se disent influencées par le leadership mobilisateur de l'infirmier-chef. Aux soins palliatifs, elles mentionnent le partage d'une philosophie de soins basée sur leurs valeurs humanistes.

Positive Deviance and hand hygiene of nurses in a Quebec hospital: what can we learn from the best? – Deuxième article de la thèse

Auteurs: Létourneau, J., Alderson, M., Leibing, A.

Background. Although it is well known that hand hygiene is the most effective measure to prevent healthcare-associated infections, hand hygiene adherence is low in Quebec, as it is elsewhere. For this study, an innovative framework was used to explore the clinical practice of nurses regarding hand hygiene and the factors that influence it: positive deviance, or the idea that there are people who find better solutions to problems than their peers. This study investigated positive deviance at the level of the care team to shed light on group dynamics.

Method. We conducted focused ethnographies on two care units – a medical surgery unit and a palliative care unit – at a Montreal university hospital. Data collection consisted mainly of systematic observations and individual interviews with nurses.

Results. The results show that positive deviance related to hand hygiene is instigated by social cohesion within a care team, created, in this study, by the mobilizing leadership of the head nurse in the medical surgery unit and the prevailing humanist philosophy in the palliative care unit.

Conclusion. In healthcare, it can be useful to apply the positive deviance approach to care teams instead of individuals to better understand the ideological and structural differences linked to better hand hygiene performance by the nurses.

Key Words: positive deviance, hand hygiene, nurses, focused ethnography

Background

The growing media coverage of healthcare-associated infections reveals that this is a real concern for society (Lacoursière, 2017). Hand hygiene is recognized as the most effective strategy for preventing this type of infection (Doronina et al., 2017; Erasmus, Daha, et al., 2010). That said, the weak adherence to this practice by healthcare professionals has been documented extensively in different care settings (Boscart et al., 2012; Higgins et Hannan, 2013; Luangasanatip et al., 2015) despite widespread efforts and the use of multiple strategies (Gould et Drey, 2013). Although a number of factors could explain the weak adherence to hand hygiene, including workload, staff shortage and lack of hand hygiene products (Smiddy et al., 2015), the difficulties encountered in improving it suggest that changing this behaviour is a complex task.

In the early 1990s, a behavioural change approach – positive deviance – was successfully implemented to combat infantile malnutrition in Vietnam (Pascale et al., 2010). Since then, the positive deviance approach has been used in many fields related to public health and medicine to identify and promote better performance in different areas (Herington et van de Fliert, 2017). According to this approach, for any given problematic situation, most settings have “positive deviants” who find better solutions than other people with access to the same resources (Marsh et al., 2004). The approach typically involves four stages: identify “positive deviants,” use qualitative methods to discover the strategies that allow positive deviants to outperform their peers, verify whether these strategies could apply to more people and share the successful strategies with key people (Bradley et al., 2009). On the individual level, positive deviance can be defined as an intentional behaviour that differs positively from the norms of a reference group, in terms of intentions and adherence to “metanorms”(Mertens et al., 2016). Whereas

norms are the rules that govern a behaviour (Mertens et al., 2016), “metanorms” (or “hypernorms”) go beyond these norms and represent ethical principles that stem from cultural, religious or philosophical beliefs (Warren, 2003).“While positive deviance can be used to describe the behaviour of exemplary individuals, the term can also be extended to describe the behaviours of successful teams and organisations” (Lawton et al., 2014, p. 880). The positive deviance approach has been used to promote hand hygiene, but the works cited do not explain the theoretical criteria used by the researchers to characterize positive deviants (Marra et al., 2011; Marra et al., 2010; Marra, Noritomi, et al., 2013).

This study investigated positive deviance at the level of a group of individuals, specifically, a care team, to shed light on dynamics within the group. To achieve this, we conducted two focused ethnographies, which revealed that positive deviance related to hand hygiene was achieved differently in each care team under study and that better hand hygiene practice can depend on factors that differ significantly in different contexts. To our knowledge, this type of comparative focused ethnography from the perspective of positive deviance in relation to hand hygiene has never been conducted before. We hope it will contribute to knowledge development on both hand hygiene and positive deviance.

Methods

For this study, we adapted the first two stages of the Bradley (Bradley et al., 2009) positive deviance approach: identify the two top-performing hand hygiene care teams and conduct focused ethnographies to understand the factors that influence this practice in a hospital setting.

Research design

Focused ethnography was selected because it allowed the researcher to observe the care teams in their daily tasks while taking into account organizational culture and various sources of contextual information. This type of ethnography requires less time in the field than the traditional ethnographic approach and is suitable when the researcher is already familiar with the problem (Cruz et Higginbottom, 2013). Because the principal author has more than 20 years of experience in the prevention of health care-associated infections, focused ethnography was an appropriate choice because less time was required to become familiar with the social and clinical dynamics in each unit. (It is important to mention that the principal author had never worked in the hospital under study and was not known to any of the participants). The data collection consisted mainly of systematic observations, individual interviews, field notes, and informal conversations. We also met with the hospital's infection prevention nurses to learn how hand hygiene practices were managed in all care units.

Study setting

This study took place in a university hospital in Montreal, Quebec. It was chosen because hand hygiene audits have been carried out there every two months since August 2013, which provided useful data about the nurses' hand hygiene adherence rates in each care unit when the study began in January 2015. In this hospital, when hired, nurses receive 60-90 minutes of training on infection control measures, including hand hygiene. They also have access to an online course on hand hygiene, and distributors of hydroalcoholic solutions are available in each care unit.

Units

We used the results of the hand hygiene audits carried out every second month between August 2013 and December 2014 and calculated a mean (%) hand hygiene adherence rate among nurses in each care unit. (The hand hygiene adherence rate corresponds to the ratio of the number of times hand hygiene was performed by the nurses over the number of opportunities observed during that period). The two top-performing care teams turned out to be in a palliative care unit, with an average rate of nearly 70 %, and in a medical-surgery unit, with an average rate of nearly 60 %. The objective was to determine whether there were shared or specific factors in these two care teams that could explain the high hand hygiene adherence rates. The average adherence rate for the nurses in all care units was just over 30 %.

Participants

All nurses working in the selected units were approached to take part in the study. To avoid influencing the behaviour of the nurses regarding hand hygiene, the purpose of the study presented to them referred globally to all measures used to prevent health care-associated infections, including hand hygiene. In all, 21 nurses agreed to participate: 15 (of a total of 19) in the medical-surgery unit and 6 (of a total of 9) in the palliative care unit.

Observation

The researcher had the opportunity to access all of the nurses' daily activities. She accompanied and observed the nurses during their clinical interventions, took part in discussions with patients, and asked the nurses questions about what she observed to establish an accurate portrait of the factors that influence hand hygiene. The observations were conducted in blocks

of approximately four consecutive hours, two or three times a week, and took place between January 26, 2015, and March 30, 2015, in the medical-surgery unit and between September 10, 2015, and October 12, 2015, in the palliative care unit. At the same time, the researcher reviewed all the documents on infection control measures available in the units and on the hospital's intranet (manuals, brochures, and posters), and the 20-minute online course on hand hygiene (Centre hospitalier de l'Université de Montréal, 2012).

Semi-structured interviews

Participants were questioned individually about their perceptions of infection control on their unit and the constraints and difficulties they face applying the different measures, including specific questions about hand hygiene. With the agreement of the head nurses, most of the interviews were carried out in a closed room, during work hours or, for a few participants, during their meal breaks. These participants were allowed to eat during the interview. Two interviews took place outside the workplace. Most of the interviews ranged from 45 to 60 minutes, but some lasted 90 minutes. With the agreement of the participants, the interviews were recorded for transcription. They took place from March 22 to May 15, 2015, in the medical-surgery unit and from October 1 to 19, 2015, in the palliative care unit.

Data processing and analysis

All the data collected during the interviews were transcribed verbatim, and those from informal conversations and observations were recorded in writing. All the data were coded using the QDA Miner program (Provalis Research, Montreal, Quebec, Canada), and then a content analysis was conducted, using Patton method (2002, 2015). A qualitative data analysis expert

was consulted three times to ensure the accuracy of the data analysis process, and the results were presented to the study participants for validation.

Ethics

The study's research protocol was approved by the hospital's ethics committee. The nursing care management offered support by facilitating connections with the infection prevention team and the head nurses of the selected units. After the study was presented to the two selected care teams, the nurses were given a week to read and sign the consent form.

Conceptual framework

Positive deviance is the central concept of our study. The positive deviance approach guided us toward an explanation of the better performance of two care teams regarding hand hygiene in comparison with their colleagues in other care units in the same hospital.

Results

Socio-demographic data of the participants

As shown in Table 1, the participants of this study are mainly women, and the average age is higher in palliative care. In the medical-surgery unit, most of the participants have a bachelor's degree in nursing, and in the palliative care unit, most have a college diploma in nursing. The nurses in the palliative care unit also had an average of five more years of experience.

Factors that influence the participants' hand hygiene adherence

Our study results suggest that several factors influencing hand hygiene adherence are shared by both care teams (Table 2), whereas others are specific to each care team under study.

Factors shared by the care teams in both units under study

Knowledge

All the participants were well aware of the importance of hand hygiene to prevent the transmission of health care-associated infections and avoid the consequences of those infections for very vulnerable patients. Even though they felt they knew enough on the matter, they still acknowledged the importance of attending information and awareness sessions on the issue of health care-associated infections. Information documents on hand hygiene and health care-associated infections are also available in both care units.

Professional awareness

We noted that participants were aware of their role and responsibility as nurses in the prevention of health care-associated infections. Some of them said that their adherence to hand hygiene was dictated by their professional awareness and that protecting their patients and providing high-quality care were important to them. In fact, protection and safety of the patients were two factors that came up very frequently in the participants' comments on hand hygiene. They said that performing hand hygiene before taking care of their patients was part of their nursing practice and that they had a duty to protect these patients, whose immune systems are deficient. In the medical-surgery unit, several participants said how saddened they were when a

patient developed a health care-associated infection. They also recounted terrible experiences that had encouraged them to maintain their adherence to hand hygiene practices.

Self-protection

Self-protection and, by extension, protection of their families, played an important role in the participants' hand hygiene adherence. They said that in addition to protecting their patients, it was critical to protect themselves because they did not want to be contaminated and risk falling ill. In addition, several participants, especially those with young children, said they did not want to bring bacteria back home. The unfortunate experiences of some of the participants, such as developing gastroenteritis during an outbreak or acquiring *Clostridium difficile*, shook them and spurred them to practice better hand hygiene. Several participants in the medical-surgery unit also remembered a summer when there was an outbreak of multiresistant bacteria. They said they did not want to experience that situation again and believed that high levels of hand hygiene adherence helped prevent this type of outbreak.

Accessibility and availability of hydro-alcoholic solutions

All participants systematically use hydroalcoholic solutions, mainly before and after contact with a patient or the patient's environment. The availability of distributors at the door of each room and inside the room greatly facilitates adherence to hand hygiene. We did not note a significant difference in hand hygiene adherence before and after contact with the patient or the patient's environment in either unit.

Factors specific to each care team under study

The following factors that influence the participants' hand hygiene were revealed in the comparison of the care teams under study.

Leadership of the head nurse: medical-surgery unit

Our observations and interviews with the participants revealed that the high adherence rate in this unit is closely linked to the mobilizing leadership of the head nurse and a collective decision to improve hand hygiene adherence. From the beginning of our observations in this unit, it was clear that for the head nurse, the prevention of health care-associated infections and hand hygiene, in particular, were priorities. During informal conversations, he mentioned how important the patients' protection and safety were to him. The head nurse is very present in the unit and seizes every opportunity to congratulate the nurses when they perform hand hygiene or offer reminders about how important it is, with an encouraging attitude.

Participant 11 stated, "The head nurse is aware that we have a lot of work but he encourages us when he sees that we make an effort to wash our hands: Very good handwashing!" We observed that he posts the results of the hand hygiene audits that are published every two months on a board in the staff meeting room with a word of encouragement. The head nurse also discusses these results with the nurses at every team meeting and makes sure that they all take the online course on hand hygiene once a year. He also had sinks installed in the corridors and a second hydroalcoholic solution dispenser at the door of every room. "Here, we wash our hands." This statement, mentioned by participants, was often heard during the observation periods. All

the efforts made to improve hand hygiene adherence have made this an automatic practice. Most participants said that it has become such a reflex that they do not even think about it anymore.

Humanist care approach: palliative care unit

Our observations revealed that the participants in this unit demonstrated a lot of humanism, defined by participant 2 as “an attitude that expresses compassion, gentleness and love”. The nurses take the time to talk to their patients, touch them, listen to them, and find solutions to their problems. This humanist approach was mentioned by participant 3: “Behind the nurse, there is a person with values and morals. That means you do not provide care the way others do; you are who you are. It is important to keep your values and not just fit into a mould”. It appeared, over the course of the interviews, that some participants had a life experience that predisposed them to work in a palliative care unit. One of them had been involved in humanitarian missions, and another said she had really appreciated being able to accompany a family member during the last months of her life.

Regarding hand hygiene, all participants said they felt it was their duty to influence others (volunteers, doctors or family members) for the patients’ benefit. These nurses are taking care of patients who are very vulnerable both physically and psychologically, and we saw them provide care with humanism. We observed the patience one of them had when she bathed an irritable and very authoritarian patient. Even though they say they have a lot of work to do, the participants say they take time to communicate with the patients and their families. This is, in fact, one of the reasons one of them chose to work in palliative care. Although the priority for this unit is to ensure that the patients are comfortable and not suffering, the participants say they

also ensure that the care is offered in a safe environment and that every possible measure is taken to prevent the transmission of infections, and they say that hand hygiene is part of this.

The results reveal the similarity, in both units, of the participants' clinical practices regarding hand hygiene. As the previous sections illustrated, several factors that could explain the nurses' hand hygiene adherence are shared by both care teams, such as knowledge, professional awareness, self-protection, and the accessibility and availability of hydroalcoholic solution. Other factors that might explain the better hand hygiene performance are specific to each care team, however: the mobilizing leadership of the head nurse in the medical-surgery unit and the humanism-based practice in the palliative care unit.

Discussion

In the hospital under study, the measures regarding hand hygiene practice in every care unit consist of information sessions on infection control, including hand hygiene, which are given on hiring, the availability of online training on hand hygiene, the accessibility of hydroalcoholic solution, and hand hygiene audits every two months. To understand how and why some care teams adhere to hand hygiene better than other care teams in this hospital, we adapted the first two stages of the Bradley positive deviance approach to the level of the care teams (2009). We focused the study on two positive deviant care teams, that is, the top performers according to the results of the hand hygiene audits. We found it useful to have access to regularly collected data on hand hygiene (audits) as a starting point to identify the positive deviant care teams. It bears mention that when our study was underway, Baxter, Taylor, Kellar and Lawton (2015) also proposed the use of routinely collected data to identify positively

deviant wards. For the second stage, we conducted two focused ethnographies. This allowed us to determine that the participants' clinical hand hygiene practices did not differ much between the two care teams: they mainly use hydroalcoholic solutions. Moreover, we did not observe any significant differences between hand hygiene adherence before and after contact with the patient or the patient's environment. The participants seemed to be very concerned with protecting their patients. This result is different from the conclusions of some studies, which suggest that if health care professionals wash their hands more often after contact with a patient than before, it might be because they primarily want to protect themselves (Erasmus, Daha, et al., 2010; Kowitt et al., 2013). Our study sheds light on the participants' professional awareness regarding their role and responsibility, as nurses, in preventing health care-associated infections.

Regarding the factors that influence the participants' hand hygiene adherence, we found several factors were shared by both care teams, namely, knowledge, self-protection, and the accessibility and availability of hydroalcoholic solutions. Regarding existing studies on that matter, Smiddy, O'Connell and Creedon (2015) also found, in a systematic review of qualitative studies conducted between 2000 and 2014, that these factors are important. In keeping with Lin, Yang and Lai (2014), we found that the type of training (college or university) did not have an impact on the participants' adherence to hand hygiene, but in contradiction to them, we found that age did not seem to be a determining factor. Some factors influencing hand hygiene adherence were specific to each care team in our study, however.

On the medical-surgery unit, the mobilizing leadership of the head nurse played a decisive role. According to Pierre and Dion (2016), a mobilizing leader rallies the various

contributors to a shared vision, guides them in the development of their practice, and orients the team members toward the desired results. In a four-year observational study following the departure of a care unit manager who demonstrated leadership in hand hygiene adherence, Lieber et al. (2014) noted that the adherence rate among the health care professionals dropped from 50,7 % to 5,7 %, suggesting that the manager's leadership had a positive effect on the practice of hand hygiene. The immediate feedback that the head nurse on the medical-surgery unit gave to the nurses when he saw them practice hand hygiene was encouraging. The various strategies embraced by him, such as presenting and discussing the results of hand hygiene audits at team meetings, posting the results on the board in the meeting room with congratulations and providing reminders, are, in our opinion, factors that encourage a care team to take a personal interest in improving hand hygiene adherence rates. The results obtained in this study illustrate the link between the mobilizing leadership of the head nurse and improved hand hygiene performance. Although part of this leadership could be related to the personality of this head nurse, we think that training on this type of leadership is an avenue to consider for all head nurses in care units. The training could take the form of coaching that is respectful of different personalities, focusing on the development of leadership skills and organizational capacities to guide the teams toward the desired results (Pierre et Dion, 2016).

As for the palliative care setting, we think the high levels of hand hygiene adherence could be related to the humanist philosophy of care, defined by one of the participants as “an attitude that expresses compassion, gentleness and love,” that guides, underpins, and motivates the care team in this specific care setting. A phenomenological study conducted in Quebec with patients in a rehabilitation centre suggests that a care approach based on humanism might play

a role in patient safety; the researchers explain this result as being related to increased professional kindness and accountability for the well-being of patients and their families (St-Germain, Blais et Cara, 2008). We agree with Cara et al. (2016) that a care approach based on humanism is essential for nursing practice in a setting where health care is more complex, and that significant constraints (e.g., lack of time, work overload) faced by the nurses increase the risk of dehumanizing practices. We recommend that a care approach based on humanism be advocated in care settings, but we also acknowledge that a significant portion of this humanism may already be part of the personality of nurses who decide to dedicate their lives to these patients.

Mertens et al. (2016) suggest that positive deviance is a behavior that differs positively from norms in terms of its intentions, often in line with metanorms, also sometimes called hypernorms. Metanorms refer to ethical principles anchored in cultural, religious or philosophical beliefs (Warren, 2003) and could very well apply to the mobilizing leadership of the head nurse who advocates patient safety (organizational metanorms) or a humanist philosophy of care (humanist metanorms). Within these two care teams, these metanorms seem to have created what Kwok, Harris and McLaws (2017, p. 226) describe as social cohesion: “a process which enables each individual in a group to develop a sense of engagement in a common enterprise.” In the medical-surgery unit, the care team has worked together with the head nurse to improve hand hygiene practice, and in the palliative care unit, the care team shares a common philosophy of care.

In other words, we can retain from this study that the term positive deviance can apply to care teams and that positive deviance regarding hand hygiene can be instigated differently within these teams. Based on the results of this study, we think that the positive deviance approach is of interest in finding out why a care team adheres to hand hygiene better than other care teams in the same hospital. Before operationalizing this approach to improve the hand hygiene adherence of other care teams, however, it is important to be aware that the factors that explain the better performance in some care team may not apply to others.

The positive deviance approach applied in our study revealed that the mobilizing leadership of the head nurse in the medical-surgery unit and the philosophy of care based on humanism in the palliative care unit create a social cohesion that generates positive deviance (better performance) regarding hand hygiene in two care teams. On the basis of these results, we offer the following recommendations to influence hand hygiene practices: (1) coach head nurses to improve their mobilizing leadership and (2) promote a care approach based on humanism in care institutions. We think that the positive deviance approach offers added value in the field of health care, particularly when applied to groups rather than individuals, to reveal the ideological and structural differences that may exist between care units and explain their respective performances at certain levels, including better hand hygiene adherence to prevent health care-associated infections and improve patient safety and quality of health care. In Canada, patient safety is of great interest to the public, professional, political and scientific communities (Etchells et al., 2013). We intend to explore the contribution of the positive deviance approach to nursing practice in the interprofessional context of improving patient safety and quality of health care.

We thank all the participants in this study for taking the time to answer our questions during the interviews and observations. We also thank Roseline Garon for her help with qualitative analysis and Wendi Petersen for the translation of this manuscript into English. We wish to thank l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec and the Faculty of Nursing, University of Montreal for their financial support of the PhD studentship through which this study has been completed.

Table 1 - Sociodemographic data of participants

Characteristic	Medical-surgery unit (n=15)	Palliative care unit (n= 6)
Sex	14 women 1 man	5 women 1 man
Mean age (y)	39	48
Degree	Master's degree in nursing: n=1 Bachelor's degree in nursing: n=10 College diploma in nursing: n=4	Master's degree in nursing: n=1 Bachelor's degree in nursing: n=1 College diploma in nursing: n= 4
Mean no. of years of practice (y)	9	14

Table 2 - Factors shared by both care teams regarding hand hygiene practices

Factor	Example
Knowledge	To know how, when and why to wash your hands
Hand hygiene practices	“Everyone knows very well how and when to wash their hands. Plus we have an online training. It explains the method and the different reasons to wash your hands. I think the knowledge is there.” (P1, MSU)
Role of hand hygiene	“Hand hygiene is essential to prevent infections.” (P1, PCU)
Impact on patients	“Patients will die, but before then, they can be very sick. It would be a shame if they contract, for example, Clostridium difficile.” (P2, PCU)
	“We have patients who are in critical situations, already weakened; they do not need this as well.” (P1, MSU)
Professional awareness	Doing our jobs well in order to protect the patients.
Care practices	“This is part of the professional awareness. For me, it is part of the care. If we do not wash our hands, it is as if we contaminated our patient ... so if it is not done, we are not doing our job.” (P1, MSU)
Safety / patient Protection	“Nurses are very aware of the need to wash their hands.” (P1, PCU)
	“It's always for the patients. I work for the patient. For us, it is nothing to wash our hands, but for the patient, it can change a lot of things.” (P4, MSU)
Self-protection	Protect yourself in order not to be sick and risk contaminating your loved ones.
Protecting yourself and your family	“Hand hygiene is important to me. Very important. I do it to protect myself. I do not want to get sick.” (P13, MSU)
	“We try to protect ourselves, because otherwise there will be no staff. I can catch anything here! You are on the frontlines, then you can bring it to your child!” (P6, PCU)
Hydro-alcoholic solutions	Accessibility and availability
	“The fact that we have hydro-alcoholic solutions everywhere helps with hand hygiene.” (P5, PCU)
	“What I like is that there is one when you exit a room. It is rare not to find what I need to wash my hands.” (P2, MSU)

MSU, medical-surgery unit; P, participant; PCU, palliative care unit.

Pour conclure ce chapitre, les résultats de cette étude montrent que des infirmières œuvrant sur une unité de médecine-chirurgie et une unité de soins palliatifs d'un centre hospitalier universitaire de Montréal adhèrent à l'hygiène des mains mieux que leurs collègues des autres unités de soins. Et ce, bien que les infirmières soient confrontées, tout comme leurs collègues, à une réorganisation importante du réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'à un transfert vers un nouveau centre hospitalier. Le but de notre étude était de comprendre comment et pourquoi les taux d'adhésion à l'hygiène des mains des infirmières sur les deux unités de soins à l'étude étaient plus élevés que ceux de leurs collègues des autres unités alors que toutes les infirmières ont accès aux mêmes mesures mises en place pour favoriser la pratique d'hygiène des mains. Pour répondre au comment (pratiques cliniques) les participantes des deux unités de soins adhèrent à l'hygiène des mains, les résultats montrent que ces dernières utilisent la solution hydro-alcoolique avant d'entrer et en sortant de la chambre d'un patient. De plus, les participantes de l'unité de médecine-chirurgie procèdent à un lavage des mains avec l'eau et le savon grâce à la présence de lavabos dans les corridors. Pour répondre au pourquoi les participantes réussissent à adhérer à l'hygiène des mains mieux que leurs collègues des autres unités de soins, nous avons vu que certains facteurs sont communs et d'autres sont propres à l'équipe de soins. Ces résultats apportent un éclairage nouveau quant à la déviance positive, définie dans cette étude comme une meilleure performance au regard de la pratique de l'hygiène des mains, qui s'avère possible grâce à la cohésion à l'intérieur d'une équipe de soins et non seulement grâce à des changements au niveau individuel.

CHAPITRE - 5 – DISCUSSION

L'objectif de cette étude portait d'une part sur l'exploration des pratiques cliniques d'infirmières au regard de l'hygiène des mains et des facteurs qui les influencent en contexte hospitalier québécois. D'autre part, nous questionnions l'applicabilité de l'approche de la déviance positive à la pratique de l'hygiène des mains et son utilité pour les sciences infirmières. Dans ce chapitre sont discutés la pertinence du devis de recherche ainsi que les principaux résultats en lien avec les trois questions de recherche. Puis, nous présentons les limites de l'étude ainsi que les implications pour différents champs d'activité en sciences infirmières.

Ci-après, nous discutons la pertinence du choix d'une ethnographie focalisée pour l'étude réalisée.

Pertinence du devis de recherche

L'étudiante-chercheuse souhaitait être proche des infirmières et aller à leur rencontre (inspiré de Jeffrey, 2005), car malgré ses nombreuses années d'expérience dans le domaine de la prévention des infections nosocomiales, elle n'avait jamais eu la possibilité de suivre des infirmières – avec un regard plus distancié – dans leur quotidien, et ce, afin de comprendre les défis auxquels elles étaient confrontées face à la pratique de l'hygiène des mains. L'ethnographie focalisée semblait tout à fait indiquée; l'élément le plus important de cette méthode étant d'être présent (Fetterman, 2010) en considérant le dit et l'observé. À cet égard, nous avons mentionné au chapitre 3 qu'une critique faite aux ethnographies focalisées, tout comme aux ethnographies traditionnelles, est qu'elles ne regardent souvent qu'un seul contexte. Voilà pourquoi nous

sommes d'avis qu'une contribution de notre étude au regard des connaissances sur la pratique de l'hygiène des mains des infirmières est d'avoir situé cette pratique dans deux contextes organisationnels différents en tenant compte du contexte politique qui prévalait au Québec en 2015 ainsi que des dimensions sociohistoriques, telles que le système de santé dans lequel ces infirmières évoluaient. Les ethnographies multi-sites – comme nous l'avons fait – peuvent ainsi permettre de nuancer les données. Nous soulignons que le choix d'effectuer deux ethnographies focalisées plutôt qu'une seule s'est avéré un défi supplémentaire, mais très pertinent, car ainsi nous avons pu identifier des facteurs favorisant la pratique de l'hygiène des mains, tout en comparant deux groupes d'infirmières œuvrant en milieu hospitalier, ce qui nous a permis de constater que selon les contextes, les facteurs peuvent différer. Selon nous, ce constat pourrait contribuer aux connaissances sur la pratique d'hygiène des mains des infirmières en montrant l'importance du contexte de soins et qu'il peut être problématique d'implanter des recommandations si l'on n'en tient pas compte.

Nous aimerions aussi apporter une nuance au concept de culture propre à l'ethnographie. Nous avons mentionné au chapitre 3 que, selon les définitions classiques, la culture est la somme des comportements observables, des habitudes, de la façon de vivre d'un groupe de personnes et qu'elle représente les idées, les croyances, les connaissances utilisées et partagées par un groupe (Fetterman, 2010; Roper et Shapira, 2000). Afin de comprendre la culture d'un groupe de personnes - principal objectif d'une ethnographie -(Richardson, 2006), nous sommes d'avis qu'il faudrait aussi tenir compte des dimensions politiques, sociales et historiques susceptibles d'influencer les comportements des individus, tel que le montrent les résultats de notre étude au regard de la pratique de l'hygiène des mains des infirmières. Comme

l'ethnographie focalisée est souvent utilisée comme méthode de recherche en sciences infirmières (Cruz et Higginbottom, 2013), nous estimons qu'il faut être prudent au regard de la définition du concept de culture de sorte que cette définition ne soit pas trop réductionniste en s'appliquant strictement au contexte observé.

Nous présentons dans la prochaine section une discussion sur les résultats quant aux pratiques cliniques des participantes au regard de l'hygiène des mains; première question de recherche, que nous n'avons qu'effleurée dans le 2^e article.

Pratiques cliniques des participantes au regard de l'hygiène des mains

Sous l'angle de l'approche de la déviance positive, nous avons comme premier objectif d'explorer les pratiques cliniques d'infirmières qui adhèrent à l'hygiène des mains mieux que leurs collègues des autres unités de soins du même centre hospitalier. Comme mentionnée dans la recension des écrits, l'hygiène des mains doit être effectuée aux quatre moments suivants: 1) avant de toucher au patient ou à son environnement, 2) avant une intervention aseptique, 3) après un risque de contact avec du liquide organique et 4) après un contact avec le patient et son environnement (British Columbia Ministry of Health, 2012; Provincial Infectious Diseases Advisory Committee, 2014). Comme présenté au chapitre 4 dans le cadre de la discussion de l'article portant sur les résultats, nous avons constaté que les pratiques cliniques des participantes au regard de l'hygiène des mains sont semblables sur les deux unités de soins, soit principalement l'utilisation des solutions hydro-alcooliques et ce, autant avant d'entrer dans la chambre qu'en sortant (moments 1 et 4). Rappelons les objectifs de ces deux moments: avant de toucher au patient ou à son environnement afin de protéger le patient des agents pathogènes

qui pourraient être sur les mains du professionnel de la santé (moment 1) et après un contact avec le patient et son environnement pour protéger le professionnel de la santé et l'environnement de soins (moment 4) (British Columbia Ministry of Health, 2012; Provincial Infectious Diseases Advisory Committee, 2014). Ce qui nous amène à postuler que les participantes semblent être autant préoccupées par la protection de leur patient que par leur protection personnelle, ce qu'on pourrait expliciter par la conscience que les participantes ont de leur rôle en tant que professionnelles pour prévenir la transmission des infections associées aux soins de santé. Ce résultat de notre étude au regard des pratiques cliniques de ces infirmières va à l'encontre de ce que l'on retrouve dans des études sur l'hygiène des mains suggérant que, chez le personnel soignant, le désir de se protéger soi-même est plus grand que celui de protéger le patient (dos Santos et al., 2013; Erasmus, Daha, et al., 2010; Kowitt et al., 2013; Woodard et al., 2019).

Par contre, nous avons constaté que lorsque les participantes sont à l'intérieur de la chambre, des différences entre les participantes apparaissent. Quelques-unes d'entre elles portent des gants pour tous les soins aux patients même quand cela n'est pas indiqué, ce qu'elles expliquent par la crainte de ne pas être protégées si jamais leurs mains viennent accidentellement en contact avec du sang ou des liquides biologiques; une infirmière des soins palliatifs a même exprimé sa gêne de toucher à un patient âgé à mains nues lorsqu'elle lui donne un bain. Cependant, même si le port de gants est non indiqué dans certaines situations, conformément aux lignes directrices en prévention des infections associées aux soins de santé, il semble tout à fait approprié selon les participantes. Ce constat n'est pas une surprise en soi, car Acquarulo et al. (2018) mentionnent que même si les infirmières reconnaissent l'importance de l'hygiène des

mains pour protéger les patients et se protéger elles-mêmes, le port de gants injustifié est fréquent chez ces professionnelles de la santé. Ces auteurs sont d'avis que les raisons explicitant cette pratique sont la protection personnelle, tout comme le mentionnent quelques participantes, une formation de base inadéquate, la surcharge de travail et une non-accessibilité aux produits d'hygiène des mains (Acquarulo et al., 2018), ce qui n'est pas le cas dans notre étude. Ainsi, plusieurs facteurs peuvent expliciter le port de gants injustifié lors des soins aux patients et il est nécessaire d'en comprendre les raisons afin d'améliorer cette pratique.

Nous avons pu constater que les infirmières qui ont participé à notre étude connaissent les risques reliés aux infections nosocomiales et le rôle de l'hygiène des mains pour prévenir ces dernières, mais la surcharge de travail et la pénurie de personnel font en sorte qu'il est difficile pour elles de le faire chaque fois que nécessaire. Nous sommes d'accord avec Chatfield et al. (2016) qu'il serait utopique de croire que la pratique de l'hygiène des mains puisse être effectuée de façon optimale dans 100 % des situations surtout dans le contexte de soins qui prévaut dans les hôpitaux du Québec. Même si nous avons constaté que le moment 2 (avant une intervention aseptique) n'est pas bien observé, il faut comprendre que si les participantes ont procédé à l'hygiène des mains avant d'entrer dans la chambre, elles ne le feront pas avant de mettre des gants pour changer un pansement, par exemple, car elles ne jugent pas que ce soit nécessaire. D'ailleurs, Boscart et al. (2012) et Korniewicz et El-Masri (2010) mentionnent que les infirmières procèdent à une évaluation du risque sur la base de plusieurs critères: l'apparence de manque de propreté, le risque de contact avec des liquides biologiques ou lorsque le patient est une personne âgée. Tout en ne portant pas de jugement sur le choix des participantes et comprenant les raisons qui le justifient, nous avons questionné les infirmières en prévention des

infections à ce sujet et avons appris qu'une importante éclosion d'entérocoques résistants à la vancomycine était survenue dans ce centre hospitalier quelques années plus tôt. Dans ce contexte, une consigne avait été acheminée afin que le port de gants soit généralisé pour tous les soins, ce qui a pu entraîner la création d'une habitude chez certaines infirmières. Nous avons aussi observé que quelques participantes utilisaient les solutions hydro-alcooliques avec un patient présentant une diarrhée associée au *Clostridium difficile* alors que l'alcool n'est pas efficace contre les spores produites par cette bactérie, contrairement à l'eau et au savon (Agence de la santé publique du Canada, 2012b; Zellmer et al., 2015). Ce constat semble lié, tel que rapporté par l'Agence de la santé publique du Canada (2012b), à un manque de connaissances des professionnels de la santé ou à des idées fausses à l'égard de l'adoption des solutions hydro-alcooliques comme méthode privilégiée d'hygiène des mains.

Nous poursuivons dans la prochaine section la discussion détaillée des facteurs individuels, organisationnels, environnementaux, socioculturels et politiques qui influencent les participantes dans leur adhésion à l'hygiène des mains, ce qui correspond à la deuxième question de recherche. Cette discussion a été amorcée dans l'article qui est inclus au chapitre 4, mais nous l'avons bonifiée en y ajoutant des références qui ne figuraient pas dans ledit article, soit parce que nous étions limités dans le nombre de références ou que certaines de ces références n'étaient pas encore publiées au moment de la soumission de notre article.

Facteurs qui influencent les participantes dans leur adhésion à l'hygiène des mains

Au niveau individuel - Les facteurs individuels qui influencent les participantes dans leur adhésion à l'hygiène des mains sont les connaissances, leur protection personnelle et leur conscience professionnelle.

Il est reconnu que les infirmières doivent avoir les connaissances sur l'hygiène des mains et connaître son rôle pour leur protection personnelle et celle de leurs patients afin d'assurer la sécurité et la qualité des soins (Caris et al., 2017). Nos résultats montrent que les participantes connaissent l'importance de l'hygiène des mains pour prévenir la transmission des infections et comprennent les risques pour les patients. Ces résultats sont semblables à ceux de Caris et al. (2017) où les participants sur des unités où les taux d'adhésion à l'hygiène des mains sont élevés reconnaissent l'importance de l'hygiène des mains pour protéger les patients des infections. Le manque de connaissances et de formation sur l'hygiène des mains a d'ailleurs été mentionné comme une barrière à la pratique de l'hygiène des mains par les infirmières qui ont participé à l'étude québécoise d'Atif et al. (2019). Malheureusement, nous constatons dans le contexte québécois actuel de compressions budgétaires, que de moins en moins de temps est accordé à la formation continue. À ce titre, dans notre étude, l'infirmier-chef de l'unité de médecine-chirurgie n'hésite pas, chaque année, à donner du temps aux infirmières pour que ces dernières puissent suivre la formation en ligne sur l'hygiène des mains élaborée dans leur établissement. De plus, selon Gould et Drey (2013), il faudrait s'attarder aux besoins et caractéristiques de chaque groupe de professionnels de la santé afin de personnaliser les formations et demander leurs opinions quant au contenu de ces formations (Gould et al., 2018). Lorsque questionnées à

ce sujet, plusieurs participantes proposaient d'offrir des sessions d'informations courtes et spécifiques à une problématique en lien avec la prévention des infections.

Les participantes ont mentionné l'importance d'adhérer à l'hygiène des mains pour se protéger et indirectement protéger leurs familles. La conscientisation des infirmières sur cet aspect, afin qu'elles maintiennent leur santé, semble essentielle et des auteurs reconnaissent que la protection personnelle est un facteur de motivation au regard de la pratique de l'hygiène des mains (Boscart et al., 2012; Smiddy et al., 2015). Dans l'étude d'Atif et al. (2019), les infirmières mentionnent que si " l'hygiène des mains est importante pour protéger les patients, elle est aussi importante pour se protéger soi-même " [traduction libre, p.44]. Dans notre étude, nous avons mentionné que les participantes procèdent à l'hygiène des mains autant avant de toucher au patient et à son environnement qu'après et expliquent qu'elles sont très conscientes que c'est leur rôle en tant qu'infirmières de protéger les patients des infections. Il est certes de la responsabilité de chaque professionnel de la santé d'assurer la sécurité des patients; à cet effet, nous sommes en accord avec Kurtz (2016) qui recommande de mettre l'accent sur les risques qu'encourent les patients si les professionnels de la santé ne procèdent pas à l'hygiène des mains. Par contre, ce constat diffère largement de ce que l'on retrouve dans la plupart des études sur le sujet. En effet, plusieurs exemples de la recension des écrits montrent des taux d'adhésion à l'hygiène des infirmières beaucoup plus bas avant un contact avec un patient qu'après (dos Santos et al., 2013; Erasmus, Daha, et al., 2010; Harne-Britner et al., 2011; Kowitt et al., 2013).

De plus, notre étude suggère que de s'attarder seulement aux facteurs individuels n'aurait pas un impact sur le long terme au regard de la pratique de l'hygiène des mains – un élément

qui ressort aussi d'études sur l'adhésion au traitement de patients âgés souffrant de problèmes de santé mentale qui montrent que plusieurs autres facteurs doivent être pris en compte afin de maintenir une adhésion optimale au traitement (Leibing, 2010). Dans la prochaine section, nous discutons l'importance d'intégrer aussi des facteurs organisationnels, environnementaux ainsi que des facteurs socioculturels et politiques.

Au niveau organisationnel - Les facteurs organisationnels qui influencent les participantes dans leur pratique de l'hygiène des mains sont en lien avec la surveillance, le leadership de l'infirmier-chef sur l'unité de médecine-chirurgie et une pratique collaborative.

Au Québec, le Ministère de la Santé et des Services sociaux demande aux établissements de soins de procéder annuellement à des audits d'observation de l'hygiène des mains du personnel (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015). Dans le Centre hospitalier à l'étude, nous avons constaté que la surveillance de l'adhésion à l'hygiène des mains s'effectue par des observations directes, comme c'est généralement le cas dans la majorité des études (Midturi et al., 2015). Nous comprenons que les données obtenues sont utiles pour les besoins de surveillance et de comparaison (Hor et al., 2016), mais les participantes mentionnent ne pas aimer se sentir surveillées. Par contre, elles apprécient une rétroaction sur les résultats des audits afin d'en discuter et d'être impliquées dans les améliorations à apporter. De plus, sur l'unité de médecine-chirurgie, l'encouragement de l'infirmier-chef au regard de la pratique de l'hygiène des mains est un facteur mentionné par toutes les participantes. Doronina et al. (2017) démontrent aussi que la rétroaction au personnel soignant est un facteur qui favorise la pratique de l'hygiène des mains. Selon Atif et al. (2019, p. 44) " When you see someone doing something

well, it's important to point them out to their peers because others will want that positive reinforcement as well. "

Rappelons, tel que discuté dans l'article au chapitre 4, que nos résultats montrent qu'un facteur important pour les participantes sur l'unité de médecine-chirurgie dans leur adhésion à l'hygiène des mains est le leadership mobilisateur de l'infirmier-chef, ce que nous n'avons pas observé sur l'unité des soins palliatifs. En lien avec nos résultats et ceux d'autres auteurs (Huis, Schoonhoven, et al., 2013; Wendt, Euwema et Van Emmerik, 2009), nous postulons que le leadership d'un gestionnaire est un facteur positif afin de soutenir une équipe de soins dans sa démarche d'amélioration puis de maintien des taux d'adhésion à l'hygiène des mains. De plus, Wendt et al. (2009) soulignent que le leadership de la part d'un gestionnaire a un impact favorable sur la cohésion à l'intérieur d'une équipe et Huis et al. (2013) ont démontré quant à eux que cet impact se concrétisait par une amélioration de l'adhésion à l'hygiène des mains des infirmières. Bernard et al. (2018) et Caris et al. (2017) rapportent que les unités de soins les plus performantes au regard de l'hygiène des mains montrent une implication du gestionnaire de l'unité ainsi qu'une collaboration étroite des membres de l'équipe.

Nos résultats font ressortir la plus-value d'une pratique collaborative qui s'exprime à l'intérieur de deux équipes de soins qui travaillent ensemble vers l'atteinte d'un but commun, ce qui influence vraisemblablement le travail d'équipe. Cependant, nous constatons que ce qui favorise cette pratique collaborative diffère selon l'équipe de soins. Sur l'unité de médecine-chirurgie, les infirmières se sont impliquées et ont collaboré avec le soutien continu de leur infirmier-chef afin d'améliorer les taux d'adhésion à l'hygiène des mains. Bernard et al. (2018)

ainsi que Caris et al. (2017) notent aussi que de travailler ensemble vers un objectif commun influence vraisemblablement le travail d'équipe. Aux soins palliatifs, les infirmières ont travaillé en équipe afin de protéger des patients vulnérables qui sont en fin de vie et une adhésion renforcée à l'hygiène des mains en a découlé. Selon Dadich, Collier, Hodgins et Crawford (2018), les équipes de soins palliatifs sont habiles à travailler ensemble en démontrant un engagement envers leurs patients et elles n'hésitent pas à utiliser leur créativité pour s'adapter aux besoins de ces derniers. D'ailleurs, nous avons constaté que les deux équipes de soins étaient dévouées à leurs patients et nous avons eu le sentiment que d'avoir un but donnait un sens à leur travail. Se pourrait-il que nous ayons identifié cette pratique collaborative parce qu'au préalable on trouve dans ces deux équipes de soins un collectif de travail, cher à la psychodynamique de travail, selon lequel des travailleurs mettent leurs énergies ensemble vers un but commun (Alderson, 2004)?

Au niveau environnemental - Les facteurs environnementaux qui influencent les participantes dans leur pratique de l'hygiène des mains sont l'accessibilité et la disponibilité des solutions hydro-alcooliques et la présence de lavabos sur l'unité de médecine-chirurgie.

L'implantation des solutions hydro-alcooliques dans les milieux de soins a certes permis de faciliter l'adhésion à l'hygiène des mains des professionnels de la santé (Doronina et al., 2017; Erasmus, Daha, et al., 2010; Gould et al., 2018; Smiddy et al., 2015). Cependant, pour ce faire, il est essentiel que les distributeurs de ces solutions soient disponibles sur toutes les unités de soins, accessibles au personnel et toujours remplis (Midturi et al., 2015). Toutes les participantes à notre étude le mentionnent comme un des premiers facteurs facilitant l'adhésion

à l'hygiène des mains et plusieurs d'entre elles disent que si le distributeur de solution hydro-alcoolique est vide, il serait illusoire de croire qu'avant d'entrer dans la chambre d'un patient, alors que les infirmières sont déjà surchargées, ces dernières vont prendre le temps de chercher un distributeur qui soit rempli afin de pouvoir procéder à l'hygiène des mains. À cet effet et à l'écoute des suggestions des infirmières, l'infirmier-chef de l'unité de médecine-chirurgie a fait installer un deuxième distributeur de solution hydro-alcoolique à la porte de chacune des chambres de patient afin d'éviter ce problème. Ces deux éléments (accessibilité et disponibilité des solutions hydro-alcooliques) se retrouvent dans une recension des études qualitatives effectuées entre 2000 et 2014 portant sur les facteurs qui influencent l'adhésion à l'hygiène des mains des professionnels de la santé (Smiddy et al., 2015) ainsi que dans l'étude de Kirk et al. (2016) et l'étude québécoise d'Atif et al. (2019).

Nous avons pu observer que les participantes sur l'unité de médecine-chirurgie apprécient l'ajout de lavabos dans le corridor et mentionnent que cela facilite leur adhésion à l'hygiène des mains, ce que déplorent les participantes sur l'unité des soins palliatifs qui n'ont pas accès facilement aux lavabos. Plusieurs auteurs rapportent des problèmes d'adhésion à l'hygiène des mains lorsqu'il y a absence ou un accès limité aux lavabos (Agence de la santé publique du Canada, 2012b; Atif et al., 2019; Kowitt et al., 2013; Song et al., 2013). Cette problématique de disponibilités de lavabos devient encore plus complexe lorsque des patients sont atteints de diarrhée associée au *Clostridium difficile* étant donné que les solutions hydro-alcooliques ne sont pas efficaces contre cette bactérie (Zellmer et al., 2015).

Au niveau socioculturel et politique - Nos résultats montrent que l'adhésion à l'hygiène des mains est liée, entre autres facteurs, à la cohésion à l'intérieur d'une équipe de soins qui partage les mêmes valeurs ou le même but. Quelques auteurs reconnaissent que la majorité des interventions pour améliorer l'adhésion à l'hygiène des mains vise principalement les individus (Wilson et al., 2011) et que très peu d'entre elles s'adressent à des groupes comme les équipes de soins (Huis et al., 2012). Malgré ces critiques, force est de constater que l'on continue à cibler les individus alors que Whelan (2018) suggère que de mettre le blâme sur les comportements individuels au regard de la faible adhésion à l'hygiène des mains en réduit grandement la complexité. De plus, les infirmières sont très peu partie prenante des décisions quant à l'implantation des différentes recommandations et quelques auteurs sont d'avis que les approches traditionnelles pour améliorer l'adhésion à l'hygiène des mains tiennent peu compte de la complexité des soins à laquelle les infirmières sont confrontées au quotidien et du contexte local qui peut influencer cette pratique (Huis et al., 2012; Iedema et al., 2015). Contrairement aux résultats de l'étude de von Lengerke et al. (2015) et basés sur notre étude, nous sommes d'avis que les infirmières sont influencées par leur environnement social, c'est-à-dire la collaboration avec les collègues et le gestionnaire de leur unité de soins. D'ailleurs, plusieurs revues systématiques démontrent qu'il y a suffisamment d'évidence pour recommander l'implantation d'interventions qui ciblent l'influence sociale (Kingston et al., 2016; Luangasanatip et al., 2015; Neo et al., 2016; Price et al., 2018; Schweizer et al., 2014).

Au Québec, de nombreuses compressions au regard des ressources humaines et financières ont été effectuées au cours des dernières années dans le réseau de la santé, ce qui a grandement augmenté la charge de travail des infirmières. La situation des infirmières dans les

hôpitaux, qui se voient obligées de faire des heures supplémentaires obligatoires à cause d'un manque de ressources, est précaire (Ricard, 2019) et nous sommes d'avis qu'au niveau politique, le Ministère de la Santé et des Services sociaux se devra d'ajouter des ressources financières et humaines afin de soutenir les infirmières. Plusieurs participantes à notre étude ont mentionné d'ailleurs que la surcharge de travail et la pénurie de personnel faisaient en sorte qu'elles trouvaient difficile, malgré tout, de maintenir les taux d'adhésion à l'hygiène des mains. Compte tenu du contexte de santé dans lequel les infirmières évoluent (surcharge de travail, pénurie de personnel, etc.), si le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec souhaite que les taux d'adhésion à l'hygiène des mains des infirmières atteignent 80 % (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017b), des ajouts de ressources humaines et financières devront être effectués pour améliorer leurs conditions de travail.

Dans la prochaine section, nous discutons l'applicabilité de l'approche de la déviance positive à la pratique infirmière en lien avec l'hygiène des mains qui constitue notre troisième question de recherche.

Applicabilité de l'approche de la déviance positive à la pratique infirmière

Dadich et al. (2018) mentionnent qu'il peut être problématique de reconnaître la déviance positive et Mertens et al. (2016) suggèrent de bien définir ce concept si on souhaite l'étudier dans les organisations. Afin de discuter l'applicabilité de l'approche de la déviance positive dans le champ de la pratique infirmière en lien avec l'hygiène des mains, il apparaît pertinent de revenir sur les différentes définitions de la déviance positive - concept central de notre étude - proposée selon les auteurs, soit comme un comportement individuel ou une

approche de changement social et comportemental ainsi que sur l'opérationnalisation de ladite approche.

La déviance positive est définie comme un comportement individuel, intentionnel, bienveillant, qui s'éloigne des normes d'un groupe de référence (Spreitzer et Sonenshein, 2004) ou comme un comportement qui s'éloigne des normes de manière positive au regard de ses intentions, de sa conformité à des « métanormes » et qui génère un résultat inattendu (Mertens et al., 2016). Selon les résultats de notre étude au regard de la pratique de l'hygiène des mains, nous constatons que la déviance positive s'applique plutôt au comportement collectif d'une équipe de soins qui travaille ensemble (pratique collaborative) vers un but commun, soit de protéger les patients des infections. Ce comportement collectif est favorisé soit, par des métanormes organisationnelles (leadership de l'infirmier-chef sur l'unité de médecine-chirurgie) ou par des métanormes humanistes (pratique de soins empreinte d'humanisme des infirmières sur l'unité des soins palliatifs); ce qui mène à une meilleure adhésion à l'hygiène des mains en comparaison avec les autres équipes de soins du centre hospitalier. Rappelons que les métanormes réfèrent à des principes ancrés dans les croyances culturelles, religieuses ou philosophiques (Warren, 2003). Nous avons déjà mentionné dans l'article au chapitre 4 que ce concept de métanormes organisationnelles s'appliquait tout à fait au leadership de l'infirmier-chef sur l'unité de médecine-chirurgie qui milite pour la sécurité des patients sur son unité de soins. Quant aux métanormes humanistes que nous avons appliquées, dans ledit article, à une philosophie de soins humaniste des infirmières œuvrant sur l'unité des soins palliatifs, nous aimerions souligner que notre regard s'est modifié depuis la rédaction de l'article. Nous sommes d'avis que ces métanormes humanistes soient plutôt en lien avec le type de personnalité des

infirmières qui œuvrent sur une unité de soins palliatifs, comme nous avons pu le constater chez les participantes qui, par leur cheminement personnel ou leur expérience vécue, ont choisi d'accompagner des patients en fin de vie en leur assurant confort et sécurité et pour ce faire montre une pratique de soins empreinte d'humanisme.

La déviance positive est aussi définie comme une approche de changement social et comportemental basée sur le postulat que dans la plupart des organisations, il y a des individus qui sont en mesure de résoudre les problèmes mieux que leurs collègues en disposant des mêmes ressources (Marsh et al., 2004). L'opérationnalisation de l'approche de la déviance positive, selon Bradley (2009) propose 1) d'identifier les déviants positifs qui sont définis comme des individus ou des établissements plus performants dans un domaine d'intérêt, 2) d'étudier ces individus ou établissements à l'aide de méthodes qualitatives afin de générer des hypothèses sur les pratiques qui leur permettent d'être aussi performants; 3) de tester ces hypothèses auprès d'un échantillon représentatif puis 4) de travailler en collaboration avec des intervenants-clés pour disséminer les résultats. En nous appuyant sur les résultats de notre étude au regard de la pratique de l'hygiène des mains de deux équipes de soins qui sont plus performantes, nous sommes d'avis 1) que même s'il y a des individus dans une équipe de soins qui réussissent mieux, un comportement individuel peut être difficile à transmettre à d'autres équipes, 2) qu'il peut être possible d'amener un changement de comportement dans d'autres équipes, mais pas exactement tel que proposé, car les contextes ne sont jamais les mêmes; cependant, cela peut se faire par une conscientisation de ce qui se passe au cœur d'une équipe, 3) qu'il ne faudrait pas conclure que les ressources soient suffisantes même si des équipes de soins sont plus performantes et 4) qu'il est possible en étudiant – en profondeur – d'autres types d'équipe de

soins, de révéler des mécanismes différents de déviance positive. Nous sommes d'avis que l'approche de la déviance positive peut être utile à la pratique infirmière au regard de l'hygiène des mains, comme nous montrons dans cette section.

En effet, en utilisant les deux premières étapes de l'approche de la déviance positive, nous avons pu identifier deux équipes de soins plus performantes au regard de l'adhésion à l'hygiène des mains et étudier ces équipes à l'aide de deux ethnographies focalisées comparatives. Nous avons ainsi pu comprendre les facteurs qui explicitent des taux d'adhésion à l'hygiène des mains des infirmières plus élevés que sur d'autres unités. Même s'il peut être difficile d'appliquer les résultats à d'autres équipes de soins, car certains facteurs individuels peuvent ne pas être transférables, nous estimons que les facteurs ainsi identifiés pourraient permettre de proposer des pistes de solution pour améliorer l'adhésion à l'hygiène des mains des infirmières. Nous sommes d'avis que l'intérêt principal de l'approche de la déviance positive est de permettre de comprendre *pourquoi* des équipes de soins adhèrent à l'hygiène des mains mieux que leurs collègues des autres unités. Herington et van de Fliert (2017) soulignent que d'une part, la plupart des études sur la déviance positive dans la pratique ont tendance à éviter délibérément le " pourquoi " et à se concentrer plutôt sur l'identification du " quoi " (différences dans les comportements), puis sur l'établissement du " comment"; d'autre part, le "pourquoi" semble être absolument central pour ceux qui envisagent l'étude de la déviance positive. Selon nous, un apport novateur de notre étude aux connaissances sur l'approche de la déviance positive est d'avoir questionné et identifié des facteurs explicitant la meilleure performance au regard de la pratique de l'hygiène des mains de deux équipes de soins. L'utilisation de l'approche de la déviance positive en pratique basée sur une définition théorique du concept de la déviance

positive est une façon de faire peu retrouvée dans les écrits (M. Herington, communication personnelle, 27 avril 2017).

Quelques auteurs mentionnent, de façon très générale, que l'approche de la déviance positive pourrait favoriser l'*empowerment* individuel (Calarco, 2011; Casey et al., 2010; Jaramillo et al., 2008; Mertens et Recker, 2017) des infirmières. Nos données ethnographiques nous amènent à nuancer ces propos. Nous sommes d'avis que c'est plutôt l'*empowerment* d'une équipe de soins qui favorise la déviance positive et non l'inverse. Sur l'unité de médecine-chirurgie, tous les membres de l'équipe de soins ont pris en charge la démarche d'amélioration de l'adhésion à l'hygiène des mains et ont mentionné avoir un certain pouvoir d'agir. Pour exemple, les infirmières participaient aux rencontres d'équipe mensuelles, discutaient avec l'infirmier-chef des résultats des audits de surveillance de l'hygiène des mains et s'encourageaient. Chacune d'entre elles proposait différentes solutions afin de ne pas oublier de procéder à l'hygiène des mains avant ou en sortant de la chambre d'un patient. Baxter et al. (2015) mentionnent d'ailleurs que, si les solutions sont proposées par le personnel soignant, elles sont plus susceptibles d'être durables, acceptables et réalistes. Aux soins palliatifs, les infirmières ont dit travailler étroitement avec les autres infirmières et les médecins qui étaient à leur écoute; de plus, elles se sentaient très à l'aise de rappeler à ces derniers de procéder à l'hygiène des mains, lorsque c'était nécessaire. Dans le contexte de ces deux unités de soins, on peut postuler que l'*empowerment* se situe davantage au niveau de l'équipe de soins qu'au niveau individuel. Selon Ninacs (2008), on parlerait ici d'un *empowerment* de type organisationnel

" qui représente le processus d'appropriation d'un pouvoir par une organisation " (Ninacs, 2008, p. 17); l'organisation correspondant ici à un lieu de travail où " les personnes qui s'y trouvent partagent une fonction et un intérêt commun " (Ninacs, 2008, p. 57).

Nos résultats montrent qu'un certain pouvoir d'agir, une collaboration et une cohésion sociale à l'intérieur d'une équipe de soins favorisent la déviance positive – meilleure performance au regard de l'hygiène des mains (Figure 13) - en comparaison avec les autres équipes de soins où cette collaboration et cohésion peuvent être absente et dès lors aussi, en proportion égale, la déviance positive au regard de l'hygiène des mains. Ce qui nous permet de postuler que la déviance positive peut être appliquée à des équipes de soins et non seulement à des individus, comme proposés par plusieurs auteurs (Heckert et Heckert, 2015; Mackintosh et al., 2002; Marsh et al., 2004; Spreitzer et Sonenshein, 2004). Cet élément est, selon nous, le point central de notre étude; c'est-à-dire que nous avons constaté que la déviance positive peut être vécue collectivement et non seulement individuellement comme dans la plupart des études. Si la déviance positive ne s'appliquait qu'à un individu plus performant, certains facteurs explicitant cette meilleure performance pourraient avoir trait à sa personnalité, ce qui pourrait difficilement être opérationnalisé. De plus, il est important de constater qu'il n'y a pas un seul modèle de déviance positive au niveau d'une équipe; en fait, ce qui motive la pratique de l'hygiène des mains diffère selon chacune des équipes de soins

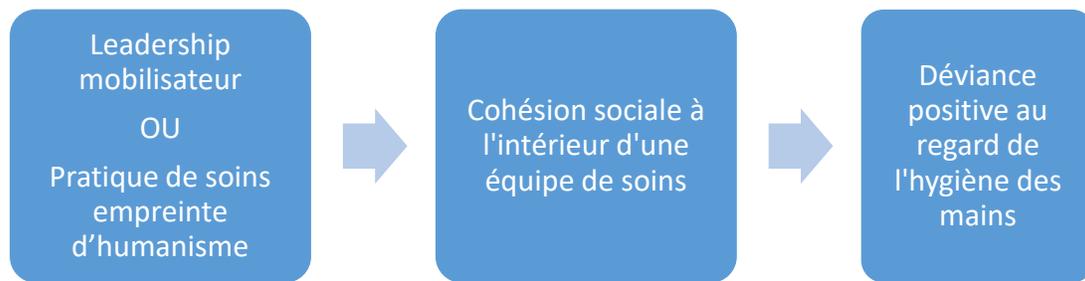


Figure 13 - Processus de la déviance positive au regard de l'hygiène des mains

Au regard de la pratique de l'hygiène des mains, Caris et al. (2017) rapportent que l'approche de la déviance positive leur a permis de comprendre l'importance de la participation du personnel soignant aux différentes interventions pour améliorer cette pratique. Huis et al. (2012) suggèrent aussi que les interventions pour améliorer l'adhésion à l'hygiène des mains devraient cibler les déterminants au niveau de l'équipe en se concentrant sur l'influence sociale des groupes. Ce qui nous amène à dire qu'un apport de notre étude aux connaissances sur la pratique de l'hygiène des mains est de mettre en lumière que l'approche de la déviance positive permet de comprendre l'importance d'une part, d'une pratique collaborative et d'un certain partage du pouvoir dans une équipe de soins puis d'autre part, de l'influence du contexte ainsi qu'une notion dynamique des différents enjeux auxquels sont confrontées les infirmières. Au regard de la pratique de l'hygiène des mains, nous estimons que l'observation des équipes de soins et plus spécifiquement des dynamiques desdites équipes permettent de montrer que les résultats peuvent être traduits en interventions/recommandations pour améliorer cette pratique, car l'observation d'infirmières de manière individuelle est souvent effectuée sans tenir compte du contexte. Nous soutenons ainsi que l'approche de la déviance positive peut être appliquée à la pratique de l'hygiène des mains des infirmières par une conscientisation qui, selon Freire

(2005), pourrait se faire à travers un processus de réflexion sur les facteurs qui explicitent une meilleure performance d'une équipe de soins à cette pratique et d'action par la mise en place de solutions basées sur ces facteurs.

Dans la prochaine section, nous présentons certaines limites de l'étude qui se doivent d'être discutées.

Limites de l'étude

La présence d'un chercheur peut avoir un certain impact sur les résultats d'une étude ethnographique. Tel que mentionné par Hammersley et Atkinson (2007), il est possible de minimiser les impacts que peut avoir le chercheur sur les personnes qu'il étudie, spécialement si ce dernier reste longtemps parmi le groupe observé et que sa présence devient (presque) une partie de leur quotidien. De plus, plutôt que de tenter d'éliminer complètement l'impact de sa présence – ce qui est impossible - il est préférable de le comprendre, car la manière dont les personnes réagissent à la présence du chercheur peut être très instructive et n'est pas toujours négative (Hammersley et Atkinson, 2007). À cet égard, l'infirmier-chef de l'unité de médecine-chirurgie a remercié l'étudiante-chercheuse de " tout ce que tu nous as apporté pour grandir encore " et quelques participantes ont mentionné à cette dernière à quel point les éléments abordés lors des entrevues les avaient fait réfléchir. Il a été mentionné au chapitre 3 que l'étudiante-chercheuse cumulait plus de vingt années de pratique en prévention des infections associées aux soins de santé au moment de la collecte de données. Les participantes à cette étude ne connaissaient pas l'étudiante-chercheuse et la majorité d'entre elles n'étaient pas au courant de ses années d'expérience en prévention des infections. Cependant, de manière un peu

inattendue, les participantes ont rapidement agi avec l'étudiante-chercheuse comme si elle était une collègue et une " spécialiste" en prévention des infections, la questionnant sur les mesures à prendre pour se protéger selon certaines situations. Ce qui a fait émerger, tel que mentionné dans les résultats, ce désir chez les participantes de recevoir plus d'informations spécifiques et ponctuelles. Les connaissances de l'étudiante-chercheuse ont certes facilité la collecte de données, mais cette dernière était bien consciente que sa présence pouvait influencer la pratique de l'hygiène des mains et c'est pour cette raison que le but de la recherche avait été élargi à toutes les mesures de prévention des infections. Malgré tout, comme le fait remarquer Fetterman (2010), après un peu de temps les personnes oublient la présence du chercheur et reprennent leurs habitudes. Effectivement, lors des périodes d'observation effectuées dans les chambres des patients, l'étudiante-chercheuse a pu constater que certaines participantes se sentaient très à l'aise de porter des gants pour tous les soins alors que ce n'est pas recommandé, selon les pratiques de base pour prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins de l'Agence de la santé publique du Canada (2012a). Au regard des différents types de formation sur la prévention des infections associées aux soins de santé qui sont offerts aux infirmières dans ce centre hospitalier, l'étudiante-chercheuse a pris connaissance du contenu de la formation en ligne qui cible spécifiquement la pratique de l'hygiène des mains. Il aurait été intéressant d'assister à la formation pré-embauche pour avoir plus de détails sur l'approche pédagogique utilisée, mais l'occasion ne s'est pas présentée. De plus, le but de cette étude n'était pas d'évaluer la formation que les infirmières reçoivent mais plutôt d'explorer les perceptions des participantes au regard de ces formations.

Les connaissances et l'expérience de l'étudiante-chercheuse ont certes influencé son regard sur l'analyse et l'interprétation des données, ce qui est selon Graneheim et Lundman (2004) attendu et souhaitable en analyse qualitative de données. Cependant, ces derniers rappellent que le chercheur doit laisser le texte parler et non y imputer un sens qui n'y est pas (Graneheim et Lundman, 2004). À cet égard, l'étudiante-chercheuse s'est appuyée à la fois sur ses connaissances et la recension des écrits pour coder les données colligées et les regrouper en facteurs individuels, organisationnels, environnementaux et socioculturels tout en maintenant une ouverture à l'émergence de codes à l'intérieur de ces regroupements. Quant à l'interprétation des données, si l'étudiante-chercheuse a utilisé son jugement et son expérience pour le faire, tel que proposé par Patton (2002, 2015), elle s'est assurée – entre autres, par une présentation de ses résultats dans le milieu étudié et par des discussions continues avec ses deux directrices - que son interprétation soit le reflet de ce que les participantes jugeaient important pour elles.

Une limite à notre étude est de n'avoir pu explorer les pratiques cliniques au regard de l'hygiène des mains des infirmières œuvrant sur d'autres types d'unités de soins afin de connaître la culture de ces équipes de soins. Nous aurions pu ainsi inclure éventuellement d'autres facteurs de déviance positive au regard de la pratique de l'hygiène des mains. Cependant, il est à souligner que nous avons comparé deux équipes de soins qui présentaient des taux élevés d'adhésion à l'hygiène des mains et identifié des structures différentes pour expliciter lesdits taux. Une autre limite est de ne pas avoir étudié les équipes de soins qui sont peu performantes au regard de la pratique de l'hygiène des mains afin de comprendre ce qui explicite le tout. Par contre, plusieurs des participantes sur l'unité de médecine-chirurgie et ayant

travaillé sur d'autres unités de soins ont mentionné que la culture de prévention des infections qui prévalait sur cette unité était unique et qu'elle n'avait pas constaté cela ailleurs. Dans la recension des écrits au chapitre 2, nous avons présenté une étude de Caris et al. (2017) qui ont fait l'exercice de comparer des unités de soins très performantes au regard de la pratique de l'hygiène des mains des professionnels de la santé avec des unités moins performantes. Les résultats de cette étude montrent sur les unités moins performantes un manque de collaboration et de compréhension des risques face à une faible adhésion à l'hygiène des mains pour la sécurité des patients (Caris et al., 2017). Au regard des résultats de notre étude montrant l'importance d'une pratique collaborative, aurions-nous fait les mêmes observations que celles de Caris et al. (2017)? Toutefois, il faut souligner que nous avons questionné les participantes sur les barrières à la pratique de l'hygiène des mains. Une dernière limite concerne le temps passé sur chacune des unités de soins. Avoir pu passer plus de temps (semaines, mois) aurait peut-être permis éventuellement de faire ressortir de nouvelles informations. De plus, comme nous avons effectué notre étude auprès d'équipes de soins d'un centre hospitalier universitaire francophone, il serait intéressant de procéder à de futures études auprès d'équipes de soins œuvrant dans un centre hospitalier anglophone afin d'y découvrir d'autres structures explicitant des taux élevés d'adhésion à l'hygiène des mains.

Bien que présentés sous forme de limites à notre étude, nous sommes d'avis que ces éléments pourraient servir de pistes à de futures recherches.

Nous présentons dans la prochaine section les implications des résultats de notre étude pour différents champs d'activité en sciences infirmières.

Implications des résultats pour différents champs d'activité en sciences infirmières

Les résultats de notre étude ont des implications pour les infirmières au regard de la pratique clinique de l'hygiène des mains et pour les acteurs qui peuvent influencer le contexte dans lequel œuvrent les infirmières soit, la gestion et l'administration, la politique ainsi que la recherche.

Implications des résultats pour la pratique clinique

Afin de protéger les patients et de se protéger elle-même des infections associées aux soins de santé, il est de la responsabilité professionnelle de chaque infirmière de procéder à l'hygiène des mains lors des soins directs aux patients. Cependant, force est d'admettre que cette pratique s'effectue dans un environnement de soins complexe (surcharge de travail, manque de ressources, etc.). Nous invitons les équipes de prévention des infections ainsi que tous les acteurs impliqués à regarder au-delà de la pratique individuelle d'hygiène des mains des infirmières. Nous sommes d'avis que l'approche de la déviance positive pourrait être utile pour la conscientisation des enjeux qui entourent cette pratique en étudiant les équipes de soins qui sont plus performantes afin de comprendre le " pourquoi " de cette meilleure performance. Pour ce faire, les équipes de préventions des infections pourraient, afin d'identifier ces équipes de soins, utiliser les résultats des audits d'hygiène des mains des infirmières, comme nous l'avons fait pour notre étude, ou procéder par des observations lors des tournées effectuées par les infirmières en prévention des infections. Une fois les équipes identifiées, des rencontres de discussions pourraient être effectuées avec les membres afin de comprendre pourquoi elles sont plus performantes au regard de la pratique de l'hygiène des mains. Des pistes de solution

pourraient émerger de ces discussions et permettre d'intervenir auprès des autres équipes de soins, si les facteurs identifiés sont évidemment applicables à d'autres.

Basé sur les résultats notre étude effectuée sous l'angle de l'approche de la déviance positive et appuyé par les écrits, nous proposons un modèle d'adhésion à l'hygiène des mains (Figure 14) qui pourrait contribuer à améliorer cette pratique chez les infirmières. Ledit modèle est basé sur les facteurs qui explicitent la meilleure performance au regard de l'hygiène des mains de deux équipes de soins. L'apport de ce modèle aux connaissances existantes sur les interventions pour améliorer la pratique de l'hygiène des mains des infirmières est de montrer que tous ces facteurs influencent cette pratique et qu'il faudrait en tenir compte au moment d'élaborer des interventions. De plus, ces dernières devraient adresser et favoriser tous les facteurs suivants: au niveau individuel – les connaissances, la protection personnelle et la conscience professionnelle.-; au niveau organisationnel – le leadership de l'infirmier(ère)-chef, la surveillance et une pratique collaborative; au niveau environnemental – la disponibilité, l'accessibilité des solutions hydro-alcooliques et des lavabos et au niveau socioculturel – une cohésion à l'intérieur de l'équipe de soins. Nous ajoutons à ce modèle le niveau politique au regard des ressources humaines et financières.

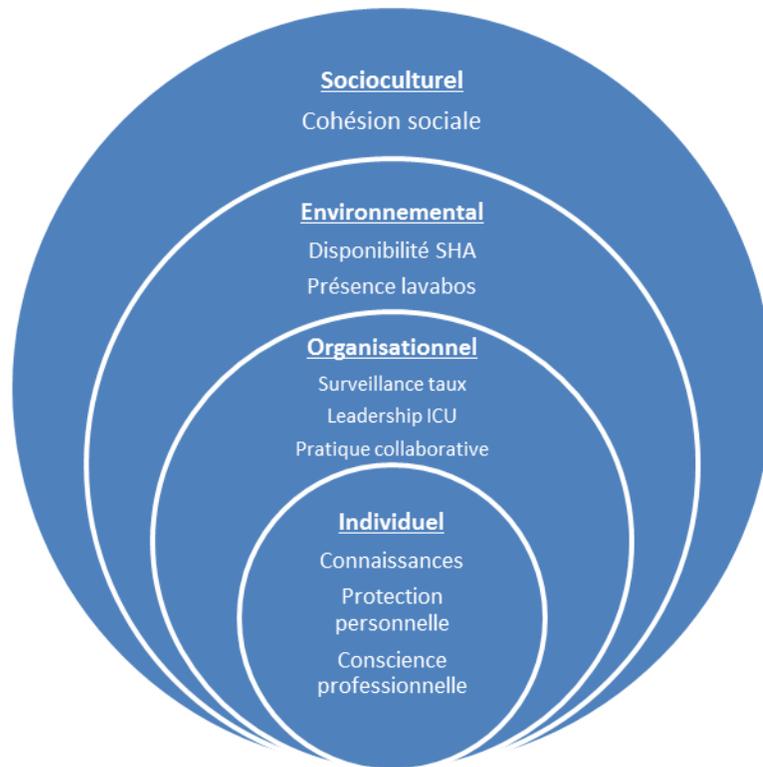


Figure 14 - Modèle d'adhésion à l'hygiène des mains

SHA= solutions hydro-alcooliques; ICU=infirmier-chef unité

Il est à souligner que tous ces facteurs sont issus de notre étude au regard de la pratique de l'hygiène des mains dans le contexte d'une unité de médecine-chirurgie et d'une unité de soins palliatifs où les taux d'adhésion à l'hygiène des mains des infirmières sont plus élevés en comparaison avec leurs collègues des autres unités de soins du même centre hospitalier. Nous les proposons comme pistes de solution tout en rappelant que des facteurs autres seraient à considérer dans divers contextes de soins.

Implications des résultats pour la gestion et l'administration

Des formations sur l'hygiène des mains devraient être effectuées à l'embauche. Doronina et al. (2017) et Gould et Drey (2013) font ressortir l'importance de maintenir des

programmes de formation pour améliorer l'adhésion à l'hygiène des mains des infirmières, car l'avantage principal est de permettre un transfert personnalisé des connaissances et une uniformisation du message sur la pratique de l'hygiène des mains (Salamati, Poursharifi, Rahbarimanesh, Koochak et Najafi, 2013). En cours d'emploi, il faudrait s'assurer que les formations répondent aux besoins des infirmières (Gould et al., 2018). Les participantes ont mentionné que des formations courtes et spécifiques seraient appréciées, comme par exemple, la présentation de cas cliniques qui montrent de manière plus concrète les impacts des infections associées aux soins de santé sur les patients. De plus, il faudrait profiter de chacune de ces formations pour conscientiser les infirmières sur l'importance de protéger leur santé en adhérant à l'hygiène des mains (Smiddy et al., 2015) et comme les participantes nous ont rappelés, protéger aussi indirectement leur famille. Les hôpitaux pourraient aussi partager les outils qu'ils ont développés au regard de l'hygiène des mains, telle que la formation en ligne élaborée dans le centre hospitalier où s'est déroulée l'étude.

Il est primordial que des distributeurs de solution hydro-alcoolique et des lavabos soient disponibles mais aussi facilement accessibles sur toutes les unités de soins (Atif et al., 2019; Kirk et al., 2016). De plus, les gestionnaires devraient s'assurer que les distributeurs soient toujours remplis de solution hydro-alcoolique (Midturi et al., 2015). De plus, il faudrait ajouter des lavabos pour que les infirmières puissent procéder à un lavage des mains avec de l'eau et du savon lorsqu'elles le jugent nécessaire et lorsque c'est recommandé lors des soins à un patient présentant une diarrhée associée au *Clostridium difficile* (Zellmer et al., 2015). Nous avons mentionné à l'équipe de prévention des infections le fait que quelques participantes utilisaient les solutions hydro-alcooliques avec un patient présentant une diarrhée associée au *Clostridium*

difficile plutôt que de l'eau et du savon. Nous avons proposé que ces éléments soient discutés avec les infirmières lors de sessions d'information.

Plusieurs auteurs (Bernard et al., 2018; Caris et al., 2017; Huis, Schoonhoven, et al., 2013; Wendt et al., 2009) ont montré, tout comme nous, que le leadership du gestionnaire sur une unité de soins a un impact favorable sur la pratique de l'hygiène des mains des membres d'une équipe. Dans le centre hospitalier à l'étude, le leadership mobilisateur de l'infirmier-chef sur l'unité de médecine-chirurgie réfère à un leader qui est " visionnaire pour rallier différents intervenants à une vision commune [...], qui démontre des compétences de coach pour les guider dans le développement de leur pratique [...] et qui a des habiletés d'organisateur afin de les orienter dans le sens des résultats souhaités " (Pierre et Dion, 2016, p. 1-2). Considérant l'impact que semble avoir le leadership des infirmiers(ères)-chefs sur la pratique de l'hygiène des mains des infirmières et constatant qu'il n'est peut-être pas donné à tous(tes) les infirmiers(ères)-chefs de posséder ce type de leadership, nous proposons que de la formation et du soutien leur soient offerts afin de les accompagner dans ce rôle essentiel.

Afin que les infirmières ne se sentent pas uniquement *surveillées* dans leur adhésion à l'hygiène des mains lors des audits, nous proposons qu'elles reçoivent une rétroaction sur les résultats afin d'en discuter et d'être impliquées dans les améliorations à apporter, tel que nous l'ont fait remarquer les participantes. Tel que suggéré par Stewardson, Sax, et al. (2011), nous avons discuté avec l'équipe de prévention des infections la pertinence de procéder à l'observation de l'hygiène des mains des infirmières à l'intérieur de la chambre afin de discuter avec elles et de comprendre les raisons qui les motivent à porter des gants pour tous les soins

aux patients, comme nous l'avons remarqué chez quelques participantes. De plus, tout comme le mentionnent Atif et al. (2019) ainsi que Doronina et al. (2017), une rétroaction positive devrait être donnée aux infirmières dans leur pratique de l'hygiène des mains. Comme nous l'avons observé sur l'unité de médecine-chirurgie, l'encouragement de l'infirmier-chef est un facteur de motivation mentionné par toutes les participantes. Lawton et al. (2014) rappellent que les professionnels de la santé ont besoin de recevoir des encouragements sincères et des messages constructifs, car ils sont souvent confrontés à des critiques.

Nous avons montré qu'une cohésion " sociale " à l'intérieur de chacune des équipes de soins est le facteur qui génère davantage la déviance positive – meilleure performance au regard de la pratique de l'hygiène des mains. Selon l'équipe de soins, cette cohésion est motivée de manière différente, soit par le leadership de l'infirmier-chef de l'unité de médecine-chirurgie ou par une pratique de soins basée sur l'humanisme que partagent les infirmières sur l'unité des soins palliatifs. À la lumière de ces résultats, nous sommes en accord avec Kwok et al. (2017) qui mentionnent que pour effectuer un changement au niveau de la pratique de l'hygiène des mains, il ne s'avère pas suffisant d'installer de nouvelles technologies et d'adresser les comportements individuels, en l'absence d'une cohésion sociale à l'intérieur d'une équipe de soins. Comme Kwok et al. (2017) précisent, il faut commencer par développer cette cohésion, si on veut augmenter les chances de réussir l'implantation locale de programmes visant l'amélioration de l'adhésion à l'hygiène des mains. Au-delà des interactions sociales entre les membres de l'équipe de soins, il faudrait mettre tout en œuvre pour permettre à chaque membre d'une équipe de soins de développer un sens d'engagement dans un projet commun, ce qui pourrait correspondre à un collectif de travail. Selon Anderson (2004, p.251), ce collectif de

travail nécessite en plus de l'engagement " la mobilisation, la collaboration, la solidarité, d'authentiques liens de confiance réciproques ". De plus, afin de maintenir ce collectif de travail, le soutien du gestionnaire de l'unité de soins, de l'établissement de soins et du ministère de la santé et des services sociaux est essentiel.

Implications des résultats pour la politique

Les infirmières représentent " la masse critique des professionnels de la santé " et plusieurs des priorités ministérielles les impliquent (Dubois, 2019, p. 247), mais force est de constater qu'elles ne sont pas prises en compte lors de prise de décisions au ministère de la Santé. Au Québec, de nombreuses réformes du réseau de la santé et des services sociaux ont eu lieu au cours des dernières décennies et à chaque fois, les infirmières ont été durement touchées, comme ce fut le cas en 2015, que ce soit par la réduction de personnel, la suppression de postes ou l'augmentation des ratios infirmière-patients (Rocheffort, 2019). Pourtant, il est reconnu que la surcharge de travail, le ratio patients-infirmière élevé, des restrictions budgétaires et le manque de temps nuisent à la pratique de l'hygiène des mains (Atif et al., 2019; De Wandel et al., 2010; Kirk et al., 2016; Lee et al., 2013; McAteer et al., 2014). Si, tel que proposé par la Loi 10 (Éditeur officiel du Québec, 2015, 7 février), une priorité du ministère de la Santé et des Services sociaux est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins des patients et qu'il s'attend à ce que les taux d'adhésion à l'hygiène des mains des professionnels de la santé atteignent 80 % en 2020 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015), il se devra d'intervenir pour améliorer les conditions de travail des infirmières. Des projets-pilotes ont été mis sur pied en 2018 conjointement par la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux pour évaluer les ratios infirmière-patients et ainsi mettre fin

au temps supplémentaire obligatoire (Rochefort, 2019). Cependant, même si un changement de gouvernement a eu lieu, les projets sont en cours et aucun résultat n'est disponible pour le moment car il reste encore des données à recevoir (J. Roy, communication personnelle, 29 août 2019). Nous invitons la ministre de la santé actuelle à être à l'écoute des besoins des infirmières et à mobiliser toutes les ressources nécessaires afin de les soutenir pour qu'elles soient en mesure de protéger leur santé tout en protégeant les patients si vulnérables aux infections associées aux soins de santé.

Implications des résultats pour la recherche

Les critiques des approches traditionnelles pour améliorer l'adhésion à l'hygiène des mains des infirmières portent principalement sur le manque de contextualisation des recommandations et sur l'accent qui est mis sur les individus plutôt que sur les équipes de soins (Gould et Drey, 2013; Huis et al., 2012; Iedema et al., 2015). La recherche au regard de la pratique de l'hygiène des mains des infirmières, tout comme des autres professionnels de la santé, doit se poursuivre afin de comprendre ce qui favorise ou ce qui nuit à cette pratique et ce, dans divers contextes de soins. Nous sommes d'avis, tout comme Atif et al. (2019), que les recherches au regard de la pratique de l'hygiène des mains devraient prendre en compte le contexte local et l'opinion des professionnels de la santé. Nous ajoutons aussi, comme nous l'avons montré dans notre étude, l'importance du contexte socioculturel et historique.

Les résultats de notre étude montrent que l'approche de la déviance positive est une méthode de recherche novatrice et intéressante pour étudier des équipes de soins plus performantes et ainsi, contribuer à améliorer les connaissances en comprenant pourquoi elles

sont plus performantes et en apprenant de ces dernières. Les infirmières qui ont participé à notre étude ont mentionné qu'elles étaient contentes de le faire, car elles n'avaient pas souvent l'occasion d'être écoutées et reconnues pour ce qu'elles accomplissaient. Utiliser l'approche de la déviance positive en recherche pourrait permettre de valoriser le rôle des infirmières et participer à véhiculer des messages positifs. L'approche de la déviance positive ne pourrait-elle pas aussi alimenter la recherche en promotion de la santé avec une perspective novatrice?

Pour conclure, nous rappelons qu'au centre des discussions sur la pratique de l'hygiène des mains des infirmières, et ce dans un contexte de prévention des infections associées aux soins de santé, se trouve un patient. Nous devons poursuivre les efforts pour améliorer les taux d'adhésion à l'hygiène des mains des infirmières, ainsi que de tous les professionnels de la santé, afin de protéger les patients des infections. Pour ce faire, nous avons montré dans cette étude qu'une mobilisation continue est nécessaire au niveau clinique, organisationnel, social et politique afin de soutenir les infirmières pour qu'elles soient en mesure de procéder à l'hygiène des mains et ainsi protéger les patients tout en protégeant leur santé.

CONCLUSION

Au Québec, la population est vieillissante et par le fait même, plus vulnérable à l'acquisition d'une infection associée aux soins de santé lors d'une hospitalisation. Il est reconnu que l'hygiène des mains est la mesure la plus efficace pour prévenir la transmission de ce type d'infections, mais les taux d'adhésion des professionnels de la santé à cette pratique sont faibles et ce, même si de nombreuses recherches ont été effectuées afin de les améliorer. Une attention particulière a été apportée aux infirmières, car ce sont elles qui ont le plus de contacts directs avec les patients.

Pour cette étude, nous avons comme objectif de comprendre pourquoi des infirmières réussissaient malgré tout à adhérer à l'hygiène des mains dans le contexte socioculturel et politique qui prévalait au Québec en 2015. Pour ce faire, nous avons utilisé une approche novatrice – la déviance positive – et deux ethnographies focalisées comparatives auprès de deux équipes de soins. Les résultats montrent que des facteurs individuels, organisationnels, environnementaux, tels que les connaissances, la conscience professionnelle, la protection personnelle, la disponibilité et l'accessibilité des solutions hydro-alcooliques ainsi qu'une pratique collaborative, influencent l'adhésion à l'hygiène des mains des infirmières qui ont participé à cette étude. Au niveau socioculturel, la cohésion sociale à l'intérieur de chacune des équipes de soins est le facteur qui influence davantage l'adhésion à l'hygiène des mains de ces infirmières. Cependant, ce qui favorise cette cohésion sociale diffère selon le contexte de soins.

Basé sur tous les facteurs qui influencent l'adhésion à l'hygiène des mains des participantes et qui pourrait contribuer à améliorer cette pratique chez les infirmières, cette thèse

a permis de proposer un modèle d'adhésion à l'hygiène des mains. Parmi les retombées anticipées, le transfert des connaissances sur les pratiques des infirmières au regard de l'hygiène des mains et des facteurs qui les amènent à le faire pourrait contribuer à améliorer le taux d'hygiène des mains et par conséquent au déploiement de meilleures pratiques infirmières dans le domaine de la prévention et du contrôle des infections associées aux soins de santé avec pour expression objectivable: une diminution du nombre d'infections associées aux soins de santé avec à terme, une amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

De plus, nous sommes d'avis qu'il serait intéressant, dans le domaine de la santé, d'appliquer l'approche de la déviance positive à des groupes, des systèmes ou des collectivités plutôt que des individus et ce, tant au niveau communautaire que national. Les résultats pourraient nous permettre d'étudier un système de santé de manière plus holistique.

Bibliographie

- Abdella, N. M., Tefera, M. A., Eredie, A. E., Landers, T. F., Malefia, Y. D. et Alene, K. A. (2014). Hand hygiene compliance and associated factors among health care providers in Gondar University Hospital, Gondar, North West Ethiopia. *BMC Public Health*, 14(1), 96-96. doi: 10.1186/1471-2458-14-96
- Aboumatar, H., Ristaino, P., Davis, R. O., Thompson, C. B., Maragakis, L., Cosgrove, S., . . . Perl, T. M. (2012). Infection prevention promotion program based on the PRECEDE model: improving hand hygiene behaviors among healthcare personnel. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 33(2), 144-151. doi: 10.1086/663707
- Abrahamson, K., Schilling, K. et Doebbeling, C. C. (2010). Proposing a Positive Deviance Model to Improve Management of Cancer-related Psychosocial Distress. *Journal of Theory Construction & Testing*, 14(1).
- Acquarulo, B. A., Sullivan, L., Gentile, A. L., Boyce, J. M. et Martinello, R. A. (2018). Mixed-methods analysis of glove use as a barrier to hand hygiene. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 40(1), 103-105. doi: 10.1017/ice.2018.293
- Adib, J. (2012). *Le concept d'infirmière « championne » en prévention et contrôle des infections analysé selon la théorie du caring humain*. (Université de Montréal).
- Agence de la santé publique du Canada (2012a). *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins*. Ottawa: Centre de lutte contre les maladies transmissibles et les infections.
- Agence de la santé publique du Canada (2012b). *Pratiques en matière d'hygiène des mains dans les milieux de soins* Ottawa, Ontario: Agence de la santé publique du Canada.
- Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (2014). *Pratiques Exemplaires D'hygiène Des Mains Dans tous les établissements de soins de santé*. Toronto, On.: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.
- Ahmed, Q. A., Memish, Z. A., Allegranzi, B., Pittet, D. et Challenge, W. H. O. G. P. S. (2006). Muslim health-care workers and alcohol-based handrubs. *Lancet*, 367(9515), 1025-1027. doi: 10.1016/S0140-6736(06)68431-6
- Ahrari, M., Houser, R. F., Yassin, S., Mogheez, M., Hussaini, Y., Crump, P., . . . Levinson, F. J. (2006). A positive deviance-based antenatal nutrition project improves birth-weight in Upper Egypt. *J Health Popul Nutr*, 24(4), 498-507.
- Al-Tawfiq, J. A., Abed, M. S., Al-Yami, N. et Birrer, R. B. (2013). Promoting and sustaining a hospital-wide, multifaceted hand hygiene program resulted in significant reduction in health care-associated infections. *Am J Infect Control*, 41(6), 482-486. doi: 10.1016/j.ajic.2012.08.009
- Alderson, M. (2004). La psychodynamique du travail : objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 243-260. doi: <https://doi.org/10.7202/008833ar>
- Allegranzi, B., Memish, Z. A., Donaldson, L., Pittet, D., World Health Organization Global Patient Safety Challenge Task Force on, R., Cultural Aspects of Hand, H. et World Alliance for Patient, S. (2009). Religion and culture: potential undercurrents influencing hand hygiene promotion in health care. *Am J Infect Control*, 37(1), 28-34. doi: 10.1016/j.ajic.2008.01.014

- Allegranzi, B. et Pittet, D. (2007). Healthcare-associated infection in developing countries: simple solutions to meet complex challenges. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 28(12), 1323-1327. doi: 10.1086/521656
- Almaguer-Leyva, M., Mendoza-Flores, L., Medina-Torres, A. G., Salinas-Caballero, A. G., Vidana-Amaro, J. A., Garza-Gonzalez, E. et Camacho-Ortiz, A. (2013). Hand hygiene compliance in patients under contact precautions and in the general hospital population. *American Journal of Infection Control*, 41(11), 976-978. doi: 10.1016/j.ajic.2013.05.003
- Alp, E., Ozturk, A., Guven, M., Celik, I., Doganay, M. et Voss, A. (2011). Importance of structured training programs and good role models in hand hygiene in developing countries. *J Infect Public Health*, 4(2), 80-90. doi: 10.1016/j.jiph.2011.03.001
- Amineh, R. J. et Asl, H. D. (2015). Review of constructivism and social constructivism. *Journal of Social Sciences, Literature and Languages*, 1(1), 9-16.
- Anadón, M. (2006). La recherche dite « qualitative » : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherches qualitatives*, 26(1), 5-31.
- Atif, S., Lorcy, A. et Dubé, E. (2019). Healthcare workers' attitudes toward hand hygiene practices: Results of a multicentre qualitative study in Quebec. *Canadian Journal of Infection Control*, 34(1).
- Awad, S. S., Palacio, C. H., Subramanian, A., Byers, P. A., Abraham, P., Lewis, D. A. et Young, E. J. (2009). Implementation of a methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) prevention bundle results in decreased MRSA surgical site infections. *The American Journal of Surgery*, 198(5), 607-610.
- Awofeso, N., Irwin, T. et Forrest, G. (2008). Using positive deviance techniques to improve smoking cessation outcomes in New South Wales prison settings. *Health Promot J Austr*, 19(1), 72-73.
- Babalola, S., Ouedraogo, D. et Vondrasek, C. (2006). Motivation for late sexual debut in Côte d'Ivoire and Burkina Faso: A positive deviance inquiry. *Journal of HIV/AIDS prevention in children & youth*, 7(2), 65-87.
- Barel, Y. et Frémeaux, S. (2010). Les motifs de la déviance positive. *Management & Avenir*, 2(32), 91-107.
- Barrett, R. et Randle, J. (2008). Hand hygiene practices: nursing students' perceptions. *J Clin Nurs*, 17(14), 1851-1857. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02215.x
- Baxter, R., Taylor, N., Kellar, I. et Lawton, R. (2015). Learning from positively deviant wards to improve patient safety: an observational study protocol. *BMJ Open*, 5(12), e009650. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009650
- Baxter, R., Taylor, N., Kellar, I. et Lawton, R. (2016). What methods are used to apply positive deviance within healthcare organisations? A systematic review. *BMJ Qual Saf*, 25(3), 190-201. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004386
- Ben-Yehuda, N. (1990). Positive and negative deviance: More fuel for a controversy. *Deviant Behavior*, 11(3), 221-244.
- Berhe, M., Edmond, M. et Bearman, G. (2006). Measurement and feedback of infection control process measures in the intensive care unit: Impact on compliance. *Am J Infect Control*, 34(8), 537-539. doi: 10.1016/j.ajic.2005.06.014
- Bernard, L., Biron, A., Lavigne, G., Frechette, J., Bernard, A., Mitchell, J. et Lavoie-Tremblay, M. (2018). An exploratory study of safety culture, biological risk management and hand hygiene of healthcare professionals. *J Adv Nurs*, 74(4), 827-837. doi: 10.1111/jan.13500

- Bischoff, W. E., Reynolds, T. M., Sessler, C. N., Edmond, M. B. et Wenzel, R. P. (2000). Handwashing compliance by health care workers: The impact of introducing an accessible, alcohol-based hand antiseptic. *Arch Intern Med*, 160(7), 1017-1021.
- Bisits Bullen, P. A. (2011). The positive deviance/hearth approach to reducing child malnutrition: systematic review. *Tropical Medicine & International Health*, 16(11), 1354-1366.
- Bonuel, N., Byers, P. et Gray-Becknell, T. (2009). Methicillin resistant Staphylococcus aureus (MRSA) prevention through facility-wide culture change. *Critical Care Nursing Quarterly*, 32(2), 144-148. doi: 10.1097/CNQ.0b013e3181a27f48
- Borg, M. A., Benbachir, M., Cookson, B. D., Ben Redjeb, S., Elnasser, Z., Rasslan, O., . . . Bagatzouni, D. P. (2009). Health care worker perceptions of hand hygiene practices and obstacles in a developing region. *Am J Infect Control*, 37(10), 855-857. doi: 10.1016/j.ajic.2009.06.003
- Boscart, V. M., Fernie, G. R., Lee, J. H. et Jaglal, S. B. (2012). Using psychological theory to inform methods to optimize the implementation of a hand hygiene intervention. *Implement Sci*, 7, 77. doi: 10.1186/1748-5908-7-77
- Boyce, J. M., Laughman, J. A., Ader, M. H., Wagner, P. T., Parker, A. E. et Arbogast, J. W. (2019). Impact of an automated hand hygiene monitoring system and additional promotional activities on hand hygiene performance rates and healthcare-associated infections. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 40(7), 741-747. doi: 10.1017/ice.2019.77
- Boyce, J. M. et Pittet, D. (2002). Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Society for Healthcare Epidemiology of America/Association for Professionals in Infection Control/Infectious Diseases Society of America. *MMWR Recomm Rep*, 51(RR-16), 1-45, quiz CE41-44.
- Bradley, E. H., Curry, L. A., Ramanadhan, S., Rowe, L., Nembhard, I. M. et Krumholz, H. M. (2009). Research in action: using positive deviance to improve quality of health care. *Implement Sci*, 4, 25. doi: 10.1186/1748-5908-4-25
- British Columbia Ministry of Health (2012). *Best Practices for Hand Hygiene in All Health Care Settings*.
 . Victoria: British Columbia Ministry of Health, Health Authorities and Providence Health Care.
- Bryman, A. (2004). Interviewing in qualitative research. (*Social Research Methods* (2e ed.^o éd., p. 311-333): Oxford U Press.
- Burke, R. E. et Levin, R. F. (2010). Describing the problem for an evidence-based practice improvement project: A missing ingredient. *Research and theory for nursing practice*, 24(3), 155.
- Burke, R. E. et O'Grady, E. T. (2012). Group visits hold great potential for improving diabetes care and outcomes, but best practices must be developed. *Health Affairs*, 31(1), 103-109.
- Butler-Jones, D. (2013). *The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada, 2013: Infectious Disease-The Never-ending Threat*. Public Health Agency of Canada.
- Calarco, M. M. (2011). The impact of positive practices on nurse work environments: emerging applications of positive organizational scholarship. *Western journal of nursing research*, 33(3), 365-384.

- Cara, C., Gauvin-Lepage, J., Lefebvre, H., Létourneau, D., Alderson, M., Larue, C., . . . Girard, F. (2016). Le Modèle humaniste des soins infirmiers-UdeM: perspective novatrice et pragmatique. *Recherche en soins infirmiers*(2), 20-31.
- Carey, M. et Foster, V. (2011). Introducing ‘deviant’ social work: contextualising the limits of radical social work whilst understanding (fragmented) resistance within the social work labour process. *British Journal of Social Work*, 41(3), 576-593.
- Caris, M. G., Kamphuis, P. G. A., Dekker, M., de Bruijne, M. C., van Agtmael, M. A. et Vandenbroucke-Grauls, C. (2017). Patient Safety Culture and the Ability to Improve: A Proof of Concept Study on Hand Hygiene. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 38(11), 1277-1283. doi: 10.1017/ice.2017.209
- Casey, M., Saunders, J. et O’Hara, T. (2010). Impact of critical social empowerment on psychological empowerment and job satisfaction in nursing and midwifery settings. *Journal of Nursing Management*, 18(1), 24-34.
- Centre hospitalier de l’Université de Montréal. (2012). *Formation sur l’hygiène des mains*. Repéré à <https://moodle.chumontreal.qc.ca/>
- Champagne, F., Contandriopoulos, A., Ste-Marie, G. et Chartrand, E. (2018). L’accessibilité aux services de santé et aux services sociaux au Québec. *École de santé publique (ESPUM) et Institut de recherche en santé publique (IRSPUM) Université de Montréal*, 1-48.
- Chang, N. C., Reisinger, H. S., Jesson, A. R., Schweizer, M. L., Morgan, D. J., Forrest, G. N. et Perencevich, E. N. (2016). Feasibility of monitoring compliance to the My 5 Moments and Entry/Exit hand hygiene methods in US hospitals. *Am J Infect Control*, 44(8), 938-940. doi: 10.1016/j.ajic.2016.02.007
- Chatfield, S. L., DeBois, K., Nolan, R., Crawford, H. et Hallam, J. S. (2017). Hand hygiene among healthcare workers: A qualitative meta summary using the GRADE-CERQual process. *J Infect Prev*, 18(3), 104-120. doi: 10.1177/1757177416680443
- Chatfield, S. L., Nolan, R., Crawford, H. et Hallam, J. S. (2016). Experiences of hand hygiene among acute care nurses: An interpretative phenomenological analysis. *SAGE Open Med*, 4, 2050312116675098. doi: 10.1177/2050312116675098
- Chen, J. K., Wu, K. S., Lee, S. S., Lin, H. S., Tsai, H. C., Li, C. H., . . . Chen, Y. S. (2016). Impact of implementation of the World Health Organization multimodal hand hygiene improvement strategy in a teaching hospital in Taiwan. *Am J Infect Control*, 44(2), 222-227. doi: 10.1016/j.ajic.2015.10.004
- Chou, T., Kerridge, J., Kulkarni, M., Wickman, K. et Malow, J. (2010). Changing the culture of hand hygiene compliance using a bundle that includes a violation letter. *American Journal of Infection Control*, 38(7), 575-578. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2010.01.016>
- Clancy, T. R. (2010). Diamonds in the rough: positive deviance and complexity. *J Nurs Adm*, 40(2), 53-56. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181cb97d9
- Clinard, M. (1974). *Sociology of Deviant Behavior*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Cohn, K. (2009). Changing physician behavior through involvement and collaboration. *Journal of healthcare management*, 54(2), 80.
- Cohn, K., Friedman, L. H. et Allyn, T. R. (2007). The tectonic plates are shifting: cultural change vs. mural dyslexia. *Frontiers of health services management*, 24(1), 11.

- Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales (2005). *D'abord, ne pas nuire... Les infections nosocomiales au Québec, un problème majeur de santé, une priorité*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales (2018). *Surveillance provinciale des infections nosocomiales : faits saillants, discussions et orientations 2016-2017*. Québec: Institut national de santé publique du Québec.
- Comité sur les infections nosocomiales du Québec (2004). *Normes en ressources humaines pour la prévention des infections au Québec: Avis scientifique pour les centres hospitaliers*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.
- Contandriopoulos, D., Perroux, M., Brousselle, A. et Breton, M. (2014). Analyse logique des effets prévisibles du projet de loi n 10 et des avenues d'intervention souhaitables. *Mémoire sur le projet de Loi(10)*.
- Creswell, J. (2013). *Qualitative inquiry & research design: choosing among five Approaches*. (3e ed.° éd.). Ca: SAGE.: Thousand Oaks.
- Crom, S. et Bertels, T. (1999). Change leadership: the virtues of deviance. *Leadership & Organization Development Journal*, 20(3), 162-168.
- Cruz, E. V. et Higginbottom, G. (2013). The use of focused ethnography in nursing research. *Nurse Res*, 20(4), 36-43.
- Cumbler, E., Castillo, L., Satorie, L., Ford, D., Hagman, J., Hodge, T., . . . Wald, H. (2013). Culture change in infection control: applying psychological principles to improve hand hygiene. *J Nurs Care Qual*, 28(4), 304-311. doi: 10.1097/NCQ.0b013e31829786be
- Curry, L. A., Spatz, E., Cherlin, E., Thompson, J. W., Berg, D., Ting, H. H., . . . Bradley, E. H. (2011). What distinguishes top-performing hospitals in acute myocardial infarction mortality rates? A qualitative study. *Ann Intern Med*, 154(6), 384-390. doi: 10.7326/0003-4819-154-6-201103150-00003
- Dadich, A., Collier, A., Hodgins, M. et Crawford, G. (2018). Using Positive Organizational Scholarship in Healthcare and Video Reflexive Ethnography to Examine Positive Deviance to New Public Management in Healthcare. *Qualitative health research*, 1049732318759492.
- Damschroder, L. J., Banaszak-Holl, J., Kowalski, C. P., Forman, J., Saint, S. et Krein, S. L. (2009). The role of the champion in infection prevention: results from a multisite qualitative study. *Qual Saf Health Care*, 18(6), 434-440. doi: 10.1136/qshc.2009.034199
- Daniela, K. (2006). Social benefits of being creative: creativity as a positive deviance. *Studia Psychologica*, 48(3), 229.
- Darawad, M. W., Al-Hussami, M., Almhairat, II et Al-Sutari, M. (2012). Investigating Jordanian nurses' handwashing beliefs, attitudes, and compliance. *Am J Infect Control*, 40(7), 643-647. doi: 10.1016/j.ajic.2011.08.018
- David, C. (2004). *Notes on nursing: what it is, and what it is not*
- De Bono, S., Heling, G. et Borg, M. A. (2014). Organizational culture and its implications for infection prevention and control in healthcare institutions. *J Hosp Infect*, 86(1), 1-6. doi: 10.1016/j.jhin.2013.10.007
- De Wandel, D., Maes, L., Labeau, S., Vereecken, C. et Blot, S. (2010). Behavioral determinants of hand hygiene compliance in intensive care units. *Am J Crit Care*, 19(3), 230-239. doi: 10.4037/ajcc2010892
- Dedrick, R. E., Sinkowitz-Cochran, R. L., Cunningham, C., Muder, R. R., Perreiah, P., Cardo, D. M. et Jernigan, J. A. (2007). Hand hygiene practices after brief encounters with

- patients: an important opportunity for prevention. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 28(3), 341-345. doi: 10.1086/510789
- DesRosiers, N., Laplante, P., Longtin, Y. et Michaud, C. (2014). Et si le patient vous demandait de vous laver les mains. *Perspective infirmière*, 11(2), 52-55.
- DiCenso, A., Guyatt, G. et Ciliska, D. (2005). *Evidence-based nursing: A guide to clinical practice*. S. Louis, MO: Mosby Inc.
- DiDiodato, G. (2013). Has improved hand hygiene compliance reduced the risk of hospital-acquired infections among hospitalized patients in Ontario? Analysis of publicly reported patient safety data from 2008 to 2011. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 34(6), 605-610. doi: 10.1086/670637
- Dodge, D. (1985). The over-negativized conceptualization of deviance: A programmatic exploration. *Deviant Behavior*, 6, 17-37.
- Dombecki, C., Shah, M. M., Eke-Usim, A., Akkina, S. R., Ahrens, M., Sturm, L., . . . Foxman, B. (2015). The impact of role models on hand hygiene compliance. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 36(5), 610-612. doi: 10.1017/ice.2015.20
- Donaldson, T. et Dunfee, T. W. (1994). Toward a Unified Conception of Business Ethics: Integrative Social Contracts Theory. *The Academy of Management Review*, 19(2), 252-284. doi: 10.2307/258705
- Doronina, O., Jones, D., Martello, M., Biron, A. et Lavoie-Tremblay, M. (2017). A systematic review on the effectiveness of interventions to improve hand hygiene compliance of nurses in the hospital setting. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(2), 143-152.
- dos Santos, R. P., Konkewicz, L. R., Nagel, F. M., Lisboa, T., Xavier, R. C., Jacoby, T., . . . Kuchenbecker, R. (2013). Changes in hand hygiene compliance after a multimodal intervention and seasonality variation. *American Journal of Infection Control*, 41(11), 1012-1016. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2013.05.020>
- Dubois, S. (2019). La transformation du réseau québécois de la santé : une opportunité de repositionnement stratégique des soins infirmiers. *Healthcare Management Forum*, 32(5), 247-252. doi: 10.1177/0840470419837258
- Dynes, M., Stephenson, R., Rubardt, M. et Bartel, D. (2012). The influence of perceptions of community norms on current contraceptive use among men and women in Ethiopia and Kenya. *Health & place*, 18(4), 766-773.
- Projet de loi n°10: Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (2015, 7 février).
- Edmond, M. B., Goodell, A., Zuelzer, W., Sanogo, K., Elam, K. et Bearman, G. (2010). Successful use of alcohol sensor technology to monitor and report hand hygiene compliance. *Journal of Hospital Infection*, 76(4), 364-365. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2010.07.006>
- Effken, J. A., Brewer, B. B., Logue, M. D., Gephart, S. M. et Verran, J. A. (2011). Using Cognitive Work Analysis to fit decision support tools to nurse managers' work flow. *Int J Med Inform*, 80(10), 698-707. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2011.07.003
- Eiamsitrakoon, T., Apisarnthanarak, A., Nuallaong, W., Khawcharoenporn, T. et Mundy, L. M. (2013). Hand Hygiene Behavior: Translating Behavioral Research into Infection Control Practice. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 34(11), 1137-1145. doi: 10.1086/673446
- Erasmus, V., Brouwer, W., van Beek, E. F., Oenema, A., Daha, T. J., Richardus, J. H., . . . Brug, J. (2009). A qualitative exploration of reasons for poor hand hygiene among hospital workers: lack of positive role models and of convincing evidence that hand

- hygiene prevents cross-infection. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 30(5), 415-419. doi: 10.1086/596773
- Erasmus, V., Daha, T. J., Brug, H., Richardus, J. H., Behrendt, M. D., Vos, M. C. et van Beeck, E. F. (2010). Systematic review of studies on compliance with hand hygiene guidelines in hospital care. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 31(3), 283-294. doi: 10.1086/650451
- Erasmus, V., Kuperus, M. N., Richardus, J. H., Vos, M. C., Oenema, A. et van Beeck, E. F. (2010). Improving hand hygiene behaviour of nurses using action planning: a pilot study in the intensive care unit and surgical ward. *Journal of Hospital Infection*, 76(2), 161-164. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2010.04.024>
- Eriksen, H. M., Iversen, B. G. et Aavitsland, P. (2005). Prevalence of nosocomial infections in hospitals in Norway, 2002 and 2003. *J Hosp Infect*, 60(1), 40-45. doi: 10.1016/j.jhin.2004.09.038
- Etchells, D., Mittmann, N., Matlow, A., Daneman, N., Koo, M., Baker, M., . . . Taggar, R. (2012). *L'aspect économique de la sécurité des patients dans un établissement de soins de courte durée: rapport technique*. Institut canadien pour la sécurité des patients.
- Etchells, E., Mittman, N., Koo, M., Baker, M., Krahn, M., Shojania, K. G., . . . Institut canadien pour la sécurité des patients. (2013). *L'aspect économique de la sécurité des patients dans un établissement de soins de courte durée : rapport technique*.
- Études supérieures et postdoctorales (2019). *Guide de présentation des mémoires et des thèses* Montréal: Université de Montréal.
- Ewald, K. et Jiobu, R. M. (1985). Explaining Positive Deviance: Becker's Model and the Case of Runners and Bodybuilders. *Sociology of Sport Journal*, 2(2), 144-156.
- Fakhry, M., Hanna, G. B., Anderson, O., Holmes, A. et Nathwani, D. (2012). Effectiveness of an audible reminder on hand hygiene adherence. *Am J Infect Control*, 40(4), 320-323. doi: 10.1016/j.ajic.2011.05.023
- Faria, S., Sodano, L., Gjata, A., Dauri, M., Sabato, A. F., Bilaj, A., . . . Prevalence Study, G. (2007). The first prevalence survey of nosocomial infections in the University Hospital Centre 'Mother Teresa' of Tirana, Albania. *J Hosp Infect*, 65(3), 244-250. doi: 10.1016/j.jhin.2006.11.007
- Fee, C., Hall, K., Morrison, J. B., Stephens, R., Cosby, K., Fairbanks, R. J., . . . O'Connor, K. (2011). Consensus-based recommendations for research priorities related to interventions to safeguard patient safety in the crowded emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 18(12), 1283-1288.
- Fetterman, D. (2010). *Ethnography. Step-by-step*. (third edition^e éd.). California: Sage Publications Inc.
- Fielding, K., Hogg, M. et Annandale, N. (2006). Reactions to Positive Deviance: Social Identity and Attribution Dimensions. *Group Processes & Intergroup Relations*, 9(2), 199-218.
- Fowles, E. R., Hendricks, J. A. et Walker, L. O. (2005). Identifying healthy eating strategies in low-income pregnant women: applying a positive deviance model. *Health care for women international*, 26(9), 807-820.
- Freire, P. (2005). *Education for Critical Consciousness*. New-York: Continuum International Publishing Group.
- Friedman, S. R., Mateu-Gelabert, P., Sandoval, M., Hagan, H. et Des Jarlais, D. C. (2008). Positive deviance control-case life history: a method to develop grounded hypotheses about successful long-term avoidance of infection. *BMC Public Health*, 8, 94. doi: 10.1186/1471-2458-8-94

- Gabbay, R. A., Friedberg, M. W., Miller-Day, M., Cronholm, P. F., Adelman, A. et Schneider, E. C. (2013). A positive deviance approach to understanding key features to improving diabetes care in the medical home. *Ann Fam Med, 11 Suppl 1*, S99-107. doi: 10.1370/afm.1473
- Gardam, M. (2010). Canadian Positive Deviance Project.
- Gardam, M., Reason, P. et Rykert, L. (2010). Healthcare culture and the challenge of preventing healthcare-associated infections. *Healthc Q, 13 Spec No*, 116-120.
- Gary, J. (2012). *The use of positive deviance to deliver patient-centered care*. (University of Texas at Tyler, Texas).
- Gary, J. C. (2013). Exploring the Concept and Use of Positive Deviance in Nursing. *American Journal of Nursing, 113*(8), 26-34.
- Geertz, C. (2000). *Available Light: Anthropological Reflections on Philosophical Topics*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Gikas, A., Padiaditis, J., Papadakis, J. A., Starakis, J., Levidiotou, S., Nikolaides, P., . . . Greek Infection Control, N. (2002). Prevalence study of hospital-acquired infections in 14 Greek hospitals: planning from the local to the national surveillance level. *J Hosp Infect, 50*(4), 269-275. doi: 10.1053/jhin.2002.1181
- Girou, E. (2005). Hygiène des mains et solutions hydro-alcooliques *Revue Francophone des Laboratoires, 376*, p. 45.
- Goode, E. (1991). Positive deviance: A viable concept. *Deviant Behavior, 12*(3), 289-309.
- Goodliffe, L., Ragan, K., Larocque, M., Borgundvaag, E., Khan, S., Moore, C., . . . Mount Sinai Infection Control, T. (2014). Rate of healthcare worker-patient interaction and hand hygiene opportunities in an acute care setting. *Infect Control Hosp Epidemiol, 35*(3), 225-230. doi: 10.1086/675286
- Gould, D., Chudleigh, J., Drey, N. et Moralejo, D. (2007). Measuring handwashing performance in health service audits and research studies. *J Hosp Infect, 66*(2), 109-115. doi: 10.1016/j.jhin.2007.02.009
- Gould, D. et Drey, N. (2013). Types of interventions used to improve hand hygiene compliance and prevent healthcare associated infection. *Journal of Infection Prevention, 14*(3), 88-93. doi: 10.1177/1757177413482608
- Gould, D., Moralejo, D., Drey, N. et Chudleigh, J. (2011). Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care. *Cochrane Database Syst Rev*(9), CD005186. doi: 10.1002/14651858.CD005186.pub3
- Gould, D., Moralejo, D., Drey, N., Chudleigh, J. et Taljaard, M. (2018). Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care: Reflections on three systematic reviews for the Cochrane Collaboration 2007-2017. *J Infect Prev, 19*(3), 108-113. doi: 10.1177/1757177417751285
- Gould, D., Moralejo, D., Drey, N., Chudleigh, J. H. et Taljaard, M. (2017). Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care. *Cochrane Database Syst Rev, 9*, CD005186. doi: 10.1002/14651858.CD005186.pub4
- Graf, K., Ott, E., Wolny, M., Tramp, N., Vonberg, R. P., Haverich, A. et Chaberny, I. F. (2013). Hand hygiene compliance in transplant and other special patient groups: an observational study. *Am J Infect Control, 41*(6), 503-508. doi: 10.1016/j.ajic.2012.09.009

- Graneheim, U. H. et Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P. et Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q*, 82(4), 581-629. doi: 10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x
- Guba, E. et Lincoln, Y. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park , CA: Sage.
- Guba, E. et Lincoln, Y. (1994). Competing paradigms in qualitative research. *Handbook of qualitative research*, 2, 163-194.
- Hagel, S., Reischke, J., Kesselmeier, M., Winning, J., Gastmeier, P., Brunkhorst, F. M., . . . Pletz, M. W. (2015). Quantifying the Hawthorne effect in hand hygiene compliance through comparing direct observation with automated hand hygiene monitoring. *infection control & hospital epidemiology*, 36(8), 957-962.
- Hamilton, J. F. (2015). Citizen Journalism. Dans J. D. Wright (dir.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition)* (p. 612-618). Oxford: Elsevier.
- Hammersley, M. et Atkinson, P. (2007). *Ethnography: Principles in practice*. (3e^e éd.). New-York: NY: Routledge.
- Harmon, R. B., Fontaine, D., Plews-Ogan, M. et Williams, A. (2012). Achieving transformational change: Using appreciative inquiry for strategic planning in a school of nursing. *Journal of Professional Nursing*, 28(2), 119-124.
- Harne-Britner, S., Allen, M. et Fowler, K. A. (2011). Improving hand hygiene adherence among nursing staff. *J Nurs Care Qual*, 26(1), 39-48. doi: 10.1097/NCQ.0b013e3181e0575f
- Harris, M., Treloar, C. et Maher, L. (2012). Staying safe from hepatitis C: engaging with multiple priorities. *Qualitative health research*, 22(1), 31-42.
- Hautemaniere, A., Cunat, L., Diguio, N., Vernier, N., Schall, C., Daval, M. C., . . . Hartemann, P. (2010). Factors determining poor practice in alcoholic gel hand rub technique in hospital workers. *J Infect Public Health*, 3(1), 25-34. doi: 10.1016/j.jiph.2009.09.005
- Havens, D. S. (2011). Positive organizational scholarship: tools for leading with excellence. *Nurse Leader*, 9(5), 26-30.
- Heckert. (1989). The relativity of positive deviance: The case of the French Impressionists. *Deviant Behavior*, 10(2), 131-144.
- Heckert et Heckert. (2002). A new typology of deviance: Integrating normative and reactivist definitions of deviance. *Deviant Behavior*, 23(5), 449-479.
- Heckert, D. M. et Heckert, D. A. (2015). Positive Deviance (*The Handbook of Deviance* (p. 80-100): John Wiley & Sons, Inc.
- Helms, B., Dorval, S., Laurent, P. S. et Winter, M. (2010). Improving hand hygiene compliance: A multidisciplinary approach. *American Journal of Infection Control*, 38(7), 572-574. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2009.08.020>
- Herington, M. J. et van de Fliert, E. (2017). Positive Deviance in Theory and Practice: A Conceptual Review. *Deviant Behavior*, 1-15. doi: 10.1080/01639625.2017.1286194
- Herlof Andersen, T. (2008). Men dealing with memories of childhood sexual abuse: Conditions and possibilities of 'positive deviance'. *Journal of Social Work Practice*, 22(1), 51-65.
- Higginbottom, G. (2011). The transitioning experiences of internationally-educated nurses into a Canadian health care system: A focused ethnography. *BMC Nursing*, 10(1), 14.

- Higgins, A. et Hannan, M. M. (2013). Improved hand hygiene technique and compliance in healthcare workers using gaming technology. *J Hosp Infect*, 84(1), 32-37. doi: 10.1016/j.jhin.2013.02.004
- Hilken, L., Dickson, A. et Sidley, C. (2017). Nurse Infection Prevention Champions: A Model for Success. *American Journal of Infection Control*, 45(6), S107.
- Hopkins, D. R. et Withers, P. C. (2002). Sudan's war and eradication of dracunculiasis. *The Lancet*, 360, s21-s22.
- Hor, S.-y., Hooker, C., Iedema, R., Wyer, M., Gilbert, G. L., Jorm, C. et O'Sullivan, M. V. N. (2016). Beyond hand hygiene: a qualitative study of the everyday work of preventing cross-contamination on hospital wards. *BMJ Quality & Safety*. doi: 10.1136/bmjqs-2016-005878
- Hudelson, P. et Vilpert, S. (2009). Overcoming language barriers with foreign-language speaking patients: a survey to investigate intra-hospital variation in attitudes and practices. *BMC health services research*, 9(1), 187.
- Hughes, R. et Coakley, J. (1991). Positive deviance among athletes: The implications of overconformity to the sport ethic. *Sociology of sport journal*, 8(4), 307-325.
- Huis, A., Holleman, G., van Achterberg, T., Grol, R., Schoonhoven, L. et Hulscher, M. (2013). Explaining the effects of two different strategies for promoting hand hygiene in hospital nurses: a process evaluation alongside a cluster randomised controlled trial. *Implement Sci*, 8, 41. doi: 10.1186/1748-5908-8-41
- Huis, A., Schoonhoven, L., Grol, R., Donders, R., Hulscher, M. et van Achterberg, T. (2013). Impact of a team and leaders-directed strategy to improve nurses' adherence to hand hygiene guidelines: a cluster randomised trial. *Int J Nurs Stud*, 50(4), 464-474. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.08.004
- Huis, A., van Achterberg, T., de Bruin, M., Grol, R., Schoonhoven, L. et Hulscher, M. (2012). A systematic review of hand hygiene improvement strategies: a behavioural approach. *Implement Sci*, 7, 92. doi: 10.1186/1748-5908-7-92
- Huryn. (1986). Giftedness as deviance: A test of interaction theories. *Deviant Behavior*, 7(2), 175-186. doi: 10.1080/01639625.1986.9967704
- Huryn. (1987). Giftedness as deviance: A test of interaction theories. *Deviant Behavior*, 7, 175-186.
- Iedema, R., Hor, S.-Y., Wyer, M., Gilbert, G. L., Jorm, C., Hooker, C. et O'Sullivan, M. V. N. (2015). An innovative approach to strengthening health professionals' infection control and limiting hospital-acquired infection: video-reflexive ethnography. *BMJ Innovations*, 1(4), 157-162.
- Institut canadien pour la sécurité des patients. (2016). Repéré à <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/about/Pages/default.aspx>
- Institut national de santé publique du Québec (2009). *Animer un processus de transfert des connaissances. Bilan des connaissances et outil d'animation*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Institut national de santé publique du Québec (2018). *Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène des mains*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Irwin, K. (2003). Saints and sinners: Elite tattoo collectors and tattooists as positive and negative deviants. *Sociological Spectrum*, 23(1), 27-57.
- Jackson, J. R., Clements, P. T., Averill, J. B. et Zimbro, K. (2009). Patterns of knowing: proposing a theory for nursing leadership. *Nurs Econ*, 27(3), 149-159.

- Jain, R., Kralovic, S. M., Evans, M. E., Ambrose, M., Simbartl, L. A., Obrosky, D. S., . . . Muder, R. R. (2011). Veterans Affairs initiative to prevent methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections. *New England Journal of Medicine*, 364(15), 1419-1430.
- Jansson, M. M., Syrjala, H. P., Ohtonen, P. P., Merilainen, M. H., Kyngas, H. A. et Ala-Kokko, T. I. (2016). Simulation education as a single intervention does not improve hand hygiene practices: A randomized controlled follow-up study. *Am J Infect Control*, 44(6), 625-630. doi: 10.1016/j.ajic.2015.12.030
- Jaramillo, B., Jenkins, C., Kermes, F., Wilson, L., Mazzocco, J. et Longo, T. (2008). Positive Deviance: Innovation from the Inside Out. *Nurse Leader*, 6(2), 30-32,34. doi: 10.1016/j.mnl.2008.02.004
- Jeanes, A., Coen, P. G., Gould, D. J. et Drey, N. S. (2019). Validity of hand hygiene compliance measurement by observation: A systematic review. *American Journal of Infection Control*, 47(3), 313-322. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.08.004>
- Jeffrey, D. (2005). Le chercheur itinérant, son éthique de la rencontre et les critères de validation de sa production scientifique. *Recherches qualitatives, Hors-Série*(1).
- Johns, D. P. (1993). Nutritional need or athletic overconformity: Ethical implications for the sport psychologist. *The Sport Psychologist*, 7(2), 191-203.
- Johnson, J. K. et Arora, V. M. (2009). Improving clinical handovers: creating local solutions for a global problem. *BMJ Quality & Safety*, 18(4), 244-245.
- Jones. (1998). Random acts of kindness: A teaching tool for positive deviance. *Teaching Sociology*, 26(3), 179-189.
- Kanani, S. et Popat, K. (2012). Growing Normally in an Urban Environment: Positive Deviance among Slum Children of Vadodara, India. *Indian Journal of Pediatrics*, 79(5), 606-611.
- Kim, J. M., Park, E. S., Jeong, J. S., Kim, K. M., Kim, J. M., Oh, H. S., . . . Pai, C. H. (2000). Multicenter surveillance study for nosocomial infections in major hospitals in Korea. Nosocomial Infection Surveillance Committee of the Korean Society for Nosocomial Infection Control. *Am J Infect Control*, 28(6), 454-458.
- Kim, Y. M., Heerey, M. et Kols, A. (2008). Factors that enable nurse-patient communication in a family planning context: A positive deviance study. *International journal of nursing studies*, 45(10), 1411-1421.
- Kingston, O'Connell, N. H. et Dunne, C. P. (2016). Hand hygiene-related clinical trials reported since 2010: a systematic review. *Journal of Hospital Infection*, 92(4), 309-320. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2015.11.012>
- Kingston, Slevin, B., O'Connell, N. et Dunne, C. (2017). Hand hygiene: Attitudes and practices of nurses, a comparison between 2007 and 2015. *Am J Infect Control*, 45(12), 1300-1307. doi: 10.1016/j.ajic.2017.08.040
- Kirk, J., Kendall, A., Marx, J. F., Pincock, T., Young, E., Hughes, J. M. et Landers, T. (2016). Point of care hand hygiene-where's the rub? A survey of US and Canadian health care workers' knowledge, attitudes, and practices. *Am J Infect Control*, 44(10), 1095-1101. doi: 10.1016/j.ajic.2016.03.005
- Kirsh, S., Hein, M., Pogach, L., Schectman, G., Stevenson, L., Watts, S., . . . Aron, D. (2012). Improving outpatient diabetes care. *American Journal of Medical Quality*, 27(3), 233-240.

- Klaiman, T., O'Connell, K. et Stoto, M. A. (2014). Learning from successful school-based vaccination clinics during 2009 pH1N1. *J Sch Health*, 84(1), 63-69. doi: 10.1111/josh.12119
- Klavs, I., Bufon Luznik, T., Skerl, M., Grgic-Vitek, M., Lejko Zupanc, T., Dolinsek, M., . . . Slovenian Hospital-Acquired Infections Survey, G. (2003). Prevalance of and risk factors for hospital-acquired infections in Slovenia-results of the first national survey, 2001. *J Hosp Infect*, 54(2), 149-157.
- Korniewicz, D. M. et El-Masri, M. (2010). Exploring the factors associated with hand hygiene compliance of nurses during routine clinical practice. *Applied Nursing Research*, 23(2), 86-90. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2008.06.002>
- Kowitt, B., Jefferson, J. et Mermel, L. A. (2013). Factors Associated with Hand Hygiene Compliance at a Tertiary Care Teaching Hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 34(11), 1146-1152. doi: 10.1086/673465
- Kraschnewski, J. L., Sciamanna, C. N., Pollak, K. I., Stuckey, H. L. et Sherwood, N. E. (2013). The epidemiology of weight counseling for adults in the United States: a case of positive deviance. *Int J Obes*, 37(5), 751-753. doi: 10.1038/ijo.2012.113
- Kraschnewski, J. L., Stuckey, H. L., Rovniak, L. S., Lehman, E. B., Reddy, M., Poger, J. M., . . . Sciamanna, C. N. (2011). Efficacy of a weight-loss website based on positive deviance. A randomized trial. *Am J Prev Med*, 41(6), 610-614. doi: 10.1016/j.amepre.2011.08.012
- Krumholz, H. M., Curry, L. A. et Bradley, E. H. (2011). Survival after acute myocardial infarction (SAMI) study: the design and implementation of a positive deviance study. *Am Heart J*, 162(6), 981-987 e989. doi: 10.1016/j.ahj.2011.09.004
- Kurtz, S. L. (2016). Are we sending the wrong message when we ask health care workers to wash their hands? *Am J Infect Control*, 44(10), 1184-1186. doi: 10.1016/j.ajic.2016.01.030
- Kuzu, N., Ozer, F., Aydemir, S., Yalcin, A. N. et Zencir, M. (2005). Compliance with hand hygiene and glove use in a university-affiliated hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 26(3), 312-315. doi: 10.1086/502545
- Kwok, Y. L., Callard, M. et McLaws, M. L. (2015). An automated hand hygiene training system improves hand hygiene technique but not compliance. *Am J Infect Control*, 43(8), 821-825. doi: 10.1016/j.ajic.2015.04.201
- Kwok, Y. L., Harris, P. et McLaws, M. L. (2017). Social cohesion: The missing factor required for a successful hand hygiene program. *Am J Infect Control*, 45(3), 222-227. doi: 10.1016/j.ajic.2016.10.021
- Lacoursière, A. (2017, 20 mars). Lavage des mains au CHUM: nettement insuffisant, *La Presse*. Repéré à <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201703/20/01-5080352-lavage-des-mains-au-chum-nettement-insuffisant.php>
- Lacoursière, A. (2018, 19 novembre). Les employés du système de santé ne se lavent pas assez les mains, *La Presse*.
- Ladd, V. (2009). School nurses: Positive deviant leaders in the school setting. *The Journal of School Nursing*, 25(1), 6-14.
- Lalley, C. et Malloch, K. (2010). Workarounds: the hidden pathway to excellence. *Nurse Leader*, 8(4), 29-32.
- Landelle, C. P. P., Verachten, M. B., Legrand, P. M., Girou, E. P. P., Barbut, F. P. P. et Buisson, C. B. M. D. (2014). Contamination of Healthcare Workers' Hands with Clostridium

- difficile Spores after Caring for Patients with *C. difficile* Infection. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 35(1), 10-15. doi: 10.1086/674396
- Larson, E., Early, E., Cloonan, P., Sugrue, S. et Parides, M. (2000). An organizational climate intervention associated with increased handwashing and decreased nosocomial infections. *Behav Med*, 26(1), 14-22. doi: 10.1080/08964280009595749
- Lawton, R., Taylor, N., Clay-Williams, R. et Braithwaite, J. (2014). Positive deviance: a different approach to achieving patient safety. *BMJ Qual Saf*, 23(11), 880-883. doi: 10.1136/bmjqs-2014-003115
- Le Petit Larousse. (2009). Le petit Larousse illustré. Dans Larousse (dir.). Paris, France.
- Lee, Clark, A. et Thompson, D. (2013). Florence Nightingale--never more relevant than today. *J Adv Nurs*, 69(2), 245-246. doi: 10.1111/jan.12021
- Lehotsky, A., Szilagyi, L., Ferenci, T., Kovacs, L., Pethes, R., Weber, G. et Haidegger, T. (2015). Quantitative impact of direct, personal feedback on hand hygiene technique. *J Hosp Infect*, 91(1), 81-84. doi: 10.1016/j.jhin.2015.05.010
- Leibing, A. (2010). Inverting compliance, increasing concerns: aging, mental health, and caring for a trustful patient. *Anthropol Med*, 17(2), 145-158. doi: 10.1080/13648470.2010.493600
- Létourneau, J., Alderson, M., Caux, C. et Richard, L. (2013). La déviance positive : analyse de concept selon l'approche évolutionniste de Rodgers. *Recherche en soins infirmiers*(113), 19-33.
- Létourneau, J., Alderson, M. et Leibing, A. (2018). Positive deviance and hand hygiene of nurses in a Quebec hospital: What can we learn from the best? *Am J Infect Control*, 46(5), 558-563. doi: 10.1016/j.ajic.2017.10.005
- Letrilliart, L., Bourgeois, I., Vega, A., Cittée, J. et Lutsman, M. (2009). Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. *Exercer*, 87, 74-79.
- Lieber, S. R., Mantengoli, E., Saint, S., Fowler, K. E., Fumagalli, C., Bartolozzi, D., . . . Bartoloni, A. (2014). The effect of leadership on hand hygiene: assessing hand hygiene adherence prior to patient contact in 2 infectious disease units in Tuscany. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 35(3), 313-316. doi: 10.1086/675296
- Lin, H. L., Yang, L. Y. et Lai, C. C. (2014). Factors Associated with Hand Hygiene Compliance among Critical Care Nurses. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 35(3), 329-330. doi: 10.1086/675298
- Lindberg, C., Lloyd, J. et Buscell, P. (2008). RWJF Final Report. *Plexus Institute*.
- Litaker, D., Tomolo, A., Liberatore, V., Stange, K. C. et Aron, D. (2006). Using complexity theory to build interventions that improve health care delivery in primary care. *Journal of general internal medicine*, 21(2), S30.
- Lloyd, J. (2011). For clues to HAI prevention, seek out positive deviance. *Healthcare Purchasing News, Jan*, 46-47.
- Longtin, Y., Sax, H., Leape, L. L., Sheridan, S. E., Donaldson, L. et Pittet, D. (2010). Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc*, 85(1), 53-62. doi: 10.4065/mcp.2009.0248
- Love, S., Cunningham, C., Rudy, M. V. et Dietrich, D. (2011). Outpatient nurses" own" MRSA prevention initiatives. *Nursing management*, 42(6), 49-51.
- Luangsanatip, N., Hongsuwan, M., Limmathurotsakul, D., Lubell, Y., Lee, A. S., Harbarth, S., . . . Cooper, B. S. (2015). Comparative efficacy of interventions to promote hand hygiene

- in hospital: systematic review and network meta-analysis. *BMJ*, 351, h3728. doi: 10.1136/bmj.h3728
- Luft, H. S. (2010). Data and methods to facilitate delivery system reform: harnessing collective intelligence to learn from positive deviance. *Health services research*, 45(5p2), 1570-1580.
- Macedo Rde, C., Jacob, E. M., Silva, V. P., Santana, E. A., Souza, A. F., Goncalves, P., . . . Edmond, M. B. (2012). Positive deviance: using a nurse call system to evaluate hand hygiene practices. *Am J Infect Control*, 40(10), 946-950. doi: 10.1016/j.ajic.2011.11.015
- Mackintosh, U. A., Marsh, D. R. et Schroeder, D. G. (2002). Sustained positive deviant child care practices and their effects on child growth in Viet Nam. *Food Nutr Bull*, 23(4 Suppl), 18-27.
- Macklis, R. (2001). Successful patient safety initiatives: driven from within. *Group Practice Journal*, 50(10), 10-17.
- Maisa, E. A. et Arif, Y. (2018). The Analysis of Nurses' Positive Deviance Behaviours as a Measure in Preventing the Transmission of Healthcare-Associated Infections (HAIs) at M. Djamil Hospital, Padang, West Sumatera. *Elevate The International Journal of Nursing Education, Practice and Research*, 1(1), 3-13.
- Marra, A., Guastelli, L., de Araujo, C., dos Santos, J., Filho, M., Silva, C., . . . Edmond, M. (2011). Positive deviance: a program for sustained improvement in hand hygiene compliance. *Am J Infect Control*, 39(1), 1-5. doi: 10.1016/j.ajic.2010.05.024
- Marra, A., Guastelli, L., de Araujo, C., dos Santos, J., Lamblet, L., Silva, M., . . . dos Santos, O. (2010). Positive deviance: a new strategy for improving hand hygiene compliance. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 31(1), 12-20. doi: 10.1086/649224
- Marra, A., Noritomi, D., Cavalcante, A., Camargo, T., Bortoleto, R., Durao, M., . . . Edmond, M. (2013). A multicenter study using positive deviance for improving hand hygiene compliance. *American Journal of Infection Control*, 41(11), 984-988. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2013.05.013>
- Marra, A., Pavao Dos Santos, O. F., Cendoroglo Neto, M. et Edmond, M. B. (2013). Positive Deviance: A New Tool for Infection Prevention and Patient Safety. *Curr Infect Dis Rep*. doi: 10.1007/s11908-013-0372-y
- Marsh, D. R., Schroeder, D. G., Dearden, K. A., Sternin, J. et Sternin, M. (2004). The power of positive deviance. *BMJ*, 329(7475), 1177-1179. doi: 10.1136/bmj.329.7475.1177
- Martin, P., Abou Chakra, C. N., Williams, V., Bush, K., Dyck, M., Hirji, Z., . . . Control, C. (2019). Prevalence of antibiotic-resistant organisms in Canadian Hospitals. Comparison of point-prevalence survey results from 2010, 2012, and 2016. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 40(1), 53-59. doi: 10.1017/ice.2018.279
- Martineau, S. (2005). L'observation en situation : enjeux, possibilités et limites *Recherches qualitatives-Hors Série* 2, 5-17.
- Maury, E., Moussa, N., Lakermi, C., Barbut, F. et Offenstadt, G. (2006). Compliance of health care workers to hand hygiene: awareness of being observed is important. *Intensive Care Med*, 32(12), 2088-2089. doi: 10.1007/s00134-006-0398-9
- Mayer, J., Mooney, B., Gundlapalli, A., Harbarth, S., Stoddard, G. J., Rubin, M. A., . . . Samore, M. H. (2011). Dissemination and sustainability of a hospital-wide hand hygiene program emphasizing positive reinforcement. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 32(1), 59-66. doi: 10.1086/657666

- McAteer, J., Stone, S., Fuller, C. et Michie, S. (2014). Using psychological theory to understand the challenges facing staff delivering a ward-led intervention to increase hand hygiene behavior: a qualitative study. *Am J Infect Control*, 42(5), 495-499. doi: 10.1016/j.ajic.2013.12.022
- McDonald, M. et Carnevale, F. (2010). De l'ethnographie pour aborder la culture en sciences infirmières: entre révision critique et proposition (*Des sciences sociales dans le champ de la santé et des soins infirmiers* (p. 271-286). Laval, Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- McGeer, A. (2008). Hand hygiene by habit. *Ontario Medical review*, 75(3).
- McGuckin, M., Storr, J., Longtin, Y., Allegranzi, B. et Pittet, D. (2011). Patient empowerment and multimodal hand hygiene promotion: a win-win strategy. *Am J Med Qual*, 26(1), 10-17. doi: 10.1177/1062860610373138
- McLaughlin, A. C. et Walsh, F. (2011). Individual differences in judgments of hand hygiene risk by health care workers. *Am J Infect Control*, 39(6), 456-463. doi: 10.1016/j.ajic.2010.08.016
- Medeiros, E. A., Grinberg, G., Rosenthal, V. D., Bicudo Angelieri, D., Buchner Ferreira, I., Bauer Cechinel, R., . . . Ferla, S. (2015). Impact of the International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) multidimensional hand hygiene approach in 3 cities in Brazil. *Am J Infect Control*, 43(1), 10-15. doi: 10.1016/j.ajic.2014.10.001
- Melnyk et Davidson. (2009). Creating a culture of innovation in nursing education through shared vision, leadership, interdisciplinary partnerships, and positive deviance. *Nursing Administration Quarterly*, 33(4), 288-295.
- Mertens, W. et Recker, J. (2017). *Positive deviance and leadership: An exploratory field study*. Communication présentée Hawaii International Conference on System Sciences, Hawaii.
- Mertens, W., Recker, J., Kohlborn, T. et Kummer, T. F. (2016). A Framework for the Study of Positive Deviance in Organizations. *Deviant Behavior*, 37(11), 1288-1307. doi: 10.1080/01639625.2016.1174519
- Merton, R. (1938). Social structure and anomie *American sociological review* 3(5), 672-682.
- Michael, H., Einloth, C., Fatica, C., Janszen, T. et Fraser, T. G. (2017). Durable improvement in hand hygiene compliance following implementation of an automated observation system with visual feedback. *Am J Infect Control*, 45(3), 311-313. doi: 10.1016/j.ajic.2016.09.025
- Midturi, J. K., Narasimhan, A., Barnett, T., Sodek, J., Schreier, W., Barnett, J., . . . Arroliga, A. C. (2015). A successful multifaceted strategy to improve hand hygiene compliance rates. *Am J Infect Control*, 43(5), 533-536. doi: 10.1016/j.ajic.2015.01.024
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). *Les infections nosocomiales: 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.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2011). *Prévention et contrôle des infections. Plan d'action 2010-2015*. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). *Pour une prestation sécuritaire des soins de santé au Québec. Plan d'action ministériel 2015-2020 sur la prévention et le contrôle des infections*. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

- Ministère de la santé et des services sociaux (2016). *La prévention et le contrôle des infections nosocomiales. Plan d'action 2015-2020. État d'avancement des travaux: Bilan et faits saillants*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2017a). *Les infections nosocomiales: 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.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017b). Répertoire des indicateurs de gestion en santé et services sociaux - 1.01.26 - Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements. . Repéré le 3 juillet 2017 à <http://msss.gouv.qc.ca/repertoires/indicateurs-gestion/indicateur-000166/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018a). Repéré à http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/nosocomiales/index.php?situation
- Ministère de la santé et des services sociaux (2018b). *Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements 2017-2018*. Québec. Repéré à http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/acces_info/decisions-et-documents-transmis-dans-le-cadre-d-une-demande-deacces/
- Mitka, M. (2009). Hand washing, a key anti-flu strategy, often neglected by health care workers. *JAMA*, 302(17), 1850-1851. doi: 10.1001/jama.2009.1572
- Monsalve, M. N., Pemmaraju, S. V., Thomas, G. W., Herman, T., Segre, A. M. et Polgreen, P. M. (2014). Do Peer Effects Improve Hand Hygiene Adherence among Healthcare Workers? *Infect Control Hosp Epidemiol*, 35(10), 1277-1285. doi: 10.1086/678068
- Morahan, P. S., Rosen, S. E., Richman, R. C. et Gleason, K. A. (2011). The leadership continuum: A framework for organizational and individual assessment relative to the advancement of women physicians and scientists. *Journal of Women's Health*, 20(3), 387-396.
- Moreira, T. (2018). Towards a Pragmatics of Health. Dans E. Garnett, J. Reynolds & S. Milton (dir.), *Ethnographies and Health: Reflections on Empirical and Methodological Entanglements* (p. 253-268). Cham: Springer International Publishing.
- Muecke, M. (1994). On the evaluation of ethnographies. Dans J. Morse (dir.), *Critical issues in qualitative research methods* (p. 187-209). Thousands Oaks, California: SAGE Publications.
- Naimoli, J. F., Challa, S., Schneidman, M. et Kostermans, K. (2008). Toward a grounded theory of why some immunization programmes in sub-Saharan Africa are more successful than others: a descriptive and exploratory assessment in six countries. *Health Policy Plan*, 23(6), 379-389. doi: 10.1093/heapol/czn028
- Nakamura, I., Fujita, H., Tsukimori, A., Kobayashi, T., Sato, A., Fukushima, S., . . . Abe, Y. (2019). Scenario-based simulation health care education for performance of hand hygiene. *American Journal of Infection Control*, 47(2), 144-148. doi: 10.1016/j.ajic.2018.07.024
- Nasirudeen, A. M., Koh, J. W., Lau, A. L., Li, W., Lim, L. S. et Ow, C. Y. (2012). Hand hygiene knowledge and practices of nursing students in Singapore. *Am J Infect Control*, 40(8), e241-243. doi: 10.1016/j.ajic.2012.02.026
- Neo, J. R., Sagha-Zadeh, R., Vielemeyer, O. et Franklin, E. (2016). Evidence-based practices to increase hand hygiene compliance in health care facilities: An integrated review. *Am J Infect Control*, 44(6), 691-704. doi: 10.1016/j.ajic.2015.11.034

- Ng, P. C., Wong, H. L., Lyon, D. J., So, K. W., Liu, F., Lam, R. K., . . . Fok, T. F. (2004). Combined use of alcohol hand rub and gloves reduces the incidence of late onset infection in very low birthweight infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 89(4), F336-340. doi: 10.1136/adc.2003.031104
- Ninacs, W. (2008). *Empowerment et intervention. Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Québec, Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Nti, C. A. et Lartey, A. (2007). Effect of caregiver feeding behaviours on child nutritional status in rural Ghana. *International Journal of Consumer Studies*, 31(3), 303-309.
- O'reilly, M. et Parker, N. (2013). 'Unsatisfactory Saturation': a critical exploration of the notion of saturated sample sizes in qualitative research. *Qualitative research*, 13(2), 190-197.
- Oliveira, F. T. d., Ferreira, M. M. F., Araújo, S. T. C. d., Bessa, A. T. T. d., Moraes, A. C. B. et Stipp, M. A. C. (2017). Positive deviance as a strategy to prevent and control bloodstream infections in intensive care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2008). *Protéger la population par la prévention et le contrôle des infections. Une contribution essentielle de l'infirmière*. Montréal: OIIQ.
- Organisation mondiale de la santé. (2005). Défi mondial pour la sécurité des patients. À bonne hygiène, bons soins : un soin propre est un soin plus sûr. Genève.
- Organisation mondiale de la santé (2009). *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Healthcare*. Geneva: World Health Organization
- Organisation mondiale de la santé (2010). *Résumé des Recommandations de l'OMS pour l'Hygiène des Mains au cours des Soins. Premier Défi Mondial pour la Sécurité des Patients Un Soin propre est un Soin plus sûr*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la Santé (2011). *Report on the burden Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé.
- Pascale, R., Stermin, J. et Sternin, M. (2010). *The power of positive deviance: how unlikely innovators solve the world's toughest problems*. Boston, MA: Harvard Business Press.
- Patton, M. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3e ed.° éd.). Thousands Oaks, California: Sage Publications.
- Patton, M. (2015). *Qualitative research & evaluation methods*. (4e ed.° éd.). Thousands Oaks, California: Sage Publications.
- Pavie et Masson. (2014). Comment les normes sociales se construisent. *Sociologie des « entrepreneurs de morale. Regards croisés sur l'économie*, 1(14), 213-215. doi: 10.3917/rce.014.0213
- Pessoa-Silva, C. L., Hugonnet, S., Pfister, R., Touveneau, S., Dharan, S., Posfay-Barbe, K. et Pittet, D. (2007). Reduction of health care associated infection risk in neonates by successful hand hygiene promotion. *Pediatrics*, 120(2), e382-390. doi: 10.1542/peds.2006-3712
- Peus, C. (2011). Money over man versus caring and compassion? Challenges for today's organizations and their leaders. *Journal of Organizational Behavior*, 32(7), 955-960.
- Pierre, J. et Dion, J. (2016). Le leadership clinique infirmier. *L'avant-garde. Le journal des soins infirmiers du CHUM*, 16(2), 1-8.
- Pincock, T., Bernstein, P., Warthman, S. et Holst, E. (2012). Bundling hand hygiene interventions and measurement to decrease health care-associated infections. *American*

- Journal of Infection Control*, 40(4, Supplement), S18-S27. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2012.02.008>
- Pinho, I., Rego, A. et e Cunha, M. P. Emerald Article: Improving knowledge management processes: a hybrid positive approach.
- Pink, S., Morgan, J. et Dainty, A. (2014). The safe hand: gels, water, gloves and the materiality of tactile knowing. *Journal of Material Culture*, 19, 425-442.
- Pittet. (2000). Improving compliance with hand hygiene in hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 21(6), 381-386. doi: 10.1086/501777
- Pittet. (2001). Improving adherence to hand hygiene practice: a multidisciplinary approach. *Emerg Infect Dis*, 7(2), 234-240. doi: 10.3201/eid0702.700234
- Pittet. (2003). The Lowbery lecture: behavior in infection control. *Journal of hospital Infection Control*, 58, 1-13.
- Pittet, Allegranzi, B., Sax, H., Dharan, S., Pessoa-Silva, C. L., Donaldson, L., . . . Who Global Patient Safety Challenge, W. A. f. P. S. (2006). Evidence-based model for hand transmission during patient care and the role of improved practices. *Lancet Infect Dis*, 6(10), 641-652. doi: 10.1016/S1473-3099(06)70600-4
- Pittet et Boyce, J. M. (2001). Hand hygiene and patient care: Pursuing the Semmelweiss legacy. *Lancet Infect Dis*, 1, 9-20.
- Pittet, Hugonnet, S., Harbarth, S., Mourouga, P., Sauvan, V., Touveneau, S. et Perneger, T. V. (2000). Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. Infection Control Programme. *Lancet*, 356(9238), 1307-1312.
- Pong, S., Holliday, P. et Fernie, G. (2019). Secondary measures of hand hygiene performance in health care available with continuous electronic monitoring of individuals. *Am J Infect Control*, 47(1), 38-44. doi: 10.1016/j.ajic.2018.07.004
- Posfay-Barbe, K. et Pittet, D. (2001). Special article: New concepts in hand hygiene. *Seminars in Pediatric Infectious Diseases*, 12(2), 147-153. doi: <http://dx.doi.org/10.1053/spid.2001.22790>
- Positive Deviance Initiative. (2010). Basic field guide to the positive deviance approach. *Tufts University*.
- Price, L., MacDonald, J., Gozdzielewska, L., Howe, T., Flowers, P., Shepherd, L., . . . Reilly, J. (2018). Interventions to improve healthcare workers' hand hygiene compliance: A systematic review of systematic reviews. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 39(12), 1449-1456. doi: 10.1017/ice.2018.262
- Provincial Infectious Diseases Advisory Committee. (2014). Best practices for hand hygiene in all health care settings. *Public Health Ontario*.
- Pryer, J., Rogers, S. et Rahman, A. (2003). The epidemiology of good nutritional status among children from a population with a high prevalence of malnutrition. *Public Health Nutrition*, 7(2), 311-317.
- Raskind, C. H., Worley, S., Vinski, J. et Goldfarb, J. (2007). Hand hygiene compliance rates after an educational intervention in a neonatal intensive care unit. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 28(9), 1096-1098. doi: 10.1086/519933
- Reilly, J., Stewart, S., Allardice, G. A., Noone, A., Robertson, C., Walker, A. et Coubrough, S. (2008). Results from the Scottish National HAI Prevalence Survey. *J Hosp Infect*, 69(1), 62-68. doi: 10.1016/j.jhin.2008.02.019
- Reiss, I. (1970). Premarital sex as deviant behavior: An application of current approaches to deviance. *American Sociological Review* 35, 78-87.

- Rew, L., Hoke, M. M., Horner, S. D. et Walker, L. (2009). Development of a dynamic model to guide health disparities research. *Nursing outlook*, 57(3), 132-142.
- Ricard, N. (2019). Le Québec malade de ses infirmières, *La Presse* +.
- Richardson, B. (2006). An ethnography of physiotherapy culture. Dans F. L. e. B. C (dir.), *Qualitative Research for Allied Health Professionals, Challenging choices* (p. p.79-92.): John Wiley & Sons
- Richmond, I., Bernstein, A., Creen, C., Cunningham, C. et Rudy, M. (2007). Best-practice protocols: reducing harm from MRSA. *Nurs Manage*, 38(8), 22-27. doi: 10.1097/01.NUMA.0000286186.14056.25
- Rochefort, C. M. (2019). Organisation des services infirmiers et pratique professionnelle: survol des données probantes. *Perspective infirmiere: revue officielle de l'Ordre des infirmieres et infirmiers du Quebec*, 16(1), 44-47.
- Rodgers. (1989). Concepts, analysis and the development of nursing knowledge: the evolutionary cycle. *J Adv Nurs*, 14(4), 330-335.
- Rodgers. (2000). Concept analysis: an evolutionary view. Dans B. Rodgers & K. Knafl (dir.), *Concept Development in Nursing. Foundations, Techniques and Applications* (2e ed.° éd., p. 77-102). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Roper, J. et Shapira, J. (2000). *Ethnography in nursing research*. California: Sage Publications Inc.
- Sadule-Rios, N. et Aguilera, G. (2017). Nurses' perceptions of reasons for persistent low rates in hand hygiene compliance. *Intensive Crit Care Nurs*, 42, 17-21. doi: 10.1016/j.iccn.2017.02.005
- Sagarin, E. (1985). Positive deviance: An oxymoron. *Deviant Behavior*, 6, 169-185.
- Saillant, F. (2010). Penser l'humanisme et l'humanisation des soins. Dans N. Dans : Vonax, Bujold L, Hamelin-Brabant L (dir.), *Des sciences sociales dans le champ de la santé et des soins infirmiers. À la rencontre des expériences de santé, du prendre soin et des savoirs savant* (p. 123-141). Québec: Presses de l'Université Laval.
- Salamati, P., Poursharifi, H., Rahbarimanesh, A. A., Koochak, H. E. et Najafi, Z. (2013). Effectiveness of motivational interviewing in promoting hand hygiene of nursing personnel. *Int J Prev Med*, 4(4), 441-447.
- Samuels, F. A. et Rutenberg, N. (2011). "Health regains but livelihoods lag": findings from a study with people on ART in Zambia and Kenya. *AIDS care*, 23(6), 748-754.
- Sande-Meijide, M., Lorenzo-Gonzalez, M., Mori-Gamarra, F., Cortes-Gago, I., Gonzalez-Vazquez, A., Moure-Rodriguez, L. et Herranz-Urbasos, M. (2019). Perceptions and attitudes of patients and health care workers toward patient empowerment in promoting hand hygiene. *Am J Infect Control*, 47(1), 45-50. doi: 10.1016/j.ajic.2018.07.002
- Sax, H., Uckay, I., Richet, H., Allegranzi, B. et Pittet, D. (2007). Determinants of good adherence to hand hygiene among healthcare workers who have extensive exposure to hand hygiene campaigns. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 28(11), 1267-1274. doi: 10.1086/521663
- Schweizer, M. L., Reisinger, H. S., Ohl, M., Formanek, M. B., Blevins, A., Ward, M. A. et Perencevich, E. N. (2014). Searching for an optimal hand hygiene bundle: a meta-analysis. *Clin Infect Dis*, 58(2), 248-259. doi: 10.1093/cid/cit670
- Seidman, W. et McCauley, M. (2009). A scientific model for grassroots OD. *Organization Development Journal*, 27(2).

- Shafique, M., Edwards, H. M., De Beyl, C. Z., Thavrin, B. K., Min, M. et Roca-Feltrer, A. (2016). Positive deviance as a novel tool in malaria control and elimination: methodology, qualitative assessment and future potential. *Malar J*, 15, 91. doi: 10.1186/s12936-016-1129-5
- Shoenberger, N., Heckert, A. et Heckert, D. (2012). Techniques of Neutralization Theory and Positive Deviance. *Deviant Behavior*, 33(10), 774-791.
- Simpson, A., Beaucage, C. et Bonnier Viger, Y. (2009). *Épidémiologie appliquée. Une initiation à la lecture critique de la littérature en sciences de la santé*. (2e ed.^e éd.). Montréal, Québec.
- Singhal. (2010). Communicating what works! Applying the positive deviance approach in health communication. *Health communication*, 25, 605-606. doi: 10.1080/10410236.2010.496835
- Smiddy, M., O'Connell, R. et Creedon, S. (2015). Systematic qualitative literature review of health care workers' compliance with hand hygiene guidelines. *Am J Infect Control*, 43(3), 269-274. doi: 10.1016/j.ajic.2014.11.007
- Snow, M., White, G. L., Jr., Alder, S. C. et Stanford, J. B. (2006). Mentor's hand hygiene practices influence student's hand hygiene rates. *Am J Infect Control*, 34(1), 18-24. doi: 10.1016/j.ajic.2005.05.009
- Song, X., Stockwell, D. C., Floyd, T., Short, B. L. et Singh, N. (2013). Improving hand hygiene compliance in health care workers: Strategies and impact on patient outcomes. *American Journal of Infection Control*, 41(10), e101-e105. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2013.01.031>
- Spradley, J. (1979). *The ethnographic interview*. Orlando, Florida: Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Spreitzer, G. et Sonenshein, S. (2004). Toward the Construct Definition of Positive Deviance. *American Behavioral Scientist*, 47(6), 828-847.
- Sreeramaju, P., Dura, L., Fernandez, M. E., Minhajuddin, A., Simacek, K., Fomby, T. B. et Doebbeling, B. N. (2018). *Using a Positive Deviance Approach to Influence the Culture of Patient Safety Related to Infection Prevention*. Communication présentée Open forum infectious diseases.
- Srigley, J. A., Corace, K., Hargadon, D. P., Yu, D., MacDonald, T., Fabrigar, L. et Garber, G. (2015). Applying psychological frameworks of behaviour change to improve healthcare worker hand hygiene: a systematic review. *J Hosp Infect*, 91(3), 202-210. doi: 10.1016/j.jhin.2015.06.019
- St-Germain, D., Blais, R. et Cara, C. (2008). La contribution de l'approche de caring des infirmières à la sécurité des patients en réadaptation: une étude novatrice *Recherche en soins infirmiers* 95, 57-69.
- St-Jacques, S. et Dussault, J. (2012). Quelles sont les meilleures stratégies pour améliorer l'adhésion du personnel aux pratiques d'hygiène des mains lors des soins aux patients? . Québec: ETMISSS-PL.
- Staines, A., Amherdt, I., Lecureux, E., Petignat, C., Eggimann, P., Schwab, M. et Pittet, D. (2017). Hand Hygiene Improvement and Sustainability: Assessing a Breakthrough Collaborative in Western Switzerland. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 38(12), 1420-1427. doi: 10.1017/ice.2017.180
- Stella, S. A., Stace, R. J., Knepper, B. C., Reese, S. M., Keniston, A., Burden, M. et Young, H. L. (2019). The effect of eye images and a social norms message on healthcare provider

- hand hygiene adherence. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 40(7), 748-754. doi: 10.1017/ice.2019.103
- Stewardson, A., Allegranzi, B., Sax, H., Kilpatrick, C. et Pittet, D. (2011). Back to the future: rising to the Semmelweis challenge in hand hygiene. *Future Microbiol*, 6(8), 855-876. doi: 10.2217/FMB.11.66
- Stewardson, A., Sax, H., Longet-Di Pietro, S. et Pittet, D. (2011). Impact of observation and analysis methodology when reporting hand hygiene data. *J Hosp Infect*, 77(4), 358-359. doi: 10.1016/j.jhin.2010.12.008
- Stuckey, H. L., Boan, J., Kraschnewski, J. L., Miller-Day, M., Lehman, E. B. et Sciamanna, C. N. (2011). Using positive deviance for determining successful weight-control practices. *Qual Health Res*, 21(4), 563-579. doi: 10.1177/1049732310386623
- Suchitra, J. B. et Lakshmi Devi, N. (2007). Impact of education on knowledge, attitudes and practices among various categories of health care workers on nosocomial infections. *Indian J Med Microbiol*, 25(3), 181-187.
- Tarantino, D. P. (2005). Positive deviance as a tool for organizational change. *Physician executive*, 31(5), 62-63.
- The French Prevalence Survey Study Group. (2000). Prevalence of nosocomial infections in France: results of the nationwide survey in 1996. . *J Hosp Infect*, 46(3), 186-193. doi: 10.1053/jhin.2000.0833
- Timmerman, G. M. (2007). Addressing barriers to health promotion in underserved women. *Family & Community Health*, 30, S34-S42.
- Toftagen, R. et Fagerstrøm, L. M. (2010). Rodgers' evolutionary concept analysis—a valid method for developing knowledge in nursing science. *Scandinavian journal of caring sciences*, 24, 21-31.
- Trick, W. E., Vernon, M. O., Welbel, S. F., Demarais, P., Hayden, M. K., Weinstein, R. A. et Chicago Antimicrobial Resistance, P. (2007). Multicenter intervention program to increase adherence to hand hygiene recommendations and glove use and to reduce the incidence of antimicrobial resistance. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 28(1), 42-49. doi: 10.1086/510809
- Tromp, M., Huis, A., de Guchteneire, I., Jos, van Achterberg, T., Hulscher, M. et Bleeker-Rovers, C. (2012). The short-term and long-term effectiveness of a multidisciplinary hand hygiene improvement program. *American Journal of Infection Control*, 40(8), 732-736. doi: 10.1016/j.ajic.2011.09.009
- van der Meide, H., Leget, C. et Olthuis, G. (2013). Giving voice to vulnerable people: the value of shadowing for phenomenological healthcare research. *Med Health Care Philos*, 16(4), 731-737. doi: 10.1007/s11019-012-9456-y
- van Dijk, M. D., Mulder, S. A., Erasmus, V., van Beeck, A. H. E., Vermeeren, J., Liu, X., . . . Vos, M. C. (2019). A multimodal regional intervention strategy framed as friendly competition to improve hand hygiene compliance. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 40(2), 187-193. doi: 10.1017/ice.2018.261
- von Lengerke, T., Lutze, B., Graf, K., Krauth, C., Lange, K., Schwadtke, L., . . . Chaberny, I. F. (2015). Psychosocial determinants of self-reported hand hygiene behaviour: a survey comparing physicians and nurses in intensive care units. *J Hosp Infect*, 91(1), 59-67. doi: 10.1016/j.jhin.2015.04.018

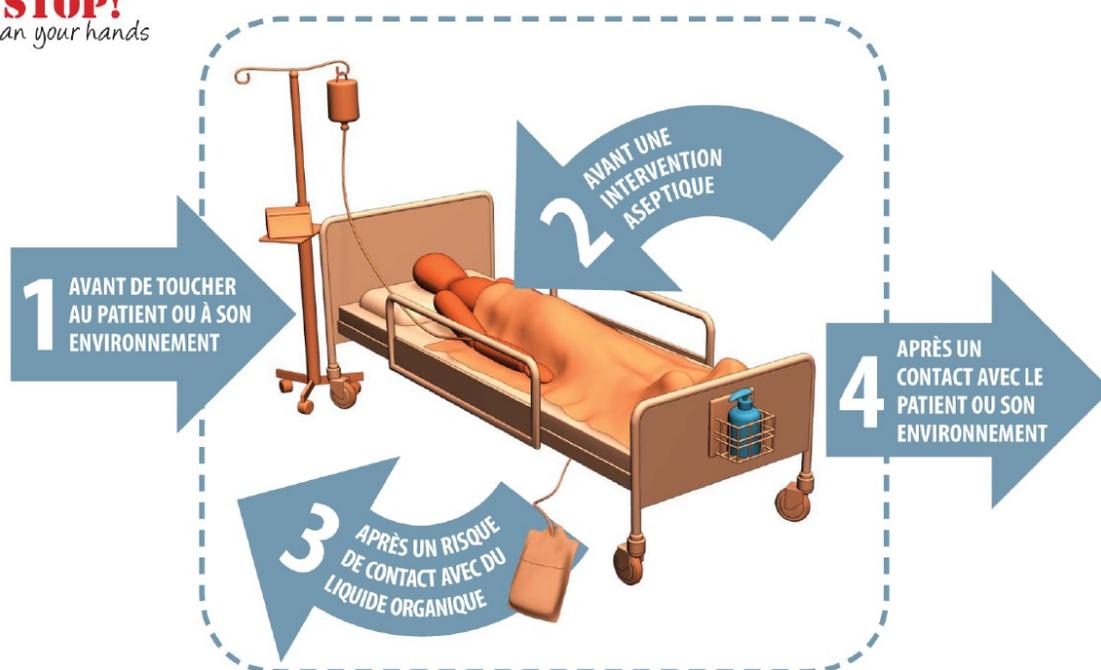
- Waldman, D. A., Carmeli, A. et Halevi, M. Y. (2011). Beyond the red tape: How victims of terrorism perceive and react to organizational responses to their suffering. *Journal of Organizational Behavior*, 32(7), 938-954.
- Walker, Sistrunk, W., Higginbotham, M., Burks, K., Halford, L., Goddard, L., . . . Finley, P. (2014). Hospital hand hygiene compliance improves with increased monitoring and immediate feedback. *Am J Infect Control*, 42(10), 1074-1078. doi: 10.1016/j.ajic.2014.06.018
- Walker, L. O., Kim, S., Sterling, B. S. et Latimer, L. (2010). Developing health promotion interventions: A multisource method applied to weight loss among low-income postpartum women. *Public Health Nursing*, 27(2), 188-195. doi: 10.1111/j.1525-1446.2010.00841.x
- Walker, L. O., Sterling, B. S., Hoke, M. M. et Dearden, K. A. (2007). Applying the concept of positive deviance to public health data: a tool for reducing health disparities. *Public Health Nurs*, 24(6), 571-576. doi: 10.1111/j.1525-1446.2007.00670.x
- Walker, L. O., Sterling, B. S., Latimer, L., Kim, S.-H., Garcia, A. A. et Fowles, E. R. (2012). Ethnic-specific weight-loss interventions for low-income postpartum women: findings and lessons. *Western Journal of Nursing Research*, 34(5), 654-676.
- Walzer, J. (2002). A village. Trough positive deviance, community are solving their own problems. *Tufts Nutrition*, 4(1), 19-21.
- Wang, J. N. et Li, R. M. (2011). Self-efficacy and social support among 68 people living with HIV/AIDS in Hubei Province. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 3(4), 488-495.
- Warren, D. E. (2003). Constructive and Destructive Deviance in Organizations. *The Academy of Management Review*, 28(4), 622-632. doi: 10.2307/30040751
- Wendt, H., Euwema, M. C. et Van Emmerik, I. H. (2009). Leadership and team cohesiveness across cultures. *The Leadership Quarterly*, 20(3), 358-370.
- Westman, K. (2013). Positive deviance. *American Journal of Nursing*, 113(12), 13.
- Whelan, E. (2018). Working up a lather: the rise (and fall?) of hand hygiene in Canadian newspapers, 1986–2015. *Critical Public Health*, 28(4), 424-438. doi: 10.1080/09581596.2018.1453126
- Whitby, M., McLaws, M. L. et Ross, M. W. (2006). Why healthcare workers don't wash their hands: a behavioral explanation. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 27(5), 484-492. doi: 10.1086/503335
- Whitby, M., McLaws, M. L., Slater, K., Tong, E. et Johnson, B. (2008). Three successful interventions in health care workers that improve compliance with hand hygiene: is sustained replication possible? *Am J Infect Control*, 36(5), 349-355. doi: 10.1016/j.ajic.2007.07.016
- Whitby, M., Pessoa-Silva, C. L., McLaws, M. L., Allegranzi, B., Sax, H., Larson, E., . . . Pittet, D. (2007). Behavioural considerations for hand hygiene practices: the basic building blocks. *J Hosp Infect*, 65(1), 1-8. doi: 10.1016/j.jhin.2006.09.026
- White, C. M., Statile, A. M., Conway, P. H., Schoettker, P. J., Solan, L. G., Unaka, N. I., . . . Connelly, B. L. (2012). Utilizing improvement science methods to improve physician compliance with proper hand hygiene. *Pediatrics*, 129(4), e1042-1050. doi: 10.1542/peds.2011-1864

- Wilson, S., Jacob, C. J. et Powell, D. (2011). Behavior-change interventions to improve hand-hygiene practice: a review of alternatives to education. *Critical Public Health*, 21(1), 119-127. doi: 10.1080/09581591003786122
- Wittig, A. F. et Schurr, K. T. (1994). Psychological characteristics of women volleyball players: Relationships with injuries, rehabilitation, and team success. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20(3), 322-330.
- Wolcott, H. (2008). *Ethnography: a way of seeing*. (2e^e éd.). AltaMira, CA: Walnut Creek.
- Wolf, Z. (2007). Ethnography: the method (*Munhall P.L. Nursing research: a qualitative perspective* (4e éd.^e éd., p. 293-330). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Woodard, J. A., Leekha, S., Jackson, S. S. et Thom, K. A. (2019). Beyond entry and exit: Hand hygiene at the bedside. *American Journal of Infection Control*, 47(5), 487-491. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.10.026>
- Zaidi, Jaffery, T., Shahid, A., Moin, S., Gilani, A. et Burdick, W. (2012). Change in action: using positive deviance to improve student clinical performance. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*, 17(1), 95-105. doi: 10.1007/s10459-011-9301-8
- Zarb, P., Coignard, B., Griskeviciene, J., Muller, A., Vankerckhoven, V., Weist, K., . . . Hospital Contact Points for the, E. p. p. p. s. (2012). The European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) pilot point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use. *Euro Surveill*, 17(46).
- Zellmer, C., Blakney, R., Van Hoof, S. et Safdar, N. (2015). Impact of sink location on hand hygiene compliance for *Clostridium difficile* infection. *Am J Infect Control*, 43(4), 387-389. doi: 10.1016/j.ajic.2014.12.016
- Zimlichman, E., Henderson, D., Tamir, O., Franz, C., Song, P., Yamin, C. K., . . . Bates, D. W. (2013). Health care-associated infections: a meta-analysis of costs and financial impact on the US health care system. *JAMA Intern Med*, 173(22), 2039-2046. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.9763
- Zimmerman, B., Reason, P., Rykert, L., Gitterman, L., Christian, J. et Gardam, M. (2013). Front-Line Ownership: Generating a Cure Mindset for Patient Safety. *Healthc Pap*, 13(1), 6-22.

Annexe A - Moments pour procéder à l'hygiène des mains



Les 4 moments pour l'hygiène des mains



1 AVANT de toucher au patient ou à son environnement	<p>QUAND? Nettoyez-vous les mains en entrant:</p> <ul style="list-style-type: none"> • avant de toucher le patient ou • avant de toucher tout objet ou meuble dans l'environnement immédiat du patient <p>POURQUOI? Pour protéger le patient et son environnement des germes nuisibles que vous pourriez avoir sur les mains.</p>
2 AVANT une intervention aseptique	<p>QUAND? Lavez-vous les mains immédiatement avant une intervention aseptique.</p> <p>POURQUOI? Pour protéger le patient contre les germes, y compris ses propres germes, pouvant envahir son organisme.</p>
3 APRÈS un risque de contact avec du liquide organique	<p>QUAND? Lavez-vous les mains immédiatement après un risque de contact avec du liquide organique (et après avoir enlevé les gants).</p> <p>POURQUOI? Pour vous protéger et protéger l'environnement des germes du patient.</p>
4 APRÈS un contact avec le patient ou son environnement	<p>QUAND? Nettoyez-vous les mains en sortant:</p> <ul style="list-style-type: none"> • après avoir touché le patient ou • après avoir touché tout objet ou meuble dans l'environnement immédiat du patient <p>POURQUOI? Pour vous protéger et protéger l'environnement des germes du patient.</p>

Annexe B - Approbation de la Direction des soins infirmiers



Montréal le 20 octobre 2014

Comité d'éthique de la recherche
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
Pavillon R, 900 rue St-Denis, 3e étage
Montréal, (Québec) X2X 0A9

OBJET : Appui au projet de recherche de Josiane Letourneau

Madame, Monsieur,

La présente est pour confirmer que la Direction des soins infirmiers et des regroupements clientèles du CHUM a pris connaissance et appuie le projet de recherche de madame Josiane Letourneau, étudiante au doctorat à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Le projet intitulé : « Exploration, sous l'angle de l'approche de la déviance positive, des pratiques cliniques d'infirmières au regard de l'hygiène des mains et des différents facteurs qui les influencent dans un contexte hospitalier » reçoit en effet tout notre appui.

Nous autorisons donc madame Letourneau à recruter des participants auprès de notre personnel infirmier œuvrant de jour sur différentes unités de soins. Nous lui offrons notre aide pour recruter les personnes répondant aux critères de sélection afin que ce projet de recherche puisse être réalisé dans les délais appropriés.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.



Sylvie Dubois, inf., Ph. D.
Directrice Direction des soins infirmiers et des regroupements clientèles, CHUM et
Professeure associée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal



Annexe C - Approbation du comité d'éthique



Comité d'éthique de la recherche du CHUM
Pavillon R, 900 rue St-Denis, 3^e étage
Montréal (Québec) H2X 0A9

Le 13 novembre 2014

Madame Sylvie Dubois
Direction des soins infirmiers
CHUM

Madame Josiane Létourneau
Étudiante au doctorat
Sciences infirmières
Université de Montréal

a/s : Mme Josiane Létourneau
courriel : josiane.letourneau@umontreal.ca

Objet :	14.252 – Approbation FINALE CÉR restreint
	Exploration, sous l'angle de l'approche de la déviance positive, des pratiques cliniques d'infirmières au regard de l'hygiène des mains et des facteurs qui les influencent en contexte hospitalier.

Mesdames,

Nous accusons réception, en date du 13 novembre 2014, des documents, précisions et corrections demandées ainsi que des documents suivants en vue de l'approbation finale du projet mentionné en rubrique :

- formulaire d'information et de consentement français modifié – partie 1, version du 13 novembre 2014
- formulaire d'information et de consentement français modifié – partie 2, version du 13 novembre 2014
- feuillet d'information destiné au patient, version du 13 novembre 2014
- formulaire 20 complété

Le tout étant jugé satisfaisant, il nous fait plaisir de vous informer que la présente constitue l'approbation finale de votre projet de recherche, **valide pour un an à compter du 13 novembre 2014**.

Vous devrez compléter le formulaire de renouvellement que nous vous ferons parvenir annuellement. De même, vous devrez soumettre pour approbation préalable, toute demande de modification ou document de suivi requis par le comité d'éthique conformément à ses Statuts et Règlements et ce via Nagano.

Vous retrouverez dans Nagano une copie des formulaires de consentement portant l'estampille d'approbation du comité. Seule cette version finale devra être utilisée pour signature par les participantes.

Lorsque cela s'applique à votre situation, veuillez noter que le projet ne peut débuter tant que le contrat n'est pas finalisé et dûment signé.

Le comité suit les règles de constitution et de fonctionnement de l'Énoncé de Politique des trois Conseils (ÉPTC 2) et des Bonnes pratiques cliniques de la CIH.

Pour toute question relative à cette correspondance, veuillez communiquer avec la personne soussignée via NAGANO, ou avec sa collaboratrice, par téléphone ou

Vous souhaitant la meilleure des chances dans la poursuite de vos travaux, nous vous prions d'accepter, Mesdames, nos salutations distinguées.


Camille Assemat
Vice-présidente
Comité d'éthique de la recherche du CHUM

Annexe D - Formulaire d'information et de consentement - 1^{ère} ethnographie



APPROUVÉ – CÉR DU CHUM
DATE : 13 novembre 2014
INITIALES : CA

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for a signature or stamp.

Formulaire d'information et de consentement

Titre du projet: Exploration, sous l'angle de l'approche de la déviance positive, des pratiques cliniques d'infirmières au regard de la prévention des infections nosocomiales et des facteurs qui les influencent.

Chercheuse responsable au CHUM: Sylvie Dubois, inf., Ph. D.
Directrice, Direction des soins infirmiers et des regroupements clientèles

Étudiante-chercheuse : Josiane Létourneau, inf., MSc. Santé communautaire
Candidate au doctorat, Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Directrice de thèse : Marie Alderson, inf., PhD
Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Co-directrice de thèse: Annette Leibing, PhD
Professeure titulaire - anthropologie médicale
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

No. projet CHUM: 14.252

PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche parce que vous êtes infirmière soignante sur une unité de soins du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Avant d'accepter de participer et de signer ce formulaire, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement l'information qui suit.

Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiante-chercheuse ou à la chercheuse responsable de l'étude afin de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair pour vous. Si vous décidez de participer, nous vous demandons de signer ce formulaire et une copie vous sera remise.

NATURE ET BUT DU PROJET DE RECHERCHE

Les infections nosocomiales sont définies comme des infections acquises au cours d'un épisode de soins administré par un établissement du réseau de la santé. Au Québec, on estime qu'il y a acquisition de ce type d'infection dans près de 10% des admissions dans les hôpitaux de soins de courte durée, ce qui représente un nombre annuel de 80 000 à 90 000 infections nosocomiales avec un taux de mortalité attribuable se situant entre 1 et 10%. Ces infections coûtent annuellement environ 180 millions de dollars outre les divers impacts sur les patients et les familles : pertes de revenus, diminution de la qualité de vie, hospitalisations prolongées, etc. Plusieurs mesures existent pour prévenir la transmission des infections nosocomiales comme le port de masques, de blouses ou de gants et l'hygiène des mains. Malheureusement, l'adhésion du personnel soignant à ces mesures n'est pas optimale et les infections nosocomiales demeurent un problème majeur et bien présent dans nos milieux de soins avec des conséquences graves pour les patients. Il existe une approche prometteuse pouvant vraisemblablement améliorer les pratiques: la déviance positive. Elle est définie comme une approche de changement comportemental basé sur la prémisse qu'il y a des individus (déviants positifs) qui sont en mesure de résoudre les problèmes mieux que leurs collègues avec exactement les mêmes ressources. Comprendre comment et pourquoi les « déviants positifs » agissent différemment permettrait de développer des interventions visant à promouvoir les comportements désirés dans le domaine de la santé. Cela dit, peu de connaissances existent sur ce qui caractérise lesdits déviants positifs. Étant donné que les infirmières sont les professionnels de la santé qui ont le plus de contacts directs avec les patients, il importe d'investiguer, sous l'angle de l'approche de la déviance positive, les pratiques cliniques d'infirmières au regard de la prévention des infections nosocomiales et les facteurs qui les influencent.

Dans le cadre de ce projet de recherche, l'étudiante-chercheuse, encadrée par ses directrices, explorera 1) les pratiques cliniques d'infirmier(es) au regard de la prévention des infections nosocomiales et 2) les facteurs qui les influencent.

Dix à douze infirmières œuvrant de jour sur une unité de soins du CHUM seront recrutées pour participer à ce projet.

L'étudiante-chercheuse se présentera sur une unité de soins durant le quart de jour pour réaliser des séances d'information et présenter le projet doctoral. Elle invitera les infirmières à participer au projet et celles répondant aux critères de sélection seront recrutées après signature du consentement.

NATURE DE LA PARTICIPATION DEMANDÉE ET DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Si vous acceptez de participer à ce projet de recherche, et après avoir signé le présent formulaire, votre participation consistera à réaliser une entrevue individuelle d'une durée d'environ 60 minutes menée par l'étudiante-chercheuse et qui portera sur les pratiques cliniques et les facteurs qui vous influencent au regard de la prévention des infections nosocomiales. De plus, au cours des six à huit semaines que durera la période d'observation, l'étudiante-chercheuse prendra des notes sur tout ce qui facilite ou nuit à votre adhésion aux mesures de prévention des infections nosocomiales et elle pourra vous poser des questions sur ces éléments. L'étudiante-chercheuse pourra aussi vous demander de vous accompagner dans la chambre d'un patient après avoir obtenu l'autorisation de celui-ci.

Au regard de l'entrevue individuelle, l'étudiante-chercheuse vous rencontrera seule à seule au moment qui vous conviendra le mieux. L'entretien aura lieu au CHUM dans une pièce discrète. De même, afin de respecter le moment le plus propice de la journée pour vous, l'heure de l'entrevue sera fixée à votre convenance. Pour nous aider à nous rappeler des échanges et de toutes les informations partagées lors de l'entrevue ainsi qu'à des fins d'analyse, nous souhaitons les enregistrer sur bande audionumérique. A la demande d'une participante, l'enregistrement peut être interrompu pendant le temps souhaité. Nous prendrons alors vos réponses en notes. Si toutefois des informations supplémentaires s'avéraient nécessaires, l'étudiante-chercheuse pourrait vous contacter à nouveau.

Vous êtes libre de participer soit à l'observation, soit à l'entrevue individuelle, soit aux deux.

RISQUES, INCONVÉNIENTS ET INCONFORT

Il n'y a aucun risque connu à participer à cette étude. Le temps nécessaire pour répondre aux questions durant l'entrevue peut représenter un inconfort pour certaines participantes. Vous pouvez interrompre et faire cesser l'entrevue à tout moment. L'étudiante-chercheuse vous offrira de poursuivre l'entrevue à un autre moment si vous le désirez.

AVANTAGES

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais on ne peut vous l'assurer. Toutefois, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances en sciences infirmières.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est entièrement volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également cesser de participer à ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à l'étudiante-chercheuse ou à la chercheuse responsable du projet.

Votre décision de ne pas participer ou de vous retirer de l'étude n'aura aucune conséquence sur votre relation avec l'étudiante-chercheuse, la chercheuse responsable et les autres intervenants.

L'étudiante-chercheuse, la chercheuse responsable et le comité d'éthique de la recherche du CHUM peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, notamment si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retirée du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour assurer l'intégrité de l'étude et rencontrer les exigences réglementaires. Toutefois, en cas de retrait précoce, les enregistrements seront détruits.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, l'étudiante-chercheuse recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant, mais sans jamais que votre nom soit mentionné. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifiée que par un numéro de code. Le code reliant votre nom à ce projet sera conservé par l'étudiante-chercheuse et la chercheuse responsable du projet.

L'étudiante-chercheuse du projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrit dans le présent formulaire d'information et de consentement. Ces données seront conservées sous clé, pendant cinq (5) ans au maximum dans un classeur au bureau de la directrice de thèse à l'Université de Montréal.

Les résultats pourront être publiés dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche, s'il y a lieu, pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du CHUM. Cette personne adhère à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part conservé et maintenu par l'étudiante-chercheuse.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire modifier au besoin, et ce, aussi longtemps que l'étudiante-chercheuse du projet détient ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès qu'à certains de ces renseignements, une fois votre participation terminée.

DROITS DE LA PARTICIPANTE

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez l'étudiante-chercheuse, la chercheuse responsable ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

COMMUNICATION DES RÉSULTATS GÉNÉRAUX

Les résultats de cette étude seront à votre disposition sur demande, après la fin du projet. La demande devra être faite par écrit auprès de l'étudiante-chercheuse.

PERSONNES RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème concernant votre participation au projet, vous pouvez communiquer avec l'étudiante-chercheuse du lundi au vendredi, de 8h00 à 16h00.

Josiane Létourneau, inf, MSc. Santé communautaire, PhD (c)

Si vous avez des questions au sujet de vos droits en tant que participant à un projet de recherche ou si vous avez des plaintes à formuler, vous pouvez communiquer avec :

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CHUM

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Le comité d'éthique de la recherche du CHUM a approuvé ce projet et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

CONSENTEMENT

Avant de signer le présent formulaire de consentement, j'ai reçu des explications complètes sur les méthodes et les moyens qui seront utilisés dans le cadre de l'étude : *Exploration, sous l'angle de l'approche de la déviance positive, des pratiques cliniques d'infirmières au regard de la prévention des infections nosocomiales et des facteurs qui les influencent.*

J'ai lu et j'ai eu suffisamment de temps pour comprendre pleinement les renseignements présentés ci-dessus concernant cette étude. J'accepte de plein gré de signer ce formulaire de consentement. Je recevrai un exemplaire signé et daté de ce formulaire.

- J'accepte de participer à l'observation et à l'entrevue individuelle
- J'accepte de participer à l'observation
- J'accepte de participer à l'entrevue individuelle

Nom (en lettres moulées)	Signature de la participante	Date
--------------------------	------------------------------	------

Engagement des chercheuses

Je certifie qu'on a expliqué à la participante les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'elle avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'elle demeure libre de mettre un terme à sa participation.

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée à la participante.

Nom (en lettres moulées)	Signature de l'étudiante-chercheuse	Date
--------------------------	-------------------------------------	------

Nom (en lettres moulées)	Signature de la chercheuse responsable	Date
--------------------------	--	------

13 novembre 2014

Version 13 novembre 2014

6/6

Annexe E - Formulaire d'information et de consentement - 2^e ethnographie



APPROUVÉ – CÉR DU CHUM

DATE : 26 juin 2015
INITIALES : CA



Formulaire d'information et de consentement

Titre du projet: Exploration, sous l'angle de l'approche de la déviance positive, des pratiques cliniques d'infirmières au regard de la prévention des infections nosocomiales et des facteurs qui les influencent

Chercheuse responsable au CHUM: Sylvie Dubois, inf., Ph. D.
Directrice, Direction des soins infirmiers et des regroupements clientèles

Étudiante-chercheuse : Josiane Létourneau, inf., MSc. Santé communautaire
Candidate au doctorat, Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Directrice de thèse : Marie Alderson, inf., PhD
Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Co-directrice de thèse: Annette Leibing, PhD
Professeure titulaire - anthropologie médicale
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

No. projet CHUM: 14.252

PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche parce que vous êtes infirmière soignante sur une unité de soins du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Avant d'accepter de participer et de signer ce formulaire, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement l'information qui suit.

Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiante-chercheuse ou à la chercheuse responsable de l'étude afin de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair pour vous. Si vous décidez de participer, nous vous demandons de signer ce formulaire et une copie vous sera remise.

NATURE ET BUT DU PROJET DE RECHERCHE

Les infections nosocomiales sont définies comme des infections acquises au cours d'un épisode de soins administré par un établissement du réseau de la santé. Au Québec, on estime qu'il y a acquisition de ce type d'infection dans près de 10% des admissions dans les hôpitaux de soins de courte durée, ce qui représente un nombre annuel de 80 000 à 90 000 infections nosocomiales avec un taux de mortalité attribuable se situant entre 1 et 10%. Ces infections coûtent annuellement environ 180 millions de dollars outre les divers impacts sur les patients et les familles : pertes de revenus, diminution de la qualité de vie, hospitalisations prolongées, etc.

Plusieurs mesures existent pour prévenir la transmission des infections nosocomiales comme le port de masques, de blouses ou de gants et l'hygiène des mains. Malheureusement, l'adhésion du personnel soignant à ces mesures n'est pas optimale et les infections nosocomiales demeurent un problème majeur et bien présent dans nos milieux de soins avec des conséquences graves pour les patients. Il existe une approche prometteuse pouvant vraisemblablement améliorer les pratiques: la déviance positive. Elle est définie comme une approche de changement comportemental basé sur la prémisse qu'il y a des individus (déviants positifs) qui sont en mesure de résoudre les problèmes mieux que leurs collègues avec exactement les mêmes ressources. Comprendre comment et pourquoi les « déviants positifs » agissent différemment permettrait de développer des interventions visant à promouvoir les comportements désirés dans le domaine de la santé. Cela dit, peu de connaissances existent sur ce qui caractérise lesdits déviants positifs. Étant donné que les infirmières sont les professionnels de la santé qui ont le plus de contacts directs avec les patients, il importe d'investiguer, sous l'angle de l'approche de la déviance positive, les pratiques cliniques d'infirmières au regard de la prévention des infections nosocomiales et les facteurs qui les influencent.

Dans le cadre de ce projet de recherche, l'étudiante-chercheuse, encadrée par ses directrices, explorera 1) les pratiques cliniques d'infirmier(es) au regard de la prévention des infections nosocomiales et 2) les facteurs qui les influencent.

Cinq infirmières œuvrant de jour sur une unité de soins du CHUM seront recrutées pour participer à ce projet.

L'étudiante-chercheuse se présentera sur une unité de soins durant le quart de jour pour réaliser des séances d'information et présenter le projet doctoral. Elle invitera les infirmières à participer au projet et celles répondant aux critères de sélection seront recrutées après signature du consentement.

NATURE DE LA PARTICIPATION DEMANDÉE ET DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Si vous acceptez de prendre part à ce projet de recherche, et après avoir signé le présent formulaire, vous consentez à participer à l'observation et/ou à une entrevue individuelle.

Au cours des quatre semaines que durera la période d'observation, l'étudiante-chercheuse prendra des notes sur tout ce qui facilite ou nuit à votre adhésion aux mesures de prévention des infections nosocomiales et elle pourra vous poser des questions sur ces éléments. L'étudiante-chercheuse pourra aussi vous demander de vous accompagner dans la chambre d'un patient après avoir obtenu l'autorisation de celui-ci.

L'entrevue individuelle d'une durée d'environ 60 minutes, menée par l'étudiante-chercheuse, portera sur les pratiques cliniques et les facteurs qui vous influencent au regard de la prévention des infections nosocomiales. L'étudiante-chercheuse vous rencontrera seule à seule au moment qui vous conviendra le mieux. L'entretien aura lieu au CHUM dans une pièce discrète. De même, afin de respecter le moment le plus propice de la journée pour vous, l'heure de l'entrevue sera fixée à votre convenance. Pour nous aider à nous rappeler des échanges et de toutes les informations partagées lors de l'entrevue ainsi qu'à des fins d'analyse, nous souhaitons les enregistrer sur bande audionumérique. À la demande d'une participante, l'enregistrement peut être interrompu pendant le temps souhaité. Nous prendrons alors vos réponses en notes. Si toutefois des informations supplémentaires s'avéraient nécessaires, l'étudiante-chercheuse pourrait vous contacter à nouveau.

Vous êtes libre de participer soit à l'observation, soit à l'entrevue individuelle, soit aux deux.

RISQUES, INCONVÉNIENTS ET INCONFORT

Il n'y a aucun risque connu à participer à cette étude. Si des inconforts surviennent durant la période d'observation, vous pouvez demander en tout temps à l'étudiante-chercheuse de sortir de la chambre si vous ne souhaitez plus être observée.

Le temps nécessaire pour répondre aux questions durant l'entrevue peut représenter un inconvénient pour certaines participantes. Vous pouvez interrompre et faire cesser l'entrevue à tout moment. L'étudiante-chercheuse vous offrira de poursuivre l'entrevue à un autre moment si vous le désirez.

AVANTAGES

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais on ne peut vous l'assurer. Toutefois, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances en sciences infirmières.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est entièrement volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également cesser de participer à ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à l'étudiante-chercheuse ou à la chercheuse responsable du projet. Votre décision de ne pas participer ou de vous retirer de l'étude n'aura aucune conséquence sur votre relation avec l'étudiante-chercheuse, la chercheuse responsable et les autres intervenants.

L'étudiante-chercheuse, la chercheuse responsable et le comité d'éthique de la recherche du CHUM peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, notamment si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retirée du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour assurer l'intégrité de l'étude et rencontrer les exigences réglementaires. Toutefois, en cas de retrait précoce, les enregistrements seront détruits.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, l'étudiante-chercheuse recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant, mais sans jamais que votre nom soit mentionné. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifiée que par un numéro de code. Le code reliant votre nom à ce projet sera conservé par l'étudiante-chercheuse et la chercheuse responsable du projet.

L'étudiante-chercheuse du projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrit dans le présent formulaire d'information et de consentement. Ces données seront conservées sous clé, pendant cinq (5) ans au maximum dans un classeur au bureau de la directrice de thèse à l'Université de Montréal.

Les résultats pourront être publiés dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche, s'il y a lieu, pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du CHUM. Cette personne adhère à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet

seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part conservé et maintenu par l'étudiante-chercheuse.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire modifier au besoin, et ce, aussi longtemps que l'étudiante-chercheuse du projet détient ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès qu'à certains de ces renseignements, une fois votre participation terminée.

DROITS DE LA PARTICIPANTE

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez l'étudiante-chercheuse, la chercheuse responsable ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

COMMUNICATION DES RÉSULTATS GÉNÉRAUX

Les résultats de cette étude seront à votre disposition sur demande, après la fin du projet. La demande devra être faite par écrit auprès de l'étudiante-chercheuse.

PERSONNES RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème concernant votre participation au projet, vous pouvez communiquer avec l'étudiante-chercheuse du lundi au vendredi, de 8h 00 à 16h 00.

Josiane Létouneau, inf, MSc. Santé communautaire, PhD (c)

[REDACTED]

Si vous avez des questions au sujet de vos droits en tant que participant à un projet de recherche ou si vous avez des plaintes à formuler, vous pouvez communiquer avec :

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CHUM

[REDACTED]

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Le comité d'éthique de la recherche du CHUM a approuvé ce projet et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

CONSENTEMENT

Avant de signer le présent formulaire de consentement, j'ai reçu des explications complètes sur les méthodes et les moyens qui seront utilisés dans le cadre de l'étude : *Exploration, sous l'angle de l'approche de la déviance positive, des pratiques cliniques d'infirmières au regard de la prévention des infections nosocomiales et des facteurs qui les influencent.*

J'ai lu et j'ai eu suffisamment de temps pour comprendre pleinement les renseignements présentés ci-dessus concernant cette étude. J'accepte de plein gré de signer ce formulaire de consentement. Je recevrai un exemplaire signé et daté de ce formulaire.

- J'accepte de participer à l'observation ainsi qu'à l'entrevue individuelle
- J'accepte de ne participer qu'à l'observation
- J'accepte de ne participer qu'à l'entrevue individuelle

Nom (en lettres moulées)	Signature de la participante	Date
--------------------------	------------------------------	------

Engagement des chercheuses

Je certifie qu'on a expliqué à la participante les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'elle avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'elle demeure libre de mettre un terme à sa participation.

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée à la participante.

Nom (en lettres moulées)	Signature de l'étudiante-chercheuse	Date
--------------------------	-------------------------------------	------

Nom (en lettres moulées)	Signature de la chercheuse responsable	Date
--------------------------	--	------

Annexe F - But et questionnaire sociodémographique - Entrevue.

**Projet doctoral
Entrevue individuelle**

Titre du projet:

Exploration, sous l'angle de l'approche de la déviance positive, des pratiques cliniques d'infirmières au regard de la prévention des infections nosocomiales et des facteurs qui les influencent

But de l'entrevue :

Obtenir des données qualitatives en lien avec la prévention des infections selon les perspectives des infirmières

Données sociodémographiques

○ Nom : _____

○ Âge : _____

○ Formation

○ DEC

○ Certificat

○ Baccalauréat

○ Maîtrise

○ Autre

Nombre d'années de pratique comme infirmière : _____

Date de l'entrevue : _____

Annexe G - But et questionnaire sociodémographique - Observation

Projet doctoral Observation

Titre du projet:

Exploration, sous l'angle de l'approche de la déviance positive, des pratiques cliniques d'infirmières au regard de la prévention des infections nosocomiales et des facteurs qui les influencent

Buts :

- Avoir accès aux activités du quotidien des infirmières
- Accompagner une infirmière à la fois lors de ses interventions cliniques et dans ses interactions avec les patients
- Comprendre ce qui prévaut en termes de prévention des infections nosocomiales et qui peut avoir une influence sur les infirmières.

Données sociodémographiques

- Âge : _____

- Formation
 - DEC
 - Certificat
 - Baccalauréat
 - Maitrise
 - Autre

Nombre d'années de pratique comme infirmière : _____

Date de l'observation : _____

Annexe H - Informations pour les patients



Informations pour les patients

Titre du projet: Exploration, sous l'angle de l'approche de la déviance positive, des pratiques cliniques d'infirmières au regard de la prévention des infections nosocomiales et des facteurs qui les influencent.

Chercheuse responsable au CHUM: Sylvie Dubois, inf., Ph. D. Directrice, Direction des soins infirmiers et des regroupements clientèles

Étudiante-chercheuse : Josiane Létourneau, inf., Candidate au doctorat, Faculté des sciences Infirmières, Université de Montréal

Directrice de thèse : Marie Alderson, inf., PhD, Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Co-directrice de thèse: Annette Leibing, PhD, Professeure titulaire - anthropologie médicale Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

But du projet d'étude. Explorer les différents facteurs qui influencent l'ensemble des soins cliniques

Pourquoi? Assurer la qualité et la sécurité des soins dans un contexte hospitalier.

Qu'est-ce que cela implique pour vous? Si vous acceptez que j'accompagne votre infirmière dans la chambre, je ne prendrai aucune information sur vous et je ne vous poserai aucune question. Vous pouvez être assuré de la confidentialité de cette démarche. J'observerai seulement votre infirmière dans son travail et prendrai des notes, le cas échéant.

Que devez-vous faire? Simplement mentionner à votre infirmière ou à un autre membre du personnel que vous êtes d'accord ou non pour que j'accompagne votre infirmière dans la chambre.

Merci,
Josiane Létourneau

Annexe I - Grille d'observation

Buts:

- Avoir accès aux activités du quotidien des infirmières
- Participer aux rencontres d'équipe, aux tournées, aux rapports qui sont faits lors des changements de quart de travail et à toute autre activité professionnelle ou sociale
- Accompagner une infirmière à la fois lors de ses interventions cliniques et dans ses interactions avec les patients
- Comprendre ce qui prévaut en termes de prévention des infections nosocomiales dans ce contexte hospitalier et qui peut avoir une influence sur l'adhésion à l'hygiène des mains des infirmières

Déroulement:

- Période d'environ six semaines
- Blocs d'environ quatre heures consécutives à raison d'environ trois fois par semaine
- Intermèdes pour consigner des notes sur
 - hygiène des mains
 - conversations informelles
 - commentaires
 - interactions entre les infirmières
 - langage non-verbal
 - environnement physique

Informations à consigner:

- Architecture
 - Nombre de chambres
 - Individuelles
 - Deux lits
 - Plus que deux lits

- Distributeurs de solution hydro-alcoolique (SHA)
 - Extérieur des chambres
 - Location
 - Nombre
 - Intérieur des chambres
 - Location
 - Nombre
- Lavabos pour le personnel
 - Extérieur des chambres
 - Location
 - Nombre
 - Savon
 - Papier essuie-mains
- Documents (protocoles ou autres) en lien avec la prévention des infections et disponibles sur l'unité
- Formations sur l'hygiène des mains disponibles sur l'unité ou dans l'hôpital
- Posters, affiches sur les murs
- Interactions entre les infirmières, attitudes face à l'hygiène des mains
- Hygiène des mains
 - avant et après être entré dans la chambre d'un patient (qui, comment, combien de fois)
 - dans la chambre

Date	
Heure	
Jour de la semaine	
Nom	
<u>Hygiène des mains</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ avant d'entrer dans la chambre d'un patient ○ après être sortie de la chambre d'un patient ○ dans la chambre <ul style="list-style-type: none"> ○ après port de gants ○ après intervention aseptique ○ après contact avec liquides biologiques ○ Produit utilisé 	
<u>Désinfection de l'équipement de soins</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dinamap ○ Glucomètre 	
Attitude face à l'hygiène des mains	
Attitude avec ses patients	
Interactions avec autres infirmières	
Langage non-verbal	
Conversations informelles	
Commentaires	

Annexe J - Guide entretien individuel

Préparation:

- Réserver un local fermé sur les lieux de travail
 - Idéalement qui ne soit pas sur l'unité de soins
 - En faire la demande à la Direction des soins infirmiers
- Acheter une enregistreuse

Déroulement:

- Accueillir la participante
- Présenter le but de l'entrevue
- Lire et inviter à signer le formulaire de consentement
- Répondre à ses questions avant de commencer
- Débuter l'enregistrement après en avoir avisé la participante
- Débuter par des questions sociodémographiques
 - Quel est votre âge?
 - Genre:
 - Féminin
 - Masculin
 - Quelle est votre formation?
 - DEC
 - Certificat(s)
 - Baccalauréat
 - Maîtrise
 - Autre
 - Depuis combien d'années pratiquez-vous comme infirmière?

Questions d'introduction

Je vous remercie de participer à ce projet de recherche et à cette entrevue.

- Pourriez-vous m'expliquer pourquoi vous avez accepté d'y participer?

- Pourriez-vous me dire comment ce projet de recherche est perçu sur votre unité?

Questions principales en lien avec les pratiques cliniques

- Pourquoi selon vous, il y a des infirmières qui adhèrent plus souvent aux mesures de prévention des infections?
- D'après vous, quelles sont les raisons qui font que certaines infirmières n'adhèrent pas aux mesures de prévention des infections?
- Que pensez-vous des mesures de prévention des infections sur votre unité?
- Dans quelle mesure êtes-vous influencée par ce que les autres infirmières pensent de la prévention des infections?

Questions exploratoires au regard des facteurs qui influencent l'adhésion aux mesures de prévention des infections

- Qu'est-ce qui facilite l'adhésion aux mesures de prévention?
- Quels sont les contraintes/difficultés que vous rencontrez dans l'adhésion aux mesures de prévention?

Questions complémentaires (pourront être utilisées suite à n'importe laquelle des questions précédentes)

- Pourriez-vous m'en dire un peu plus sur l'adhésion à hygiène des mains...?
- Que voulez-vous dire par...?

Questions finales

- Avez-vous quelque chose à ajouter?
- Avez-vous des commentaires sur le déroulement de l'entrevue?

Puis

- La remercier pour sa participation et son temps
- Fermer l'enregistreuse

Après l'entrevue:

- Prendre des notes sur:
 - Déroulement de l'entrevue (comment s'est-elle passée, comment était la participante, comment je me suis sentie)
 - Endroit où s'est déroulée l'entrevue
 - Nouvelles idées, avenues pour les prochaines entrevues

MÉTHODOLOGIE

La déviance positive : analyse de concept selon l'approche évolutionniste de Rodgers

Positive deviance : concept analysis using the evolutionary approach of Rodgers

Josiane LÉTOURNEAU

MSc, Étudiante au 3^e cycle, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Québec, Canada.

Marie ALDERSON

Inf., Ph.D., Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Québec, Canada.

Chantal CAUX

Ph.D., Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Québec, Canada.

Lucie RICHARD

Ph.D., Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Québec, Canada et Directrice adjointe, Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal.

Autres affiliations : Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé ; Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

Remerciements

Lucie Richard détient une bourse de Chercheure nationale FRQS (#16207).

RÉSUMÉ

La déviance positive est un concept relativement nouveau aux soins de santé. Depuis 2006, elle a été utilisée en prévention des infections pour accroître l'adhésion aux mesures de prévention des infections et plus spécifiquement, à l'hygiène des mains. Le but de cet article est de présenter les résultats de l'analyse de ce concept selon l'approche évolutionniste de Rodgers, basée sur le postulat philosophique que les concepts sont dynamiques et évoluent dans le temps. Pour ce faire, une recension des écrits en sciences infirmières, médecine et psychologie fut réalisée. Les bases de données CINAHL, Medline et PsycINFO furent interrogées, pour la période des années 1975 à mai 2012, au moyen du mot-clé déviance positive. Conformément à la méthode de Rodgers, quatre-vingt-dix articles ont été retenus (30 par discipline). L'analyse permet de constater que le concept de déviance positive décrit à l'origine comme un trait de personnalité individuel est maintenant utilisé comme une approche de changement de comportement en sciences infirmières et en médecine. Au terme de l'analyse et en dehors du cadre de cet article, la déviance positive sera utilisée pour explorer les pratiques des infirmières qui adhèrent à l'hygiène des mains malgré les contraintes présentes dans les centres hospitaliers. Nous pourrions ainsi poursuivre le développement de ce concept afin de l'amener, comme le recommande Rodgers, au-delà de l'analyse. Il s'agirait-là d'une importante contribution aux meilleures pratiques infirmières dans le domaine de la prévention et contrôle des infections.

Mots clés : Déviance positive, analyse évolutionniste de concept, hygiène des mains, sciences infirmières, infections nosocomiales.

Pour citer l'article :

LÉTOURNEAU J, ALDERSON M, CAUX C, RICHARD L. La déviance positive : analyse de concept selon l'approche évolutionniste de Rodgers Recherche en soins infirmiers, juin 2013 ; 113 : 17-33.

Adresse de correspondance :

Josiane LÉTOURNEAU : josiane.letourneau@umontreal.ca

Annexe L.- Preuve de publication du 2^e article

American Journal of Infection Control 46 (2018) 558-63



Contents lists available at ScienceDirect

American Journal of Infection Control

journal homepage: www.ajicjournal.org



Major Article

Positive deviance and hand hygiene of nurses in a Quebec hospital: What can we learn from the best?



Josiane Létourneau MPH ^{a,b,c,*}, Marie Alderson PhD ^{a,b,d}, Annette Leibing PhD ^{a,b,c,e,f}

^a Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Montréal, QC, Canada

^b Quebec Nursing Intervention Research Network, Montréal, QC, Canada

^c Institut de recherche en santé publique, Université de Montréal, Montréal, QC, Canada

^d Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Montréal, QC, Canada

^e Research group Meos (Le médicament comme objet social), Geneva, Switzerland

^f CREGES (Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale), Montréal, QC, Canada

Key Words:

Positive deviance
hand hygiene
nurses
focused ethnography

Background: Although it is well known that hand hygiene is the most effective measure to prevent health care-associated infections, hand hygiene adherence is low in Quebec, as it is elsewhere. For this study, an innovative framework was used to explore the clinical practice of nurses regarding hand hygiene and the factors that influence it: positive deviance, or the idea that there are people who find better solutions to problems than their peers. This study investigated positive deviance at the level of the care team to shed light on group dynamics.

Methods: We conducted focused ethnographies on 2 care units—a medical-surgery unit and a palliative care unit—at a Montreal university hospital. Data collection consisted mainly of systematic observations and individual interviews with nurses.

Results: The results show that positive deviance related to hand hygiene is instigated by social cohesion within a care team, created, in this study, by the mobilizing leadership of the head nurse in the medical-surgery unit and the prevailing humanist philosophy in the palliative care unit.

Conclusions: In health care, it can be useful to apply the positive deviance approach to care teams instead of individuals to better understand the ideologic and structural differences linked to better hand hygiene performance by the nurses.

© 2018 Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc. Published by Elsevier Inc. All rights reserved.

BACKGROUND

The growing media coverage of health care-associated infections reveals that this is a real concern for society.¹ Hand hygiene is recognized as the most effective strategy for preventing this type of infection.^{2,3} That said, the weak adherence to this practice by health care professionals has been documented extensively in different care settings,⁴⁻⁶ despite widespread efforts and the use of multiple strategies.⁷ Although a number of factors could explain the weak adherence to hand hygiene, including workload, staff shortage, and lack of hand hygiene products,⁸ the difficulties encountered in improving it suggest that changing this behavior is a complex task. In the early 1990s, a behavioral change approach—positive deviance—

was successfully implemented to combat infantile malnutrition in Vietnam.⁹ Since then, the positive deviance approach has been used in many fields related to public health and medicine to identify and promote better performance in different areas.¹⁰ According to this approach, for any given problematic situation, most settings have positive deviants who find better solutions than other people with access to the same resources.¹¹ The approach typically involves 4 stages: identify positive deviants, use qualitative methods to discover the strategies that allow positive deviants to outperform their peers, verify whether these strategies could apply to more people, and share the successful strategies with key people.¹² On the individual level, positive deviance can be defined as an intentional behavior that differs positively from the norms of a reference group, in terms of intentions and adherence to metanorms.¹³ Whereas norms are the rules that govern a behavior,¹³ metanorms (or hypernorms) go beyond these norms and represent ethical principles that stem from cultural, religious, or philosophic beliefs.¹⁴ "While positive deviance can be used to describe the behaviour of exemplary individuals, the term can also be extended to describe

* Address correspondence to Josiane Létourneau, MPH, 8595 Ave André-Grasset, Montréal, QC H2M 2M5, Canada.

E-mail address: josiane.letourneau@umontreal.ca (J. Létourneau).

Conflicts of interest: None to report.