

Université de Montréal

**Analyse critique de la culture de sécurité face aux risques
biologiques et pandémiques pour les infirmières**

par

Laurence Bernard

Faculté des sciences infirmières

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures et postdoctorales
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en sciences infirmières

Avril, 2012

© Bernard, 2012

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée :

Analyse critique de la culture de sécurité face aux risques biologiques et pandémiques pour
les infirmières

Présentée par :
Laurence Bernard

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Lucie Richard, présidente-rapporteuse
Annette Leibing, directrice de recherche
Dave Holmes, co-directeur
Marie Alderson, membre du jury
Marcelo Otero, examinateur externe
Bernard Angers, représentant du doyen de la FES

Résumé

Une préoccupation grandissante face aux risques biologiques reliés aux maladies infectieuses est palpable tant au niveau international que national ou provincial. Des maladies émergentes telles que le SRAS ou la grippe A/H1N1 ont amené une prise en charge des risques pandémiques et à l'élaboration de mesures d'urgence pour maîtriser ces risques : développer une culture de sécurité est devenu une priorité de recherche de l'OMS. Malgré tout, peu d'écrits existent face à cette volonté de sécuriser la santé et le bien-être par toute une série de dispositifs au sein desquels les discours occupent une place importante en matière de culture de sécurité face aux risques biologiques. Une réflexion sociopolitique était nécessaire pour les infirmières qui sont aux premières loges en dispensant des soins à la population dans une perspective de prévention et de contrôle des infections (PCI) dans laquelle elles se spécialisent. Dès lors, ce projet avait pour buts d'explorer la perception du risque et de la sécurité face aux maladies infectieuses auprès des infirmières cliniciennes et gestionnaires québécoises; d'explorer plus spécifiquement l'existence ou l'absence de culture de sécurité dans un centre de santé et de services sociaux québécois (CSSS); et d'explorer les discours en présence dans le CSSS en matière de sécurité et de risques biologiques face aux maladies infectieuses et comment ces discours de sécurité face aux risques biologiques se traduisent dans le quotidien des infirmières.

Les risques biologiques sont perçus comme identifiables, mesurables et évitables dans la mesure où les infirmières appliquent les mesures de préventions et contrôle des infections, ce qui s'inscrit dans une perspective positiviste du risque (Lupton, 1999). La gestion de ces risques se décline au travers de rituels de purification et de protection afin de se protéger de toute maladie infectieuse. Face à ces risques, une culture de sécurité unique est en émergence dans le CSSS dans une perspective de prévention de la maladie. Toutefois, cette culture de sécurité désirée est confrontée à une mosaïque de cultures qui couvrent différentes façons d'appliquer ou non les mesures de PCI selon les participants.

La contribution de cette recherche est pertinente dans ce nouveau domaine de spécialité que constituent la prévention et le contrôle des infections pour les infirmières québécoises. Une analyse critique des relations de pouvoir tel qu'entendu par Foucault a permis de soulever les questions de surveillance infirmière, de politique de l'aveu valorisée,

de punition de tout écart à l'application rigoureuse des normes de PCI, de contrôle de la part des cadres infirmiers et d'assujettissement des corps relevant des mécanismes disciplinaires. Elle a permis également de documenter la présence de dispositifs de sécurité en lien avec la tenue de statistiques sur les patients qui sont répertoriés en tant que cas infectieux, mais également en termes de circulation des personnes au sein de l'établissement.

La présence d'un pouvoir pastoral est perceptible dans la traduction du rôle d'infirmière gestionnaire qui doit s'assurer que ses équipes agissent de la bonne façon et appliquent les normes de PCI privilégiées au sein du CSSS afin de réguler les taux d'infections nosocomiales présents dans l'établissement. En cas de non-respect des mesures de PCI touchant à l'hygiène des mains ou à la vaccination, l'infirmière s'expose à des mesures disciplinaires passant de l'avertissement, la relocalisation, l'exclusion ou la suspension de l'emploi. Une culture du blâme a été décrite par la recherche d'un coupable au sein de l'institution, particulièrement en temps de pandémie. Au CSSS, l'Autre est perçu comme étant à l'origine de la contamination, tandis que le Soi est perçu comme à l'abri de tout risque à partir du moment où l'infirmière respecte les normes d'hygiène de vie en termes de saines habitudes alimentaires et d'activité physique. Par ailleurs, les infirmières se doivent de respecter des normes de PCI qu'elles connaissent peu, puisque les participantes à la recherche ont souligné le manque de formation académique et continue quant aux maladies infectieuses, aux risques biologiques et à la culture de sécurité qu'elles considèrent pourtant comme des sujets priorités par leur établissement de santé.

Le pouvoir produit des effets sur les corps en les modifiant. Cette étude ethnographique critique a permis de soulever les enjeux sociopolitiques reliés aux discours en présence et de mettre en lumière ce que Foucault a appelé le gouvernement des corps et ses effets qui se capillarisent dans le quotidien des infirmières. Des recherches ultérieures sont nécessaires afin d'approfondir ce champ de spécialité de notre discipline infirmière et de mieux arrimer la formation académique et continue aux réalités infectieuses cliniques.

Mots-clés : Culture de sécurité, maladies infectieuses, risques biologiques, nursing, ethnographie critique, Foucault, gouvernement des corps

Abstract

At an international, national or provincial level, there is a growing concern related to biological risks and infectious disease. Emerging diseases such as SARS or influenza A/H1N1 brought a pandemic risk management and the development of emergency measures to control these risks: developing a safety culture has become a research priority for the WHO. However, few writings exist about the desire to secure health and well-being through a variety of devices in which the discourses takes a predominant place as regards of security against biological risks. From the perspective of prevention and infection control (PCI), in which the nurses specialize, a socio-political reflexion was necessary since they are at the forefront in providing care to the population. Therefore, the purpose of this project was to explore the discourses surrounding the safety culture against biological risks in the context of a Quebec healthcare facility “Centre de santé et de services sociaux” (CSSS).

Biological hazards are perceived as identifiable, measurable and avoidable if the nurses apply the preventive and infection control measures, which is part of a positivist perspective of risk (Lupton, 1999). Managing these risks is declined through a purification and protection rituals in order to protect themselves from any infectious disease. Faced with these risks, a unique safety culture is emerging in the CSSS following a disease prevention perspective. However, the desired safety culture is faced with a mosaic of cultures that cover different ways to apply or not the prevention and infection control (PIC) measures according to participants.

The contribution of this research is important within the prevention and control of infection field for Quebecois nurses. Critical analysis of power relations has raised questions about nursing surveillance, valorized confession policy, punishment for any deviation from the normative application of the PCI standards, monitoring by the nursing managers and subjugation of bodies within disciplinary mechanisms. It made it possible to document the presence of safety devices in conjunction with maintaining statistics on

patients who are listed as infectious cases, but also in terms of flux of person's movements within the institution.

The presence of a pastoral power is perceptible in the translation of the administrative role of nurse who must ensure that its teams act in the right way and apply the preferred CSSS PIC standards to regulate the rate of nosocomial infections present within the establishment. In case of non-compliance with PIC related measures to hand hygiene or vaccination, the nurse may be subject to disciplinary action from the warning, the relocation, the exclusion or suspension of the employment. A culture of blame has been described by the search for a culprit in the institution. Within the CSSS, the Other is perceived as being the source of contamination, while the Self is seen as free from any risk from the moment the nurse respects the standards of hygiene of life in terms of healthy dietary habits and physical activity. In addition, nurses must respect the PIC standards they know little, since the research participants noted the lack of academic and continuous training concerning infectious diseases, biological hazards and safety culture that they consider prioritized by their health institution.

Power produces effects on the bodies by modifying them. This ethnographic study criticizes, made it possible to raise the sociopolitic stakes connected to the involved speeches and to clarify what Foucault called the government of the bodies and his effects which are capillaries in the nurse's daily normalities. Further researches are necessary to explore this nursing speciality and to link academic and continuous training to clinical infectious realities.

Keywords : Safety Culture, infectious diseases, biological risks, nursing, critical ethnography, Foucault, government of the bodies

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	viii
Liste des figures.....	ix
Liste des abréviations.....	x
Remerciements.....	xii
Introduction.....	1
CHAPITRE - 1 - PROBLÉMATIQUE, BUTS ET QUESTIONS DE RECHERCHE.....	5
1.1. Buts et questions de recherche.....	9
CHAPITRE - 2 - RECENSION DES PRINCIPAUX ÉCRITS.....	10
2.1. Les maladies infectieuses.....	11
2.2. Risque biologique.....	19
2.2.1. Approches du risque biologique.....	19
2.2.2. Risque biologique et critique.....	23
2.3. Risques et santé publique.....	25
2.4. Gestion des risques.....	31
2.4.1. Notion de risques et de sécurité en gestion.....	32
2.4.2. Gestion des risques et santé publique.....	42
2.5 La sécurité face aux risques biologiques.....	47
2.5.1 Notion de sécurité.....	47
2.5.2 Sécurité du vivant et biosécurité.....	48
2.6 Culture de sécurité.....	52
2.7. Enjeux de la sécurité du vivant en sciences infirmières.....	57
2.7.1. Les approches théoriques en sciences infirmières.....	58
CHAPITRE - 3 - CADRE THÉORIQUE.....	63
3.1. Michel Foucault.....	63

3.1.1. Le pouvoir	66
3.1.2. Pertinence de la perspective foucauldienne face aux enjeux de la sécurité du vivant.....	83
3.2. Deborah Lupton et le risque.....	84
CHAPITRE - 4- CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES ET ÉTHIQUES	86
4.1. Devis et positionnement.....	87
4.2. Milieu de recherche.....	92
4.3. L'échantillon	93
4.4. Méthodes de collecte et d'analyse des données	94
4.4.1. Collecte de données	95
4.4.2. Analyses des données.....	101
4.4.3. Critères de rigueur.....	107
4.5. Considérations éthiques	110
Chapitre -5- PRÉSENTATION DES RÉSULTATS ET DISCUSSION.....	116
5.1. Le contexte de la recherche.....	117
Présentation de l'auteur.....	117
Participation à différents comités nationaux et régionaux	118
Contexte mondial, national et local de pandémie de grippe A/H1N1	123
5.2. Description et discussion des thèmes en présence au CSSS.....	136
5.2.1. Axe I : la pandémie et la maladie infectieuse	137
5.2.2. Axe II : le risque et sa gestion.....	199
5.2.3. Axe III : la (bio-) sécurité et sa culture	216
Conclusion	251
Glossaire.....	261
Références.....	281
ANNEXES.....	xiii
Annexe 1 : Certificat éthique du CÉRSS de l'Université de Montréal.....	xiv
Annexe 2 : Certificat d'éthique du Comité de l'Agence de Montréal	xv
Annexe 3 : Approbation scientifique du projet.....	xix
Annexe 4 : Formulaire de consentement à la recherche	xxii

Annexe 5 : Guide d'entrevue	xxxii
Annexe 6: Affiche de recrutement de participants.....	xxxv
Annexe 7 : Article de visibilité de la recherche publié dans le journal du CSSS	xxxvi
Annexe 8 : Grille d'observation inspirée de Peretz (2004).....	xxxvii
Annexe 9: Dispositif type de rinçage des mains	xxxviii
Annexe 10 : Articles du journal local	xxxix
Annexe 11 : carte heuristique (mind mapping) de l'analyse critique	xli
Annexe 12 : Arbre thématique	xliii

Liste des tableaux

Tableau 1 : Superstitions, peste noire et pandémie.....	14
Tableau 2 : Remèdes et conséquences de la peste noire.....	23

Liste des figures

Figure 1 : <i>Abjections</i> , triptyque thématique.....	188
--	-----

Liste des abréviations

ADM	Arme de destruction massive
AMDEC	Analyse des Modes de Défaillances de leurs Effets et de leur Criticité
ASPC	Agence de santé publique du Canada
CINQ	Comité des infections nosocomiales du Québec
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
EBN	Evidence-based nursing
EASHW	European Agency for Safety and Health at Work
FEMA	Federal Emergency Management Agency (USA)
HACCP	Hazard Analysis Critical Control Point
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
NBPG	Nursing best practice guidelines
OIM	Organisation internationale pour les migrations
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations unies
PCI	Prévention et contrôle des infections
PRPQST	Portail du réseau public québécois en santé au travail
RSSS	Réseau de santé et de services sociaux du Québec
RUIS	Réseaux universitaires intégrés de santé
SERTIH	Système d'évaluation des risques de transmission d'infections hématogènes
SP	Santé publique
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
VPH	Virus du papillome humain

« à ma sœur jumelle, Agnès, hen ta panta »



Espaces de liberté, Laurence Bernard, 2011
Acrylique sur toile et journaux mâchés

Remerciements

Je tiens à souligner le soutien constant de ma sœur jumelle Agnès Bernard, de mon conjoint Éric Allard et de mon ami Sylvain Massie. Merci pour les livres récupérés à la bibliothèque et à la librairie, les retranscriptions, les échanges et validation de points de vue, les mots et les gestes quotidiens qui m'ont permis de mener à bien cette thèse.

Il va sans dire qu'une thèse ne se construit pas sans le soutien continu de ma directrice de thèse, Pr Annette Leibing et de mon codirecteur, Pr Dave Holmes. Je tiens à les remercier profondément pour leur présence et leurs judicieux conseils dans la construction de mon projet. La sagesse, la nuance et l'humour de Pr Leibing furent très aidants, particulièrement lors de la rédaction de cette thèse. L'esprit critique de Pr Holmes et ses propos bienveillants m'auront permis de ne pas me décourager et de me tenir debout sur ce chemin doctoral.

Un tel projet ne peut se réaliser sans la participation des infirmières dans le milieu de recherche, je les en remercie chaleureusement. Le soutien inconditionnel de la directrice des soins infirmiers et sa grande disponibilité m'ont permis de surmonter les aléas rencontrés durant la recherche qui n'aurait pu aboutir sans son aide. À vous seule, vous êtes un aimant à connaissances pour votre organisation. Merci pour votre soutien.

Je tiens à remercier Lucie Beaudreau, ainsi que Céline Farley de l'Institut national de santé publique du Québec : nos échanges m'ont permis d'approfondir mes réflexions en lien avec la prévention et le contrôle des infections nosocomiales et la formation.

Pour terminer, je me dois de remercier les différentes institutions publiques qui m'ont offert plusieurs bourses d'études et d'excellence de la recherche: l'Institut national de santé publique du Québec, le Centre FERASI, le Ministère de l'Éducation, des loisirs et du sport du Québec, la Faculté des études supérieures et postdoctorales et la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Impression: Uniscript, Châteauguay

Mise en page: Agnès Bernard, Myriam Rosseau

Introduction

Automne 2009, un branle-bas de combat politique, médiatique mobilisant des forces économiques et sociales importantes est organisé pour faire face à la pandémie de grippe A/H1N1 décrétée quelques mois plus tôt par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Le système de santé et de services sociaux du Québec se dit prêt à faire face à une deuxième vague pandémique : les plans provinciaux, nationaux et internationaux de gestion de pandémie sont mis en œuvre. Une importante campagne de vaccination est réalisée majoritairement par des infirmières sous la supervision des institutions gouvernementales et relayées abondamment dans les médias qui diffusent largement des messages de sensibilisation à la population afin d'assurer une couverture vaccinale optimale.

Hiver 2010, le temps est au bilan suite à la pandémie de grippe A/H1N1. À l'international, des voix s'élèvent contre l'OMS qui est accusée d'avoir surestimé la gravité de la pandémie et son impact sur la société. Au sein même de la société dite savante ou disons de la communauté scientifique, les avis sont partagés quant à l'existence ou non d'une pandémie réelle. Quant à la population, certains tenants de la théorie du complot iront jusqu'à affirmer que l'OMS comploterait avec les compagnies pharmaceutiques pour dégager des profits colossaux ou encore de prétendre que les puissants de ce monde tentent d'éradiquer les plus faibles d'entre nous en créant eux-mêmes le virus H1N1 pour établir un nouvel ordre mondial. La pandémie de H1N1 a ravivé son lot de croyances et a produit une myriade de discours tantôt loufoques, tantôt alarmistes. Concrètement, les plans d'urgence sont révisés à la lumière de cet exercice « grandeur nature » par les analystes et gestionnaires des risques qui se préparent à une prochaine pandémie. Le système de surveillance et de vigie mondiale demeure aux aguets d'un nouvel épisode d'attaque microbienne entraînant dans son sillage un risque élevé de mort et de désordre sociétal plus ou moins catastrophique, questionnant entre autres nos modes de vie.

Les événements actuels liés à la grippe A/H1N1 sont intelligibles lorsque ceux-ci sont contextualisés dans un espace historique, sociopolitique, économique et surtout dans un espace de santé plus large. Cette remise en contexte nous permet de comprendre que, depuis toujours, la sécurité et la protection sont une question fondamentale de survie pour

l'être humain qui est confronté aux adversités de la vie comprenant la mort et la maladie. Les fléaux infectieux d'autrefois demeurent des héritages inscrits dans nos corps, traduits par les peurs parfois irrationnelles et les risques les mieux calculés afin de prévenir l'infection et d'en réduire ses conséquences.

Au Québec, ces dernières années, nous avons assisté à la naissance d'une formation infirmière de deuxième cycle universitaire sur la prévention et le contrôle des infections (PCI). Cette spécialisation permettra aux infirmières de devenir des partenaires-clefs au sein du réseau de la santé et de services sociaux (RSSS) : elles forment la partie visible d'une volonté politique d'organisation des services pour faire face aux risques biologiques. Leur spécialisation vient d'ailleurs d'être reconnue par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (OIIQ, 2009a, 2011).

Ce mouvement de structuration du réseau et d'institutionnalisation de la PCI prend ses racines généalogiques dans les événements qui ont marqué l'aube du XXI^e siècle. En effet, plusieurs événements majeurs sont venus ébranler les certitudes et le sentiment de sécurité de la population. Premièrement, les événements entourant les attentats du 11 septembre et la construction du risque biologique qui a frappé l'imaginaire nord-américain par la contamination de quelques personnes via des enveloppes contenant de l'anthrax (David et Gagnon, 2007) tout en justifiant le contrôle et la limitation de droits constitutionnels par le *Patriot Act*.

Suite à ces attentats chez nos voisins du sud, une épidémie de SRAS s'est déclarée au Canada dans de grands hôpitaux de Toronto où plusieurs professionnels de la santé sont décédés (Campbell, 2006; Naylor, 2003), une prise de conscience s'est opérée face au manque de préparation des institutions publiques québécoises en matière de risques infectieux naturels ou criminels, de nature épidémique ou pandémique. Cette prise de conscience s'est accentuée avec le risque de grippe aviaire : de nombreuses personnes ont pris d'assaut leur pharmacie pour obtenir du Tamiflu®, un antiviral traitant ce type de grippe.

Finalement, la recrudescence des infections par *Clostridium difficile* au Québec (MSSS, 2006), mais aussi diverses contaminations (vache folle, listériose) ajoutées aux expériences du SRAS et de menaces que constituaient la grippe aviaire et le risque

biologique lié aux armes de destruction massive (ADM), ont amené la population et les médias à questionner politiques et politiques existantes. Ces derniers ont répondu par la mobilisation du RSCS en créant une structure de surveillance en PCI en 2004 et en émettant de nombreuses lignes directrices et de plans d'action et d'urgence pour améliorer les pratiques de soins (MSSS, 2006; CINQ, 2006; Fauvel et Couillard, 2006).

Ces événements, bien qu'internationaux ou nationaux se capillarisent dans le quotidien même des infirmières, tandis que celles-ci ont un rôle majeur à jouer en matière de surveillance en PCI pour assurer la sécurité de leur patient, de leur famille et de la population (OIIQ, 2009b). Il est clair que, dans ce contexte national et international de risque biologique, le concept de sécurisation de la santé ou biosécurité émerge et des questions en matière de gestion du risque dont de surveillance sociosanitaire sont soulevées.

L'analyse des risques biologiques est au cœur des préoccupations ministérielles et s'inscrit dans un contexte international de risques biologiques liés au bioterrorisme et aux pandémies anticipées. Les infirmières ont un rôle de majeur à jouer puisque celles-ci donnent des soins de première ligne tant à l'urgence qu'en santé communautaire et contribuent activement à un réseau de surveillance en prévention et de contrôle des infections nouvellement instauré au Québec. Dès lors, il est important d'explorer ces risques biologiques, mais également de sensibiliser les infirmières aux aspects sociopolitiques liés à la santé publique qui n'est pas un domaine traditionnellement abordé en sciences infirmières tant au niveau de la clinique, de la gestion, de la formation que de la recherche. Ceci est fondamental, car les infirmières sont encore trop souvent centrées sur la tâche, tendent à dispenser des soins aux individus et aux familles qui sont essentiels à la vie selon Collière (2001), mais semblent avoir peu conscience des soins populationnels et encore moins de leurs enjeux sociopolitiques. On ne peut soigner consciemment sans questionner la téléologie de nos actions posées dans le quotidien en tant que professionnelles de la santé, au risque de redevenir de simples exécutantes. Questionner les aspects sociopolitiques implicites dans la pratique infirmière en prévention et contrôle des infections permet d'élargir nos horizons et de situer le rôle de l'infirmière dans un contexte

sociétal plus large. Il est donc important pour les infirmières de se pencher sur les aspects sociopolitiques reliés aux risques biologiques et à la culture de sécurité, car ces concepts sont souvent considérés sous l'angle de la prévention de la maladie et d'impératifs de soins pour générer des formes de sécurité.

CHAPITRE - 1 - PROBLÉMATIQUE, BUTS ET QUESTIONS DE RECHERCHE

Plusieurs éléments contextuels récents ont favorisé une prise de conscience des dirigeants du système de santé et de services sociaux au Québec en matière de prévention et de contrôle des infections. Citons à titre d'exemples : les risques biologiques liés au bioterrorisme tels que la contamination par l'anthrax, les risques pandémiques liés à la grippe aviaire dont la grippe porcine, au syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) ou encore au *Clostridium difficile*. Ces éléments ont permis de soulever plusieurs problèmes majeurs en matière de gestion des risques et d'éclotions en plus des problèmes sociosanitaires existants tels que « le fonctionnement en silo du système, le virage ambulatoire encore insuffisant ou l'engorgement des urgences » (Fleury et coll., 2007) sans compter la pénurie de professionnels de la santé et le vieillissement de la population (Coulombe, 2007).

Premièrement, il est apparu que le système a une faible capacité à maîtriser les crises en matière d'éclotions tant au niveau de la gestion qu'au niveau de l'intégration des services intersectoriels. Cette faible capacité adaptative a d'abord été soulevée suite à la crise liée au SRAS vécue à Toronto en 2003. Concrètement, quatre éclotions infectieuses ont été répertoriées dans quatre grands centres hospitaliers torontois suite à la transmission de ce pathogène par des voyageurs en provenance de l'Asie où une épidémie de SRAS sévissait déjà. Cela a eu pour conséquences le décès de patients et de professionnels de la santé à Toronto, et a mené à l'instauration d'une Commission d'enquête (Campbell, 2006; Naylor, 2003) ainsi qu'à l'émission de plusieurs recommandations tant en matière de communication intersectorielle et interministérielle que de structuration du réseau de santé publique. Parallèlement à l'éclotion torontoise en 2003, un cas de SRAS a été décelé en Colombie-Britannique. Malgré tout, l'infection a été rapidement circonscrite grâce à une gestion d'éclotion plus efficace et à l'application des pratiques de base qui ont permis de limiter la propagation du SRAS à cet endroit. Les pratiques de base sont constituées entre autres du lavage des mains, du port de blouse, gants, masque (Caron, 2005). Cette faible

capacité adaptative du système a également été soulevée suite à la recrudescence de l'infection au *Clostridium difficile* en 2004 au Québec où des mesures organisationnelles ont permis de diminuer le taux d'incidence de 40% (MSSS, 2006).

Parmi ces mesures, il est important de mentionner l'instauration d'un réseau provincial en prévention et contrôle des infections (PCI) structuré en tables nationales et régionales spécifique aux maladies infectieuses, mais également par la présence d'infirmières nouvellement formées et spécialisées dans ce domaine au niveau local dans chaque établissement du réseau de santé et de services sociaux québécois (RSSS). Ce nouveau réseau en PCI permet d'assurer une surveillance et une gestion accrue des risques que représentent les maladies infectieuses au Québec. Il est clair que le système de santé canadien est davantage en mode réactif que proactif en la matière : la réaction du système politique et sociosanitaire a été d'émettre des normes, des prises de position, des lignes directrices, des plans d'action (MSSS, 2006; CINQ, 2006; Fauvel & Couillard, 2006; Gouvernement du Québec, 2008a&b) et des priorités de recherche afin de gérer les risques biologiques (INSPQ, 2008) et de développer une culture de sécurité contribuant à la sécurité des patients (OMS, 2008). La culture de sécurité peut être définie comme « un schéma intégré de comportements individuels et organisationnels basé sur des croyances et des valeurs partagées qui tentent constamment de réduire les méfaits pour les patients qui peuvent se produire durant la dispensation des soins » (Kizer, 2004 IN Hellings, Schrooten, Klazinga et Vleugels, 2007). Cette nécessité de développer une culture de sécurité intervient dans une préoccupation grandissante face à la sécurisation de la santé (Maclean, 2008; Fidler, 2007).

Deuxièmement, la traduction opérationnelle des grandes recommandations au niveau local tant en clinique que dans la communauté est ardue, attendu que les professionnels évoluent déjà dans un système sociosanitaire à bout de souffle. Le RSSS a subi plusieurs réformes, liées aux restrictions budgétaires, dont la fusion de ses établissements de soins et de services sociaux, et procède une réorganisation des services en santé publique (Fleury et coll., 2007). La création de l'Institut national de santé publique du Québec en 1998, la réorganisation des Régies régionales en Agence de santé et de services

sociaux, la création de Réseau universitaire intégré de service (RUIS) au niveau supra régional en sont des exemples. La réorganisation se fait également dans les environnements de travail des infirmières par l'introduction d'une approche par programme changeant le rôle des directrices de soins infirmiers (OIIQ, 2004); mais également par l'élargissement du rôle professionnel des infirmières généralistes et spécialisées (Loi 90). L'importance de la santé et sécurité au travail et du bien-être est soulignée (Viens, Hamelin-Brabant, Lavoie-Tremblay, Brabant, 2005), mais les infirmières doivent encore assumer de nombreuses heures de travail supplémentaires qui ont des conséquences sur leur santé mentale et physique (Bougie et Cara, 2008) dans des environnements professionnels peu favorables à la santé.

Troisièmement, la nature même du travail infirmier comporte des risques biologiques associés à l'exercice professionnel tant dans la dispensation des soins que dans son rôle de surveillance. Ces risques touchent à la contamination du patient durant nos soins, mais aussi à la possibilité pour les professionnels de la santé d'être contaminés à leur tour. Il est donc important que les infirmières reçoivent une formation appropriée en prévention et contrôle des infections, mais aussi que ces risques soient documentés et reconnus en santé au travail.

Finalement, lorsque l'on aborde les notions de risques et de maladies infectieuses pour les professionnels de la santé, il est fréquent qu'une mise en sourdine du contexte historique, social et politique soit réalisée (Wald, 2008; Lakoff et Collier, 2008). Wald (2008) souligne que « *la contagion est davantage qu'un fait épidémiologique. C'est aussi un concept fondateur dans l'étude de la religion et de la société, avec une longue histoire expliquant comment les croyances circulent dans les interactions sociales* » (trad.lib. p.2). Le souci face aux maladies infectieuses et à leur propagation n'est pas récent : il a commencé à être documenté avec la peste noire européenne en 1348 PCN (Fassin, 1996). L'histoire même de la santé publique s'est d'abord articulée autour des maladies infectieuses et de leur prévention (Carroll, 2006). Avec l'avènement de Pasteur, une guerre aux microbes est déclarée qui favorisera une forme de légitimation du pouvoir des premiers

hygiénistes sur la santé (Latour, 1984), ceci sera approfondi ultérieurement. Beck (2000; 2008) souligne combien la société du risque modifie le rapport au temps, puisque le passé ne détermine plus le présent. Les maladies infectieuses questionnent le pouvoir établi, le forçant à agir et à gérer le risque (Fassin, 1996; Tulloch et Lupton, 2003) qui devient rapidement une façon de gouverner les populations faisant ainsi référence à l'axe biopolitique foucauldien (Foucault, 2001; Gagnon et Holmes, 2008). Selon Fassin et Memmi (2004), le gouvernement des corps désigne « *les formes de l'action publique s'exerçant sur et par les corps* » (p.19). Ainsi, « *gouverner c'est faire que chacun se gouverne au mieux lui-même* » (Fassin et Memmi, 2004, p.25). Par ailleurs, Foucault renchérit en affirmant que « *ce sont ces trois mouvements, je crois : gouvernement, population, économie politique, dont il faut bien remarquer qu'ils constituent depuis le XVIIIe siècle une série solide qui, aujourd'hui encore, n'est pas dissociée.* ». (Foucault, 2001, p.655). Si les maladies questionnent le pouvoir établi, inversement, le politique peut à son tour créer une menace et donc un risque à l'intégrité de la population afin de la gouverner. C'est le cas des risques construits liés aux menaces bioterroristes et aux armes de destruction massive dans la foulée des attentats du 11 septembre 2001 aux États-Unis (David et Gagnon, 2007; Moore, 2004). Ces menaces, bien que demeurant à l'état de potentiel et de risque, légitiment les actions militaires, sociopolitiques mises en place au nom de la santé et de la sécurité publique.

Concrètement, notre rôle comme infirmière est de soigner une personne et sa famille, qui, en interaction continue avec son environnement, vit des expériences de santé (Kérouac, Pepin, Ducharme, & Major, 2003): nos modèles conceptuels sont encore largement centrés sur la personne et très peu sur la population malgré l'instauration d'une approche populationnelle dans le réseau de santé et de services sociaux québécois (ASSS Montréal, 2004). Une part de notre rôle de surveillance comme agent de l'État participant au gouvernement de la vie et des corps a été décrit (Holmes et Gastaldo, 2002; Perron, Fluet, & Holmes, 2005). Il est évident que ce rôle d'agent de l'État constitue une des facettes souvent occultées, voire même inconscientes du travail quotidien de l'infirmière qui ne se limite bien sur pas à celui-ci. Malgré tout, on ne sait pas dans quelle mesure les

infirmières participent au gouvernement des populations en matière de prévention et de contrôle des infections face aux risques pandémiques et aux éclosions infectieuses. On ne sait pas non plus dans quelle mesure les infirmières sont conscientes du pouvoir capillarisé dans leur discours et leurs actes pour gérer les risques biologiques ou bioterroristes, même si le pouvoir tout comme le risque présentent des opportunités positives de modification de la société (Massé, 2007). Le pouvoir ici est une multiplicité de relations de force, un nom attribué à une situation stratégique complexe dans une société particulière. Il touche à la loi, mais aussi à la discipline et à la normalisation. Le pouvoir peut être relationnel, car ce sont des individus qui agissent sur d'autres individus, donc le pouvoir vient de partout. Le pouvoir n'est pas nécessairement négatif, il peut mener à la construction du soi subjectif, produire ou générer peu de conflits ou de frustrations (Holmes & Gastaldo, 2002). À ce titre, Foucault (2001) dit « *comment se fait-il que notre société, la société occidentale en général, ait conçu le pouvoir d'une manière aussi restrictive, aussi pauvre, aussi négative?* » (p.1003). Le pouvoir est un rapport de forces. « *Il est moins une propriété qu'une stratégie, et ses effets ne sont pas attribuables à une appropriation* » (Deleuze, 1986, p.32) et Foucault (1976, p.128) souligne que « c'est dans ce champ des rapports de force qu'il faut tenter d'analyser les mécanismes de pouvoir ».

On ne sait pas dans quelle mesure les discours entourant la sécurité face aux risques biologiques sont institutionnalisés, ni comment ils se différencient. Ces questions liées au pouvoir, au gouvernement de la vie et des corps en lien avec les risques biologiques doivent être davantage explorés pour en saisir les enjeux sociaux et politiques. Finalement, en sciences infirmières, peu d'écrits existent en matière de risque biologique sous l'angle d'une réflexion critique sociopolitique permettant d'en soulever ses enjeux de pouvoir. Dès lors, une recension des écrits s'impose qui sera précédée des buts et questions de recherche tandis que le positionnement épistémologique sera détaillé dans le devis.

1.1. Buts et questions de recherche

Buts de la recherche :

- 1) Explorer l'existence ou l'absence de culture de sécurité dans un centre de santé et de services sociaux québécois (CSSS).
- 2) Explorer les discours en présence dans le CSSS en matière de sécurité et de risque biologiques face aux maladies infectieuses.
- 3) Explorer la perception du risque et de la sécurité face aux maladies infectieuses auprès des infirmières cliniciennes et gestionnaires québécoises.

Questions de recherche :

- 1) Comment se manifeste la culture de sécurité au sein des différentes composantes d'une organisation de soins de santé?
- 2) Quels sont les discours en présence en matière de risque biologique et de sécurité face aux maladies infectieuses?
- 3) Comment ces discours de sécurité face aux risques biologiques se traduisent-ils dans le quotidien des infirmières?

À ce stade-ci, il est important de réaliser une recension de ce que l'on sait des maladies infectieuses, des risques biologiques et de leur gestion ainsi que de la culture de sécurité que d'aucuns souhaitent générer dans les établissements de santé et de services sociaux. Cette recension permettra de brosser un portrait succinct des connaissances afin d'explorer les questions de recherche dans le cadre de cette étude.

CHAPITRE - 2 - RECENSION DES PRINCIPAUX ÉCRITS

Les principaux concepts qui seront abordés dans la recension des écrits concernent tout d'abord les maladies infectieuses, car leur prévention se situe au cœur des préoccupations de la population et des institutions sociosanitaires. Face à ces maladies infectieuses que l'être humain expérimente, des notions de risques biologiques seront

abordées, car leur gestion permettrait de participer à la prévention de la maladie. Ces maladies, jumelées aux questions de risques biologiques amènent une urgence de gérer ces risques afin de développer une culture de sécurité qui constitue une priorité de recherche de l’OMS (2008) et contribue à une réponse collective face aux risques d’atteinte à la sécurité des patients. Les risques biologiques en lien avec la santé publique seront documentés, car la gestion des risques constitue le fer de lance des approches populationnelles dans ce domaine où la contribution infirmière est essentielle. La gestion des risques sera abordée sous l’angle du management et de la santé publique afin de souligner les dispositifs déjà en place pour produire une forme de sécurisation de la santé et du vivant par la prise en charge des risques. Finalement, la question de la culture de sécurité sera explorée afin d’en comprendre ses enjeux. Il est également nécessaire d’explorer les repères théoriques existants pour les infirmières qui leur permettent ou non de saisir ces enjeux.

2.1. Les maladies infectieuses

Les maladies infectieuses (MI) ont toujours existé et permettent à l’Humanité de se renouveler par la présence des microorganismes sur la Terre et cette présence est antérieure à celle des êtres humains (Ruffié et Surnia, 1995). Ceux-ci vivent en relative harmonie homéostatique avec nous et contribuent à la création et au maintien de conditions favorables à la vie, c’est le cas notamment des bactéries commensales propres à notre flore intestinale présentes naturellement au sein du gros intestin (Sotto, 2005).

Néanmoins, lorsqu’un déséquilibre survient, les microorganismes peuvent être à l’origine de maladies qui se transmettent au sein d’une même espèce ou d’espèces en espèces. Le corps tentera alors de se protéger afin de retrouver l’homéostasie, cet « *état d’équilibre du milieu intérieur qui résulte de l’interaction incessante de tous les mécanismes de régulation de l’organisme (...). Un mécanisme de régulation est un cycle d’événements par lequel l’état d’une situation donnée est constamment surveillé, évalué, modifié au besoin, surveillé à nouveau et réévalué* » (Tortora et Grabowski, 2001, p.7,8).

La prolifération de microorganismes pathogènes sollicite les défenses non spécifiques du corps telles que la peau, les muqueuses ou la réaction inflammatoire. Le corps peut réagir aussi via le système de défense spécifique nommé système immunitaire « *pour protéger l'organisme contre toute substance étrangère* » (Marieb, 1993, p.690). Il est d'ailleurs curieux de constater combien la terminologie martiale est utilisée dans les manuels de référence pour décrire une infection liée à l'introduction d'un pathogène au sein du corps humain. La peau constitue le premier rempart contre toute substance étrangère au corps. La réaction inflammatoire quant à elle constitue la « *deuxième ligne de défense de l'organisme (...) et débute par une alerte chimique, c'est-à-dire qu'un certain nombre de substances chimiques sont libérées dans le liquide interstitiel* » (Marieb, 1993, p.692). Ceci est encore renforcé par l'idée que le système immunitaire constitue une armée de cellules prêtes à défendre le corps contre toute intrusion : « *l'immunité se divise en deux branches différentes, mais qui possèdent des points communs et utilisent des mécanismes d'attaque variant selon le genre d'intrus. L'immunité humorale, aussi appelée immunité à médiation humorale est assurée par les anticorps présents dans les humeurs ou liquides organiques (...) et l'immunité cellulaire ou à médiation cellulaire, parce que les facteurs de protection sont des cellules vivantes.* » (Marieb, 1993, p.697).

Dans la plupart des sociétés, le corps et ultimement la peau qui le délimite physiquement est donc ce qui distingue le soi biologique des autres, l'intérieur de l'extérieur. En l'occurrence, on combat la plupart du temps l'Autre, l'extérieur, le pathogène qui s'introduit dans le corps, dans le soi physique et qui tente d'y survivre parfois au détriment de l'organisme. Pour survivre, le corps va « combattre » cet Autre et tenter de retrouver une forme d'équilibre, une forme d'homéostasie grâce aux systèmes de régulation. Le corps est considéré comme un État nation qui se protège d'un envahisseur extérieur, l'agent pathogène (Martin, 1990).

La maladie infectieuse s'expérimente dans le corps humain (ou animal) et il revient au médecin (ou vétérinaire) de la diagnostiquer par son évaluation clinique (Lavabre-Bertrand, 2005), mais également de confirmer son apparition par des examens de laboratoires grâce à l'analyse microbiologique d'échantillons de liquides ou de tissus

(Pagana, 2000). Une fois le diagnostic médical établi à l'aide d'une classification spécialisée des maladies infectieuses (Heymann, 2004), des mesures thérapeutiques seront administrées aux patients tels que l'antibiothérapie (Pulcini, 2004) ou des antiviraux. Cela prendra la découverte de la pénicilline par Fleming en 1928 pour développer un arsenal d'antibiotiques, car auparavant, seuls des antipyrétiques, antiseptiques, des diurétiques et des calmants étaient administrés aux patients (Capitain, 1896). Le rôle de l'infirmière face aux maladies infectieuses est de dispenser des soins infirmiers à la fois préventifs, mais aussi des soins curatifs et de participer aux examens cliniques par le prélèvement d'échantillons sur la personne. Dès lors, les infirmières contribuent à distinguer le sain du non sain, le normal du pathologique (Canguilhem, 1966) et à traiter les individus malades en collaboration avec le médecin, dans une perspective biomédicale de prévention et de contrôle des maladies infectieuses.

Les considérations en lien avec les MI sont multiples : les sources des MI dont la source de l'infection, le réservoir des germes, l'expression de la source; les expositions aux sources en analysant les vecteurs, les modes de transmission des infections et les portes d'entrée des germes; et finalement l'absorption et le développement des germes grâce au pouvoir pathogène et à sa virulence (Artus, 2005), mais aussi à la susceptibilité de l'hôte de développer la MI (Grimes In Nies et McEwen, 2007). Ces considérations face aux MI sont relativement récentes et datent de l'ère postpastorienne, car suite à la découverte des germes, l'étiologie des MI s'est raffinée avec les nouvelles connaissances en microbiologie (Capitain, 1896). Avant les découvertes de Pasteur, plusieurs théories sur l'origine des infections et des épidémies circulaient et étaient fréquemment rattachées aux croyances spirituelles et religieuses. Les MI, telles que la peste ou le choléra étaient souvent désignées comme des fléaux rattachés au mal : ces explications ne peuvent trouver de sens que situées dans leur contexte historique (Rosenberg, 1962; Rose, 1975; Ruffié et Surnia, 1995; Gilman, 2009), (voir tableau 1).

Tableau 1 : Superstitions, peste noire et pandémie

(Texte résumé rénotypé du Symposium Rhetorics of Plague : Early/ Modern trajectories of biohazards, University at Albany, 26 et 27 février 2009; Rose, 1975)

Corps sain	Corps malade/ mort
Respect de la terre Terre pure	Vision occidentale Vice /prison

Respect de la nature	Maladie / Peste noire / Ennemi à combattre
Puritan du 17e siècle : bon chrétien	Punition divine, la souffrance
Écologie du 21e siècle : humaniste respectueux	Repentir / Pénitence via les pèlerinages
Axe du bien	Menaces de cataclysmes face au réchauffement planétaire
Prospérité économique	Abus des ressources terrestres
Confiance en la monnaie base des échanges	Menaces bioterroristes
Commerce, circulation des personnes, échanges	Menaces épidémiques : grippe aviaire
	Axe du mal, combat contre le mal
	Contamination de l'air : pestilence des corps et vapeurs empoisonnées (miasmes)
	Contamination par l'eau, la nourriture et l'alcool
	Sorcière qui se transforme en rat la nuit
	Rat qui s'introduit la nuit dans les maisons
	Contamination par les rats
	Magie noire, charme et sortilèges
	Agent pathogène invisible
	Crise économique, crédit
	Contamination par la circulation de la monnaie
	Terre purifiée par la maladie
	Purification de l'Église
	Vision musulmane orientale :
	Causé par les djins (esprits malveillants)
	Devoir de secourir un frère musulman pestiféré
	Maintien du malade dans la communauté

Aujourd'hui, le triangle épidémiologique aide à analyser une situation d'écllosion infectieuse où entrent en jeu un agent, un hôte et l'environnement qui sont en interrelation. Ce triangle permet d'étudier la distribution statistique de la maladie au sein de la population en identifiant les facteurs de risques et les approches optimales pour réduire les risques de maladies (Nies et McEwen, 2007). La classification des agents pathogènes a grandement

évolué au fil des années grâce à une meilleure compréhension du monde microbiologique et des avancées biotechnologiques (Freney et Hansen, 2002), mais demeure incertaine et multiple (Regnault, 1990). L'utilisation de ces nombreuses classifications est due au fait que de nouveaux agents pathogènes recombinaés ou non apparaissent dans le cadre de maladies infectieuses émergentes tel que le virus A/H1N1 lié à la grippe mexicaine aussi appelée grippe porcine (OMS, 2009). D'une part, il existe des pathogènes émergent et d'autre part, des pathogènes qui mutent, s'adaptant à un environnement hostile pour assurer leur propre survie et augmentant dans certains cas leur virulence (Ricci, 2006; Tapiéro et Carle, 2009, Philpott, 2009; Wieviorka, 2009).

Un exemple de classification répertoriée par Nies et McEwen (2007) permet de distinguer les bactéries causant la typhoïde, les virus liés à la grippe, les rickettsies causant la maladie de Lyme, les champignons à l'origine du pied d'athlète, les protozoaires provoquant malaria et les métazoaires tel que l'ankylostome ou ver solitaire. En ce qui concerne l'hôte, ce dernier peut-être issu de n'importe quelle espèce animale et constituer un réservoir de la maladie qui peut être un porteur sain ou malade, mais on parle également de réservoir pour désigner l'eau et les aliments qui sont les réservoirs de pathogènes les plus fréquents (Artus, 2005). Citons à titre d'exemples les contaminations de l'eau potable par l'amibiase (Ruffié et Sournia, 1995) ou encore par le choléra (Rubin et Farber, 1999) qui sévit fréquemment en Afrique ou plus proche de nous, l'E.Coli qui a contaminé les aqueducs municipaux de Walkerton en Ontario en mai 2000 (Driedger, Jardine, Boyd, Mistry, 2009). En ce qui concerne l'environnement, plusieurs auteurs soulignent que la mondialisation ainsi que l'érosion de la biodiversité reliée à l'exploitation des ressources participent à un changement climatique global intervenant dans un cycle du progrès effréné (Andrews, 2009; Krol, 2009; Tapiéro et Carle, 2009). Ces éléments pourraient être à l'origine des maladies infectieuses émergentes attendu que les microorganismes s'adaptent à ces changements globaux pour assurer leur propre survie, mais aussi à l'apparition de multiples résistances de ceux-ci reliées à l'abus de l'antibiothérapie (Bibeau, Sanou, DePlaen, 2009; Curé, 2004). Les traitements des MI sont à la fois curatifs, mais également

préventifs actifs via la stérilisation des dispositifs médicaux, la désinfection, la dératisation, les insecticides ou encore préventifs passifs via la vaccination par exemple (Artus, 2005).

La présence des maladies infectieuses et sa distribution au sein de la population font l'objet d'une surveillance par les épidémiologues en santé publique, néanmoins le secteur des maladies infectieuses est en développement au Québec. Le Laboratoire de santé publique du Québec, faisant partie de l'Institut national de santé publique, assure une vigie renforcée face à l'influenza et publie des rapports hebdomadaires sur Internet concernant l'activité grippale, mais également des rapports concernant les MADO (INSPQ, 2009b). À titre d'exemple, le 25 avril 2009, le Québec a connu une quarantaine de personnes atteintes du virus de l'influenza de type A et une vingtaine atteinte du virus de l'influenza de type B alors que le 4 mai, trois cas bénins de grippe A/H1N1 sont répertoriés au Québec (Croteau, 2009).

Aucun portrait général des MI n'est disponible au Québec, puisque seules les MADO et certaines infections spécifiques sont répertoriées et analysées statistiquement au niveau régional et provincial. Ces chiffres mêmes sont peu représentatifs, attendu qu'il existe une sous-déclaration des « cas » entériques et des infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS) et qu'ils ne documentent qu'une partie seulement des MADO (INSPQ, 2006). En ce qui concerne les infections nosocomiales, aucun répertoire uniformisé provincial n'existe : chaque établissement compile des données, et seules des estimations permettent d'appréhender le problème des infections nosocomiales de façon globale. Néanmoins, différents sous-comités du CINQ assurent une vigie et la compilation de données reçues d'établissements participant au programme de surveillance sur base volontaire (88 CH au Québec sur un total de 95 CSSS sans compter les autres établissements universitaires) permettant de dresser des taux d'infections nosocomiales telle que le *Clostridium difficile* (INSPQ, 2008b). À titre d'exemple, le *Clostridium difficile* semble en diminution, puisque d'après l'INSPQ (2008b), son taux d'incidence connaît son niveau le plus bas depuis trois ans puisqu'il est passé de 2418 cas déclarés en 2004 à 1069 cas en 2007.

En Ontario toutefois, le Système intégré d'information en santé publique (SIISP) produit par Santé Canada a été adapté aux besoins de cette autre province canadienne. Le SIISP est utilisé afin de répertorier les maladies à déclaration obligatoire. Un système de surveillance dit syndromique est également mis en place via la Télésanté. Les appels téléphoniques sont classés selon le syndrome rapporté qui sont d'origine respiratoire, troubles gastro-intestinaux, affection accompagnée de fièvre pseudogrippale, etc. Ce système de surveillance est en développement et s'est construit suite à l'expérience du SRAS vécue à Toronto. Il nécessite des investissements afin de le développer davantage pour assurer une meilleure défense de la population selon le rapport du médecin hygiéniste en chef de l'Ontario, le Dr Williams (2009).

Si l'on adopte un discours de santé publique, la critique majeure en lien avec les statistiques épidémiologiques tenues sur les maladies infectieuses au Québec est qu'aucune uniformisation provinciale n'existe en la matière, mais également que les répertoires et la surveillance opérée actuellement ciblent uniquement les maladies infectieuses émergentes liées aux préoccupations de l'heure et les MADO pour lesquelles un financement public récurrent est assuré. Pourtant, le rapport Aucoin (2005) souligne que les infections nosocomiales constituent un problème de santé majeur et une priorité sociosanitaire. Morse (2007) va même jusqu'à dire que « le développement de systèmes interconnectés de surveillance des maladies infectieuses est essentiel pour notre survie » (trad.lib. p.1069).

Au Québec, plusieurs maladies infectieuses font l'objet d'une surveillance et d'interventions provinciales afin de gérer les risques biologiques. Ces surveillances peuvent être considérées comme des mesures de gestion des risques biologiques qui touchent aux maladies évitables par l'immunisation (immunisation de base, hépatites, certaines maladies respiratoires, méningocoques, virus du papillome humain), aux ITSS (VPH, VIH, gonorrhée, chlamydia, syphilis, hépatite B et C, l'herpès, lymphogranulomatose vénérienne), à l'hémovigilance, aux infections nosocomiales (ERV, SARM, Clostridium difficile, bactériémies), à la grippe et aux infections alimentaires (MAPAQ, 2011; INSPQ, 2011). Face aux maladies infectieuses, l'être humain tente non seulement de les traiter, mais de les prévenir et de gérer le risque pour éviter qu'elles ne surviennent sur les plans

individuels et populationnels. Dès lors, il est important d'explorer ces notions de risques biologiques que revêtent les maladies infectieuses et à leurs pathogènes.

2.2. Risque biologique

L'approche de prévention de la maladie infectieuse n'est pas récente, elle remonte à l'Antiquité greco-romaine (Rosen, 1958). Néanmoins, la prise en compte du risque qu'elles représentent dans le quotidien s'est largement développée avec l'apparition du courant hygiéniste au XIXe siècle (Rose, 1975) renforcé et légitimé par les découvertes de Pasteur (Latour, 1984). L'hygiène et la santé publique se sont d'abord développées autour des épidémies qui « *constituent de redoutables mises à l'épreuve du politique* » selon Fassin (1996, p.231). Les épidémies « *ont des conséquences démographiques majeures, elles mobilisent les peurs les plus incontrôlables et supposent la mise en œuvre de mesures urgentes et collectives, contraignant les pouvoirs publics à prendre des décisions et à entreprendre des actions. (...) les accusations d'incompétence et même de malveillance alimentent régulièrement les rumeurs dans la population* » (Fassin, op.cit.). Ces grandes épidémies présentent autant de risque d'atteinte à la santé, mais constituent également un potentiel important de désordre économique et social lié à la mort du corps et aux mouvements migratoires de la population qui se produisent durant les épidémies lorsque les êtres humains fuient la maladie comme ils fuient les guerres. Ces risques doivent être pris en compte, gérés par les gouvernements qui sont appelés par la population à prévenir et anticiper les crises, à les gérer lorsqu'elles surviennent et donc à limiter leur impact négatif sur la population.

2.2.1. Approches du risque biologique

Dans cette section, nous allons tout d'abord présenter l'approche la plus commune du risque, soit l'approche réaliste qui présente le risque en tant qu'événement indésirable, que l'on souhaite prévenir. Ce risque est présenté comme calculable, mesurable et évitable

dans une certaine mesure. C'est l'approche de prévention des risques. Cette vision sera nuancée à l'aide de plusieurs auteurs critiques.

Le risque biologique constitue d'abord la probabilité qu'un événement négatif survienne tel que l'infection et ses conséquences potentielles pour la santé de la personne et des populations. Cette notion s'inscrit dans une littérature foisonnante sur le risque axé autour de trois thèmes principaux en sciences infirmières : le risqué (*risky*), le à risque (*at-risk*) et la maîtrise du risque (*risk management*) (O'Byrne, 2008). Deux approches du risque ont été recensées dans les sciences sociales par Lupton (1999a) : l'approche réaliste, l'approche constructiviste (faible et forte). Selon cette auteure, l'approche réaliste présente le risque comme quantifiable, calculable mathématiquement, ce qui permet une analyse et une hiérarchisation du risque. Cette approche réaliste serait prépondérante en science infirmière (O'Byrne, 2008). Il est clair qu'en santé publique, l'analyse, la prévention et la gestion des risques sont également largement utilisées et constituent la première priorité de recherche (INSPQ, 2008). Lupton (1999a) souligne que la seconde approche du risque est constructiviste et davantage sociologique. Elle est dite faible, lorsque l'on considère que le risque est réel et naturel, mais compréhensible uniquement dans son contexte. Finalement, la perspective constructiviste forte est reliée aux auteurs foucaaldiens qui posent la question du « comment les discours et pratiques autour du risque réalisent une construction de la subjectivité et de la vie sociale » (Luton, 1999a, trad.lib. p.35).

Thompson (1986), auteur classique, rapporte que les analystes du risque distinguent le risque réel du risque observé ou perçu. Le risque réel étant la combinaison de probabilité et de conséquences négatives qui existe dans le monde réel. Le risque observé pour sa part est la mesure de cette combinaison obtenue par la construction d'un modèle du monde réel. Finalement, le risque perçu est l'estimation approximative du risque réel réalisée par un profane (non-expert) issu du public en général qui peut être erronée, car non basée sur des faits et donc mal informé.

Cette mauvaise information pourrait venir des médias, des rumeurs et des croyances populaires par exemple. En santé publique, un exemple de risque biologique réel et observé

serait l'éclosion du SRAS à Toronto aussi bien dans son potentiel de contamination et de propagation de l'infection, que dans son taux de mortalité. Le risque perçu quant à lui serait celui de personnes issues de la population québécoise lisant les journaux rapportant en temps réel cette éclosion qui sévissait, informant, mais alimentant aussi leur imaginaire fantasmagorique que représente l'épidémie. Cette perspective classique du risque abordée par Thompson repose sur une vision réaliste du risque, tel qu'entendu par Lupton (1999a). Cette vision du risque soutenue par Thompson (1986) dépend de notre perspective paradigmatique face à l'ontologie à savoir ce que l'on peut tenir pour réel ou non, ce que l'on peut mesurer dans une conception objective et réaliste du monde ou ce que l'on peut appréhender subjectivement voire de manière antiréaliste dans notre univers (Hegelund, 2005). Cette approche réaliste du risque s'ancre dans la tradition biomédicale et minimise l'importance des systèmes de croyances en offrant une perspective appauvrie de la compréhension de la santé et de la maladie au travers des cultures (Good, 1994).

Mais qu'entend-on par risque biologique exactement? Cette terminologie même s'ancre dans l'approche réaliste du risque (Lupton, 1999a). Le risque biologique est multiforme et peut-être découpé en trois composantes : le risque biologique naturel habituel lié aux maladies infectieuses, le risque biologique provoqué accidentel tel que les infections nosocomiales et finalement le risque biologique provoqué criminel que constituent les armes de destruction massives (Curé, 2004).

Le risque biologique naturel habituel est abordé sous l'angle de la grippe saisonnière et du lien entre la tuberculose et la précarité, les maladies réurgentes ou émergentes telles que les fièvres hémorragiques, les maladies transmissibles. Le risque biologique provoqué accidentel quant à lui est abordé par l'encéphalopathie spongiforme bovine, la listériose, les infections nosocomiales. (Curé, 2004). Ce dernier risque est largement pris en charge par les autorités en santé publique, car celui-ci est évitable par la prise de mesures d'hygiène et de prévention et contrôle des infections dans les pratiques de l'industrie agroalimentaire, mais également dans le RSSS. Dès lors, il fait l'objet de mesures de surveillance et de réglementations afin de prévenir les maladies infectieuses et

de limiter le risque de transmission (CINQ, 2008; CINQ, 2007). Quant au risque biologique provoqué criminel, la question de la guerre bactériologique et des armes de destruction massive n'est pas récente bien que « les armes biologiques modernes, soit la combinaison d'agents biologiques et de vecteurs de dissémination (aérosol, avion, bombe) apparaissent à la fin du XIXe siècle » (David et Gagnon, 2007, p.231). Les armes biologiques semblent provoquer des dommages restreints pour le moment, mais ont un impact psychologique majeur, provoquant de l'incertitude au sein de la population (David et Gagnon, 2007).

Cette question du bioterrorisme n'est pas récente, car l'idée de génocides prémédités a déjà été documentée en 1763, lorsqu'une peuplade amérindienne a été contaminée par la variole, recevant de soldats britanniques des couvertures infectées qui les décimèrent (Curé, 2004; David et Gagnon, op.cit.). Cette idée d'utiliser des vecteurs de propagation provient de Jeffrey Amherst, officier de l'armée britannique et administrateur colonial qui était « convaincu que l'arme bactériologique est plus efficace que le fusil (...) ». Il souligne « vous ferez bien de la répandre ainsi que d'user de tout autre procédé capable d'exterminer cette race abominable » (Lacoursière, 1996, p.359).

Avant cet épisode, « au XIVe siècle, la grande peste qui décime le tiers de la population européenne est provoquée par les Tartars qui, pour pénétrer la forteresse de Caffa, en Crimée, catapultent par-dessus les murailles des corps infectés. Des bateaux marchands sont alors contaminés, disséminant la maladie dans toute l'Europe » (David et Gagnon, op.cit.). La peste marquera la société à nouveau en 1665-1666 à Londres et c'est alors que de nombreux éléments de surveillance et des mécanismes disciplinaires seront utilisés pour maintenir l'ordre social par le gouvernement des corps (Foucault, 1975). Les explications concernant l'origine et le mode de transmission de la peste sont sujets à superstitions (Rose, 1975) mais compréhensibles dans un contexte historique où la religion occupait un espace important (Bartlett, 2009; Biddick, 2009). C'est le cas par exemple d'une série de remèdes ou explications qui étaient prévalaient autrefois, mais qui n'ont plus leur raison d'être à l'heure actuelle (voir tableau 2).

Tableau 2 : Remèdes et conséquences de la peste noire (Texte rénotypé du Symposium Rhetorics of Plague : Early/ Modern trajectories of biohazards, University at Albany, 26 et 27 février 2009; Rose, 1975)

<p>Remèdes cliniques pour soigner le corps pestiféré :</p> <p>Soins médicaux : fumigations, phytothérapie</p> <p>Exorcismes et noyade des rats</p> <p>Toucher royal (miracle opéré par le souverain)</p> <p>Enterrer les morts à l'extérieur de l'enceinte de la ville : fosses communes</p>
<p>Remèdes pour maintenir l'ordre et la cohésion au sein du corps social :</p> <p>Quadrillage et surveillance par les autorités</p> <p>Couvre-feu et enfermement à domicile</p> <p>Examen quotidien et dénombrement des morts</p>
<p>Conséquences de la peste :</p> <p>Questionne le souverain et son incapacité à protéger ses sujets</p> <p>Bouleversements sociaux : représentation de danses macabres présentant les humains comme égaux</p> <p>Bouleversements économiques : paralysie durant l'épidémie</p> <p>Peur de la population sur la mort et la perte du corps</p> <p>Connaissance de la maladie amenant la peur</p>

2.2.2. Risque biologique et critique

Contrairement à la maladie infectieuse telle que la peste ou la listériose, le risque biologique demeure insaisissable, intangible, invisible telle une menace qui plane au-dessus de nos têtes. Il est en fait une construction de l'esprit pour gérer l'incertitude face à une maladie qui pourrait potentiellement se développer, une anticipation impossible de tous les scénarios de danger qui nous mènerait irrémédiablement vers la mort, terrassés par les micro-organismes. Ces mêmes micro-organismes dont certains sont pourtant indispensables à la vie (bactéries commensales) tandis que d'autres peuvent provoquer la mort (pathogènes).

Dans une perspective foucauldienne, le risque biologique peut être vu comme enraciné dans un contexte social, culturel, mais aussi politique. O'Byrne et Holmes (2007)

affirment que l'évaluation infirmière peut être comprise comme un mécanisme de création du risque dans une perspective foucauldienne ou rien n'est un risque, mais où tout pourrait l'être. En ce sens, les infirmières sont des agents qui maintiennent l'ordre dans la gestion du risque aussi bien qu'elles créent le désordre par leur évaluation (O'Byrne et Holmes, 2007). Foucault (1975) a lui-même abordé la question de surveillance panoptique sous l'angle des mécanismes disciplinaires caractérisés entre autres par les mesures réglementaires à mettre en place lorsqu'une épidémie de peste se déclarait.

Ce risque, cette menace à l'intégrité physique des êtres humains et à l'ordre au sein de la société prennent parfois la forme de menaces globales et transnationales, non spécifiques à une classe sociale tel qu'abordé par Beck (2008). Il souligne d'ailleurs que nous vivons dans une société du risque où la multiplicité des définitions des risques est liée à la civilisation et où le déni du risque est relié à la peur qui empêche la prise de conscience des menaces suite à une exposition au risque (Beck, 2008). Dès lors, une gestion de la sécurité passe aussi par l'anticipation des dangers et la gestion de cette peur, de cette incertitude engendrée par le risque et l'angoisse de la déchéance qu'il représente (Beck, 2008). Ceci fait écho aux achats compulsifs de Tamiflu par les Québécois désireux de se prémunir contre la menace que représentait la grippe aviaire, menace qui ne s'est pas concrétisée au Québec. Ce portrait que dresse Beck est sombre et met l'accent sur nos peurs et les risques invisibles, mais potentiellement catastrophiques liés à l'environnement et la biotechnologie. Tulloch et Lupton (2003) quant à eux, nuancent les propos de Beck à propos de la société du risque qu'ils considèrent comme une approche macrosociologique du risque qui se situe au niveau politique et structurel sans tenir suffisamment compte des facteurs sociaux (genre, sexe, âge). Selon ces auteurs, malgré le fait qu'un risque comporte des dangers et de l'incertitude associée à l'inconnu qui doivent être considérés lorsque l'on prend des risques dans une action, il existe des aspects positifs au risque, dont l'aventure et l'opportunité d'actualisation et d'amélioration de soi. En matière de risque biologique, il est clair que celui-ci constitue une opportunité de réflexion pour la population québécoise face à son système de santé et à la surveillance qui y est opérée. La conscience du risque dépend de notre façon de voir la vie et nos actions selon notre degré de maturité, aussi, celui-ci est

complètement construit socialement et peut être partagé (Tulloch et Lupton, 2003). Le risque biologique partagé est une notion importante qui permet d'entrevoir une forme de solidarité entre les infirmières lorsqu'elles soignent un individu contagieux, sa famille ou la population. Lors d'une épidémie, les infirmières risquent d'être contaminées et de contaminer à leur tour, mais ce risque est partagé par les professionnels de la santé et la population dans un système où l'assurance sociale dont parle Ewald (1986) et l'assurance maladie québécoise prévalent.

Sous un angle foucauldien « le risque est analysé comme une composante d'un assemblage de pratiques, de techniques et de rationalités qui concernent le « comment nous gouvernons » » (Dean, IN Lupton, 1999b, trad. libre, p. 132). La gestion des risques implique un gouvernement des corps faisant appel à des techniques de régulation, de gestion et de normalisation des comportements humains. Quatre points significatifs peuvent être soulevés sur le risque en santé publique selon Barry et Yuil (2008) : la catégorie à risque touche toutes les personnes, la SP régule et contrôle les corps individuels, la SP régule le corps social par l'enregistrement continu d'information sur la population, et finalement, elle distingue les comportements normaux de santé et le pathologique. Une fois le risque biologique construit socialement, on se doit de le gérer, de le maîtriser.

2.3. Risques et santé publique

La question du risque est intimement reliée aux maladies infectieuses puisque selon Lavabre-Bertrand « les maladies infectieuses ont représenté depuis les débuts de l'humanité l'un des principaux risques auxquels celle-ci a pu être exposée. Elles ont donc constitué d'emblée l'un des principaux centres d'intérêt des médecins » (2005, p.11). Selon Sanou et Bibeau, « les études portant sur la mesure des risques ont surtout été réalisées dans le champ de l'épidémiologie et ont été principalement abordées à partir d'une perspective biomédicale » (2009, p.218). Le risque est habituellement compris comme étant un événement indésirable que l'on souhaite éviter, comme une « combinaison de la probabilité

et de la conséquence de la survenue d'un événement dangereux spécifié » (Norme OHSAS 18001).

Les risques de développer des maladies infectieuses sont tantôt nommés risques infectieux (Estryn-Béhar, 1991), tantôt risques biologiques (Curé, 2004; Berche, 2009; EASHW, 2007) ou encore risques liés aux armes biologiques dans le cadre du bioterrorisme (Levy et Sidel, 2003; McGlown, 2004; Nations Unies, 2005; David et Gagnon, 2007). La terminologie retenue pour cette étude est le terme risques biologiques qui demeure plus large que le terme risques infectieux. La nomenclature du risque biologique choisie ici est une classification réaliste du risque de Curé (2004), risque qui est considéré comme objectivable, mesurable et dans une certaine mesure gérable, maîtrisable et anticipable. Ce choix permettra d'explorer la façon dont le risque est abordé dans le domaine biomédical, industriel, de gestion et de défense nationale de manière plus approfondie dans le cadre de notre thèse afin d'y amener une réflexion critique et sociopolitique par la suite. Voici comment Curé (2004) définit le risque biologique :

« l'expression risque biologique nous renvoie à deux notions. La première, celle du risque (de l'italien *risco* ; du latin médiéval *risicum* ; du grec byzantin *rizikon*, solde gagnée par un soldat de fortune), est la probabilité de subir les conséquences néfastes d'environnements ou de situations variées. Le risque s'oppose à la chance, qui est la probabilité de bénéficier des conséquences fastes d'événements, de choix, de situations. (...) La seconde est celle de la biologie (du grec bios, vie, et logos, discours), qui s'intéresse à tous les phénomènes manifestés par les êtres vivants. Elle a pour objet les êtres organisés. Ainsi, le risque biologique concernera-t-il les effets adverses, directs ou indirects, que ces derniers puissent occasionner, par leur action, les composants de leur structure ou les substances qu'ils contiennent ou sécrètent (toxines, venins), toutes matières dites organiques, puisque liées aux êtres organisés. » (Curé 2004, p.3).

Curé (2004) classe le risque biologique selon trois sources : le risque naturel habituel, le risque biologique provoqué accidentel tel que les infections nosocomiales ou les infections alimentaires et finalement, les risques biologiques provoqués criminels liés au bioterrorisme. Cette classification servira à dépeindre un portrait du risque biologique. En santé publique, une gradation dans le discours entourant les maladies infectieuses et les

risques biologiques est palpable : on passe de la maladie infectieuse au risque biologique individuel pour tendre vers le risque pandémique et bioterroriste populationnel international, qui apparaît être une exacerbation du discours de la santé publique face aux mesures pour prévenir et contrôler les infections.

Premièrement, le risque biologique naturel habituel touche aux maladies infectieuses saisonnières telles que la grippe ou encore les MADO comme la tuberculose. Ce type de risque a déjà été traité dans la section précédente touchant aux maladies infectieuses. Néanmoins, le caractère mondial que pourraient revêtir certaines maladies infectieuses touche aux risques épidémiques et pandémiques. Ceux-ci sont définis comme le développement d'une éclosion infectieuse sur une grande zone géographique dans le cas de l'épidémie ou touchant l'ensemble de la population dans le cas de la pandémie (Nies et McEwen, 2007). Ces risques constituent des préoccupations actuelles et sont réactualisés lorsqu'une maladie infectieuse émergente surgit et est perçue comme une menace d'atteinte à la santé de la population. C'est le cas de la grippe porcine A/H1N1 qui semble avoir un potentiel destructeur limité ayant tué 42 personnes au Mexique et 2 personnes aux États-Unis (rapport OMS, 7 mai 2009).

Néanmoins, le risque pandémique était présent et des plans d'urgence, d'alerte, de veille sanitaire et de communication à la population ont été mis en branle au niveau international, national et provincial. Cette communication des risques via un niveau d'alerte pandémique actualisée sur le site Internet de l'OMS (2009), reprise abondamment dans les médias est digne d'une propagande de guerre. Les journalistes recourent à la terminologie de « *lutte* » contre la pandémie, « *combat* », d'« *armes contre la grippe* » (Beaulieu, 2009), d'« *ennemi public numéro H1N1* » (Lortie, 2009) rappelant au passage, la pandémie de grippe espagnole surnommée la Grande Tueuse (Lachapelle, 2009) renforçant l'idée que nous risquons de mourir en grand nombre si nous n'agissons pas pour contrer la grippe mexicaine tout en rappelant paradoxalement la nécessité de rester calme (Beaulieu, 2009). Latour (1984) soulignait déjà combien la découverte des microbes, dont le nombre dépasse grandement ceux des Hommes, font l'objet d'une guerre en règle pour les

éradiquer voir les contrôler depuis l'ère pasteurienne. Chomsky et McChesney (2004) soulignent « *combien la population est pacifiste* » et qu'il « *faut la mobiliser et pour la mobiliser, il faut l'effrayer* » (p.35). Selon ces auteurs, « *le scénario est toujours le même : d'abord une offensive idéologique destinée à fabriquer un monstre chimérique ; ensuite le lancement d'une campagne pour l'anéantir* » (p.50). L'incertitude face aux risques biologiques devient un puissant moteur social sollicitant les scientifiques à contribuer au séquençage du virus (Breton, 2009) afin que Sanofi Pasteur (2009), compagnie pharmaceutique française désignée par l'OMS, puisse produire un vaccin et le vendre à travers le monde pour protéger la population de ce nouvel ennemi qu'est devenu le A/H1N1. Il est clair également que les compagnies GlaxoSmithKline produisant le Relenza ainsi que le Laboratoire Roche produisant le Tamiflu mettront à disposition leurs réserves d'antiviraux aux pays touchés par la grippe A/H1N1, ce qui contribue à la vision mercantile de la gestion des risques pandémiques.

Un deuxième type de risque, le risque biologique provoqué accidentel, concerne surtout les infections nosocomiales ou les infections d'origine alimentaire. En ce qui concerne les infections alimentaires ou encore les infections nosocomiales, celles-ci ont largement été documentées sur le plan scientifique et dont la prise en charge est orientée par des plans stratégiques gouvernementaux (MSSS, 2006 ; EASHW, 2007 ; Jarvis, 2007). Au Québec, on estime qu'il « *y aurait acquisition d'infection nosocomiale dans près de 10% des admissions dans les hôpitaux de soins à courte durée (...) avec un taux de mortalité probable attribuable à ces infections se situant entre 1 et 10% selon le type d'infection* » (Rapport Aucoin, 2005, p.8).

Les risques de contracter et développer une maladie infectieuse à l'hôpital sont surtout abordés au niveau clinique via la prévention et le contrôle des infections d'un pathogène donné pour briser la chaîne de transmission par des mesures de prévention telles que le lavage des mains ou le port d'équipement personnel de protection (EPP) (Perpête, 2006 ; Jarvis, 2007 ; EASHW, 2007 ; APIC, 2005 ; Ayliffe, 2000; Nies et Mc Ewen, 2007 ; Meehan et Moore, 2010). Néanmoins, ces dernières années, des études ont contribué à la compréhension du vécu psychologique traumatisant et anxiogène pour les patients, les

infirmières et les étudiantes infirmières lorsqu'ils contractent une infection nosocomiale ou lorsqu'ils sont mis en quarantaine (Gammon, 1999 ; Mitchell, Cummins, Spearing, Adams, Gilroy, 2002 ; Criddle et Potter, 2006 ; Cassidy, 2006). De nombreux articles existent quant au manque de personnel infirmier et la surcharge de travail qui augmente le taux d'infections nosocomiales au sein des établissements de santé (Jackson, Chiarello, Gaynes, Greberding ; Hugonnet, Chevrolet, Pittet, 2007 ; Huggonnet, Villaveces, Pittet, 2007 ; Cho, Ketefian, Barkauskas, Smith, 2003 ; Stone, Clarke, Cimiotti, Correa-de-Araujo, 2004). Ce manque de personnel infirmier et cette augmentation du taux d'infections nosocomiales a un impact sur la qualité et la sécurité du patient puisque le taux d'infections nosocomiales présentes dans un CH est un des indicateurs de qualité (Lundstrom, Pugliese, Bartley, Cox, Guither, 2002 ; Duffy, 2002 ; Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart, Zelevinsky, 2002 ; Mark, Harless, McCue, Xu, 2004).

Des normes internationales et des lois existent quant au travail (Froman, Gey, Bonnifet, 2007) puisque la santé au travail est un secteur traditionnel de la santé publique qui remonte au courant hygiéniste et à l'industrialisation : cette préoccupation n'est donc pas récente. Néanmoins, au Québec, les risques biologiques encourus par les professionnels de la santé dans le cadre de leur emploi, mais également les maladies infectieuses déclarées sont absents des rapports provinciaux liés à la santé des travailleurs (ISQ, 1998 et 2009). Paradoxalement, les experts internationaux s'entendent pour dire que les risques biologiques émergents doivent être considérés pour les professionnels de la santé en matière de santé et sécurité au travail (EASHW, 2007). Traditionnellement, trois secteurs tels que l'industrie minière, forestière et de transport sont priorisés en santé au travail par la Commission de santé et de sécurité au Québec (PRPQST, 2009) et les travailleurs de la santé n'en font pas partie. Dès lors, les risques biologiques encourus par les infirmières ne sont considérés qu'au travers des risques liés aux infections hématogènes puisqu'un financement important existe pour prévenir la propagation du VIH, pour lesquelles un répertoire provincial SERTIH est tenu par l'INSPQ.

La troisième catégorie de risques biologiques de Curé (2004) concerne le risque biologique provoqué criminel qui touche à la militarisation des agents pathogènes et leur utilisation comme arme de destruction massive (ADM). La vie comporte en elle-même autant de potentiels de construction que de destruction. Lorsque les microorganismes sont utilisés dans le cadre de développement militaire de biotechnologies capables de nous anéantir, celles-ci représentent un danger pour l'humanité puisque nous contribuons à l'élaboration d'agents pathogènes ultras virulents et résistants par recombinaison génétique (Berche, 2009) mais également à la conservation très onéreuse de ces agents au sein de laboratoires de niveau 4 de biosécurité (Richardson, 2004). Les discours entourant le bioterrorisme ont pris un certain essor ces dernières années suite aux attentats du 11 septembre 2001 aux États-Unis et à l'anthrax (David et Gagnon, 2007; McGlown, 2004; Levy et Sidel, 2003). Néanmoins, Chomsky et McChesney (2004) soulignent qu'il s'agit là de discours résurgents entourant la guerre contre le terrorisme menée par Reagan il y a 20 ans. Ce mouvement contemporain de luttes contre le bioterrorisme est rapidement apparu comme une exacerbation du discours de la santé publique entourant la sécurité et la prévention des maladies infectieuses où, selon Thacker (2006) toutes les mesures pour gérer les risques bioterroristes sont acceptables et acceptées afin d'assurer la sécurité de la population : limitation des droits fondamentaux par le Patriot Act, atteinte à l'intégrité physique des individus par la torture au nom de la sécurité nationale et instauration d'une prison extraterritoriale dans un *no man's land* tel que Guantanamo, surveillance du corps individuel qui est dénudé par des machines détectrices d'ADM aux aéroports (Péloquin, 2009), tenue d'un répertoire public de présumés terroristes par le FBI (AFP, 2009). Nous sommes ici dans une approche paroxystique des discours de protection et de sécurisation de la santé humaine face à une menace bioterroriste dont l'occurrence anticipée est faible (Curé, 2004; David et Gagnon, 2007).

Cette nomenclature réaliste du risque telle que présenté par Curé est essentiellement biomédicale et gouvernementale, mais peut-être nuancée par l'apport critique des sciences sociales grâce à différents auteurs qui ont pensé le risque davantage

comme un construit social qui doit être contextualisé (Ewald, 1986; Foucault, 2001; Lupton, 1999a et b; Tulloch et Lupton, 2003; Beck, 2008; Douglas, 1992; Castel, 1981).

2.4. Gestion des risques

La gestion du risque est une discipline managériale qui a pour objectif d'identifier le risque, de le mesurer, d'en apprécier les conséquences et les moyens de le prévenir (FPMs, 2008; Blount, 1999; ANAES, 2002). La gestion des risques continue à se développer dans le domaine de la santé publique (Conseil de l'Europe, 2006; Millar, 2004; OECD, 2001; OECD, 2007; WHO, 2004; WHO, 2005; WHO, 2006; WHO, 2008; WHO, 2009), puisque nous nous ancrions dans le paradigme des facteurs de risque selon McDonald (2004), par une prise en charge grandissante des maladies chroniques. La gestion des risques est très bien documentée dans les sciences de l'ingénierie et dans les sciences de la gestion de la qualité (FPMs, 2008; Blount, 1999; ANAES, 2002). Actuellement, nous assistons à un transfert des outils de gestion des risques initialement développés en industrie vers le secteur des soins de santé (SECTOR, 2005; Roussel, 2009; Lassale, 2008; Govaerts, 2008; Runciman, 2006).

L'ISO 31000 (2009) définit le risque comme étant « l'effet de l'incertitude sur des objectifs » en considérant l'effet comme une déviation positive ou négative de ce qui était initialement attendu. Cette même norme définit la gestion des risques comme étant « *coordinated activities to direct and control an organization with regard to risk* ». L'ISO 31010 (2009) propose un ensemble de principes et lignes directrices dans le cadre de la gestion des risques tels que la communication et le traitement de l'information, l'établissement du contexte, l'évaluation du risque, le traitement du risque, le contrôle et l'examen des risques. L'ISO 31010 (2009) présente également un ensemble d'outils de gestion des risques essentiellement issus de l'industrie (HACCP, RCA, HAZOP, etc.).

2.4.1. Notion de risques et de sécurité en gestion

La gestion des risques est une discipline managériale qui s'est initialement développée dans l'industrie (Sabbe, 2008; Delvosalle, 2009). Le secteur aéronautique, nucléaire et du transport sont autant d'exemples industriels dans lesquels le développement des connaissances liées aux dynamiques accidentelles s'est opéré à la lumière des différentes analyses rétrospectives découlant d'accidents majeurs (ESREDA, 2009 ; Kjelléen, 2000 ; TRIPOD, 2006). Ces évènements ont induit une prise de conscience des risques industriels et de la nécessité de s'ancrer dans une gestion proactive des risques.

L'évolution de la science du risque s'est progressivement développée suivant deux grandes approches qui sont d'une part l'approche quantitative et analytique qui s'est déployée entre les années 1970 et fin 1980 et d'autre part, l'approche qualitative systémique qui s'opère depuis le début des années 1990 (Bieder, 2006). L'approche quantitative analytique comprend les aspects techniques et humains quant à l'approche qualitative systémique, elle concerne les aspects organisationnels qui tendent actuellement à s'élargir vers les aspects contextuels dans une considération globale du risque. Selon Althaus (2005), le regard que porte chaque discipline sur le risque leur est spécifique et reflète les préoccupations, forces et faiblesses inhérentes à chaque domaine.

Dans le domaine financier, le risque est perçu comme une opportunité d'amélioration des performances puisqu'il s'agit de maximiser les gains et de minimiser les pertes. Dans cette perspective, le *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission* a développé un ensemble de lignes directrices afin d'implanter des systèmes de contrôle interne au sein des entreprises (COSO, 2004). Le but de ces systèmes est de permettre aux directions des entreprises de déterminer le degré d'incertitude acceptable afin d'optimiser la création de valeur et d'atteindre les objectifs fixés.

La gestion des risques proposée par ce modèle comprend les étapes suivantes (COSO, 2004) :

- Aligner l'appétence pour le risque avec la stratégie de l'organisation
- Développer les modalités de traitement des risques

- Diminuer les déconvenues et les pertes opérationnelles
- Identifier et gérer les risques multiples et transverses
- Saisir les opportunités
- Améliorer l'utilisation du capital

Dans une perspective de contrôle de gestion financière, ce modèle tend à s'installer progressivement au niveau des administrations publiques en Europe notamment en Suisse et en Belgique (Administration fédérale des Finances, 2007; Vanstapel, 2004).

Le risque peut également être identifié comme un danger, un évènement négatif entraînant un dommage : la gestion de ce type de risque vise alors à réduire la probabilité de survenue d'évènements indésirables. Enfin, le risque peut être vu comme une incertitude liée à la distribution de tous les résultats possibles qu'ils soient positifs ou négatifs. Dans ce contexte, la gestion des risques vise la réduction de cette variabilité (Alaoui, 2007).

Dans une approche scientifique du risque telle que le définit Althaus (2005), notamment en ingénierie industrielle, le risque est considéré comme une réalité objectivable, calculable et anticipable à l'aide d'outils et peut être envisagé en tant que fonction de l'aléa et des enjeux matériels et/ou humains (Sabbe, 2008). La notion d'enjeux est particulièrement importante puisqu'ils ont un lien direct avec les conséquences inhérentes à la survenue d'un évènement (Pageon, 2008). Cette approche par conséquences est, par exemple, étudiée par le Centre Risques & Performances de la Polytechnique de Montréal (Robert, 2009 ; Robert, 2010, Guichardet, 2009 ; Khayate, 2008 ; Petit, 2009) et vise à développer le concept de résilience organisationnelle en étudiant les effets domino au sein du réseau d'infrastructures essentielles à la vie. En effet, ces infrastructures produisent des ressources essentielles au bon fonctionnement d'autres infrastructures (eau, télécommunication, etc.). Le Centre Risques & Performances étudie les effets domino qui peuvent se produire lors d'un dysfonctionnement d'une ou de plusieurs infrastructures et les conséquences sur le fonctionnement des autres organisations du réseau. Cette approche par conséquences constitue une approche préventive en termes de gestion des risques et vise à

augmenter la résilience du réseau composé des différentes organisations, infrastructures essentielles au bon fonctionnement de la société québécoise.

Une autre voie en matière de gestion des risques vise l'analyse de scénario d'accident : cette approche préventive a été développée notamment au travers du projet ARAMIS dans le cadre de la Directive Européenne Seveso (Andersen, 2004 ; de Dianous, 2006 ; Delvosalle, 2006 ; Salvi, 2005). Ces analyses permettent également de réfléchir au concept de barrières de sécurité formant un dispositif de sécurité, un système de défense en profondeur au cœur de l'organisation (Nicolet, Valancogne et Wybo, 2003 ; Amalberti, 2005). Ces barrières de sécurité peuvent être passives (c'est-à-dire qui ne nécessitent aucune activation extérieure) ou actives (qui nécessitent une intervention extérieure pour la faire fonctionner) : elles peuvent être techniques (un mur ou une porte anti-feu) ou humaines/opérationnelles (un contrôle réalisé par une personne sur un processus de production) (Harms-Ringdhal, 2009 ; Hollnagel, 2004 ; Hollnagel, 2008).

La gestion intra-organisationnelle de ce dispositif de sécurité composé de différentes barrières peut faire l'objet d'audit de fiabilité (Guldenmund, 2006). Le développement et la mise en place d'un dispositif de sécurité visent à prévenir l'apparition d'accidents (IEC 51508 ; IEC 61511, ISO 13702). Dans l'industrie, les accidents qui surviennent font l'objet d'enregistrement au sein de systèmes de notification locaux ou qui sont regroupés au niveau national voir international (ECCAIRS, ADRS). Ce dispositif de surveillance vise à collecter un ensemble d'informations afin d'identifier les causes racines de tels événements et de permettre une approche préventive sur base des défaillances de causes communes. Cette approche part du principe qu'en identifiant la majorité des causes communes des accidents survenus, l'organisation qui y est confrontée se doit de travailler de manière préventive sur ces causes afin d'éviter la survenue d'autres accidents (Nguyen, 2010 ; Thakur, 2011). Cette approche post-accidentelle qui vise à initier des démarches préventives s'ancrent dans une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité du produit/service offert au client. Ceci constitue un point de rencontre entre les démarches de gestion des risques et celles de gestion de la qualité.

Gestion des risques et gestion de la qualité

L'ISO 9000 (2005) définit la qualité comme étant l' « *aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire à des exigences* » c'est-à-dire à des « *besoins ou attentes formulés, habituellement implicites ou imposés* » par les différentes parties intéressées qui peuvent être des « *personnes ou groupes de personnes ayant un intérêt dans le fonctionnement ou le succès d'un organisme* ». La norme ISO 9001 (2008) présente l'ensemble des exigences en matière de gestion de la qualité dans une visée de certification des organismes, cette dernière peut être complétée par l'ISO 9004 (2009) qui propose une approche de management par la qualité en vue d'une gestion des performances durables de l'organisme. L'approche proposée par l'ISO 9001 (2008) en termes de management de la qualité comporte les grands principes suivants :

- Orientation client
- Leadership
- Implication du personnel
- Approche processus
- Management par approche système
- Amélioration continue
- Approche factuelle pour la prise de décision
- Relations mutuellement bénéfiques avec les fournisseurs

La gestion de la qualité est définie comme un ensemble d' « *activités coordonnées permettant d'orienter et de contrôler un organisme en matière de qualité* » (ISO 9000, op cit). Ces activités coordonnées incluent notamment la maîtrise de la qualité c'est-à-dire celles « *axées sur la satisfaction des exigences pour la qualité* » (ISO 9000, op cit). Ces activités coordonnées peuvent être traduites au sein d'un plan qualité qui est un « *document spécifiant quels processus, procédures et ressources associés seront appliqués, par qui et quand, pour satisfaire les exigences d'un produit/service, d'un processus* » (ISO 10005,2005). Dès lors, le plan qualité permet de décrire comment on maîtrise le processus de production du produit/service : ce processus constitue un ensemble d'étapes de transformation de la matière première vers l'obtention du produit fini et se caractérise par

toute une série d'activités. Cette maîtrise passe notamment par le contrôle tout au long du processus de production d'un ensemble de points afin de s'assurer de la qualité du produit/service qui sera livré au client (ISO, 2008). Ces verrous qualité constituent donc une chaîne qualité tout au long du processus (D'Haenens, 2006) et sont des étapes indispensables par lesquelles le produit/service doit nécessairement passer : il s'agit d'y contrôler un ensemble de caractéristiques du produit/service permettant de décider quant à sa continuité ou non sur le cheminement de production du produit ou du service.

Dans l'industrie, l'organisme est responsable du fait du produit c'est-à-dire qu'il est responsable du produit qu'il met sur le marché (Walschot, 2007). D'où la nécessité de développer un ensemble de démarches intra-muros, et qui peuvent au besoin se prolonger extramuros auprès des fournisseurs et sous-traitants, afin d'éviter des non-qualités. Les verrous qualité permettent de détecter a priori toute non-conformité produit avant qu'il ne soit livré au client : il s'agit d'une forme de barrière de sécurité. L'ISO 9001 (2008) exige que toute non-conformité produit/service fasse l'objet d'un enregistrement, d'un suivi et d'un ensemble d'actions correctives et préventives. La gestion de la qualité propose également aux organismes de s'ancrer dans une démarche d'amélioration continue de ses processus afin d'obtenir de meilleurs produits/services c'est-à-dire, qui correspondent aux exigences explicites et implicites du client, aux exigences légales et réglementaires ainsi qu'aux exigences en termes de sécurité/ de sûreté de fonctionnement. En ce sens, puisque la qualité d'un produit/service est l'aptitude d'un ensemble de traits distinctifs à satisfaire les besoins de l'utilisateur et que ces traits distinctifs peuvent être physiques, sensoriels, comportementaux, temporels, ergonomiques ou fonctionnels (ISO 9000, op cit), la gestion des risques, notamment à l'aide d'analyse de sûreté de fonctionnement, est un élément de la Gestion Totale de la Qualité (Texier, 2008). Les analyses de sûreté de fonctionnement d'un produit/service visent à étudier sa capacité dans le temps, son efficacité à répondre aux objectifs qui lui sont attribués (EN 60300-3-1, 2004 ; EN60300-2, 2004 ; EN 60300-1, 2003). Initialement, la sûreté de fonctionnement était une discipline essentiellement centrée sur des études de fiabilité de systèmes techniques, toutefois, actuellement, ce type d'analyse se développe de plus en plus au niveau d'autres systèmes tels les systèmes informatiques ou

au niveau de processus organisationnels. La gestion des risques suivant l'approche scientifique et la gestion de la qualité sont des disciplines intimement liées à bien des égards.

Vers une gestion intégrée et normative Risques /Qualité/ Sécurité/ Environnement

Ces dernières années ont vu l'émergence ou l'amélioration de nombreuses normes qui sont en réalité complémentaires les unes des autres.

- Normes en matière de qualité :

L'ISO 9001 :2008 décrivant les exigences pour les systèmes de management de la qualité (ISO, 2008) : comme vu précédemment, cette norme est le socle de base pour déployer un système de management de la qualité au sein d'un organisme qui, moyennant le respect de ces exigences et le passage d'un audit externe réalisé par un organisme de certification, permet le décernement d'un certificat ISO 9001. Les organismes de certification sont externes, indépendants et accrédités. L'ISO 9004 :2009 Gestion des performances durables d'un organisme permet une approche de management par la qualité (ISO, 2009). Afin d'optimiser ses performances, l'organisme peut opter pour l'ISO 9004 en complément de l'ISO 9001. L'ISO 9001 et 9004 ont constitués la base du développement de l'IWA1 (2005) : International Workshop agreement : *Quality Management Systems- Guidelines for Process Improvement in Health Service Organizations*. L'IWA1 est donc utilisée dans les institutions de soins afin d'améliorer leurs performances.

- Normes en matière d'environnement :

L'ISO 14001 :2004 décrivant les exigences et lignes directrices pour les systèmes de management environnemental (ISO, 2004) : cette norme permet à l'organisme de s'ancrer dans une démarche plus respectueuse de l'environnement par le déploiement en son sein d'un système de management environnemental. Ce faisant, l'organisme peut alors se soumettre à des audits de certification et de contrôles afin que lui soit décerné un certificat ISO14001. Ces audits sont réalisés par des organismes externes indépendants qui sont accrédités.

- Normes en matière de santé et de sécurité sur les lieux du travail :

L'OHSAS 18001 (AFNOR, 2007) présente les exigences en matière de systèmes de management de la santé et de la sécurité au travail : cette norme permet à l'organisme d'aller au-delà des exigences légales et réglementaires en la matière.

- Normes en matière de gestion des risques :

L'ISO 31000 (2009) décrit les principes et lignes directrices pour le management du risque, cette norme définit le vocabulaire de base et le cadre conceptuel en matière de gestion du risque. L'ISO 31010 (2009) présente l'ensemble des techniques d'évaluation des risques dans le cadre de la gestion des risques. Cette norme internationale explicite donc un ensemble d'outils permettant de cartographier les risques.

De nombreuses similarités sont visibles au sein de la plupart de ces normes (9001, 9004, 18001, 14001) tout en gardant leur orientation spécifique suivant leur finalité et le domaine concerné. C'est pourquoi, de plus en plus d'organisations optent pour un système de gestion intégrant les aspects qualité, risques, sécurité sur les lieux du travail et environnemental. Ce système intégré est communément appelé système QSE, Qualité/Sécurité/Environnement (Afnor, 2007).

Finalement, l'évaluation du risque se traduit par la mesure de taux afin d'éclairer le gestionnaire dans sa prise de décision, par exemple lorsqu'il veut faire un investissement financier où l'on va évaluer les facteurs de risques et distribuer les pertes potentielles lorsque l'on cartographiera les risques (McNeil, Frey, Embrechts, 2005 ; Méthode HACCP ; Méthode AMDEC; Aloui, 2007). Certains référentiels normatifs intègrent complètement les aspects sécurité, qualité et environnement tel l'OHSAS 18001 (2007 ; Froman, Gey et Bonnifet, 2007). Le gestionnaire doit prévenir et gérer l'apparition de toute non-conformité telle que l'infection nosocomiale. L'ISO 9000 (2005) définit la non-conformité comme étant « la non-satisfaction d'une exigence du client », l'exigence correspondant à des « besoins ou attentes formulés, habituellement implicites ou imposés ».

Au Québec, un lien étroit est fait entre gestion de la qualité véhiculée dans l'industrie et la gestion de la qualité désirée au sein des établissements de santé. En effet, le

MSSS a opté pour le modèle Lean de Toyota et encourage le RSSS à y recourir au sein des organisations de soins (AQESSS, 2011). Le modèle Lean de Toyota a été développé, comme son nom l'indique, dans un des fers de lance de l'industrie automobile nipponne. Le but du Lean étant d'éliminer les pertes dans le cadre de processus de création, de production de valeur en utilisant des outils tels le *Single Minute Exchange of Die* afin d'éliminer autant que faire se peut les temps morts entre changements de cycles de production (Shigeo Shingo, 1983). Actuellement, nous observons diverses applications du Lean dans le domaine des soins de santé : cela va de l'optimisation du trajet des médicaments à l'aide du six-sigma (Antierens, Osten, Peers, 2008) à l'organisation et l'évaluation de charge de travail des infirmières (St-Pierre, Mathon, Leblanc, 2008) ou à l'optimisation de l'utilisation d'un quartier opératoire afin d'en accroître son rendement (Gregory in Scheeres, 2011).

La pensée Toyota cible cinq principes : établir l'utilité ou le produit ou service désiré par le « client » (*Value*), comprendre le processus de production (*Value Stream Mapping*), Améliorer le circuit ou la trajectoire de production (*Flow*), le client au centre des préoccupations (*Pull*), Viser la perfection (*Perfection*) (AQESSS, 2011). Ces principes s'intègrent dans une approche d'amélioration continue de la qualité (Kaizen en japonais) (AQESSS, 2011).

Par ailleurs, certaines critiques sociologiques se font entendre face à cette gestion de la qualité souhaitée par le MSSS en abordant la nécessaire distinction entre le toyotisme qui fonctionne pour produire des biens (automobile) dans une économie néo-libérale et le système de santé qui offre des services à des êtres humains (Bouquin et Stewart, 2009; Askenazy, 2004; Kamata, 2008). Cette approche de gestion de la qualité liée au *Lean Management* intervient dans le cadre d'une réorganisation du travail (AQESSS, 2011) dans un contexte de coupures budgétaires et de restructuration des services de santé au sein du RSSS québécois (Fleury et coll., 2007).

Au Québec, différents établissements de santé obtiennent un agrément pour viser une gestion de la qualité et se doivent de respecter une série de normes établies par un organisme indépendant, tel qu'Agrément Canada ou encore le Conseil québécois d'agrément, afin de promouvoir des soins de qualité (Agrément Canada, 2011). Des comités consultatifs composés d'experts guident le processus d'élaboration des normes canadiennes (Agrément Canada, 2011). Ces normes ciblent l'ensemble de l'organisme, l'excellence des services, les normes propres à une population (Agrément Canada, 2011). Le processus d'agrément passe par différents audits de l'organisation dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des soins et des services dispensés à la population.

Une norme spécifique de gestion des risques biologiques existe quant à la prévention des infections qui cible l'ensemble de l'organisation (Agrément Canada, 2011).

« Les normes d'Agrément Canada en matière de prévention des infections sont fondées sur l'ancienne section de normes du CCASS sur la prévention des infections. Elles sont basées sur la recherche et les meilleures pratiques les plus récentes, de même que sur les normes de l'Association canadienne de normalisation (CSA), de l'Agence de santé publique du Canada, de l'Association pour la prévention des infections à l'hôpital et dans la communauté-Canada (CHICA). Agrément Canada tient à témoigner sa reconnaissance envers ces organismes pour leur appui et pour leur contribution.

Les normes de prévention des infections comprennent des mesures de rendement axées sur la structure, les processus et les résultats visant à favoriser l'évaluation de la conformité d'un organisme par rapport à des normes d'excellence, des pratiques organisationnelles requises (POR) et des indicateurs. En plus de tenir compte du point de vue du client, elles sont suffisamment faciles à adapter pour qu'on puisse les appliquer à des organismes régionaux complexes et de grande taille ainsi qu'à de plus petits organismes tels que les organismes autres que ceux de soins de courte durée, ce qui englobe les soins et services à domicile, et les soins de longue durée. Le personnel de première ligne et les prestataires de services, qui sont souvent les responsables au premier chef de la prévention trouveront probablement ces normes particulièrement utiles.

Les normes sont divisées en quatre sous-sections :

- Investir dans la prévention des infections

- Protéger les gens contre les infections
- Procurer un milieu sécuritaire et adéquat
- Être prêt à faire face à une épidémie ou une pandémie

Pour compléter ces normes, un supplément plus détaillé contenant des normes qui portent sur le processus de stérilisation de l'équipement et des appareils médicaux, largement fondé sur les normes de la CSA, est mis à la disposition des organismes où l'on trouve une unité de stérilisation ou de retraitement. Le supplément permet aussi aux organismes d'effectuer une évaluation hautement précise et approfondie des processus et des résultats des services de stérilisation. » (Agrément Canada, 2011)

Les indicateurs de sécurité du patient permettant de mesurer le rendement organisationnel sont clairs en termes de prévention et de contrôle des infections. Ils touchent aux taux de SARM et de C.difficile au sein de l'établissement (Agrément Canada, 2011). Des outils constitués par des questionnaires de sondage sur la culture de sécurité des patients doivent également être complétés par le personnel de l'organisation afin de mesurer le rendement de l'institution (Agrément Canada, 2011).

Par ailleurs, l'agrément constitue une obligation légale pour les établissements de santé et de services sociaux québécois. Le respect de normes et de gestion de la qualité ne constitue plus une simple invitation, mais une obligation.

« En décembre 2002, le gouvernement du Québec a adopté la loi modifiant la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, introduisant l'obligation à toute institution publique de solliciter, tous les trois ans, une démarche d'agrément de ses services de santé et de ses services sociaux auprès d'un organisme reconnu. Cette loi reconnaît diverses institutions qui fournissent des services sociaux et de santé, notamment les :

- centres de santé et de services sociaux
- centres hospitaliers
- centres de protection de l'enfance et de la jeunesse
- centre d'hébergement et de soins de longue durée

- centres de réadaptation

Il existe deux organismes d'agrément des services reconnus, soit le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) et le Conseil québécois d'agrément (CQA). » (CNSAAP, 2011; MSSS, 2011)

En résumé, l'approche de gestion de la qualité et de sécurité face aux risques biologiques est encadrée tant par des normes internationales que nationales, mais constitue également une obligation légale par l'obtention d'une accréditation pour les CSSS.

Après nous être attardée à la gestion des risques dans l'industrie, dans le secteur financier et dans les établissements de santé, il est utile d'aborder la gestion des risques en santé publique.

2.4.2. Gestion des risques et santé publique

Dans le domaine des maladies infectieuses (MI), l'infection ou l'éclosion d'infection peut être considérée comme une non-conformité si nous l'envisageons sous l'angle de la gestion de la qualité. La pandémie constitue dès lors un exemple remarquable et visible d'une situation critique où l'articulation entre gestion des risques et santé publique, puisque l'éclosion infectieuse est perçue comme une non-conformité qu'il faut analyser, prévenir et gérer.

Depuis les crises du SRAS et du *Clostridium difficile*, le réseau de santé et de services sociaux s'est davantage structuré et préparé aux risques pandémiques afin de les gérer. Santé Canada (2004) a même adopté un cadre stratégique de gestion intégrée du risque afin d'intégrer la gestion du risque aux processus décisionnels au sein de la fonction publique. L'apparition d'une pandémie constitue un test de notre capacité de réaction face à une situation de risque pandémique catégorisée en niveaux et décrétée par l'OMS qui se réfère à son plan de préparation à une pandémie (OMS, 2005). Les mesures de gestion des risques traditionnels en santé publique sont appliquées et les plans québécois de pandémie d'influenza (Gouvernement du Québec, 2008a&b) sont mis en branle. Les mesures de gestion des risques biologiques en santé publique sont intimement liées à l'enquête épidémiologique : isolement des cas infectés ou suspects, mise en cohorte, les études

statistiques de la distribution et de la progression de la maladie en répertoriant les « cas » et en calculant le risque attribuable, le risque relatif et le risque relatif à la population ; la réduction de l'exposition aux facteurs de risque susceptibles de provoquer les maladies et les décès (Simpson, Beaucage, Bonnier, 2009) tel que l'application de mesures de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, la prévention de l'apparition des MI par la vaccination. La vaccination humaine et animale constitue un fer de lance de la santé publique comme un des moyens pour réduire le risque biologique et ses conséquences néfastes anticipées par l'augmentation de l'immunité de la population humaine face à un agent pathogène (Rodhain et Saluzzo, 2005 ; Plotkin, 2006) mais également de la population constituée par les autres animaux (Colin, 2002).

Aujourd'hui, la santé publique au Québec bénéficie de logiciels de gestion des risques pandémiques tels que Panorama qui sera utilisé en cas d'éclosion : une meilleure surveillance passe également par l'informatisation qui permet de répertorier les « cas » mais surtout de suivre l'évolution en temps réel de la MI afin de l'enrayer sur un territoire géographique donné. L'avenir en gestion des risques biologiques se situe sans doute au niveau de l'analyse structurelle de réseaux qui permettent de circonscrire la maladie par une cartographie du réseau de relations entre les individus afin de limiter voir de circonscrire la propagation des MI (Luke et Harris, 2007 ; Bearman, Moody et Stovel, 2004).

En sciences infirmières, au niveau de la gestion des risques biologiques et des maladies infectieuses, il apparaît que certains manuels de base les répertorient très succinctement parmi la gestion infirmière des inflammations, infection et de la guérison (Lewis, Heitkemper, Dirksen, 2004), liant le contrôle des infections à la sécurité (Wong, Hockenberry, Wilson, Winkelstein et Kline, 2003) ou n'abordant tout simplement pas ces questions en profondeur (Potter et Perry, 1990). Il faut consulter des ouvrages plus récents et spécialisés en sciences infirmières/ santé publique pour retrouver des informations sur les maladies infectieuses et la gestion du risque populationnel qu'elles impliquent (Nies et McEwen, 2007). Le contrôle des infections y est décrit comme se faisant par le bris de la chaîne de transmission en contrôlant l'agent, en éradiquant les réservoirs non humains, en

contrôlant les réservoirs humains, en contrôlant les portes d'entrée et de sortie des pathogènes ou en augmentant la résistance de l'hôte et son immunité (Grimes In Nies et McEwen, 2007). Un exemple d'éradication des réservoirs non humains serait l'abattage massif de bovins afin de circonscrire la fièvre aphteuse telle que l'ont connu les Européens en 2001 au Royaume-Uni (Cassagne, 2001). Un exemple de contrôle des réservoirs humains serait l'isolement ou la quarantaine : dans l'idéal des cas, la personne infectée est confinée à une chambre individuelle lorsqu'elle réside en centre hospitalier.

Malgré l'absence de notions complètes sur les maladies infectieuses dans les manuels de base en sciences infirmières, davantage de guides pratiques de mesures de prévention et contrôle des infections destinés aux infirmières semblent être publiés (Perpète, 2006; Caron, 2005; Besner, Perreault, Bellemare, Brunet, 2005). Ces guides se situent davantage dans l'agir axé autour des tâches, soit des mesures de prévention à appliquer plutôt que dans l'épidémiologie infectieuse, la réflexion théorique ou sociopolitique face aux mesures de prévention et de contrôle des infections recommandées aux infirmières. L'agir couvre ici toutes les questions de l'équipement de protection à porter et dans quelles circonstances afin de gérer les risques biologiques, mais également aux mesures prophylactiques telles que le lavage des mains (Perpète, 2006; Wong et col. 2003). Ce constat en lien avec le peu de références scientifiques et de réflexions éthiques et philosophiques disponibles dans les manuels infirmiers afin de fonder scientifiquement les interventions infirmières en PCI est alarmant sachant que l'infirmière joue un rôle de premier plan au niveau de la « lutte » aux maladies infectieuses, dont les infections nosocomiales.

La gestion des risques biologiques comprend des éléments de surveillance, d'enregistrement de données sur les patients atteints de maladies infectieuses, de répartition dans l'espace des individus porteurs et leur isolement des autres individus à l'hôpital, de mesures touchant à la vaccination pour augmenter l'immunité de la population, la couverture vaccinale de cette dernière.

La question de la répartition dans l'espace des individus exposés, porteurs, infectés et de leur isolement des autres individus ou de leur mise en quarantaine n'est pas une préoccupation récente, tel que nous le verrons plus loin. Cette mesure de gestion des risques biologiques est pourtant une mesure importante comprise dans la mission de la santé publique (CDC, 2011). Contrairement aux aspects extérieurs que peut représenter l'image d'un professionnel de la santé portant un équipement de protection individuel (masque, blouse, gants, lunettes, bonnet, couvre-chaussure, etc.) de l'ère biotechnologique où les patients infectés sont isolés dans des chambres à pression atmosphérique variée, cette pratique de l'isolement ne date pas d'hier. Vigarello (1985) souligne d'ailleurs à cet égard que « la salle Légit de l'Hôtel-Dieu est, par exemple, séparée et aménagée en 1584 pour ne recevoir que les pestiférés » (p.15).

Il est d'ailleurs utile de distinguer l'isolement de la quarantaine comme pratique de gestion des risques biologiques en santé publique. À cet égard, la description du Michigan Department of Community Health (MDCH) est parlante :

« Dans le but de maîtriser la propagation d'une maladie contagieuse, les autorités de la santé publique ont recours à plusieurs stratégies. Parmi ces dernières, on retrouve l'isolement et la quarantaine. Ces deux stratégies sont des pratiques courantes au sein de la santé publique et visent à minimiser l'éventualité que les personnes atteintes de maladies infectieuses en contaminent d'autres. Ces deux stratégies peuvent être entreprises volontairement ou être imposées par les autorités de la santé publique. Il faut préciser que l'isolement s'applique aux personnes qui ont été diagnostiquées comme étant atteintes de la maladie et que la quarantaine s'adresse aux personnes qui ont été en contact avec une maladie, mais qui n'en sont pas nécessairement atteintes. » (MDCH, 2011)

La quarantaine elle-même fait l'objet d'une loi canadienne (Carroll, 2006) qui permet à une autorité de santé publique, de concert avec le gouvernement, de restreindre la liberté de circuler d'individus ou d'une population (grappe) sur un territoire donné afin de gérer les risques biologiques liés à toute personne ou toute population exposée à une maladie infectieuse (MDCH, 2011). Les mesures de régulation font d'ailleurs partie de la mission de la santé publique afin de protéger la population de toute propagation infectieuse (Centers for Disease Control and prevention, 2011).

Les personnes autorisées à entrer en contact avec ces patients infectés isolés reçoivent une permission spéciale et se voient octroyer un statut particulier : c'était auparavant le cas des médecins et actuellement, nous pouvons inclure les professionnels de la santé. Par exemple, « dans bien des villes, les notaires ne peuvent approcher les maisons atteintes; les testaments se dictent à distance, devant témoins » (Vigarello, 1985, p.16). Il est évident que les professionnels de la santé, en leur qualité de soignant « bénéficient » d'un droit spécial afin d'accéder aux patients atteints d'une maladie infectieuse qu'ils isolent des autres patients non atteints. En ce sens, ils traversent des zones de ruptures entre le sain et le non sain, soignant tantôt des personnes isolées ou non.

L'existence donc d'unités dédiées aux maladies infectieuses au sein des établissements de soins n'est pas une pratique de quadrillage de l'espace qui est née avec les maladies émergentes que l'on connaît actuellement. Cette mesure de gestion des risques biologiques est simplement une actualisation de pratiques ancestrales d'hygiène publique reliée à des zones de ruptures, à des frontières physiques clairement établies où l'on peut distinguer le sain du non sain (Douglas, 2001) associé à la maladie infectieuse, le propre du sale (Vigarello, 1985), le pur de l'impur. Une telle mesure de gestion des risques biologiques basée sur cette distinction permet d'éviter de contaminer le pur par l'impur, de contaminer la personne saine par la personne exposée, porteuse ou infectée par un pathogène.

Il est évident que les pratiques de régulation et de répartition de l'espace en gestion des risques biologiques soulèvent des questions éthiques face à l'étiquetage des personnes, des groupes, des collectivités qui sont catégorisées comme sains, porteurs ou infectés. Non seulement ces groupes sont stigmatisés socialement, isolés des autres individus que nous pouvons qualifier de sains/purs, mais cet étiquetage de la personne/population non-saine/impure engendre une restriction dans la liberté individuelle de circuler garantie par l'article 6(1) de la Charte des droits et libertés inscrite dans la Constitution du Canada. Au nom du bien collectif, le droit à la régulation populationnelle se fonde sur la nécessité de protéger la population des maladies infectieuses (CDC, 2011).

Les mesures de gestion des risques biologiques telles que la répartition des corps dans l'espace via les isolements ou encore les surveillances peuvent être questionnées et critiquées au niveau sociopolitique puisqu'elles participent au gouvernement des corps par trois formes de pouvoir sur trois types de corps : la souveraineté et le territoire (légal), la discipline du corps individuel et la sécurité de l'ensemble de la population (Thacker, 2006). Ceci sera détaillé dans la section « cadre théorique » à la fois par l'approche du risque en santé publique selon Lupton et par la philosophie de Michel Foucault en matière de pouvoir et de discours.

2.5 La sécurité face aux risques biologiques

La question de la sécurité se pointe à l'horizon une fois que les corps ont anticipé ou expérimenté la maladie infectieuse et tentent à tout prix de prévenir et de gérer les risques biologiques qu'elle représente.

2.5.1 Notion de sécurité

La sécurité étant définie comme « une situation dans laquelle quelqu'un, quelque chose n'est exposé à aucun risque d'agression physique, d'accident, de vol, de détérioration (...) la sécurité civile étant l'ensemble des mesures de prévention et de secours qui requiert, en toutes circonstances, la sauvegarde des populations » (Larousse 2008, p.927). Il est clair ici que la question de la sécurité est intimement liée à la notion de risque. Une myriade de définitions existe quand on aborde la question de la sécurité. Aussi, elle n'est pas unique, mais multiple. Il serait plus juste de parler de sécurités. Néanmoins, ce vocable est inexistant dans les différents discours. La sécurité absolue, tout comme le risque zéro semblent être chimériques, présentés davantage comme des idéaux vers lesquels nous devrions tendre.

Par ailleurs, au Canada, la sécurité est un droit humain fondamental, garanti par l'article 7 de la Charte des droits et libertés, soit le droit à la vie, la liberté et la sécurité. Cet article fait d'ailleurs écho à la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen (France,

1789) où l'article II stipule que chaque être humain a le droit à la sûreté; mais aussi à la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948) où l'article 3 stipule que « *tout individu a le droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne* » (UN, 2011). Le concept de sécurité fait donc partie des valeurs fondatrices des nations occidentales.

Nous l'avons vu précédemment, la sécurité se décline également au travers d'une série de normes en matière de gestion des risques et de qualité afin d'assurer la sécurité du patient par la prévention et le contrôle des infections.

2.5.2 Sécurité du vivant et biosécurité

Au Québec, en sciences infirmières, le terme de sécurité du vivant est peu utilisé, mais rejoint la question de sécurité du patient (*patient safety*) qui constitue une priorité de recherche de l'OMS avec la culture de sécurité (*safety culture*). Le risque biologique est abordé sous l'angle de la prévention et du contrôle des infections dans une perspective de protection de la santé de la population via une approche traditionnelle de prévention de la maladie en santé publique.

Selon l'ONU (2001), le concept de biosécurité est né au début du XXI^e siècle et sa définition de ce concept était très large :

« Si vous cherchez "biosécurité" sur Internet vous ne trouverez que de rares informations sur ce sujet - et pour la plus grande partie sur des sites consacrées aux maladies des volailles. Les dictionnaires du web semblent ignorer ce terme. Et pourtant, la biosécurité apparaît comme l'une des questions les plus urgentes qui se posent à la communauté internationale. Il s'agit essentiellement de la "gestion de tous les risques de type biologique et environnemental associés à l'alimentation et à l'agriculture, y compris les forêts et les pêches", un secteur qui couvre la sécurité sanitaire des aliments, ainsi que la vie et la santé des végétaux et des animaux. Les risques englobent les organismes génétiquement modifiés, les espèces exotiques et les ravageurs des végétaux et des animaux qui ont été introduits comme l'érosion de la biodiversité, la propagation des maladies transfrontières du bétail, les armes de guerre à action toxique et la maladie de la vache folle. ».

La question de la biosécurité, ou sécurité du vivant constitue une terminologie qui n'est pas répandue chez les infirmières : peu d'écrits sont disponibles sur la biosécurité. Il s'agit d'un concept émergent. Une analyse dimensionnelle de concept de Schatzman (1991) a été réalisée, ce qui a permis d'aboutir à plusieurs constats en matière de biosécurité. Ce concept a d'abord été utilisé dans le domaine des laboratoires médicaux afin de prévenir les maladies infectieuses. Au début du XXI^e siècle, concomitamment avec la construction des risques bioterroristes, son utilisation s'est accentuée et s'est élargie aux domaines du transport transfrontaliers, agroalimentaire, de protection de la biodiversité face aux organismes génétiquement modifiés (OGM), aux biotechnologies et à la santé humaine en générale. Il est intéressant de souligner que la biosécurité est un concept utilisé pour assurer la sécurité de la population qui doit pouvoir se nourrir d'aliments exempts de tout pathogène susceptible de provoquer une maladie infectieuse (ex. : la listériose) dont la responsabilité relève du MAPAQ; mais ce terme n'est quasi pas utilisé par les professionnels de la santé dans le RSSS qui parlent davantage de PCI dont la responsabilité relève du MSSS. Cette terminologie multiple face à la sécurité du vivant favorise sans doute un fonctionnement en silo.

Plusieurs constats de l'analyse dimensionnelle sont renforcés par les écrits de Bingham et Hinchliffe (2008) qui soutiennent que le concept de biosécurité, durant une même période, n'est pas vu de la même manière partout que l'on soit en Europe, aux États-Unis ou en Australie. En Europe, la biosécurité touche à l'agriculture et aux maladies. Aux États-Unis, elle est davantage rattachée à la sécurité des laboratoires et au bioterrorisme. En Australie, la biosécurité touche davantage aux aspects écologiques de protection de la biodiversité.

Le terme de biosécurité est peu utilisé par les scientifiques dans les bases de données et les médias. On le retrouve davantage dans les sources gouvernementales nationales et internationales, sur les différents portails touchant à la prévention de la maladie et à la sécurité de la population. Un exemple de cela est présenté par la Federal Emergency Management Agency (FEMA) qui a raffiné sa définition du terrorisme et du

bioterrorisme (Nies et McEwen, 2007) en abordant la nécessité d'améliorer la biosécurité et en tenant compte des armes de destruction massive potentiellement utilisables par les terroristes et en reconsidérant les *niveaux de risques* présentés par les laboratoires.

Par ailleurs, différents penseurs issus des sciences sociales se sont penchés sur la biosécurité en l'abordant sous l'angle de la sécurisation de la santé (Fidler, 2007; Davies, 2010), de la menace bioterroriste construite par différents groupes (Lentzos, 2006) ou par l'exploration des liens entre la santé et la sécurité (Maclean, 2008). Lakoff et Collier (2008, trad.lib. p. 9) soulignent que « *l'importance accordée aux nouvelles menaces microbiennes s'est développée autour de quatre domaines distincts mais qui s'entrecroisent : les maladies émergentes; le bioterrorisme; les sciences de la vie; et la sécurité alimentaire* » qui constituent les domaines de la biosécurité. Selon ces auteurs, la santé publique est perçue comme une institution experte qui offre une réponse à ces nouvelles menaces microbiennes en documentant sur le plan statistique l'incidence et la sévérité des maladies infectieuses et en mettant en place des pratiques sanitaires, un approvisionnement en eau et des formes d'habitation et de circulation saines. Ceci fait partie selon eux de la préparation nationale nécessaire afin de sécuriser la santé.

Lakoff et Collier (2008, trad.lib. p.8) définissent la biosécurité comme « *les interventions techniques et politiques - efforts pour sécuriser la santé – qui ont été formulés en réponse aux nouvelles menaces pathogéniques, ou aux nouvelles menaces pathogéniques perçues* ». Selon ces auteurs, la question de la sécurité serait soulevée à la suite de menaces biologiques discutées sur le plan international par l'OMS (2007) via son rapport sur la santé dans le monde « Un avenir plus sûr : la sécurité sanitaire mondiale au XXI^e siècle ». L'aspect mondial de ces menaces remet en question les frontières territoriales et les différentes juridictions dès lors que la maladie est perçue comme une menace à la sécurité humaine et impose des interventions internationales dites humanitaires (Koch, 2008).

Koch (2008) donne un exemple frappant de biosécurité en documentant l'alerte mondiale à la tuberculose décrétée par l'OMS dès 1993. Selon lui, « *parce que les maladies*

infectieuses sont causées par des microbes, les agents pathogènes sont conçus comme des entités naturelles qui peuvent potentiellement devenir une menace à la sécurité aux niveaux local, national et international » (Koch, 2008, trad. lib. p.123). Une fois cet état d'urgence mondial décrit, une réponse internationale à cette menace à la sécurité s'est opérée par l'instauration d'un protocole nommé *Directly Observed Treatment, Short-Course* (DOTS) pour contrer l'épidémie de tuberculose. Selon cet auteur, la santé publique ainsi que les patients sont blâmés pour la recrudescence de la tuberculose et des microbes résistants aux médicaments par le non-respect des normes requises par le DOTS et la prescription d'antibiotiques non standards. Koch (2008, trad.lib.p.126) souligne alors que « *l'accent mis sur la non-adhésion institutionnelle et individuelle aux traitements masque le fait que le DOTS est plutôt difficile à implanter et à suivre dans sa forme standardisée* » puisque ce protocole ne tient pas compte du contexte et des formes de connaissances préexistantes dans le pays où le DOTS est déployé. Selon lui, l'implantation du DOTS de l'OMS dans un pays tel que la Géorgie et les effets qu'il produit constitue un milieu de choix pour examiner les relations de pouvoir dans un contexte local. Loin de relever uniquement du manque d'adhésion au programme, des questions socioéconomiques, d'accès aux antibiotiques et d'accès aux patients sont soulevées par cet auteur en lien avec l'application d'un protocole standardisé de l'OMS afin de réduire la tuberculose sur le plan international. Le manque de résultats positifs du DOTS imputé aux individus qui ne terminent pas leurs traitements antibiotiques peut se comprendre lorsque l'on tient compte du contexte et des facteurs culturels tels que la pauvreté et le stigmatisme social selon Koch (2008).

Une approche foucauldienne de la biosécurité permet d'amener ce concept au rang des éléments participants au dispositif de sécurité qui touchent à l'axe biopolitique du gouvernement des populations (Foucault, 2004). La biosécurité permet de réguler, de normaliser et de gouverner les populations que ce soit au travers des normes face au transport frontalier ou aux règles qui régulent le quotidien des laboratoires et des infirmières. Elle permet également un quadrillage sécuritaire de l'espace qui contribue à la

création de ce dispositif discursif et non discursif, tel que nous le décrivons dans le cadre de référence.

2.6 Culture de sécurité

La gestion des risques biologiques permet de prévenir l'apparition de la maladie infectieuse afin d'assurer la sécurité du vivant pour l'ensemble de la population puisque le « risque concerne principalement la sécurité » (Tansey et O'Riordan, 1999). C'est un postulat biomédical émergent attendu que la culture de sécurité reliée à la sécurité du patient est présentée comme une nécessité et une priorité en recherche (OMS, 2008; O'Byrne, 2008). Il est donc important de dresser un portrait bref de cette culture de sécurité.

La culture de sécurité (*safety culture*) est bien décrite dans l'industrie, préoccupation survenue suite aux accidents majeurs telle que la catastrophe de Tchernobyl et qui touche à la psychologie des organisations (Guldenmund, 2000). La culture de sécurité est une facette de la culture organisationnelle utilisée pour décrire les valeurs partagées au sein de l'organisation qui influencent les attitudes et les comportements des membres de l'organisation (Cooper, 2000). Selon Schein (2004), la culture de sécurité peut être étudiée sur trois niveaux différents : les postulats, les valeurs adhérentes et les artéfacts. Selon Guldenmund (2000), les attitudes du personnel rejoignent les valeurs auxquelles l'organisation adhère et touchent au climat de sécurité.

Il est difficile de trouver une définition unique de la culture de sécurité qui est un concept émergent, mais nous pourrions retenir la suivante :

« un schéma intégré de comportements individuels et organisationnels basés sur des croyances et des valeurs partagées qui tentent constamment de réduire les méfaits pour les patients qui peuvent se produire durant la dispensation des soins » (Kizer, 2004 IN Hellings, Schrooten, Klazinga et Vleugels, 2007).

À titre d'exemple, depuis 2008, développer une culture de sécurité est la voie adoptée par le Service public fédéral de santé publique belge en matière de sécurité des

patients, voie décrite dans sa note stratégique d'ici 2012 (SPFSP, 2008). La mesure de la culture de sécurité y est présentée comme un concept central d'où s'articulent toutes les démarches visant à optimiser la sécurité des patients en milieu hospitalier. Les autorités de Santé publique belges proposent donc qu'en 2008, l'ensemble des hôpitaux belges réalisent une première mesure de la culture de sécurité au moyen d'un outil développé par Hellings (2008). Entre 2009 et 2011, l'autorité de Santé publique Belge demande à chaque hôpital de déployer des projets en lien avec la sécurité des patients tel le développement de systèmes de notification des incidents/accidents sécurité patient, l'analyse de causes racines en cas de survenue d'évènements indésirables ou enfin l'analyse a priori des risques à l'aide d'une méthodologie appelée *Failure Modes and Effect Analysis* qui a été initialement développée dans l'Industrie (IEC, 2006; ISO 31010, 2009). Enfin en 2012, la Santé publique belge prévoit que chaque hôpital réalise une 2e mesure de la culture de sécurité afin d'en évaluer les améliorations en regard de la première mesure de 2008 (SPFSP, op cit.).

Au Canada, c'est plutôt l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) qui donne l'impulsion en termes de culture de sécurité et de sécurité du patient à développer dans les établissements de santé (ICSP, 2011). Leur objectif est de privilégier des soins de santé sécuritaires pour tous les canadiens. À ce titre, l'ICSP a développé plusieurs projets touchant à la sécurité du patient dont le lavage des mains afin de gérer les risques biologiques via la campagne nommée Arrêt/Stop ou encore l'émission de lignes directrices quant à la divulgation des événements indésirables et donc la reconnaissance des erreurs systémiques. L'ICSP fournit également des outils pour cibler les causes souches à l'origine des tels événements afin de tendre vers plus de sécurité et de qualité dans les soins de santé.

Selon Reason, Carthey et de Leval (2001), diagnostiquer le syndrome du système vulnérable est un préalable essentiel à la mise en œuvre réelle d'une gestion des risques au sein des organisations hospitalières. Ce syndrome du système vulnérable est composé de trois éléments : le blâme des collaborateurs de terrain, le refus de reconnaître que des erreurs systémiques affaiblissent le système et enfin la poursuite aveugle d'objectifs financiers et/ou de rendement. Reason (2005) propose un glissement d'un climat

organisationnel centré sur l'identification des fautes personnelles et la recherche du coupable vers un élargissement à la dimension organisationnelle et systémique : il va jusqu'à parler de défaillance organisationnelle. Ternov et Akselsson (2005) ont démontré que les vulnérabilités du système constituent des causes contributives à des accidents impliquant la sécurité des patients. D'après Reason (2000), les organisations dites hautement fiables sont des exemples d'approche systémique. Ces organisations travaillent de manière constante à améliorer leur culture organisationnelle liée à la sécurité c'est-à-dire en ne se centrant pas sur la prévention de défaillances localisées, mais en rendant le système-organisation aussi robuste que possible, en travaillant sur sa résilience c'est-à-dire, sa capacité organisationnelle à faire face à un événement indésirable. Kline, Willness et Ghali (2008) ont récemment publié une étude identifiant et modélisant les variables du climat de sécurité au niveau individuel, du groupe, de l'unité et du système. Ces auteurs estiment que la culture de sécurité des patients prédit la sévérité des accidents sécurité patient justifiant l'importance de monitorer et d'encourager une culture de sécurité positive telle que développée dans l'industrie (nucléaire, aviation, etc.) à l'aide de méthodes qui pourraient être transférées vers le secteur des soins de santé.

Cette culture de sécurité tant souhaitée est à présent dite mesurable dans différentes dimensions présentes au sein d'un hôpital tel que : « le taux de transfert », « le soutien du management pour le *patient safety* » ou encore « la réponse non punitive aux erreurs » (Hellings et coll., 2007). Une fois ces dimensions culturelles explorées au sein de l'organisation par une enquête, un plan personnalisé de changement culturel est possible afin de développer une culture de sécurité, ce qui constitue un défi important pour les gestionnaires (Hellings et coll., 2007). D'autres auteurs semblent avoir de la difficulté à mesurer le *patient safety culture* par des enquêtes comprenant des dimensions culturelles au sein d'établissements de santé canadiens (Ginsburg, Gilin, Tregunno, Norton, Flemons, et Fleming, 2009). Suite à la consultation d'articles retrouvés dans les bases de données explorées, il apparaît que les domaines du *patient safety* et de la *culture safety* sont en développement : jusqu'à présent, les auteurs se sont davantage attardés à mesurer le climat de sécurité plutôt que la culture de sécurité (Zohar, Livne, Tenne-Gazit, Admi et Donchin,

2007; Singer, Meterko, Gaba, Falwell et Rosen, 2007; Singla, Kitch, Weissman et Campbell, 2006). Selon Guldenmund (2000), le climat de sécurité constitue la composante mesurable de la culture de sécurité et comporte par exemple la perception de la sécurité par les employés et le comportement du management.

Une revue de la littérature ayant trait aux évaluations du climat de sécurité patient au sein d'organisations a été conduite par Colla, Bracken, Kinney et Weeks (2005). Il en ressort que les études menées utilisaient toutes une échelle de Likert essentiellement pour mesurer les comportements individuels. En outre, les dimensions du climat de sécurité identifiées furent : le leadership, les procédures, la communication, le *staffing* et la notification des événements indésirables. Ces auteurs concluent leur étude en insistant sur le fait que d'autres recherches devraient être menées afin d'établir un lien entre le climat de sécurité et les patients *outcomes*.

Une critique majeure en lien avec cet impératif de développer une culture de sécurité afin d'assurer la sécurité des patients et des soins de qualité à la population tient sans doute dans le concept même de culture. En effet, l'étude de la culture est un concept central en anthropologie, mais ce dernier a été repris, déformé et est à présent associé à la sécurité du vivant dans d'autres champs que l'anthropologie. Selon Cuche (2010), le terme culture est emprunté pour imposer une lecture de la réalité sous un angle managérial alors qu'en fait, la culture « ne se manipule pas comme un vulgaire outil » (p.8). La culture organisationnelle constitue un moyen stratégique pour les dirigeants d'entreprise d'obtenir des travailleurs leur identification et leur adhésion aux objectifs de l'organisation qu'ils avaient définis dans un contexte de doute et de suspicion, dans un contexte de crise économique (Cuche, 2010, p.116). Dans un même ordre d'idée, l'impératif de culture de sécurité surgit dans un contexte de crise pandémique anticipée par l'OMS (Lakoff et Collier, 2008) où la notion de culture de sécurité semble constituer un moyen stratégique pour la santé publique de favoriser l'adhésion aux objectifs en lien avec la réduction des maladies infectieuses par l'adoption de mesures de PCI afin d'assurer la sécurité des patients.

Il est de notre avis que l'on ne puisse prétendre saisir la complexité de la culture par la mesure d'une ou de plusieurs de ses dimensions, car on en perd son essence en la catégorisant, en la découpant. La culture comporte des enjeux sociopolitiques et financiers liés à la sécurisation de la santé (Fidler, 2007) qui dépassent de très loin le développement d'instruments psychométriques. Cette préoccupation émergente face à la culture de sécurité est le produit d'une conceptualisation réaliste du risque, conception largement critiquée par Lupton (1999) et très présente en santé publique (Lupton, 1993), conception que nous développerons dans le cadre de référence.

Les tenants de l'approche critique du risque et de la sécurité, influencés par Douglas et Wildavsky (1983) considèrent que « les attitudes et les jugements à propos des risques (...) sont définis dans les relations culturelles, nommées comme étant les attentes et les systèmes de valeurs de personnes appartenant à un groupe distinct » (Tansey et O'Riordan, 1999, trad.lib. p.71). Selon ces auteurs, « les théoriciens culturels soutiennent que le débat social au sujet des risques ne peut pas être réduit aux préoccupations en matière de sécurité, et démontrent plutôt combien ils sont inséparables des enjeux entourant le pouvoir, la justice et la légitimité » (Tansey et O'Riordan, op.cit.).

Il existe de nombreuses façons de définir la culture, mais selon nous, c'est une entité vivante, multiforme et en constante évolution. La culture peut se transmettre de génération en génération mais se développe avant tout dans un contexte sociohistorique donné à l'intérieur de rapports de groupes sociaux entre eux (Cuche, 2010). La culture est l'expression de notre Humanité, des liens que nous tissons entre nous et peut s'observer dans les corps, dans la langue, dans les artefacts, mais surtout dans les relations qui existent entre les sujets et les objets, ainsi qu'entre les sujets entre eux. Par ailleurs, Cuche (2010) souligne que « *l'homme est essentiellement un être de culture* » (p.5) et Augé (1988) aborde le problème non pas de la culture mais des cultures. En ce sens, il n'existe plus de culture uniforme fondée sur les différences entre les peuples tel que conceptualisé autrefois.

La culture constitue plutôt une « *adaptation imaginée et contrôlée par l'homme qui se révèle beaucoup plus fonctionnelle que l'adaptation génétique, car beaucoup plus souple*

et plus facilement et rapidement transmissible (...) la notion de culture, comprise dans le sens étendu, qui renvoie aux modes de vie et de pensée, est aujourd'hui assez largement admise (...) culture et identité sont des concepts qui renvoient à une même réalité (...) les rapports étroits entre culture et identité sont très perceptibles dans le monde du travail » (Cuche, 2010 p.5-8).

Face à cette multiplicité, la culture organisationnelle dans une approche managériale impose plutôt son système de représentations et de valeurs à ses membres en déterminant les attitudes et les comportements de ses membres. Ne pas adhérer à la culture de l'entreprise reviendrait à s'exclure de l'organisation (Cuche, 2010, p.116). Dans ce contexte, la question de culture de sécurité soulève plusieurs enjeux pour les infirmières québécoises qui travaillent au sein du RSSS.

2.7. Enjeux de la sécurité du vivant en sciences infirmières

Les enjeux face à la sécurité du vivant et au risque biologique en sciences infirmières sont multiples : politiques, éthiques, financiers, sociaux, humains, philosophiques et professionnels.

Enjeux politiques d'abord, puisqu'une partie de la population réclame des mesures de prévention et de contrôle des infections afin d'assurer leur sécurité face à un risque biologique socialement construit dans un contexte où les politiques sont établies souvent dans une perspective à court terme.

Enjeux éthiques et financiers ensuite qui touchent à l'équilibre entre surveillance infirmière du risque biologique pour assurer la protection de la population et à la nécessité d'assurer les libertés individuelles morales et légales dans son rôle d'*advocacy*. Des questions financières doivent également être soulevées face aux mesures de planification en cas de pandémie dont la constitution de stock de matériel onéreux afin de gérer les risques infectieux. Des questions sociales liées aux priorités dans la recherche universitaire et aux budgets alloués à la PCI, mais aussi au bioterrorisme (Thacker, 2006).

Des enjeux humains puisque la mobilisation des professionnels de la santé sera importante en cas de pandémie, mais est déjà cruciale pour réduire les infections nosocomiales dans un contexte de pénurie.

Des enjeux professionnels pour l'infirmière qui est en quête de reconnaissance de son rôle au niveau de la PCI et de la nécessité d'établir un dialogue intersectoriel pour éviter de fonctionner en silo en séparant biosécurité et PCI.

Finalement, un enjeu philosophique et professionnel de taille puisque l'infirmière clinicienne au sein du RSSS est le prolongement d'un réseau biopolitique qu'elle alimente en informations sur le patient, mais exerce également un pouvoir disciplinaire sur les individus dont elle prend soin ainsi que leur entourage lors des visites afin de limiter la propagation des infections. Le corps de l'infirmière devient le lieu d'articulation du pouvoir entre les normes de sécurité et de prévention épidémiques, la surveillance épidémiologique constituant le bio-politique d'une part et les mécanismes disciplinaires liés à la surveillance panoptique constituant l'anatomopolitique d'autre part. Nous approfondirons ces notions dans la section du cadre de référence.

2.7.1. Les approches théoriques en sciences infirmières

Pour comprendre ces nombreux enjeux liés à la sécurité et aux risques biologiques, peu de repères disciplinaires théoriques ou conceptuels existent pour les infirmières.

Les modèles conceptuels en sciences infirmières sont nombreux et riches. Ces conceptions permettent de définir en partie qui nous sommes et ce que nous faisons comme infirmière. Elles reflètent une forme de diversité qui guide la pratique infirmière en gestion, en recherche, en formation et en clinique (Kérouac, Pepin, Ducharme et Major, 2003). Néanmoins, ces modèles sont la plupart du temps axés sur la personne et sa famille (Adam, 1991) en abordant différentes perspectives relationnelles, fonctionnelles ou adaptatives des concepts centraux de la discipline de Fawcett (1984) que sont le soin, la personne, l'environnement et la santé.

Adam (1991) souligne que « les modèles conceptuels pour la profession d'infirmière fournissent tous, comme deuxième élément, un terme descriptif pour la personne qu'est le client de l'infirmière. Ce qui est conceptualisé, c'est la personne en tant que client de l'infirmière. Les auteurs des modèles indiquent que ce client peut être une personne, une famille ou un groupe. Plusieurs infirmières considèrent cependant que le terme descriptif ne convient qu'à un client-individu » (p.73). Bien qu'un effort d'élargir le concept de personne à la communauté, voir au groupe soit présent, les modèles demeurent limitants au niveau conceptuel quand on aborde les questions de pouvoir, de gestion de masses ou de politiques.

Les débats actuels en sciences infirmières s'axent autour de l'identité de l'infirmière : sommes-nous infirmières ou médiologues de la santé (Nadot IN Dallaire, 2008), sommes-nous une profession, une science ou une discipline, construisons-nous une science infirmière ou une science de l'écologie de la santé humaine personnelle et familiale (Donaldson in Dallaire, 2008)? Bien que nécessaires, ces questions nous détournent de l'essentiel : la pratique quotidienne des infirmières qui est riche et diversifiée, mais contextualisée, enculturée et donc hautement politique, produisant des effets sur notre société.

Il existe une vision hégémonique de l'infirmière au chevet du patient qui dispense un soin holistique à la personne et à sa famille empreint de professionnalisme. La science infirmière étant définie « *comme la science de l'écologie de la santé humaine personnelle et familiale. (...) La science infirmière a toujours considéré la famille comme faisant partie de l'environnement social dans l'étude de la santé humaine et personnelle de celle d'autres groupes comme la communauté. Une telle perspective se distingue de celle de la santé publique qui se préoccupe de l'écologie de la santé des populations ayant les mêmes maladies, pathologies ou risques de maladies ou de blessures sans nécessairement tenir compte des relations personnelles dans ce groupe* » (Donaldson Dans Dallaire, 2008, p. 16). Cette approche est une forme de méconnaissance de la présence des infirmières qui dispensent des soins à la population en santé publique depuis l'avènement du courant

hygiéniste, sans nécessairement constituer des soins locaux à la communauté dans une perspective relationnelle. D'après Colin et Rocheleau (2004), cette présence des infirmières en santé publique s'élèverait à 10% de leur nombre total au Québec. La présence d'infirmières en santé publique dispensant des soins de protection (sécurité) et de prévention des maladies infectieuses dans une perspective d'analyse et de gestion des risques infectieux, constitue une autre dimension du soin infirmier qui demeure occultée, marginalisée de par son invisibilité patente dans les théories et conceptions en sciences infirmières explorées jusqu'à présent (Meleis, 2007; Tomey et Alligood, 2006; Dallaire, 2008). Cette invisibilité trouve sa source également dans l'absence de formation de base en santé publique pour les infirmières, même si les infirmières jouent un rôle central dans ce domaine (Colin et Rocheleau, op.cit.).

Selon nous, les grands enjeux en santé publique face aux maladies infectieuses et aux risques pandémiques demeurent occultés par les carcans théoriques, conceptuels et académiques en science infirmière. Certaines conceptions infirmières mettent en avant l'impératif moral que présente le *caring* sous forme d'idéal, d'attributs ou de façon d'être (Watson, 1999, 2005; Roach, 2002) plutôt que d'ancrer la pratique dans un contexte tenant compte des enjeux actuels de mondialisation, d'intensification des échanges, de changements climatiques (Andrews, 2009) de menaces et de risques pandémiques construits. Ces idéaux moraux constituent sans doute notre héritage clérical, pastoral qui permet de jeter un regard sur le passé religieux des infirmières qui devaient démontrer dévouement et don de soi (Cohen, Pepin, Lamontagne et Duquette, 2002) actualisé dans le discours de l'école du *caring*.

En sciences infirmières, certaines théoriciennes distinguent les théories infirmières des théories empruntées à d'autres disciplines (Meleis, 2007; Rodgers, 2005). Certaines affirment que si les infirmières continuent d'observer le comportement à partir d'une perspective sociologique, anthropologique, ou psychologique, nous servons la cause de la science, mais pas nécessairement la cause du nursing (Johnson Dans Meleis, 2007). D'autres renchérissent en affirmant que de « *continuer à utiliser des théories empruntées peut retarder le développement de la connaissance infirmière* » (Walker et Alligood Dans

Meleis, 2007). Malgré tout, les théories dites « empruntées » à la philosophie comme celle de Michel Foucault par exemple servent également à souligner le manque de développement théorique quant aux aspects politiques et aux notions de pouvoir reliés aux soins infirmiers.

Parallèlement à ces conceptions infirmières orientées sur les concepts centraux, une propension à développer des lignes directrices normatives que sont les *nursing best practice guidelines* (NBPG) fondées sur des données probantes (*evidence based nursing*) s'est largement développé au Canada tel que certains auteurs le soulignent (Holmes, Murray, Perron, McCabe, 2008; Holmes, Murray, Perron, Rail, 2006). Dans un contexte de pénurie de professionnels de la santé, ces normes, jumelées avec les idéaux propres aux conceptions infirmières telles que le *caring*, placent l'infirmière dans une situation intenable. « *La souffrance surgit lorsque l'infirmière n'est plus en mesure d'accomplir son travail selon son idéal moral* » (Bougie, Cara, 2008). Holmes et coll. (2008) soulignent d'ailleurs que le mouvement NBPG « *est basé sur l'illusion d'une vérité scientifique et la promesse d'un soin éthique qui ne peut être délivré en réalité* » (trad. libre). Ce mouvement associé aux modèles conceptuels présentant des idéaux inaccessibles par nature, alimente le dispositif disciplinaire dont parle Foucault en normes, en examen et en récompense lorsque l'on tend vers la norme en devenant un champion dans l'application des NBPG. Ces pratiques exemplaires commencent à faire leur apparition au Québec où les soins sont encore largement orientés grâce aux lignes directrices, aux protocoles et aux plans d'urgence en matière infectieuse. Les normes morales soulignant la responsabilité partagée en matière de risque biologique récemment émises par l'OIIQ (2009b) renforcent l'idée pour l'infirmière d'assumer une coresponsabilité avec des ressources limitées dans un contexte systémique décrit par Fleury, Tremblay, Nguyen et Bordeleau (2007) de restrictions budgétaires et de changement lié aux fusions d'établissements. Ces normes morales font partie des mécanismes de pouvoir foucauldien où l'infirmière régule les corps et est régulée à son tour. Dès lors, bien que les conceptions infirmières possèdent une capacité de subjectivation importante, celles-ci ont également pour effet d'encarcanner les infirmières dans un régime

de vérité axé sur la personne, la santé, l'environnement et le soin laissant peu de place aux aspects critiques sociopolitiques.

Afin d'analyser les enjeux que représentent la sécurité du vivant et les risques biologiques pour les infirmières, il faut donc revenir aux sources du savoir en considérant la philosophie comme offrant des repères théoriques pour mener cette recherche sur la culture de sécurité. Les cadres et modèles en sciences infirmières demeurent limitants à l'heure actuelle pour saisir ces enjeux.

CHAPITRE - 3 - CADRE THÉORIQUE

À la lumière de la recension des écrits, il nous apparaît que la maladie infectieuse s'inscrit dans les corps dont les infirmières prennent soin. Selon Tansey et O'Riordan (1999), l'approche critique du risque ne questionne pas la validité des procédures techniques d'identification des risques, mais en critique l'approche du risque qui est vu comme neutre et apolitique. Néanmoins, à l'instar de Castel (1981), de Ewald (1986) et de Lupton (1999), la gestion des risques constitue le résultat d'un changement de pratique au fil du temps et le résultat d'un assemblage de facteurs les plus variés : économiques, politiques, etc. Le risque relève avant tout de la perception, car selon Ewald (1996 Dans Tapiéro et Carle, 2009; Ewald 1986) « en soi, rien n'est un risque, il n'y a pas de risque dans la réalité. Inversement, tout peut-être un risque; tout dépend de la façon dont on analyse le danger, considère l'événement ». La question, n'est pas nécessairement d'identifier si un risque est réel ou pas, mais l'enjeu est de décrire les différents pratiques qui s'inscrivent dans la gestion des risques. La culture de sécurité que l'on tente de générer constitue un prolongement de cette approche réaliste du risque à laquelle nous n'adhérons pas, puisqu'elle participe au gouvernement des corps abordé par Foucault (2001). Notre démarche n'est pas d'aller mesurer les risques biologiques ou la culture de sécurité, mais d'en explorer les perceptions. Dès lors, les perspectives théoriques retenues pour cette étude s'alimentent aux travaux de Deborah Lupton quant au risque, et aux travaux de Michel Foucault quant à la sécurité et au pouvoir. Malgré que ces approches soient peu utilisées en sciences infirmières, elles constituent un potentiel important pour révéler les enjeux sociopolitiques intriqués dans notre pratique infirmière face aux risques biologiques. La contribution anticipée de l'utilisation de ces deux approches permettra sans aucun doute de réfléchir notre pratique sous un angle sociopolitique plus large.

3.1. Michel Foucault

« La vie devient résistance au pouvoir quand le pouvoir prend pour objet la vie »

Deleuze à propos des écrits de Foucault (1986)

Foucault est un philosophe français dont l'œuvre colossale pourrait se distinguer en trois grands axes : ses cours au Collège de France retranscrits par ses élèves et son conjoint, ses tomes Dits et Écrits, et finalement ses livres qui vont au-delà du structuralisme (Dreyfus et Rabinow, 1983). Il est impossible de résumer sa pensée en quelques pages, car ses écrits sont complexes et parfois contradictoires, car les concepts qu'il a abordés de son vivant sont évolutifs au travers de son œuvre. Nous nous sommes donc attardées à trois œuvres puisées dans chacun des trois axes : *Surveiller et Punir* (1975), *Dits et Écrits* tome II (2001b), et *Sécurité, Territoire et Population* (2004). Le choix de *Surveiller et Punir* s'imposait au regard de la pratique même de l'infirmière en PCI au sein des CSSS. En effet, nous l'avons vu dans la recension des écrits, un rôle majeur de l'infirmière touche à la surveillance dans le domaine de la PCI (OIIQ, 2009b; Colin et Rocheleau, 2004; Bédard et Latreille, 2009). De plus, Foucault (1975, 2004) souligne que les mécanismes disciplinaires sont très présents dans les hôpitaux, mécanismes qui ont été documentés et explicités dans *Surveiller et Punir*. Le choix de *Dits et Écrits* tome II s'imposait également au regard de plusieurs textes fondateurs sur le pouvoir qui y sont répertoriés. Ces textes nous ont permis de nous créer des points de repères pour analyser de manière critique les relations de pouvoir en documentant ses mécanismes. Finalement, le choix de *Sécurité, Territoire et Population* était inéluctable et en lien direct avec les buts et questions de cette recherche sur la culture de sécurité face aux risques biologiques et pandémiques pour les infirmières.

En ce qui concerne *Surveiller et Punir*, Foucault (1975) a démontré par la gestion des épidémies de peste combien les mécanismes disciplinaires sont présents dans le domaine de la santé. Les mécanismes disciplinaires touchent à la docilité des corps produite par la surveillance panoptique et la normalisation, mais aussi le bon redressement des corps lorsque ceux-ci s'écartent de la norme prescrite. Les professionnels de la santé participent à la distinction du sain du malade, la mise en quarantaine quadrillant et répartissant les corps dans l'espace, à la tenue de registres d'informations documentant la maladie et surveillant sa propagation, mais aussi à l'enseignement de normes de prévention et de contrôle des infections, contribuant ainsi à mettre de l'ordre dans le désordre imposé par la maladie infectieuse.

En ce qui concerne Sécurité, Territoire et Population (2004), Foucault présente les mécanismes du pouvoir qui sont composés du système du code légal, des mécanismes disciplinaires et des dispositifs de sécurité. Ces mécanismes constituent un guide important pour cette recherche. Foucault a soulevé la question de sécurité de la santé dans l'axe biopolitique comme participant au gouvernement de la population (appelé biopouvoir dans ses premiers écrits) entre autres par la surveillance statistique, la prévention et la gestion de la maladie et des épidémies nécessitant des ressources humaines, matérielles et financières (Perron, Fluet, Holmes, 2005). La biopolitique n'étant pas seulement une politique de la vie, mais

« une politique des populations, celle qui régle, construit et produit des collectivités humaines à travers des taux de mortalité, des programmes de planification familiale, à travers des règles d'hygiène et des contrôles de flux migratoires (...) la biopolitique constitue le biopouvoir, autrement dit le pouvoir sur la vie. » (Fassin, 2006, p.36)

En ce qui concerne Dits et Écrits Tome II (2001b), quelques articles fondamentaux sur le pouvoir y sont répertoriés ainsi que certains articles incontournables sur le discours et la liberté. Le pouvoir n'est pas souverain, détenu par une seule autorité, tout comme il n'y a pas un seul discours dominant. Le pouvoir est capillarisé et ses rapports « *passent à l'intérieur des corps* » (p.228). Un état de gouvernement n'est plus défini par sa territorialité, mais par la masse de la population (p.656). La docilité, l'assujettissement des corps est assuré par des « *pratiques divisantes* », individualisantes, où « *le sujet est divisé à l'intérieur de lui-même ou divisé des autres* » (p.1042), comme dans le cadre de la surveillance panoptique (voir glossaire).

L'un des buts de Foucault (2001b) est de

« Montrer aux gens que bon nombre de choses qui font partie de leur paysage familier- qu'ils considèrent comme universelles- sont le produit de certains changements historiques bien précis. Toutes mes analyses vont contre l'idée de nécessités universelles dans l'existence humaine. Elles soulignent le caractère arbitraire des institutions et nous montrent de quel espace de liberté nous disposons encore » (p.1597-1598).

Cet élément constitue un point important dans cette recherche, puisqu'en prévention et contrôle des infections, bon nombre de choses font partie du paysage familier des infirmières : des techniques de soins, du matériel de prévention des infections, la présence d'éléments de PCI dans l'environnement de soin. À titre d'exemple, avant la pandémie de grippe A/H1N1 en 2009, peu de dispositifs de rinçage des mains étaient visibles dans les environnements de soins. À présent, suite à la pandémie, de tels dispositifs font partie du paysage familier et sont présents dans des lieux atypiques, tels que les édifices publics, les restaurants. L'approche foucauldienne permet justement de documenter de tels changements qui paraissent familiers, mais sont en fait le produit de certains changements historiques tel qu'énoncé plus haut. Un autre exemple issu de la PCI serait la construction même du réseau de PCI au Québec qui résulte directement du SRAS et de la recrudescence du *Clostridium difficile* présentés dans la recension des écrits. La structuration du réseau s'inscrit dans un espace sociohistorique et la façon dont celui-ci est organisé résulte de changements historiques précis.

La philosophie de Michel Foucault servira de boîte à outils conceptuelle et méthodologique permettant de cibler les multiples discours en présence dans notre champ d'intérêt. Foucault nous aide à mieux comprendre les enjeux entourant la culture de sécurité et les risques infectieux en nous permettant de revêtir une paire de lunettes critique et sociopolitique face au pouvoir et à ce qu'il produit comme apories, espace de liberté, résistances ou assujettissement que nous explorerons dans le cadre de notre recherche.

3.1.1. Le pouvoir

Le pouvoir n'est pas souverain, détenu par le Prince qui gouverne le peuple afin de conserver sa principauté, tel que l'a pensé Machiavel (1983). Il n'est pas non plus concentré dans une ou plusieurs institutions ou dans un organe de surveillance suprême, *Big Brother*, tel que l'avait entrevu Orwell (1950). Le pouvoir est avant tout contextuel (Dreyfus et Rabinow, 1983), c'est « *un domaine de relations stratégiques entre des individus ou des groupes –relations qui ont pour objet la conduite de l'autre ou des autres* » (Foucault IN Fassin, Memmi, 2004, p.21). Les relations de pouvoir passent à l'intérieur des corps, sans à

avoir à être relayés par la représentation (Foucault, 2001b; Otero, 2006b). Par exemple, à Montréal, il y a très peu de mégots de cigarette au sol. Pourtant, aucune interdiction spécifique n'est mentionnée quant à l'interdiction de jeter des mégots au sol. Néanmoins, les personnes ne jettent pas leurs mégots par terre. Des relations de pouvoir se capillarisent dans les corps et les modifie, ces relations produisent des effets en modifiant les comportements. Le pouvoir n'est donc pas représenté par le Prince qui gouverne (Machiavel, 1983) ou par l'État souverain qui le concentrerait, le possèderait (Foucault, 2004). Il produit plutôt des effets qu'ils soient normalisant ou en rupture avec la norme, conduisant à l'assujettissement ou à la subjectivation du corps. « C'est dans ce champ des rapports de force qu'il faut tenter d'analyser les mécanismes de pouvoir » (Foucault, 1976, p.128).

Foucault souligne que

« Le pouvoir n'existe pas. (...) l'idée qu'il y a, à un endroit donné, ou émanant d'un point donné, quelque chose qui est un pouvoir, me paraît reposer sur une analyse truquée, et qui, en tout cas, ne rend pas compte d'un nombre considérable de phénomènes. Le pouvoir, c'est en réalité des relations, un faisceau plus ou moins organisé, plus ou moins pyramidalisé, plus ou moins coordonné de relations» (Foucault, 2004, p.302).

« L'analyse en termes de pouvoir ne doit pas postuler, comme données initiales, la souveraineté de l'État, la forme de la loi ou l'unité globale d'une domination; celles-ci n'en sont plutôt que les formes terminales. Par pouvoir, il me semble qu'il faut comprendre d'abord la multiplicité des rapports de force qui sont immanentes au domaine où ils s'exercent (...). » Foucault, 1976, p. 21 et 22).

En ce sens, Foucault semble se distancier de l'approche marxiste afin d'adopter une perspective plus globale du pouvoir, sans se focaliser uniquement sur une relation de domination et d'assujettissement lorsqu'il analyse les mécanismes de pouvoir.

Le pouvoir est fréquemment associé au savoir pour former un binôme (Leclercq, 2004), décrit par Foucault (1966). Il se traduit également au travers de mécanismes du

pouvoir (Foucault, 2004) où le corps devient un point nodal, un point de fixation où l'on peut considérer les jeux de pouvoir comme autant de jeux des corps (Guenoun, 2004).

Un exemple concret en lien avec cette recherche qui touche aux risques biologiques et à la culture de sécurité serait certainement d'examiner les relations de pouvoir présentes dans le CSSS. Analyser les relations de pouvoir au travers de ses mécanismes au sein du CSSS ne reviendrait pas à chercher qui détient le pouvoir, qui le condense, domine et qui est dominé dans une perspective marxiste de rapports de classes. Cela permet plutôt d'explorer les relations de pouvoir qui se traduisent au travers de mécanismes dans un contexte sociohistorique donné, tel que la pandémie et d'analyser les effets de ceux-ci sur les corps des infirmières. Mais avant tout, il nous faut définir ces corps.

Pouvoir et gouvernement des corps

Le pouvoir a un impact sur les corps au sein desquels il se capillarise sans passer par des représentations (Otero, 2006), il est productif et pas toujours négativement. Par exemple, une infirmière en PCI va revêtir un sarrau blanc pour réaliser sa tournée des unités au sein de son établissement et ne traînera pas ses feuilles de surveillance à l'intérieur des chambres où des patients seraient isolés. Il s'agit d'une pratique qui est automatique, intégrée, qui traverse le corps de l'infirmière sans que personne ne doive lui rappeler que d'emmener du matériel non exclusif dans une chambre d'isolement contrevient à des normes de PCI.

Foucault (2001) souligne que le pouvoir n'est pas nécessairement le mal. Ce qu'il produit sur les corps comporte un potentiel positif, comme les soins aux patients infectés qui sont donnés quotidiennement et le plus sécuritairement possible par les infirmières. Ce sont justement les effets du pouvoir qui intéressent Foucault (2001).

L'effet du pouvoir sur les corps peut être vu de trois manières : le corps en tant que phénomène individuel; le corps social, symbole naturel permettant de penser les relations dans la nature, la société et la culture; le corps politique, artéfact du contrôle social et politique rattaché à la perspective foucauldienne (Scheper-Hughes et Lock, 1987). Le corps politique touche aux relations de pouvoir et de contrôle, à ce que Foucault a appelé la

biopolitique (Scheper-Hughes et Lock, 1987). À titre d'exemple, Scheper-Hughes et Lock (1987, p.24, 26) soulignent que « lorsque l'ordre social est menacé (...), les symboles de l'autodiscipline s'intensifient avec le contrôle social. Les frontières entre les corps individuels et politiques s'atténuent, et il y a une préoccupation importante en matière de rituels et de pureté sexuelle, parfois exprimée par la vigilance sur les frontières sociales et du corps. (...) Les cultures sont des disciplines qui fournissent des codes et des scripts sociaux pour la domestication des corps individuels en conformité avec les besoins d'ordre social et politique ».

L'effet du pouvoir sur le corps politique, Foucault l'a largement décrit que ce soit au travers de l'histoire du traitement réservé aux fous, aux malades, aux prisonniers (Foucault, 1975; Foucault, 2004; Foucault, 2001). Foucault aborde la question du biopouvoir qu'il définit comme « *une série de phénomènes qui me paraît assez importante, à savoir l'ensemble des mécanismes par lesquels ce qui, dans l'espèce humaine, constitue ses traits biologiques fondamentaux va pouvoir entrer à l'intérieur d'une politique, d'une stratégie politique, d'une stratégie générale de pouvoir, autrement dit comment la société, les sociétés occidentales modernes, à partir du XVIIIe siècle, ont repris en compte le fait biologique fondamental que l'être humain constitue une espèce humaine. C'est en gros ça que j'appelle, que j'ai appelé, comme ça, le biopouvoir.* » (Foucault, 2004, p.3). Ce biopouvoir touche donc au corps politique et régule les populations humaines. Par population Foucault entend « *une multiplicité d'individus qui sont et qui n'existent que profondément, essentiellement, biologiquement liés à la matérialité à l'intérieur de laquelle ils existent* » (Foucault, 2004, p.23).

Le biopouvoir se décline en deux axes : l'axe anatomopolitique touchant aux corps dociles et à la surveillance panoptique et l'axe biopolitique touchant à la démographie, la santé, les ressources, la surveillance populationnelle, et la sécurité (Perron, Fluet et Holmes, 2005). Selon ces auteurs, l'anatomopolitique fait appel à la surveillance, les jugements normalisants, l'examen, l'art de la distribution des corps dociles, le contrôle des activités. Cet axe fait davantage appel aux mécanismes disciplinaires décrits par Foucault dans

Surveiller et punir (1975). Tandis que, toujours selon Perron, Fluet et Holmes (2005), l'axe biopolitique décrit par exemple la surveillance populationnelle par l'entremise de statistiques sur la santé, la démographie, mais également la sécurité qui touche à la police, aux dispositifs diplomatiques et militaires ainsi qu'au pouvoir pastoral, nous y reviendrons. Cet axe fait davantage appel aux dispositifs de sécurité décrits par Foucault dans *Sécurité, territoire, population* (2004).

Le pouvoir pastoral fait donc partie de la biopolitique puisque « *gouverner peut vouloir dire conduire quelqu'un, soit au sens, proprement spirituel, du gouvernement des âmes, sens alors tout à fait classique et qui, lui, va durer et subsister très très longtemps* » (Foucault, 2004, p.125). Le pouvoir pastoral est décrit par Foucault comme un pouvoir bienfaisant puisque « *l'objectif, pour le pouvoir pastoral, c'est bien le salut du troupeau (...) le pouvoir du pasteur se manifeste, donc, dans un devoir, une tâche d'entretien (...) le berger, c'est celui qui veille. Veille au sens bien sûr de surveillance de ce qui peut se faire de mal, mais surtout comme vigilance à propos de tout ce qui peut arriver de malheureux. Il va veiller sur le troupeau, écarter le malheur qui peut menacer la moindre des bêtes du troupeau. Il va veiller à ce que les choses soient le mieux pour chacune des bêtes du troupeau* » (p.130-131). La régulation des corps s'opère donc également par l'entremise du pouvoir pastoral qui traverse la population dans son ensemble. À titre d'exemple, nous pourrions dire que l'infirmière en PCI exerce un pouvoir pastoral sur l'ensemble des infirmières, puisque ces dernières veillent à ce que les infirmières se lave les mains afin d'éviter toute contamination et demeurent vigilantes en assurant une surveillance épidémiologique de la population soignée au CSSS.

Au fil des écrits de Foucault, le concept de biopouvoir se raffine et il choisit plutôt de parler de gouvernement des corps et de gouvernementalité pour décrire une forme d'exercice du pouvoir (Foucault, 2004). Il entend par gouvernementalité « *l'ensemble constitué par les institutions, les procédures, analyses et réflexions, les calculs et les tactiques qui permettent d'exercer une forme bien spécifique, quoique très complexe, de pouvoir qui a pour cible principale la population, pour forme majeure de savoir*

l'économie politique, pour instrument technique essentiel les dispositifs de sécurité» (Foucault, 2004, p.111).

La notion de régulation prend alors toute son importance lorsque l'on aborde la question de la gouvernementalité et du gouvernement des corps. Contrairement au contrôle social qui comporte des aspects négatifs de gestion des conduites en termes de coercition, de manipulation, de répression, tandis que la régulation inclut les marges de manœuvre des sujets dans la production de discours de vérité alternatifs et la production d'identités pas nécessairement assujettissantes (Otero, 2006). À ce titre, « la régulation foucauldienne peut être définie comme une économie complexe, instable, précaire et conflictuelle entre assujettissement et subjectivation de l'action des sujets » (Otero, 2006, p.53). Le gouvernement des corps comporte donc une dimension d'assujettissement, mais également de subjectivation, ce qui constitue un espace de liberté. Par exemple, la PCI comporte des aspects assujettissants par la surveillance opérée en matière de lavage des mains que les infirmières vont réaliser lors d'audits sur les unités. Toutefois, la PCI comporte des espaces de liberté qui permettent aux infirmières en PCI de réfléchir au pouvoir présent dans leur pratique et aux effets qu'il produit sur les corps des infirmières, sur la modification des environnements de travail par l'application de recommandations de PCI qui vont influencer les achats et la façon dont le matériel et les espaces physiques sont nettoyés, purifiés d'un maximum de pathogènes.

Les discours et régimes de vérité

Qu'est-ce que la vérité? De nombreux philosophes se sont penchés sur cette question. Foucault, quant à lui, en offre une vision riche et nuancée au fil de son œuvre.

La vérité est un thème que Foucault aborde sous l'angle de l'interdit dans l'Ordre du discours (Foucault, 1971), en soulevant la question de ce qui se dit ou ne se dit pas et donc en révélant les procédures d'exclusion (Cremonesi, 2004). Selon lui, l'institution impose des formes ritualisées de discours : « *dans toute société, la production du discours à la fois contrôlée, sélectionnée, organisée et redistribuée par un certain nombre de procédures qui*

ont pour rôle d'en conjurer les pouvoirs et les dangers, d'en maîtriser l'événement aléatoire, d'en esquiver la lourde, la redoutable matérialité » (Foucault, 1971, p.10).

L'institution produit donc des régimes de vérité au travers du discours qui « *n'est pas simplement ce qui traduit les luttes ou les systèmes de domination, mais ce pour quoi, ce par quoi on lutte, le pouvoir dont on cherche à s'emparer* » (Foucault, 1971, p.12).

Foucault décrit le régime de vérité en ces termes :

« Chaque société a son régime de vérité, sa politique générale de vérité : c'est-à-dire les types de discours qu'elle accueille et fait fonctionner comme vrais; les mécanismes des instances qui permettent de distinguer les énoncés vrais ou faux, la manière dont on sanctionne les uns et les autres; les techniques et les procédures qui sont valorisées pour l'obtention de la vérité; le statut de ceux qui ont la charge de dire ce qui fonctionne comme vrai » (Foucault, 2004, p.158).

Mais quelle vérité? Foucault (1971) souligne combien cette quête de la vérité naît d'abord dans le discours entre Hésiode et Platon qui tentaient de séparer le discours vrai et le discours faux. Notre volonté de savoir actuelle naît d'abord et avant tout d'une volonté de vérité (p.18) qui s'appuie sur le support institutionnel (p.19).

« La vérité apparaît donc d'une part, comme l'effet d'un partage historique et contingent qui sépare le vrai du faux et d'autre part, comme l'effet d'un rapport de force qui canalise les discours et les divise entre ceux qui sont dans le vrai et les autres. La vérité apparaît donc aussi comme l'enjeu d'une dynamique ouverte entre pouvoir et formes de résistance. L'histoire de l'aveu [peut-être considéré] en tant que production d'un discours de vérité traversé par des rapports de pouvoir» (Cremonesi, 2004, p.191).

La question de l'aveu a très largement été abordée dans l'Histoire de la sexualité (Foucault, 1976) où Foucault souligne que « le moindre éclat de vérité est sous condition politique » (p.12). Et il renchérit :

« On ne peut s'affranchir de la répression qu'à un prix considérable : il n'y faudrait pas moins qu'une transgression des lois, une levée des interdits, une irruption de la parole, une restitution du plaisir dans le réel, et une toute nouvelle économie dans les mécanismes du pouvoir » (Foucault, 1976, p.12).

La vérité ne peut donc être considérée en dehors de son contexte, « *elle est de ce monde; elle y est produite grâce à de multiples contraintes et (...) y détient des effets réglés de pouvoir* » (Foucault, 2004, p.158).

Selon Foucault, il faut penser les problèmes politiques des intellectuels en termes de vérité/pouvoir. L'enjeu est donc le statut de la vérité et son rôle économique-politique davantage que la vérité comme ensemble de choses vraies à découvrir ou à faire accepter (Foucault, 2004, p.159). Cette quête de la vérité s'inscrit dans la PCI, puisque de nombreuses normes existent dans ce domaine, tel que cela a été documenté dans la recension des écrits. Collectivement, nous sommes à la recherche de la « bonne » pratique de soin, celle qui ne contaminera pas les patients, réduira les risques biologiques, et diminuera les taux d'infections nosocomiales. La bonne pratique s'inscrit dans le vrai, dans ce qui est recommandé, prescrit dans un contexte donné, tandis que les pratiques déviantes aux normes de PCI constituent les autres pratiques, ce qui n'est pas recommandé, ce qui est proscrit, celles que nous devons éviter en tant qu'infirmières. La quête de la vérité est importante dans l'exploration des risques biologiques et de la culture de sécurité. La documenter permet de mettre en exergue les techniques et les procédures valorisées pour l'obtention de la vérité (Foucault, 2004), par exemple via l'aveu du respect ou non des normes de PCI afin de gérer les risques biologiques.

Les mécanismes du pouvoir

Le pouvoir ne se traduit pas uniquement au travers de régimes de vérité, mais s'inscrit dans des mécanismes que Foucault a décrits lors de ses cours au Collège de France entre 1977 et 1978 (Foucault, 2004). Les mécanismes du pouvoir sont composés du système du code légal, des mécanismes disciplinaires et des dispositifs de sécurité qui sont organisés circulairement et dont la prépondérance d'un de ces dispositifs varie dans le temps (Foucault, 2004).

Le système du code légal

Foucault définit le système du code légal comme « une forme qui consiste à poser une loi et à fixer une punition à celui qui l'enfreint (...) avec un couplage entre un type d'action interdit et un type de punition ». (Foucault, 2004, p.7). Pour Foucault, « *le système légal, c'est le fonctionnement pénal archaïque, celui qu'on connaît depuis le Moyen Âge jusqu'au XVIIe-XVIIIe siècle* » (op.cit, p.8). Foucault continue en soulignant l'inflation légale liée à ces nouvelles lois qui concernent les mesures de sécurité, les surveillances des individus après l'institution servent à faire fonctionner le système de sécurité. Foucault ne s'attarde par ailleurs pas longuement au système du code légal, mais s'intéresse davantage aux autres mécanismes du pouvoir, soit la discipline et la sécurité (Foucault, 2004).

Dans « *le système de la loi, ce qui est indéterminé, c'est ce qui est permis* » (Foucault, 2004, p.48). En ce sens, la loi pose les jalons de l'interdit, du sanctionnable, mais comporte également des espaces rattachés aux états d'exception à l'instar d'Agamben (2003).

Les lois canadienne et québécoise en matière de santé publique sont claires. D'une part, la loi canadienne sur les mesures d'urgence octroie au gouvernement plein pouvoir pour décréter et lever l'état d'urgence (Arrêt Fort Francis c.) afin de maintenir « l'ordre et le bon gouvernement du Canada » (chapeau de l'art.91). « Le fédéral peut recourir à ces pouvoirs d'urgence en cas d'épidémie » (Morin, 2008, p.20) et prévoit des peines aux personnes contrevenantes aux règlements ou décrets d'application (Loi sur les mesures d'urgence, 1985). En situation normale, c'est la Loi canadienne sur la santé (1984) qui prévaut. D'autre part, deux lois principales constituent le code légal au Québec en matière de surveillance et de soins de santé à la population : il s'agit de la Loi sur la santé publique (LSPQ) et la Loi sur la santé et les services sociaux (LSSS). Les notions de surveillance continue de l'état de santé de la population et d'octroi de pouvoirs élargis au ministre de la Santé et des Services sociaux en cas de situation d'exception y sont répertoriées.

Un scénario alarmiste d'application concrète de la loi en cas de pandémie serait l'obligation pour les infirmières de se présenter au travail afin de prendre soin de la

population exposée ou malade au risque d'être exposées elles-mêmes à des agents pathogènes létaux sans nécessairement avoir les ressources, les connaissances et compétences nécessaires pour se protéger. Les infirmières contrevenantes pourraient être amenées contre leur gré sur leur lieu de travail, subir des amendes ou être emprisonnées selon la décision du gouvernement en place. Ceci n'étant pas de la science-fiction orwellienne, attendu que certaines infirmières québécoises ont expérimenté l'obligation du soin lors de débrayages par le passé afin d'assurer un service minimal prévu par les mesures essentielles. L'exposition professionnelle à des agents pathogènes létaux a entraîné le décès de plusieurs infirmières ontariennes et la réclamation de dommages et intérêts devant les tribunaux suite à la crise du SRAS (Le Droit, 2004). Ce scénario légal relié à l'obligation du soin à la population et aux conséquences sur la santé et le bien-être des infirmières est alarmiste, mais pas improbable.

Mécanismes disciplinaires

« *La loi, encadrée par des mécanismes de surveillance et de correction* » constitue le mécanisme disciplinaire (Foucault, 2004, p.7). Ce mécanisme disciplinaire est mis en place à partir du XVIIIe siècle et pourrait se qualifier de moderne d'après Foucault (op.cit., p.8). Ils touchent à la docilité des corps et à leur formation par différents mécanismes, dont la répartition des corps, la surveillance panoptique, la normalisation et l'examen (Foucault, 1975).

Surveillance panoptique et gouvernement des corps

La surveillance touche à l'axe bio-politique qui rejoint les notions de tests et de statistiques (Perron, Fluet, Holmes, 2005), mais aussi les mécanismes disciplinaires de l'axe anatomopolitique en matière de gouvernement des corps, de normalisation, de répartitions dans l'espace et de surveillance hiérarchique (Foucault, 1975).

Foucault a illustré la capillarisation du pouvoir au niveau microscopique (micropouvoir) à l'aide d'une métaphore qu'est le panoptique. « *La thèse centrale de*

Foucault était de démontrer que les sociétés modernes contrôlent et disciplinent les individus dans ces sociétés en permettant à un groupe d'experts dominant, détenant des savoirs, de définir les standards et les normes » (Cheek et Rudge, 1994, trad. libre., p.587). Au départ, le panoptique est une construction architecturale inventée par le philosophe et juriste anglais Jeremy Bentham (1787). Cette architecture circulaire permet l'assujettissement des individus qui sont enfermés dans des cellules séparées, soumis à un regard central du surveillant visible, mais dont la présence est invérifiable. L'individu est vu, mais il ne voit pas, du moins, il sait qu'on le surveille, mais il ne sait pas quand, dès lors, son comportement est censé en être modulé, réformé tel le détenu dont la déviance doit être corrigée par la norme. Bentham a proposé d'élargir son modèle initialement conçu pour les prisons, aux écoles, aux hôpitaux et à l'assistance aux pauvres dans une perspective utilitariste qui permettait de limiter les contagions, d'améliorer la ventilation, de limiter les impuretés et d'améliorer la sécurité (Bentham, 1787; Brunon-Ernst, 2007). « *Selon le modèle panoptique, la surveillance suppose la coprésence des contrôleurs et des contrôlés dans un espace homogène que balaye le regard. Cette co-existence est encore plus évidente dans toutes les interventions correctives, punitives ou thérapeutiques, par lesquelles un agent intervient directement sur un patient pour le redresser, le corriger ou le soigner* » (Castel, 1981, p.145-146). La docilité des sujets est assurée par des « *pratiques divisantes : le sujet est soit divisé à l'intérieur de lui-même, soit divisé des autres. Ce processus fait de lui un objet. Le partage entre (...) le malade et l'individu en bonne santé (...) illustre cette tendance* » (Foucault, 2001b, p.1042).

La régulation des conduites instaure de nombreuses formes d'assujettissement aux autres et à soi-même (Otero, 2006b). Cette division est aussi opérée par la surveillance panoptique du sujet gouverné, assujetti au surveillant. La docilité des corps s'obtient également par la répartition du corps dans l'espace où le sujet occupe un rang spécifique, quadrillé, enfermé. Celui-ci est soumis à l'examen et au contrôle régulier afin d'éviter tout écart, toute déviance à la norme produite par les experts.

Les infirmières québécoises en santé publique participent activement à la production de normes visant la pratique clinique en lien avec la prévention et le contrôle des infections

en siégeant sur différents comités et en soutenant leurs collègues dans l'application de ces normes de PCI en clinique. Le rôle professionnel en matière de surveillance n'est pas récent. Foucault reprend l'exemple de la surveillance durant la Grande Peste de 1656 à Londres où des familles entières étaient confinées à domicile et inspectées quotidiennement par des représentants de l'autorité (Foucault, 1975). Les médecins participaient à cette surveillance par le soin aux pestiférés, costumés de la tête aux pieds afin d'éviter toute contamination, représentés à l'époque avec une règle en main qui devait probablement servir à l'examen physique des malades, mais aussi à l'imposition symbolique d'une norme, d'une règle, d'une forme de droiture en incarnant l'ordre dans ce chaos que représente l'épidémie. Cette représentation du médecin est visible dans l'illustration du Doctor Schnabel Von Rom. Cette symbolique avait déjà été soulignée par Foucault (1975) où la règle était utilisée dans l'orthopédie afin de prévenir et corriger les difformités du corps chez les enfants.

Le rôle actuel de l'infirmière est d'agir comme agent de surveillance, constituant un « système de minivigie » (Bédard et Latreille, 2009) qui est fondamental au niveau local aussi bien en clinique que dans la communauté : elle détecte rapidement les infections, évalue les risques infectieux et propose des mesures de gestion des risques (isolement de l'individu, restriction des visites, constitution de cohorte) et de prévention et contrôle des infections au sein des établissements de santé québécois.

Cette surveillance panoptique qu'opère l'infirmière sur les patients et leur famille est renforcée par l'OIIQ (2009c) qui affirme que la pratique infirmière sera plus que jamais centrée sur les activités d'évaluation, de surveillance clinique et de suivi infirmier grâce au plan de traitement infirmier québécois. Le RSSS lui-même peut-être représenté traditionnellement par une surveillance hiérarchique de type organigramme ou par une surveillance panoptique déconcentrée telle que Firer-Blaess (2007) l'a illustré en cartographiant les liens unissant les individus au sein d'un réseau informatique. Ce réseau peut être qualifié de complètement panoptisé ou d'hyperpanoptique lorsque les liens avec le

surveillant s'atténuent et que les individus assujettis, voir le réseau entier s'autorégule sur base des normes intériorisées par les mécanismes disciplinaires (Fraser, 1985).

Dès lors, si l'on suit la logique disciplinaire, malgré le système du code légal qui permettrait l'obligation du soin à la population dans le cas d'un scénario alarmiste face à une pandémie, il semble peu probable qu'une majorité des infirmières refuse de soigner dans des conditions qui ne leur assurent pas un minimum de sécurité afin de ne pas tomber malades à leur tour. Celles-ci constituant un corps professionnel historiquement assujetti à la profession médicale (Cohen, Pepin, Lamontagne, Duquette, 2002). Ce corps professionnel dont l'origine militaire et religieuse amène un contrôle et un maintien de l'ordre (Corley, Goren, 1998) est donc également contrôlé, discipliné, normalisé. Tel que le dit Fassin (2006, p.39), « *C'est le gouvernement de soi qui mène au gouvernement des autres* ».

Parmi les mesures et normes disciplinaires, l'obligation morale du soin pour les infirmières en cas de pandémie n'est pas un scénario improbable. Pour l'instant, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec n'a pas amendé son code de déontologie afin d'ajouter l'obligation de soin en cas de pandémie, mais souligne que des directives seront émises par la Direction nationale de santé publique en cas de pandémie. Néanmoins, l'Association médicale canadienne (2008) a produit une politique circonscrivant les obligations des médecins et de la société en cas de pandémie basée sur les principes d'altruisme, de bienveillance, de justice. Cette obligation est décrite comme réciproque, invitant les médecins à prendre soin de la population en cas de pandémie, mais à être dédommagés par la société afin de partager le fardeau amené par une pandémie.

Dispositifs de sécurité

La sécurité rejoint l'axe biopolitique qui touche au gouvernement des populations (Gagnon, Holmes, 2008; Perron, Fluet, Holmes, 2005). Ce dispositif contemporain est largement alimenté par le système du code légal et les mécanismes disciplinaires (Foucault, 2004). Foucault renforce cette idée en soulignant que « *pour assurer cette sécurité, on est obligé de faire appel (...) à toute une série de techniques de surveillance, tout un ensemble*

disciplinaire qui foisonne sous les mécanismes de sécurité pour les faire fonctionner» (Foucault, 2004, p.10).

Selon Fassin (2006) la biopolitique n'est pas uniquement une politique de la vie, mais « *une politique des populations, celle qui régule, construit et produit des collectivités humaines à travers des taux de mortalité, des programmes de planification familiale, à travers des règles d'hygiène et des contrôles de flux migratoires. (...) la biopolitique constitue le biopouvoir, autrement dit, le pouvoir sur la vie* » (p.36). Tandis que les mécanismes disciplinaires forment autant d'espaces confinés à l'enfermement, au redressement et au contrôle, les dispositifs de sécurité constituent des espaces davantage ouverts, puisqu'ils concernent la population dans son entièreté. Malgré tout, ces espaces ne sont pas exempts de relations de pouvoir sur la vie qui se dissout dans deux objets que sont le corps et la population tel que le souligne Fassin (2006). Dès lors, face aux risques et à leur gestion, c'est l'entièreté de la population qui est mobilisée pour assurer sa sécurité au nom de la nécessité de la vie (Thacker, 2006). Un exemple flagrant soulignant cette sécurité concerne les armes de destruction massive reliées au risque infectieux face au bioterrorisme. Après avoir construit socialement ce risque bioterroriste de toutes pièces, la population américaine entière a été mobilisée par différents moyens, dont les médias afin d'assurer sa propre sécurité au nom de la préservation de la vie.

Foucault souligne d'ailleurs combien les épidémies peuvent servir à illustrer les mécanismes de pouvoir sous-jacents en prenant l'exemple historique de la lèpre, de la peste et de la variole (Foucault, 2004). Lorsque la lèpre sévissait, les lépreux étaient exclus de la ville. Toutefois, dans la gestion des épidémies de peste, les pestiférés demeurent dans les villes, mis en quarantaine, enfermés chez eux et surveillés où ils « *sont pris dans un quadrillage tactique méticuleux* » (Foucault, 1975, p.231). Avec le deuxième exemple, celui de la peste, « *on peut dire qu'on a là un système qui est de type disciplinaire* » (Foucault, 2004, p. 12). Mais dans le troisième exemple, celui de la variole, le problème n'est plus uniquement celui de la quarantaine, mais celui de la documentation des épidémies par des statistiques populationnelles et des campagnes médicales de vaccination.

Ces aspects biopolitiques mèneront à une multiplicité des pratiques de gouvernement mentionnées par Foucault (2004) telle que le gouvernement de soi, le gouvernement des âmes, le gouvernement des enfants, etc.

Dispositif de sécurité et épidémiologie

La surveillance continue de l'état de santé de la population devient alors une approche fondamentale en santé publique qui est d'ailleurs inscrite dans la loi actuelle (LSPQ, chap.4), mais aussi dans de nombreuses normes issues de différentes institutions. Cette surveillance s'articule autour de suivis d'indicateurs épidémiologiques tels que le taux d'infection au Clostridium difficile ou de H1N1. Elle s'articule dans un réseau de surveillance hiérarchisé d'institutions locales (CSSS), régionales (Direction régionale de santé publique), provinciales (Direction nationale de santé publique du Québec, MSSS), nationales (Agence canadienne de santé publique) et internationales (OMS). Le rôle de l'infirmière est particulier en santé publique, car elle dispense un soin populationnel plutôt que clinique, donc un soin souvent invisible, mais qui participe activement au gouvernement des corps via le biopolitique dont la production de savoir et de normes en PCI.

Traditionnellement, la surveillance épidémiologique est réalisée à l'aide de variables, d'attributs du sujet divisé sur base de la distinction entre santé et maladie, de genre, d'âge. Ces données sont enregistrées par les professionnels de la santé et transmises aux directions de santé publique. Ces enregistrements constituent un profilage de la population et donc un pouvoir lié à la connaissance. Ce profilage permet aux épidémiologues de diviser la population en groupes à risque et d'émettre des normes comportementales en matière de santé afin de réduire les facteurs de risque liés à la maladie. Le modèle épidémiologique traditionnel est dès lors utile pour suivre la progression d'une éclosion de nature infectieuse ou non, tel que le VIH (Luke et Harris, 2007). Castel (1981, p. 146) souligne que « *les nouvelles politiques préventives économisent ce rapport [de surveillance panoptique] d'immédiateté, parce que ce dont elles traitent dans un premier temps du moins, ce ne sont pas des individus, mais des*

facteurs, des corrélations statistiques ». Cette surveillance épidémiologique traditionnelle fait partie des mécanismes de sécurité qui permettent le gouvernement de la population tel que Foucault l'avait entrevu de son vivant.

Néanmoins, cette approche épidémiologique traditionnelle ne permet pas de rendre compte de la complexité des relations sociales et de la propagation des maladies qui était considérée autrefois comme se transmettant d'individu à individu (Luke et Harris, 2007). Ces dernières années, l'utilisation d'analyses structurales de réseau en santé publique a permis de cartographier des réseaux relationnels entre les individus représentés par des nœuds que Bearman, Moody et Stovel (2004) estiment particulièrement utiles pour décrire les réseaux sociaux et relationnels. On passe dès lors d'une cartographie de la maladie à deux dimensions à une cartographie tridimensionnelle des individus. Cette méthodologie a permis à ces chercheurs de cartographier les réseaux amoureux et sexuels d'étudiants et d'étudiantes afin de mettre en lumière la chaîne de contagion liée à une infection transmissible sexuellement d'un individu à l'autre. D'après Luke et Harris (2007), les analyses structurales de réseaux présentent d'importants potentiels afin de documenter les réseaux sociaux, les réseaux organisationnels et les transmissions de maladies. La cartographie du réseau relationnel dressée par Bearman, Moody et Stovel ressemble étrangement au réseau de surveillance panoptisé voir hyperpanoptique décrit en informatique (Firer-Blaess, 2007). Cette cartographie, en plus de poser des questions éthiques importantes, est une forme contemporaine de surveillance des individus à risque de développer une infection et constitue un point de jonction entre la bio-politique et l'anatomopolitique. On répertorie désormais non seulement la maladie en divisant les corps afin de les gouverner, mais également l'individu lui-même en le stigmatisant dans son réseau de relations que l'on cartographie. Malgré cela, aucun de ces auteurs ne porte un regard critique face à de telles cartographies en lien avec leur téléologie, mais également face aux potentiels intrinsèques illimités de surveillance et de contrôle qu'elles représentent. Cette méthodologie d'analyse structurale de réseau vient appuyer un réseau de surveillance mondiale du risque infectieux déjà bien implanté où les épidémiologues

documentent statistiquement les taux infectieux, procèdent à des analyses du risque infectieux et proposent des interventions pour prévenir et contrôler les infections afin d'assurer la « sécurité » de la population.

La surveillance épidémiologique par son approche statistique constitue donc une avenue royale pour gouverner les corps où les démarches statistiques et les enregistrements de données concernant les infections du corps individuel et leur distribution au sein de la population sont réalisées afin de surveiller l'état de santé de la population et d'en assurer sa sécurité ou disons sa biosécurité.

Discours et dispositifs

Une réflexion face au discours en lien avec la surveillance, le risque biologique et la sécurité du vivant est possible : en sciences infirmières, il est crucial de se questionner sur « qui dit quoi, pourquoi et comment » afin de rendre visible les mécanismes du pouvoir. Par exemple, qui émet les normes de PCI, pour quelle raison et comment ces normes sont-elles appliquées au sein du CSSS qui est un contexte spécifique et local. Au sein du CSSS, qui a la responsabilité de prévenir les risques biologiques et d'assurer la sécurité des personnes présentes au sein de l'établissement face à ces risques? Ces discours sont teintés par notre vision du monde et Foucault en propose une particulièrement intéressante qui nous permet d'aborder la question du triangle pouvoir, savoir et subjectivation (Deleuze, 1986).

Dès lors, les notions de surveillance et de sécurité peuvent être abordées sous l'angle discursif (Foucault, 2001a et 2001b), mais surtout plus largement via les dispositifs mis en place qui concernent à la fois le discursif et le non-discursif que forme les institutions (Foucault, 2001a, p.301). Cette exploration des différences et des oppositions est au cœur même de l'œuvre de Foucault qui s'intéresse aux marges de notre société en considérant le fou, le malade, le prisonnier et leur gouvernement afin de révéler les relations de pouvoir.

3.1.2. Pertinence de la perspective foucauldienne face aux enjeux de la sécurité du vivant

Foucault démontre combien notre société contemporaine est une société où les dispositifs de sécurité sont dominants (Foucault, 2004) après avoir largement décrit une société disciplinaire (Foucault, 1975). Néanmoins, suite à sa mort, son ami Gilles Deleuze a poursuivi cette réflexion en affirmant que la société du XXI^e siècle en est une de contrôle continu qui a remplacé l'examen propre à la discipline (Deleuze, 1990). Il est clair qu'en matière de prévention et contrôle des infections, il s'agit d'une surveillance et d'un contrôle continu de la santé populationnelle. Ceci rejoint l'idée évolutive de Deleuze voulant que tranquillement, la société disciplinaire en soit devenue une de contrôle avec des mécanismes tel que le contrôle des malades potentiels et des sujets à risque. Cela rejoint également les outils de cartographie permettant une analyse structurelle du réseau, stigmatisant les individus et les relations qu'ils entretiennent. Cette conception est donc contemporaine et répond bien aux enjeux de pouvoir que soulèvent le risque infectieux et sa construction sociale.

La pensée de Foucault est une boîte à outils pour comprendre les phénomènes de surveillance, de sécurité, de prévention et de contrôle en matière de risques infectieux. Elle est un puissant vecteur permettant de mettre au grand jour les relations de pouvoir souvent implicites qui se dénotent dans le quotidien des infirmières lorsqu'elles prennent soin d'un patient, d'une population, de sa famille. Gastaldo et Holmes (1999, trad. libre) soulignent d'ailleurs que « les soins infirmiers deviennent un événement politique, la connaissance infirmière contribue à la dissémination de régimes de vérités, et les infirmières, au lieu d'être dépourvues de pouvoir, sont perçues comme des professionnelles qui exercent un pouvoir sur la vie dans la société. Une lecture foucauldienne du nursing permet aux infirmières d'avoir une vue interdisciplinaire et critique plus large ».

3.2. Deborah Lupton et le risque

Deborah Lupton (1999), chercheuse australienne, a repensé la notion de risque en théorisant celui-ci sur un continuum d'approches épistémologiques du risque passant du risque réaliste, au risque faiblement construit jusqu'à la construction forte du risque. Le but de cette classification d'approches est de réfléchir le risque sous différents angles, sans pour autant essentialiser certains auteurs en les catégorisant dans l'une ou l'autre approche.

La première position étant associée à une vision réaliste du risque qui est perçu comme objectivable, mesurable indépendamment des processus culturels qui relèvent de la perspective technico-scientifique. Il s'agit bien sûr de l'approche adoptée par la santé publique et le *risk management* présenté dans la recension des écrits. La seconde position, celle du constructivisme faible considère les risques comme un danger objectif, mais dont la menace est médiée et connue au travers des processus culturels et sociaux. Lupton associe la pensée de Beck (2008) sur la société du risque et celle de Douglas sur la symbolique culturelle à cette position. Finalement, la dernière position, celle du constructivisme fort considère les risques comme des produits historiquement, socialement et politiquement contingents de nos façons de voir puisque rien n'est un risque en lui-même d'après Lupton (1999, p.35). Tulloch et Lupton (2003) soulignent combien la question du risque ne peut être appréhendée uniquement par les menaces macrosociologiques présentes dans une société du risque décrite par Beck (2008), ou par ses dimensions environnementales telles qu'abordées par Douglas et Wildavski (1983). Lupton nous invite à conceptualiser le risque comme un construit social dans une approche constructiviste forte qu'elle relie à divers auteurs, dont Michel Foucault (Lupton, 1999; O'Byrne, 2008). Selon elle, une perspective foucauldienne des discours en lien avec le risque considère que le risque « contribue à la constitution d'un type particulier de sujet : l'autonome, l'agent moral autorégulé qui va volontairement prendre part aux impératifs gouvernementaux » (Lupton, 199, p.104). Lupton poursuit en soulignant que les tenants de l'approche réaliste postulent que les risques doivent être évités à tout prix, ce qui constitue une responsabilité individuelle (p.107). Les seuls risques réalistes acceptables sont les risques financiers encourus lors d'investissements sur le marché capitaliste. Néanmoins, Lupton (1999) a

souligné combien la prise de risque peut être reliée au plaisir en matière de sports extrêmes, au désir et à la transgression des normes et contenir des aspects positifs tel que la notion de risque partagé dans le quotidien (Tulloch et Lupton, 2003, p.25). Cette auteure a largement contribué à une critique virulente de la santé publique et de sa conception réaliste du risque qui « exerce une fonction politique et morale en santé publique » (Lupton, 1993). Cette vision de la santé publique rejoint celle de Massé (1999) qui considère « la santé publique comme une nouvelle moralité (...) l'entreprise normative associée à la santé publique a été perçue comme une alternative moderne à la religion et à la loi, et qu'elle s'inscrit dans un contexte sociopolitique favorable marqué par l'individualisme et une rationalité néolibérale » (p.155). Lupton (1993) et O'Byrne (2008) soulignent que les termes risque, à haut risque, facteur de risque, groupe à risque sont constamment utilisés en santé publique. La gestion des risques passant par un contrôle des facteurs externes, mais surtout internes sur lesquels la personne peut agir en modifiant son comportement grâce à l'éducation à la santé et aux discours entourant les modes de vie à risque (Lupton, 1993). En matière de risques biologiques, il est clair qu'une série de mesures de prévention et contrôle des infections relèvent de l'éducation à la santé visant une meilleure santé pour l'individu aussi bien que pour la société. Selon Lupton (1993), « le discours du risque dans la sphère de la santé publique autorise l'état, comme détenteur de la connaissance, à exercer un pouvoir sur les corps de ses citoyens. Les discours du risque, spécialement ceux qui mettent l'accent sur les risques liés aux habitudes de vie, sert comme agent foucauldien actif de surveillance et de contrôle qui est difficile à défier, car son but est de maintenir des standards de santé» (trad.lib., p.432-433). Les mesures de prévention et de contrôle des infections visent une modification des habitudes de vie face à l'hygiène et la salubrité alimentaire, le lavage des mains, la façon dont on entre en contact avec des objets perçus comme contaminés ou non.

Finalement, Lupton (1993) souligne que nous nous axons sur les risques qui sont perçus négativement, mais pas sur les marges de sécurité dont nous disposons puisque « le

public reçoit des statistiques sur les dangers, mais pas sur les marges de sécurité » (trad. lib., p.433).

En conclusion, cette auteure permet de porter un regard sociopolitique critique face aux questions de risques biologiques et à toutes les mesures de prévention et de contrôle des infections. Les réflexions de Lupton ont servi à alimenter cette recherche sur les plans conceptuels et méthodologiques et il est pertinent d'explorer les questions de recherche à l'aide de cette perspective, puisque l'on peut considérer les marges de sécurité et pas uniquement les risques.

CHAPITRE - 4- CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES ET ÉTHIQUES

Dans le cadre de ce projet, un devis ethnographique critique qualitatif a été choisi pour explorer la culture de sécurité face aux maladies infectieuses dans le contexte

spécifique d'un CSSS montréalais. Dans la présente section, une présentation du devis, du milieu, de la population, des démarches, des méthodes de collecte et d'analyses des données et des aspects éthiques sera réalisée.

4.1. Devis et positionnement

Le cœur du projet touche à la culture de sécurité que les institutions tentent de produire afin de gérer le risque biologique. Une étude ethnographique traditionnelle ne permettrait pas de souligner pleinement les enjeux socio-politiques contenus dans le discours en lien avec la culture de sécurité face aux risques biologiques et de les analyser, puisque celle-ci est historiquement davantage descriptive (Denzin et Lincoln, 2003). Selon Thomas (2003), l'ethnographie critique quant à elle « offre un style de pensée plus réflexif à propos de la relation entre le savoir, la société, la liberté » (trad.lib., p.45). Il souligne la différence entre *criticism* et critique tandis que le premier est relié à une insatisfaction, la critique évalue davantage « comment sont les choses et comment elles pourraient être mieux si nous examinions les conditions sous-jacentes en incluant les valeurs sur lesquelles ses critiques sont basées » (Trad. lib., p.46). La critique en ce sens est un processus itératif contrairement au *criticism*. « Les ethnographes critiques résistent à la violence symbolique (...) qui réfère au pouvoir des symboles d'imposer, de dévaster, d'attaquer, de supprimer, et de déformer des façons de voir, penser et parler. » (Thomas, op.cit., p.50). Des zones d'ombres sont présentes sur tous les terrains de recherche et concernent « ce qui est non dit ou indescriptible, invisible, mystérieux, ou pas immédiatement perceptible à l'ethnographe, l'interlocuteur ou le lecteur » (Leibing, McLean, 2007, trad.lib. p.1). L'ethnographie permet de rendre visible, entre autres, aussi l'invisible (« *tacit knowledge* »), ce qui demeure dans l'ombre (McLean, Leibing, 2007), car l'approche critique questionne ce qui est pris pour acquis. Ces zones d'ombres, ces non-dits (Foucault, 2001) mis à jour offrent la possibilité de mener une réflexion sociale critique explicite sans tomber dans le *criticism* (Said, 1978) face à la culture de sécurité en lien avec les risques biologiques et à ses enjeux socio-politiques. Ce type de devis permet de porter un regard plus sociopolitique afin d'explorer

les questions de recherche proposées, ce qui se différencie des questions de recherche typiques en sciences infirmières qui se situent davantage dans la clinique et ciblent souvent l'individu.

Cette recherche qualitative d'analyse critique s'inscrit dans l'approche critique. Cela revient à dire que le cœur de la recherche touche à ce qui se dit et se vit en matière de risques biologiques et de culture de sécurité. Cet angle de vue ne permet donc pas de mesurer statistiquement la présence ou l'absence de culture de sécurité sur base d'indicateurs, même si ce type d'information peut être important pour comprendre un phénomène. Cette approche critique permet de souligner les effets du pouvoir qui se capillarise sur, dans et au travers des corps et qui se traduit dans différents discours. Elle ne permettra pas d'évaluer les risques biologiques ou encore de les mesurer ou de créer de nouvelles mesures pour les prévenir dans une perspective quantitative.

Cette recherche qualitative s'ancre dans le paradigme de la théorie critique (Guba et Lincoln, 2005; Kincheloe et McLaren, 2011; Kincheloe, McLaren et Steinberg, 2011), héritière de l'école de Frankfurt dont Horkheimer, Adorno et Marcuse faisaient partie, questionnant la croyance que les chercheurs des sciences sociales pouvaient décrire et mesurer n'importe quelle dimension du comportement humain (Denzin et Lincoln, 2003). Ces penseurs ont influencé la révolution sexuelle des années 60, tels que les travaux de Marcuse (1966, 2005) qui ont permis une libération émotionnelle et sexuelle en devenant « *la voie philosophique de la nouvelle gauche* » (Denzin et Lincoln, 2003, trad. lib. p.434). « *La théorie critique sociale s'intéresse principalement aux enjeux de pouvoir et de justice et la façon dont l'économie, les questions de races, de classes, de genre, d'idéologies, de discours, d'éducation, de religion et d'autres institutions sociales, des dynamiques culturelles interagissent pour construire un système social* » (Denzin et Lincoln, 2003, trad. lib. p.437). À titre d'exemple, les travaux de Marcuse (1998) sur la technologie, la guerre et le fascisme et un essai sur la théorie critique de Horkheimer (1982) soulignent les champs d'intérêts de ces auteurs issus de l'école de Frankfurt. Il faut néanmoins mentionner que la théorie critique s'inspire du marxisme (Denzin et Lincoln, 2005) au sens où l'on aborde la notion de domination de classes sociales dans une perspective militante de libération de

certains êtres humains qui s'unissent dans une lutte afin d'établir une société plus juste (Marx et Engels, 1973).

À travers le temps, la théorie critique s'est diversifiée (Denzin et Lincoln, 2005; Kincheloe, McLaren et Steinberg, 2011) et nous préférons parler davantage d'approche critique afin d'inclure différents points de vue, sans nous limiter au concept marxiste de domination. Dès lors, cette approche critique rejoint à la fois nos valeurs de justice, mais permet surtout de porter un regard critique sur la culture de sécurité tant désirée afin de réduire les risques biologiques encourus par la population. C'est la raison pour laquelle un devis en ethnographie critique a été choisi et une analyse critique comme méthodologie guidée par les écrits de Michel Foucault et de Deborah Lupton puisque l'approche critique s'intéresse aux relations de pouvoir. Une ethnographie, comme elle est perçue ici, fait le lien entre l'organisation d'une société, les relations de pouvoir et un milieu de recherche concret - ici des infirmières d'un CSSS à Montréal - et comment ces acteurs sociaux incorporent les relations de pouvoir dans leur quotidien.

En ce qui a trait à la composante épistémologique, elle s'attarde à l'étude de la connaissance, au savoir qui, selon Foucault, est intimement lié au pouvoir (Deleuze, 1986). Elle ne s'ancre pas ni dans le postmodernisme, ni dans le poststructuralisme que l'on impute parfois à Foucault (Rodgers, 2005), car ce dernier s'en distanciat. En effet, Foucault (2001) soulignait à cet égard : *« quel est le mot, on peut toujours utiliser une étiquette arbitraire – quel est le type de problèmes qui est visé à travers ce mot ou qui serait commun aux gens que l'on appelle les postmodernes. Autant je vois bien que derrière ce qu'on a appelé le structuralisme il y avait un certain problème qui était en gros celui du sujet et de la refonte du sujet, autant je ne vois pas, chez ceux qu'on appelle les postmodernes ou poststructuralistes, quel est le type de problèmes qui leur serait commun »* (p.1266).

Une approche foucauldienne permet de mettre en contexte les discours entourant la culture de sécurité face aux risques biologiques, sans pour autant tenter de découvrir des *« métastructures sociales qui influencent le comportement individuel ou collectif »* tel que

le feraient les structuralistes (Rodgers, 2005, trad. lib. p.135). Selon Williams (1999), il n'y a pas un seul discours ou une seule connaissance générale, mais des connaissances spécifiques contextualisées. La connaissance est définie par Rodgers (2005, trad. lib. p.13) comme « une croyance vraie et justifiée ». Dans le cadre de cette étude, l'objectif est de révéler une mosaïque de discours et de documenter les relations de pouvoir, puisque, d'après Foucault, ceux-ci ne se distinguent pas du contexte (Williams, 1999) et produisent des effets qui modifient entre autres les pratiques des infirmières. Plusieurs sources de connaissances seront considérées : personnelle, esthétique (art du soin), éthique, empirique (Carper, 1978) et sociopolitique (White, 1995). La connaissance sociopolitique fait appel à la prise en compte du contexte social et politique dans lequel vivent les personnes, de leur milieu sociopolitique qui comprend le milieu culturel, l'identité et les perceptions de la santé/maladie et des rôles sociaux de chacun (White, 1995; Kérouac et coll., 2003). Dès lors, même pour la recension des écrits, les journaux scientifiques seront considérés, mais la recension sera complétée par d'autres sources de connaissances telles que la littérature grise gouvernementale ou médiatique. Cette façon particulière de voir la connaissance permet d'aborder la problématique et les questions de recherche selon différents points de vue. La science biomédicale en elle-même constitue un discours comportant ses propres régimes de vérité constamment renouvelés et largement alimentés de nos jours par ce que l'on nomme données probantes servant à la légitimer (Holmes, Murray, Perron, & McCabe, 2008; Holmes, Murray, Perron, & Rail, 2006).

En ce qui a trait à la composante ontologique, la partie de la réalité qui sera capturée par cette étude touche aux discours entourant la culture de sécurité et les risques biologiques et comment ceux-ci se traduisent dans la pratique quotidienne des infirmières. Le discours selon une perspective foucauldienne peut être défini de multiples façons, mais selon McHoul et Grace (2003), il concerne « *ce qui peut être dit* » (p.25), doit être pensé en termes de corps de connaissance puisqu'il ne réfère pas uniquement « *au langage ou aux interactions sociales, mais aux champs de la connaissance sociale qui sont interreliés* » (p.31). L'analyse des discours permet d'entrevoir l'articulation entre le pouvoir, le savoir et la subjectivation (Deleuze, 1986) en soulevant les enjeux sociopolitiques implicites. Dans

cette étude, une analyse des discours au sens de l'archéologie du savoir (Foucault, 1969) ne sera pas réalisée. Toutefois, nous examinerons les discours de manière large afin de documenter les relations de pouvoir en tenant compte de ce qui peut être dit, pensé, ce qui relève du discursif et du non-discursif (Foucault, 2001) tel que nous l'avons explicité dans le cadre de référence en approfondissant une partie de la pensée de Foucault.

Une ethnographie critique reconnaît les déséquilibres et les injustices présentes au sein de notre monde désavantageant certains groupes sociaux au profit de d'autres, considérant que la culture et la vie sociale sont des espaces où la vie peut être plus difficile pour certains êtres humains que d'autres (Thomas, 1993). « Le postulat ontologique en ethnographie critique est qu'il existe quelque chose là qui va nous amener sous la surface du monde des apparences acceptées et révéler l'ombre (...) de la vie sociale » (Thomas, 1993, trad.lib. p.34). Ce « quelque chose » n'apparaît pas par hasard, il se traduit par une évolution historique, sociale, politique, s'inscrivant dans un contexte qui le rend intelligible. Les concepts de risques biologiques et de culture de sécurité proviennent de qui nous sommes, font partie de notre héritage humain et se sont développés graduellement dans une perspective généalogique : ils ne sont pas apparus soudainement et sans raison, devenant des préoccupations majeures au sein de notre société. Idéalement, une généalogie de la biosécurité et des risques biologiques permettrait de documenter dans quel contexte sociohistorique ces éléments sont devenus des questions importantes en santé publique, ce qui constituerait une nouvelle étude en soi. Dans le cadre de cette recherche, nous allons plutôt nous limiter à explorer les notions de culture de sécurité et de risques biologiques auprès des infirmières. L'inscription sociohistorique de ce « quelque chose » abordé par Thomas (1993) rejoint en partie la conception de Fleck (2005) quand il aborde ses collectifs et styles de pensée dans la genèse et le développement d'un fait scientifique, collectif qu'il définit comme « la communauté de personnes qui échangent des idées ou qui interagissent intellectuellement, alors nous tenons en lui le développement historique d'un domaine de pensée, d'un état du savoir déterminé et d'un état de la culture, c'est-à-dire d'un style de pensée particulier » (p.74). Il soutient que « le concept scientifique comme résultat d'un

développement historique de certaines idées » (p.43) doit être considéré dans son contexte. Fleck affirme qu'il « n'y a pas de *generatio spontanea* des concepts. Ces derniers sont déterminés, pour ainsi dire, par leurs ancêtres. Ce qui a été est bien plus dangereux – ou plutôt le devient – quand les liens avec ces événements passés restent inconscients et inconnus » (p.44). L'ethnographie critique permet donc de révéler comment des phénomènes se traduisent dans des pratiques du quotidien en étudiant ce qui nous paraît familier, et de soulever de façon critique des dynamiques de pouvoir tel que l'entendrait Foucault au début de son œuvre, en termes de discipline des corps (Foucault, 1975), de régulation et de dispositifs de sécurité (Foucault, 2004).

Il n'est pas question dans cette recherche d'adopter un point de vue paradigmatique rigide qui s'inscrirait dans la théorie critique pure, révélant les dynamiques oppressives dans une volonté libératrice et militante des victimes d'un pouvoir souverain, mais plutôt d'adopter une vision du monde nuancée, mais critique face au pouvoir capillarisé, aux discours, à la connaissance et à la nature du monde en lien avec la culture de sécurité et les risques biologiques.

Ce devis ethnographique critique comportait quatre volets : le premier est l'étude de documents, le second concerne une observation directe, le troisième la tenue d'un journal de terrain et finalement, le dernier concerne la réalisation d'entrevues. Cela a permis de décrire un portrait culturel plus juste grâce à de multiples méthodes de collecte révélant différentes facettes de la situation pour aborder les questions de recherche.

4.2. Milieu de recherche

Au Québec, suite aux fusions des établissements de santé, les Centres de santé et de services sociaux comportent désormais plusieurs installations situées sur des sites territoriaux différents (Fleury et coll., 2007). Dès lors, il est pertinent d'explorer les questions de recherche dans ces différents sites. Plusieurs établissements tantôt urbains tantôt régionaux peuvent être ciblés pour explorer les notions de culture de sécurité, de risques biologiques et pandémiques pour les infirmières. Néanmoins, le choix urbain plutôt que rural du lieu de recherche est fondé sur l'expérience torontoise reliée au SRAS, puisque

ce sont de grands hôpitaux qui ont été touchés par cette éclosion infectieuse (Campbell, 2006; Naylor, 2003). Dès lors, le choix d'un CSSS comprenant plusieurs installations différentes dont au moins un CH, un CLSC et un CHSLD permet de souligner la ou les cultures de sécurité présente(s) ou non sur des lieux de travail des infirmières qui se situent dans des espaces territoriaux différents, mais fusionnés virtuellement et administrativement au sein d'un seul établissement.

L'entrée dans le milieu a été facilitée par la relation de confiance préexistante avec la directrice des soins infirmiers (DSI). Pour des raisons éthiques, nous ne pouvons préciser la nature des liens qui nous unit à cette informatrice clef : la confidentialité devant être préservée afin d'éviter toute identification du lieu où s'est déroulée de la recherche. L'entrée dans le milieu a donc été favorisée d'abord et avant tout par l'intermédiaire de la DSI. Elle a été relayée ensuite par les infirmières gestionnaires qui siègent sur les différents comités où des observations ont été faites. Le développement d'une relation de confiance s'est fait graduellement et de façon non exclusive même si des informateurs clefs ont été ciblés afin de faciliter la recherche. Au sein de la structure organisationnelle, plusieurs comités existent en lien avec la PCI et la directrice des soins infirmiers (DSI) nous y a introduit afin que nous puissions observer et participer à ces rencontres. Finalement, lors de ces rencontres, des informateurs-clefs ont été repérés, ce qui a permis de cibler des infirmières intéressées à participer à des entrevues portant sur la sécurité face aux risques biologiques.

4.3. L'échantillon

La population ciblée est constituée des infirmières d'un CSSS montréalais. Un échantillon non probabiliste de convenance aussi appelé échantillon volontaire (Loiselle et Profetto-McGrath, 2004) a été déterminé au fur et à mesure par boule de neige grâce aux informateurs clefs présents dans le milieu de recherche. Ces informateurs clefs ont été sollicités pour que des participants potentiels nous soient référés. Des annonces de la recherche en cours ont également été publiées dans le journal interne (voir annexe 7) et sur

les babillards dans des zones stratégiques de l'établissement (voir annexe 6). Les critères d'inclusion pour participer à la recherche étaient d'être infirmière clinicienne ou gestionnaire et de travailler dans l'établissement. Le nombre de participants n'a pas été prédéterminé : la taille de l'échantillon pour les entrevues dépendait de la saturation des données, soit le point à partir duquel il n'y a plus de nouvelles données ajoutées ou thèmes observés dans les données (Paillé et Muchielli, 2010; Guest, Bunce et Johnson, 2006). L'échantillon comprenait donc les infirmières des différentes installations présentes au sein de l'établissement : CH, CHSLD, CLSC, ce qui a permis d'explorer une possible variation des discours entourant le risque et la sécurité en lien avec les maladies infectieuses en fonction de l'installation. En ce qui concerne les entrevues, 10 infirmières ont pu être recrutées pour la recherche par un échantillon de type non probabiliste (Cresswell et Plano Clark, 2007; Cresswell, 2003; Loiselle et Profetto-McGrath, 2007). Les entrevues ont été menées jusqu'à saturation des données (Guest et coll., 2006). En ce qui concerne les observations de terrain, elles ont été réalisées dans tout le CSSS, tandis que le journal de terrain a pu être tenu principalement suite aux réunions du personnel qui concernaient les risques biologiques et la sécurité au sein du CSSS. Les personnes qui assistaient aux réunions touchant à ces thèmes étaient principalement des informateurs clés (Loiselle, 2007), souvent des gestionnaires, et majoritairement infirmières, mais parfois, un représentant des patients ou de compagnies pharmaceutiques pouvait être présent, selon la nature de la rencontre.

4.4. Méthodes de collecte et d'analyse des données

Les méthodes de collecte sont basées sur différentes sources de données afin d'explorer les multiples discours sous différents angles tel un cristal dont parle Richardson (IN Guba et Lincoln, 2005) afin de révéler différentes facettes des dispositifs en place. Cette analogie au cristal permet de révéler un problème dans de multiples dimensions et pas seulement en le triangulant de façon cartésienne à l'aide d'une forme plane représentée par le triangle. Néanmoins, l'essentiel ici est d'utiliser de multiples sources d'informations pour

tenter d'entrevoir un espace culturel complexe sans avoir la prétention d'en saisir l'entièreté dans le cadre de cette étude exploratoire.

Les méthodes de collecte de données se fondent sur une recherche documentaire, des observations de terrain, un journal de bord, et des entrevues auprès d'infirmières cliniciennes et gestionnaires. Les analyses de données prévues sont constituées d'abord d'une analyse thématique en lien avec notre première question de recherche sur l'exploration de la culture de sécurité face aux risques biologiques qui a permis un premier débroussaillage des informations. Suite à cette première analyse thématique, une analyse critique des relations de pouvoir a été réalisée afin de dégager les relations entre le pouvoir et le savoir en lien avec notre deuxième et troisième question de recherche touchant aux discours entourant la culture de sécurité et les risques biologiques se traduisant dans le quotidien des infirmières.

Le recueil de données est un processus continu qui débute par une collecte d'information sur « ce qu'on dit » à propos du CSSS qui comprend également les statistiques épidémiologiques de l'Agence et de la Direction de santé publique de Montréal et de l'INSPQ avant même l'entrée dans le milieu. La collecte des données s'est effectuée dès les premiers contacts avec le milieu jusqu'au départ du milieu à la fin de l'observation directe et s'est poursuivie sur le territoire desservi par le CSSS dans des lieux atypiques de soins, tels des restaurants ou des espaces à bureaux.

Le codage, la validation auprès des participants et l'analyse des données ont été réalisés directement après les entrevues et une adaptation des questions d'entrevue a été faite au fur et à mesure dans le cadre de ce processus de collecte et d'analyse qui se veut itératif, puisque de nouvelles questions peuvent surgir au fil des entrevues (Paillé et Muchielli, 2010; Denzin et Lincoln, 2003).

4.4.1. Collecte de données

La première source de données est formée des documents qui supportent de manière tangible les discours en matière de risques biologiques et de prévention et contrôle des

infections. Ces documents sont généralement composés de politiques et procédures, de la mission et de la structure hiérarchique traduite dans l'organigramme qui sont présentes au sein de l'organisation. Ces informations ont été répertoriées aux fins d'analyse et permettent d'entrevoir la façon dont la culture de sécurité se traduit au travers des discours écrits entourant les maladies infectieuses.

La seconde source de données est formée des observations de terrain réalisées dans le milieu de recherche : contexte physique, contexte relationnel, contexte social, contexte culturel, contexte historique. L'observation de terrain est fondamentale et comporte plusieurs avantages selon Patton (2002) : « comprendre le contexte où les individus interagissent, avoir l'opportunité d'observer des choses dans le quotidien qui échappe aux personnes de l'établissement, découvrir des choses auxquelles personnes n'a porté attention et d'avoir la chance d'apprendre des choses dont certaines personnes ne voudraient pas parler en entrevue » (Trad. libre. p.262-263). L'apprentie chercheuse fait partie intégrante de la recherche et s'intègre au milieu dans une perspective *emic*, considérée comme une *insider* au milieu de la recherche (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007).

Ces observations ont aussi eu lieu dans le cadre de réunions touchant à la prévention et au contrôle des maladies infectieuses et concernaient d'abord celles où la directrice des soins infirmiers siégeait, car celle-ci est responsable de la qualité pour l'établissement. Il a été documenté que la gestion de la qualité contient de nombreux éléments de gestion des risques et de déclaration d'incidents et accidents et d'indicateurs de qualité, dont ceux reliés aux maladies infectieuses. Différents comités s'occupent de la prévention et du contrôle des infections, dont le comité de gestion des risques qui dépend directement du conseil d'administration de l'établissement selon la Loi sur la Santé et les services sociaux (art.183.1). Dès lors, il est pertinent d'explorer les différents discours véhiculés lors de telles réunions qui ont fait l'objet d'observations non structurées, guidées par une grille d'observation comportant différents thèmes (voir annexe 8). Peretz (2004) suggère d'explorer différents éléments d'observation dans sa grille : la définition de la situation observée, l'inventaire des objets, des espaces, des instruments, des outils et éléments du décor nécessaires à l'action, les règles formelles définissant la présence dans les lieux, qui

sont les professionnels, où se situent-ils et quand, qui sont les utilisateurs du lieu, quels sont les usages du lieu, situer l'établissement dans un environnement communautaire et territorial plus large. Ces éléments ont permis de mettre en contexte les dispositifs discursifs et non-discursifs présents dans le milieu de recherche.

Au départ, il était également prévu d'observer le quotidien des infirmières cliniciennes durant la recherche afin d'explorer comment se traduit la culture de sécurité dans la pratique infirmière sur le terrain et les discours qui y sont rattachés. Cela devait constituer des occasions de prendre note d'événements dans le quotidien des infirmières qui pourront être analysés ensuite. Malheureusement, seules des visites des différentes unités et installations formant l'établissement de santé ont pu être réalisées, donc le quotidien des infirmières a pu être effleuré dans le cadre de telles visites, mais non dans l'observation de soins dispensés directement aux patients. Quoi qu'il en soit, il n'était pas prévu dans le certificat éthique que nous entrons en contact avec les patients comme tel, non faute de prévoyance, mais simplement parce que ce n'était pas l'objet de cette recherche. Cette avenue pourrait être explorée dans le cadre d'un postdoctorat.

Néanmoins, dans le cadre de cette recherche, nous avons eu la chance d'accompagner une infirmière spécialisée en PCI durant sa journée de travail. Ceci nous a donc donné un aperçu assez parlant de son rôle et de sa contribution.

Un journal de bord constituait la troisième source de données où des informations étaient consignées de façon non structurée (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007) sur les différents espaces de l'établissement de santé, mais également sur les événements qui se produisaient en lien avec les risques biologiques. Ce journal s'est enrichi et s'est structuré au fil du temps sur base des observations réalisées sans qu'une structure préconstruite ne serve à les guider et donc à les enfermer de prime abord. Les notes du journal ont pris la forme d'une réflexivité approfondie (Patton, 2002) et ont été principalement narratives en incluant des réflexions critiques sur les événements observés. Cette réflexivité « est une façon de souligner l'importance de la conscience personnelle, politique, culturelle et du fait de détenir une perspective » (Patton, 2002, trad.lib.p.64). Ces notes permettent de transcrire

des incidents dont parle Thomas (Dans Clair, 2003; Thomas, 1993) pour pouvoir les analyser de manière critique par la suite. La position de l'observateur n'était pas *etic* ou *outsider* versus *emic* ou *insider* à la culture (Patton, 2002), mais a traduit davantage une perspective infirmière *emic* puisque l'observatrice fait partie de ce groupe culturel des professionnels de la santé. Néanmoins, durant la recherche, nous oscillions toujours entre l'*etic* versus l'*emic*, considérée tour à tour comme une *insider* ou une *outsider* selon le contexte qui sera décrit plus loin.

Finalement, des entrevues ont constitué la quatrième source de données. Ces entrevues semi-structurées ont été réalisées grâce à un échantillon boule de neige jusqu'à saturation des données lorsqu'une redondance des informations a été constatée (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007) tel qu'expliqué précédemment. Un guide d'entrevue contenant des sujets constituait le point de départ pour établir un dialogue quant à la sécurité face aux risques biologiques (voir annexe 5). Différents thèmes ont donc été abordés dans une séquence et une expression contextualisées à l'entrevue, soit les maladies infectieuses, les risques biologiques, la gestion des risques biologiques, la sécurité au sein de l'établissement en lien avec les risques biologiques et la culture de sécurité au sein de l'établissement toujours en lien avec les risques biologiques. Ces thèmes rejoignent directement les questions de recherche explorées dans le cadre de l'étude.

Au départ, notre objectif était qu'environ 10 infirmières cliniciennes soient recrutées et 5 gestionnaires pour participer à ces entrevues afin de pouvoir analyser les données recueillies de manière approfondie. Cet objectif était ambitieux et ne tenait pas compte de l'absence de culture de recherche au sein de l'établissement. La plupart des infirmières n'avaient jamais participé à un projet de recherche, puisqu'il ne s'agit pas d'un établissement de santé universitaire. L'ouverture à la recherche était présente chez la directrice de soins infirmiers et les conseillères en soins infirmiers. Hormis ce fait-là, le recrutement a été très difficile, malgré une affiche de recrutement créée et placardée par le service des communications de l'établissement sur les différents babillards et l'Intranet (voir annexe 6). Un article de présentation de la recherche a même été publié dans le

journal du CSSS pour augmenter la visibilité de notre recherche et favoriser le recrutement de participants (voir annexe 7).

Néanmoins, au bout de la 10^e entrevue, une forme de saturation est apparue, donc l'objectif de collecte de données au moyen d'entrevues était atteint. Selon Paillé et Muchielli (2010, p. 272) « *la saturation est perceptible, concrètement, à partir du moment où la collecte de données apparaît répétitive ou stérile eu égard au phénomène concerné* ». La saturation des données ne s'est pas limitée aux entrevues, mais a également été considérée en lien avec les autres méthodes de collecte de données, soit le journal de terrain, les observations et l'étude documentaire.

Les différentes méthodes de collectes regroupées et analysées permettent d'avoir un portrait multifacette plus juste de la culture de sécurité en lien avec les risques biologiques pour les infirmières.

En résumé, la collecte de données réalisée a été la suivante :

- Dix (10) entrevues semi-structurées à l'aide d'un questionnaire d'entrevue annexé dont les thèmes ont été abordés plus haut,
- Cinq (5) mois d'observation dans le CSSS et sur son territoire, documentés dans trois volumes de journaux de terrain, comprenant de nombreuses participations à différents comités internes et visites des installations du CSSS:
 - Plusieurs rencontres du Comité de gestion des risques,
 - Rencontre du Comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers,
 - Rencontres entre conseillères de soins spécialisés,
 - Séance de formation continue des infirmières en PCI à la Direction de santé publique de Montréal,
 - Séances de formations continues pour le personnel ou pour les cadres du CSSS,
 - Rencontre du Comité paritaire de santé et sécurité au travail,

- Rencontres individuelles de description du fonctionnement du CSSS avec différentes personnes-clefs : la DSI, les conseillères en soins spécialisés, la conseillère en santé et sécurité au travail, la conseillère en gestion de la qualité,
- Réunion d'accueil du nouveau personnel-cadre infirmier,
- Journée d'accueil des nouveaux employés du CSSS,
- visites des installations du CSSS (mission CLSC, mission CH, résidences) en présence de conseillères-cadres ou de la directrice des soins infirmiers,
- suivis de la tournée des infirmières en PCI à l'hôpital et dans différentes résidences lorsque celles-ci passaient de façon systématique et quotidienne saluer l'équipe de soins sur chaque unité de soins,
- Rencontre matinale des cadres s'occupant de la gestion des lits dans l'hôpital,
- Suivi d'une journée type de l'infirmière-cadre en PCI lors de rencontres auxquelles elle nous conviait dans sa réalité quotidienne,
- Nombreux documents mis à notre disposition qui touchaient à la sécurité ou aux risques :
 - +/- 5cm d'épaisseur d'affiches épinglées dans différents endroits stratégiques du CSSS qui touchent à la prévention des infections, mises à notre disposition et consignées dans un dossier de recherche,
 - Rapports de réunions de comités au sein du CSSS auxquels nous avons participé
 - Des normes d'accréditation publiées et mises à notre disposition par la conseillère en gestion de la qualité,
 - Les centaines de documents numériques qui composent le plan pandémie non imprimé et non publié de l'établissement,

- Documents déposés dans l’Intranet de l’établissement, tels l’organigramme, des procédures de soins, les programmes et planifications de formation au personnel et aux cadres, le journal de l’établissement, etc.
- Les deux manuels de prévention des infections disponibles en deux volumes d’une épaisseur de +/- 5 à 7cm chacun, l’un pour les soins de courte durée, l’autre pour les soins de longue durée. Il est à noter que les manuels ne possèdent pas de pages numérotées mais comportent davantage des pamphlets et documents d’information repris sous différentes rubriques. Une estimation de la grosseur des manuels est donc fournie ici en lieu et place du nombre de pages totales.

Il est à noter que la direction des soins infirmiers a mis à notre disposition une vingtaine de volumes (cartables) comprenant, entre autres, des politiques et des procédures de soins infirmiers tant généraux que spécifiques à la pratique infirmière. Nous avons concentré notre attention sur les documents qui touchaient aux risques biologiques et à la sécurité, thèmes de la présente étude.

4.4.2. Analyses des données

L’analyse des données comportait deux niveaux : une analyse thématique de contenu dans un premier temps, suivi d’une analyse critique dans un second temps, le premier niveau préparant au second. Toutefois, dans la présentation des résultats, ces analyses seront présentées de manière conjointe.

En ce qui concerne l’analyse de contenu, elle permet un premier niveau d’analyse regroupant les données par thèmes. Selon Bardin (1998), « l’analyse de contenu est un ensemble de techniques d’analyse des communications » qui permettent une description linguistique de ce qui est dit, ce qui est écrit, ce qui est représenté par des icônes ou par des autres codes sémiotique selon un nombre variable de personnes impliquées dans la communication (Bardin, 1998, p.35). Bardin identifie d’autres codes sémiotiques tels que les odeurs, les objets, les comportements, les espaces et le temps. L’analyse thématique est

proposée par cette auteure comme moyen d'analyse de communication de masse. Celle-ci s'avère utile surtout dans le cadre de la recherche documentaire où des politiques, procédures et dépliants servent à un grand nombre de personnes au sein de l'établissement de santé et de services sociaux.

L'analyse thématique est un travail où « *le chercheur va donc procéder à quelques lectures du corpus et mener un travail systématique de synthèse des propos. (...) Toute forme d'analyse qualitative passe par une certaine forme de thématization.* » (Paillé et Muchielli, 2010, p. 161).

À cet égard, ces auteurs décrivent l'analyse thématique de la manière suivante :

« L'analyse thématique consiste, dans ce sens, à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus, qu'il s'agisse d'un verbatim d'entretien, d'un document organisationnel ou de notes d'observation » (Paillé et Muchielli, 2010, p.162).

« L'analyse thématique, par ailleurs, est une méthode d'analyse principalement descriptive. (...) Elle vise à illustrer comment l'expérience se déploie et non seulement combien de fois elle se produit. » (Paillé et Muchielli, 2010, p.188).

Ils renchérissent en soulignant que « *l'analyse thématique a deux fonctions principales : une fonction de repérage et une fonction de documentation* » et continuent en insistant sur l'importance de « *faire parler les thèmes et à les mettre en lien avec des extraits de témoignages, à savoir l'examen discursif des thèmes.* » (Paillé et Muchielli, op.cit.).

Une démarche de thématization continue a été choisie, ce qui a permis d'assurer une attribution ininterrompue de thèmes et, simultanément, la construction d'un arbre thématique. En clair, nous avons procédé à la collecte de données et chaque entrevue audionumérique anonymisée variant de 15 minutes à 75 minutes a été retranscrite dans un document Word. La validation de l'analyse thématique a été réalisée de manière itérative durant la collecte de données et après les entrevues.

À partir des verbatims issus de la collecte, nous avons construit un relevé de thèmes tel que proposé par Paillé et Muchielli (2010, p.197).

« L'analyste choisit d'abord de constituer des grappes [de thèmes], il regroupe alors, dans un premier temps, les thèmes saillants sous différentes entrées, par exemple tous les thèmes qui présentent une certaine parenté, ceux qui sont en opposition, ceux qui convergent» (Paillé et Muchielli, 2010, p.203).

Ensuite, sur base de ces relevés de thèmes, un arbre thématique fut construit (voir annexe 12) regroupant chaque entrevue, tel que présenté par Paillé et Muchielli (2010, p. 205). Notre démarche permet donc de révéler les oppositions aussi bien que les convergences.

À ce premier niveau d'analyse peut se greffer un second :

« Une analyse thématique peut se terminer avec un arbre thématique (...) l'objectif de thématisation est atteint et l'on pourrait tout de suite passer à la présentation des résultats sous la forme du rapport final. (...) Certains souhaitent aller plus loin que cette première opération en procédant à un examen discursif des thèmes et des extraits correspondants. (...) Les résultats sont donc à ce moment discutés, on cherche à les faire parler, ils sont parfois mis en lien avec des référents théoriques, puis comparés, relativisés ou corroborés » (Paillé et Muchielli, 2010, p.209).

Un second niveau d'analyse concerne la critique et a été élaboré à partir des thèmes issus de l'analyse des observations, des entrevues et des documents sur la sécurité face aux risques biologiques. Cette analyse permet de révéler les relations entre les différents discours (Bardin, 1998) en soulignant les dispositifs implicites et explicites présents dans l'établissement, et de porter un regard critique sur ceux-ci. Cette analyse critique s'inscrit dans une vision foucauldienne nuancée qui considère le discours comme :

ce qui « n'est pas simplement ce qui traduit les luttes ou les systèmes de domination, mais ce pour quoi, ce par quoi on lutte, le pouvoir dont un cherche à s'emparer. (...) Le discours en apparence a beau être bien peu de chose, les interdits qui le frappent révèlent très tôt, très vite, son lien avec le désir et avec le pouvoir» (Foucault, 1971).

Les travaux de Michel Foucault ne se situent pas dans l'analyse linguistique pure, mais se focalisent sur « les systèmes de règles qui rendent apparents certains états plutôt que d'autres dans un contexte particulier, dans une conjoncture historique particulière » (Williams, 1998, trad.lib.p.76).

Ce que Foucault analyse ce sont

« les figures et les processus obscurs pour deux raisons : les processus politiques et sociaux qui ont permis la mise en ordre des sociétés de l'Europe de l'Ouest ne sont pas très apparents, ont été oubliés ou sont devenus habituels. Ces processus font partie de notre paysage le plus familier et nous ne les voyons plus » (Foucault, 2001b, p.1597).

Les discours en lien avec les maladies infectieuses, les risques biologiques et leur gestion ainsi que la production d'une culture de sécurité font partie de notre pratique infirmière à un tel point que l'on les considère comme universels et désirables. Dès lors, cette analyse critique permettra de révéler les fissures, les points de disjoncture dans la pensée qui se traduisent et s'articulent au travers des discours. Selon Williams (1998), Foucault n'offre pas une méthodologie unique d'analyse. Néanmoins, ce philosophe a proposé une approche qui servira de boîte à outils et guidera cette analyse critique des relations de pouvoir par des repères théoriques. En effet, il ne s'agira ici d'analyser les discours au sens de l'archéologie du savoir (Foucault, 1969) ou de l'ordre du discours (Foucault, 1970), mais bien de comprendre le discours dans une dimension plus large qui permet d'analyser les relations de pouvoir. Une formation discursive peut être définie comme « des configurations spécifiques de modalités énonciatives » (Williams, 1999, p. 87). Selon Foucault (1969), « un énoncé se distingue d'une série quelconque d'éléments linguistiques par le fait qu'il entretient avec un sujet un rapport déterminé. Rapport dont il faut préciser la nature et qu'il faut dégager surtout des relations avec lesquelles on pourrait le confondre » (p.126-127). Le discours doit être compris ici comme un élément faisant partie des relations de pouvoir.

Les grands thèmes ressortis suite à l'analyse thématique ont été abordés sous l'angle critique entourant les trois mécanismes de pouvoir énoncés par Foucault (2004) soit le système du code légal, les mécanismes disciplinaires et les dispositifs de sécurité, et la

notion du risque telle qu'abordée par Lupton (1999). Une analyse critique a donc été réalisée sur la base des mécanismes de pouvoir foucauldien et du risque de Lupton.

L'analyse critique permet d'explorer les rapports de forces et donc de pouvoir et de résistances qui se traduisent dans la production et l'institutionnalisation de discours (Williams, 1999). Dès lors, notre analyse a été élaborée directement sur base des propos de Foucault qui souligne : « *l'analyse de relations de pouvoir exige qu'on établisse un certain nombre de points* :

- 1) ***Le système des différenciations*** : qui permet d'agir sur les actions des autres : différences juridiques ou traditionnelles, de statut et de privilèges; différences économiques dans l'appropriation des richesses et des biens; (...) différences linguistiques ou culturelles.
- 2) ***Le type d'objectifs poursuivis*** par ceux qui agissent sur l'action des autres : maintien de privilèges, accumulation de profits, mise en œuvre d'une autorité statutaire, exercice d'une fonction ou d'un métier.
- 3) ***Les modalités instrumentales*** : selon que le pouvoir est exercé par la menace des armes, par les effets de la parole, à travers des disparités économiques, par des mécanismes plus ou moins complexes de contrôle, par des mécanismes de surveillance, avec ou sans archives, selon des règles explicites ou non, permanentes ou modifiables, avec ou sans dispositifs matériels, etc.
- 4) ***Les formes d'institutionnalisation*** : celles-ci peuvent mêler des dispositions traditionnelles, des structures juridiques, des phénomènes d'habitude ou de mode (...); elles peuvent aussi prendre l'allure d'un dispositif fermé sur lui-même avec ses lieux spécifiques, ses règlements propres, ses structures hiérarchiques soigneusement dessinées, et une relative autonomie fonctionnelle (ainsi dans les institutions scolaires ou militaires); elles peuvent aussi former des systèmes très complexes dotés d'appareils multiples, comme dans le cas de l'État (...)

- 5) ***Les degrés de rationalisation*** : car la mise en jeu des relations de pouvoir comme action sur un champ de possibilité peut être plus ou moins élaborée en fonction de l'efficacité des instruments et de la certitude des résultats (...) ou encore en fonction du coût éventuel (qu'il s'agisse du coût économique des moyens mis en œuvre, ou du coût réactionnel constitué par les résistances rencontrées) ». (Foucault, 2001b, p.1058-1059)

L'analyse critique a également été guidée par les questions générales suivantes proposées par Ballinger et Cheek (2006, trad. lib., p.206) qui ont mené une analyse du risque de chute en centre de soins de longue durée :

- « *Quelles sortes d'images visuelles ressortent des textes?*
- *Quels genres de personnes présentes au monde sont ajoutées ou décrites dans les textes? Que fait-on des gens qui sont les moins associés à ce monde?*
- *Quelles sont les choses, les idées ou les tâches dans ce monde qui sont importantes? Quel type de monde ressort de ces textes? »*

Afin d'explorer ces questions d'analyse, Fairclough (2001 et 2003) recommande d'examiner le vocabulaire (métaphore lexicale), la grammaire (métaphore grammaticale), la structure des textes et des verbatims, les relations dialogiques (qui comportent plusieurs logiques) ou polémiques entre les discours et les représentations du monde. Cette analyse du vocabulaire et de la structure des textes, de leurs présentations générales a été réalisée principalement durant l'étude documentaire sans entrer dans la sémiologie pure. L'idée dans l'étude documentaire était de laisser émerger les images générales des documents étudiés (Ballinger et Cheek, 2006) qui touchaient aux risques biologiques et à la culture de sécurité. Les documents analysés comprenaient entre autres les manuels de PCI et les affiches de prévention présentes dans les différentes installations du CSSS.

D'après Ballinger et Cheek (2006), ces questions permettront d'explorer les conceptions du soin infirmier, de la personne soignée dominante dans l'établissement. Elles permettent également de souligner le lien entre le pouvoir et le savoir face aux statuts des personnes, mais également en lien avec l'orientation des services hospitaliers et de souligner l'exclusion ou la présence de certaines personnes dans les discours. Par exemple, les points de vue du patient et de sa famille sont-ils considérés dans les discours entourant

la sécurité face aux risques biologiques ou bien sont-ils des discours d'experts principalement?

L'utilisation des cadres théoriques de Foucault et de Lupton met en lumière les liens entre pouvoir et savoir. Elle met aussi en exergue la création de régimes de vérité qui permettent le gouvernement des corps en lien avec la sécurité d'une part, et de la signification des risques biologiques dans le quotidien des infirmières d'autre part.

4.4.3. Critères de rigueur

Dans le cadre de ce devis en ethnographie critique, plusieurs critères de rigueur reliés à la recherche qualitative seront considérés sur la base des ouvrages méthodologiques : la contribution substantielle à la compréhension de la vie sociale, le mérite esthétique en lien avec la construction du récit narratif, la réflexivité de l'auteur, l'impact du récit face à l'ouverture sur d'autres questions, l'expression d'une réalité culturelle (Richardson, 2000 IN Patton, 2002).

Nous avons défini la réflexivité (voir glossaire), et postulons que celle-ci s'inscrit dans la subjectivité de la recherche qualitative et non dans l'objectivité reprise comme un critère important dans la recherche scientifique quantitative (Hegelund, 2005; Banister et coll., 1994). Ainsi, « *l'écriture n'est pas seulement la transcription d'une réalité. L'écriture est davantage, de tous les textes, notes, présentations et possibilités, est aussi un processus de découverte : découverte du sujet (et parfois du problème lui-même) et découverte du soi* » (Guba et Lincoln, 2005, trad.lib., p.210).

La question de la voix est importante en recherche qualitative : il faut permettre à chacun d'être entendu et ne pas omettre de réflexions provenant de certains participants ou gestionnaires (Guba et Lincoln, 2005).

Plusieurs impératifs décrits par Paillé et Muchielli (2010) ont été pris en compte dans la restitution écrite des propos des participants et leur analyse.

- 1) L'impératif d'exhaustivité : chaque information entendue ou observée a été consignée sur un support stable (papier ou numérique), et les verbatims des

participants ont été rapportés fidèlement à la manière dont ces derniers ont été énoncés lors de la collecte de données. Ces verbatims n'ont donc pas été « nettoyés », mais rendus tel qu'entendus ou lus.

- 2) L'impératif d'enracinement : il est possible d'examiner les expériences communiquées et les événements observés. Les données ne sont donc pas sorties de leur contexte.
- 3) L'impératif de complétude : l'expérience humaine et sociale a été rapportée le plus complètement possible dans le cadre de cette recherche doctorale.
- 4) L'impératif de justesse : le chercheur doit pouvoir revenir en arrière et réexaminer les informations afin de réinterpréter des éléments déjà analysés afin d'arriver à une analyse la plus juste possible. Ceci a été poussé à l'extrême via la validation des regroupements par thèmes décrite plus loin.
- 5) L'impératif de communicabilité : diverses notes ont été prises en cours de route et ont été communiquées à la collectivité et le seront à l'avenir via des publications.
- 6) L'impératif de conservation : les données sont conservées sur papier et sous forme numérique afin de pouvoir documenter les expériences et de pouvoir y retourner ultérieurement.

Dans cette recherche, la validité n'est pas entrevue comme indicateur que l'instrument mesure ce qu'il est censé mesurer (Loiselle, 2007, p.333), mais bien comme l'authenticité dans la recherche abordée par Guba et Lincoln (2005). La façon d'arriver à une forme de validité selon Richardson (in Guba et Lincoln, 2005) est d'examiner les propriétés d'un cristal au sens métaphorique qui n'est pas un triangle, forme plane permettant la triangulation, mais une forme dynamique en trois dimensions. Dans le cadre de ce devis, plusieurs méthodes de collecte et d'analyse des données étaient prévues, ce qui permet justement de renforcer la validité de la recherche en permettant une vision multifacette de la situation. La validité est aussi une question de relations éthiques selon Guba et Lincoln (2005) qui seront abordées dans la section qui suit.

Avant d'aborder les questions d'éthique de la recherche, il est important de souligner la rigueur nécessaire à toute démarche d'analyse des données. En effet, le devis prévoit une analyse thématique et une analyse critique des relations de pouvoir. La question de la trace est fondamentale, afin de bien documenter, de formaliser les connaissances issues de l'analyse. Dès lors, un arbre thématique de 152 pages fondé sur la méthode d'analyse thématique de Paillé et Muchielli (2010) a été construit, ce qui renforce le souci de l'exactitude et d'émergence des thèmes sur la base des verbatims exprimés par les participants à la recherche. Le processus de validation s'est déroulé de façon itérative durant la collecte des données avec les participants dans le milieu de recherche tel que recommandé par Paillé et Muchielli (2010). Cette validation a eu lieu lors des échanges avant et après les réunions, et lors des observations de terrain. Une trace de l'analyse des données et des liens théoriques discutés avec les participants est inscrite dans les journaux de terrain. Finalement, la validation de l'analyse des résultats a été réalisée directement auprès des participants de la recherche en cours de collecte de données et une fois le terrain clôturé : certains verbatims ont été validés directement auprès des participants de l'étude qui se sont rendus disponibles pour le faire en postentrevue. Les responsables du milieu de recherche ont été sollicités afin de présenter les résultats préliminaires issus de la collecte et de l'analyse des données pour pouvoir les ajuster au besoin. Malheureusement, faute de temps, le milieu n'a pu nous recevoir, mais une rencontre est planifiée afin de partager les résultats finaux de cette recherche. Il est à noter que l'arbre thématique a également été validé par un expert en gestion des risques hospitaliers qui l'a commenté et a permis l'ajustement de certains éléments d'analyse (voir annexe 12).

L'arbre thématique constitue un document volumineux et mis en annexe, qui démontre la rigueur scientifique déployée non seulement dans la collecte des données, mais également dans leur analyse.

4.5. Considérations éthiques

Le projet de recherche implique la participation d'infirmières gestionnaires et cliniciennes : la recherche concerne des sujets humains et doit respecter certaines normes.

Trois démarches éthiques importantes ont été réalisées dans le cadre de cette recherche. La première démarche touche à l'approbation du projet par un comité scientifique (voir annexe 3) qui a été obtenue à l'automne 2009. La seconde touche à l'approbation du projet par un comité d'éthique de la recherche. Le protocole a été soumis au Comité d'Éthique de la recherche des sciences de la santé (CÉRSS) de l'Université de Montréal et un certificat a été obtenu à l'automne 2009 (voir annexe 1). L'étudiante chercheuse a assumé la responsabilité et la bonne conduite éthique durant tout le déroulement de la recherche en respectant le Code de déontologie universitaire, mais également le Code de déontologie de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec dont elle fait partie. L'article 7.2 du code de déontologie de l'OIIQ (2005) stipule que

« l'infirmière doit aviser le comité d'éthique ou toute autre instance appropriée lorsque la recherche ou son déroulement lui semble non conforme aux principes scientifiques et aux normes éthiques généralement reconnus ».

Cela implique que notre intervention dans le milieu de recherche se limite aux interventions préalablement approuvées par le CÉRSS. L'article 41.1. vise à

« ce que l'infirmière s'assure d'un consentement libre et éclairé auprès du sujet de recherche ou de son représentant légal avant le début de sa participation à la recherche et lors de tout changement significatif au protocole. Le consentement est libre lorsque la personne le donne de son plein gré, sans contrainte de menace, sans pression ou sans promesse. Le consentement est éclairé quand il est donné en toute connaissance de cause » (OIIQ, 2005).

Attendu que l'article 24 du Code civil du Québec exige un consentement libre et éclair écrit du participant pour toute expérimentation, un formulaire de consentement a été signé par chaque participant et comprenait la possibilité du participant de se retirer de l'étude en tout temps (voir annexe 4).

Finalement, la troisième démarche éthique réalisée dans le cadre de cette recherche consiste en un passage devant deux autres comités d'éthique : l'un local et l'autre régional. Au départ, l'informatrice-clef du CSSS qui nous accueillait nous a mentionné qu'avec le certificat d'éthique du CÉRSS, cela serait suffisant pour mener notre recherche au sein de l'établissement. Nous avons donc débuté notre recherche à l'hiver 2010, tel que prévu. À la fin du premier mois, nous avons été informée qu'il nous faudrait présenter notre projet au comité d'éthique du CSSS. Après quelques échanges échelonnés sur plusieurs semaines avec le comité, il s'est avéré que le comité d'éthique du CSSS a fait appel au Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal afin d'autoriser le projet qui était déjà en cours. Le comité du CSSS a donc fait équipe avec le Comité régional de l'Agence afin de nous délivrer un second certificat d'éthique (voir annexe 2).

Hormis l'obtention de certificats d'éthique, l'infirmière doit faire preuve d'intégrité dans la recherche selon l'OIIQ (2005) et cette partie est réglementée par les articles 14 et 15 du Code de déontologie. Cela veut dire qu'elle ne peut falsifier, fabriquer ou inscrire de fausses informations ou en omettre dans le dossier de recherche. L'infirmière doit déclarer des conflits d'intérêts et faire preuve d'objectivité dans le recrutement des participants en ne forçant pas ou en ne tentant pas d'influencer de façon induite un candidat à participer à la recherche.

L'intégrité touche à la fois à la sécurité des participants qui doit être assurée durant la recherche, mais également à la responsabilité morale de la chercheuse qui représente la communauté scientifique (Madison, 2005). Nous nous sommes assurée de les représenter de manière éthique en respectant les normes propres à la communauté universitaire à laquelle nous appartenons.

Madison (2005) propose de fournir un résumé de la recherche aux participants qui *«permette d'expliquer notre projet aux personnes qui y sont au cœur; et pour cette raison qui a le droit de savoir, et nous avons la responsabilité de leur expliquer notre présence*

dans leurs vies » (trad. lib., p.23). Ce résumé est contenu dans le consentement (voir annexe 4).

La question de la réciprocité dans la recherche est abordée dans le formulaire de consentement, puisqu'aucune compensation n'a été offerte aux participantes à la recherche. Aucune assistance ou soins infirmiers n'ont été dispensés dans le cadre de la recherche qui se limitait aux éléments prévus dans le protocole et approuvés par le CÉRSS sauf en cas de danger puisque nous ne pouvons nous dérober face à nos obligations citoyennes contenues dans les Lois québécoises et canadiennes.

Néanmoins, nous avons une responsabilité morale envers la société québécoise qui contribue à cette recherche en nous offrant une bourse d'études provinciale. Dès lors, même si les participants n'ont pas de bénéfices matériels directs en participant à l'étude, des retombées collectives sont attendues dans le cadre de ce projet à teneur critique et sociopolitique.

Nous devons dépasser ces normes acceptées et aborder l'éthique sociale dont parle Clifford (In Denzin et Lincoln, 2005) qui souligne que celle-ci a remis en question le principe d'autonomie individuelle ainsi que les présuppositions de l'éthique traditionnelle.

Traditionnellement, « la bioéthique se base sur 4 principes : le respect de l'autonomie, la non-malfaisance, la bienfaisance et la justice » (Murray et Holmes, 2009, trad. lib., p.3). Selon Murray et Holmes (2009), le sujet moderne est dit libre, rationnel, autonome et possède des droits. C'est sur cette présupposition que l'on base le principe d'autonomie. Cette vision de l'autonomie peut être questionnée, car elle est associée à des valeurs qui paraissent être universelles, transhistoriques, transculturelles, alors qu'il s'agit d'une vision principalement occidentale qui dépasse le système de santé et touche au système légal, capitaliste, éducatif et démocratique (Murray et Holmes, 2009). Bien que nous devions tendre vers l'autonomie des personnes, celles-ci ne le sont jamais totalement, puisqu'inscrites dans un contexte socioculturel donné.

Les dimensions éthiques du projet posent donc la question du sujet dont Foucault a abondamment parlé dans son œuvre (McHoul et Grace, 1993) et que nous approfondirons dans notre thèse. La question de la justice sociale a fait également l'objet d'une attention

particulière, puisque celle-ci constitue un des fondements de l'ethnographie critique selon Thomas (1993).

Nous ne pouvons aborder l'éthique, seulement sous l'angle des principes éthiques ou des certificats obtenus sans expliciter concrètement la démarche réalisée afin de préserver l'anonymat à la fois des participants, mais aussi de l'organisation.

La première démarche éthique concerne l'introduction même dans le milieu de recherche. Un accord verbal a été passé avec l'informatrice-clef qui nous a accueillie, soit la DSI de l'établissement : la confidentialité doit être maintenue en tout temps quant au nom du CSSS. Il s'agit d'une proposition conjointe, attendu la nature critique du devis ethnographique.

Nous nous sommes assurée de la participation volontaire, consentie de manière libre et éclairée de chaque participant tant via le recrutement que lors des réunions et rencontres.

Trois points ont fait l'objet d'une attention particulière du Comité d'éthique de l'Agence. Le premier point touche au recrutement, le second au dédommagement des participants et le dernier au consentement verbal des personnes présentes lors des réunions et des visites.

Un souci particulier en lien avec le recrutement a été accordé, puisqu'un commentaire du Comité d'éthique était à l'effet de s'assurer que l'informatrice-clef, la DSI de l'établissement, n'use pas d'autorité sur les employés afin de les contraindre à participer à notre recherche. À notre connaissance, aucune pression n'a été réalisée sur les employés. La participation relativement modeste des infirmières aux entrevues prévues dans cette recherche en témoigne.

Aucun dédommagement n'était prévu pour les participants. Néanmoins, après un échange avec la DSI quant aux difficultés de recruter des infirmières dans le cadre de la recherche, nous avons proposé que ces dernières soient libérées de leur travail le temps de l'entrevue qui durait de 35 à 45 minutes. Après réflexion, la DSI a accepté de libérer les infirmières non cadres de son établissement afin de favoriser la réalisation de cette recherche. La DSI considérait qu'un employé-cadre a la responsabilité de contribuer aux

projets de recherche réalisés dans l'établissement et que cela fait partie de son rôle. Seules deux infirmières se sont prévaluées de cette possibilité de libération sur leur temps de travail. Elles étaient alors informées du code à indiquer sur leur fiche de paie et nous leur expliquions clairement que le préposé à la paie ainsi que la DSI auraient à signer leur fiche de paie où ce code spécial serait indiqué. Le comité d'éthique de l'Agence et le CÉRSS ont été informés de ces éléments lors des suivis réalisés auprès d'eux.

Lors de chaque rencontre, réunion ou observation, nous nous sommes présentée et avons expliqué les buts de la recherche et obtenu un consentement verbal libre et éclairé des personnes. Par ailleurs, nous portions en tout temps une carte d'identification mentionnant clairement notre nom et notre titre qui étaient visible de tous au sein du CSSS. Nous nous affichions aussi au sein du CSSS, puisque la DSI nous a attribué un bureau, une ligne téléphonique et une adresse courriel de l'institution.

Une attention particulière quant à l'adresse de courriel institutionnelle a été prise avec le service de l'informatique afin que seuls les employés du CSSS aient accès à cette dernière. Le service de messagerie du CSSS fait partie du réseau québécois intégré de messagerie du MSSS au sein duquel tous les établissements de santé et de services sociaux sont reliés. Apparaître avec l'adresse institutionnelle du CSSS dans ce répertoire provincial aurait pu compromettre la confidentialité en lien avec le nom de l'établissement au sein du RSSS.

Chaque entrevue réalisée avec les participants a été anonymisée par l'attribution d'un code de participant. Seul le formulaire de consentement contient des données nominatives concernant les participants aux entrevues. Ces formulaires sont conservés de façon sécuritaire et inaccessible. Dès lors, aucune information confidentielle permettant d'identifier le participant n'est présente sur les enregistrements audionumériques : les participants étant identifiés par leur numéro de participant.

La retranscription des entrevues audionumériques a donc pu être réalisée sans bris de confidentialité, tout comme la validation des relevés de thèmes et de l'arbre thématique auprès d'un expert des risques hospitaliers.

Les observations, tout comme les récits de vie quotidienne ont été inscrits dans plusieurs volumes de journaux de terrain. Ce journal de terrain prenait la forme d'un calepin que nous conservions en tout temps avec nous au CSSS afin d'y consigner nos notes, mais également d'éviter tout bris de confidentialité.

Finalement, la présentation même des résultats dans le cadre de cette thèse a fait l'objet d'un souci éthique rigoureux et systématique. Certains verbatims ont été censurés afin de préserver l'anonymat des participants, de l'organisation et des comités extérieurs au CSSS où nous avons été invitée. À titre d'exemple, si un participant énonçait sa fonction au sein du CSSS, nous avons simplement remplacé ce verbatim du participant par l'énoncé suivant [*censuré pour maintenir l'anonymat du participant*]. Ceci est particulièrement visible dans le cadre de l'arbre thématique créé sur la base de l'analyse des verbatims des participants à la recherche. La confidentialité a été préservée également en censurant tout nom d'individu ou d'institution qui pourrait apparaître dans les documents annexés. Ils ont simplement été biffés à l'aide d'un feutre noir afin de respecter les critères éthiques prévus au devis de recherche.

Chapitre -5- PRÉSENTATION DES RÉSULTATS ET DISCUSSION

La présentation des résultats et la discussion sont traditionnellement réalisées de manière séparée dans le domaine des sciences infirmières (Loiselle, 2007). Cette façon de présenter le matériel analysé issu de la recherche permet de distinguer clairement les résultats issus du terrain qui sont ensuite abordés sous un angle plus théorique, tel que mentionné dans la section analyse des résultats. La lecture, tout comme l'écriture des résultats devient alors plus saccadée et moins fluide. Le lecteur se voit rappeler sans cesse des éléments de la présentation des résultats, au risque d'en oublier certains qui sont discutés dans une section séparée.

Nous avons donc fait le choix de présenter les résultats conjointement avec la discussion. Ceci permettra au lecteur de suivre un raisonnement de manière plus fluide et harmonieuse. Cette manière de procéder n'est pas rare dans d'autres disciplines, telles la sociologie ou l'anthropologie.

Nous avons opté pour ce type de présentation plus intégrée, en cohérence avec notre devis de recherche ethnographique critique (Madison, 2005). En effet, il n'est pas rare que les ethnologues présentent leurs résultats sous forme de récits narratifs intégrés (voir par exemple Weiss, 2007). Il n'est pas rare non plus que des œuvres artistiques soient intégrées à la recherche ethnographique afin de présenter un panorama intégré de différents modes d'expression d'un phénomène étudié tant via l'écriture, la peinture, la danse ou le théâtre (Denzin et Lincoln, 2011; Madison, 2005).

Durant la rédaction de la section des résultats/discussion, nous avons donc peint différentes toiles qui complètent notre pensée de façon esthétique. Nous vous présenterons des photographies de ces différentes peintures intégrées à nos écrits.

Le présent chapitre abordera tout d'abord le pré-terrain réalisé, les axes thématiques dégagés de l'analyse et discutera graduellement des résultats issus de la recherche au fil du texte.

5.1. Le contexte de la recherche

Dans un premier temps, dans le cadre de cette étude, nous nous sommes familiarisée avec le contexte de la prévention et du contrôle des infections (PCI) qui constitue un domaine en soi. Nous allons détailler plus en avant le contexte de la recherche, car ce dernier permet de nuancer et de contextualiser les résultats issus de la recherche réalisée au CSSS. Ce souci du détail est important, car il permettra au lecteur de comprendre que les enjeux présents au CSSS se diffusent et traversent la société et ne se limitent pas aux installations du CSSS tel que nous tenterons de le présenter dans les sections qui suivent.

Présentation de l'auteur

L'auteur fait partie du contexte de la recherche; les données collectées sont, comme l'explique Paul Rabinow (1977) doublement situées: la chercheuse est "historiquement située au travers des questions que l'on pose et la manière par laquelle nous tentons de comprendre et expérimenter le monde; et ce que nous recevons des informateurs sont des interprétations, également médiées par l'histoire et la culture." (trad.lib., p.119). Commençons donc par préciser un point : notre expérience professionnelle d'infirmière se situe en santé mentale, santé communautaire et plus particulièrement, en santé publique. Cette recherche critique constituait un défi pour nous, puisque notre pratique professionnelle s'inscrit dans une tradition biomédicale, épidémiologique principalement de prévention de la maladie.

En effet, notre précédent emploi à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) au sein de l'unité Prévention, contrôle et surveillance des maladies infectieuses de la Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels (DRBEO) nous a permis d'entrer en contact avec différents « informateurs clefs ». Certains de ces informateurs nous ont ensuite invitée à assister à des comités.

Participation à différents comités nationaux et régionaux

Dans le cadre de la présente recherche, nous avons été invitée à plusieurs reprises à différents comités afin d'observer les échanges et de contextualiser les différents enjeux de la PCI tant au Québec qu'en Europe. À chaque reprise, nous avons présenté au début de la rencontre la nature de cette recherche et obtenu le consentement verbal des participants siégeant à chaque comité visité. Par souci éthique, nous avons décidé d'anonymiser tant les participants que le nom des comités auxquels nous avons été conviée, bien que ceux-ci ne fassent pas partie de la recherche à proprement parler, mais servent à décrire son contexte.

Dès le début de notre doctorat, en septembre 2007, plusieurs enjeux liés à la surveillance et au contrôle des maladies infectieuses étaient soulevés. À titre d'exemple, le besoin de surveillance du *Clostridium difficile* dit communautaire. En clair, ce sont les « cas » dit de C.Diff. qui se développent ou sont présents dans la communauté, en extrahospitalier, et qui risquent de se propager dans la famille de la personne contaminée voire dans la communauté si la souche est virulente. Un autre enjeu abordé au comité touchait alors à la nécessaire standardisation de classification de cas ou des décès attribuables à un pathogène donné, enjeu qui émanait directement d'une recommandation du coroner envoyée au MSSS. Un aparté peut-être fait en ce sens que, le RSSS semble adopter bien souvent une attitude de réaction plutôt que de proaction véritable, la question de standardisation est soulevée après coup, suite à des recommandations issues d'un rapport formel postévènement. Cette position de réactivité du réseau sera aussi visible dans certains éléments de la recherche qui vous seront présentés dans les prochaines sections.

Cette standardisation de classification de cas permet, entre autres, d'établir des comparaisons et la déclaration des cas infectieux devrait se faire sur base volontaire. En clair, la surveillance n'est pas obligatoire pour tout pathogène, mais devrait être encouragée et des directives ministérielles doivent être mises sur pied pour distinguer la surveillance obligatoire versus volontaire à réaliser. Le système de surveillance pour les MADO datait de 2003 et pour les éclosions, il datait de 1997. Ce souci d'actualisation et de développement de systèmes de surveillance efficaces est une préoccupation provinciale majeure et doit être vu dans une perspective de standardisation des pratiques de

surveillance épidémiologique. Nous le verrons plus loin, mais ce souci en lien avec la surveillance des maladies infectieuses est prégnant au CSSS et sera présenté dans les sections suivantes.

Au fil des rencontres du comité, la question des ressources humaines et financières est fréquemment soulevée. Les enjeux de la PCI sont importants et priorisés par le MSSS sur papier, tandis que le mandat des experts touche aux aspects suivants :

« Le comité [censuré] fournit une expertise scientifique sur la prévention et le contrôle des infections acquises en milieu hospitalier. À la lumière des stratégies reconnues efficaces, il formule des recommandations visant à prévenir et à surveiller les infections nosocomiales jugées prioritaires. Il peut également émettre des avis scientifiques ou rédiger des lignes directrices à l'intention du réseau de la santé, proposer des travaux de recherche épidémiologique et évaluative, et mettre sur pied des projets de surveillance et de formation » ([censuré], 2011).

En 2007, loin d'être une ressource stable au départ, le comité semble devoir constamment justifier son existence et se démener auprès des instances ministérielles et décisionnelles pour obtenir des budgets opérationnels lui permettant d'atteindre les objectifs de son mandat dont il a hérité du MSSS. À titre d'exemple, ils manquent de budget pour réaliser une simple entrée de données concrètes pour traduire la surveillance des maladies infectieuses en données épidémiologiques intelligibles.

Ces exemples de discours tenus dans les rencontres nous laissent croire que la capacité de surveillance des maladies infectieuses au sein du RSSS varie en fonction des ressources ministérielles qui sont octroyées via des budgets ponctuels souvent non récurrents. Nous verrons plus loin combien cette question de pérennité budgétaire et d'allocation des ressources est également omniprésente durant le terrain réalisé au CSSS et ne se limite donc pas aux instances provinciales ou à cet établissement montréalais, cadre de notre recherche. Cet enjeu financier semble se dissoudre au sein des ramifications du Réseau de santé et de services sociaux.

D'autres enjeux exprimés durant les rencontres du comité permettent de réfléchir à l'évolution des discours au fil du temps. En 2008, la poursuite de l'élaboration de lignes

directrices provinciales est de mise quant au dépistage à l'admission ou avant le transfert des patients, le contrôle des porteurs, l'identification de statuts à l'admission, la fréquence du dépistage, entre autres pour le SARM en réadaptation, l'isolement des personnes en attente de résultats de dépistage via une cohorte ou un isolement dit préventif. L'évaluation du risque, la résistance aux antiviraux tels le Tamiflu ou le Rilenza, la gestion des travailleurs en contact avec des maladies respiratoires sévères (MRS) à savoir si le comité doit recommander un retour à la maison ou non si la situation de l'unité le permet ou s'il faut attendre le développement des symptômes chez le travailleur. Il est également question du Réseau pandémie qui est réputé pour agir de manière *top-down* et est présenté comme coordonné par la Sécurité civile. Nous pouvons donc constater que ces experts se penchent sur de grandes questions de l'heure dans une perspective de surveillance et de contrôle épidémiologiques, mais également de gestion des risques.

Ces nombreux enjeux et thèmes soulevés au comité ne sont pas détachés des échanges qui se déroulent à un autre comité décisionnel québécois. Un représentant du MSSS nous y a conviée et nous avons assisté à une rencontre à l'été 2008. Cette table nationale constitue non pas un groupe d'experts ayant un pouvoir de recommandation, mais émet des recommandations au ministre en termes de PCI.

Autour de cette table, il était question d'établir un cadre normatif en PCI afin de développer une cohérence et une nomenclature provinciale pour qu'une démarche systématique venant du MSSS soit appliquée à l'ensemble du Québec. Présentement, selon les participants, plusieurs méthodologies disparates existent pour recueillir des données statistiques au niveau local, soit dans chaque établissement. Ces données statistiques sont donc difficilement interprétables et comparables. De plus, les membres du comité souhaiteraient à terme, rendre public les statistiques en lien avec les maladies infectieuses.

À cet effet, un tableau de bord de surveillance en PCI a été envoyé aux directeurs d'établissements grâce aux indicateurs retenus dans le projet TOCSIN (Tableau organisationnel de contrôle et de suivi des infections nosocomiales) financé par l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) (Blais, Champagne, Rousseau, Benoît, Gendron, Gourdeau, Lemay, Maillot, & Tremblay, 2007). Selon nous, il est important de

souligner ici le lien étroit entre surveillance, contrôle et sécurité, lien qui a déjà été soulevé dans la recension des écrits et qui sera également abordé dans la présente section des résultats.

À partir des indicateurs de TOCSIN, le MSSS a retenu 16 thèmes afin de concevoir un outil pour les gestionnaires afin d'assurer un suivi au niveau de la PCI. Dans un premier temps, il ne sera pas question de reddition de comptes afin de permettre une période d'appropriation de l'outil par les établissements. Néanmoins, ce n'est pas une voie qui serait écartée d'emblée. Ce tableau de bord a été validé avec différentes instances et sa dissémination au travers du RSSS était envisagée. Il est également question de solliciter des comités afin que des indicateurs et des seuils minimaux soient établis sur base des particularités régionales. Et cet élément nous intéresse particulièrement, car durant le terrain réalisé à l'hiver et au printemps 2010, nous avons assisté à une rencontre du comité régional pour les soins de longue durée à laquelle les infirmières en PCI de différents établissements avaient été conviées à la Direction de santé publique. Il était justement question d'établir des indicateurs de surveillance pour les résidences qui répondent à la réalité clinique locale. Le contexte de ces comités nationaux s'intègre donc très bien au contexte observé sur le plan local durant la recherche, puisqu'une forme de continuité est visible ici entre les discours échangés sur le plan national et ensuite vécu durant la recherche même sur le plan local.

Ainsi, nous réalisons qu'au fil du temps, une impulsion provient des comités nationaux et provinciaux en PCI, cette impulsion se distille ensuite graduellement dans le RSSS et met du temps afin de se traduire concrètement en surveillance épidémiologique locale que ce soit pour le secteur de soins de courte ou de longue durée.

Mais la question de surveillance n'est pas la seule préoccupation du comité, il est aussi question de formation du personnel, dont celui de l'Hygiène et salubrité. Une formation des formateurs a été organisée par le Ministère (MSSS, 2011) où la permanence d'un expert provincial devait être établie en 2008. Il existe également, selon le comité de

PCI, des comités régionaux en hygiène et salubrité. Le président du comité s'interroge d'ailleurs sur le langage commun de la PCI et de l'Hygiène salubrité lors du comité de PCI.

Il est à noter donc que les structures mêmes des comités de PCI et d'Hygiène et salubrité sont distinctes au sein du RSSS. Ceci fait appel également aux résultats issus du terrain de cette recherche, nous le verrons plus loin, puisque la PCI et le secteur de l'Hygiène sont réputés pour mener une « guerre de clocher », tel qu'exprimé par les participants à la recherche. Apparemment, cette distinction profonde entre PCI et Hygiène et salubrité s'inscrit dès le départ dans leur structure pour ensuite se traduire dans leur culture, tel que nous le verrons plus loin dans les résultats issus du terrain.

Hormis la question d'hygiène et salubrité, le comité a reçu une représentante de l'ASSTSAS (Association paritaire pour la santé et sécurité du travail du secteur affaires sociales) qui présentait la Trousse de vaccination (ASSTSAS, 2008) afin que cette dernière soit appropriée par les établissements du RSSS. En ce sens, la question de vaccination en lien avec les infections demeure une priorité importante pour le comité.

Finalement, un dernier enjeu mentionné au comité de PCI en 2008 fait également écho aux préoccupations présentes lors du terrain réalisé en 2010 : il s'agit de la reconnaissance et de la valorisation des ressources infirmières en PCI.

Les participants au comité sont d'avis de recommander qu'une infirmière détienne un titre de spécialisation en PCI pour travailler dans ce domaine et que les infirmières devraient s'engager à suivre cette formation qui devrait être disponible dans les différentes régions québécoises. La formation offerte comprend présentement une partie théorique et un stage pratique de deuxième cycle non rémunéré.

La question de la reconnaissance de la spécialisation est abordée conjointement avec la valorisation de la formation en termes de reconnaissance salariale. En effet, tel que mentionné au comité, « ce que le MSSS offre n'est pas suffisant » pour assurer la rétention des infirmières en PCI. Les mesures de rétention sont abordées sous l'angle du statut d'emploi et de la rémunération conjointement avec la formation académique de deuxième cycle universitaire demandée aux infirmières en PCI. Officiellement, le MSSS négocie avec

le Conseil du Trésor et favorise la reconnaissance de la spécialisation. Dans les faits, le comité dénonce l'absence du soutien de ce dossier par les cadres supérieurs au MSSS et à l'Office des professions.

Un enjeu relié à la spécialisation touche également à la reconnaissance de l'autorité fonctionnelle de l'infirmière en PCI qui agit pour le moment comme conseillère. Le titre d'emploi d'infirmière en PCI varie d'un établissement à l'autre et un besoin d'harmonisation sur le plan provincial est soulevé : certains établissements emploient des infirmières techniciennes, d'autres des infirmières bachelières ou ayant une maîtrise. Les infirmières en PCI peuvent être infirmières, conseillères en PCI, voir conseillères cadre en PCI si elles ont un rôle de gestion d'équipe de PCI. Le titre d'emploi varie d'un établissement à l'autre, ainsi que les exigences académiques pour occuper la fonction d'infirmière en PCI.

L'ensemble de ces éléments reliés au dossier de formation infirmière spécialisée en PCI abordés dans le cadre du comité de PCI se retrouvent également dans les résultats terrains lorsque, dans le cadre des entrevues réalisées, nous avons abordé la question de la formation et du rôle de l'infirmière en PCI. Ces éléments seront décrits plus en profondeur dans les prochaines sections.

Nous venons d'aborder quelques réunions régionales et nationales auxquelles nous avons assisté en tant qu'observatrice invitée. Plusieurs éléments tant en matière de risques biologiques, de gestion des risques, de surveillance épidémiologique, de mesures de PCI, de guerre de clocher entre l'hygiène et la salubrité, de vaccination, de formation, de reconnaissance et de valorisation de la spécialisation en PCI ont été abordés.

Contexte mondial, national et local de pandémie de grippe A/H1N1

La préparation de cette étude a débuté un an et demi avant l'introduction dans le milieu de recherche, par la prise de contact avec différents intervenants clés issus du milieu. Tandis que le protocole de recherche se construisait graduellement et finalement, qu'un premier comité d'éthique étudiait ce projet de recherche pour approbation, une vague de

grippe A H1N1 s'est déclarée au Mexique au printemps et s'est poursuivie à l'été et à l'automne 2009. L'OMS a décrété l'état de pandémie mondiale et a mis en branle son plan pandémie pour gérer une crise sociosanitaire anticipée. Une fois cette crise mondiale passée, des experts internationaux ont émis des doutes sur l'OMS (Godlee, 2010). Des politiques, dont le Conseil de l'Europe (OMS, 2010), ont demandé une reddition des comptes à l'OMS accusée de collusion économique avec les compagnies pharmaceutiques afin de commercialiser un vaccin contre la grippe A/H1N1 et procéder à une vaccination massive volontaire de la population (AFP, 2011) pour une pandémie qui a occasionné 18 449 décès dans 214 pays et territoires différents (OMS, 2011). L'OMS s'en est défendue (OMS, 2010a). Néanmoins, une atteinte importante à la crédibilité de cette organisation internationale s'est opérée, malgré l'évaluation post-pandémie et la publication de mesures recommandées pour, entre autres, simplifier les phases de pandémie, raffiner la définition de pandémie, favoriser la disponibilité de documents multilingues durant la pandémie, maintenir les conférences de presse régulièrement pour informer le public sur l'évolution de la pandémie (OMS 2010b; OMS 2011).

L'OMS a été blâmée pour sa gestion de la crise A/H1N1 et sermonnée sur la scène internationale. Nous le verrons dans la partie de présentation des résultats issus du terrain, combien cette politique du blâme est présente. La recherche d'un coupable doit se faire lorsqu'une épidémie, une pandémie ou un événement indésirable survient et se décline sur le plan international en se ramifiant jusqu'au niveau local, voir microscopique. Le coupable est cherché, trouvé, condamné et exécuté. Nous y reviendrons plus tard dans la présentation des résultats.

Il est intéressant de souligner ici que l'OMS elle-même utilise une terminologie connotée à la guerre contre les microbes dont parlait Latour (2001) et Martin (1990), en utilisant le terme « riposte » mondiale contre la grippe (OMS, 2010).

L'image d'une guerre contre les microbes (Latour, 1984) est tout à fait pertinente, sachant que plusieurs stratégies de communication ont été utilisées tant à l'international qu'au Québec, à l'automne 2009, quelques semaines à peine avant l'introduction dans le milieu de recherche pour cette étude. Cette politique de communication était directement

inscrite dans le plan pandémie tant du Gouvernement du Québec, que du Gouvernement du Canada qui eux-mêmes sont publiés et accessibles au public (Gouvernement du Québec, 2008b; Gouvernement du Canada, 2011).

À l'automne 2009, en pleine pandémie de grippe A/H1N1, une campagne publicitaire digne d'une propagande de guerre a été martelée à la population québécoise. Nous le savons, les médias contribuent au façonnement de normes en matière de santé (Renaud, 2007) et appellent à leur respect. Cette propagande de guerre contre les microbes se traduit par des pages entières imprimées par les grands quotidiens québécois incitant la population à se faire vacciner contre la grippe pandémique A/H1N1. De tels communiqués gouvernementaux font appel à des procédés de propagande bien connus, structurés et largement diffusés (Morelli, 2001) qui nous rappellent ceux de la Seconde Guerre mondiale, images de notre enfance, retrouvées dans le grenier familial dans des coupures de presse de l'époque. Chomsky et McChesney (2004) soulignent d'ailleurs que l'on peut fabriquer l'opinion dans le cadre d'une propagande, et Klein (2008) affirme que « la guerre est toujours à la fois une mise en scène et une forme de communication de masse » (p.513). La communication de masse provenant des gouvernements canadien et québécois est alors omniprésente dans les médias.

Au cours de la pandémie de 2009, on assiste à une progression dans les discours médiatiques. D'abord, une urgence quant à la pandémie :

« Exclusif : foudroyée par le virus H1N1 : Quand la vie bascule en quatre jours. Le mari de Sylvie Hébert raconte son épreuve. « Allez vous faire vacciner » lance Marco, le mari de Sylvie Hébert. Le pire est à venir... Même si la campagne de vaccination se déroule rondement à Montréal. ». Page couverture. (La Presse, 6 novembre 2009).

« Branle-bas de combat : Grippe A(H1N1). La deuxième vague fait sa première victime au Québec. La campagne de vaccination débute lundi. ». (Grand-titre, La Presse, 22 octobre 2009).

La grippe A/H1N1, c'est du sérieux : elle foudroie et détruit des familles. Le message est clair. Il faut agir en se mobilisant et en se faisant vacciner.

Ensuite, l'impératif vaccinal est martelé par les différents paliers gouvernementaux et les experts qui présentent la vaccination comme un geste altruiste et humain en réponse à la grippe A/H1N1.

Quelques exemples de messages gouvernementaux provaccinaux durant la pandémie de 2009 incitant à l'application de mesures de prévention et de contrôle des infections:

« On se donne la main, on s'embrasse. Faites-vous vacciner avant les fêtes ». Communiqué pleine page du Gouvernement du Québec. (La Presse, 12 décembre 2009).

« Passez vos fêtes en famille, pas au lit. Faites-vous vacciner, lavez-vous les mains, toussiez et éternuez dans votre bras et restez à la maison si vous êtes malade ». Communiqué pleine page de l'Agence de la santé publique du Canada. (La Presse, 12 décembre 2009)

« Île de Montréal seulement. La grippe se propage facilement. Faites-vous vacciner. Le vaccin contre la grippe A(H1N1) est offert sur base volontaire. Il est gratuit et sécuritaire. Toute la population est invitée à se faire vacciner. Protégez ceux que vous aimez. Même si vous êtes en bonne santé, vous devriez vous faire vacciner. ». Communiqué pleine page du Gouvernement du Québec. (La Presse, 12 décembre 2009).

Rien que le 12 décembre 2009, 7 pages complètes du journal La Presse étaient consacrées à des communiqués gouvernementaux provaccinaux, alors que plusieurs articles de presse soulignent que la pandémie n'est pas terminée selon l'OMS (Branswell, 2009).

Après avoir créé la panique, rassurer est devenu le motto du gouvernement qui soutient avoir un plan pour chacun d'entre nous, et offrira son remède (la vaccination) au problème de la grippe de façon gratuite, mais ordonnée sur base d'une priorisation préétablie :

« La campagne d'immunisation H1N1 : notre plan pour les canadiens. (...) Nous sommes au cœur de la plus importante et la plus rapide campagne d'immunisation de masse de toute l'histoire du Canada. Pour immuniser des millions de personnes, il faut procéder par étapes. C'est pourquoi les responsables de la santé publique ont identifié les groupes qui doivent être immunisés en priorité. Parmi ceux-ci, notons les personnes âgées de moins de 65 ans atteintes de troubles de santé chroniques, les femmes enceintes, les enfants âgés de 6 mois à moins que 5 ans, les personnes vivant dans des

endroits ou communautés éloignés et isolés, les travailleurs de la santé intervenant dans le cadre de la pandémie de grippe H1N1 ou offrant des services de soins de santé essentiels, les soignants ou les aidants naturels de personnes ne pouvant pas être vaccinées ou pour lesquelles le vaccin n'a pas d'effet » (Butler-Jones, administrateur en chef de la santé publique du Canada, La Presse, 7 novembre 2009).

Il est à nouveau question ici de priorisation de certains groupes de personnes qui se verront accéder ou non à la vaccination.

Les discours gouvernementaux se veulent rassurants via des communiqués largement publiés dans la presse, et paradoxalement, leur simple publication constitue une urgence d'agir en pleine crise pandémique. Il est peu courant de voir des publications gouvernementales murs à murs, pages à pages dans les quotidiens. Rassurants les messages gouvernementaux?

Toute la question de l'attente du vaccin peut être soulevée. Il y aura des vaccins, mais pas pour tout le monde tout de suite. Il faudra se présenter selon un ordre de priorité préétabli par des experts scientifiques et des responsables afin de recevoir votre vaccin. Bien que gratuite, l'offre de vaccin est donc limitée dans le temps.

« Nous travaillons le plus rapidement possible. Si nous avons assez de vaccins, nous vaccinerions tout le monde en même temps, mais ce n'est pas le cas » (David Levine, ASSS, cité par Audet, La Presse, 24 octobre 2009).

Ce vaccin a été attendu, tel un remède miracle dans une situation pandémique présentée comme grave et sérieuse. La vaccination est présentée comme la solution de choix approuvée et sécuritaire pour contrer la grippe pandémique :

« Les cas de grippe A (H1N1) augmentent. Le vaccin se fait attendre. L'augmentation des cas de grippe A (H1N1) laisse présager que le pire pourrait survenir dès la mi-novembre, alors que la majorité de la population ne sera pas immunisée. Les foyers d'infection sont nombreux en Montérégie, en Mauricie et en Outaouais. Une trentaine d'écoles de la Montérégie, une trentaine en Mauricie et 26 en Outaouais rapportaient hier un taux d'absentéisme de plus de 10% parmi les élèves et le personnel, notamment pour des symptômes d'allure grippale » (Breton, La Presse du 28 octobre 2009).

« Renseignements importants. Protégez-vous contre la grippe H1N1. Santé Canada a approuvé le vaccin contre le virus de la grippe pandémique H1N1. Des études scientifiques ont démontré que ce vaccin est sûr et efficace. La vaccination contre la grippe H1N1 est le meilleur moyen de vous protéger et de protéger vos proches contre ce virus. Le vaccin sera offert à tous les Canadiens » Communiqué de l'Agence de santé publique du Canada (La Presse, 30 octobre 2009).

Ces nombreux messages gouvernementaux paradoxaux produisent leur effet, puisque les cliniques vaccinales seront bien remplies pendant un temps. La demande de vaccins, renforcée par les discours médiatiques d'urgence, étant importante au plus fort de la pandémie, l'offre quant à elle étant limitée aux groupes prioritaires, cette attente populationnelle était prévisible.

Le vaccin devient donc un bien consommable dont l'accès est privilégié (priorisé) à certains groupes, vaccin que l'on désire dans cette urgence créée de toutes pièces. Il devient un impératif afin de préserver autant notre corps de toute maladie que notre sécurité.

Pourtant, cette vaccination, certains la remettent en question, au même titre que la pandémie déclarée dont plusieurs doutent. Durant cette période de pré-terrain, nous avons également consulté plusieurs liens abordant la théorie du complot face à la pandémie A/H1N1, car cette théorie était abondamment relayée dans les médias. Ces médias présentaient le discours gouvernemental officiel de santé publique, les discours divergents d'experts scientifiques et certains discours à contre-courant qui touchent au complot.

Voici quelques exemples de discours issus de la rhétorique du complot :

« Le H1N1 est un leurre » (Agoravox, mai 2009).

« Depuis début avril, je m'informe quotidiennement de ce qui se trame autour de cette pandémie déclarée précipitamment par l'OMS, alors que cette grippe se révèle moins contagieuse et moins virulente que les gripes saisonnières ordinaires ! J'ai lu des centaines de pages, visionné des dizaines de vidéos scientifiques, effectué mes propres recoupements. La conclusion à laquelle j'arrive est implacable : nous faisons face à une des plus grandes tentatives de manipulation de notre histoire moderne, impliquant des milliers de complices (dans les mondes politique, militaire, médical, scientifique et médiatique) » (Blogue de Jean-Jacques Crèvecoeur, auteur belgo-québécois, 29 août 2009).

Crèvecoeur est un des auteurs qui dénonçait la pandémie comme outil mercantile favorisant la vaccination de masse de la population québécoise. Cet auteur était relayé par la presse québécoise en pleine pandémie (Breton, 2009).

Certains discours du complot abordent la manipulation génétique pour créer le H1N1 afin d'anéantir une partie de la population et créer un « ordre nouveau » désiré par les Illuminatis, membres d'une sorte de secte possédant des ramifications mondiales. D'autres discours touchent aux collusions financières et à l'immunité octroyée aux grandes compagnies pharmaceutiques pour produire un vaccin qui n'aurait pas été suffisamment testé et jugé dangereux pour la santé par l'ajout d'adjuvant nocif, s'insérant dans un discours antivaccinal (Moreco, 2009).

En pleine pandémie, Duclos (2009), anthropologue et directeur du CNRS français aborde la question de la psychose de la grippe en soulignant que :

« Prêter aux fonctionnaires nationaux ou internationaux des intentions obscures, voire criminelles, pouvant aller jusqu'à préparer — de connivence avec les laboratoires pharmaceutiques — un génocide mondial en vue de diminuer la population « en excédent », est non seulement une parfaite absurdité, mais une incitation à la haine, voire un appel au lynchage. Les médecins, chercheurs et fonctionnaires de santé qui travaillent dans le domaine difficile des épidémies actuelles, et qui peuvent intervenir dans des procédures de police sanitaire, sont dans leur immense majorité des gens dévoués à la cause qui fait l'honneur de leurs professions : protéger et sauver. Ils savent aussi que, lorsque la crainte irrationnelle s'empare de la population, ils sont les premiers à engager leur sécurité ».

À nouveau surgit le spectre du coupable, du blâme à faire porter, de la raison à trouver face à la maladie qui survient. Les coupables pointés dans les théories du complot au niveau de la pandémie grippale A/H1N1 sont fantasmagoriques à bien des égards : la mondialisation, les compagnies pharmaceutiques, certains hauts dirigeants prenant des décisions douteuses voir collusives, l'OMS a planifié la pandémie, la grippe A/H1N1 a été génétiquement modifiée en laboratoire pour tuer davantage certains groupes de personnes, les vaccinateurs sont des empoisonneurs.

Les discours issus de la théorie du complot constituent autant d'aberrations logiques qui sont néanmoins très éclairantes sur qui nous sommes en société. Loin d'être fondés sur les discours scientifiques, les discours véhiculés au sein de la population relayés par les médias (dont les médias sociaux) sont hétéroclites et remplis de couleurs qui font partie intégrante de notre culture. La théorie du complot fait partie de ces multiples discours entendus et observés dans la société concernant la grippe A/H1N1 et ces discours ont tous leur importance.

Néanmoins, nous ne pouvons aborder ce type de discours liés à la théorie du complot dans le cadre de nos travaux sans nous positionner clairement. En tant que scientifique, nous pouvons décrire ces discours, mais nous ne cautionnons ni n'adhérons à ce type de discours qui nous apparaît fantasmagorique rétrospectivement.

Aussi, nous distinguons clairement approche critique et théories du complot qui surgissent au sein de la population. Les théories du complot constituent une critique de la société, de son organisation, mais leur discours est tantôt fondé sur les rumeurs, tantôt sur des faits pseudoscientifiques, mélangés également avec des doutes émis sur la science. Les théories du complot forcent certainement les scientifiques à se positionner et à clarifier certaines zones d'ombres dans le champ des connaissances. Il y a de la critique dans les théories du complot, mais l'approche critique ne se fonde pas sur les théories du complot.

L'approche critique permet d'offrir un éclairage sociopolitique, sans pour autant soulever les principes téléologiques derrière chaque action, chaque fait observé à la recherche de coupables, de personnes mal intentionnées. L'idée avec cette analyse critique n'est certainement pas de démontrer que les institutions publiques ont tenté d'éradiquer une partie de la population mondiale en créant et en disséminant le virus H1N1 pour ensuite fournir un vaccin et bénéficier des retombées économiques et politiques d'une telle campagne. C'est là que se situe la différence entre une théorie du complot issue d'une démarche populaire liée à l'incertitude et la recherche des coupables à une situation pandémique donnée, et une analyse critique qui permet de documenter des discours en lien avec les risques et la sécurité face aux maladies infectieuses, donc de saisir les relations de pouvoir et ce qu'elles produisent sur les corps. En somme, la théorie du complot utilise la

critique pour jeter un regard particulier sur la société. Toutefois, l'approche critique ne se fonde pas sur le complot pour expliquer les relations de pouvoir en son sein.

À défaut de pouvoir documenter les discours dans le milieu de recherche directement au plus fort de la pandémie au printemps, à l'été et à l'automne 2009, nous avons donc documenté systématiquement les discours de différentes instances publiés dans les médias et sur leurs pages Web qui concernaient la pandémie, mais également les discours contenus dans les articles journalistiques eux-mêmes publiés quotidiennement. Ceci nous a permis de compiler 7cm d'épaisseur de coupures de presses, d'images et de consulter plusieurs dizaines de pages Web en lien avec la pandémie de grippe A/H1N1. Cette documentation nous a permis de saisir une partie du contexte sociétal plus large par l'entremise des médias écrits et des médias sociaux. Il s'agissait, en quelque sorte, d'une mise en bouche avant de débiter le travail de terrain dans le milieu de recherche à l'hiver 2010.

Une recherche documentaire rétrospective plus exhaustive sur les discours liés à la pandémie dans les médias et le rôle joué par les infirmières durant la pandémie décrite dans les médias pourrait faire l'objet d'une recherche postdoctorale.

En ce qui concerne le contexte local du CSSS, ce dernier a été documenté à l'aide de la grille d'observation et des journaux de terrain, tel qu'expliqué dans la section méthodologie. Une description détaillée du contexte de recherche ne peut être réalisée, afin de préserver l'anonymat du CSSS garanti sur le plan éthique. Toutefois, quelques éléments du contexte local du CSSS méritent d'être davantage approfondis, même si des éléments propres au milieu de recherche ont été abordés dans la section méthodologie.

Les sept éléments du contexte local présentés ici sont issus de la grille d'observation de Peretz (2004) utilisée lors de la collecte de données (voir annexe 8).

Premièrement, la situation observée se doit d'être définie selon la grille. La situation géographique du CSSS ainsi que son nom ne peuvent être clairement mentionnés afin de maintenir l'anonymat du CSSS. Toutefois, nous pouvons souligner que le CSSS se situe

dans la grande région métropolitaine de Montréal et son choix a été justifié dans la section méthodologie. Peretz (2004) suggère de partager les expressions utilisées lors des premières rencontres et les impressions générales dans l'établissement. Tout d'abord, l'établissement est multi-sites. Il comprend plusieurs installations d'hébergement pour personnes âgées, des installations à vocation plus communautaires et un hôpital. Il s'agit d'un CSSS qui offre des services de proximité, puisqu'il est situé majoritairement au sein même de quartiers résidentiels montréalais. Sa clientèle varie d'une installation à l'autre, puisque le CSSS couvre plusieurs quartiers montréalais très différents : certains sont décrits comme étant plus défavorisés que d'autres dans les statistiques sociodémographiques locales. Aucune statistique ne peut être fournie ici, afin de présenter le portrait sociodémographique de la population desservie par le CSSS pour des raisons éthiques de maintien de l'anonymat du CSSS.

La réalité multi-sites de cet établissement comporte des défis importants, tant pour la visite des lieux que pour l'intégration et l'harmonisation sur le plan organisationnel. Les déplacements y sont nombreux, puisque des réunions ont lieu sur les différents sites du CSSS. L'impression générale de l'établissement lors des visites touche à la vétusté des installations, particulièrement de certaines résidences. C'est ce qui frappe le plus : l'encombrement de certains espaces, l'étroitesse des corridors, le fait que des plafonds soient bas à certains endroits et l'odeur typique des espaces de soins. Il y a cette espèce d'atmosphère étrange qui y règne, comme si le CSSS murmurait : « on fait ce qu'on peut, du mieux qu'on peut, avec ce qu'on a ». Une impression de foyer se dégage des résidences pour personnes âgées. Il y a des couleurs, des compositions artistiques, des sourires chaleureux dans les résidences, les personnes nous saluent et se saluent entre-elles. Tout le monde semble se connaître, cela donne l'impression d'un petit village. Dans les CLSC, il y a plutôt de la fébrilité : du va-et-vient, un climat épuré mais encore chaleureux y règne. Beaucoup de bureaux, des équipes qui discutent en fin d'après-midi des soins données et à planifier pour les prochains jours. Les équipes semblent se connaître entre-elles, mais connaissent peu leurs collègues des autres étages. Les CLSC donnent l'impression de points de relais aux professionnels, puisque la majorité de la surface de l'installation est constituée de bureaux. Finalement, l'impression générale de l'hôpital est austère. Malgré

les sourires et les échanges chaleureux, le bâtiment ressemble à un colosse rectangulaire peu propice à l'amusement et à l'ouverture. Les locaux sont froids et impersonnels. Les patients débordent dans les corridors de certaines unités. L'hôpital ressemble plus à une machine de production, il donne l'impression d'être une grande ville urbaine bétonnée.

Deuxièmement, un inventaire des objets, des espaces, des instruments, des outils et éléments du décor nécessaires à l'action a pu être dressé dans le journal de terrain. Une carte géographique de l'établissement a pu être décrite dans le journal de terrain à la suite des différentes visites réalisées. En termes de risques biologiques, chaque élément touchant à la prévention et au contrôle des infections a été répertorié dans le journal de terrain. Ils sont constitués principalement d'affiches de prévention, de dispositifs de rinçage des mains, de l'équipement de protection (gants, lunettes, masques, blouses). Les guides de PCI constituent également des éléments fondamentaux pour l'action de prendre soins des patients et de leurs familles. Les installations sont physiquement découpées en unités de soins où se retrouvent les objets permettant de prévenir et de contrôler les infections. Par ailleurs, ces « instruments » de PCI se situent bien souvent dans les corridors des unités à proximité d'affiches de prévention qui touchent au lavage des mains. La description de ces affiches sera détaillée dans la présentation des résultats.

Troisièmement, les règles formelles définissant la présence dans les lieux sont explicites. Il y a des heures d'ouverture au CSSS, un affichage des règlements et du code d'éthique qui prévaut au sein de l'établissement. Les personnes autorisées à circuler dans l'établissement sont nombreuses : le personnel du CSSS dont les professionnels de la santé, le personnel de soutien, le personnel de l'entretien, les gardiens de sécurité; les patients et les familles, les visiteurs. À cet égard, un resserrement des règles de circulation a dû être réalisé suite à du vandalisme subi à l'hôpital qui est un lieu où la circulation humaine est dense. En matière de gestion de risques biologiques, des restrictions particulières à la circulation sont instaurées en cas d'éclosion. Ces restrictions sont communiquées à toutes les personnes qui entrent au CSSS via des affiches et via la présence d'un gardien de sécurité qui demande à chacun de se rincer les mains à l'entrée. Des règles existent

également quant aux isolements, à leur instauration et à la levée des isolements individuels ou de cohorte. Ces règles sont fondées sur les normes de PCI édictées par la santé publique et le guide de PCI quant aux mesures à prendre pour gérer les risques biologiques.

Quatrièmement, les professionnels présents dans le milieu de recherche sont nombreux : infirmières, médecins, ergothérapeutes, physiothérapeutes, travailleurs sociaux, etc. Les infirmières en PCI ont été suivies durant leur journée de travail, tant la cadre de PCI que de son équipe. Les rôles de l'infirmière en PCI seront discutés de manière détaillée suite aux observations réalisées sur le terrain dans la description des thèmes en présence au CSSS. L'équipe de PCI travaille principalement de jour durant la semaine et des gardes sont prévues en dehors des heures habituelles de bureau. Par ailleurs, cet horaire de bureau est mis de l'avant dans le recrutement d'infirmières dédiées à la PCI, puisqu'au CSSS, un poste d'infirmière en PCI demeurerait vacant. Le reste des infirmières, population cible de cette recherche, travaillent de jour, de soir et de nuit, 24h sur 24 dans toutes les installations du CSSS, sauf aux CLSC où aucun soin infirmier n'est dispensé durant la nuit à notre connaissance suite aux visites réalisées.

Durant les observations réalisées lors des réunions au CSSS, nous avons pu documenter que la majorité des membres présents à ces rencontres sont des gestionnaires. Les réunions portaient de près ou de loin à la gestion des risques biologiques et à la sécurité, sujets de la recherche. Les membres de la haute direction étaient composés de la directrice des soins infirmiers, et/ou de la directrice générale adjointe. Les cadres intermédiaires étaient des coordonnateurs, des infirmières chefs, la cadre en PCI, des conseillères en soins. Finalement, les infirmières en PCI étaient parfois présentes lors de certaines réunions. La personne responsable de la PCI au sein de l'établissement est l'officier de prévention. Il s'agit d'un médecin microbiologiste qui travaille à temps partiel au sein du CSSS. Dans les faits, l'infirmière-cadre en PCI qui travaille à temps plein au sein du CSSS et son équipe d'infirmières en PCI assument la responsabilité de la PCI pour tout l'établissement. Il va sans dire que la haute direction est imputable de ce qui se produit au sein du CSSS et est régulièrement informée de la situation sur le plan des maladies infectieuses.

En ce qui concerne le contexte des entrevues, elles ont été majoritairement réalisées dans les locaux du CSSS et durant les heures de travail des infirmières libérées par la DSI. Chaque entrevue a été réalisée dans un bureau fermé où la confidentialité et l'anonymat des participants a pu être assurée. Lors de cette rencontre, la recherche était présentée ainsi que le formulaire de consentement, tel qu'expliqué dans la section méthodologie. Ces entrevues ont eu lieu dans un contexte de pandémie et de revendications syndicales face à la convention collective du CSSS.

Cinquièmement, les utilisateurs du lieu sont nombreux. Un CSSS ressemble à une ville en soi : une cantine, une buanderie, des espaces de soins, des bureaux, etc. La majorité du personnel est habillé en uniforme que ce soit un uniforme d'infirmière, de gardien de sécurité, de chirurgien, une blouse de médecin, un uniforme de préposé à l'entretien, etc. Les visiteurs ne portent pas d'uniforme tout comme les gestionnaires de l'établissement. Les patients portent également une forme d'uniforme, du moins à l'hôpital : ils revêtent une « jaquette » d'hôpital. Les patients ambulatoires n'en portent pas. Les personnes âgées résidant dans les milieux de vie du CSSS ne portent majoritairement pas de « jaquette ». Les patients infectés, vulnérables ou à risque sur le plan biologique portent un équipement de protection. Généralement, une jaquette d'une couleur différente de la jaquette habituelle. Ils portent également l'équipement personnel de protection (gant, masque, blouse), ce qui les différencie des patients habituels qui ne sont pas à risque, qui ne sont pas contaminés ou isolés. Les droits des patients sont habituellement mis en avant dans le CSSS, par exemple par des affiches de rappel sur les mesures préservant la confidentialité des informations personnelles des patients. Il n'y a aucune affiche ou signe clair mentionnant les droits des employés, hormis sur le babillard des syndicats.

Sixièmement, les usages du lieu touchent aux coutumes présentes dans le CSSS. La PCI ne s'est développée que récemment au sein du CSSS. Elle fait partie intégrante de l'établissement que depuis quelques années. Les habitudes en termes de PCI seront détaillées dans la description des thèmes en présence au CSSS. Il est clair qu'un effort considérable venant du CSSS est palpable quant à la volonté de respecter tant les normes de

PCI que de sécurité du patient. Le CSSS tend vers le renouvellement de son agrément qui répond aux demandes gouvernementales. Il est important de noter que durant la collecte de données, une grève avait lieu au CSSS. Le discours syndical était très présent et des piquets de grève ont fait leur apparition devant l'hôpital. Concomitamment, une étude commandée par le syndicat du CSSS faisait état de problèmes organisationnels quant au climat de travail (voir annexe 10). Cette grève venait briser les coutumes établies fondées sur le dialogue d'après la direction.

Septièmement, l'établissement peut être situé dans un environnement communautaire et territorial plus large. Le CSSS fait partie de la région métropolitaine de Montréal et est situé dans un pays industrialisé qu'est le Québec. La vocation principale de l'établissement est de dispenser des soins à la population. Il s'inscrit dans un RSSS dont différentes institutions et leurs productions scientifiques ont été documentées dans la recension des écrits sur le plan des risques biologiques et de la culture de sécurité.

Finalement, il est utile de planter ce décor de ce que nous qualifions de contexte de la recherche avant de débiter la description des résultats issus du terrain directement, car les discours ont été, à bien des égards, imprégnés par ce contexte qui a précédé et perduré durant la présente recherche. Ces discours entourant la pandémie de grippe A H1N1 dans la société en général ont clairement teinté les discours présents dans le milieu de recherche.

5.2. Description et discussion des thèmes en présence au CSSS

La méthode d'analyse thématique de Paillé et Muchielli (2010) a permis de dégager trois axes sur la base des verbatims, dans lesquels s'imbriquent les différents discours analysés sous un angle foucauldien.

Ces axes sont les suivants :

- Axe I : La pandémie et la maladie infectieuse
- Axe II : le risque et sa gestion
- Axe III : la sécurité et sa culture

Sous ces différents axes thématiques se retrouvent différents regroupements de thèmes fondés sur les verbatims des participants à la recherche exprimés via les différentes méthodes de collecte des données. L'analyse critique s'inscrit dans ces axes tant par ces éléments discursifs que non discursifs qui relèvent davantage du contexte et des non-dits abordés par Foucault (2001). Rappelons brièvement que les non-dits font appel à tout ce qui est tacite, invisible car trop familier, présent dans le contexte de tous les jours, tel que nous l'avons explicité dans la section méthodologie. Nous approchons ces non-dits à l'aide des observations terrain documentées grâce à la grille et aux notes détaillées dans les journaux de terrain.

5.2.1. Axe I : la pandémie et la maladie infectieuse

Cet axe se décline en plusieurs regroupements de thèmes qui seront présentés successivement ici, soit la pandémie et la temporalité, la conception de la maladie infectieuse et les mesures de prévention et contrôle des infections. À nouveau, nous invitons le lecteur à consulter l'arbre thématique (annexe 12) et la carte heuristique pour l'analyse critique des relations de pouvoir (annexe 11) afin de clarifier toute ambiguïté sur le plan de l'analyse.

Commençons donc par aborder cette importante question de la pandémie qui est au cœur des questions de cette recherche, à savoir comment se manifeste la culture de sécurité dans une organisation de santé, les discours en présence en matière de risques biologiques et pandémiques face aux maladies infectieuses et leur traduction dans le quotidien des infirmières. Déclinons donc ensemble les discours tenus au sein du CSSS en les discutant directement dans un texte narratif continu, respectant ainsi une certaine tradition anthropologique en cohérence avec le devis. Il est évident que ces discours documentés lors du terrain sont une vision rétrospective des participants qui ont vécu la pandémie dans le CSSS à l'été et à l'automne 2009 au plus fort de la vaccination. Leurs discours sont teintés de leurs expériences en la matière.

La pandémie et temporalité

Il est fort utile de s'interroger en tout premier lieu sur l'existence ou l'absence d'une telle pandémie et sa vraisemblance semble être tantôt remise en question, tantôt acceptée d'emblée par les différents participants de la recherche.

Leurs propos quant à la vraisemblance d'une pandémie sont très contrastés et l'on ne peut affirmer avec certitude que la majorité des participants sont convaincus ou non qu'une telle pandémie a existé. Des doutes sont présents chez les participants quant à la vraisemblance d'une telle pandémie :

« Je dis on est allé un peu fort nous là dans le H1N1 (...) le petit jeune joueur de hockey après tout le monde voulait se faire vacciner à partir de cet événement-là» (participant 4)

« je crois qu'il y a eu une pandémie, mais d'ailleurs, les données scientifiques le disaient l'OMS. Moi, j'me suis fiée à ces organismes là, aux données que la Santé publique du Québec faisait. Donc je n'ai pas remis ça en question ». (participant 10)

« on n'était pas en épidémie ok ». (Participant 4)

« sur la pandémie de H1N1, mon opinion a changé avec le temps (...) j'en suis à me demander si le risque n'a pas été surévalué ». (participant 6)

« mais est-ce qu'il y a eu une pandémie (...) oui je crois qu'il y en a eu une ». (participant 8)

Une clarification quant au verbatim de la participante 4 est nécessaire. En Ontario, un adolescent de 13 ans, joueur de hockey, est décédé de la grippe A/H1N1. Ceci a été abondamment relayé par les médias, propos commémoratifs et photos du jeune à l'appui (Radio-Canada, 2009; TVA, 2009). Selon cette infirmière, cela a été l'élément déclencheur qui a augmenté l'urgence de se faire vacciner au sein de la population québécoise.

La question de l'amplification de la situation pandémique est soulignée par les participants. Selon certains d'entre eux, il est possible que les médias aient grossi la vraisemblance de la pandémie, engendrant la prise de mesures importantes qui ne sont pas déployées en temps normal, tandis que le pathogène H1N1 est perçu comme moins virulent que la grippe saisonnière.

« ça a été grossi par les médias, parce que y'a plus de (inaudible) si on lisait, si on faisait la liste de la lecture de la littérature, y'a plus de gens qui meurent de la grippe que de la H1N1 si on fait le décompte. Puis on ne prend pas toutes ces mesures là tsé, c'est ça l'histoire ». (participant 4)

« moi, je ne trouve pas qu'on a fait ça pour rien parce que tant mieux, s'il n'y en a pas eu, je pense qu'on était quand même prêt (...) là on l'a fait puis y'é rien arrivé tant mieux ». (participant 5)

« maintenant, jusqu'où ça a été nécessaire de faire tout ça, ça moi tsé, je pense que j'ai pas les moyens ni les connaissances pour aller me débattre de ça. Ceux qui les ont, même ceux qui les ont pas en ont débattu ». (participant 9)

Le recours à une échelle critériée de l'OMS fondée sur six phases (OMS révision de 2009; OMS, 2011) est remise en question par certaines infirmières qui constatent que la pandémie de niveau 6 a été décrétée, mais qu'en réalité, la grippe A/H1N1 a causé moins de décès qu'une simple grippe saisonnière.

« on était en menace de pandémie (...) c'est vrai que si on regarde l'échelle de l'OMS au niveau des critères on les rencontrait sauf qu'au niveau de la gravité, écoute la grippe a fait plus de victimes, l'influenza en général a fait plus de victimes, en fait plus que ce que le H1N1 peut faire ». (participant 7)

Aussi, ce type de discours entourant la vraisemblance de la menace pandémique et la remise en question de la pandémie avérée ou non fait écho aux commentaires postpandémie et aux doutes postpandémie émis par différents états qui ont demandé des explications à l'OMS une fois la pandémie terminée. Ces doutes quant à la vraisemblance de la pandémie se sont développés et renforcés une fois que le gros du « nuage noir » pandémique est passé. L'image du nuage noir est intéressante pour saisir l'ampleur de la pandémie qui arrive, que nous vivons et qui ensuite, s'atténue et laisse des traces en postpandémie par la suite. Il n'est donc pas étonnant que certains participants questionnent la vraisemblance de cette pandémie de grippe A/H1N1 de manière rétrospective.

Propagation et vraisemblance de la pandémie

La vraisemblance de la pandémie est intimement reliée aux voies de propagation de l'infection. La mondialisation est abordée par les participants comme une fatalité, facilitant la transmission de la maladie. Selon les infirmières les individus voyagent beaucoup à l'international et rapportent des maladies en contaminant leur pays d'origine.

« là, on voyage vraiment beaucoup plus puis les gens prennent pas nécessairement toutes les précautions (...) ils reviennent malades (...) là ils rapportent tout ça ici. ». (participant 4)

Nous pouvons discuter ce type de propos entendus dans le CSSS en les reliant à plusieurs discours sur le plan international qui aborde la pandémie sous l'angle de la mondialisation et l'intensification des échanges dans une économie capitaliste de marché où les frontières s'atténuent pour faciliter les échanges (Santé Canada, 2003; Tapiéro et Carle, 2009; Derenne et Bricaire, 2005; Wald, 2008). La Santé publique elle-même est perçue comme se globalisant (Lapaige, 2009; Nies et McEwen, 2007). Rappelons que la survenue de la grippe A/H1N1 s'est propagée rapidement du Mexique vers différents pays suite aux échanges et aux contacts humains, facilités par les voyages de personnes via le transport aérien (OMS, 2010).

Ceci nous amène à nous questionner sur la propagation des maladies et surtout la façon dont on cible certains éléments et en omettant d'autres dans nos raisonnements logiques au niveau de la vraisemblance de la pandémie et de sa cause. Quand ce ne sont pas les échanges internationaux qui sont pointés du doigt comme étant potentiellement destructeur, augmentant la dissémination des pathogènes au travers de la planète, risquant d'anéantir rien de moins qu'un pan complet de l'humanité, c'est notre environnement que nous accusons. L'environnement et tout ce qu'il contient en faune ou en flore et en changements dont climatiques qui seraient induits par l'homme (Villeneuve, 1998) et joueraient un rôle dans l'émergence de pathogène (Chastel, 2004; Manceron, 2009; Manceron et Roué, 2009). Par ailleurs, des controverses socio-environnementales existent et prennent leur source même dans la relation homme-nature quand nous adoptons une vision anthropocentrique, biocentrique ou écocentrique de l'environnement (Huybens,

2009). Quand nous n'accusons pas les cochons (grippe porcine) d'être les hôtes de pathogènes, ce sont les oiseaux (grippe aviaire), leur mode d'élevage international et industriel qui propagerait les maladies, ce que ne ferait pas un élevage local et biologique selon les discours écologistes (Grain, 2009; Écologie blog, 2009; Grist, 2009; Safran Foer, 2010). Ceci serait relié à la conception que l'humain a de son environnement et du comportement de destruction et de domination face à lui qui est réduit à un objet, à un potentiel financier dans une société capitaliste ancrée dans la modernité (Visier, 2005; Tapiéro et Carle, 2009).

La pandémie, une folie collective?

Il y a donc une multitude de discours entourant la vraisemblance de la pandémie et sa cause tant à l'international qu'au niveau du CSSS, lieu de la recherche. Ces discours aux multiples voix forment une espèce de cacophonie digne de l'hystérie collective abordée par Bourke (2005) au plus fort de la crise pandémique A/H1N1 déclarée par l'OMS.

Après les doutes émis quant à la vraisemblance de la pandémie, certains participants qualifient cette période de « folie collective », rétrospectivement, citée tant durant les observations de terrain que lors des entrevues auprès des infirmières. À titre d'exemple, voici ce que dit une participante : « *puis toute cette folie collective, parce que ça a été vraiment de la folie collective tout ça là [parlant de la pandémie A/H1N1]* ». (participant 9)

De tels propos doivent être nuancés et mis en rapport avec d'autres propos présentés au préalable lorsque nous avons abordé la vraisemblance de la pandémie. Ce ne sont pas tous les participants qui considèrent que la pandémie n'a pas eu lieu et qu'il s'agit d'une folie collective.

Les gestionnaires, de par leurs réactions à la pandémie, sont considérés comme des agents qui alimentaient cette folie collective en limitant la circulation des personnes âgées à l'extérieur de l'établissement :

« dans les résidences (...) les gestionnaires là-bas, les ont, aussi à mon centre, je te dis pas que ce n'était pas justifié, mais là y'avait une journée là vous ne sortez pas aujourd'hui parce qu'y a des cas. Mais c'est leur milieu

de vie tsé. Fait que je trouve ça a généré comme une folie collective tout ça ». (participant 9)

Bien que ces mesures de limitation de la circulation des individus puissent être perçues comme une mesure de PCI et de gestion des risques biologiques en pleine pandémie, ces mesures peuvent également être comprises en tant que dispositif de sécurité foucauldien tel que nous l'aborderons dans les mesures de PCI.

Certains signes de cette folie collective étaient perceptibles durant le pré-terrain, et font écho à de tels propos, puisqu'une affluence de personnes désirant la vaccination a été observée et documentée par les médias. Des foules compactes de personnes priorisées ou non patientaient devant les cliniques de vaccination québécoises à l'automne 2009 pour obtenir le remède qui les protégerait contre cette grippe pandémique (Michele, 2009).

Rétrospectivement, nous comprenons que cette traduction de la folie collective s'est inscrite dans notre propre corps, au sein de notre propre famille durant le pré-terrain en 2009. Attendu la pandémie déclarée, sa progression, les mouvements de foules observés au Québec pour la vaccination, les exhortations des gouvernements québécois et canadien et des médias à nous préparer au pire, nous avons constitué une trousse d'urgence à la maison. Le doute était semé dans notre esprit : la pandémie risquait de nous toucher directement, de s'inscrire dans nos corps physiques, voir de nous anéantir par la maladie. Dès lors, nous avons opté pour une préparation d'une trousse d'urgence, mais aussi manifesté notre disponibilité en tant qu'infirmière à l'Institut national de santé publique où nous avons travaillé au sein de l'unité des risques biologiques. Une certaine ironie étant que nos anciens collègues nous ont affirmé que tout était calme à la Santé publique et qu'ils n'avaient pas besoin de renfort pour le moment : tout était « sous contrôle ».

Le doute étant présent quant au pire qui pouvait se produire, nous avons décidé de nous préparer : notre trousse d'urgence était composée de médicaments antigrippaux pour notre famille recomposée de 5 personnes, d'une trousse de premiers soins à jour, de réserves alimentaires de première nécessité, d'une réserve de propane pour notre foyer et des pamphlets gouvernementaux d'aide à la décision pour faire face à une crise pandémique majeure (Gouvernement du Canada, 2009; Gouvernement du Québec, 2009).

Le principe de précaution nous dominant : notre famille se tenait prête pour le pire annoncé et lié à la pandémie A/H1N1. Et ce « pire » annoncé, nous y pensions en lien avec notre recherche, avec l'histoire des épidémies documentée dans les premiers chapitres de cette thèse. Ceci n'était pas pour nous rassurer face au risque que les prédictions les plus sordides des statisticiens ne se réalisent, soit qu'un tiers de la population ne soit décimée par ce pathogène avec le chaos sociétal que cela entraînerait. La connaissance de ce « pire » annoncé était quelque peu terrifiante, proche des prédications apocalyptiques et fondée sur un catastrophisme certain. L'hystérie sociale se distillait graduellement dans nos corps tandis qu'après-coup, une fois la pandémie terminée, il apparaît que nos schèmes de pensées semblaient proches de la pathologie psychiatrique digne de l'obsession collective. Nous y reviendrons en abordant la question du lavage des mains dans les mesures de prévention et de contrôle des infections.

Dans le cadre de cette recherche, à l'hiver 2010, nous avons pu noter aussi des soubresauts de ce que nous qualifions après coup de folie collective liée à la pandémie. Un exemple très frappant concerne une des premières rencontres de gestionnaires, principalement infirmiers, à laquelle nous avons assisté. Lorsque nous nous sommes présentée à la table, une infirmière gestionnaire nous a questionnée en nous demandant si la pandémie était de notre fait, car il était suspect que nous venions faire une recherche sur ce sujet dans un momentum aussi parfait selon cette personne. La gestionnaire est allée jusqu'à soutenir que nous comptons peut-être introduire la grippe A/H1N1 dans leur établissement au bénéfice de notre recherche. Ces propos étonnants, bien que tournés en humour par la suite, demeurent toutefois la manifestation de peurs, d'incertitudes qui prennent la forme de suspicion au sein même de la population infirmière.

Mobilisation infirmière pour la vaccination H1N1

Le mot d'ordre semble donc être « panique » et « suspicion » dans cette folie collective de pandémie A/H1N1. Plusieurs infirmières ont d'ailleurs souligné cette inquiétude, voir cette panique au sein de la population :

« Il y a eu quand même un petit peu un vent de panique dans la population ». (participant 6)

« les patients en entendaient parler... si y t'appellent, c'est quand vous allez venir me vacciner puis chui inquiète. (...) là quand je te parle de folie collective, écoute y'avait pas une journée ou on avait pas 5 à 6 téléphones là (...) je pense que dans tout ce qu'il y avait de propagé dans les médias. (...) c'était une folie collective et en dehors de mon milieu de travail les gens aussi c'était devenu comme si tu tousses là, approche-moi pas, vient pas. C'était vraiment je trouve que la population apeurée ». (participant 9)

L'impact de la pandémie s'est donc fait ressentir sur la mobilisation des infirmières pour répondre aux peurs et aux besoins de soins de la population québécoise suite à cette pandémie décrétée. Les voilà très rapidement assaillies de demandes de leurs patients quant à cette fameuse grippe A/H1N1 et à la vaccination présentée comme un moyen de protection incontournable.

L'approche structurée et systématique du Ministère de santé et de services sociaux a permis à la fois de renforcer cette panique collective via la publication de communiqués dans les médias, mais également de gérer cette panique par l'instauration de mesures concrètes soulevées par les infirmières du CSSS. Relevons ensemble quelques verbatims décrivant cette approche ministérielle structurée, mais aussi ses manquements perçus en clinique.

Tout d'abord, les différentes directions de l'établissement de santé ont priorisé ce dossier pandémie et se sont impliquées dans la gestion de cette crise :

« c'était un dossier qui était prioritaire pour lequel toutes les directions ce sont dévouées en fait, ont participé à un plan ». (participant 7)

« nos directeurs se sont beaucoup beaucoup impliqués. Notre direction, la direction générale (...) les directeurs étaient pas mal tout le temps là ». (participant 7)

Ce discours paradoxal entre en opposition directe avec l'information qui a été transmise par la direction elle-même quant au fonctionnement du CSSS en temps de pandémie. Les directeurs sont réputés confinés à des centres opérationnels disséminés dans

la communauté, à l'extérieur du CSSS afin de ne pas être contaminés ou de contaminer et de permettre que l'établissement de santé demeure opérationnel.

L'approche ministérielle était résolument hiérarchique, *top-down* pour donner des directives et contrôler le personnel de terrain, tandis que les stocks de vaccins étaient gérés de manière très serrée:

« l'Agence, le ministère, on répondait. C'était du top-down donc on avait des choses à, des comptes à rendre puis on avait des étapes à suivre; c'était assez structuré. (...) qu'on manquait de vaccin et ça n'allait pas bien puis que bon, on savait, fallait sélectionner, fallait suivre le Ministère, fallait suivre les directives du Ministère dans ce sens-là ou de l'Agence (...) c'était géré serré, très serré ». (participant 7)

Malgré l'approche *top-down*, une confusion s'est ressentie entre ce qui est dit aux infirmières en clinique, versus ce qui est dit aux médias et entendu par la population et les infirmières elles-mêmes. Les instructions données aux infirmières quant aux mesures à prendre pour la pandémie variaient d'une journée à l'autre, ce qui générait de l'insécurité.

« par le Ministère, par l'Agence, il y a eu quelques confusions avec, parce que quand on écoutait les nouvelles, puis quand on revenait le matin, c'est parce que ça bougeait tellement vite là, fallait être prêts ». (participant 7)

Bien que les directives ministérielles fussent claires, celles-ci étaient changeantes au fil de l'évolution de la pandémie. À cet égard, le CSSS disposait même de babillards dédiés à la pandémie situés dans des endroits stratégiques de ses différentes installations.

Par ailleurs, les infirmières n'étaient pas toujours d'accord avec les directives ministérielles, entre autres en lien avec la priorisation des personnes à vacciner. Il est difficile pour elles de faire appliquer les critères de priorités établis dans les bureaux ministériels, tandis qu'aucune infirmière rencontrée durant l'ensemble de la collecte ne nous a souligné la présence de membres ni du Ministère, ni de l'Agence dans les cliniques locales de vaccination ouvertes par le CSSS. Il semble que ces derniers étaient tout simplement absents sur le plan local tandis que les professionnels de la santé travaillant au CSSS faisaient face à des vagues successives de patients conviés dans les journaux et à la télévision par les instances publiques à se faire vacciner.

« fallait suivre les directives du Ministère dans ce sens-là ou de l'Agence, mais on n'était pas toujours en accord avec ça. C'était rigide, très rigide. C'était correct, mais en même temps c'était difficile pour nous ». (participant 7)

« les gens tenaient à se faire vacciner le plus rapidement possible quand on leur disait qu'ils ne répondaient pas aux critères, c'était difficile ». (participant 8)

« c'était très très difficile puis ça on l'a vécu beaucoup beaucoup les premières semaines ». (participant 6)

Ce type de verbatim est corroboré par les observations de terrain réalisées où plusieurs infirmières soulevaient la question de la distribution du vaccin sur base de priorités établies dans les bureaux gouvernementaux à Québec. Il est difficile pour un professionnel de la santé, un être humain lui aussi qui vit une situation de crise, de respecter les critères de sélection d'attributions à un patient, un autre être humain, d'un remède de protection contre la maladie. Devoir faire face à la colère d'une partie de la population qui se voit refuser temporairement l'accès au dit remède n'est pas chose aisée pour les infirmières rencontrées dans le CSSS. Ce n'est pas tant la compréhension des critères, que leur application concrète en clinique qui est perçue comme ardue, car ces dernières doivent jouer un rôle d'agent régulateur dans l'administration du vaccin contre le H1N1.

La population en général, mais aussi les patients du CSSS âgés ou souffrant déjà de maladies chroniques ne comprenaient pas les critères d'attribution prioritaire du vaccin tandis qu'ils sont apeurés :

« Non parce que les patients sortent presque plus fait que je considérais qu'ils étaient moins à risque de l'attraper dans le groupe d'âge qu'ils transmettaient tsé. Mais ça moi, je suis capable de le comprendre, mais eux autres, c'était comme un peu plus difficile puis avec raison, parce que quand t'es malade, t'en veux pas une autre malade ». (participant 9)

« on voyait bien que les gens avaient extrêmement peur ». (participant 7)

« puis de bien un petit peu apaiser toutes les inquiétudes que les patients avaient parce que quand on disait votre groupe d'âge avec la maladie, ça arrive à telle date : bien là, j'ai le temps de mourir avant puis les patients eux autres tout ce qu'ils retiennent c'est si je l'ai pas, je risque de mourir ». (participant 9)

« qu'on recevait beaucoup de stress de la part des gens, les gens avaient peur, il y a eu une grosse, je ne dirais pas une psychose, parce que c'est un terme qui est très, très fort, mais surtout au début de cette campagne là, les gens avaient vraiment peur ». (participant 8)

Les infirmières elles-mêmes constituaient un groupe prioritaire, au même titre que les autres professionnels de la santé québécois, pour recevoir la vaccination qui était largement encouragée dans les milieux de soins. Cette sensibilisation massive des professionnels de la santé via les affiches provaccinales présentes au CSSS, les liens sociaux entretenus entre les professionnels d'encouragement à se faire vacciner, les formations continues suivies ont contribué au succès de la campagne de vaccination pandémique au CSSS. Les observations sont renforcées par les verbatims exprimés en entrevue :

« c'était la journée de la vaccination pour le personnel. Puis j'ai dit, puis avez-vous fait votre vaccin? ». (participant 7)

« maintenant je le dis, je me fais vacciner (...) je pense qu'il faut que je sois congruente fait que je le fais, mais je n'aurais pas fait ça si je n'avais pas eu autant de sensibilisation de formation de tout ce que tu veux dans les 15 dernières années ». (participant 7)

Cette sensibilisation, telle qu'observée dans le milieu de recherche, prend la forme de quasi impératifs sociaux où des aspects moralisateurs empreints de normes et de principes éthiques sont utilisés pour favoriser, voir contraindre l'adhésion des infirmières à la vaccination de masse. À titre d'exemple, les infirmières gestionnaires répètent fréquemment à leur personnel la nécessité de se faire vacciner pour assurer le bien-être et la protection de la clientèle. Nous y reviendrons ultérieurement en abordant la vaccination en tant que mesure courante de prévention et de contrôle des infections.

Au CSSS, les infirmières attribuent leur haut taux de vaccination à la peur de la grippe pandémique A/H1N1 :

« on a eu un haut niveau de vaccination pour le H1N1 parce que c'était épeurant (...) je pense qu'on a eu 70% de taux de vaccination. On a jamais eu un taux de vaccination aussi élevé ». (participant 7)

La peur, l'incertitude semble devenir un puissant moteur social (cf. Leibing, 2007) qui mobilise les infirmières afin qu'elles se fassent vacciner. Cette mobilisation des infirmières ne s'explique pas uniquement par une mobilisation volontaire souhaitée par le MSSS ou par la peur ou l'incertitude reliée à la grippe pandémique, mais ces éléments en constituent certainement des pistes de réflexion face à ce phénomène.

Participation active des infirmières à la gestion de crise

La participation active des infirmières à la gestion de cette crise pandémique est multiple et ne passe pas uniquement par la vaccination d'elles-mêmes, des membres du personnel et de la population desservie par leur CSSS. Leur contribution est importante et soulevée à de nombreuses reprises tant dans l'observation terrain que dans les entrevues.

Les infirmières-cadres ont dû travailler dans les centres de vaccination, engendrant une surcharge de travail considérable, puisqu'elles étaient partiellement libérées de leur poste pour s'occuper des cliniques vaccinales durant deux mois en pleine pandémie :

« Nous, en tant que cadre, ça nous a beaucoup touchés. On était très impliqués là-dedans (...) les cadres ont été sollicités beaucoup pour travailler dans les centres de vaccination, donc on a délesté notre travail ici » (participant 5)

« j'ai été libérée d'une partie de mon poste pour participer aux (...) activités de vaccination (...) du mois de novembre jusqu'à la fin décembre » (participant 7)

Les infirmières quant à elles soulignent que la vaccination a engendré une surcharge de travail importante pour elles aussi puisqu'elles ont dû administrer le vaccin contre la grippe pandémique à l'automne et contre la grippe saisonnière ensuite à l'hiver.

« ça a été aussi surchargeant comme somme de travail. Il ne faut pas se le cacher. Tsé moi, appeler mes patients deux fois quand j'en ai 100 là pour les vaccins (...) deux sorties, c'est-à-dire que je les ai vaccinés à l'automne, puis je les ai revaccinés en janvier, février, fait que en termes de surcharge, là c'était réel aussi ». (participant 9)

À la surcharge de travail s'ajoute la crainte pour sa famille et ses proches. Les infirmières qui vaccinent dans les centres ont reçu le vaccin. Le centre de vaccination est

perçu comme un lieu à haut risque de contracter le H1N1. Bien que vaccinées, ces dernières craignaient de contaminer leur famille ou leurs proches qui n'étaient pas priorisés. Néanmoins, les infirmières mobilisées durant la pandémie se perçoivent en sécurité

« cette peur-là venait aussi de nos infirmières (...) qui ont été délogées pour aller faire de la vaccination (...) vous venez vacciner, on se considérait à ce moment dans un endroit à risque (...) ces infirmières-là ne pouvaient pas faire vacciner les membres de leurs familles, parce qu'ils ne correspondaient pas aux critères ». (participant 8)

« au niveau de la sécurité au centre de vaccination, c'était bien, c'était approprié, c'était vraiment approprié, fait qu'on pouvait isoler les gens ». (participant 6)

La mobilisation des infirmières ne s'est pas limitée aux centres de vaccination, mais s'est opérée également sur les différentes unités du CSSS :

« on nous a mis beaucoup de pression donc moi, aux soins intensifs, on m'a augmenté la capacité d'accueillir les gens de 200% ». (participant 5)

Toutefois, la contribution des infirmières aux mesures de gestion de crise pandémique est valorisante, utile où les infirmières perçoivent jouer un rôle important. L'activité vaccinale étant perçue comme une réponse à la menace pandémique.

« participer aux activités reliées à la menace de pandémie : toutes les activités de vaccination (...) je sentais qu'on jouait un rôle populationnel à ce moment là pour prévenir une pandémie (...) on a fait un exercice qui va certainement nous être utile dans d'autres circonstances ». (participant 7)

Participer à l'ensemble de ces mesures pandémiques est rattaché à un engagement professionnel où des valeurs disciplinaires des infirmières sont mises de l'avant, telles que suivre les consignes, être volontaire, promouvoir la vaccination au-delà du CSSS. Une participante aborde même la question de protection des Québécois et Québécoises sous l'angle de préservation de la population, sous un angle quasi patriotique.

Plusieurs échanges corroborent cette vision où l'on associe vaccination, contribution personnelle aux mesures pour contrer la pandémie à un engagement professionnel

souhaitable et attendu au CSSS, à un acte responsable, engagé socialement et envers nos patients vulnérables.

« moi, j'ai embarqué là dedans. Bon on va faire avec puis je vais suivre les consignes. J'étais très volontaire pour suivre les consignes. (...) j'étais volontaire pour faire la vaccination, en plus la fin de semaine, et puis pour aussi parler à mes proches, les encourager à avoir la vaccination (...) faire du surtemps pour collaborer aux vaccinations, au plan de masse et je trouve que c'était important comme professionnelle de faire ma part pour que l'on ne soit pas infectés au Québec et qu'il n'y ait pas de tragédie ». (Participant 10)

« moi, je l'ai eu le vaccin, parce que je côtoyais aussi des patients, fait que par mesure de sécurité, j'ai accepté de le prendre. (...) j'ai beaucoup de MPOC qui toussent, puis qui crachent puis qui attrapent des infections, fait que dans leurs têtes à eux autres, ils sont beaucoup plus sujet à l'attraper ». (participant 9)

Le CSSS mise donc sur une autodiscipline des infirmières qui, lorsqu'elles adhèrent complètement aux discours de santé publique provaccinale et d'application rigoureuse des mesures de PCI, celles-ci deviennent collaborantes et proactives en appliquant concrètement les discours promus et en portant elles-mêmes le discours valorisé. Ceci constitue des indices de la création d'un régime de vérité au sens foucauldien du terme autour de la PCI que nous expliciterons davantage ultérieurement en abordant la question des mesures de PCI.

L'infirmière piqueuse : connaissances et assujettissement du corps

L'autodiscipline des infirmières à appliquer les mesures de PCI en temps de pandémie est importante, mais le CSSS considère également que la connaissance et l'application de telles mesures relève du contrôle de la qualité et passe par un contrôle administratif (propos issus du Comité Pandémie), donc à l'obéissance et à la soumission aux normes promulguées, ce qui assujettit les corps. Les infirmières sont perçues comme des exécutantes dans les cliniques de vaccination contre la H1N1 et leur spécialisation en PCI ne sont pas valorisées durant la pandémie :

« on dit que toutes les ressources cliniques adhèrent (...) qui allaient piquer les patients, qui piquaient, qui vaccinaient : c'est ça 100 infirmières ». (participant 6)

« les infirmières en PCI (...) se mêlaient au groupe puis ce n'était pas vraiment des personnes ressources ». (participant 6)

Pourtant, cette connaissance des mesures normées de PCI à appliquer en temps de pandémie, les infirmières ne semblent pas la détenir d'une formation continue locale. Oui, elles ont été sensibilisées au sein du CSSS par leurs gestionnaires et par les affiches, mais ces dernières n'ont pas reçu de formation sur la pandémie et les mesures à prendre, malgré l'existence d'un plan pandémie local antérieur à la pandémie déclarée. La formation suivie était principalement régionale à la DSP de Montréal, ou provinciale, mais la formation était disponible en ligne.

« on n'avait pas de formation comme telle avant. On était toujours dans le feu de l'action (...) j'ai eu une petite formation de 2h à la santé publique (...) j'ai fait la formation en ligne puis je suis allée à la santé publique parce qu'il y avait une formation aussi spécifique pour les gens qui allaient travailler dans les cliniques de vaccination (...) moi, comme [fonction censurée pour maintenir l'anonymat du participant] en clinique de vaccination, je me suis formée un peu toute seule ». (participant 6)

Il est de notre avis que suite à l'écllosion de SRAS et à l'écllosion de Clostridium difficile vécues au Québec, il serait pertinent de développer une formation continue disponible en permanence sur le plan local pour les professionnels de santé afin d'actualiser leurs connaissances et de se préparer et d'intervenir de manière plus éclairée lorsqu'une pandémie est déclarée. Un établissement, voir un réseau de santé et de services sociaux ne peut s'attendre à obtenir une réponse efficace des professionnels qui le compose, alors que ces derniers ne sont pas formés spécifiquement pour y faire face.

Malgré la planification pour faire face à la pandémie, l'absence d'une formation spécifique destinée aux professionnels nous questionne grandement. L'image de l'infirmière piqueuse, de l'exécutante, soulevée par les participants est très parlante et mérite d'être discutée. À quoi nous attendons-nous d'un soldat qui part en guerre? Que celui-ci connaisse les plans stratégiques de l'ONU, des forces alliées et de son État-major? Il doit simplement exécuter les ordres, remplir son rôle, sa mission. Cette image de l'infirmière exécutante est, à bien des égards, reliée à la soldate qui exécute des ordres

préétablis, sans avoir une vision d'ensemble claire, sans avoir en tête le plan stratégique. Une formation pandémie n'est donc pas nécessaire pour une infirmière qui exécute un ordre : seule l'exécution de la technique vaccinale doit être maîtrisée par cette dernière.

Ce lien que nous faisons ici entre le soldat et l'infirmière n'est pas anodin, il se fonde à la fois sur les discours de santé publique qui déclare la guerre à cette grippe et au pathogène H1N1, mais également sur l'héritage sociohistorique des infirmières qui ont été tour à tour des religieuses soumises à l'Église, infirmières dans les différents corps armés durant les deux Guerres mondiales entre autres, corps historiquement assujettis tant à leurs « supérieurs » qu'aux médecins. Le passé militaire et religieux de notre discipline est indéniable (Cohen, Pepin, Lamontagne, Duquette, 2002; Kérouac, Pepin, Ducharme, Major, 2003). Il est très questionnable de réaliser, par ce terrain, combien nos tentatives de se définir en tant qu'infirmières possédant des connaissances scientifiques propres à notre discipline soient balayées du revers de la main par la résurgence de modèles ancestraux stéréotypés de l'infirmière soldate exécutant des ordres en pleine pandémie.

Assujettissement de l'institution durant la pandémie

Les infirmières à elles seules ne constituent pas le seul corps assujetti, le CSSS lui-même est soumis aux directives qui émanent du MSSS. L'obéissance du CSSS aux directives ministérielles est valorisée au même titre que l'obéissance du personnel même si le plan pandémie ébranle leurs valeurs quant à l'application de certaines mesures de prévention jugées trop sévères ou inappropriées au type de clientèle visée.

« une fois que le MSSS nous dit que c'est gouttelette et pas aérien, on laisse, on suit ce qu'ils disent. Au début de la pandémie on cohorte et une fois qu'on connaît le mode de transmission, on peut retourner les gens dans leur chambre ». (Comité pandémie)

« le plan pandémie, on l'a bâti le plus sévèrement possible et si cela évolue en mieux, alors on abandonne certaines mesures. Cela questionne les valeurs du milieu de vie, de déplacer les gens vers une unité de cohorte en cas de pandémie. Cela a brassé les valeurs du personnel ». (Comité pandémie)

Nous approfondirons et discuterons ces points d'obéissance, de soumission, de résistance et de création de régimes de vérité lorsque nous aborderons la question des

discours de santé publique en lien avec les mesures habituelles de PCI sous un angle foucauldien.

La contribution des infirmières aux mesures pandémiques touche également à la planification, la préparation et la gestion de cette crise, étapes qui étaient très chronophages pour le personnel. À titre d'exemple, il a fallu répertorier tout le matériel disponible dans les différentes installations, constituer des réserves de matérielles gérées par les gestionnaires de chaque unité, assurer les dates de péremption des vaccins stockés, régler les problèmes d'identification, d'accès, de distribution et d'entreposage du matériel dédié à la pandémie dont les lits, les glucomètres, les civières, les bombonnes d'oxygène, etc. (Comité de pandémie). C'est un défi logistique sans précédent pour le CSSS.

« c'était quand même une grosse logistique qui demandait beaucoup de temps (...) ça nous a demandé beaucoup d'énergie, beaucoup de temps, planification des horaires, planification de matériel, les trajets et les corridors à suivre ». (participant 5)

« on était le CLSC pivot si jamais on rentrait en pandémie active, on devait toutes déménager nous autres pour que le CLSC devienne un centre de détection (...) fait que ça a été assez d'ouvrage de toute identifier [le matériel] avec des codes ». (participant 9)

Le plan pandémie lui-même prévoit des unités chaudes et des unités froides, une gestion quotidienne rigoureuse des lits exigée par les autorités régionales afin de rendre des comptes sur l'état de la situation en termes de disponibilité de lits réels et virtuellement ouvrables en cas d'afflux majeur de malades.

« l'unité chaude, on parle d'une unité H1N1 des qui sont juste en H1N1. Une unité froide, des gens en soins intensifs normaux, tous les corridors pour aller aussi pour le déplacement de ces patients-là, ça veut dire des corridors qui seraient, qui auraient été utilisés seulement pour ces patients là » (participant 5)

« (...) cette gestion des lits pour s'assurer qu'il y a un bon flux. À chaque jour, 4 fois par jour, on devait donner à l'Agence de santé le nombre de lits qu'on avait et le nombre de lits disponibles virtuels ». (participant 5)

La perspective *top-down* est à nouveau visible ici, alors que le rôle des infirmières gestionnaires se limite à être des exécutantes d'un plan pandémique, d'un plan de vaccination plus large au sein duquel elles se sentent peu valorisées ou écoutées, mais où elles peuvent obtenir des réponses à leurs questions. Les mandats ministériels pour faire face à la pandémie sont clairs, mais changeants et requièrent une grande capacité d'adaptation du personnel du CSSS.

« devait répondre top down au niveau du Ministère, donc sans trop poser de questions (...) on était plus exécutantes (...) on avait des mandats à remplir puis fallait le faire puis ça pouvait changer (...) les mandats étaient très clairs. (...) si j'avais une interrogation, j'appelais directement la santé publique. (...) c'était soit une infirmière, un médecin on avait toujours une personne ressource rapidement. (...) le discours qu'on avait tenu pendant la journée, oups à deux heures de l'après-midi, ça changeait (...) c'était difficile parce qu'on ne comprend pas toujours pourquoi et puis comme gestionnaire, moi mon rôle c'était de communiquer (...) fallait que les gens adhèrent aux nouvelles directives ». (participant 6)

La question de la communication du plan mérite certainement qu'on s'y attarde. Plusieurs verbatims ont été soulevés en lien avec cet aspect. Les informations sont données à la dernière minute au personnel, car, nous l'avons vu plus haut, celles-ci sont changeantes et reçues par les gestionnaires du CSSS à la dernière minute. Durant la pandémie, tout semble aller trop vite, se bousculer dans l'urgence tandis que le rapport au temps devient problématique. Le personnel n'a pas le temps de se préparer et de faire face à la situation de crise tandis que les activités quotidiennes du CSSS sont mises entre parenthèses.

« tout ça est fait comme à la dernière minute, la semaine précédente ou l'on commençait la vaccination ». (participant 6)

« parce que ça faisait longtemps qu'on en parlait, mais on était toujours comme en attente, puis y avait comme plus rien qui se faisait pendant tout ce temps là. (...) la vaccination a été décidée à la dernière minute on s'est organisé à la dernière minute ». (participant 6)

Tandis que le plan pandémie n'est ni publié, ni rendu disponible tant aux cadres intermédiaires, qu'au personnel.

« on avait un plan pandémie, il y avait beaucoup de gens qui travaillaient là-dessus (...) mais j'ai jamais vu les plans de pandémie (...) c'est préparé à la

dernière minute aussi les protocoles (...) il paraît que tout était prêt, mais moi j'ai rien vu puis ce n'était pas accessible ». (participant 6)

En effet, le plan pandémie n'est pas publié sur le site de l'Intranet du CSSS, Intranet qui est accessible au personnel lors de notre recherche qui a lieu à l'hiver et au printemps 2010, soit quelques semaines après le plus gros de la crise pandémique A/H1N1. Ce plan n'est pas non plus publié sur le site web du CSSS accessible au public en général.

Une copie électronique du plan pandémie a été rendue disponible à notre demande spécifique auprès de la haute direction du CSSS. Un ensemble de plusieurs centaines de documents électroniques pour le seul volet santé publique étaient répertoriées sur base d'une troncature obscure qui rendait la lecture du plan très ardue, sans vue d'ensemble. Le responsable du plan pandémie avait lui-même plusieurs dossiers à gérer comme cadre intermédiaire, et a pris sa retraite de l'établissement durant notre recherche. Deux autres cadres intermédiaires ont pris la relève pour assurer l'actualisation de ce plan pandémie : le cadre infirmier en PCI et le coordonnateur infirmier de l'hôpital. Prendre connaissance, structurer et publier ce plan pandémie constitueront un défi de taille pour ces cadres dont la pandémie n'est pas au cœur de leur pratique quotidienne de gestion tandis qu'ils gèrent déjà bien d'autres dossiers.

Bien qu'un plan pandémie existe, que ce dernier soit connu de la haute direction du CSSS, il semble méconnu des cadres intermédiaires et du personnel suite aux observations de terrain. Les instructions sont données verbalement au personnel.

Nous pensons que cela constitue une description d'une approche traditionnelle des soins infirmiers de transmission orale des connaissances, tel que décrit par Collière (1982; 2001) et non d'un partage des connaissances écrites, claires et communes où les savoirs sont formalisés et accessibles à tous. Les plans pandémie sont formalisés sur le plan provincial (MSSS, 2006), régional (ASSS, 2007) et local (CSSS), mais seul le plan local du CSSS est non accessible tant à la population qu'il dessert qu'aux professionnels. L'absence d'accès à un plan pandémie a sans doute joué un rôle dans la perception qu'ont les

infirmières d'avoir reçu des informations « d'un peu partout », tel que le souligne le participant 6.

La question demeure et se doit d'être discutée. Comment des infirmières peuvent-elles intervenir durant la pandémie si elles se disent peu formées pour faire face à ce qu'elles perçoivent être une menace, gérer une panique collective, tandis que les directives leur sont transmises verbalement et qu'elles n'ont pas connaissance du plan pandémie afin de pouvoir soigner chaque citoyen qui se présente au CSSS?

Conséquences de la pandémie sur la gestion et la collaboration au CSSS

La pandémie exige de mettre entre parenthèses une partie du travail quotidien des gestionnaires du CSSS qui sont mobilisés et doivent unir des équipes disparates dans les cliniques vaccinales.

« la pandémie ça a été un gros dossier. Nous les conseillères, on a été sorties de notre milieu de travail pendant deux mois : je ne suis pas venue du tout à l'hôpital on était vraiment au centre de vaccination ». (participant 8)

L'impact pour les équipes de soins qui ont maintenu le fonctionnement minimal de l'établissement en l'absence des gestionnaires mobilisés dans les cliniques vaccinales était présent. Le soutien clinique aux équipes était absent, tandis que certains secteurs du CSSS étaient complètement dégarnis, les infirmières ayant été mobilisées dans les centres de vaccination.

« pour les équipes de travail, c'était plus difficile parce que oui, il y avait moins d'encadrement sur le terrain à l'hôpital dans le CSSS parce qu'on était pris ailleurs (...) il n'y a plus aucune activité ordinaire qui s'est faite pendant deux mois (...) il n'y avait plus vraiment de soutien clinique (...) c'était vraiment le fonctionnement minimum à l'hôpital ». (participant 8)

Les équipes d'infirmières provenant de toutes les installations du CSSS sont difficiles à unir, car elles ne se connaissent pas et cela constitue un défi pour les gestionnaires mobilisés eux aussi.

« qu'on se retrouve dans un CSSS avec beaucoup d'installations fusionnées depuis peu où les gens ne se connaissaient pas donc où on avait des contacts qui étaient un peu plus difficiles ». (participant 8)

Toutefois, cette rencontre dans les cliniques vaccinales a produit des effets positifs, puisque le personnel a appris à se découvrir et à tisser des liens de confiance entre eux. La campagne de vaccination durant la pandémie a permis de rapprocher les infirmières de différents horizons.

« cette campagne là a eu l'effet très positif de créer une unité au sein des cadres (...) ça nous a permis de rencontrer les infirmières terrains (...) ça nous a permis de faire des liens ». (participant 8)

« ça a été très, extrêmement positif dans le sens qu'on a développé beaucoup de liens ». (participant 7)

La pandémie a donc permis une forme de décloisonnement entre les différentes directions du CSSS, puisqu'une collaboration a dû s'établir dans l'application des mesures en réponse à la pandémie.

La pandémie a permis une plus grande sensibilisation du personnel à la PCI, qui semble isoler plus rapidement les personnes. Les infirmières ont développé une meilleure connaissance de la population desservie par le CSSS.

« les gens sont peut-être plus conscients par rapport à isoler rapidement (...) des syndromes d'allure grippaux qui sont rentrés là, dans les dernières semaines, derniers mois, les gens étaient plus proactifs ». (participant 3)

« on a vu tous les types de clientèles : ça m'a permis de connaître beaucoup plus notre population ». (participant 7)

A posteriori, les mesures prises durant la pandémie peuvent paraître démesurées, mais certaines infirmières considèrent que si ces mesures n'avaient pas été prises et que la situation avait dégénéré, l'État aurait été accusé de négligence et de défaut de prévoyance.

« je me dis, c'est beau, on l'a jugulé, mais si ça c'était propagé puis qu'il y aurait eu encore plus d'impact, là les gens auraient dit bien le gouvernement n'a pas fait ce qu'il fallait ». (participant 9)

Dès lors, la plupart des infirmières rencontrées lors du terrain ont exprimé que les mesures prises pour faire face à la pandémie A/H1N1 étaient appropriées ou, à tout le moins, ont servi d'un exercice grandeur nature pour se préparer à une prochaine pandémie.

La maladie infectieuse

La conception de la maladie infectieuse a également été abordée dans le cadre du terrain. Ces conceptions de la maladie se déclinent d'abord dans le temps lorsque les participants abordent la périodicité des infections, mais se déclinent aussi dans l'espace quand ils parlent de trajectoires de contamination, et d'environnement, puis finalement de propagation de pathogènes via les contacts humains. Des images très parlantes sont utilisées pour dépeindre l'origine des maladies infectieuses, soit les agents pathogènes.

Images et maladie infectieuse

Commençons donc justement par ces images rattachées aux différents pathogènes. Ces images sont autant présentes dans les discours que sur les affiches disposées dans le CSSS. L'agent pathogène est fréquemment nommé « bibitte » par les participants tant dans les entrevues que durant l'observation terrain dans des rencontres de gestion ou de formation.

Cette « bibitte » est un terme québécois pour désigner une bête, un animal, un insecte et dans ce cas-ci, un microorganisme pathogène. Il n'est pas étonnant de retrouver ce mot particulier dans la bouche des infirmières, car ces dernières utilisent un langage imagé abondamment repris tant par leur syndicat que par la santé publique via différents documents. À titre d'exemple, l'abrégé de prévention des infections comprenant les pratiques de base et les précautions additionnelles à appliquer en PCI publié par la FIIQ (2005) comporte des images de minimonstres verts, rouges, bleus et noirs présentant les pathogènes de manière ludique et imagée. Un autre exemple d'affiche mérite d'être souligné. Il s'agit de l'affiche du CSSS préconisant le lavage des mains. Des cellules de différentes couleurs et formes sont présentées comme tombant en bas des mains de la personne qui se lave les mains à l'eau et au savon.

Bien que les microorganismes soient invisibles à l'œil nu, ils sont rendus visibles entre autres par une représentation imagée, la « bibitte », ou encore par une image agrandie rendue par un microscope électronique du pathogène en question. Ces microorganismes et les infections qu'ils causent paraissent bien réels aux participants.

« les infections nosocomiales c'est une réalité, c'est une réalité, faut faire avec ». (participant 6)

L'image de cette bibitte, de cet étranger, de cet Autre à combattre pour prévenir les maladies rejoint les propos de l'anthropologue Emily Martin (1990) qui décrit les images rattachées au corps perçu comme un État Nation en guerre où il est question de système immunitaire, de défense et de frontières à préserver. La contagion à cet égard est perçue comme un élément chaotique, instaurant le désordre (Price-Smith, 2009) qui se doit d'être rectifié par le redressement et la régulation des corps (Foucault, 1975, 2004)

Nous aborderons cette dynamique du pathogène visible et de l'invisible et de la frontière entre les deux de façon plus approfondie dans le cadre des mesures de PCI.

Maladie infectieuse et temporalité

La maladie infectieuse se décline dans le temps. La perception du récent et de l'ancien face aux maladies infectieuses a constitué un ensemble intéressant à explorer. La plupart des infections nosocomiales présentes dans le CSSS sont perçues comme étant un phénomène contemporain par les participants.

Concernant le *Clostridium difficile* : « c'est récent présentement sur mes étages ». (participant 1)

« ici, quand je suis arrivée, on faisait pas face à tout ça (...) je suis arrivée en 2001 et c'était quand même tranquille au niveau de ça ». (participant 1)

Cette contemporanéité perçue du phénomène infectieux est mis en relief par une présentation de l'ancien temps exempt de pathogènes résistants.

« temps en temps on avait des isollements pour les cas de tuberculose, bon des trucs comme ça, mais MRSA, ERV, CD, on connaissait pas ça là ». (participant 6)

« je suis à l'hôpital depuis [*plus de 20 ans, année censurée pour maintenir l'anonymat*] (...) j'ai vu qu'au niveau des maladies infectieuses au début, on en parlait presque pas, il n'y en avait pas ». (participant 8)

« les risques biologiques sont arrivés dans les années 90 avec le SIDA sur la venue du SIDA, c'est ça qui nous a éveillé on avait pas toutes ces choses-là ». (participant 7)

« avant, tu ne voyais pas ça nécessairement, mais ça fait quand même [plus de 30 ans, censuré pour maintenir l'anonymat] que je suis infirmière, j'ai travaillé X années [censuré pour maintenir l'anonymat] aux soins intensifs, puis vers la fin, quand j'étais là, on commençait à en voir beaucoup plus d'infections nosocomiales, mais tsé ça là, ça a comme fleuri depuis une couple d'années. (...) ça existait plus ou moins à l'époque ». (participant 9)

Ce type de discours entourant le fait que les infections constituent un phénomène nouveau pourrait être renforcé, selon nous, par l'utilisation d'une terminologie propre à la santé publique, qui aborde le concept de maladie émergente, de l'apparition de nouveaux pathogènes, telle que décrite dans la recension.

Toutefois, ce rapport à l'Ancien est questionné par la périodicité des maladies infectieuses qui, bien que marginal, constitue un discours présent dans le CSSS. Donc certaines infirmières considèrent que le phénomène infectieux est cyclique.

« il y a le fameux A/H1N1 (...) on est en plein dedans. Ça lâche pas. Il y a des périodes (...) il y a le SARM, puis il y a la Gastro, puis le CD, nous auquel on fait face ». (participant 1)

Ce discours entourant la périodicité des maladies infectieuses est renforcé par différents écrits où la maladie infectieuse et ses mesures de prévention sont déclinées au travers de l'histoire et où la maladie et l'hygiène du corps sont décrites depuis le Moyen Âge (Ruffié et Sournia, 1984; Vigarello, 1985; Leguay, 1999; Guerrand, 2009; Visier, 2005; Albert, 2006). L'histoire nous permet de comprendre que, dans cette périodicité perçue de la maladie infectieuse, se situe également les mesures de prévention et contrôle des infections. Ces mesures, nous le verrons, touchent à la purification et à la protection des êtres humains.

Selon nous, cette conception marginale de la maladie infectieuse à résurgence périodique est porteuse d'espoir, car une infection qui se propage peut s'atténuer, disparaître et revenir ensuite. Cela souligne l'impermanence des événements infectieux. Mais il y a également la réalité qui nous rattrape, à savoir que les infirmières disent aussi

faire face à plusieurs personnes atteintes de différentes infections nosocomiales au même moment et ceci constitue un défi de taille.

Maladies infectieuses : espaces, contacts et mobilités

Le rapport à l'espace en lien avec les maladies infectieuses est très particulier. Les trajectoires de contamination sont abordées par les participants en lien avec l'environnement, la mobilité du personnel et des patients, des visiteurs.

La contamination provient toujours de l'Extérieur, d'ailleurs, de ce qui se trouve en dehors de l'installation, de l'organisation, du pays et se propage par la circulation des personnes dans un contexte de mondialisation. À titre d'exemple, certaines infirmières des résidences considèrent que leurs résidents sont infectés lorsqu'ils sont en transit à l'hôpital ou encore par les nouveaux résidents admis au centre d'hébergement.

« mais ce qui fait, c'est l'extérieur surtout. On a des résidents qui sont admis à l'hôpital et qui reviennent. Où ce sont les admissions qu'on reçoit qui sont déjà en prévention. Fait que là, on arrive dedans ». (participant 1)

« actuellement, on est dans une ère où c'est en plein développement la transmission, parce que, bon d'abord, tout le monde voyage ». (participant 7)

La question de la circulation et de sa limitation par un dispositif de sécurité foucaldien sera abordée dans les mesures de PCI. Nous le verrons, ce dispositif de sécurité prend sa source dans la conception même que les personnes ont de la maladie infectieuse, conception préalablement décrite ici.

Le contact humain constitue un des éléments fréquemment mentionnés dans la trajectoire de contamination au sein du CSSS. Tout comme l'Extérieur, l'Autre y est pointé comme étant à l'origine de la propagation des infections au sein de l'établissement. Nous entendons par l'Autre, tout soignant autre que le soignant qui parle, tout patient, tout visiteur, tout employé qui circule dans l'établissement.

Ce contact peut-être perçu comme direct ou indirect, via le contact d'humain à objet qui provoque une infection chez autrui.

« j'étais sensible à ça, mon sac, ma trousse où je le déposais (...) pour ne pas amener, le moins de choses possibles (...) parce que je me disais ce doigt-là est allé où avant (...) et puis il va transmettre à d'autres doigts (...) qui vont aller dans un nez ou dans une bouche (...) et je me dis qu'à quelque part, il y a eu une mauvaise main à une mauvaise place là tsé ». (participant 10)

« les visiteurs sont un vecteur important là aussi, toutes sortes de cochonneries rentrent dans les chambres, les mains ne sont pas lavées ». (participant 10)

La quête de l'origine de la maladie infectieuse trouve son coupable dans l'Extérieur et dans l'Autre, tel que décrit plus haut. Pour illustrer notre propos, nous vous décrivons un extrait de récit narratif d'une infirmière qui nous partage son vécu en lien avec une éclosion de gastroentérite dans une des résidences du CSSS où elle travaille.

« selon moi, c'est la fin de semaine que les personnes... ben là, ils n'étaient pas habitués... fait que là... c'est sur que le lundi, quand moi je suis rentrée... heu... il y a des personnes qui ont été en gastro, mais ça l'a prit heu toute une nuit, toute une soirée et une nuit et un matin avant que la personne soit mise en présa... en d'infec... en prévention... heu en isolement purement préventif. Fait que là, il s'est passé trois quarts de travail... fait que là, on se dit : mon doux, ça s'est propagé vite. Puis je me dis que sûrement la préposée qui était sur l'étage ce matin-là, elle a peut-être pas mis de gants... l'isol... la madame n'était pas isolée, l'étage l'était pas... fait que... ça peut-être source de propagation, parce que les préposés, ils se promènent... Ici le personnel tout dépendant de l... de leur garde... il y a des préposés qui sont en équipe volante, fait qu'ils se promènent d'étage en étage, fait que ça peut heu.... Aider à ce que ça se propage assez vite ». (participant 1)

Ce récit est éclairant, car l'infirmière cible deux problèmes majeurs dans la propagation de cette infection au sein de son installation qui est une résidence pour personnes âgées. Elle cible une catégorie d'emploi, des préposés (aides soignants) qui circulent dans l'installation et l'absence de mise en place rapide de mesures d'isolement des personnes et des unités. À aucun moment dans ce récit, il n'est question directement des infirmières elles-mêmes. Résultat de cette éclosion de gastro dans cette résidence selon cette participante : « *il y a plusieurs membres du personnel qui l'ont eue... qui ont eu la gastro* ». (participant 1). Nos observations terrain nous ont aussi permis de remarquer que la résidence en question a été fermée aux visiteurs, des mesures drastiques de PCI ont été

instaurées par l'équipe d'infirmières en PCI afin de circonscrire et de juguler l'infection : isolement des personnes et des unités, affichage massif, présence accrue des conseillères en PCI, etc.

Ces conceptions de la maladie infectieuse rattachées au temps et aux espaces à la mobilité et aux contacts entre les personnes soulèvent la question des mesures de prévention et de contrôle des infections déployées au sein du CSSS.

Les mesures de prévention et contrôle des infections

Les principales mesures en PCI répertoriées au CSSS touchent à la surveillance, à l'isolement, le confinement et la circulation des personnes, la vaccination, l'hygiène corporelle, la salubrité et l'ordre dans l'environnement, l'équipement de protection personnel et la tenue vestimentaire. Face à ces mesures de prévention, il est utile et important d'aborder l'adhésion ou la résistance à ces mesures préconisées qui sont également ressorties dans l'analyse critique.

La surveillance : mesure importante de PCI

La surveillance est une préoccupation majeure au sein du CSSS afin d'obtenir la bonne information, détecter rapidement l'apparition d'une éclosion infectieuse et de mettre en place des mesures pour la circonscrire. La surveillance comporte également un élément préventif, puisqu'elle permet de se préparer, d'avoir une bonne vision d'ensemble de la situation sur les différentes installations du CSSS afin de protéger les patients et les employés du CSSS. Certains verbatims sont explicites au sujet de la surveillance :

« la surveillance, ça, c'est une de mes préoccupations numéro 1 heu... Pour être au courant de ce qui se passe puis être capable d'attraper les éclosions, puis d'avoir la bonne information, tsé pour pouvoir savoir qu'est-ce qui se passe, s'il y a des éclosions». (participant 3)

« d'avoir une bonne vision, est-ce qu'il y a une éclosion, est-ce qu'il n'y en a pas une, est-ce qu'on a tout ce qu'il nous faut heu... ça, je te dirais c'est vraiment notre... pour la protection des patients des... des employés». (participant 3)

Il y a deux niveaux de surveillance qui ont été répertoriés au CSSS. Le premier niveau est constitué d'une surveillance individuelle où le patient est fiché dans son dossier, étiqueté selon la maladie diagnostiquée, voir plus, selon le type d'isolement décrété. L'isolement sera abordé tout juste après la surveillance et en lien avec cette dernière. La surveillance individuelle fait suite à un examen diagnostique dit de contrôle, c'est-à-dire, un dépistage. Le patient est fiché dans son dossier médical, tel que décrit par les infirmières en PCI lors de leurs « tournées » au sein du CSSS, tournées auxquelles nous avons assisté. Ce profilage du patient se réalise aussi à l'aide d'outils informatiques tels que SIURGE (logiciel utilisé à l'urgence), Clinibase (logiciel de gestion des lits) et Omnitech (logiciel du laboratoire médical) qui permettent de voir les résultats des examens diagnostiques et la catégorisation du patient selon la maladie infectieuse acquise.

Un second niveau de surveillance touche à surveillance populationnelle ou surveillance épidémiologique de la distribution de la maladie infectieuse au sein de la population hospitalisée ou résident au CSSS.

La surveillance épidémiologique s'opère via des grilles de surveillance qui sont complétées par les infirmières dans toutes les installations et sur toutes les unités de soin du CSSS. Durant chaque période de garde, chaque changement d'équipe de travail, une infirmière a la responsabilité de compléter la grille de surveillance infectieuse. Dans certaines installations, cette responsabilité est assumée par la coordonnatrice des soins, cadre intermédiaire de l'établissement. Ces grilles de surveillance sont créées, distribuées et collectées par les infirmières en PCI. Des grilles vierges sont disponibles sur chaque unité, rangées dans un cahier PCI selon nos observations.

« il y a des feuilles : nous à chaque personne qu'on a un isolement, on a des cahiers de rapports sur chaque étage. Mais c'est une feuille à part qui mentionne soit la gastro, soit l'ERV, soit le CD, ça c'est mentionné au (dessus) de la feuille, il y a le nom de la chambre, donc de la madame, le début de l'isolement, la fin de l'isolement, les vomissements, les selles, on met la température, tout ça, c'est rempli à tous les jours pour chaque personne sur chaque quart de travail (...) le matin, j'ai ma feuille, j'ai la liste de ceux-là qui sont en isolement, pourquoi ils le sont, qu'est ce qu'on surveille». (participant 1)

À titre d'exemple, nous avons obtenu une copie de la grille de surveillance des cas de gastroentérite qui doit être remplie quotidiennement par les infirmières travaillant aux résidences pour personnes âgées du CSSS. Le document comporte le nom de l'installation, un espace pour y inscrire l'unité, le nom et prénom et le numéro de chambre du patient, ses symptômes (température, types de selles), la date du début et de fin des symptômes, l'isolement, le prélèvement de selles, le type de diète (gastro) à débiter, les autres observations. Une fois complétée par l'infirmière, cette grille de surveillance est faxée aux infirmières en PCI dont les bureaux se trouvent à l'hôpital.

Un autre exemple concerne la grille de surveillance des bactéries multirésistantes CD-SARM-ERV. Là encore, l'infirmière doit identifier son unité, le numéro de chambre, le nom et prénom du patient, cocher de quelle bactérie il s'agit, inscrire la date du résultat de laboratoire positif, les sites dépistés, la date d'hospitalisation, la prescription d'antibiotique et l'isolement débuté et terminé. Encore là, cette grille, comme les autres, doit être faxée aux infirmières en PCI.

Faisons un aparté ici en rapportant les propos des infirmières en PCI qui observent une résistance de certaines infirmières sur certaines unités de soins, principalement en hébergement, qui refusent de compléter ces grilles de surveillance épidémiologique. Ces constats nous ont été partagés lors des visites des résidences réalisées en compagnie d'infirmières en PCI. Il faut souligner que les infirmières en PCI semblent être perçues elles-mêmes comme des agentes de surveillance par les infirmières des unités. Les infirmières spécialisées en PCI doivent constamment se présenter à nouveau au personnel, renforcer l'importance de compléter les grilles de surveillance et de signaler tout problème à l'équipe de PCI qui est localisée à l'hôpital. D'autres éléments de résistances sont notés en lien avec la particularité constante soulignée par les gestionnaires des résidences pour qui les grilles de surveillance et les mesures de PCI ne sont pas suffisamment adaptées à leur réalité qui n'est pas d'un centre hospitalier, mais de milieu de vie. Nous aborderons de manière plus approfondie la notion de résistance ultérieurement.

Revenons au fonctionnement de la grille de surveillance à présent. Une fois acheminées aux infirmières en PCI, ces dernières compilent les informations collectées dans les grilles de surveillance et dressent des tableaux de distribution de la maladie infectieuse en fonction des unités. Ce portrait épidémiologique chiffré est ensuite présenté par la cadre en PCI aux différents gestionnaires siégeant à différents comités au sein de l'organisation, dont le Comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers de l'établissement, le Comité de gestion des risques, le Comité de prévention des infections, etc. Ces observations ont pu, par ailleurs être réalisées lors du terrain, puisque nous assistions à ces rencontres. Ceci est triangulé par les verbatims des participants qui soulignent la démarche de surveillance épidémiologique réalisée au sein du CSSS.

« commencé à compiler les données par unités de soins (...) regarder période après période où nos cas se retrouvent, donc c'est là qu'il faut mettre l'énergie par exemple au [censuré] étage». (participant 3)

Cette surveillance épidémiologique réalisée par les infirmières en PCI permet de soulever des problèmes organisationnels, entre autres sur l'unité dédiée aux maladies infectieuses située dans l'hôpital.

« depuis trois mois, on voit c'est qu'il y a plus de cas de transmission au 6^e étage (...) il y a eu des changements, heu... il y a eu une restructuration des équipes là dernièrement avec les... les équipes il y a une infirmière auxiliaire, un préposé qui forment les équipes heu... et il y a une insatisfaction par rapport à ça sur l'étage, heu.... Ils ont l'impression qu'il y a un surcroît de travail (...) c'est sur que c'est sur qu'ils ont plus d'isolements, mais... ils n'ont pas plus de personnel (...) le temps qu'ils passent à s'habiller, se déshabiller, se laver les mains entre les patients ». (participant 3)

La surveillance permet de détecter précocement les éclosions infectieuses, mais aussi de cibler et d'intervenir auprès des équipes de soins au sein des unités qui possèdent les plus haut taux d'infection. Ces interventions par les infirmières en PCI tiennent compte du contexte de soin qui est bien décrit ici au niveau de l'unité dédiée aux maladies infectieuses située sur une partie du 6^e étage.

La surveillance épidémiologique peut devenir un outil politique utilisé tant par l'employeur que par les employés afin de réclamer des conditions de travail sécuritaires

ainsi qu'une qualité et une sécurité des soins dispensés à la population. Suite à nos observations de terrain, plusieurs infirmières de l'unité dédiée se sont plaintes de leurs conditions de travail en soulignant qu'elles n'ont pas le temps de se laver les mains et d'appliquer les mesures de prévention et de contrôle des infections tel que prescrit en fonction du type d'isolement, faute de personnel.

« les mesures PCI causent une surcharge de travail au personnel qui peut prendre jusqu'à 90 minutes par jour » (propos échangés avec les infirmières lors de la visite du [censuré] étage, issus du journal de terrain)

Le discours de la direction des soins infirmiers souligne que l'application de telles mesures de PCI constitue une responsabilité professionnelle et un impératif en matière de qualité de soins et de respect de normes de bonnes pratiques de soins. Tandis que le discours syndical est à l'effet que les infirmières sont en sous-effectif et que les soins sur l'unité dédiée requièrent plus de temps puisqu'il faut permettre aux infirmières de vêtir leur équipement de protection personnel (gant, masque, blouse, bonnet, lunettes, etc.) et de le retirer une fois le soin dispensé au patient. Ce rituel d'habillage/déshabillage, de nettoyage des équipements et de lavage des mains doit précéder toute entrée et toute sortie de la chambre du patient qu'il soit cohorté ou non avec d'autres patients. Nous aborderons plus en détail ces rituels dans les sections suivantes.

La surveillance épidémiologique permet donc de jeter un regard sur l'application des mesures de PCI devient un outil de négociation entre le personnel de soin et l'employeur qui négocient un espace de travail sécuritaire dans le quotidien du CSSS. Nous y reviendrons en abordant le lavage des mains, car cette mesure est particulièrement encouragée par l'employeur et constitue donc un enjeu majeur au sein du CSSS.

Selon nous, la surveillance constitue un moyen pour le CSSS de documenter son histoire infectieuse et de cibler les mesures correctrices à apporter face à ces éclosions vécues dans l'établissement. Elle est également un outil politique de négociation, mais aussi une boîte de pandore, puisque tout phénomène infectieux peut-être documenté. Une fois documenté dans une perspective populationnelle globale, l'organisation se doit d'agir. La

maladie infectieuse ne se décline plus sur base individuelle, une personne atteinte de gastro dans une unité particulière, mais établit un portrait populationnel de distribution de la maladie qui couvre tout le CSSS.

La surveillance épidémiologique fait appel à cette surveillance panoptique du corps malade assujetti décrite par Foucault (1975) répertorié par cette grille de surveillance, mais également par la surveillance populationnelle réalisée au travers des statistiques qui se rattachent à l'axe biopolitique (Perron et coll., 2002) du biopouvoir. Il est étonnant de voir combien les réflexions éthiques et politiques en lien avec la surveillance des individus soignés au CSSS sont absentes des discours relevés lors du terrain. Les individus eux-mêmes se voient dépossédés de leur identité, de leur histoire, de leur contexte sociohistorique et réduits à des « cas » démontrant tel ou tel symptôme d'une maladie infectieuse donnée. Le corps se voit découpé, analysé, constitue un objet assujetti à un ensemble de mesures de prévention et de contrôle des infections plutôt que perçu comme un sujet global. Il est évident que cette surveillance épidémiologique constitue un élément parmi de nombreux autres éléments présents qui nous laisse croire que l'approche biomédicale en lien avec la PCI est encore très présente et très peu orientée vers la santé, mais plutôt axée sur la maladie tel que le décrit Sanou et Bibeau (2009).

La surveillance constitue un impératif au CSSS afin de corriger une situation organisationnelle perçue comme inacceptable (exemple : recrudescence de *Clostridium difficile* sur une unité) face à une maladie infectieuse qui comporte des enjeux organisationnels, rejoignant les plans ministériels et de santé publique (MSSS, 2011). La surveillance épidémiologique ne se limitant pas au CSSS, des informations concernant les courbes épidémiologiques locales du CSSS sont effectivement partagées avec la direction de santé publique de l'Agence, s'inscrivant dans un réseau provincial de surveillance tel que documenté par la recension des écrits.

Il est pertinent de noter que la personne soignée est fréquemment nommée usager dans les différents manuels analysés. Toutefois, lors d'une éclosion et lorsqu'on aborde la question de surveillance, celle-ci devient un « cas ». Cela soulève la question des corps et plus particulièrement celle du corps politique qui touche à la régulation (Fassin et Memmi,

2004, Scheper-Hughes et Locke, 1987). Le corps individuel semble se fondre dans le corps politique dès lors que les corps sont cohortés, confinés, quadrillés, isolés à leur chambre, régulés. L'individualité tend à disparaître pour laisser place aux statistiques collectives dressant un portrait de la maladie grâce aux grilles de surveillance complétées par les infirmières. Ces grilles constituent, tel que le disait déjà Castel (1981), une forme de profilage des personnes puisque des données telles que le nom, le prénom, l'âge, la vaccination, le début des signes et symptômes, les prélèvements, l'antibiothérapie ou l'antiviral, y sont consignées. Cette atténuation, voire cette annihilation de l'individu comme entité propre permet justement l'instauration de mesures draconiennes en cas d'éclosion et de limitation des droits humains tels que la liberté de circuler.

Circulation des personnes : isolement, confinement et limitation

La maladie infectieuse est déclarée, portée par le corps du patient qui risque de contaminer autrui. Les mesures de PCI doivent donc être appliquées afin de réduire le risque de propagation de la maladie : ces mesures touchent, entre autres, à l'isolement des personnes, au confinement des patients sur leurs unités, à la limitation des visites aux patients. La circulation des personnes au sein du CSSS devient un enjeu majeur afin de circonscrire le foyer infectieux et de prévenir la maladie.

La mise en place de ces mesures drastiques de PCI et des consignes fermes en matière d'isolement des personnes s'ancre dans le contexte sociohistorique du CSSS de perte de contrôle face aux infections et a pour objectif de limiter les dégâts suite à une recrudescence des infections nosocomiales.

« y'a 5-6 ans (...) dans une période critique ici à l'hôpital au niveau des infections nosocomiales, on a été obligé de prendre des moyens, on a été obligés de prendre des moyens drastiques (...) y'avait pas de prévention des infections (...) y'avait pas d'équipe. Ça faisait pas partie de notre réalité toutes les protections ». (participant 6)

« ce qu'on veut, c'est limiter les dégâts ». (participant 5)

« c'est parce qu'on était vraiment en perte de contrôle (...) on avait beaucoup beaucoup de cas d'infections nosocomiales qu'on avait de la difficulté à juguler et plus ça allait, plus ça augmentait. » (participant 6)

L'isolement constitue une mesure écrite claire et formelle contenue dans les deux manuels de prévention et de contrôle des infections de l'établissement. Ces isolements des patients décrits dans les manuels de prévention sont rédigés et actualisés par les infirmières en PCI sur base de la littérature scientifique, mais principalement sur la base des recommandations ministérielles selon les propos des infirmières en PCI. À titre d'exemple, le manuel dédié aux soins de longue durée comporte une seule référence scientifique comparativement à sept sources ministérielles et de regroupement dont Santé Canada ou le MSSS. Ces volumineux manuels de PCI tiennent respectivement dans des reliures d'environ 6cm d'épaisseur, l'un couvrant les soins de courte durée et le second les soins de longue durée. Ils sont subdivisés en plusieurs sections comportant de nombreux feuillets et directives gouvernementales en lien avec la PCI.

L'isolement est décrit comme une pratique additionnelle de PCI et implique une catégorisation du patient sur la base du mode de transmission de la maladie infectieuse qu'il porte. Cette catégorisation se traduit à l'aide d'affiches de différentes couleurs : affiche rouge de précautions aériennes, affiche bleue de précautions gouttelettes, affiche jaune ou orange de précautions de contact.

« les précautions additionnelles sont basées sur le mode de transmission connu ou présumé. Elles s'ajoutent aux pratiques de base. (...) ne jamais circuler hors de la chambre avec la blouse, le masque ou les gants». (Manuel de PCI, hébergement, p. 23, 25)

Ces affiches identifient le type d'isolement, les principales mesures de PCI à prendre qui y sont décrites à l'aide d'images et de texte.

Les pratiques de base de PCI (affiche verte), quant à elles, sont constituées des principaux éléments de prévention, c'est-à-dire le lavage des mains, le port de l'équipement de protection, la manipulation de la lingerie, l'entretien sanitaire, le traitement de l'équipement de soins, l'hébergement de l'utilisateur (manuel de PCI du CSSS).

Selon nos observations, les affiches décrivant le type d'isolement sont directement accrochées sur le mur ou à côté de la porte de chambre du ou des patients. L'isolement du patient est rendu visible par l'affichage du type d'isolement à l'extérieur de la chambre du patient. À ces affiches d'isolement se jumellent souvent des feuilles de surveillance où l'infirmière écrit certaines informations en lien avec la surveillance clinique du patient. À titre d'exemple, une affiche d'isolement entérique est accrochée dans le corridor de l'unité dédiée aux maladies infectieuses sur le mur bordant une chambre de patient et juste à côté, se trouvent des feuilles de décompte de selles nominatives qui comporte les informations suivantes : nom du patient, nombre de selles, aspect et consistance des selles. Lors de la tournée des infirmières en PCI sur l'unité dédiée, les infirmières discutent directement des « cas » infectés dans le corridor de l'unité dédiée. Le rôle de l'infirmière PCI est d'encourager les infirmières des unités à appliquer rigoureusement les mesures de PCI rattachées à chaque isolement. L'infirmière en PCI assure également un rôle de renforcement des comportements perçus comme positifs lorsque la famille applique les mesures décrites sur l'affiche d'isolement, mais aussi d'information et de contrôle des visiteurs, lançant des rappels quant à l'importance d'appliquer de telles mesures afin que l'état de santé de leur proche s'améliore.

Un premier élément de discussion de ces résultats concerne les affichages qui peuvent être perçus comme des stigmates sociaux en lien avec le type d'isolement des malades. L'étiquette apposée à la porte de la chambre du malade stigmatise un état diagnostiqué en lui : cette maladie infectieuse qui constitue une monstruosité du corps. Goffman (1975) souligne que la monstruosité du corps fait partie des stigmates sociaux. Il aborde la monstruosité en tant que difformité visible du corps.

Toutefois, cette monstruosité, nous l'avons vue en abordant la conception qu'ont les infirmières de la maladie infectieuse, elle est rattachée à la métaphore utilisée pour décrire le pathogène infectieux qui s'inscrit dans le corps. Les soignants parlent de « bibittes » pour désigner les agents pathogènes, tandis que les affiches de prévention des infections recourent à l'image du monstre microscopique. En ce sens, le monstre infectieux

microscopique porté par le patient rend son corps entier monstrueux, contagieux. Il est suffisamment monstrueux que pour être stigmatisé à l'entrée de sa chambre, tandis qu'il est marginalisé, isolé des autres patients hospitalisés ou hébergés au CSSS.

Nous le verrons aussi plus loin, combien la personne infectée est stigmatisée de la même manière par le port de l'équipement de protection si elle doit circuler de façon autorisée au sein ou à l'extérieur du CSSS. Cet équipement très visible le stigmatise également, rendant visibles sa contagiosité, le pathogène, la bibitte qui infecte son corps.

Un problème éthique se doit d'être discuté à la lumière de ces résultats, car cette mesure d'affichage est tellement familière pour les infirmières que, à aucun moment, elles ne se questionnent sur les problèmes de bris de confidentialité reliés à ces affiches d'isolement et feuilles de surveillance accessibles à tous. Un tel affichage permet à n'importe quel membre du personnel, n'importe quel visiteur ou patient d'en connaître un peu plus sur la nature de la maladie qui affecte un ou plusieurs individus. Goffman (1975) souligne à cet égard qu' « *il va de soi que, par définition, nous pensons qu'une personne ayant un stigmat n'est pas tout à fait humaine* » (p.15). Dès lors, il est logique qu'on ne reconnaisse pas automatiquement aux personnes isolées les mêmes droits qui s'appliquent à tout autre être humain, ces droits mêmes qui sont inscrits dans nos codes, nos lois, nos chartes et constitution.

Le corps malade est assujetti au contrôle et à la discipline face aux mesures d'isolement rattachées à la PCI qui se doivent d'être respectées. L'individu est quadrillé, isolé en chambre, restreint dans sa liberté de circuler pourtant prévue par la Charte des droits et libertés inscrite dans la Constitution canadienne au nom de la sécurité afin de protéger les individus non malades de cette infection. Foucault quant à lui parle d'isolement en cellule pour décrire la surveillance panoptique et l'assujettissement des corps (Foucault, 1975); ici, il s'agit plutôt de la chambre du patient. Dans le cadre de cet isolement, le rôle de l'infirmière de chevet est de soigner la personne, mais également d'agir en tant qu'agent de surveillance, en tant qu'agent de contrôle de ce corps malade.

L'infirmière devient un agent de surveillance pas uniquement en lien avec sa responsabilité professionnelle de surveiller l'évolution des signes cliniques de la personne

et d'évaluer son état de santé tel que prévu dans la Loi 90, mais également de veiller à l'application rigoureuse attendue des mesures de PCI. Elle agit donc comme agent informateur auprès de la famille et il est souhaité que des rappels des mesures de PCI soient faits aux visiteurs des patients.

Toutefois, il est important de souligner combien des exceptions à la règle existent en matière de respect des mesures d'isolement, voir même d'application des mesures de PCI dans l'établissement.

Tout d'abord, une unité ne vaut pas l'autre. En somme, les infirmières en PCI priorisent certains secteurs névralgiques du CSSS sur base des recommandations et priorités ministérielles selon leur propres dires. À titre d'exemple, l'unité de santé mentale (psychiatrie) n'est pas visitée par les infirmières en PCI qui y font peu d'interventions. L'absence de telles visites dans ce secteur précis de l'établissement tient du fait qu'aucun dépistage n'est réalisé sur les patients, faute de directive provinciale, car, selon les infirmières en PCI, « *on ne pourrait pas les isoler, car c'est une clientèle qui bouge, qui fume et difficile à contrôler* » (propos d'une infirmière en PCI lors d'une visite des installations, journal de terrain).

Ensuite, lorsqu'un patient est isolé, ce dernier peut circuler en dehors de sa chambre si une physiothérapeute doit le faire marcher dans le corridor afin de préserver sa mobilité, son autonomie fonctionnelle. Ces observations ont été réalisées sur le terrain, mais ressortent aussi des échanges réalisés lors des visites des différentes unités afin de comprendre le fonctionnement du CSSS. Selon les physiothérapeutes, malgré les autorisations reçues de l'équipe de PCI pour mobiliser leurs patients dans le corridor tandis qu'un isolement a été instauré, certaines infirmières et même certains visiteurs moralisent les physiothérapeutes sur le non-respect des mesures d'isolement qui veulent parfois que le patient soit confiné en chambre. Les physiothérapeutes se voient constamment obligées d'expliquer l'importance des soins de physiothérapie dispensés afin de justifier cette zone d'exception en cas d'isolement.

Ces exceptions autorisées peuvent être comprises à la lumière de Fassin (1996) et de Foucault (1975, 2004) qui décrivent un paysage apocalyptique durant la peste avec ses mesures de surveillance, de contrôle et de discipline des corps, tandis que seuls les surveillants ont le droit de circuler au sein de la ville mise en quarantaine. Nous le verrons plus loin combien les infirmières, en tant qu'agent de surveillance, ont la permission de circuler elles aussi, contrairement aux patients isolés. Selon Foucault, l'isolement des contagieux peut être vu comme un mécanisme disciplinaire où « la surveillance médicale et des contagions y sont solidaires de toute une série de contrôles » (Foucault, 1975, p.169).

Un autre niveau de réflexion permet également d'envisager ces exceptions au sein d'un régime de vérité en lien avec les mesures de PCI qui doivent s'appliquer avec rigueur selon le discours de santé publique. Il nous apparaît que la mission de soin de l'établissement est confrontée directement avec les prescriptions impérieusement recommandées par la santé publique. La question est la suivante : comment négocier un espace de soin pour chaque individu tenant compte de son expérience de santé/maladie en lien avec un espace de sécurité de protection de la population? L'individuel semble se heurter au populationnel, le bien-être d'un individu, versus le bien-être de la population qui constitue le plus grand nombre.

L'existence de telles exceptions questionne la cohérence du discours de santé publique en lien avec les maladies infectieuses et leur prévention. Si la PCI est « l'affaire de tous » tel que souligné dans le milieu, pourquoi, tant au CSSS que sur le plan provincial, ces mesures ne sont-elles pas déployées partout et en tout temps, peu importe la spécialité, le secteur médical?

Il nous apparaît également que les patients alités sont l'objet de mesures de contrôle en PCI, tandis que les patients ambulants ou jugés instables sur le plan de la santé mentale ne le sont pas. Il semblerait que ces mesures de contrôle soient donc plus facilement appliquées sur des patients « vulnérables » assujettis, que sur toute la clientèle desservie par le CSSS.

Pourtant, un petit paradoxe quant à l'exception mérite d'être souligné. Ce contrôle et cette discipline des corps en lien avec l'isolement des patients produit plusieurs effets,

dont l'adhésion aux mesures en PCI ou leur résistance. En ce sens, face à l'isolement, la clientèle âgée semble résister à ces mesures de contrôle et de surveillance et leur aboutissement : l'isolement.

« depuis trois semaines, c'est [la résidence] fermé aux visiteurs. Les personnes sont soit confinées à leur chambre si elles ont la gastro, soit à l'étage si elles sont en prévention » (participant 1)

« y a des gens qui veulent vraiment pas rester en isolement puis y'écoute pas les consignes (...) la consigne est pour tout le monde » (participant 4)

« on ne peut pas prendre ça individuellement. Faut prendre ça même si lui est affecté moralement cette journée-là, ben il faut faire en sorte qu'il faut qu'il respect la consigne lui aussi » (participant 4)

L'exception ici ne concerne pas les personnes âgées résidentes du CSSS, puisque même si les infirmières réalisent que l'isolement a un impact sur la santé mentale de leurs patients, certains participants appliquent à la lettre les consignes de PCI. Certains patients peuvent faire l'objet d'une exception aux normes d'isolement, aux règles imposées, mais d'autres pas.

Au CSSS, l'isolement simple d'un patient ne constitue pas la seule mesure possible pour faire face à une infection, principalement en cas d'éclosion. Le principe de cohorte mérite d'être examiné davantage. En cas d'éclosion, des mesures de santé publique sont alors utilisées dans une perspective épidémiologique où l'on va cohorter, c'est-à-dire regrouper dans une même chambre des patients infectés par le même pathogène (Mayhall, 2004; Rothmann, Greenland, & Lash, 2008). Ce type de mesure d'épidémiologie de terrain est appliqué au CSSS principalement sur l'unité dédiée aux maladies infectieuses.

Il existe une série de dispositifs, de frontières, de restriction et de permissions en lien avec la circulation des individus infectés, des visiteurs, du personnel au sein du CSSS. Ceci est particulièrement visible sur l'unité dédiée, donc nous nous y attarderons.

« j'ai une unité dédiée qui est l'unité de prévention des infections de l'hôpital » (participant 5)

« on a décidé de faire une unité dédiée pour tous ces problèmes là»
(participant 6)

« en regroupant les patients, ça va être plus facile d'avoir un certain contrôle,
de commencer à éduquer les équipes » (participant 6)

Cette « unité » est en fait une partie de couloir réservée aux patients atteints de maladies infectieuses. Elle est physiquement située à l'hôpital. L'unité est orientée en long, le poste des infirmières se trouve vers la moitié du corridor de cette unité de médecine et d'oncologie. En clair, nous avons observé qu'une partie des chambres de l'unité de médecine-oncologie situées à la droite du poste de soins infirmiers est réservée pour les « cas noso » (personnes atteintes d'une infection nosocomiale).

Tel que qu'illustré plus haut, les verbatims des participants sont clairs au regard de cette unité : on regroupe des patients, mais avant tout on regroupe des problèmes au sein d'une unité pour les gérer, avoir davantage de contrôle sur ceux-ci. Les « problèmes » sont en fait ces patients infectés par des infections nosocomiales parfois multirésistantes, et souvent acquises dans les établissements de soins; des patients qui risquent d'infecter d'autres patients dans l'hôpital.

Une barrière physique visible délimite « l'unité dédiée » de l'unité régulière de médecine-oncologie. Il s'agit d'une porte mobile non hermétique que nous avons constatée visuellement lors de la visite des installations, mais qui est également reprise dans les verbatims issus des entrevues.

« il y a une porte mobile au [censuré] étage qui délimite... heu... la.. les zones où il y a les isolements d'un bord et l'autre bord où il n'y a pas d'isolement : oui (...) c'est juste pour démontrer ou délimiter une zone. (...) c'est vraiment juste pour dire : là je rentre dans une zone où je dois mettre la blouse, les gants, la jaquette, me laver les mains entre chaque [patient] ». (participant 3)

« on ferme les portes, je veux dire c'est une unité séparée c'est ça ». (participant 5)

La circulation est importante au sein du CSSS et est souvent ciblée comme moyen facilitant la propagation des infections. Nous l'avons vu au niveau de la pandémie et des mesures décrites antérieurement. Quant aux infections nosocomiales, cela apparaît d'autant

plus distinctement. L'unité dédiée n'échappe pas à cette réalité hospitalière, tandis que l'organisation des soins décrite en est une de travail d'équipe composée d'un préposé aux bénéficiaires, d'une infirmière auxiliaire et d'une infirmière.

« il y a énormément de va-et-vient puis ça devrait pas (...) dans un monde idéal, ils devraient s'occuper juste... une infirmière, une préposée, une auxiliaire, juste des patients pour pas aller soigner les autres qui sont pas en isolement » (participant 3)

Alors que les gestionnaires tentent de juguler les infections nosocomiales pour contrôler ce problème que posent les patients infectés et leur circulation ou non au sein de l'établissement, un problème d'organisation du travail est soulevé. Selon nos observations, les infirmières qui soignent les patients infectés présents sur « l'unité » dédiée sont contraintes, à cause de la pénurie d'infirmières, de prendre soin de patients non infectés présents dans les chambres du reste de l'unité de médecine-oncologie. Ici à nouveau, seuls les professionnels de la santé sont autorisés à circuler en tant qu'agents de surveillance, mais aussi en tant que dispensateurs de soins. Ce problème d'organisation de travail semble contrevenir à un ordre souhaité où les infirmières réduiraient les risques biologiques au minimum en s'occupant uniquement des patients infectés de la cohorte située sur l'unité dédiée.

Kristeva (1980) souligne que « *ce n'est donc pas l'absence de propreté ou de santé qui rend abject, mais ce qui perturbe une identité, un système, un ordre. Ce qui ne respecte pas les limites, les places, les règles. L'entre-deux, l'ambigu, le mixte* » (p.12). L'horreur ou l'abject n'est pas le corps malade en tant que tel, mais plutôt que la régulation des corps tel qu'entendu par Foucault (2001). Cette régulation s'opère par la mise en place d'un dispositif de sécurité où des patients cohortés suite à une infection donnée sont juxtaposés aux patients en fin de vie. Cette souffrance humaine se traduit dans des statistiques présentées aux hauts gestionnaires de l'établissement dans une perspective populationnelle, dans une forme de gouvernement des corps relevant de l'axe biopolitique de Foucault (Perron et coll., 2002). Ce point particulier des isolements individuels où les corps sont disciplinés et surveillés dans des mécanismes de quadrillage très serrés liés à

l'anatomopolitique, bascule vers le dispositif de sécurité lorsque les patients sont cohortés, surveillés, profilés dans des courbes épidémiologiques relevant du biopolitique foucaldien.

Une foule de questions subsistent face à une telle pratique de gestion de cohorte. Les contingences d'un système à bout de souffle survivant au sein d'installations mal adaptées à la réalité des maladies infectieuses, tout comme la pénurie des professionnels de santé nous permet de contextualiser de telles pratiques. À titre d'exemple, le CINQ recommande l'isolement individuel et à défaut la cohorte, mais ses membres reconnaissent eux-mêmes les limites des installations de soins actuelles durant nos observations pré-terrain. Au CSSS, peu de chambres individuelles sont disponibles, la majorité des chambres observées et décrites lors des rencontres permettent l'hébergement d'environ 4 patients.

« la meilleure des solutions, c'est des chambres privées pour tout un chacun, donc... mais faut composer avec la rusticité des lieux, du milieu physique »
(participant 2)

Alors où devons-nous héberger ces patients infectés? Faute d'espace dans un contexte de gestion de lits serré au CSSS, quelle unité peut accueillir une section dédiée aux patients atteints de maladies infectieuses? Mettrions-nous des patients atteints de *Clostridium difficile* sur une unité de maternité au risque de contaminer des nouveaux nés et des jeunes parents? Choisirions-nous l'unité de pédiatrie ou bien des personnes âgées?

Selon nous, les gestionnaires du CSSS, confrontés aux maladies infectieuses et aux mesures de PCI ont dû faire des choix dans l'adversité et il semble qu'ils aient choisi le moindre mal en considérant les chances de survie de chacun. Ils ont donc décidé de placer l'unité dédiée aux maladies infectieuses sur le même étage que l'oncologie et les soins de fin de vie. Ils ont également décidé, au vu des contingences, de demander à des infirmières de soigner à la fois les patients cohortés et les patients de soins de fin de vie se situant juste de l'autre côté de la porte mobile, dans leur chambre d'hôpital. Cette organisation de l'espace et du travail constitue peut-être un choix raisonné et utilitariste de la part des gestionnaires qui utilisent le principe du moindre mal. Nous ne le savons pas et ne pouvons leur prêter une quelconque intention.

Il est clair que, là encore, cela soulève une foule de questions éthiques et politiques de qui mérite de vivre ou pas, qui peut être sacrifié ou non dans la lutte contre les infections nosocomiales dans le contexte actuel. Ces questions font échos aux questionnements éthiques soulevés plus tôt lorsque nous avons abordé la pandémie.

Et cette porte mobile de l'unité dédiée, loin d'être une simple frontière physique, devient une frontière psychologique qui repousse les frontières de notre entendement, de ce que nous sommes prêts à accepter comme être humain face à la vie, à la mort, à la santé et à la maladie, au sain et au non sain. Cette porte mobile devient le symbole de ce qui ne devrait pas être transgressé, traversé dans un monde idéal, dans un espace sacré au sein duquel la vie est préservée. Cette protection de la vie, nous en reparlerons en abordant la souillure et les rituels de purification.

La vaccination : mesure majeure de PCI

La vaccination a été présentée comme un remède incontournable durant la pandémie de grippe A/H1N1. Examinons maintenant la place de la vaccination au sein du CSSS en temps « normal ».

La vaccination est une mesure majeure de PCI et elle est largement promue au CSSS. Les affiches provaccinales sont visibles dans les différentes installations du CSSS et principalement dans les résidences pour personnes âgées. Les patients sont invités à se faire vacciner pour contrer la grippe saisonnière, mais aussi à recevoir le vaccin contre le pneumocoque. Le CSSS sollicite directement la population fréquentant ses CLSC afin de se faire vacciner. Les messages sont télédiffusés à partir d'écrans plats visibles dans la salle d'attente où l'on informe la population des cliniques vaccinales et de l'importance pour la population dite vulnérable de recevoir son vaccin.

La vaccination ressort également rapidement comme une préoccupation des participants rencontrés lors des entrevues. Ces derniers abordent le sujet spontanément lorsqu'il est question de maladies infectieuses. La contribution infirmière à la vaccination est importante selon eux.

« j'ai vacciné, cela fait au moins deux ans (...) je suis disponible pour les périodes de vaccination » (participant 1)

La sensibilisation du personnel semble porter fruit pour certaines infirmières qui se font vacciner à présent.

« moi, je vais garder mon opinion, mais je me fais vacciner maintenant, je le dis, je me fais vacciner (...) je pense qu'il faut que je sois congruente fait que je le fais, mais je n'aurais pas fait ça si je n'avais pas eu autant de sensibilisation, de formation, de tout ce que tu veux dans les 15 dernières années » (participant 7)

« je me suis fait vacciner (...) parce que j'ai participé à la vaccination, parce que là, faut prêcher par le bon exemple » (participant 4)

Le but de cette sensibilisation étant d'augmenter la couverture vaccinale du personnel au sein du CSSS, largement relayé par le service de santé et sécurité au travail. La vaccination devient un outil de sécurité pour se protéger et protéger les autres. Ce taux de vaccination est calculé et présenté aux gestionnaires du CSSS. Il en est question durant les échanges sur différents comités qui abordent la nécessaire sensibilisation à faire pour motiver le personnel à se faire vacciner.

Cette conception de la vaccination en tant qu'élément de congruence entre le rôle promoteur de vaccination de l'infirmière auprès de la population et la vaccination de l'infirmière elle-même détonne avec un discours complètement différent où la vaccination n'est pas perçue comme une mesure volontaire, une mesure où l'infirmière prend conscience de son rôle et se fait vacciner.

La vaccination peut rapidement devenir une mesure quasi obligatoire, suite à la restriction des choix offerts au personnel soignant. Le personnel a le droit de refuser la vaccination, mais celui-ci doit en payer les conséquences : s'il tombe malade, il sera renvoyé chez lui durant la période de contagion et ne sera pas rémunéré.

« la vaccination, moi, oui pour les personnes âgées. Pour le personnel en bonne santé, je sais pas. Je sais que l'année passée, ils nous ont un peu, ils nous ont mis quasiment des mesures où on avait comme pas le choix de se faire vacciner (...) ça s'est traduit qu'en cas d'épidémie de grippe on va pouvoir vous déplacer de votre poste de travail pour aller sur une autre unité

si vous n'avez pas reçu le vaccin, on va pouvoir vous retourner chez vous sans solde (...) ça a été un incitatif » (participant 4)

Ces mesures de vaccination quasi obligatoire sont vécues difficilement par certains membres du personnel qui considèrent qu'une telle attitude de l'employeur peut générer des résistances. La solution pour favoriser la vaccination du personnel ne se situerait pas dans des mesures coercitives où le personnel se voit imposer des conséquences liées à ses choix, mais davantage dans des mesures de récompense d'adoption du comportement souhaité, soit de se faire vacciner.

« j'ai trouvé ça tellement épouvantable : on va me déplacer de mon poste de travail si je ne vais pas me faire vacciner (...) ça marche pas, parce que ça braque les gens. [cela prendrait] des incitatifs, mais c'est drôle à dire, mais quand il y a une récompense au bout de la ligne, c'est ben plate à dire, mais les gens ils y vont » (participant 4)

Il est clair que les discours provaccinaux et leur impact en termes de restriction des libertés individuelles se doivent d'être abordés. Nous l'avons vu dans le cadre de la vaccination contre la grippe pandémique A/H1N1, les discours étaient multiples quant à la vaccination. Tantôt provaccinaux, tantôt nuancés en lien avec l'urgence de prendre le vaccin.

À présent, dans le cadre de la vaccination en temps « normal », dite vaccination saisonnière, les discours apparaissent être normatifs, tandis que des mesures disciplinaires sont prévues à tout contrevenant à la norme : la déviance à la norme y est sanctionnée tel que décrit par Foucault. C'est ici que le concept de punition prend tout son sens. La progression dans les discours tenus aux infirmières par la santé publique et relayés par les gestionnaires du CSSS est clair : il y a des maladies infectieuses, vous risquez de contaminer vos patients. La vaccination constitue un outil de choix pour lutter contre les infections. Il faut vous faire vacciner afin de protéger vos patients. Si vous tombez malade, vous serez écartés de votre emploi et vous ne serez pas rémunérés si vous ne vous êtes pas fait vacciner. En somme, des normes sont présentes, nous effectuons une surveillance, nous assujettissons vos corps à des mesures normées (la vaccination), si vous déviez de ces normes, vous serez punis. Le mécanisme disciplinaire foucauldien est en place (1975).

Ce mécanisme disciplinaire ne s'est pas déployé du jour au lendemain au CSSS : il s'inscrit dans un contexte sociohistorique. La santé publique a rencontré une certaine résistance de la part des syndicats des travailleurs de la santé qui privilégient la liberté de choix et le consentement libre et éclairé de chaque travailleur à opter ou non pour la vaccination. Après un grief syndical porté en arbitrage, la cause présentée devant la Cour supérieure du Québec, l'employeur a obtenu gain de cause et s'est vu légitimer le droit d'exiger la vaccination à ses employés ou l'imposition de mesures disciplinaires en cas de non-respect de cette mesure de PCI. L'honorable juge Gaëtan Pelletier ayant jugé que « le retrait sans rémunération ne représentait pas une violation des droits et libertés de la personne, mais une contrainte économique suivant un choix personnel exercé par la travailleuse et dûment respecté par l'employeur. » (CPSST, 2009). C'est précisément ici que le système légal alimente les mécanismes disciplinaires et les dispositifs de sécurité tel que décrit Foucault (2004) lorsqu'il aborde les mécanismes du pouvoir.

Les verbatims exprimés dans le CSSS ne sont donc pas étrangers du contexte sociopolitique québécois où la vaccination demeure un outil privilégié de lutte à l'infection. Il apparaît clairement qu'en matière de vaccination, tout comme en matière d'isolement, on se trouve aux frontières de la légalité où se joue un bras de fer entre des valeurs rattachées aux libertés individuelles (liberté de circulation, consentement au soin, etc.) et la protection de la population.

Rituels de purification, rituels de protection et PCI

L'hygiène corporelle joue une importance fondamentale au CSSS, davantage encore que la vaccination. La propreté, le lavage des mains et la bonne fortune de ne pas tomber malade y sont rattachés. Dans cette section, nous décrirons les différents rituels présents au CSSS constitués autant des rituels de purification, que de rituels de protection contre la maladie infectieuse.

Les rituels de purification sont composés du lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces dans l'environnement et l'antibiothérapie. Les rituels de

protection sont composés de la vaccination, de l'antibiothérapie préventive et de l'équipement de protection personnel.

Les rituels de purification

Le lavage des mains constitue, à bien des égards, la pierre angulaire du programme de prévention et contrôle des infections et est très présent dans l'établissement. Les discours en PCI sont multiples, mais celui du lavage des mains est martelé auprès du personnel, des patients et des visiteurs dès l'entrée de l'établissement. Deux rituels sont particulièrement importants au sein du CSSS afin de purifier les personnes et leur environnement de tout agent infectieux : il s'agit du lavage des mains et du nettoyage des objets et des surfaces de l'environnement. Néanmoins, ces rituels extérieurs sont complétés par un rituel de purification intérieur, soit la consommation d'antibiotique censé mettre hors d'état de nuire tout agent pathogène à l'intérieur des corps biologiques.

L'impératif du lavage des mains est visible : de nombreuses affiches sont placardées un peu partout dans l'établissement pour souligner l'importance du lavage des mains. Le choix des endroits où sont apposées ces affiches n'est pas laissé au hasard et doit être approuvé par le service de communication de l'institution. Ces affiches de prévention de la maladie sont systématiquement présentes dans chaque toilette et disposées dans des endroits stratégiques tels qu'aux entrées et sorties des unités de soins, à la cafétéria, dans les corridors principaux.

Il est à noter que la présence de ces affiches se fait davantage ressentir au centre hospitalier du CSSS et au CLSC que dans les CHSLD. Une explication possible à ce phénomène touche sans doute au fait que le CHSLD est un milieu de vie pour les personnes âgées qui y reçoivent des soins. Dès lors, l'utilisation abondante d'affiches prônant le lavage des mains serait moins pertinente d'après l'infirmière en PCI et les messages en matière de lavage des mains sont davantage relayés verbalement via les infirmières en PCI qui font une tournée des unités.

La provenance des affiches de PCI est très parlante : la majorité des affiches proviennent du Gouvernement du Québec publiées soit par l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal ou par le MSSS directement. Quelques affiches sont de conception locale et proviennent de l'équipe d'infirmières en PCI, mais celles-ci sont en quantité infime face aux messages ministériels qui sont très présents via les affiches officielles de PCI. Contrairement aux autres installations, des affiches concernant la PCI publiées par l'un des syndicats d'employés de l'établissement sont présentes au CLSC.

L'aspect visuel des affiches est particulièrement parlant : des couleurs vives (rouge, jaune) sont utilisées pour attirer le regard des personnes ciblées par ces messages de prévention des infections. Ces couleurs font également appel au danger, à la nécessité de prendre un temps d'arrêt afin de réaliser le rituel prescrit si l'on ne veut pas encourir un péril engendré par la maladie qui se doit d'être évitée.

Le contenu de ces messages consiste principalement en une description d'un problème et en l'application de mesures recommandées qui sont clairement décrites par étapes. Exemples de contenu d'affiche gouvernementale : « *Visiteurs : attention. La saison de la grippe et de la gastroentérite est de retour! Si vous pensez en être atteint, remettez votre visite à plus tard.* » (Agence SSS de Montréal); « *Comment mettre un masque. Protégez la santé des autres! 1) Mettez le masque en plaçant le bord rigide vers le haut, 2) Moulez le bord rigide du masque sur le nez, 3) Abaissez le bas du masque sous le menton.* » (MSSS).

Une description des agents infectieux et de la manière de s'en prémunir est présente dans différents dépliants gouvernementaux disponibles dans l'établissement. Exemple : « *information sur le Clostridium difficile. (...) Qu'est-ce que le Clostridium difficile (...) Quelles sont les mesures prises pour prévenir la transmission à l'hôpital (...) Quand doit-on se laver les mains?* » (MSSS). La description d'un problème à l'aide d'information offre des connaissances succinctes et sélectives sur des problèmes potentiels qui peuvent être causés par un agent infectieux et par la suite, un ensemble de mesures doivent être appliquées par les personnes désirant prévenir la maladie.

La lecture et l'analyse de ces dépliants, affiches, manuels de PCI, plan pandémie et autres documents présents dans l'établissement suit la même logique digne de l'approche cognitive : agent infectieux en cause, description du problème, prescription de mesures pour s'en prémunir.

La plupart des mesures recommandées en PCI sont détaillées à l'aide d'étapes et d'images, ce qui rend le discours très visuel. Les affiches et dépliants présents au CSSS préconisant le lavage des mains détaillent étape par étape du comment les personnes doivent se laver les mains de la manière suivante : se mouiller les mains avec de l'eau tiède, appliquer du savon, frotter ses mains de 15 à 20 secondes en se savonnant toutes les surfaces de nos mains, rincer nos mains sous l'eau, sécher nos mains avec un essuie-tout, fermer le robinet avec l'essuie-tout (MSSS). Les infirmières en PCI renforcent le discours ministériel en le communiquant dans le cadre d'une formation sur le lavage des mains. Durant cette formation, plusieurs infirmières soulèvent la question qu'elles développent des « craques » sur leurs mains. Il leur est alors recommandé d'utiliser de la crème hydratante fournie par l'employeur ou d'opter pour la solution hydroalcoolique qui contient des émoullissants contrairement au savon qui est présenté comme un astringent.

Ce type de discours n'est pas anodin, car les infirmières de PCI ont elles-mêmes été formées à la Direction de santé publique dans le cadre de la Campagne canadienne de l'hygiène des mains (Institut canadien pour la sécurité des patients, 2010). Nous avons pu assister à cette formation lors des observations de terrain en suivant les infirmières en PCI. Une trousse canadienne nous a été remise et il y est décrit de nombreuses recommandations provenant directement de l'OMS et de sa campagne « *clean your hands* ». En somme, la capillarisation du discours se fait *top-down* tel que nous l'avions vu pour la pandémie.

Par ailleurs, un lien étroit existe entre lavage des mains et mesures de surveillance. La Campagne canadienne préconise la tenue d'audit sur le lavage des mains. En somme, les infirmières en PCI sont encouragées à se présenter sur les unités de soins de leur établissement avec une liste de contrôle afin de vérifier que le personnel se lave les mains selon les normes prescrites. Un tel audit a déjà été réalisé par le passé au CSSS non pas par

les infirmières en PCI, mais par des étudiantes infirmières. Ceci n'a pas donné les résultats escomptés, puisque les informations issues de la collecte des données semblent s'être perdues. Néanmoins, suite aux échanges, l'infirmière cadre en PCI prévoit la tenue de tels audits au sein de son établissement afin de conscientiser les infirmières au lavage des mains. Durant la formation à la DSP, il a été question de tenir de tels audits en prévenant ou non le personnel de soins sur les unités. La surveillance se déroulerait à l'insu des travailleurs dans un tel cas. Le fait de s'identifier ou non comme agent de surveillance lors d'un audit relève de la décision de l'infirmière en PCI.

Ces constats en lien avec le lavage des mains renforcent l'idée que l'infirmière en PCI joue un rôle majeur de surveillance tant en lien avec l'isolement des patients que face au lavage rigoureux des mains selon une grille d'audit détaillée par l'ICPS (2010).

Durant notre terrain, nous avons observé, mais également respecté à la lettre les normes de PCI préconisées au sein de l'établissement, dont celles du lavage des mains. Cet assujettissement de notre propre corps a produit des effets bien concrets qui se sont inscrits dans notre chair : au bout d'une semaine de lavage des mains, nous avons développé une dermatite au contact de l'eau et du savon. Incapable de trouver de la crème hydratante au CSSS, nous nous sommes rabattue sur la solution hydroalcoolique qui nous a fait regretter notre choix. La solution hydroalcoolique brûle sur les sillons secs et ouverts, creusés dans notre peau par le lavage des mains : ce fut un apprentissage cuisant. Une réflexion étrange nous a alors traversée l'esprit : les sillons qui s'inscrivent dans nos mains sont les traductions directes des normes mondialement recommandées. Le pouvoir s'est donc capillarisé dans notre corps en le traversant, en s'y dissolvant jusque dans nos cellules épithéliales.

Une réflexion peut être faite quant à la description très détaillée des étapes de lavage des mains. Cette description du lavage des mains constitue un souci du détail sans précédent où les discours de santé publique normalisent l'hygiène corporelle dans une perspective de prévention de la maladie. Nous qualifierons ce souci face au lavage des mains de fièvre hygiéniste à l'instar de Lipovetsky (1992).

« la propreté est exigée au nom du respect des autres, mais aussi du respect de soi-même (...) en inculquant les devoirs d'hygiène, on ne donne pas seulement les moyens de renforcer la santé, on fait œuvre de redressement des volontés et de moralisation des masses (...) la saleté est signe de paresse et vice de l'âme, la propreté révèle l'amour de l'ordre et le respect de soi » (Lipovetsky, 1992 p.126-127).

Ces discours entourant le lavage des mains présents au CSSS comportent des éléments invisibles qui peuvent être révélés. En effet, ces mesures de prévention relèvent d'un héritage séculaire fondé sur des rituels qui visent le maintien de la santé, la guérison de la maladie par la purification des corps physiques, mais également de l'âme (Douglas, 2001; Vigarello, 1985; Rufié et Surnia, 1995; Albert, 2006; Collière, 2001).

L'impératif du lavage des mains s'apparente à un rituel de purification à partir du moment où l'on désire laver ses mains de toute souillure, les débarrasser de tout agent infectieux par une technique précise qui nécessite une série d'actes d'observance prescrit (Douglas, 2001).

Cette souillure, nous l'avons représentée de façon originale sous une forme d'expression artistique en peignant un triptyque thématique intitulé Abjections. La souillure est produite par le corps lui-même et touche aux abjections (Kristeva, 1980), aux liquides biologiques tels que l'urine, les fèces, les expectorations, les microorganismes invisibles présents sur les mains. Nous les avons représentés de manière symbolique afin de rendre visible l'invisible de ces abjections présentes dans l'espace sacré souhaité. Les nuances servent à distinguer la souillure rattachée aux couleurs foncées des microorganismes, du sang, des fèces, de l'urine et des expectorations face à la sacralité du blanc angélique, virginal, pur et propre.

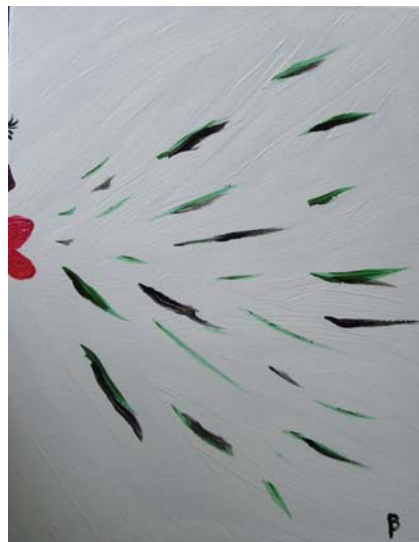
Figure 1 : *Abjections*, triptyque thématique sur les souillures biologiques, acrylique sur toile



Les mains



Selles, urine, sang



Éternuements

Face à ces abjections, la non-observance des rituels prescrits purifiant toute souillure peut engendrer la maladie, voire même la mort. Les dépliants ministériels disponibles dans le CSSS sont explicites en ce sens, par exemple, quant à la question du *Clostridium difficile* : « *certaines personnes plus vulnérables peuvent avoir des complications comme une inflammation grave de l'intestin ou une déshydratation. Dans certains cas, le C. difficile peut entraîner la mort* » (MSSS). Un autre exemple touche à la question des Entérocoques résistants à la Vancomycine (ERV) : « *Les ERV ne causent pas plus d'infections que les autres entérocoques, mais ils peuvent nécessiter une hospitalisation et un traitement plus difficile et plus long* » (MSSS).

Les prescriptions rituelles sont donc accompagnées de croyances en des dangers précis encourus par les personnes qui ne les respectent pas (Douglas, 2001). La crainte de la maladie et la nécessité d'éviter la contamination deviennent le moteur qui alimente le recours aux rituels de purification afin d'éloigner ce risque d'atteinte à la santé pour les personnes qui composent la population. Les rituels de purification permettent de créer un espace sacré, un moment où les corps sont purifiés de leurs impuretés tant physiques (agents infectieux) que spirituelles (Otto, 2001; Eliade, 1965; Douglas, 2001).

L'espace sacré purifié apparaît clairement comme une zone de sécurité à atteindre, une zone de confort qui naît lorsque le danger en lien avec les risques de contamination de maladies infectieuses est éloigné ou absent.

Cet espace sacré désiré et présenté comme exempt de tout pathogène, ne constitue pas une invitation simple : il devient rapidement un espace disciplinaire punitif dans la mesure où les recommandations de PCI ne sont pas appliquées. Cet espace punitif sera abordé ultérieurement dans la section sur la culture du blâme en lien avec la culture de sécurité.

Les infirmières conçoivent le lavage des mains comme un moyen de se protéger des infections : on se lave les mains, on fait attention, donc on est propre. On a un bon comportement, donc on ne tombe pas malade. Une progression dans le discours entourant la purification et la protection est palpable.

« Non [je ne suis jamais tombée malade]. Moi, je suis très chanceuse (...) mais je fais très attention. Je me lave les mains et je suis quelqu'un de déjà très propre à l'extérieur de mon milieu. Alors donc ici, cela fait de moi une personne encore plus propre (...) moi, j'ai un bon comportement et je n'attrape rien » (participant 1)

« quand je vais rentrer dans une chambre, je vais m'assurer d'avoir les mains propres (...) quand je vais quitter la chambre, je vais me nettoyer les mains (...) je pense qu'il faut vraiment avoir ce souci-là en tant qu'intervenant dire que nous on peut être porteur » (participant 5)

Cette conception de la propreté se traduit dans le lavage des mains par l'application inconsciente, l'automatisation chez certaines infirmières de ce type de rituel de purification.

« quand je vais voir des patients dans leur chambre, systématique le gel en sortant en entrant. C'est devenu une habitude pour moi. Lavez des mains, oui » (participant 10)

« pour moi, ça a toujours été naturel de faire ça, de se laver les mains » (participant 5)

« qu'il y a beaucoup d'emphase mis au niveau du lavage des mains et que même c'est rendu automatique » (participant 8)

Ce type de discours infirmier qui rapporte une forme d'automatisme dans le lavage des mains est paradoxal, car il n'est pas de l'avis des infirmières en PCI que le personnel se lave les mains en respectant les normes édictées et valorisées au CSSS et elles en veulent pour preuve les taux d'infections nosocomiales présents dans l'établissement.

Ce lavage des mains est prioritaire pour le CSSS via l'affichage, mais s'inscrit également dans le discours des infirmières.

« pour moi, ce qui reste prioritaire, c'est les mains (...) si tu vas dans un, une maison que tu ne laves pas tes mains, puis tu vas dans une autre maison, mais tu peux être un agent propagateur aussi » (participant 9)

« je me lave régulièrement les mains (...) pour moi, c'est très important (...) il y a des microorganismes partout puis on ne peut pas les voir, puis si on les voyait, ça serait le fun parce qu'on saurait on a besoin de se laver les mains, mais là on ne les voit pas. C'est très important » (participant 5)

Il existe un second impératif en matière de purification : il s'agit du nettoyage des objets et des surfaces tout comme l'ordre dans l'environnement. Ceci constitue une activité

rituelle qui ne relève pas de l'infirmière, mais du service d'hygiène et de salubrité du CSSS. La nécessité de l'ordre dans l'environnement est assez claire : « *c'est le boom de l'hygiène, puis tout ça, les chariots, ça devrait être remis tsé dans la salle de bain* » (participant 4)

Les gestionnaires du CSSS soulignent que des efforts considérables en lien avec l'hygiène et la salubrité ont été réalisés ces dernières années. Les protocoles ont été formalisés, des formations réalisées, le personnel sensibilisé, les dispositifs de rinçage des mains et des chasses d'eau de toilettes automatisées instaurés sur base des recommandations provinciales.

« tout ce qui est automatisé pour se laver les mains avec des, ce n'était pas là ça avant pour une toilette non plus (...) c'est toute pensé en fonction de la prévention des infections » (participant 7)

Un aparté peut sûrement être fait quant à la maîtrise de nos activités de la vie quotidienne qui sont contrôlées par la machine de PCI. Nous l'avons vu, cela passe par le lavage des mains, mais également par l'automatisation des toilettes, des robinets, des sèche-mains ou des distributrices à papier avec œil électronique. Tous ces dispositifs automatiques sont confrontés à la vie humaine et paraissent bien imparfaits. La chasse d'eau se tirant toute seule à des moments non désirés, la robinetterie qui ne dispense pas un assez gros jet d'eau pour rincer le savon appliqué sur les mains sont autant de dérapages concrets vécus durant le terrain dans le CSSS. Ceci pose certainement la question de la place de la technologie dans nos vies et son utilité face à la PCI.

L'entretien et l'ordre dans l'environnement sont perçus comme essentiels tandis que des zones dites grises sont présentes au CSSS. Il s'agit de lieux qui ne sont pas ou peu entretenus par l'un ou l'autre service de l'établissement, ne sachant pas de qui il relève, tel qu'expliqué par une gestionnaire du CSSS.

« l'entretien, ben là c'est essentiel tsé » (participant 4)

« y sont aussi tu vois sont en train de régler les zones grises (...) sont en train de déterminer qui, quel équipement, quel matériel, quelle partie du bâtiment n'est pas désinfectée, les ascenseurs, mais les couloirs d'escaliers, ça c'est une zone grise » (participant 7)

Le nettoyage de l'environnement est essentiel, car cet environnement est perçu comme étant souillé. Dès lors, cela requiert un nettoyage en règle afin de le purifier.

« pour moi, c'est un environnement qui est souillé (...) souillé au niveau des microorganismes. C'est surtout ça moi dans ma tête, tout ce que je touche ici peut être souillé (...) dans un hôpital, dans un environnement comme ça, on doit penser que c'est souillé au niveau des microorganismes, y'a des microorganismes partout puis on ne peut pas les voir » (participant 5)

Certains participants gestionnaires perçoivent que des efforts ont été réalisés pour engager du personnel au niveau de l'hygiène salubrité « *y'ont mis plus d'effectifs* » (participant 7), tandis que des discours paradoxaux sont entendus dans le milieu lors de la formation sur le lavage des mains à laquelle nous avons assistée. Il était plutôt question de coupures de poste ces dernières années dans le secteur de l'hygiène et de la salubrité, ce qui expliquerait un plus haut taux de cas infectieux selon les infirmières qui assistaient à cette formation. Les discours de gestion et du personnel s'opposent sur ce point.

Bien que formalisé dans une certaine mesure au sein d'un mini-guide de référence présentant un tableau d'aide à la décision, les pratiques d'hygiène salubrité semblent varier d'un employé à l'autre.

« en posant des questions, en observant, il y a des divergences énormes entre les préposés à la salubrité, dans ce qu'ils nous disent qu'ils font, dans les techniques et... le pourquoi ils font les choses, ça diverge d'un employé à l'autre » (participant 3)

Il est à noter qu'une guerre de clocher est palpable entre le service d'hygiène et salubrité avec l'équipe d'infirmières en PCI. Le directeur du service d'hygiène et salubrité a d'ailleurs refusé de nous rencontrer avec l'infirmière en PCI. La cadre en PCI n'a pas réussi à obtenir les protocoles d'hygiène et salubrité qu'en passant par la structure hiérarchique de son établissement. Finalement, il s'avère que ce service ne possède pas de protocoles décrivant les pratiques d'hygiène et salubrité appliquées par son personnel. Ceci explique peut-être la variation présente dans les pratiques d'hygiène et de nettoyage de l'environnement au sein de l'établissement.

Finalement, un troisième impératif quant au rituel de purification touche à la consommation d'antibiotiques qui peut être vue comme un moyen de se débarrasser des

microorganismes qui se sont propagés à l'intérieur du corps. Le nettoyage intérieur par la prescription d'antibiotiques, nous ne l'avons pas abordé dans le cadre de notre terrain. Néanmoins, les infirmières en PCI ont abordé la question de la surconsommation d'antibiotiques qui causent selon elles, des résistances des pathogènes et développent des organismes multirésistants tel le SARM.

Rituel de protection

Le rituel de purification se jumelle à un rituel de protection constitué de la vaccination, de l'antibiothérapie préventive et du port de l'équipement de protection personnel.

La vaccination, nous l'avons déjà abordée à deux reprises tant au niveau de la vaccination pandémique A/H1N1 qu'au niveau de la vaccination saisonnière. Nous n'y reviendrons pas ici. Néanmoins, celle-ci peut être vue comme une composante de ce rituel de protection dont l'importance est martelée au CSSS.

L'antibiothérapie préventive n'a pas vraiment été abordée dans le CSSS même. Cette question a été soulevée à la DSP de Montréal lorsqu'un médecin est venu présenter les principes de l'antibiothérapie préventive dans le cadre d'une réunion où les infirmières en PCI du CSSS étaient conviées. Nous ne nous étendons donc pas sur ce sujet, puisque quasi absent dans le CSSS et relevant de la responsabilité médicale.

La tenue vestimentaire et l'équipement de protection personnel quant à eux sont fréquemment utilisés par les infirmières et ont fait l'objet d'une attention particulière de la part d'une participante dans ses verbatims, tandis qu'une autre ne se sent pas concernée par le port d'un tel équipement dans les soins à sa clientèle. Les discours sont donc très opposés face au port de l'équipement de protection personnel.

« quand je sors, je suis habillée avec mon uniforme encore. Mais quand j'arrive chez moi (...) je me déshabille puis je prends ma douche puis mon linge est lavé à tous les jours (...) du fait de l'extérieur, je me protège et je protège mon mari » (participant 1)

« je m'en sers jamais parce que je ne suis pas confrontée à ça (...) je suis (...) en MPOC fait que toute cette dimension-là que tu me parles d'équipement, j'y touche pas vraiment » (participant 9)

Tout d'abord, contrairement à d'autres pays, au Québec, l'uniforme de l'infirmière constitue une responsabilité personnelle et non pas une responsabilité de l'employeur. L'infirmière se doit d'acheter ses propres uniformes en respectant les normes de son établissement. L'infirmière se doit également de l'entretenir. Ceci a été confirmé lors de notre étude. Au CSSS, selon nos observations, une grande partie des infirmières quittent l'établissement vêtues de leur uniforme de travail et non pas de leurs vêtements personnels. Ceci est triangulé par les verbatims exprimés lors des entrevues.

La tenue vestimentaire normée est pourtant établie sur le plan provincial suite à une prise de position de l'OIIQ (2006), qui par ailleurs, couvre entre autres le port du maquillage, de faux-ongles, de barbe, de bijoux, de cravate, de parfum et de chaussures. À cet égard, la cadre PCI de l'établissement soulignait combien il est difficile de répéter aux infirmières que les faux ongles sont des nids à germes et rendent le lavage des mains peu efficace, tout comme le port de bijoux. Certaines infirmières du CSSS semblent ne pas vouloir se conformer aux recommandations de la PCI et résister à l'imposition de certaines normes reprises dans le guide de PCI et rappelées par les infirmières de PCI lors de leurs tournées sur les unités de soins. Par exemple concernant le port de bijoux, le port de faux ongles et le lavage des mains.

À nouveau, Foucault (1975) est aidant pour jeter un regard sur de telles prises de positions, des normes de pratiques préconisées au sein du CSSS. Le pouvoir se capillarise jusqu'à la longueur des ongles des infirmières, le port de faux ongles et de parfum qui sont normés. Le corps des infirmières est assujetti au sein de ce régime de vérité renforcé, voir initié par les discours hygiénistes de santé publique.

Bien que la tenue vestimentaire constitue un enjeu en PCI et fait l'objet d'une certaine attention, celle-ci est absente du discours du Comité de santé et sécurité au travail de l'établissement. La tenue vestimentaire y est plutôt abordée face au budget d'achat à octroyer au personnel de soutien pour l'acquisition de bottes de travail sécuritaires. Nous

reviendrons sur les aspects de santé et sécurité au travail dans l'axe III en abordant la culture de sécurité.

Une réflexion face à ces rituels de purification et de protection est nécessaire, car loin de constituer des mesures récentes, ces rituels s'inscrivent dans un contexte sociohistorique sous le signe de la continuité. La périodicité des maladies infectieuses à travers les âges et son étude, telle que décrite dans une section précédente nous permettent d'établir des liens entre les mesures actuelles de PCI favorisant la purification des corps et les mesures anciennement préconisées. À titre d'exemple, durant l'écllosion de variole à Brooklyn et à New York vers 1894-1902, une campagne de vaccination de masse volontaire a été réalisée et est perçue rétrospectivement comme coercitive et compulsive (Colgrove, 2004); la santé publique faisant du porte-à-porte pour convaincre les personnes de se faire vacciner. Aujourd'hui, le porte-à-porte se fait par l'entremise des médias, tel que décrit dans le pré-terrain.

À cet égard, il est curieux que l'Ancien ne soit pas si détaché du Récent, tel que perçu par certains participants dans le CSSS. L'apparition d'infections et l'application de mesures de PCI se déclinent dans un espace temps où des similarités frappantes sont présentes en termes de contrôles, de régulations et de prévention.

Les activités de la vie quotidienne, telles que uriner, déféquer, se baigner, l'hygiène du vêtement, la gestion des déchets font partie intégrantes des mesures d'hygiène valorisées depuis plus d'un siècle par la santé publique (Galmiche IN Le Vacon, 2006). Ces rituels de purification et de protection présents au sein du CSSS s'inscrivent donc dans des continuums espaces-temps où les discours ancestraux entourant la purification et la protection sont actualisés.

Adhésion et résistances face aux mesures en PCI

Dans le discours de santé publique véhiculé au sein du CSSS, la contamination est vue comme une conséquence du non-respect des mesures en PCI. Ceci se traduit dans les verbatims exprimés par les participants.

« y a des gens qui ont eu la gastroentérite dans notre personnel. Est-ce que c'est parce qu'ils ne se sont pas protégés, moi je pense que oui » (participant 5)

« y a une éclosion comme ça (...) c'est souvent des mauvaises techniques qui ont été faites au niveau de la désinfection, de la prévention » (participant 5)

Plusieurs raisons sont soulevées en lien avec ces conséquences vécues, ces non-observances des normes de PCI. La surcharge de travail vécue par les infirmières est revenue comme élément ne facilitant pas l'adhésion aux mesures de PCI.

« avec le travail, je pense qu'ils délaissent des choses comme ça au niveau de la prévention des infections, au niveau de la contamination (...) je pense que c'est lié à la lourdeur du travail (...) mais y'a quand même du laisser-aller » (participant 5)

« au niveau de l'équipe, ça a été perçu comme un mal nécessaire, un surplus de tâches (...) on avait des gens qui refusaient d'aller travailler sur ces départements-là parce que justement faut s'habiller, faut se déshabiller, se laver et tout ça » (participant 8)

L'absence de valorisation des infirmières en PCI et des infirmières qui s'occupent des patients sur l'unité dédiée constitue certainement un élément du problème quant à la non-adhésion aux normes de PCI. Il n'y a aucune mesure incitative pour aller travailler sur cette unité dédiée. En effet, plusieurs infirmières se sont plaintes durant les observations terrain de cette surcharge de travail que constitue le respect des mesures de base et des mesures de précautions additionnelles, tandis que les gestionnaires soutenaient que leurs demandes de reconnaissance sont non fondées.

Un autre facteur qui joue sur la non-adhésion aux mesures de PCI touche au manque de disponibilité de l'équipement de protection et des dispositifs de rinçage des mains. Les dispositifs de rinçage sont disponibles sur chaque étage, mais pas au chevet des patients tel que le préconise l'Institut canadien pour la sécurité des patients (2010) abordé dans la formation régionale sur le lavage des mains suivie par les infirmières à la DPS de Montréal. Ces dispositifs de rinçage sont disponibles au CSSS depuis 2009 suite à la visite de l'Agrément et du Ministère.

« la jaquette et les gants, les gants c'est quelque chose qu'ici on utilise souvent. Si ça m'est pas accessible, je me lave les mains (...) depuis l'année passée, ils ont mis du Stérigel sur tous les étages (...) ça date de l'année passée, parce qu'on a aussi eu la visite de personnes de l'extérieur : l'Agrément et le Ministère » (participant 1)

« c'est comme pour la gastro, il y a une journée, il fallait prendre la température rectale, mais ça nous les prend les thermomètres » (participant 1)

« c'est comme des appareils à tension on en a pas pour laisser dans les chambres fait qu'il faut les désinfecter, mais si t'as pas de lingette pour le désinfecter » (participant 1)

Et il y a une dissonance entre le discours de l'infirmière ci-dessus qui constate concrètement un manque de matériel pour prendre soin de ses patients, tandis qu'une gestionnaire souligne : « *je pense qu'on a toute le matériel nécessaire pour bien gérer la prévention de la transmission des infections* » (participant 4).

Il existe des éléments qui motivent le personnel à appliquer les mesures de PCI. La valorisation du travail et la perception qu'a l'infirmière de son propre travail et la diminution des taux infectieux motivent le personnel.

« souvent ici, plus ça va, plus on est bons et plus on se trouve bons, parce qu'au début, on était pas aussi sensibilisés (...) ce qui est plaisant, c'est qu'on est moins isolés. On fait partie du CSSS maintenant, faut que tout de suite, pour les infections, on a [censuré le nom de l'hôpital] qui sont nos points de repère » (participant 1)

« la conscientisation à ce niveau-là qui est important et on a vu vraiment des résultats au niveau des baisses de patients atteints (...) les mentalités ont changées, l'approche a changée, puis je pense que ça a eu des effets très positifs » (participant 8)

Le fait de se sentir concernée par les risques est parfois relié au fait d'avoir des enfants et de vouloir les protéger, ce qui favorise l'adhésion aux mesures en PCI.

« je pense que le fait d'avoir des enfants, puis être plus concerné des risques favorise l'utilisation des moyens de protection » (participant 8)

Les mesures en PCI sont peu respectées en lien avec certaines techniques de soin pour lesquelles le personnel a besoin de formation, mais graduellement, tout le monde devra adhérer aux mesures en PCI qui seront non négociables.

« aspirer un patient avec un masque, y'a personne qui fait ça encore je pense qu'il y aurait beaucoup, y'aurait de la formation à faire là-dessus, du suivi à faire là-dessus (...) je pense qu'il faut vraiment s'outiller, puis il faut que tout le monde adhère à ça, ce n'est pas négociable dans les hôpitaux » (participant 6)

La résistance n'est pas toujours du fait des infirmières, mais parfois des patients eux-mêmes.

« ce qui est plus difficile... comme ici on est en période de gastro ben c'est les résidents, les milieux de vie ici, c'est leur chez eux on a des personnes en perte d'autonomie, donc qui sont confuses (...) la troisième semaine (...) ils commencent à être tannés d'être confinés soit dans leur chambre ou à l'étage, fait que... la coopération se fait moins bien » (participant 1)

Des résistances sont par ailleurs observables dans le CSSS face à la PCI. Nous l'avons vu, d'abord la résistance du service d'hygiène et salubrité à collaborer avec la PCI, ensuite les infirmières qui utilisent le lavage des mains comme outil de négociation quant à l'organisation de leur travail.

Une réflexion peut être faite quant à certains propos rapportés par l'infirmière-cadre en PCI, à savoir qu'une partie des infirmières ne se conforment pas aux mesures de PCI tant à la vaccination qu'au lavage des mains.

Il est possible que ce non-respect des mesures de PCI puisse être assimilé à une forme de résistance passive, non dite de la part des infirmières qui décident de ne pas se conformer aux normes édictées par la santé publique, par la PCI au sein du CSSS. Nous avons précédemment décrit combien plusieurs mesures de PCI restreignent les libertés individuelles quant à la vaccination, à l'isolement ou encore aux contraintes liées au port de l'équipement de protection personnel dans le cadre d'isolements des patients infectés. Ces mesures confrontent les libertés individuelles en valorisant la protection du public au détriment de l'individu.

Foucault (2001) souligne que « *les relations de pouvoir suscitent nécessairement, appellent à chaque instant, ouvrent la possibilité à une résistance, et c'est parce qu'il y a possibilité de résistance et résistance réelle que le pouvoir de celui qui domine essaie de se maintenir, avec d'autant plus de force, d'autant plus de ruse que la résistance est plus grande* » (p.407).

En ce sens, ce phénomène de création d'un régime de vérité en matière de prévention et contrôle des infections produit des résistances; résistances qui accentuent la domination de ce régime. La vérité ici doit être comprise à la manière foucauldienne comme « *l'ensemble des procédures qui permettent à chaque instant et à chacun de prononcer des énoncés qui seront considérés comme vrais* » (Foucault, 2001, p. 407).

Une réflexion est nécessaire au regard des espaces de liberté octroyés aux infirmières et qu'elles s'octroient elles-mêmes face à la PCI. Nous y reviendrons en abordant le rôle de l'infirmière et sa contribution à la PCI. Abordons à présent le risque et sa gestion.

5.2.2. Axe II : le risque et sa gestion

La présentation de cet axe considère tout d'abord la perception du risque pour l'infirmière et pour le patient, les précautions à prendre dans le quotidien pour se prémunir du risque, la conscientisation du risque suite à un incident/accident et la gestion des risques au sein du CSSS.

La perception du risque

La perception du risque touche à celle pour l'infirmière elle-même, pour le patient, mais également aux risques présents dans l'environnement.

La majorité des participantes infirmières ne se perçoit pas à risque d'être contaminé par une maladie infectieuse dans le cadre de leur emploi. Cette perception de ne pas être à risque est relié à la santé, à l'hygiène de vie, aux mesures de protection, à la prudence et au nettoyage de l'environnement.

« Je suis en bonne santé, je prends soin de moi, je ne prends pas de médicaments, je m'entraîne 4 à 5 fois par semaine, donc je ne me calcule pas à risque » (participant 2).

« je ne suis pas quelqu'un qui est inquiète de la transmission parce que je sais que si je me protège... heu... puis que je suis en bonne santé... heu... puis que je fais attention, j'ai pas de risque... presque pas de risque, il peut m'arriver quelque chose, mais... heu... si je fais attention je le sais qu'il y a pas de risque » (participant 3)

« non, moi je ne me trouve pas à risque, je suis en bonne santé : je prends aucun médicament, j'ai aucune maladie infectieuse, donc moi, je considère que je suis pas un risque pour les gens que je côtoie » (participant 4)

« non, moi ici, je ne me considère pas vraiment à risque » (participant 8)

« je suis en très bonne santé, fait que ça me fait pas peur (...) j'ai travaillé avec les bibittes toute ma vie, fait que je suis pas une fille qui est comme super apeurée par ça. (...) j'ai pas peur d'attraper, moi je pense que je suis immunisée contre tout ça, mais je pense qu'il faut rester prudente » (participant 9)

« actuellement non [je ne me perçois pas à risque] (...) je suis dans un bout de corridor, le ménage se fait régulièrement, les toilettes sont lavées, tout est bien nettoyé » (participant 7)

Cette image projetée du Soi qui n'est pas à risque nous fait penser au mythe du super héros perçu comme invincible, immunisé contre toute infection. La frontière est tracée entre le soignant sain et le malade non sain.

Le Soi ne semble pas à risque, mais l'Autre constitue toujours un risque pour les participants.

« les collègues, je sais pas y'en a peut-être qui sont à risque, mais sont pas conscients d'être à risque » (participant 4)

« les patients, ils se trouvent jamais qu'ils sont à risque pour les autres, c'est toujours les autres qui sont un risque pour eux autres » (participant 4)

Les employés ne se perçoivent pas à risque à partir du moment où ils ont une bonne hygiène de vie, fondée sur une diète équilibrée, si la santé est bonne et qu'ils ne côtoient pas de personnes à risque.

« les employés ici cette année y'on dit toi qu'est-ce que tu en penses du vaccin? Bien moi, j'ai dit écoute, si t'es en bonne santé puis que tu, t'as un bon régime de vie puis que tu côtoies pas de gens à risque, j'y penserais avant de me faire vacciner. Mais si t'es en contact avec des gens à risque que tsé là, ta diète, ton hygiène de vie est pas formidable, ben moi, je pense que oui, tu devrais te faire vacciner » (participant 4)

Ce type de discours doit être mis en relief avec certains autres verbatims où les participants se considèrent à risque. Ces risques sont rattachés à la nature même des soins, c'est-à-dire au manque de matériel, aux excréments du corps, aux portes d'entrée présentes sur le corps tel que les yeux, les plaies.

« nous, on est à risque, toujours. C'est toujours faites attention à tout liquide biologique, vomi, les selles, y'a une plaie... les crachats, les éternuements, fait que... eux y faut qu'ils fassent attention même au niveau des yeux fait que on leur dit, fait que les risques sont reliés à ça » (participant 1)

« on est très à risque, on a pas toujours ce qu'il faut » (participant 6)

« je crois qu'on est à risque et on doit dire on doit s'assurer de pas contaminer les autres (...) je crois, qu'on est tous à risque, autant les patients que les intervenants » (participant 5)

« on fait des injections, on touche à du sang, des risques, on a des produits, on a pas juste des médicaments, on est en contact avec liquides biologiques, on est en contact avec des patients qu'on ne connaît pas toujours leurs états tsé, fait que oui on est un lieu à haut risque » (participant 7)

« on est en contact avec des liquides biologiques qu'on voit (...) donc là le risque est là, il est visible, y est tangible (...) c'est peut-être un peu moins apparent pour un patient qui va être en isolation parce qu'il a un SARM » (participant 8)

Ces corps abjects méritent que l'on s'y attarde, car ce qui est source d'abjection est manifesté de manière concrète par les produits du corps humain, mais comporte une dimension symbolique, car l'abjection est associée à la pollution du corps et de l'esprit (Rudge et Holmes, 2010; Douglas 2001). Les fluides transgressent les frontières (Rudge et Holmes, 2010), ils sont visibles et constituent une matérialisation des risques biologiques

pour l'humain. En l'absence de fluides, le risque biologique devient davantage intangible par l'invisibilité à l'œil nu des pathogènes présents dans l'environnement (Roderick, 2010).

A contrario, pour d'autres infirmières, être en contact avec des liquides biologiques peut être problématique dans la mesure où une forme de banalité s'installe et le risque n'est plus perçu de la même façon.

« je pense que la perception du risque elle est peut-être vraiment diminuée par la banalité, aussi le fait que ce soit rendu des choses habituelles et routinières (...) parce que pour nous, avoir, être en contact avec des liquides biologiques qu'on parle de sang, d'urine ou quoi que ce soit, c'est rendu banal» (participant 8)

« ces patients là ne me font pas peur, parce qu'ils toussent puis qu'ils crachent» (participant 9)

La banalisation des risques implique que des événements sentinelle majeurs se produisent dans l'établissement de santé, faute de volonté et d'investissement financier pour gérer les risques biologiques.

« la banalisation du risque là. Oui oui, on pourrait faire ça, mais on n'a pas d'argent. Oui oui, on pourrait faire ça, mais qu'est-ce que tu veux qu'on fasse y'a rien à faire, fait que ça, c'est toute la banalisation, on laisse aller les choses jusqu'à tant qu'il arrive un événement sentinelle » (participant 7)

L'infirmière se conscientise davantage face aux risques lorsqu'elle vit un événement indésirable dans le cadre de sa pratique professionnelle.

« je me suis piquée (...) je suis très consciente des risques peut-être parce que c'est un épisode qui m'est arrivé (...) souvent, c'est le fait qu'il y ait un incident qui te touche plus personnellement au lieu d'être professionnellement qui va déclencher un mécanisme de conscientisation » (participant 8)

Face aux risques biologiques, certains participants considèrent qu'ils peuvent être des vecteurs de propagation de maladie au sein de leur établissement. Le risque dépend du mode de transmission des germes.

« C'est ça que j'explique à mon personnel, nous sommes des vecteurs de transmission, on n'est pas à risque. Souvent on met les autres à risque » (participant 2).

« le risque dépend du mode de transmission de l'agent (...) je pense qu'il faut bien connaître le mode de transmission des germes pour connaître le risque heu, des fois quand on... on voit aussi sur le terrain, les gens connaissent pas le risque, donc ont peur ou heu... veulent pas... veulent pas entrer [dans les chambres d'isolement] par exemple » (participant 3)

Selon nous, cette conceptualisation du risque biologique par les participants pourrait être à l'origine d'une surresponsabilisation du personnel infirmier en matière de propagation infectieuse. Les professionnels eux-mêmes ne sont pas perçus comme étant à risque de développer une maladie infectieuse sur leur lieu de travail, mais davantage comme des vecteurs de contamination. Cette conception du risque des participants pourrait contribuer à une approche de chasse aux sorcières face aux infirmières qui développent une maladie infectieuse : tu contamines les patients, mais eux ne peuvent pas te contaminer si tu adoptes une saine hygiène de vie. En clair, si un professionnel de la santé tombe malade, c'est faute d'avoir suivi les recommandations de la santé publique en matière d'hygiène de vie. Ce type de discours entourant le risque aborde directement la question du bon comportement à adopter, de la bonne hygiène et donc à leur opposé, les comportements à éviter et le manque d'hygiène.

L'environnement hospitalier est perçu comme un lieu dangereux, à risque sur le plan biologique.

« y'a un potentiel de danger au niveau infectieux qui est réel (...) c'est comme une évidence maintenant que, que c'est presque dangereux d'aller à l'hôpital » (participant 9)

« j'ai été malade quand j'ai commencé à travailler à l'hôpital, je me lavais les mains, mais je ne sais pas ce qu'il s'est passé, j'ai fait de grosses infections. J'avais jamais fait ça, fait que je pense qu'on est un milieu à risque, à haut risque» (participant 7)

A *contrario*, les résidences pour personnes âgées ne sont pas perçues comme étant à risque biologique, parce qu'elles constituent des milieux de vie pour les résidents.

« ici, en centre d'hébergement, c'est un milieu de vie, fait que y'en avait pas d'infections ici tu comprends » (participant 4)

« puis comme ils sont hospitalisés souvent, ben ça arrive souvent qu'ils attrapent le C.difficile » (participant 9)

Ces propos sont renforcés par les observations terrain où les résidences sont présentées comme des milieux de vie contaminés uniquement lorsque certains résidents reviennent de l'hôpital où ils ont acquis des infections nosocomiales. Il y a donc une distinction entre ce qui est perçu comme le foyer, le milieu de vie de la personne qui est perçu comme pur, exempt de souillure, et l'hôpital qui est perçu comme un lieu souillé, source de tous les dangers. Curieusement, l'hôpital représente un lieu à haut risque, le lieu de tous les dangers, mais la solution à la fois, lorsque la résidence subit une éclosion infectieuse. Les infirmières des résidences rapportent qu'elles peuvent compter sur l'équipe d'infirmières en PCI dont les bureaux se trouvent à l'hôpital. Ce type de raisonnement avait déjà été abordé dans l'axe I qui touchait aux maladies infectieuses et à leur conception.

Une participante rapporte des propos entendus sur les différentes unités de l'hôpital dans un récit narratif digne d'intérêt reliant perception du risque biologique et peur de la maladie infectieuse.

« il y a des discours qu'on entend que... nous on est à risques, personne s'occupe de nous, puis on a pas ce qu'il faut, puis vous savez pas ce qui se passe, puis vous nous mettez sur la ligne de front (...) c'est un discours qu'on entend aussi, qu'on entend aussi ici pour le Clostridium difficile (...) exemple hier, un monsieur de l'entretien de construction, rénovation qui a refusé de rentrer dans une chambre Clostridium difficile par peur que... puis malheureusement mes collègues ont dit ok, c'est correct, on va déplacer le patient, on va nettoyer la chambre en trois étapes, eau de javel, ensuite tu iras faire tes travaux. Moi, j'ai dit non, parce que c'est pas vrai que lui est à risque, il va mettre les gants, la jaquette, il va rentrer ce qu'il a besoin, il va nettoyer ses outils, on fera pas trois déménagements de patients, puis déplacer la salubrité, c'est 3 à 4 heures de travail, parce que monsieur a peur (...) en plus, je l'avais rencontré et lui avais donné l'enseignement » (participant 3)

La perception des risques biologiques d'un travailleur a un impact direct sur le patient et la mobilisation des équipes de soins et de nettoyage lorsqu'un travailleur des équipes de soutien refuse d'entrer dans une chambre d'isolement. Ce que produit cette perception qu'a la personne d'être à risque de développer une maladie infectieuse dans le

cadre de son travail, c'est la peur et le refus de travailler dans des conditions jugées non sécuritaires par le travailleur lui-même.

L'inquiétude n'est pas vécue seulement par les travailleurs de soutien, mais également par les infirmières qui ont peur d'exposer leur famille à des risques biologiques par le rôle de dispensateur de soins à des patients isolés, infectés.

« il y en a qui disent : moi j'ai un conjoint malade à la maison, puis je me mets à risque ici, puis il y a des médecins qui se promènent, qui se lavent pas les mains puis après ça moi j'amène ça chez moi, puis je mets mes... mon conjoint à risque » (participant 3)

Elles ont peur également d'exposer des patients dans le cadre de leurs soins à des risques biologiques via les multiples contacts humains infirmière-patient, patient-patient.

« je te dirais oui [je suis à risque], puisque je travaille en milieu hospitalier (...) c'est peut-être que c'est une déformation professionnelle, mais oui, je suis très peureuse par rapport à ça, oui (...) oui, ou de contaminer quand je vais voir des patients dans leur chambre » (participant 10)

« le risque biologique aussi, c'est... c'est le risque pour l'employé... heu... mais il y a aussi le risque pour les autres patients qui peuvent être en contact avec un employé ou un autre patient qui partage la chambre par exemple » (participant 3)

Le type de clientèle soignée influence également la perception du risque. Une clientèle dite vulnérable est perçue comme davantage à risque sur le plan biologique.

« avec les MPOC, c'est des patients qui sont souvent porteurs de SARM (...) c'est les patients qui prennent des antibiotiques beaucoup fait que, c'est sur qu'au niveau de leur système immunitaire, sont très affectés. Fait que, c'est vraiment comme les champions pour attraper tout ça (...) c'est au départ des gens qui sont plus vulnérables » (participant 9)

Les environnements à risques sur le plan biologique dépassent à présent le cadre des établissements de santé. En effet, des lieux atypiques sont perçus comme étant à haut risque biologique : le métro, l'épicerie, les magasins, partout où la population circule.

« je pense actuellement, je suis plus sensibilisée des risques biologiques en général. C'est, ce n'est plus seulement que dans les centres de santé là, c'est

partout dans le métro, au Métro, c'est-à-dire au magasin à l'épicerie. C'est partout où il y a de la population qui passe » (participant 7)

« je te donne un exemple, je prends le métro, je tiens les poteaux, je n'ai pas de dédain de prendre les poteaux, mais je sais que... aaah, mets pas tes mains dans ta figure, mets pas tes mains dans tes yeux, touche pas à ça, tu vas être correct c'est comme ça (...) oui, oui, contaminé, vraiment contaminé correct qu'ils soient contaminés. C'est normal, sauf que dans cette contamination, il peut avoir des pathogènes sérieux » (participant 10)

« je pense qu'on est de plus en plus consciente aux risques des poignées de porte, des téléphones, des ordinateurs, tout ça en un endroit où y'a quand même beaucoup de personnel qui circule (...) avant de manipuler tout ça, de toucher à tout, est-ce qu'ils se sont lavé les mains? » (participant 8)

Les environnements perçus à risque sont constitués des espaces communs aux autres êtres humains où ceux-ci circulent et touchent aux objets, aux surfaces présentes dans l'environnement, source potentielle de contamination. Toutefois, le foyer est préservé, tout comme la résidence pour personnes âgées qui constitue un milieu de vie.

« les lieux publics, je les trouve à risque, dans mon environnement privé à moi, non. J'habite toute seule. Je ne suis pas à risque, mais sauf que la première chose que je fais en arrivant, je laisse mes souliers à la porte et je vais laver mes mains. Ça, c'est tout de suite, tout de suite avant de toucher au commutateur ou quoi que ce soit » (participant 10)

Le risque biologique est absent à partir du moment où, avant d'entrer dans le foyer ou toute suite à sa frontière, l'infirmière procède à un rituel de purification par l'isolement de ses souliers à l'extérieur du foyer et le lavage des mains. Ce rituel permet de maintenir l'intégrité symbolique du foyer, cet espace sacré qui se doit de demeurer exempt de tout pathogène.

Dans les lieux atypiques de soins, tel que le restaurant, l'infirmière se prémunit de tout risque biologique en se rinçant les mains à l'aide d'un gel à base d'alcool.

« ma petite bouteille de gel avec moi (...) assez récent oui, peut-être trois ou quatre ans » (participant 10)

« je traîne mon petit gel, mon petit gel quand je vais dans un endroit public » (participant 7)

Croit-on que ces infirmières surréagissent face à une menace perçue? Les moyens qu'elles utilisent, soit le recours à un gel désinfectant pour les mains, s'inscrit dans un mouvement de la société d'implanter des dispositifs de rinçage des mains dans des restaurants, dans des tours à bureaux. Ce comportement s'inscrit dans un mouvement social où le rinçage des mains fait partie d'un rituel de purification afin de se protéger de tout désordre causé par un risque potentiel de maladie.

Quasi chaque endroit familier aux personnes devient un espace de menaces, un environnement où le potentiel pathogène peut se manifester, la maladie de s'immiscer dans nos corps, les corrompre, les souiller et les tuer. Ce potentiel menaçant n'est pas décrit uniquement dans les verbatims issus de cette recherche, mais se retrouve dans les discours médiatiques, populaires voir artistiques. À titre d'exemple, la pièce de théâtre *Toxique* de Greg MacArthur dépeint parfaitement bien ce risque biologique dans une narration surprenante d'une mère de famille exposée à un risque biologique. Un homme dans un bus provoque un épisode d'hystérie collective, son geste étant perçu comme un acte de bioterrorisme dans un monde méfiant, une population apeurée (Mac Arthur, 2011). Ce risque biologique se traduit dans le corps de cette mère qui finit par ne plus être capable de sortir de son lit, de respirer et de vivre alors que la menace s'est avérée chimérique et qu'aucune infection n'est retrouvée dans son corps. Le simple risque a suffi pour « rendre symptomatique ce malaise face aux autres », tandis que cet « auteur semble vouloir nous dire que dans notre monde mis en quarantaine par des politiques de peur, on cherche moins les explications que les condamnations » (Lehoux, 2011). Cette menace a un impact sur sa famille qui se désintègre, tandis qu'elle est recluse dans sa chambre, paralysée par la peur des risques biologiques. La véritable menace n'est donc pas celle de l'extérieur, mais celle vécue de l'intérieur, qui conditionne nos relations aux autres.

Bien que les participants du CSSS perçoivent le risque comme étant rattaché à l'extérieur du Soi, le « risque » selon nous proviendrait de l'intérieur, de notre ontologie et de nos schèmes de références en matière de risques biologiques.

Cette perception du risque est intimement rattachée à une conception que l'infirmière se fait du risque et des moyens utiles à prendre pour s'en prémunir. Une fois la perception du risque établie selon la perception du Soi, de l'Autre et des environnements, il faut en examiner sa gestion au sein du CSSS.

La gestion des risques biologiques

La gestion des risques biologiques est davantage associée à la gestion des éclosions de nature infectieuse qu'à l'analyse du risque ou encore à la prévention des risques comme tels. Il semble que les cadres infirmiers, à l'instar du système en entier, gèrent éclosion par-dessus éclosion et ne possèdent pas les ressources financières ou humaines pour faire de la véritable prévention des maladies et de promotion de la santé. Les cadres abordent de façon plus naturelle la question de la gestion en temps de crise qui semble faire davantage part de leur quotidien de gestionnaire quand ils explicitent clairement la nécessité de reprendre contrôle immédiatement de la situation, lorsque la maladie infectieuse s'installe et le désordre qui y est rattaché.

« Les crises ont tout le temps été circonscrites de façon rapide (...) les méthodes ont été appliquées immédiatement » (participant 2)

La gestion des risques passe par une vision du risque qui est calculable, mesurable et gérable et passe par l'application des procédures et protocoles, même si le risque zéro n'existe pas. La gestion des risques passe par une connaissance des risques une fois que le risque s'est traduit une première fois dans le réel. Ensuite, on prévoit, on gère ce qu'on connaît. La gestion des risques biologiques est davantage réactive postévènement et peu proactive. Aussi, cette gestion touche à tous les aspects présents au CSSS de l'achat de matériel, aux soins dispensés jusqu'à l'entretien sanitaire.

« la gestion, le protocole, procédures qui doivent être appliqués (...) y'a des choses, des choses qu'on ne peut pas prévoir (...) le risque zéro n'existe pas, y'aura toujours des risques (...) mais à partir du moment où ça arrive, on peut toujours le prévoir par la suite, on peut gérer, on ne peut gérer que ce que l'on connaît » (participant 7)

« les risques biologiques, faut toujours qu'ils soient tenus en ligne de compte à l'achat de matériel, pour les soins, pour la désinfection, toute l'entretien

sanitaire, faut toujours toujours toute, toutes nos façons d'intervenir (...) ça fait juste commencer » (participant 7)

Concrètement, différentes préoccupations en lien avec la gestion des risques sont soulevées lors des observations terrain. Plusieurs échanges ont été documentés lors du Comité de gestion des risques qui touchent à la catégorisation des événements en fonction de leur gravité (incident, accident, sentinelle), aux bilans des déclarations d'incidents et accidents via le formulaire ministériel AH-223 avec une présentation de tableaux de distribution statistiques des événements indésirables survenus au CSSS, au bilan des incidents et accidents déclarés lors de la campagne de vaccination A/H1N1.

Les priorités de ce Comité de gestion des risques institutionnel pour l'année 2009-2010 sont de « *s'assurer de suivre de façon particulière l'instauration de la culture de sécurité au sein* » de l'établissement, et de « *suivre de façon particulière l'analyse approfondie des incidents et accidents reliés aux erreurs de médicaments* » (Comité de gestion des risques du CSSS, 2010). Le comité de gestion des risques est très préoccupé par la divulgation des événements indésirables à la famille et au patient concerné lorsqu'un événement majeur, un événement sentinelle se produit. La gestion des risques postévénement y est abordée par exemple face au suicide d'un patient sur une unité de soins, ou encore suite à la fugue d'un patient hospitalisé.

Le comité de gestion des risques a mis à notre disposition son rapport annuel présentant la culture de sécurité et la prévention des infections comme faisant partie des priorités pour le CSSS afin de maintenir l'agrément dont il bénéficie. Une série de mesures en lien avec cet agrément sont exigées et des normes doivent être respectées. À titre d'exemple, une analyse prospective en termes de gestion des risques est réalisée par le Comité de gestion des risques, fondée sur une AMDEC (analyse des modes de défaillance), à la demande d'Agrément Canada qui l'exige dans les Pratiques organisationnelles requises (POR). Il s'agit du seul document où une démarche proactive de gestion des risques est décrite.

Le rapport annuel du Comité de gestion des risques présente principalement des tableaux de distribution statistique en lien avec les chutes, les accidents et incidents au sein du CSSS, les erreurs de médicaments, les événements sentinelle. La prévention des infections quant à elle est décrite en abordant la structure de l'équipe de PCI, le comité de prévention des infections et les protocoles et documents rattachés à ce thème. Les principales activités de ce Comité de prévention des infections sont présentées dans le rapport annuel et couvrent : « *le suivi des taux de C. difficile, de bactériémie à SARM et d'ERV; l'évaluation du processus et du taux de vaccination contre l'influenza et le pneumocoque chez les résidents à l'hébergement dans le CSSS; choix des équipements de protection respiratoire en cas de MRSI (maladies respiratoires sévères infectieuses); recommandations sur les présentoirs et la distribution des revues dans l'hôpital; émission de deux plans d'action pour contrer l'augmentation des taux de C. difficile à partir de la période 9; recommandation pour l'ajout de toilettes au [censuré] étage de l'hôpital* » (Rapport annuel du Comité de gestion des risques). À cette description sont joints deux tableaux présentant des courbes épidémiologiques de bilan d'infections nosocomiales. Le premier présente une diminution des cas de C. difficile depuis 2004 jusqu'à 2009. Le second tableau présente une augmentation de cas de bactériémies à SARM de 2005 à 2009. Les principales activités de l'équipe de PCI sont décrites comme des activités de consultation, de surveillance, de sensibilisation, de formation et d'information, mais aussi de gestion des éclosions.

Malgré la présence du Comité de gestion des risques au sein du CSSS, les cadres intermédiaires et les conseillères en soins infirmiers ne semblent pas connaître le travail de ce comité.

« au niveau de la gestionnaire, c'est quelque chose dont je n'entends pas parler (...) la directrice, don elle est très consciente de tout ça aussi, tout le monde est très conscient de tout ça, mais y'a pas de plan, c'est comme pas une priorité pour l'instant je pense » (participant 6)

Une possibilité qui expliquerait le fait que le Comité de gestion des risques et ses actions soient peu connus du personnel et des cadres infirmiers réside peut-être dans la sensibilité des informations traitées par ce comité. En effet, plusieurs cas sentinelle

d'accidents ou incidents graves y sont traités. Le processus de divulgation est abordé sous l'angle de la famille, mais peu de transparence semble présente face au plan gestion des risques qui n'est pas communiqué au personnel ou aux gestionnaires sur le plan organisationnel. Il n'est donc pas étonnant que les participants abordent la gestion des risques par l'entremise des mesures de PCI et non dans une perspective plus globale de gestion des risques faisant partie de la gestion de la qualité au sein de l'établissement.

Si l'on considère, à l'instar de Foucault (2001) que le savoir est intimement relié au pouvoir, et bien que celui-ci ne soit pas concentré ou détenu par une seule autorité, nous pouvons quand même dire que le Comité de gestion des risques détient une somme de savoir et donc de pouvoir, connaissances qui ne sont pas diffusées ou presque aux gestionnaires et au personnel selon leur propre perception.

La prévention et le contrôle des infections fait partie intégrante de la gestion des risques au sein du CSSS qui se veut être plus large, couvrant d'autres types de risques, tels que les risques de chute, d'erreur de médicament ou chirurgicaux.

Un participant aborde la gestion des risques en la qualifiant de bonne par un processus comparatif à d'autres établissements de santé lorsqu'il considère la gestion des éclosions et des risques biologiques réalisée au sein du CSSS.

« comparer à ce qui se fait ailleurs, je pense qu'on est une organisation qui se situe plutôt bien, on gère plutôt bien, on ne prend pas de chances non plus » (participant 2)

Cette gestion des éclosions passe par la gestion de l'espace via l'aire de débordement de l'urgence, l'enseignement au personnel et la rencontre des équipes pour fixer les attentes des gestionnaires, mais surtout par les interventions des infirmières en PCI.

« je pense qu'ils [les risques biologiques] sont bien gérés, on a une gestionnaire en prévention des infections qui est avec son équipe, on a souvent une ou deux infirmières dans l'hôpital qui font la tournée de l'ensemble des patients de façon quotidienne, l'ensemble de nos patients, c'est quoi leurs symptômes, vont voir les assistantes, y'as-tu des patients à risque, y'as-tu des patients avec des selles diarrhéiques, comment vont nos

patients, ils font le suivi des résultats de laboratoire, non je pense que c'est très bien géré dans le centre hospitalier » (participant 2)

Les mesures de PCI sont perçues comme étant des moyens de gérer les risques biologiques. À titre d'exemple, lorsque la question de la gestion des risques biologiques est abordée, automatiquement, une participante répond : « *ben tout de suite, moi je me mets une jaquette et des gants* » (participant 4).

La façon de prévenir et de se protéger des risques biologiques passe par l'adoption de mesures de PCI, soit les mesures de base (anciennement précautions universelles) et les précautions additionnelles.

« y'a des mesures universelles donc, ça fait partie de la prévention au niveau des risques biologiques (...) c'est sur qu'il y a des risques, mais quand on prend les mesures universelles, je pense qu'on se protège (...) s'ils ne comprennent pas, il s'exposent à des risques puis ils exposent les autres patients au sein des risques» (participant 6)

Cette gestion des risques biologiques et de respect des mesures de PCI se traduit au travers de l'établissement de statistiques dans une perspective d'évaluation des coûts face au choix des mesures à adopter pour corriger des situations perçues comme risquées postévènement.

« on va faire des statistiques, on va voir comment y'en a puis on va savoir si au niveau des coûts, c'est sur qu'il faut évaluer » (participant 6)

Selon nous, le CSSS adopte une position épistémologique positiviste du risque tel que décrit par Lupton (1999). Considérant la perception du risque ainsi que sa gestion, les participants jugent que les risques sont rattachés à une menace objectivée et objectivable au travers de mesures statistiques qui peuvent favoriser leur gestion. La gestion des risques biologiques se traduit sous la forme d'activités de prévention des infections. Cette position positiviste du risque est associée à une perspective technico-scientifique issue des sciences biomédicales rattachées à l'étude de la maladie infectieuse et à sa prévention. À l'instar de Lupton (1999), les questions que semblent se poser les infirmières du CSSS sont : « quels risques existent? Comment devrions-nous les gérer? Comment répondons-nous cognitivement aux risques? » (p.35).

Comment gèrent-ils les risques biologiques au sein du CSSS? Le gestionnaire le dit clairement, puisqu'il s'attend à ce que le personnel infirmier réponde à des attentes bien définies en matière de gestion des risques et de respect des normes de PCI. La première attente du gestionnaire concerne l'obéissance de son personnel qui doit appliquer rigoureusement les normes de PCI.

« Écouter à la perfection ce que le gestionnaire ou la PCI a comme attentes, répéter au personnel le lavage des mains, le port de l'équipement de protection (...) les déplacements sécuritaires des patients,(...) mettre un agent de sécurité en place » (participant 2).

Ce verbatim rappelle le contexte sociohistorique dans lequel la profession infirmière s'est développée. En effet, lorsque l'on pense aux pionnières emblématiques telles que Florence Nightingale qui donnaient des soins infirmiers lors de la guerre de Crimée aux soldats, ou encore aux Sœurs grises dont l'obéissance et les vertus étaient valorisées (Cohen, Pepin, Lamontagne, Duquette, 2002), on comprend mieux l'importance de l'obéissance infirmière face aux gestionnaires et à la PCI. Ce type de discours témoigne de l'héritage infirmier encore bien vivant qui touche aux origines militaires et religieuses de notre profession. Ce discours lié à l'obéissance des infirmières peut-être également compris dans le contexte d'un héritage sociohistorique lié à la gestion plus traditionnelle des cadres vis-à-vis de leurs employés. Une conception plus hiérarchisée de l'organisation permettra au cadre de considérer que son rôle se rattache davantage au contrôle du personnel qu'à la gestion dans une perspective organique de l'organisation où la concertation est davantage valorisée (Bergeron, 2006; Séguin, & Chanlat, 1992; Rouleau, 2007; Hibberd, & Smith, 2006; Viens, Hamelin Brabant, Lavoie-Tremblay, & Brabant, 2005). À cet égard, le terme « cadre infirmier » est utilisé dans l'établissement par différents professionnels et par la direction, donc comme une personne qui va encadrer les infirmières. L'organigramme de l'établissement permet également de comprendre que la structure de l'organisation est davantage hiérarchique qu'organique, à l'image du RSSS d'ailleurs qui est structuré sous l'égide du MSSS.

Les mesures de PCI sont appliquées de façon drastique par certains cadres infirmiers afin de gérer les risques biologiques. Ces mesures sont recommandées par les différentes instances internationales, nationales et provinciales et traduites sur le plan local par des normes de PCI édictées par l'équipe d'infirmières spécialisées en PCI. Lorsque ces normes se ramifient et se concrétisent au niveau local, elles sont présentées comme des mesures incontournables et impératives pour prévenir et contrôler l'infection.

« Il existe une tolérance zéro face à tout écart quant au respect des mesures. Cela va jusqu'à la suspension si le personnel ne se plie pas aux mesures. On ne peut pas se permettre de mettre notre clientèle à risque si le personnel ne prend pas les mesures PCI au sérieux » (participant 2)

Cette logique de gestion relève de deux éléments distincts : surveiller et punir (Foucault, 1975) les écarts de conduite face au respect ou non des mesures de PCI qui sont perçues comme des mesures pour assurer la sécurité des patients et prévenir tout risque biologique. Dans une telle logique fondée sur la recherche de coupables à la présence et à la propagation de la maladie infectieuse, le personnel infirmier est directement pointé du doigt quand une éclosion survient.

L'image d'un gestionnaire au confessionnal

Les verbatims en lien avec l'application drastique des mesures de PCI sont renforcés par l'observation directe d'un événement qui mérite une attention particulière afin de soulever les dynamiques présentes au sein de l'institution, tel que le recommande Thomas (1993). Ce récit narratif est digne d'intérêt, car il révèle une dynamique particulière au sein du CSSS. Dressons donc ensemble l'image de ce gestionnaire au confessionnal.

Une éclosion infectieuse survient au sein d'une unité donnée de l'établissement. Le cadre infirmier de l'unité de soins est appelé devant le Comité de PCI afin de présenter l'état de la situation sur son unité et de faire part aux membres du comité les mesures prises et le suivi assuré directement sur le terrain. Un inconfort persistant est palpable lorsque ce gestionnaire décrit un ensemble d'éléments justifiant la survenue d'une telle infection.

Les membres du Comité de PCI demeurent silencieux, ce qui augmente l'inconfort de ce gestionnaire qui tente à présent de disculper les infirmières de son équipe face à la survenue et à la propagation de cette infection. Il aborde les contingences, les conditions de travail et assure que son équipe fait tout ce qu'elle peut, mais les membres du Comité de PCI sont circonspects.

Finalement, le gestionnaire infirmier assure au Comité que des mesures drastiques et des sanctions seront prises face à tout écart de conduite en lien avec la PCI. Il obtient enfin l'assentiment du Comité de PCI qui le félicite et l'encourage à « sensibiliser » à nouveau son personnel sur l'importance d'appliquer les mesures de PCI afin de diminuer les taux d'infection au sein de l'établissement. Il est invité à quitter le Comité, ce qu'il fait volontiers et prestement.

Cet événement particulier rappelle une culture du confessionnal où le cadre infirmier est placé dans une atmosphère tacite d'aveu d'une forme de faute qu'il n'a pas commise, soit la contamination, mais qui doit être pardonnée par la mise en place de mesures punitives face à son personnel qui doit être mieux surveillé et contrôlé au même titre que l'infection elle-même.

Ce passage au confessionnal relève du pouvoir pastoral du Comité de PCI qui incite à l'aveu et encourage l'adoption de mesures pour corriger la situation. Le Comité de PCI encourage à son tour le gestionnaire à redresser les corps déviants de son équipe et à agir en bon pasteur avec les infirmières composant ses équipes. Ici, il s'agit en premier lieu de mesures disciplinaires qui passent par un mécanisme de surveillance, de contrôle et de punition, tel que décrit par Foucault (1975). Nous pouvons dire également que le pouvoir pastoral s'inscrit dans le dispositif de sécurité, car celui-ci touche au gouvernement des masses de l'axe biopolitique (Perron et coll., 2002). Ce gestionnaire est appelé à jouer le rôle du pasteur face à son équipe d'infirmières qui doit être guidée vers le salut, soit le respect des normes de PCI qui va permettre de préserver la vie, la leur et celle des patients.

Foucault (2004) décrit le pouvoir pastoral de la manière suivante.

« Le pouvoir pastoral est fondamentalement un pouvoir bienfaisant. (...) l'objectif, pour le pouvoir pastoral, c'est bien le salut du troupeau (...) Le pouvoir du pasteur se manifeste, donc, dans un devoir, une tâche d'entretien (...) Le berger, c'est celui qui veille. Veille au sens bien sur de surveillance de ce qui peut se faire de mal, mais surtout comme vigilance à propos de tout ce qui peut arriver de malheureux. Il va veiller sur le troupeau, écarter le malheur qui peut menacer la moindre des bêtes du troupeau. Il va veiller à ce que les choses soient le mieux pour chacune des bêtes du troupeau » (Foucault, 2004, p.130-131)

Le pouvoir pastoral relève ici de la sécurité à partir du moment où ce pouvoir pastoral est appliqué à la population entière du CSSS. C'est-à-dire que l'incitation à la délation, l'encouragement à l'aveu et au redressement et à la correction des comportements s'institutionnalise. Nous verrons qu'au CSSS, en tentant d'instaurer une gestion des risques et une culture de sécurité, une culture du blâme où l'incitation à l'aveu est effectivement institutionnalisée.

Les membres du Comité n'ont pas eu à demander quoi que ce soit. Le cadre infirmier a subi son propre procès face à une évidence : l'éclosion infectieuse, dont son personnel porte la responsabilité et dont il doit expier la faute. Le cadre s'est lui-même justifié dans cette atmosphère de silence pesante qui appelle l'aveu, tandis qu'il se débattait à protéger son personnel et à questionner les membres du Comité quant au pourquoi de la comparution du seul cadre infirmier et d'aucuns autres cadres représentant d'autres groupes de professionnels, tels que les médecins par exemple.

Nous verrons combien cette image du gestionnaire au confessionnal s'inscrit dans une culture du blâme lorsque nous aborderons cet élément dans le cadre de la culture de sécurité que le CSSS souhaite développer. Mais avant de parler de culture de sécurité, commençons par parler de sécurité.

5.2.3. Axe III : la (bio-) sécurité et sa culture

Dans cet axe, nous décrirons le sentiment de sécurité et sa perception, le dispositif de sécurité, l'environnement sécuritaire, la culture de sécurité en émergence face aux

cultures de sécurité, la culture du blâme, la gestion sécuritaire au CSSS, le dispositif de sécurité, la formation et le rôle des infirmières en PCI.

Sentiment et perception de sécurité

Étonnamment, juste après avoir abordé la question des risques, et malgré les peurs exprimées et les menaces perçues dans les environnements de soins, la plupart des participants se sentent en sécurité au sein du CSSS. Cette sécurité naît de l'information reçue et des mesures de PCI prises au sein du CSSS, dont le contrôle des visiteurs et la mise en place d'un agent de sécurité.

« depuis deux-trois ans, c'est sur que moi, je me sens plus sécurisée. Si on a une gastro qui commence ici, que il y a trois ans. Déjà là, moi j'ai plus d'information, ce qui me permet de mieux travailler, puis de pouvoir heu travailler, d'agir le plus vite possible, puis sinon bien.. c'est sûr que j'ai toujours du monde disponible pour moi, fait que dans l'ensemble, je me sens plus en sécurité que oui, les dernières années » (participant 1)

« oui, moi, je me sens en sécurité. Je vois les mesures qui sont mises en place, des agents de sécurité sont à l'entrée, contrôlent les visiteurs, donc j'arrive sur les unités de soins, donc je pense que... que... que.. oui les mesures sont mises en place, je me, je me sens pas du tout quelqu'un qui est pas en sécurité présentement» (participant 2)

La sécurité naît de l'avancée quant mesures de PCI et du type de milieu de pratique.

« parce que je, parce que je, ben j'ai la confiance dans ce que moi je fais qui va me protéger (...) je prends la responsabilité sur moi (...) je ne me fie pas aux autres » (participant 10)

« je me sens en sécurité peut-être aussi parce que j'ai [plus de 30 ans, censuré pour maintenir l'anonymat du participant] ans d'expérience (...) dans mon milieu » (participant 9)

« les infections nosocomiales courantes, oui, je vous dirais que c'est une partie, c'est un domaine où il y a eu beaucoup d'avancement au niveau de la sécurité » (participant 6)

« je me sens en sécurité, parce que je me protège » (participant 5)

Un discours dissonant toutefois peut être relevé, car un participant dit qu'il se sent en sécurité dans le CSSS, mais qu'il ne viendrait pas s'y faire soigner lui-même.

« je viendrais pas ici mettons pour me faire soigner (...) j'irais dans des grands centres hospitaliers universitaires » (participant 6)

Il est possible que ce participant ne sente pas son intégrité physique menacée et se sente en sécurité dans l'établissement pour y travailler, mais que ce dernier ne perçoive pas de sécurité dans les soins qui sont dispensés dans son établissement. C'est une interprétation possible de ce résultat.

La sécurité correspond à un milieu de risque quasi équivalent à zéro ou proche du risque zéro. Dans une conception positiviste du risque tel que décrit par Lupton (1999), s'approcher du risque zéro relève d'un défi majeur pour un établissement de soins. C'est un mandat quasi inatteignable que le participant donne au CSSS de créer des environnements de travail tellement sécuritaires que le risque se rapproche de zéro.

« pour moi, la sécurité c'est d'être dans un milieu où le risque est pratiquement zéro dans notre environnement de travail » (participant 4)

La sécurité est perçue comme un élément important au sein du CSSS et comporte la salubrité, la santé et sécurité au travail, la PCI, en somme elle touche un peu à tout.

« ça touche heu... ici ça touche à beaucoup de choses, ça peut aller à la personne qui... qui est confuse qui faut pas qui sorte à l'extérieur. Parce qu'on pourrait la perdre, ça va de la personne qui pourrait recevoir le mauvais médicament qui est destiné à quelqu'un d'autre, ça va heu... heu... à... heu... le matériel, l'environnement, ça touche tout ça. Ça touche les soins qu'elle reçoit, les soins que... qu'elle a de besoins, qu'elle a pas... c'est gros la sécurité ici, ça peut être partout » (participant 1)

« la sécurité c'est un élément important » (participant 10)

« pour moi, il y a la salubrité, là-dedans... heu... il y a la santé et sécurité au travail, il y a la prévention [des infections] » (participant 3)

Le sentiment de sécurité va varier en fonction de l'environnement qui est jugé sécuritaire ou non.

Environnement sécuritaire

L'environnement hospitalier est perçu comme sécuritaire si la désinfection et les entretiens préventifs sont réalisés, en clair, si une gestion des risques biologiques s'opère.

« depuis les années, on voit que l'équipe de salubrité est beaucoup plus présente. Y'a beaucoup plus de désinfection, y'a beaucoup plus d'entretien préventif aussi je crois qui est fait. C'est un plus pour nous rendre un milieu qui est un petit peu plus sécuritaire » (participant 8)

L'environnement du CLSC est dit plus sécurisé qu'auparavant. Selon nos observations, l'accès à certains locaux du CLSC est restreint par le verrouillage des portes. Seule l'utilisation d'une carte d'employée magnétisée permet de les ouvrir. Cette mesure est présentée par le personnel comme une mesure de sécurisation des lieux et de prévention des vols reliée à la circulation de patients sur les étages du CLSC. C'est un phénomène récent, car auparavant, de telles restrictions n'étaient utilisées qu'à l'hôpital selon les dires du personnel durant la visite des installations.

« notre environnement est beaucoup plus sécurisé aussi qu'il l'a été (...) tout fonctionne avec des portes barrées et des codes d'accès » (participant 8)

Au sein du CSSS, la sécurité des patients est principalement abordée par le comité de gestion des risques et le comité de PCI. Malgré tout, les participants se préoccupent aussi de la sécurité des patients, sauf qu'ils ne la nomment pas clairement, hormis deux participants, l'un en matière de réflexion dans la prise de décision et l'autre quant au risque de chute des patients.

« on regarde qu'on prend la moins pire des décisions qui brise surtout la sécurité des patients » (participant 2)

« je suis tombée avec elle (...) c'est dangereux pour la résidente. Je ne sais pas combien de rapport d'accident on a fait pour elle » (participant 4)

Concernant la sécurité des patients, nous avons assisté à une rencontre pancanadienne concernant les chirurgies sécuritaires organisée par l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICPS). Il était question de liste de sécurité pour les chirurgies directement inspirées du *surgical safety checklist* de l'OMS (2008). Le CSSS développe

d'ailleurs un outil de vérification sécuritaire du patient et d'un temps d'arrêt préchirurgical (*time out*) qui a été créé par le cadre infirmier du bloc opératoire et de la stérilisation, inspiré de l'outil fourni par l'ICPS. Le postulat est que des chirurgies sécuritaires sauvent des vies. C'est d'ailleurs le nom de la campagne de sensibilisation et du site Web produit par l'ICPS qui encourage les établissements de soins à adopter des mesures pour favoriser la sécurité du patient.

Nous l'avons vu dans la recension des écrits, la culture de sécurité est une priorité de recherche de l'OMS qui découle d'une priorité encore plus grande en matière de sécurité du patient. Ceci nous amène à aborder la question des cultures de sécurité.

Culture de sécurité en émergence face aux cultures de sécurité

Les discours dans le CSSS sont loin d'être uniformisés en un régime de vérité en matière de culture de sécurité. Ces discours sont multiples et se déclinent au travers des entrevues individuelles, mais également dans le cadre de rencontres en comité, voir durant les formations continues.

Toutefois, il existe un discours désirable davantage uniformisé qui est véhiculé auprès du personnel qui privilégie une vision donnée de la culture de sécurité axée principalement autour de la sécurité du patient et de la gestion des risques. Ce discours souhaitable provient notamment des manuels de gestion des risques de l'AQESSS et d'une journée thématique destinée cadres infirmiers du CSSS concernant la culture de sécurité. Néanmoins, ensuite, ce discours est décliné et intégré de façon très différente chez les gestionnaires rencontrés selon leur degré d'internalisation du discours souhaitable. Les discours des gestionnaires tendront probablement à s'uniformiser avec le temps si les priorités de l'organisation demeurent axées autour de la gestion des risques, du maintien de l'agrément et de la culture de sécurité à développer au sein de l'établissement.

Un participant le souligne bien : *«faire changer les habitudes de travail, faire changer les mentalités, c'est très difficile. Il faut que le besoin vienne des équipes, puis faut que les équipes se sentent vraiment concernées pour qu'on puisse faire un changement»* (participant 8).

La culture de sécurité en émergence

Selon les participants, la culture de sécurité concerne l'information donnée aux infirmières, la capacité d'énoncer les mesures à prendre pour assurer leur propre sécurité et la sécurité des patients en disposant du matériel de protection nécessaire en incluant la prévention des infections.

« une culture de sécurité, il y a plusieurs choses, je te dirais heu.. la première chose c'est que les employés soient informés (...) si je vais voir des employés qui sont capables de me dire heu... qu'est-ce qu'elles doivent faire pour assurer leur propre sécurité et la sécurité des patients, ça, je te dirais, c'est la culture de sécurité, puis c'est sur qui... que... pour que tout soit disponible pour qu'on puisse se mettre en sécurité. Le tout, c'est le matériel de protection (...) ça fait partie de la culture d'impliquer la prévention des infections » (participant 3)

Une culture de sécurité comporte une information donnée aux infirmières qui est uniformisée à travers le CSSS. L'infirmière est soumise à cette culture de sécurité qui est souhaitée identique pour toutes les installations du CSSS.

« moi, je ne visite pas les autres sites, mais nous l'information en général... heu... si je vois de l'information, on me dit que c'est distribué partout, c'est les mêmes choses (...) si moi, ils me soumettent à ça, c'est parce qu'eux aussi doivent être soumis aussi » (participant 1)

La culture de sécurité est un concept émergent au sein de l'établissement et touche aux efforts déployés pour limiter la propagation des maladies infectieuses. Cette impulsion provient du MSSS et la Santé publique au Québec. Elle est reliée à la gestion des risques et à la conscience que le CSSS constitue un milieu à haut risque. Les participants soulignent que la charge de travail influence la culture de sécurité qui doit se traduire au travers d'actions visibles et concrètes, dont la formation du personnel. Elle est également perçue comme une interrelation individu-environnement, au sein de laquelle chaque travailleur joue un rôle, porte une responsabilité face à la problématique des maladies infectieuses.

« je pense qu'il y a un désir d'améliorer la situation, je pense qu'il y a des choses qui sont mises en place (...) ça demande des changements de comportement et ça, c'est long » (participant 10)

« [la culture de sécurité] ça part de la santé publique, ça a été tellement publicisé maintenant que c'est de telle façon qu'on transmet les infections puis tout ça qui ont mis des gens dans des postes clés juste pour traiter ça (...) faudrait éduquer les gens, essayer de changer la culture selon les établissements de santé » (participant 4)

« malheureusement, je dirais qu'on a pas une très grosse culture de sécurité, mais on travaille fort en maudit par exemple » (participant 7)

« s'il y a une culture au CSSS, je la connais pas. (...) je trouve qu'on part de loin » (participant 9)

Cette volonté de se conformer aux attentes de la Santé publique et des institutions nationales en matière de sécurité des patients et de culture de sécurité se traduit dans les discours volontaristes tenus par les participants lors des entrevues.

« je sens cette volonté, cette culture qu'on veut amener à l'établissement, je pense qu'on est au balbutiement de tout ça, mais je pense que notre volonté elle est ferme et elle est là » (participant 5)

Ce type de discours détonne nettement avec la concrétisation de la culture de sécurité. Cette volonté de traduire la culture de sécurité dans le quotidien, de matérialiser les discours au travers d'actions concrètes est reliée à une gestion des risques biologiques entrevue sous l'angle d'un rapport de coûts financiers/bénéfices en termes de sécurité.

« là, on est en train de documenter ça, les coûts, les coûts d'une piqure [accidentelle chez un employé], puis versus les coûts d'acheter du matériel sécuritaire » (participant 7)

Certains participants déplorent que la sécurité soit une question de chiffres, de statistiques et de contraintes budgétaires.

Selon nous, les discours de gestion des risques, de sécurité s'interrelient ici. L'être humain vit la maladie infectieuse. Il perçoit des risques pour soi et pour les autres et adopte une mesure réactive face à la maladie. Toutefois, il cible des potentiels, des risques biologiques sur lesquels il tente d'agir pour prévenir la maladie. Il tente de gérer ces risques biologiques afin de développer plus de sécurité, voir même une culture de sécurité afin d'assurer sa sécurité et celle des autres. Cette sécurité a un prix qu'il ne peut pas nécessairement se payer, car elle passe par l'acquisition de matériel de soin onéreux jugé

sécuritaire pour gérer les risques biologiques et retrouver un espace de sécurité que l'être humain cultive et souhaite. Tandis que de nouvelles maladies dites émergentes surviennent, d'autres risques biologiques sont ciblés, d'autres mesures de prévention et de gestion des risques sont établies, d'autres impératifs d'achat surgissent pour assurer la sécurité. C'est ce que Baudrillard nomme le cercle vicieux de la croissance des dépenses collectives qui rejoint la société de consommation (Baudrillard, 1970). L'acquisition de biens de consommation devient un impératif de survie pour les personnes qui est mis en relief par un rapport d'offre et de demande, un rapport financier.

Lipovetsky (2006) soutient que l'*Homo consumericus* est de plus en plus tourné vers l'*Homo sanitas* puisque les établissements de santé offrent toutes sortes de traitements, consultations tandis que la population est envahie par des soucis de la santé. Il souligne la spirale des comportements préventifs, l'inflation de la demande de soins, la fuite avant des dépenses de santé (p. 58). Pour cet auteur, la surveillance hygiéniste de soi, les peurs hypocondriaques, le combat médical contre la maladie et les facteurs de risques favorisent l'autosurveillance et les pratiques technico-scientifiques où règne l'*Homo medicus* qui vit autant d'angoisses par rapport à son corps et à la santé. Lipovetsky (2006) affirme qu'il ne faut pas sous-estimer le renforcement simultané d'oppositions majeures dont la sécurité/risque, le pollué/non pollué, le sain/malsain qui accompagne le culte de la santé (p.59). Selon lui, désormais, le sentiment de danger et de risque est omniprésent, tout à la limite pouvant être perçu comme menaçant et appeler à la vigilance (p.60).

Au-delà des mesures prises par le CSSS pour identifier les risques, les gérer, développer une culture de sécurité, il y a toute la question de cette spirale de consommation des biens rattachés à la santé qui mérite d'être soulevée quand on aborde la sécurité en tant qu'impératif, en tant qu'élément désirable, souhaitable. Loin d'être des pôles qui se repoussent, les risques et la sécurité s'interalimentent dans un contexte sociétal capitaliste.

La sécurité a donc un prix. Sommes-nous prêts à payer le prix de nos peurs, de notre perception du risque et tous les mécanismes du pouvoir qui en découlent en tentant d'instaurer une culture de sécurité unique?

Les cultures de sécurité du CSSS

La culture de sécurité souhaitée au sein du CSSS est émergente, nous l'avons vu et directement en lien avec la PCI. Toutefois, certains participants affirment que plusieurs cultures de sécurité existent, puisque cette dernière n'est pas uniformisée au sein des installations du CSSS.

« je ne connais pas beaucoup les réalités des centres d'hébergement puis des CLSC (...) je pense qu'il y a plusieurs (...) dans le fond il n'y a rien d'unifié (...) mais ce vers quoi on tend, c'est d'avoir une seule culture de sécurité (...) qui est commune, mais qui est adaptée à la réalité de chaque »
(participant 6)

« dans un hôpital, quand tu vas dans un CHSLD, dans un centre de réadaptation, faut qu'on ait toutes la même lutte (...) faut toutes avoir le même objectif (...) le but ultime c'est la prévention des infections »
(participant 5)

« les cultures sont différentes d'un établissement à l'autre (...) il y a plusieurs sécurités (...) donc on commence à avoir certaines actions qui sont pas pareilles partout pareil (...) les gens sont pas conscientisés partout pareil non plus (...) y'a plusieurs cultures, mais je pense qu'on va y arriver »
(participant 8)

La présence de plusieurs cultures de sécurité au sein du CSSS semble être décrite de façon péjorative, comme un état non désiré, puisqu'une culture de sécurité unifiée pour tout le CSSS est présentée comme l'objectif commun à atteindre.

Il est dommage que de tels propos soient tenus dans le CSSS selon nous, car la diversité constitue une richesse multivocale pour le CSSS sur lequel celui-ci peut miser. Au lieu de normer, d'uniformiser, de surveiller et d'imposer une culture de sécurité unique venant de normes nationales et internationales, la richesse pourrait venir du terrain lui-même en tenant compte des particularités de chaque installation, de chaque équipe. À cet égard, certains verbatims d'un participant sont éclairants quand il souligne que l'identification des risques et des mesures devrait venir des équipes afin de favoriser un changement, si un tel changement est désiré.

Pour certains participants, le degré d'appropriation des mesures de PCI par le personnel varie d'une installation à l'autre, tout comme la réalité de terrain qui diffère selon

le lieu de pratique. L'hôpital paraît être un lieu où la culture de sécurité est plus développée, contrairement au domicile des personnes où les infirmières se rendent dans le cadre du service de soutien à domicile. Une résidence semble avoir développé davantage une culture de sécurité, contrairement à une autre, parce qu'elle est perçue comme appliquant davantage les mesures de PCI.

« j'y ai vécu deux éclosions de gastroentérite dans deux centres d'hébergement différents heu... et oui, j'ai vu une culture différente entre les deux, heu...(...) j'ai vraiment vu une différence dans l'implication du personnel (...) tsé, on dirait eux qu'ils se sont peut-être moins approprié la prévention comparée à l'autre endroit » (participant 3)

« mais à la maison, c'est, c'est une culture différente tsé, ils sont dans leurs bibittes (...) ok, mais ça c'est comme une autre culture, c'est correct » (participant 9)

« je te dirais que je suis plus sensible à ça [la culture de sécurité] depuis que je suis à l'hôpital [avant, la participante travaillait dans une autre installation] » (participant 10)

« il y a une différence entre les installations qu'il y en a une petite culture de sécurité à différents niveaux » (participant 7)

L'absence d'une culture de sécurité unifiée est imputée à la conscientisation et à la mobilisation inégale face aux risques tant du personnel que des gestionnaires. Le sentiment insulaire est perceptible également au sein du CSSS : les professionnels ne se connaissent pas ou peu entre eux selon l'installation où ils travaillent. À titre d'exemple, les infirmières en PCI doivent constamment se présenter au personnel dans les installations extrahospitalières composant pourtant le CSSS. Plusieurs verbatims en lien avec la pandémie ont révélés le fonctionnement préalable en silo du CSSS, puisque les participants ont soulevé que la pandémie leur a permis de se connaître et de graduellement développer des liens entre les différentes directions, entre les différentes installations du CSSS.

Le fait de se sentir isolé et de ne pas sentir qu'on appartient à l'organisation est fréquemment souligné comme un facteur qui joue sur la présence de plusieurs cultures de sécurité et l'insularité vécue par certains participants.

« on est vraiment isolé de tout le reste (...) dans le CLSC même là, moi je fais partie de l'équipe (...) le chef programme qui gère l'équipe c'est même pas lui mon boss » (participant 9)

Culture de sécurité en tant que ciment organisationnel

Des éléments positifs sont ressortis en matière de culture de sécurité en termes de création d'un ciment organisationnel, d'image rattachée à la qualité de soins, au fait de disposer du matériel adéquat et d'évoluer dans un environnement sécuritaire. La culture de sécurité semble être vue de manière positive, parce qu'elle constitue une alliance, un travail collectif de l'ensemble du CSSS pour tendre vers des objectifs communs. L'infirmière a un rôle important à jouer au sein de la culture de sécurité à développer.

« [la culture de sécurité] c'est un ciment qui favorise, ce n'est pas une personne, c'est beaucoup de personnes » (participant 6)

« puis je sens que j'en fais partie aussi, donc mon rôle est important aussi » (participant 10)

Développer une culture de sécurité unifiée pour tout le CSSS semble être un défi que les infirmières sont prêtes à relever.

En ce sens, Foucault (2001) explicite clairement que le pouvoir n'est pas le mal. Il constitue un réseau de relations humaines qui peuvent s'exercer sur les individus. Le pouvoir produit des effets selon Foucault et ici, il a un effet mobilisateur et positif sur les infirmières quant au développement d'une culture de sécurité. Nous l'avons triangulé tant par les verbatims dans les entrevues individuelles que par les observations de terrain.

Culture de sécurité et communication

Une culture de sécurité s'installe d'abord et avant tout par la communication faite auprès des équipes de soins. Les échanges culturels entre le CLSC et le CHSLD sur base de la pratique favorisent l'établissement de relation de confiance entre les infirmières selon les participants.

« oui, y'en a un quand on a des épisodes comme là au 2^e, là ils ont fermé l'unité alors là on a eu une réunion. Ils l'ont mis à l'ordre du jour, fait que

y'a un souci de transmission et il y a une culture qui s'installe» (participant 4)

Pour briser la chaîne de transmission infectieuse, chaque acteur est important, car si l'un d'eux est déviant, tout le travail des autres est rendu caduc.

« faut que ce soit tout le monde. Si il y a une personne déviante, on ne va pas y arriver parce que si la personne arrive dans la chambre puis elle l'infecte, elle infecte les autres patients, bien tout le travail que les autres ont fait en amont, ça sert à rien » (participant 5)

Un motto de la culture de sécurité revient dans les verbatims des participants : « la PCI est l'affaire de tous ». Ce motto, nous l'avons entendu à plusieurs reprises durant notre terrain. Il est clair et simple.

Au niveau des communications, les participants ont partagé le fait que durant la pandémie, ils n'avaient pas accès au plan pandémie de l'établissement. Au fil des précédentes sections, il a également été question du manque de communication et du fonctionnement en silo entre l'équipe de PCI et l'hygiène et salubrité. Une meilleure communication et un partage des outils aussi bien que des protocoles ont été souhaités par les participants à cette recherche. Aussi, il s'est avéré que les rapports des réunions des différents comités présents au sein du CSSS ne semblent pas être communiqués au personnel, ni à certains gestionnaires. Par souci de transparence, le CSSS pourrait développer une approche de communication différente qui pourrait alors être perçue plus ouverte par les participants.

Toutefois, des efforts considérables de communication ont été déployés en matière de pandémie, mais aussi en temps normal par le service des communications du CSSS. Ces efforts sont visibles et décrits par les participants qui se disent mieux informés. Nous l'avons décrit en abordant la pandémie et la maladie infectieuse, puisque la promotion de mesures de PCI telles que la vaccination ou le lavage des mains est répandue à travers tout le CSSS. Par ailleurs, les participants se disent sensibilisés face à la PCI suite à la pandémie : ils soulignent une progression notable à cet égard.

La communication de toute connaissance, de tout savoir peut rapidement devenir un objet de pouvoir, un lieu privilégié, un observatoire d'échanges de ces interrelations de pouvoir abordées par Foucault (2001). Toutefois, dans le cadre du CSSS, cette communication est vue de manière positive comme une amélioration de la situation quant à la PCI. Il est évident que l'on peut considérer que la communication fait partie du dispositif de sécurité dans une approche populationnelle des messages de santé publique qui y sont diffusés au niveau local dans le CSSS. Que la diffusion de tels messages peut amener une forme de docilité chez les êtres humains qui sont assujettis à des normes édictées par la PCI et donc la santé publique dans une perspective disciplinaire foucauldienne. Que ces normes ont un impact sur les corps qui se modifient et produisent parfois de la résistance et parfois une auto-surveillance telle que l'individu devient un objet au lieu d'un sujet, assujetti, discipliné. Que le mécanisme disciplinaire assujettissant les individus sur le plan anatomopolitique alimente le dispositif de sécurité régulant, gouvernant la population sur le plan biopolitique. Nous pouvons dire cela, en effet, et ceci constituerait un point de vue digne d'intérêt.

Mais ces propos peuvent être nuancés par les voix issues du terrain elles-mêmes qui nous suggèrent que la communication d'une culture de sécurité est vécue et vue positivement, cette culture de sécurité émergente produit un objectif mobilisateur qui représente un défi pour les infirmières en termes de PCI.

Quand le blâme s'érige en culture

Dans le cadre de l'exploration des discours entourant la culture de sécurité, les risques biologiques et les maladies infectieuses en lien avec nos questions de recherche, il a été très surprenant de voir combien la notion de blâme était récurrente.

Le CSSS dans son entier semble chercher le responsable, le coupable des maladies infectieuses, des contaminations vécues en son sein. Il a été très difficile de regrouper l'ensemble des verbatims afin d'en faire un tout intelligible de propos qui paraissent de prime abord très disparates.

Cette quête du coupable n'est pas dénuée de sens et se comprend dans un contexte social plus large, puisque, durant le pré-terrain, il en était déjà question. Toutefois, nous ne pensions pas retrouver ces éléments-là durant notre terrain. Ce fut une surprise, peut-être parce que nous avons une image préconçue de l'infirmière qui est attachée à la science et non aux rumeurs, non aux observations simples qui s'érigent en généralités et en lien de causalité face à une propagation infectieuse.

Nous avons tenté de dresser une liste des coupables pointés du doigt par les différents participants à cette étude dans le CSSS. Selon les participants, ces personnes sont responsables de la recrudescence des infections au sein du CSSS. Cette liste a été dressée à partir des journaux de terrain, des observations durant les comités, des entrevues réalisées avec des infirmières. Nous ne prétendons pas qu'elle soit exhaustive, mais la voici :

- Les médecins ne se lavent pas les mains entre chaque patient,
- Le microbiologiste, officier de prévention, entre avec les dossiers des patients dans les chambres, ce qui est source de contamination,
- Les préposés n'ont pas le temps de désinfecter le matériel tel que demandé, ils ne sont pas aussi sensibilisés à la PCI,
- Le personnel de nettoyage ne désinfecte pas bien les surfaces et ne respecte pas les dilutions recommandées par la santé publique,
- La directrice des soins infirmiers bloque l'achat de matériel qui permettrait de prévenir et contrôler les infections,
- Les patients sont contaminés à l'hôpital à cause des soins infirmiers reçus là-bas, car il y a davantage d'infections à cet endroit,
- Les infirmières des agences contaminent les patients, car elles ne connaissent pas, ni ne respectent les procédures de PCI,

- Les infirmières soignantes ne respectent pas les procédures de port de l'équipement de protection lorsqu'elles transfèrent un patient isolé dans une autre unité,

Quelques extraits issus des verbatims des participants qui soutiennent nos propos.

« j'ai vu des gens de l'entretien ménager qui faisaient, supposés de désinfecter, puis au lieu de désinfecter la chambre, il infectait son chariot puis y'allait infecter l'autre chambre » (participant 5)

« actuellement, où ça résiste le plus c'est à la direction des soins infirmiers, parce qu'ils ont beaucoup de contraintes » (participant 7)

« on voyait souvent les préposés agir toujours au bloc au niveau de tous les liquides biologiques qui peuvent être sur toutes les surfaces » (participant 8)

Nous avons donc décidé de regrouper toutes ces personnes accusées par un vocable unique que nous appellerons l'Autre. Cette conception est en cohérence avec les approches anthropologiques de l'*emic* versus l'*etic*, du Soi et de l'Autre déjà abordées dans la partie méthodologie. De plus, cet Autre a bien été explicité par Foucault de la manière suivante :

« l'Autre “, c'est-à-dire, “de ce qui, pour une culture est à la fois intérieur et étranger, donc à exclure (pour en conjurer le péril intérieur), mais en l'enfermant (pour en réduire l'altérité) “ (...) il s'agit en même temps de récupérer cet autre réduit au silence et exclu, soit la folie, le rêve, le langage, la littérature, la sexualité, la mort, la délinquance. Donner la parole à l'autre (...) “ J'appelle «gouvernementalité» la rencontre entre les techniques de domination exercées sur les autres et les techniques de soi. “ » (Ortega, 2004, p17-18).

Les participants parlent quasi tous d'une même voix lorsqu'il est question des infirmières qui ne font pas partie du CSSS et qui travaillent pour des Agences privées. Nous avons donc décidé de focaliser notre attention sur les discours qui qualifient leurs pratiques de soins afin d'amener une compréhension plus globale de cette recherche du coupable.

Le rapport de Soi et de l'Autre : suspicion, délation et exclusion?

Une partie importante des discours en présence aborde la question des Agences privées de main d'œuvre infirmière indépendante. Il s'agit d'infirmières qui sont appelées

par les gestionnaires du CSSS via une entreprise privée afin de combler les manques de personnel infirmier sur les différents quarts de travail au sein du CSSS. Ces infirmières sont fréquemment nommées tout simplement « agences » ou encore « filles de l'Agence ».

Les infirmières issues du privé sont perçues comme du personnel moins bien formé, dont la qualité des soins laisse à désirer. Ces infirmières privées sont considérées à bien des égards comme le Léviathan du CSSS, un Autre distinct du Soi, un Autre extérieur à l'organisation (*outsider*) tandis que le Soi est davantage constitué par les membres du personnel à l'interne du CSSS (*insider*). Ceci transparait tant par ce que les personnes disent, mais aussi dans ce qu'elles font, faisant appel à la fois au discursif et au non discursif abordé par Foucault (2001).

Les discours entourant les infirmières issues des Agences privées sont édifiants :

« Une faiblesse dans notre organisation est la main d'œuvre indépendante. Le recrutement devrait être amélioré. » (Participant 2).

« C'est pas évident d'avoir une infirmière qui se promène d'hôpital en hôpital et de lui inculquer notre culture de sécurité. Au niveau des employés, oui [il y a une culture de sécurité]. Au niveau des Agences, c'est pas évident » (participant 2).

« Le personnel d'Agence vient et repart. On ne peut pas instaurer une culture de sécurité si on ne peut pas les former. Les Agences déclarent peu ou pas les incidents, il n'y a pas de sentiment d'appartenance [à l'organisation] » (verbatim énoncé lors d'un comité).

Dans le contexte de pandémie infectieuse vécu suite à la grippe A/H1N1, les infirmières privées incarnent rien de moins que le Mal et sont pointées du doigt dans le cadre du non-respect de mesures de PCI ou de mesures de sécurité. Une construction de l'intolérable (Fassin et Bourdelais, 2005) et une pratique d'exclusion et de stigmatisme social (Goffman, 1975) sont traduites à l'intérieur des discours et donc des corps. Nous touchons bien ici à la construction d'un espace moral (Fassin et Bourdelais, 2005) qui justifie la distinction Bien/Mal, Bon/Mauvais rattaché à Soi et à cet Autre qui est démonisé.

Il n'est pas étonnant que de tels résultats soient mis en exergue, car la période pandémique, donc de crise, amène son lot de désorganisation, de réorganisation et de stress pour l'organisation en entier qui évolue dans l'incertitude (Collerette, Delisle et Perron, 2004; Cusson, Dupont, Lemieux, 2007). « *Le stress induit par l'impact d'un désastre peut prédisposer l'individu à la paranoïa, la suspicion, l'agressivité et l'hostilité* » (Lagadec, 1991). *Ces attitudes psychologiques négatives se traduisent parfois dans l'acting out de comportements antisociaux*» (Cusson et coll., 2007, p.596). Il est intéressant de souligner que cette paranoïa en temps de pandémie est palpable dans les discours.

Au début de cette recherche, lors des premiers contacts établis avec des personnes-clés dans le milieu, une gestionnaire nous a interpellée, nous accusant d'avoir introduit le H1N1 afin de pouvoir conduire notre recherche dans leur milieu. Ceci a été décrit plus tôt dans la présentation des résultats. Les propos de cette gestionnaire n'étaient pas isolés ou encore là propre au CSSS. Ce type de discours suspicieux étaient tenus, nous l'avons vu dans le pré-terrain, sur le plan international quand l'OMS elle-même a été ciblée, accusée d'abord d'avoir créé ce virus de la grippe et de l'avoir propagé, discours soutenus par des théories de conspiration abracadabrantes (Crèvecoeur, 2009; Gervais, 2009) pour ensuite que cette organisation soit clouée au pilori médiatique et politique pour collusion avec les grandes compagnies pharmaceutiques productrices de vaccins (Associated Press, 2010; OMS, 2010).

Ce type de discours suspicieux n'est pas récent : de tout temps l'Humanité a recherché des coupables à ses maux et, tel que Fassin le souligne (1996), « *les catastrophes épidémiologiques représentent toujours une mise à l'épreuve des pouvoirs* » (p.232). Ainsi, les discours de suspicion au niveau local ont un écho international. Ils ne sont pas déconnectés les uns des autres, mais sont intelligibles lorsqu'ils sont contextualisés.

Dans la recension des écrits, nous avons documenté un exemple en lien avec la biosécurité quant à la tuberculose et sa recrudescence (Koch 2008). Le manque d'efficacité du programme international DOTS était imputé au manque d'adhésion individuelle et institutionnelle quant aux traitements standardisés à administrer. L'institution de santé publique tout comme les patients en étaient blâmés, alors que selon Koch (2008), des

éléments du contexte liés à la pauvreté, au manque d'accès aux patients et au stigmatisme social qu'impose la tuberculose devraient être pris en compte en tant que facteurs culturels. Sur le plan local, au niveau de cette recherche, il y a également un ensemble de personnes qui sont blâmées pour les taux infectieux qui demeurent insatisfaisants dans l'établissement, alors que le contexte organisationnel n'est pas pris en compte.

Les discours habituels et latents des infirmières opposées à l'utilisation d'une main-d'œuvre indépendante surgissent avec d'autant plus de force lors d'une situation de crise constituée par la pandémie. D'aucuns pourraient souligner que ces discours proviennent d'un groupe ou d'un autre (syndical, gestionnaire, infirmière clinicienne), ou sont propres au CSSS. Ces visions seraient sans doute limitatives, car ce type de discours d'exclusion ne concerne pas uniquement le CSSS : sur base d'expérience, ces discours sont véhiculés dans d'autres établissements en temps normal lorsque la pandémie ne « sévit » pas.

L'infirmière de l'Agence, par sa liberté de circuler entre les différents établissements où elle choisit de travailler, suscite la méfiance de certains membres du personnel infirmier du CSSS. Par sa mobilité, elle constitue un élément d'instabilité pour l'organisation qui évolue en période de pandémie et donc de crise et d'incertitude. Dans cette optique, il est logique que cette ressource infirmière soit questionnée puisque cette main-d'œuvre indépendante échappe aux contrôles et aux normes habituelles auxquelles l'organisation recourt pour discipliner les corps de son personnel.

L'expérience de ces infirmières privées qui pratiquent dans différents établissements pourrait présenter un potentiel d'enrichissement important pour l'organisation. Pourtant, ces infirmières d'Agence sont perçues davantage comme une menace à l'intégrité de l'organisation plutôt que comme une ressource à valoriser. Ces Autres sont considérés comme des acteurs qui favorisent la propagation de la maladie infectieuse. Cette conception permet aux membres du CSSS de se déresponsabiliser face aux éclosions infectieuses en considérant la présence des Agences comme un important facteur de propagation des maladies. Le Soi « menacé » constitué par l'ensemble des membres du personnel du CSSS forme pourtant une majorité des ressources travaillant au sein de l'organisation. Ces

conceptions du Soi et de l'Autre peuvent être questionnées, mais elles sont justifiées par le fait qu'une seule personne peut faire la différence dans la chaîne de transmission infectieuse et empêcher l'éradication de la maladie par des comportements anti-PCI comme le non-lavage des mains. Dès lors, ce type de discours renforce l'idée que les infirmières des Agences, bien que minoritaires dans l'organisation, sont légitimement pointées du doigt comme responsables de la propagation de l'infection.

Ces ressources infirmières, bien qu'issues du privé, bénéficient d'une formation reconnue et d'une inscription au Tableau de l'OIIQ pour pouvoir pratiquer comme infirmière. Ce constat dans les discours est alarmant sachant qu'une importante pénurie infirmière est présente au Québec et que ces infirmières contribuent au maintien d'un système fonctionnel.

L'aveu et le blâme en tant qu'éléments contributifs au mécanisme disciplinaire

Plusieurs discours encourageant la délation sont perceptibles au sein de l'organisation. Tout d'abord, l'aveu est commandé sur le plan provincial par l'entremise de formulaires ministériels de déclaration d'incidents et accidents le AH-223 (MSSS, 2010). Le discours local officiel est de pointer les dysfonctionnements afin de les corriger dans une perspective d'amélioration continue de la qualité : « *on n'est pas dans une culture de punition, mais d'amélioration face aux incidents et accidents* » (verbatim énoncé dans le cadre d'un comité). Les hauts gestionnaires soulignent avec insistance « *l'importance de la déclaration et de la culture non punitive* » face aux incidents et accidents. Cette insistance détonne avec la pratique concrète en clinique, signe que cette culture non punitive n'est pas du tout instaurée.

Au contraire, certains participants soulignent même la présence d'une culture du blâme au sein du CSSS.

« ils sont dans la personnalisation de l'événement (...) il y a même des menaces (...) ils sont beaucoup dans le blâme à l'hôpital » (participant 7)

Une interprétation foucauldienne de ces éléments concerne les mécanismes disciplinaires qui touchent à l'aveu, la surveillance, la normalisation, la déviance, la

punition (Foucault, 1975). La personne coupable de déviance aux normes de PCI est identifiée suite à la surveillance réalisée par les gestionnaires. L'établissement misant sur l'aveu et sur l'assujettissement, nous l'avons vu, puisque l'obéissance du personnel fait partie des attentes du gestionnaire face à l'application des mesures de PCI. Si la personne ne se conforme pas, une punition, un blâme, une mesure disciplinaire seront imposés par son supérieur hiérarchique. Ce mécanisme a été décrit lorsque nous avons présenté l'image du gestionnaire au confessionnal. Le gestionnaire, sorti du confessionnal, a la responsabilité de cibler les coupables et de les discipliner.

Malgré ce discours officiel d'amélioration continue de la qualité audible chez certains hauts dirigeants du CSSS, un climat de délation, digne d'un certain maccarthysme, est palpable sur le plan local lorsque certains professionnels s'empressent d'accuser d'autres professionnels de manquements à l'hygiène des mains ou aux pratiques de PCI. Cette culture de délation est d'ailleurs encouragée sur le plan local par le désir de créer un formulaire de signalement de situations à risque : à terme, il serait demandé au personnel de déclarer toute situation qui risque de compromettre la sécurité au sein du CSSS. Non seulement la déclaration des incidents et accidents avérés est encouragée, mais ceci s'entend à présent à des situations potentielles non avérées qui se devront d'être corrigées.

L'Autre est tenu responsable de l'éclosion ou de la propagation de l'infection et cet Autre est tantôt constitué par la main d'œuvre indépendante infirmière, que par des groupes professionnels aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'organisation, voire même des patients ou leurs familles.

« Le microbiologiste entrait avec les dossiers des patients dans leurs chambres » (verbatim énoncé dans le cadre d'un comité)

« Les infirmières ne se lavent pas toujours les mains » (verbatim énoncé dans le cadre d'un comité)

« Le personnel de nettoyage tarde à répondre quand on les appelle. On finit par devoir nettoyer la marde nous autres même alors qu'on est infirmières » (verbatim énoncé lors d'une formation continue).

« On isole préventivement les patients dès la première selle liquide surtout s'il [le patient] prend un antibiotique. En PCI, il faut agir rapidement, demander au patient de le dire » (verbatim énoncé lors d'une formation continue).

« plusieurs infirmières ont dû se solidariser pour maintenir les mesures de PCI face à un médecin qui voulait lever les mesures. Par la suite, il s'est avéré que c'était des cas de H1N1 » (verbatim énoncé lors d'un comité).

Cet Autre, une fois identifié est stigmatisé et ostracisé par un ensemble de mesures qui seront abordées sous l'angle des dispositifs de sécurité.

Les dispositifs de sécurité

Dans le cadre de l'analyse des rituels de purification, nous avons touché à la question de la nécessité de créer un espace sacré purifié de tout pathogène au sein du CSSS, en clair, de créer un espace de sécurité exempt d'infections nosocomiales ou pandémiques. À présent, nous allons détailler en quoi cet espace sacré désiré justifie la création d'un espace de surveillance, de quadrillage, de punition, et de gouvernement des corps.

Un dispositif particulier présent au CSSS attire le regard de par sa visibilité, mais également par la signification qu'il revêt. À cet égard, il incarne l'exemple concret du dispositif de sécurité mis en place au CSSS qui régule et gouverne les corps. À l'entrée principale des installations se situe un dispositif muni d'une pancarte inspirée des arrêts routiers. Ce dispositif se présente sous la forme d'une colonne où des affiches incitant au lavage des mains trônent sur le dessus, tandis que l'on retrouve directement ensuite un distributeur de solution hydroalcoolique pour le « rinçage des mains » (voir annexe 9)

Il est clair que ce dispositif attire le regard sur le plan visuel, mais celui-ci est d'autant plus frappant qu'à côté de celui-ci, à l'entrée principale du centre hospitalier, tout comme du CLSC, se trouve un agent de sécurité qui veille au respect du rituel de lavage des mains. Le rôle de cet agent de sécurité est spécifiquement de contrôler que chaque personne qui entre dans le CSSS procède au rinçage de ses mains à l'aide de la solution hydroalcoolique disponible sur le présentoir.

Suite aux observations réalisées, la présence d'un gardien est assurée à l'entrée des urgences et l'entrée principale des installations du CSSS, particulièrement en cas d'éclosion infectieuse ou de pandémie. Cette présence est assurée principalement en journée et très peu de soirs. Le gardien n'est pas remplacé non plus lorsqu'il doit s'absenter de son poste.

Le personnel quant à lui semble entrer dans les bâtiments souvent par d'autres portes que celles de l'urgence ou de l'entrée principale, ce qui évite qu'il se soumette à ce contrôle. Ceci constitue un problème d'après les infirmières en PCI et les gardiens, car les gardiens ne peuvent surveiller toutes les portes de l'établissement afin de faire respecter les recommandations en PCI de se laver les mains.

Il est à noter également que chaque personne qui entre au CSSS est tenue de se rincer les mains et un contrôle rigoureux des gardiens de sécurité est réalisé à cet égard. Néanmoins, aucune surveillance n'est réalisée à la sortie de l'établissement. En clair, toute personne doit obligatoirement se laver les mains à l'entrée, mais pas à la sortie.

Toute personne qui contrevient à cette norme est arrêtée par le gardien qui, dans un premier temps, l'invite à se laver les mains. Si la personne maintient son refus, le gardien a la responsabilité de lui expliquer l'importance du lavage des mains en lui remettant un dépliant et lui demande de se plier à cette norme du lavage des mains. Si cette personne refuse toujours de se laver les mains, le gardien a le pouvoir de ne pas la laisser passer. Néanmoins, à ce jour, aucun gardien n'a dû procéder par la force, car la majeure partie des personnes se conforment à cette nouvelle norme de lavage des mains à l'entrée des bâtiments.

L'agent de sécurité a donc un rôle important de surveillance et de contrôle des corps dans le cadre de l'application de mesures de PCI recommandées dans le programme de PCI élaboré par les infirmières spécialisées.

Un événement particulier mérite notre attention en lien avec ce dispositif de lavage des mains/gardien de sécurité. Un matin, une file impressionnante de personnes, visiteurs et membres du personnel confondus, patientait à l'entrée principale de l'hôpital. Ces

personnes faisaient la file dans le silence avec une once de morosité, attendant d'accéder au dispositif de rinçage des mains situé à côté du gardien de sécurité. Chaque personne manifestait de la patience et une autodiscipline signes d'une grande docilité des corps qui se plient à ce rituel de purification. Cette docilité des corps se manifeste aussi par une régulation visible en matière de circulation.

Le gardien de sécurité, mandaté par la direction de l'établissement qui est conseillée par des infirmières en PCI, joue un rôle d'agent de contrôle important en matière de PCI. Une éclosion infectieuse justifie le recours aux gardiens de sécurité tant pour sécuriser les entrées principales des installations, que les unités où une éclosion a été détectée.

L'espace sacré désiré, exempt de pathogène, se traduit par le sacrifice de notre liberté individuelle de faire des choix en matière d'hygiène. L'impératif de sécurité se traduit par la création d'un espace punitif pour les personnes qui contreviennent aux règles prescrites par le rituel de purification. Dans le cas présent, il s'agit du lavage des mains.

Il est évident que nous présentons ici un angle de vue, une vision foucauldienne de ce dispositif gardien de sécurité/rinçage des mains. La vision foucauldienne présente aussi ses limites. Nous y reviendrons. Toutefois, ce point de vue mérite d'être explicité, car il permet de jeter un regard différent sur un phénomène. Revenons donc à ce dispositif de sécurité.

Les personnes entrant au CSSS semblent s'appliquer docilement dans le lavage de leurs mains, tels des patients obsessionnels compulsifs qui craignent une contamination ou qui sont contraints à une tâche de purification (DSM IV). Le recours à de tels comportements collectifs présente quelques symptômes pathologiques certains qui s'inscrivent dans un contexte social plus large. Durant la période où ces observations ont été faites, rappelons que la grippe A/H1N1 « sévissait » et que les gouvernements tant canadien que québécois, y allaient à grands coups de communiqués publiés dans les journaux quotidiens pour expliquer la nature de la pandémie, favoriser la vaccination, le respect des mesures de PCI et tenter de maintenir le calme parmi la population. Le CSSS n'est pas le seul endroit où sont présents des dispositifs de rinçage des mains : différents édifices publics, des épiceries, des entreprises, des restaurants offrent désormais des solutions hydroalcooliques aux personnes qui désirent se laver les mains.

Ces comportements obsessionnels compulsifs d'autodiscipline en lien avec le lavage des mains ne sont pas circonscrits au CSSS mais doivent être appréhendés dans un contexte social. La société québécoise que nous formons, présentait alors le lavage des mains comme une des solutions miracles pour se prémunir de la grippe A/H1N1.

Cette obsession du lavage des mains a des effets sur les corps biologiques. Une dermatite de contact avec le savon ou avec la solution de rinçage est possible. Il en est d'ailleurs question dans les formations offertes tant aux employés qu'à la Direction de santé publique. Le CSSS met à disposition de son personnel, de ses patients et de leurs visiteurs le matériel nécessaire à un lavage de mains efficace, mais aucun moyen pour atténuer les effets délétères d'un tel lavage compulsif, comme de la crème à main. Les détergents attaquent l'intégrité des téguments et peuvent briser la barrière cutanée et devenir un milieu propice aux infections.

La présence de tels dispositifs de rinçage des mains/gardiens de sécurité produit aussi son effet en augmentant le sentiment de sécurité chez le personnel, tel qu'abordé précédemment.

Dans le cadre de l'analyse des mécanismes disciplinaires présents dans les discours au sein du CSSS, un événement particulier a permis de révéler qu'un espace de surveillance, de contrôle et de punition est créé dans le cadre du lavage des mains obligatoire à l'entrée des installations du CSSS.

À présent, voyons comment ce dispositif devient un dispositif de sécurité régulant les différents corps au sein du CSSS et plus largement, au sein de la société.

Rappelons brièvement que le lavage des mains est obligatoire à l'entrée des installations et qu'un gardien de sécurité s'assure du respect de cette mesure de PCI. Nous avons déjà expliqué qu'un matin, une file d'attente impressionnante occupait l'entrée principale de l'hôpital. Les personnes patientaient pour pouvoir accéder au dispositif de rinçage des mains situé à côté du gardien de sécurité qui doit s'assurer que toute personne entrant dans le CSSS se lave les mains.

En clair, l'application des mesures de PCI dès l'entrée du CSSS a pour effet de réguler la circulation des corps au sein de l'établissement. L'espace de surveillance, de contrôle et de punition lié au lavage des mains amène une forme de gouvernement des corps, restreignant la liberté de circuler. Ce dispositif a un effet régulateur implicite lors d'un événement spécial ou hors normes tel qu'une éclosion infectieuse ou encore une pandémie. Toutefois, cet effet est particulièrement visible lors d'un afflux plus important de personnes qui se présentent aux entrées de l'établissement.

Ce dispositif agit comme un goulot d'étranglement à l'entrée du CSSS, limitant le flux des personnes qui entrent, mais pas celles qui sortent, puisque le contrôle et la surveillance du lavage des mains ne s'effectue que d'un côté.

La santé et sécurité au travail

Le bureau de santé du CSSS dépend de la direction des ressources humaines de l'hôpital et se divise en deux équipes : une équipe de gestion et une équipe de prévention. Nous avons déjà partiellement abordé des notions de santé et sécurité au travail (SST) quant à la vaccination des employés. Cette responsabilité vaccinale est portée par le service de santé de l'établissement et relève donc de la SST. Il est à noter qu'au CSSS, il n'est jamais arrivé qu'une infirmière qui n'ait pas reçu la vaccination n'ait pas été relocalisée et soit renvoyée chez elle sans rémunération. La SST adopte une approche dite « souple et plus familiale » avec ses employés, le service de santé mise une approche participative et de coaching des employés.

Le bureau de santé est également responsable des tests à réaliser pour le port des masques N-95 pour se protéger des maladies respiratoires sévères. Malgré tout, certains participants se plaignent que des professionnels de la santé utilisent des masques non ajustés.

« des gens savaient pas c'était quoi leur masque, quand ils le mettaient, ça l'arrivait quasiment au front » (participant 3)

Un comité paritaire en santé et sécurité au travail a été récemment mis sur pieds au CSSS, ce comité aborde entre autres les évaluations de la qualité de l'air, les évaluations

des gants, la procédure d'achat des souliers de sécurité pour les travailleurs, l'encombrement des espaces de travail, la prise en charge de la clientèle dite bariatrique (obésité morbide), les espaces contaminés, les plateaux mobiles à l'essai pour les aiguilles contaminées.

En cas de maladie infectieuse, il est difficile pour le personnel de faire reconnaître son état comme étant relié à son emploi. La maladie infectieuse n'étant reconnue qu'au cas par cas, selon le contexte et sur base d'étude du dossier de l'infirmière. Toutefois, le personnel est encouragé à demeurer chez lui en cas d'infection. Ceci constitue un problème pour les travailleurs à temps partiel qui viennent travailler au CSSS malgré la maladie au risque de contaminer leurs collègues et les patients. Un travailleur à temps partiel n'est pas rémunéré en cas de maladie.

« le personne que s'ils sont grippés là, c'est bien de valeur, mais faudrait qu'ils restent chez eux » (participant 4)

« les gens qui viennent travailler malade, fait que ils contaminent tés les gens (...) si je manque une journée, moi je suis zéro payé cette journée-là, fait que les temps partiels malades pas malades ils viennent travailler» (participant 4)

Malgré tout, les infirmières sont conscientes qu'elles peuvent être contaminées et tomber malades.

« on peut être très fragiles, on l'a vu, on a eu des cas de gastroentérite sur l'étage ici, puis il y a des gens qui ont eu la gastroentérite dans notre personnel» (participant 5)

Le bureau de santé quant à lui considère qu'en cas de maladie infectieuse, c'est un souci autant pour les patients que pour le personnel. À titre d'exemple, le personnel peut être stressé en cas d'isolement sur le département.

Les discours du bureau de santé misent sur une approche du *no fault* et se disent orientés vers l'amélioration continue de la qualité.

Il est de notre avis que la non-reconnaissance des risques biologiques encourus par les infirmières pouvant entraîner des maladies infectieuses chez ces dernières produit des

effets. Le premier effet est certainement que certains professionnels refusent de demeurer chez eux lorsqu'ils sont malades, ne respectant pas les normes de PCI, car ils ne seront pas rémunérés. Le second effet touche à la déclaration même de l'infection au bureau de santé. Les patients infectés sont stigmatisés au sein du CSSS. Les infirmières sont blâmées des infections transmises au sein du CSSS. Dans le contexte sociopolitique décrit ici, comment encourager chaque infirmière qui tombe malade suite à une éclosion sur son lieu de travail à se présenter au bureau de santé et sécurité au travail? L'approche du bureau de santé est peut-être fondée sur le *no fault*, mais la culture organisationnelle orientée vers le blâme n'aide certainement pas les infirmières à déclarer toute infection acquise sur le lieu d'emploi. Qui plus est, une enquête au cas par cas sera réalisée par les infirmières du bureau de santé afin d'établir un lien entre l'emploi et l'infection développée par le travailleur.

Les données issues du terrain suggèrent qu'aucune prise en charge organisationnelle du risque biologique encouru par les travailleurs n'est présente au sein du CSSS à l'instar du RSSS hormis pour certains risques spécifiques tels que présentés dans la recension.

Gestion sécuritaire au CSSS

Un grand roulement de personnel s'est opéré au niveau des cadres en lien avec la mise en place d'une démarche plus rigoureuse dans les contrôles selon les participants. Les gestionnaires sont impliqués au niveau de la PCI via les pratiques organisationnelles requises pour obtenir l'Agrément.

La haute direction désire être tenue au courant lors des réunions de l'évolution statistique des maladies infectieuses au sein du CSSS. Ce que demande l'équipe de PCI, elle l'obtient. Ceci démontre l'importance de la PCI pour le CSSS.

Un effort de gestion en termes d'organisation du travail est réalisé principalement en temps d'éclosion où les cadres vont limiter le recours à la main-d'œuvre indépendante sur les unités qui sont en éclosion.

« c'est certain que quand on part en éclosion, c'est de minimiser la main d'œuvre indépendante sur les unités qui sont en pandémie » (participant 2)

La PCI constitue un casse-tête pour le cadre qui s'occupe de la gestion des lits puisqu'il faut respecter les isolements tout en essayant de garder des lits ouverts au sein de l'établissement pour accueillir de nouveaux patients arrivant de l'urgence.

De plus, l'impact d'une décision qui minimiserait une situation de PCI peut rapidement dégénérer et affecter les services offerts à la clientèle puisque de nombreuses chambres sont occupées par des patients isolés et des départements sont fermés suite à une éclosion.

« il ne faut pas les minimiser, c'est à ce moment-là qu'on part d'une situation à 20 ou 30 isolements et on fini à 60-70 avec des départements qui sont complètement fermés » (participant 2)

Maximiser les services offerts en limitant les infections nosocomiales constitue un défi quotidien pour les cadres infirmiers de l'établissement.

L'encadrement de la PCI s'opère par l'équipe d'infirmières spécialisées en PCI et cet encadrement se fait davantage ressentir dans le CSSS, puisqu'auparavant, certains participants vivaient la PCI comme une situation hors de contrôle où il n'y avait aucune espèce d'encadrement.

Un gestionnaire décrit son rôle de manière explicite :

« mon rôle, c'est de m'assurer que les gens utilisent les bonnes techniques (...) mon rôle à moi, c'est justement m'assurer que ce qui est mis en place est respecté et d'intervenir auprès des gens si jamais les gens sont un peu déviants de la façon que l'établissement a mis des choses en place (...) je vais passer régulièrement sur les départements, je passe plusieurs fois par jour puis je vérifie si les gens sont habillés ou non, je regarde les pancartes, je regarde si les gens s'ils s'habillent correctement, sinon j'avise les gens mêmes au niveau des familles. On avise les familles et des médecins» (participant 5)

Ce gestionnaire décrit parfaitement bien le mécanisme disciplinaire foucauldien mis en place au sein du CSSS en termes de gestion. Le rôle du gestionnaire est de surveiller directement les individus, contrôler l'application des normes de PCI et de corriger toute déviance aux normes de PCI en vigueur au sein du CSSS. Cette description constitue un

élément supplémentaire qui vient renforcer l'idée de la présence d'une culture du blâme au sein de l'établissement, allant dans le sens de verbatims exprimés par d'autres participants.

Et ce type de gestion fondé sur la surveillance, le contrôle et la punition est dénoncé par le syndicat des employés du CSSS qui a fait appel à un chercheur externe pour mener un sondage en ses murs. Les résultats de ce sondage ont été publiés dans le journal du quartier et soulignaient que la culture organisationnelle doit être repensée (voir annexe 10). Durant notre terrain, des négociations étaient réalisées entre le côté patronal et le côté syndical. Nous avons par ailleurs traversé des piquets de manifestants à quelques reprises, lorsque nous tentions d'entrer à l'hôpital et au CLSC. Le discours syndical par ailleurs était très présent dans le CLSC lorsque nous avons visité ces installations.

À la lumière des verbatims des participants et de nos observations, il semble qu'un cocktail disciplinaire explosif soit présent au CSSS. De nouveaux cadres qui doivent faire leur place et évoluent dans une organisation qui privilégie l'obéissance dans ses liens d'emploi; la recherche d'un coupable suite aux taux infectieux préoccupant le MSSS et la direction de l'établissement qui est imputable; la culture nocive pour les employés dénoncée par le syndicat et un chercheur dans les médias; la recherche d'une définition unique de culture de sécurité par la formation des cadres eux-mêmes non formés à la PCI sans tenir compte du terrain; l'aveu privilégié et la délation créant un climat de défiance au sein du personnel qui s'accuse mutuellement; l'imposition de sanctions administratives pour le non-respect des normes limitant la liberté de choix face à la vaccination; les normes de PCI devenant un régime de vérité; mais un outil pour justifier les sanctions imposées lors de leur non-respect; les coupures budgétaires ministérielles dans la formation au personnel du RSSS. Ce contexte sociopolitique est-il favorable à la santé, au bien-être et à la liberté des humains qui composent et gèrent cette organisation?

Formation et le rôle des infirmières en PCI

Nous l'avons vu, les gestionnaires s'attendent à ce que les infirmières appliquent de manière rigoureuse les normes de PCI. Dès lors, il est important d'explorer ce qu'elles savent de ce secteur de spécialité en sciences infirmières. Abordons ensemble la formation

académique des participants, la formation continue pour clôturer les résultats de cette recherche sur le rôle en développement des infirmières en PCI.

La formation académique

La formation académique des participants est hétéroclite : certains détiennent un diplôme d'études collégiales de technique infirmière, des certificats de 1^{er} cycle, d'autres un baccalauréat en sciences infirmières, d'autres une maîtrise en sciences infirmières.

Concrètement, tous les participants rencontrés nous ont mentionné qu'ils n'ont pas eu de formation spécifique à la PCI dans le cadre de leur formation académique. Certains participants se questionnent et tentent de se remémorer si les mesures de PCI leur ont été enseignées durant leurs stages de formation. La plupart des infirmiers rencontrés nous soulignent avoir appris les principes de base de la PCI au travers des mesures d'hygiène dans leur cours de première année ou du cours de microbiologie. Toutefois, quasi tous les participants estiment que cette formation est insuffisante et qu'ils ont appris la PCI davantage en l'expérimentant dans le cadre de leur emploi.

« moi, je n'ai pas eu de formation sur la prévention des infections (...) c'est un manque, c'est un gros manque pour moi » (participant 5)

« on a eu très peu de formation sur la vaccination » (participant 7)

« je me souviens pas d'avoir eu de formation au niveau des maladies infectieuses » (participant 8)

« à l'époque, je pense que je n'ai pas eu de formation spécifique là-dessus » (participant 6)

Par ailleurs, dans la formation académique même des infirmières, auparavant, à titre d'exemple, on n'insistait pas sur le port des gants lors de prise de sang.

« c'est des vieux réflexes qui restent. Piquer avec des gants : on n'a pas appris comme ça (...) j'ai acquis un peu plus ce réflexe-là parce que dans le cadre de mon travail » (participant 8)

Les propos des participants font échos à notre propre formation d'infirmière. En effet, nous aussi nous avons appris les notions de prévention et de contrôle des infections

tardivement, puisque ces notions étaient quasi absentes de la formation académique pourtant suivie exclusivement au Québec : la technique en soins infirmiers, le baccalauréat en sciences infirmières et la maîtrise en sciences infirmières. Le port de gant pour faire une prise de sang nous a fait sourire, car durant notre cours d'infirmière technicienne, nous avons nous même appris à faire une prise de sang sans gants peu avant notre stage de chirurgie, cela se passait en l'an 2000. Une forme de collégialité s'est instaurée lors des entrevues avec les participantes, ces collègues qui avaient un vécu similaire au nôtre quant à la formation académique et à ses trous en matière de PCI.

Sans formation académique préparant les infirmières à la réalité de la PCI, comment celles-ci peuvent-elles agir en contexte avec compétences dans le secteur des maladies infectieuses?

Notre hypothèse est qu'elles peuvent le faire uniquement si ces dernières obéissent à des normes imposées par la santé publique dans une approche non réfléchie des soins qu'elles dispensent en tant qu'infirmières exécutantes. La santé publique ne s'attend-elle pas à utiliser le corps des infirmières sur la ligne de front face aux maladies infectieuses?

Rappelons les propos sensés d'une participante qui qualifiait l'intervention des infirmières durant les cliniques de vaccination pour la grippe A/H1N1 d'infirmières piqueuses. En somme, les infirmières sont réduites à la tâche et à l'exécution d'actes techniques qui leur sont imposées. Il est donc urgent que la formation soit rehaussée face à la prévention et au contrôle des infections pas uniquement au niveau de la spécialisation de 2^e cycle nouvellement reconnue par le MSSS, mais à travers tout le cheminement académique des infirmières.

Le paradoxe ici veut que les infirmières soient sanctionnées pour le non-respect des mesures de PCI, tandis que ces dernières ne sont pas formées sur le plan académique dans ce domaine.

Foucault aborde la question du savoir qu'il relie intimement au pouvoir. Si les infirmières ne sont pas en possession de ce savoir, peut-on croire que celles-ci sont

dominées par des savoirs issus de la santé publique, assujetties à des normes et des impératifs qu'elles doivent exécuter?

Nous pensons que des espaces de libertés peuvent être trouvés pour les infirmières en matière de PCI. Ces espaces de libertés passent aussi par l'acquisition de nouvelles connaissances, par la formation académique, bien que Foucault (1975) ait démontré que l'éducation elle-même comporte des mécanismes disciplinaires. Lorsque l'on sait, on peut choisir plus librement les comportements que l'on désire ou non adopter en matière de PCI et en assumer les conséquences.

La formation continue

Plusieurs participantes ont soulevé le peu de formation continue suivies spécialement en lien avec la PCI. Dans le cadre des observations de terrain, nous avons assisté à une formation continue en matière de PCI donnée aux infirmières durant une demi-journée. Cette formation abordait principalement le lavage des mains et le port de l'équipement de protection personnel, donc axé principalement autour de la tâche.

Les participants ont soulevé le fait qu'il n'y a pas de transfert des connaissances entre la formation continue et la clinique. Les formateurs doivent répéter les formations au niveau des mesures de PCI plusieurs fois et malgré tout, le personnel ne semble pas intégrer les connaissances. Tel qu'observé lors de la formation en PCI, l'enseignement dispensé est fondé sur une approche cognitivo-comportementale avec un volet théorique et un volet pratique. Malgré tout, le personnel semble avoir de la difficulté à opérer un transfert de connaissances.

« les gens savaient pas... ils mettaient le masque à l'envers... heu... ça m'a questionnée, me suis dit coup donc, il me semble que ça fait pas si longtemps que ça qu'on a fait des enseignements » (participant 3)

Et la solution trouvée par un participant est d'appliquer des audits afin d'être sur que le personnel ne perde pas les bonnes habitudes apprises durant la formation d'une demi-journée offerte par l'employeur au sujet de la PCI.

« faire des audits pour que les gens ne perdent pas leurs habitudes : on a beau donner de la formation au bout de quelque temps, le naturel revient au galop comme on dit » (participant 5)

Les gestionnaires ne reçoivent pas de formation spécifique en lien avec la PCI. Ils se forment via les formations continues provinciales disponibles en ligne, par exemple pour la grippe A/H1N1.

« moi comme formation, j'en ai pas vu là » (participant 6)

Les participants se plaignent de ne pas être assez outillés sur le plan de la formation continue afin de répondre aux attentes en matière de PCI.

« à part de ça, est-ce que l'emploi comme tel nous a très outillés, non » (participant 8)

« puis au CLSC, ça fait deux ans, mais ça va faire trois ans que je suis là puis j'ai jamais eu une formation » (participant 9)

Contribution et rôles de l'infirmière en PCI

Le CSSS dispose d'une équipe de PCI comprenant une infirmière cadre en PCI, ce que tous les CSSS ne possèdent pas d'après les participants. Cette équipe comble les besoins du CSSS face à la PCI, mais des besoins en matière de surveillance, en formation et en recherche sont non comblés faute de ressources présentement.

Les rôles principaux de ces infirmières spécialisées en PCI couvrent les volets suivants : agent surveillance, prévention, formation au personnel, agent de contrôle dans le cadre des audits, consultations sur les unités, rédaction et actualisation des guides, des protocoles et des outils de PCI de l'établissement, application des mesures de PCI, contribution à la gestion de lits pour les isolements, promoteur de vaccination, protecteur de la population, sécurité des patients, consultation pour les achats de matériel jugés sécuritaires face aux risques biologiques, soutien à l'unité dédiée, informateur aux visiteurs face à la PCI, collaborateur avec la Direction de santé publique, informateur et conseil à la direction. L'ensemble de ces rôles a pu être identifié sur base des observations, des entrevues et de l'analyse documentaire.

Le nombre des infirmières en PCI dépend directement des orientations ministérielles aussi bien que les responsabilités qui leur sont attribuées. Le CSSS ne décidera pas d'augmenter ce ratio malgré les besoins jugés énormes en PCI en matière de consultation, de surveillance et de formation selon les participants.

Il existe un problème de recrutement d'infirmière en PCI au CSSS, car ce sont des postes d'infirmière clinicienne moins avantageux que les postes de conseillères en soins qui comportent pourtant plus de responsabilités selon les participants. Le CSSS vit donc un problème de recrutement et de rétention des infirmières en PCI en lien avec le manque de valorisation reliés au type de poste offert. Ces propos tenus par les participants sont triangulés par les observations réalisées sur le terrain. Durant notre recherche, un poste d'infirmière en PCI s'est libéré, l'infirmière ayant décidé de quitter. La perte de cette ressource importante au sein du CSSS n'a pu être comblée facilement.

Il est de l'avis des participants que la présence de conseillères en prévention et de professionnels de la santé à la direction favorise l'instauration d'une culture de sécurité pour prévenir les maladies. L'équipe en PCI favorise l'amélioration de la salubrité de l'établissement.

Les infirmières en PCI font face à de grands défis aussi au sein du CSSS, entre autres celui d'harmoniser les pratiques de PCI selon les différents environnements de soin tout en tenant compte des particularités de chaque installation. Mais leur rôle peut s'avérer être menaçant également pour les autres gestionnaires qui conçoivent que ces dernières sont trop orientées sur la gestion des lits et la cohorte de patients. Certains gestionnaires du CSSS considèrent que les infirmières en PCI devraient s'axer davantage sur la formation destinée au personnel et s'occuper un peu moins de gestion de lits qui relève de la ligne hiérarchique.

« elles sont très présentes, mais beaucoup, pour beaucoup pour la gestion de lit, beaucoup pour cohorte les patients (...) l'équipe de prévention des infections (...) il faut qu'elle joue un rôle-conseil, il faut qu'elle soit sur le plancher, pas pour faire de la gestion de lits, pour faire de l'enseignement,

pour faire des audits (...) je pense qu'il pourrait faire plus au niveau de la prévention justement et non de la gestion » (participant 5)

Aussi, l'infirmière en PCI et principalement la cadre en PCI, de par son rôle majeur au sein du CSSS, rôle qu'elle tient du MSSS et de la santé publique par ailleurs, occupe une place nouvelle qui redéfinit les rôles traditionnels des gestionnaires infirmiers. N'oublions pas que le réseau de PCI québécois date de 2004 et que les établissements québécois auparavant ne bénéficiaient pas d'infirmières spécialisées en PCI. Cette spécialité est également reconnue, mais les rôles que les infirmières en PCI ont à jouer se définissent tant au contact de la pratique qu'en fonction des besoins pressentis par le MSSS sur base des statistiques et des courbes épidémiologiques de taux d'infection qui lui sont transmises.

Il y a donc un jeu de pouvoir qui détermine le rôle des infirmières en PCI de manière externe, mais l'infirmière en PCI elle-même a la liberté et donc la responsabilité de définir une partie de son rôle dans le contexte actuel.

Nous ne pouvons nous empêcher de sourire au souvenir d'une conversation que nous avons eue avec la cadre en PCI concernant les punaises de lit: face à l'ascenseur à l'hôpital, nous échangeons sur le rôle en développement de l'infirmière en PCI tant au Québec qu'au sein du CSSS. Nous lui demandons pourquoi les infirmières en PCI n'ont pas de protocole en lien avec les différents parasites. Elle nous répond, surprise, que les infirmières en PCI doivent se limiter aux infections nosocomiales, c'est leur mandat. Étonnée, nous lui soulignons le problème des punaises de lit, tout comme des infections tropicales et elle de nous répondre que les infirmières en PCI ont un mandat clair, le noso et encore le noso. Ce mandat étant défini par le MSSS, il est difficile d'en déroger. Nous pouvons légitimement nous demander qui s'occupe des infections qui ne sont pas nosocomiales au Québec?

Conclusion

Nous avons débuté nos travaux en vous exposant une problématique énoncée en quatre points. Premièrement, le système de santé et de services sociaux a une faible capacité à gérer les crises en matière d'éclotions tant au niveau de la gestion qu'au niveau de l'intégration des services intersectoriels. Deuxièmement, la traduction opérationnelle des grandes recommandations en matière de PCI et de culture de sécurité au niveau local tant en clinique que dans la communauté est ardue, attendu que les professionnels évoluent déjà dans un système sociosanitaire à bout de souffle. Troisièmement, la nature même du travail infirmier comporte des risques biologiques associés à l'exercice professionnel tant dans la dispensation des soins que dans son rôle de surveillance. Finalement, lorsque l'on aborde les notions de risques et de maladies infectieuses pour les professionnels de la santé, il est fréquent qu'une mise en sourdine du contexte historique, social et politique soit réalisée.

Face à cette problématique, des buts et questions de recherches ont été soulevés. Les buts de cette recherche étaient d'explorer la perception du risque et de la sécurité face aux maladies infectieuses auprès des infirmières cliniciennes et gestionnaires québécoises; d'explorer plus spécifiquement l'existence ou l'absence de culture de sécurité dans un centre de santé et de services sociaux québécois (CSSS); et d'explorer les discours en présence dans le CSSS en matière de sécurité et de risque biologiques face aux maladies infectieuses et comment ces discours de sécurité face aux risques biologiques se traduisent dans le quotidien des infirmières. Nos lectures nous ont amenée plus loin en termes de réflexion des risques biologiques et de la pandémie. Toutefois, nous étions limitée dans le temps et cette exploration pourra se poursuivre dans le cadre d'un postdoctorat et de recherches ultérieures suite aux nouvelles questions soulevées à l'issue de la présente recherche. Plus spécifiquement, une analyse plus approfondie de l'histoire récente (Rose, 1998) concernant la biosécurité en tant que « problème » (Lakoff et Collier, 2008) pourra être réalisée.

Face aux buts et questions de recherche, nous avons positionné cette étude dans l'approche critique en choisissant les pensées de Michel Foucault et de Déborah Lupton comme cadres de référence. La pensée de Déborah Lupton nous a permis d'entrevoir le risque d'une manière plus nuancée lors de notre recherche. En effet, si nous avons adopté

une perspective réaliste du risque, il est probable que nous n'aurions pas documenté la perception du risque biologique, ni la présence ou l'absence d'une culture de sécurité comme un problème, attendu que le risque est souvent perçu comme objectivable et quasi tangible sans que son existence ontologique même ne soit questionnée. Ce devis aurait été alors davantage dans l'évaluation, la mesure et l'amélioration continue de la gestion des risques biologiques et donc des infections. L'apport de Foucault à l'avancée des connaissances en sciences infirmières permet justement cela : porter un regard plus critique sur notre monde (Gastaldo et Holmes, 1999) et de questionner ce qui est tenu pour acquis.

Les maladies infectieuses et les pandémies ont toujours amené leurs lots de traitements, d'explications étiologiques et de volontés humaines très fortes de vouloir se prémunir de leur apparition qui ont très tôt été reliés aux fléaux engendrant souffrances et mort. Face à la maladie infectieuse, une nécessité de gérer les risques biologiques reliés à leur apparition s'est accentuée ces dernières années et la société tente à présent de générer une culture de sécurité laissant miroiter l'atteinte d'un risque zéro chimérique, aussi nommé par Tapiéro et Carle (2009), l'illusion du risque zéro pour prévenir et contrôler les maladies infectieuses. De nombreux penseurs ont critiqué ces discours réalistes du risque (Foucault, 2001; Gardner, 2009; Derenne et Bricaire, 2005; Jacquard, 1995; Fassin et Pandolfi, 2010; Douglas et Wildavsky, 1983; Castel, 1981; Tulloch et Lupton, 2003) ainsi que son application à outrance en santé publique (Lupton, 1995) puisque la vie comporte à la fois de nombreux risques et aucun risque (Ewald, 1986) : le risque ne pouvant être compris que dans son contexte sociopolitique historique.

Au CSSS, la perception du risque biologique est en lien direct avec la conception qu'ont les infirmières de la maladie infectieuse et des mesures de prévention et de contrôle des infections à appliquer. Nous avons mis en exergue que la gestion du risque était davantage réactive par l'évaluation post événement que proactive, mais nous pensons que ceci se modifiera avec le temps, puisque des analyses de risques sont réalisées et toucheront bientôt à toute situation potentiellement dangereuse pour les individus fréquentant le CSSS. Certaines infirmières du CSSS gardent à l'esprit qu'elles ne sont pas à risque, puisque ces dernières respectent les normes de santé publique en adoptant de saines habitudes de vie, en

respectant les mesures de protection dans les soins aux patients, en demeurant prudentes et en encourageant le nettoyage de l'environnement par le personnel d'hygiène et salubrité. L'Autre, l'extérieur semble davantage à risque que Soi. Ce phénomène prévaut tant pour les individus que pour le CSSS lui-même.

C'est justement dans la gestion des risques biologiques et dans l'impératif de sécurité que la pensée de Michel Foucault est aidante afin de mettre en exergue les mécanismes du pouvoir. Cette approche foucauldienne du pouvoir a permis de documenter les différents discours présents au sein du CSSS qui constitue un angle de vue portant un éclairage particulier sur un phénomène empirique observé. Il est évident que d'autres perspectives auraient pu être choisies et aurait certainement abouti à la déclinaison d'une forme de réalité vue sous un angle différent. Au sein même de la pensée de Foucault, nous avons puisé dans trois de ses ouvrages de son œuvre médiane. Ceci constitue une limite et une force de cette étude. Il serait pertinent de pousser la réflexion foucauldienne au niveau du postdoctorat en lien avec les maladies infectieuses en considérant son œuvre tardive afin d'amener une nuance sur les espaces de liberté et le Soi face au pouvoir et à la PCI.

L'analyse critique fondée sur des résultats empiriques a permis de nommer les mécanismes du pouvoir foucauldien, ce qui constitue une contribution de cette recherche à l'avancée des connaissances en sciences infirmières. En effet, Gastaldo et Holmes (1999) soulignent que les soins infirmiers deviennent des événements politiques et que la connaissance infirmière contribue à la dissémination de régimes de vérités, et les infirmières, loin d'être sans pouvoir, sont perçues comme des professionnelles qui exercent un pouvoir sur la vie dans la société (trad.lib.). À titre d'exemple, cette analyse a documenté l'attente des gestionnaires infirmiers du CSSS en matière de gestion des risques biologiques qui est que le personnel infirmier obéisse et respecte à la lettre les mesures de PCI préconisées par la santé publique et relayées par les infirmières spécialisées en PCI. L'infirmière est assujettie à un ensemble de normes qu'elle se doit de respecter. Elle fait l'objet d'une surveillance étroite et si elle résiste en n'appliquant pas les normes de PCI, celle-ci est rencontrée et des sanctions disciplinaires variées sont prises à son encontre que

ce soit la relocalisation, le renvoi chez soi ou la suspension d'emploi. Ces sanctions disciplinaires sont justifiées par la non-observance des mesures de PCI telles que le lavage des mains, mais surviennent également si l'infirmière choisit de ne pas se faire vacciner contre la grippe.

Une politique de l'aveu et du blâme est présente tant dans la déclaration d'incidents et accidents qu'en matière de PCI. Le CSSS est à la recherche du coupable qui est à l'origine des éclosions infectieuses et des taux d'infection problématiques présents. À cet égard, le CSSS est à l'image de la société qui voit dans l'Autre un coupable de choix. Sur le plan local, ce coupable revêt, par exemple, la forme des infirmières issues de la main d'œuvre indépendante perçues comme source de contamination. Sur le plan international, c'est l'OMS qui est blâmée pour sa gestion de la pandémie. Il semble que Foucault ait vu juste en soulignant que surveiller et punir fait partie des mécanismes disciplinaires du pouvoir (2001, 1975) et une partie de sa pensée a permis de révéler ces éléments dans le cadre de cette recherche.

La pensée de Foucault (2004) a également permis de mettre en lumière le dispositif de sécurité au sein du CSSS caractérisé par un gouvernement et une régulation des corps. En effet, la circulation des personnes au sein du CSSS demeure un enjeu crucial en temps de pandémie, mais également lors d'éclosions infectieuses. L'idée n'est pas tant d'enfermer, d'empêcher tout accès au CSSS, mais de réguler le flux de circulation des individus tout en recourant à la discipline incarnée par ce gardien de sécurité qui impose le lavage des mains à l'entrée des bâtiments du CSSS. Cette circulation régulée est justifiée par la tenue de statistiques en matière d'infections nosocomiales qui sont transmises à la santé publique afin de dresser un portrait infectieux des différents établissements québécois. Ce portrait statistique produit des effets, puisque l'établissement est imputable de ses taux infectieux élevés ou non. La culture de sécurité répond donc à ce désir d'être en sécurité et de faire baisser les taux infectieux au sein du CSSS. Toutefois, c'est plutôt une mosaïque de cultures de sécurité qui est présente dans les différentes installations du CSSS alors qu'une culture de sécurité unique valable pour tout l'établissement est valorisée par l'application de mesures de PCI partout et en tout temps.

Le gestionnaire infirmier porte la responsabilité de faire appliquer des normes de PCI harmonisées à tout l'établissement dans une perspective de culture de sécurité et de guider ses équipes d'infirmières, de les encourager à respecter ces normes. Le pouvoir pastoral tel qu'entrevu par Foucault (2004) se capillarise à travers les corps tant des gestionnaires que des infirmières qui sont guidées vers le Bien, soit la création d'un espace « sacré », pur, exempt de toute infection.

L'impératif de sécurité se traduit par différentes mesures de PCI : le dispositif de sécurité alimente ainsi les mécanismes disciplinaires présents au CSSS. Ces mécanismes du pouvoir s'interalimentent lorsque des décisions de gestion sont prises pour instaurer une unité dédiée aux maladies infectieuses sur la même unité que la médecine-oncologie et que, selon certains participants et les observations réalisées, le personnel soigne également les patients contagieux cohortés de l'unité dédiée. Le pouvoir produit donc des effets concrets qui méritent d'être soulignés.

À l'intérieur même de ces mécanismes du pouvoir se loge la résistance de quelques infirmières qui refusent de se faire vacciner, qui refusent de se laver les mains faute de temps, créant ainsi un espace de négociation avec leur employeur au risque de contrevenir aux normes de bonnes pratiques en matière de soins infirmiers. Le pouvoir produit également des éléments positifs, à savoir le renforcement de la solidarité, l'appriovoisement et le développement de liens de confiance entre les membres du personnel qui disent fonctionner en silo, mais qui doivent dépasser leurs limites et se mobiliser lors d'éclotions infectieuses ou de pandémie.

Cette mobilisation infirmière est prégnante dans les discours documentés au sein du CSSS. Bien que les formations académique et continue des infirmières en termes de PCI soient très limitées, ces dernières ont largement contribué aux mesures prises pour contrer la pandémie, et contribuent également à l'instauration d'environnements de soins sécuritaires sur base quotidienne.

Par ailleurs, la spécialisation des infirmières en PCI et leur rôle sont en plein développement au Québec. De grands défis les attendent, soient une meilleure intégration

entre leur rôle infirmier et leur rôle d'agent de surveillance issu de la santé publique, la négociation d'un espace de gestion des risques biologiques propre au sein de l'établissement, la définition de leurs rôles au sein du CSSS et son élargissement afin de ne pas se limiter aux seules infections nosocomiales en devenant de véritables conseillères face aux risques biologiques, le développement et le renforcement de formations continues destinées aux infirmières peu outillées présentement.

La conscientisation des infirmières face aux enjeux sociopolitiques en lien avec la surveillance, l'évaluation, la gestion des risques biologiques et la réponse à ces risques soit l'instauration d'une culture de sécurité est urgente. En tant qu'infirmière, nous avons le choix de nous inscrire dans une tradition d'exécutante en appliquant les normes de PCI et en contribuant aux gestions des éclosions d'infections locales ou internationales, ou de nous inscrire dans une tradition qui valorise les compétences professionnelles et la spécialisation des soins infirmiers. Nous avons le choix de récupérer et d'appliquer les normes de santé publique ou de réfléchir ces mêmes normes de façon plus large en contemplant les effets du pouvoir sur les corps. Ces réflexions naissent justement d'une analyse critique en lien avec les risques biologiques et la sécurité et elles sont importantes pour les infirmières dont la discipline est plutôt une science appliquée clinique que philosophique.

Les principales limites de cette étude sont les suivantes : le type de devis et le nombre de participants recrutés pour les entrevues. En ce qui concerne le type de devis, le choix de ce devis ethnographique critique permet justement de poser un regard plus sociopolitique sur le phénomène à l'étude, mais n'explore ni les pratiques cliniques des infirmières, ni la légitimité des normes sur lesquelles elles se fondent. Ceci n'était pas l'objet de cette recherche, mais une telle recherche pourrait toutefois offrir un regard différent sur le phénomène de la culture de sécurité et des risques biologiques dans le secteur de la PCI. En ce sens, cette limite constitue une force et une faiblesse à la fois, puisqu'il s'agit ici d'un angle de vue pris pour examiner un phénomène, soit l'angle critique. En ce qui concerne le nombre de participants recrutés pour les entrevues, celui-ci peut constituer une limite mais cette dernière est atténuée par la triangulation via les autres méthodes de collecte des données, mais également par la saturation des données tel

qu'entendu par Paillé et Muchielli (2010). Le recrutement de participants dans le cadre d'une recherche a été un défi, mais il l'est d'autant plus dans le RSSS où une pénurie d'infirmière existe (Fleury et coll., 2007), surtout lorsque la population cible est constituée d'infirmières travaillant dans un CSSS au sein duquel le domaine de la recherche est peu présent.

En conclusion, une ethnographie critique n'a pas pour objectif d'établir un consensus. Selon Arborio et Fournier (2010), la publication de données issues d'observations directes peut susciter de l'hostilité indépendamment des précautions prises, puisque le groupe étudié est composé de plusieurs sous-groupes aux intérêts divergents. La recherche d'un consensus dans l'analyse et la présentation des résultats est donc illusoire selon ces auteurs.

Une ethnographie critique n'a pas non plus pour objectif d'émettre des recommandations aux acteurs du CSSS, de la santé publique et du RSSS à l'instar des études cliniques habituellement réalisées en sciences infirmières, voir en santé publique. Nous pouvons évoluer dans la pragmatique des savoirs où la science devient un outil d'amélioration des systèmes en place dans une approche utilitariste (Lyotard, 1979). Toutefois, quelques pistes de réflexions seront abordées en termes de contribution de la recherche et de voies d'avenir à considérer.

La contribution de cette recherche d'analyse critique en lien avec la culture de sécurité face aux risques biologiques et pandémiques pour les infirmières est importante pour plusieurs raisons :

Premièrement, elle a permis de documenter les perceptions de la maladie infectieuse, de la pandémie, des risques biologiques et de la culture de sécurité dans un établissement de santé et de services sociaux québécois. Ce CSSS n'a pas l'habitude de recevoir des chercheurs en sciences infirmières. Cette recherche constitue donc un premier pas d'ouverture pour la recherche dans ce domaine au sein de l'établissement. Deuxièmement, elle a permis de mettre en lumière la gestion des risques biologiques et les dimensions politiques reliées à cette gestion au sein du CSSS qui fait écho aux discours

présents au sein de la société. Troisièmement, elle a permis de dresser différentes images critiques en lien avec les maladies infectieuses, les gestionnaires et les cultures de sécurité présentes dans l'établissement. Ces images constituent différents récits narratifs fondés sur les expériences de travail des infirmières observées durant le terrain. Quatrièmement, elle a permis de décrire les mécanismes du pouvoir en lien avec les risques biologiques et la culture de sécurité au sein d'un établissement québécois de santé et de services sociaux. Cinquièmement, la recherche a permis de soulever la question du manque criant de formation des infirmières soignantes face aux maladies infectieuses. Les infirmières se disent mal outillées pour faire face aux risques biologiques au sein de l'établissement. Ce vécu exprimé par les infirmières peut amener les directeurs québécois de programmes de formation infirmière à mieux préparer nos soignants de demain et à développer et renforcer les programmes de formation continue destinés au personnel infirmier qui évolue déjà au sein du RSSS. Finalement, cette recherche contribue à l'avancée des connaissances quant aux rôles des infirmières en PCI qui est en plein développement au Québec et aux défis qui demeurent pour les années à venir en termes de définition, de renforcement et de valorisation du rôle de ces infirmières conseillères.

Plusieurs pistes de réflexions pourraient être explorées sur le plan de la pratique infirmière, de la gestion, de la formation et de la recherche. Au niveau de la pratique infirmière, des questions éthiques ont pu être soulevées, à savoir d'utiliser le lavage des mains comme outils de négociation de meilleures conditions de travail, du manque de temps et de personnel afin de procéder à l'application des mesures de PCI qui sont normées. Au niveau de la gestion, une réflexion éthique sur les mécanismes disciplinaires en lien avec la PCI serait souhaitable afin d'éviter d'accentuer les résistances face aux mesures de PCI. La prise en compte de la perception qu'ont les infirmières des risques biologiques sur le plan organisationnel pourrait permettre de modifier certaines approches de la PCI, dont la formation et la sensibilisation. Comment rejoindre des infirmières qui ne se disent majoritairement pas à risque sur le plan biologique? Le développement d'une culture unique de sécurité valorisée et déployée au sein du CSSS en entier risque d'effacer les richesses et les particularités de chaque installation. Peut-on élaborer une culture de sécurité unique au sein du CSSS, comment l'implanter si celle-ci provient uniquement de la

direction? Finalement, une réflexion organisationnelle serait souhaitable sur les enjeux de circulation et d'isolement au sein du CSSS, quant aux principes téléologiques et aux mesures prises en cas d'éclosion infectieuse au sein de l'établissement. La mise en cohorte produit des effets négatifs sur la clientèle vulnérable malgré les précautions utilisées. Au niveau de la formation, il serait souhaitable que les infirmières soient mieux préparées à la réalité clinique en lien avec les maladies infectieuses tant sur le plan académique que sur le plan de la formation continue, mais aussi au niveau sociopolitique. Au niveau de la recherche, les voies d'avenir en PCI sont très présentes. Il est urgent de développer un axe québécois de recherche infirmière dans ce domaine si nous voulons que les infirmières en PCI puissent arrimer leurs connaissances et pratiques en sciences infirmières à leurs connaissances et pratiques de santé publique en matière infectieuse. Présentement, il est de notre avis que les modèles conceptuels en sciences infirmières ne permettent pas d'entrevoir de véritables soins de santé à la population et de guider la pratique des infirmières en PCI sur base de savoirs disciplinaires propres. Dès lors, il est de la responsabilité des chercheuses en sciences infirmières de s'intéresser à ce domaine particulier qu'est la PCI et de développer des connaissances spécifiques en partenariat avec la clinique afin de favoriser un partage des connaissances en PCI.

Finalement, cette analyse critique présente une utilité pour une science appliquée comme les sciences infirmières. En effet, l'approche critique pure de type marxiste où les logiques de domination de classe sont très présentes (Marx et Engels, 1973) a pu être nuancée par le recours à la pensée de Foucault qui est plus globale et s'en distancie en partie (Foucault, 1976). Une lecture foucauldienne, par sa vision nuancée du pouvoir, offre certainement aux infirmières des pistes de réflexion qui peuvent mener à une vision plus politique de notre discipline. La prévention et le contrôle des infections constituent une voie royale pour surveiller, assujettir, punir et gouverner les corps tel que l'entend Foucault (1975; 2004). Néanmoins, elle comporte aussi autant de clés pour penser la liberté, l'éthique et faire preuve d'une forme de parrhèsia qui dépasse la simple isègoria ou prise de parole, en se fondant sur la création d'espaces de liberté en prenant la parole et en tenant un discours vrai et sans complaisance (Gros, 1996) face à la PCI. Cette liberté, nous nous

devons de l'exercer, de la créer, car ces mécanismes du pouvoir produisent des effets qui restreignent nos droits fondamentaux individuels au nom du bien-être collectif, de la protection et de la sécurité de la population. Tel que le souligne le philosophe Albert Jacquard (1995, p. 160), « *l'activité des hommes comporte toujours des risques* » et questionne la valeur de la vie humaine dans les calculs probabilistes et économistes des risques et de leur gestion dans une société de consommation (Baudrillard, 1970). Pour lui, « *pour faire un homme (...) il faut beaucoup d'hommes (...) le seul critère de réussite d'une collectivité devrait être sa capacité à ne pas exclure, à faire sentir à chacun qu'il est le bienvenu, car tous ont besoin de lui* » (Jacquard, 1995, p.168-169).

Nous terminerons donc cette thèse sur quelques questions : quelle valeur a la vie humaine face aux risques biologiques et à l'impératif de sécurité lorsqu'il est question de prévention et contrôle des infections? Devons-nous recourir à l'exclusion, à l'enfermement, à l'isolement de patients, aux cohortes de patients, au confinement d'unités au risque de sacrifier d'autres patients? Devons-nous imposer, surveiller, sanctionner, privilégier l'aveu et blâmer les personnes face au non-respect de certaines normes de PCI édictées par la santé publique qui se fonde elle-même sur la science au risque de produire et de renforcer de la résistance face à la PCI? Quel est le rôle des médias face aux risques biologiques et aux mesures de PCI préconisées durant la pandémie et la perception que les infirmières en ont? Quelle est l'influence de l'économie sur le plan des décisions locales prises par les gestionnaires infirmiers en termes d'évaluation, de gestion des risques biologiques et de création d'une culture de sécurité unique au sein des établissements de santé? Comment se négocie un espace de liberté entre protection de la population et droits fondamentaux individuels à l'intérieur même d'un établissement de santé? Ces questions méritent que l'on s'y attarde et pourraient faire l'objet de recherches ultérieures.

Glossaire

Analyse thématique : « faire une analyse thématique consiste à repérer des noyaux de sens qui composent la communication et dont la présence [qualitative] ou la fréquence [quantitative] d'apparition pourront signifier quelque chose pour l'objectif analytique choisi » (Bardin, 1998, p.137).

Anatomo-politique: «Le moment historique des disciplines, c'est le moment où naît un art du corps humain, qui ne vise pas seulement la croissance de ses habiletés, ni non plus l'alourdissement de sa sujétion, mais la formation d'un rapport qui dans le même mécanisme le rend d'autant plus obéissant qu'il est plus utile, et inversement. Se forme alors une politique des coercitions qui sont un travail sur le corps, une manipulation calculée de ses éléments, de ses gestes, de ses comportements. Le corps humain entre dans une machinerie de pouvoir qui le fouille, le désarticule et le recompose. Une « anatomie-politique », qui est aussi bien une « mécanique du pouvoir », est entrain de naître; elle définit comment on peut avoir prise sur le corps des autres, non pas simplement pour qu'ils fassent ce qu'on désire, mais pour qu'ils opèrent comme on veut, avec les techniques, selon la rapidité et l'efficacité qu'on détermine. La discipline fabrique ainsi des corps soumis et exercés, des corps « dociles ». » (Foucault, 1975, p.162).

Approche populationnelle : « approche fondée sur la conviction que la santé est une richesse collective qu'il faut maintenir et développer. Son objectif étant d'assurer un état de santé maximal chez la population d'un territoire, compte tenu des ressources disponibles, elle vise à coordonner l'offre de services en fonction d'une population donnée plutôt qu'en fonction des individus qui consomment les services. Enfin, elle suppose que les autorités régionales et locales ont une responsabilité vis-à-vis la santé des individus de leur territoire, particulièrement en ce qui a trait à l'accessibilité aux services appropriés et à l'efficacité des interventions et des actions dans les milieux de vie ».

[http://www.santemontreal.qc.ca/pdf/PDF_CSSS/approche.pdf]

Archéologie chez Foucault : « l'archéologie est précisément l'étude de l'expérience de l'ordre et de ses modalités d'être. L'archéologie manifeste l'*épistémè* où se fonde la positivité des connaissances, et donc analyse les conditions du possible. (...) Par exemple, Foucault enquête sur l'*épistémè* de la renaissance, au cœur de laquelle il identifie la catégorie de *ressemblance*, en montrant sa fonction fondamentale et en analysant ses

notions et ses figures particulières. (...) Enfin, il faut souligner que l'*archéologie* (du savoir) et la *généalogie* (du pouvoir) sont deux modalités d'approche de la recherche qui ne s'excluent pas réciproquement (...) D'une part, l'archéologie se focalise sur l'étude des pratiques discursives; de l'autre, la généalogie dévoile la création d'objets au moyen de pratiques instituant. » (Giacomeli, 2004, p.8-9)

Arthropodes : « animal invertébré, à squelette externe chitineux, dont le corps est segmenté et dont les membres ou appendices sont composés d'articles. (les arthropodes, représentés par les crustacés, les myriapodes, les insectes, les arachnides, etc., constituent un embranchement renfermant 80% de toutes les espèces animales) » (Larousse Illustré, 2008).

Autrui chez Foucault : « l'Autre », c'est-à-dire, « de ce qui, pour une culture est à la fois intérieur et étranger, donc à exclure (pour en conjurer le péril intérieur), mais en l'enfermant (pour en réduire l'altérité) « (...) il s'agit en même temps de récupérer cet autre réduit au silence et exclu, soit la folie, le rêve, le langage, la littérature, la sexualité, la mort, la délinquance. Donner la parole à l'autre (...) « J'appelle «gouvernementalité» la rencontre entre les techniques de domination exercées sur les autres et les techniques de soi. « » (Ortega, 2004, p17-18).

Biopolitique chez Foucault : « La biopolitique est un concept complexe qui évolue dans le corpus foucauldien, notamment au fil de ses textes (...) gouverner les individus par le biais de procédés disciplinaires classiques, mais aussi de gouverner l'ensemble des « vivants » organisés en population via des biopouvoirs locaux comme la santé, l'hygiène, la sexualité ou la natalité. (...) Le pouvoir s'organise donc davantage autour de la gestion régulée de la vie, que de stratégies d'évitement de la mort ; une gestion parfaitement *assurantielle* de la société qui garantit le contrôle scrupuleux des aléas propres aux processus biologiques. (...) La biopolitique indique aussi, chez Foucault, le moment du dépassement de la dichotomie État/Société au profit d'une gestion politique directe de la vie. » (Ajavon, 2004, p22-23).

Biosécurité : Terme utilisé en santé publique, plus particulièrement en santé au travail pour désigner « les mesures de sécurité visant à protéger la **santé humaine** et l'**environnement**

(ce qui comprend la santé animale, la santé végétale et la biodiversité) lors de l'utilisation d'organismes pathogènes (**OP**, par exemple : virus, bactéries et parasites) et/ou d'organismes génétiquement modifiés (**OGM**, par exemple : bactéries transformées et animaux transgéniques) »

[<http://www.fundp.ac.be/universite/services/sippt/biosec/dossiers.html>].

Elle est liée aux agents d'origine biologique qui présentent des risques pour la santé des individus et des populations. Cette sécurité concerne autant celle des professionnels de la santé, des patients que de leur famille au sens large. La biosécurité est matière à protocoles internationaux tels que celui de Carthagènes qui concerne entre autres le commerce des OGM (Verschueren, 2005).

Bioterrorisme : Selon Wikipédia [<http://fr.wikipedia.org/wiki/Bioterrorisme>], « le bioterrorisme est la diffusion de germes capables de déclencher des maladies mortelles. Différents types de germes peuvent être utilisés en tant qu'arme biologique : les bactéries, les virus, les champignons, les protozoaires et les toxines. Certaines souches sont relativement accessibles, tels bacille du charbon, anthrax, toxine botulique, aflatoxine, alors que d'autres sont plus rares, tel le virus de la variole éradiqué depuis 1979 mais conservé dans deux laboratoires (Atlanta et Novossibirsk), ou nécessitent un certain niveau de connaissance et d'expertise dans leur manipulation et leur préparation ». Selon le Petit Larousse Illustré 2008, le bioterrorisme fait référence à : « forme de terrorisme ayant recours à des agents biologiques pathogènes (ceux de la variole, de la maladie du charbon, de la peste, du botulisme, etc.) dispersés dans l'atmosphère ou acheminés par voie postale ».

Commensale : « L'agent infectieux développe des relations symbiotiques avec l'hôte, chacun ayant besoin de l'autre pour assurer des fonctions physiologiques. Cet aspect notamment est mis à profit dans des nouveaux procédés de vaccination » (Sotto, 2005, p.72).

Contrôle des maladies infectieuses : « est la réduction de l'incidence ou de la prévalence d'une maladie donnée à un niveau local acceptable comme résultats d'efforts délibérés » (Grimes IN Nies et McEwen, 2007, trad. lib. p.502)

Corps : Fassin et Memmi (2004, p.16) dénombrent trois corps principaux. Le corps individuel, le corps social et le corps politique. Le corps individuel est « l’incorporation du soi caractérisant la personne dans l’héritage de Marcel Mauss ; le corps social, symbole naturel exprimant le rapport au monde, à la suite de Mary Douglas ; le corps politique, enfin, lieu de la régulation, de la surveillance et du contrôle selon Michel Foucault ».

Déduction : « implique un mouvement d’une position générale vers une position plus particulière ou individuelle » (Rodgers, 2005, trad. lib. P.26).

Discipline : « dans toute société, le corps est pris à l’intérieur de pouvoirs très serrés, qui lui imposent des contraintes, des interdits ou des obligations. (...) Ces méthodes qui permettent le contrôle minutieux des opérations du corps, qui assurent l’assujettissement constant de ses forces et leur imposent un rapport de docilité- utilité, c’est cela qu’on peut appeler les « disciplines ». Beaucoup des procédés disciplinaires existaient depuis longtemps – dans les couvents, dans les armées, dans les ateliers aussi. Mais les disciplines sont devenues au cours du XVIIe siècle et du XVIIIe siècle des formules générales de domination. » (Foucault, 1975, p.161).

Discours : « réfère au rôle pivot de la langue dans l’existence humaine. (...) Le discours va au-delà de la langue en incluant les actions et comportements humains » (Rodgers, 2005, p.134). Le discours selon une perspective foucauldienne peut être défini de multiples façons, mais selon McHoul et Grace (2003), il concerne « ce qui peut être dit » (p.25), doit être pensé en termes de corps de connaissance puisqu’il ne réfère pas uniquement « au langage ou aux interactions sociales, mais aux champs de la connaissance sociale qui sont interreliés » (p.31). L’analyse de ces discours permet d’entrevoir l’articulation entre le pouvoir, le savoir et la subjectivation (Deleuze, 1986) en soulevant les enjeux sociopolitiques implicites.

Dispositif chez Foucault : « Lorsque Michel Foucault évoque les dispositifs de savoir ou de pouvoir, il pense le *dispositif*, qu’il faudrait plutôt appeler « *dispositif-architecture* », comme opérateur du pouvoir. Penser le pouvoir à partir des dispositifs l’oblige à examiner les nombreuses techniques de pouvoir qui « *s’exerce[nt] de façon beaucoup plus physique*

sur l[es] corps. La manière dont on leur impose des gestes, des attitudes, des usages, des répartitions dans l'espace » (Bert, 2004, p39)

Éclosion : « une éclosion survient lorsqu'une source commune d'infection touche plusieurs personnes en même temps ou lorsqu'un individu malade contamine plusieurs personnes qui, à leur tour, en contamineront d'autres ». (Bédard, Latreille, 2009, p.27).

Empirisme : « le terme empirisme, généralement équivalent à la science de nos jours, est dérivé du mot latin pour expérience (*experientia*), particulièrement la signification de l'expérience sensorielle » (Rodgers, 2005, trad. lib. P.23). « L'empirisme est une philosophie qui considère que toute connaissance provient de l'expérience » (Rodgers, 2005, trad. lib. P.47). « Les empiristes supportent l'idée que l'expérience sensorielle est la source de toute connaissance » (Rodgers, 2005, trad. lib. P.48).

Enfermement chez Foucault : « Foucault analyse l'enfermement essentiellement dans *l'Histoire de la folie* et dans *Surveiller et punir*. Dans les deux cas, l'enfermement est défini comme une pratique *possible* : il n'est pas la réponse nécessaire à un problème objectif, il est un choix historique qui appelle une analyse de ses fondements en même temps qu'une certaine remise en question. (...) L'enfermement est une nouvelle *modalité* du pouvoir. (...) L'enfermement est donc lié à certaines pratiques générales du pouvoir. (...) Enfermer le délinquant, c'est d'abord *l'inclure* dans un réseau coercitif de surveillance et de contrôle qui l'individualise et le fixe pour l'assujettir, selon la nouvelle modalité du pouvoir. (...) L'enfermement disciplinaire est une technique d'assujettissement, sa fonction est à la fois de faire obéir et de produire des sujets : les conditions de l'enfermement disciplinaire mettent sans cesse l'individu face à lui-même sous le regard – *réel* ou *possible* – d'un autre » (Cazier, 2004, p.41-43)

Épistémè chez Foucault: Selon Foucault (2001a), l'épistémè « est un dispositif spécifiquement discursif » (p.301) qui change à travers le temps et l'espace, une conception du monde. L'épistémè d'une époque permet de décrire « non pas la somme de connaissances, ou le style général de ses recherches, mais l'écart, les distances, les oppositions, les différences, les relations de ses multiples discours scientifiques » (Foucault, 2001b, p.704).

Gouvernement chez Foucault: Selon Fassin et Memmi (2004), le gouvernement des corps désigne « les formes de l'action publique s'exerçant sur et par les corps » (p.19). Ainsi, « gouverner c'est faire que chacun se gouverne au mieux lui-même » (Fassin et Memmi, 2004, p.25).

Gouvernementalité chez Foucault : « On en trouve la première occurrence dans le cours de 1977-1978 intitulé *Sécurité, territoire et population*. La gouvernementalité se définit comme un ensemble de pratiques réalisées hors de la gouvernance étatique et qui autorise des rapports de pouvoir entre les individus et des individus sur eux-mêmes. (...) la notion de gouvernementalité se substitue progressivement aux notions de pouvoir et de biopouvoir dans le corpus foucauldien. (...) Le recours à la gouvernementalité possède l'avantage de permettre de penser l'exercice de libération. » (Beaulieu, 2004, p.54-56)

Hôpital chez Foucault : « L'hôpital (...) La création de l'Hôpital ne « s'apparente à aucune idée médicale. Il est une instance de l'ordre, de l'ordre monarchique et bourgeois ». Avant d'avoir un sens médical, l'internement ne repose pas sur le souci de guérison mais sur « un impératif de travail ». (...) La communication médecine et police est centrale dans les liens Hôpital/prison, pénal/psychiatrie et juridique/psychologique. Le développement du capitalisme comme société à enfermement rend l'hôpital ambigu dans sa mission : soigner, redresser, corriger et surveiller : (...) À la fois correctionnel et thérapeutique (...) Le laboratoire Pasteurien éloigne la main du corps pour aseptiser l'hôpital de « jardin botanique du mal, vivant herbier des malades », l'hôpital doit avoir, non plus une observation, mais une action directe sur la maladie. L'hospitalisation devient une expérimentation. Expert hygiéniste le médecin hospitalier doit exercer dans un espace non plus d'assistance, mais un lieu d'opération thérapeutique : L'Hôpital doit fonctionner comme une « machine à guérir ». (...) L'impératif de santé est à la fois un devoir de chacun et d'objectif général de l'hôpital. » (Andrieu, 2004, p 69-71)

Idées en marges : Terminologie utilisée par Jacques Derrida (1974). « Idées subordonnées, occupant une position de *background* » (Rodgers, 2005, trad.lib. p137).

Identité (et différence) chez Foucault : « La critique de l'identité (...) on ne peut plus croire à l'identité historique des individus, des groupes ou des nations. (...) relève les effets

multiples inscrits par les pratiques sur des surfaces sans profondeur. La première de ces surfaces, c'est le corps, lieu d'entrecroisement des désirs et des forces, sans identité subjective formelle. C'est *en partant de la différence* corporelle que se déploient les pratiques d'assujettissement qui obligent les gens à se nouer avec leur identité et les pratiques de subjectivation qui mettent chacun de nous en relation à lui-même. » (Lèbre, 2004, p.73-74).

Induction : « peut être définie généralement comme le processus de génération d'une conclusion universelle à partir de l'observation de particularités » (Rodgers, 2005, trad. lib. P.26).

Intégralité : Le critère d'intégralité de la LCS exige que le régime provincial ou territorial d'assurance-santé couvre tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes (c.-à-d. les services de chirurgie dentaire qui doivent être assurés dans un hôpital) et lorsque la loi de la province le permet, les services semblables ou additionnels fournis par les autres professionnels de la santé ». (art. 9 de la Loi canadienne sur la santé)

Jeux de vérité chez Foucault : « la vérité s'ordonne plus dans un principe de rapports que comme un élément transcendant le réel. » (Leclercq, 2004, p.81)

Liberté chez Foucault : « La liberté n'existe pas pour lui, mais seulement en creux, par la place ou l'ombre que veulent bien lui faire les contraintes historico-sociales préexistantes. (...) elle n'existe pas non plus comme concept *a priori*, mais dans les faits. (...) La vraie liberté sera alors la capacité à briser ces prisons culturelles : à penser et voir autrement. » (Techer, 2004, p.95-96,100)

Maladie à déclaration obligatoire MADO : « sont des maladies transmissibles (contagieuses) d'origine virale ou bactérienne qui doivent légalement faire l'objet d'une déclaration de la part des médecins ou des laboratoires aux directions de santé publique de la région où réside la personne au moment du diagnostic de la maladie » (Deuxième rapport sur l'état de santé de la population du Québec, p. 290).

Maladie infectieuse émergente : « utilisée pour la première fois de façon générale au début des années 90, décrit les infections nouvellement identifiées qui peuvent avoir des

répercussions pour la santé publique au niveau local ou international » (Buriot, Rodier IN Curé, 2004, p.47)

Maladie infectieuse réurgente : « utilisée dans le cas d'agents pathogènes infectieux connus, mais dont la présence était tombée à des niveaux si faibles qu'ils n'étaient pas considérés en tant que problèmes de santé publique, et qui à l'heure actuelle accusent des tendances à la hausse en termes d'incidence et de prévalence au niveau mondial » (Buriot, Rodier IN Curé, 2004, p.47)

Métaphysique : « branche de la philosophie qui étudie les principes de la réalité au-delà de toute science particulière. Elle a aussi pour objet d'expliquer la nature ultime de l'être, du monde, de l'univers et de notre interaction avec cet univers ». (Source : Wikipédia)

Métazoaire: “terme regroupant tous les animaux pluricellulaire contrairement aux protozoaires qui sont unicellulaires” (source: http://www.futura-sciences.com/fr/definition/t/vie/d/metazoaire_402/)

Modes de transmission des agents pathogènes : Grimes (in Nies et McEwen, 2007) répertorie un mode de transmission direct ou indirect. Le mode direct concerne le transfert immédiat d'un agent infectieux d'un hôte infecté ou du réservoir à une porte d'entrée appropriée présente sur un hôte humain à travers un contact physique. Le mode indirect quant à lui est la dissémination de l'infection à travers de véhicules de transmission en dehors de l'hôte. Ces véhicules peuvent être des vecteurs vivants ou des matières inertes.

Niveau de biosécurité : A Biosafety Level is the level of the biocontainment precautions required to isolate dangerous [biological agents](#) in an enclosed facility. The levels of containment range from the lowest biosafety level 1 to the highest at level 4. In the United States, the [Centers for Disease Control and Prevention](#) (CDC) have specified these levels.^[1] In the [European Union](#), the same biosafety levels are defined in a [directive](#). (Wikipédia : http://en.wikipedia.org/wiki/Biosafety_level)

Niveau d'alerte de sécurité : Provient du US Department of Homeland Security. [http://www.dhs.gov/xinfo/share/programs/Copy_of_press_release_0046.shtm]



Norme chez Foucault: « la norme tente d’atteindre l’intériorité des conduites individuelles afin de leur imposer une courbe déterminée. Elle ne saisit pas l’individu à l’occasion d’actes précis et ponctuels, mais tâche d’investir la totalité de l’existence. La norme est diffuse, sournoise, indirecte : elle finit par s’imposer au détour de mille et mille réprimandes mesquines. La micropénalité des systèmes disciplinaires constitue donc l’instance d’inscription dans le corps des conduites normalisées. Mais elle est relayée par un dispositif de savoir qui diffuse et instille ces normes, ou plutôt qui énonce comme vérités de nature des conduites prescrites par le pouvoir disciplinaire. » (Gros, 1996, p.68). « La norme a donc ici une fonction positive de régulation et d’intégration. (...) Contrairement à la loi qui émane de la verticalité d’une volonté souveraine, le champ normatif se caractérise par son horizontalité. La notion de norme, doit en effet, être reliée à celle de discipline (...) la norme ne s’adresse pas uniquement à une catégorie d’individus considérés comme déviants, mais à chacun, afin de lui indiquer quel doit être son comportement (...) La norme est intégrée, intériorisée et constitue donc un principe d’individualisation grâce auquel chacun accède à lui-même, en se référant à la règle disciplinaire. Le sujet est précisément celui qui est assujetti à un réseau normatif qui l’intègre à l’espace social et ne se contente pas à légiférer sur ses comportements extérieurs (ce à quoi la loi suffit) mais le détermine également de l’intérieur dans sa fonction » (Devillaine, 2004, p.123-124)

Normalise: «La pénalité perpétuelle qui traverse tous les points, et contrôle tous les instants des institutions disciplinaires compare, différencie, hiérarchise, homogénéise, exclut. En un mot, elle normalise » (Foucault, 1975, p.215).

Objectivation chez Foucault : «j'ai étudié l'objectivation du sujet dans ce que j'appellerai les pratiques divisantes. Le sujet est soit divisé à l'intérieur de lui-même, soit divisé des autres. Ce processus fait de lui un objet. Le partage entre le fou et l'homme sain d'esprit, le malade et l'individu en bonne santé, le criminel et le gentil garçon illustre cette tendance. » (Foucault, 2004, p.1042). L'objectivation survient par exemple dans l'usage du panoptique où la surveillance visible et invérifiable (Foucault, 1975).

Ordre chez Foucault : « Foucault définit l'ordre comme étant « à la fois ce qui se donne dans les choses comme leur loi intérieure, le réseau secret selon lequel elles se regardent en quelque sorte les unes les autres et ce qui n'existe qu'à travers la grille d'un regard, d'une attention, d'un langage ». » (Devilleine, 2004, p.127)

Pandémie : « épidémie qui s'étend sur un ou plusieurs continents » (Le Petit Larousse Illustré, 2008). « Épidémie qui s'étend à la quasi-totalité d'une population (...) Comp. De l'élém. Formant pan-* et du gr. Δημος «peuple» sur le modèle d'épidémie*, cf. gr. Πανδημία «le peuple tout entier». » (Centre national des ressources textuelles et lexicales : <http://www.cnrtl.fr/definition/pandemie>).

Paradigme : « Selon Kuhn, le paradigme fonctionne comme une matrice disciplinaire et contient les concepts et règles appropriées au travail intellectuel des membres de la discipline. » (Rodgers, 2005, trad. Lib. P.11). « les paradigmes guident les scientifiques en déterminant comment procéder avec leurs activités scientifiques » (Rodgers, 2005, trad. lib. P.100). « Les paradigmes sont incommensurables, dès lors les scientifiques ne peuvent pas directement comparer un paradigme à un autre, car chaque paradigme implique sa propre réalité ou sa propre vision du monde » (Rodgers, 2005, trad. lib. P.102). Une vision du monde ou paradigmatique couvre quatre termes selon Guba et Lincoln (2005) : l'éthique (axiologie), l'épistémologie, l'ontologie, et la méthodologie. L'éthique demande « Comment puis-je être une personne morale dans le monde? ». L'Épistémologie demande « Comment est-ce que je connais le monde? » (...). L'ontologie amène des questions de

base sur la nature de la réalité et la nature de l'être humain qui est au monde. La méthodologie se focalise sur les meilleurs moyens pour acquérir la connaissance du monde » (trad. lib., p.183).

Parrhèsia ou Parrêsia et Foucault : « La démocratie athénienne trouve son fondement dans deux principes : l'*isègoria* et la *parrhèsia*. L'*isègoria*, c'est la liberté de parole (...). La *parrhèsia* renvoie quant à elle à un autre usage de la parole, tout aussi fondamental en démocratie : prise de parole courageuse par un homme remarquable, qui tient au peuple un discours vrai et sans complaisance ». (Gros, 1996, p.118). La parrhèsia a également une dimension éthique en plus de politique : « il s'agit d'une véridiction qui se donne comme objectif le souci de soi et des autres ». (Gros, 1996, p.121). La parrêsia est abordée par Foucault (2008) dans son cours sur le gouvernement de soi et des autres comme culture de soi, de création d'espace de liberté.

Politique et Foucault : « “ S'il est vrai, selon Foucault, que l'ensemble des rapports de force dans une société donnée constitue le domaine de la politique, et qu'une politique, c'est une stratégie plus ou moins globale qui essaie de coordonner et de finaliser ces rapports de force...“ alors, à proprement parler, on peut dire qu'il n'y a pas de “politique“ chez Foucault. Ce qu'il désigne sous ce terme, c'est plutôt des relations de pouvoir. » (Guenoun, 2004, p.138)

Post-structuralisme : « Les post-structuralistes comme Gilles Deleuze, Jacques Derrida, et Michel Foucault, ont accepté l'idéologie des réalités socialement construites mais différent de l'approche structuraliste parce qu'ils rejettent toute apparence de la science. (...) le post-structuralisme remet en cause les idées dominantes d'unité, d'entièreté, d'uniformité, de vérité et de fondamentalisme » (Rodgers, 2005, trad.lib. p.135 et 136). « Le post-structuralisme est un courant philosophique. Il s'inscrit comme une réaction au structuralisme, initié par Jacques Derrida dans les années soixante. S'élevant contre le formalisme intellectuel et dogmatique, il décentre la pensée, le sujet et instaure une théorie de la déconstruction dans l'analyse de textes littéraires, livrant ce dernier à une pluralité de sens » (Source : Wikipédia, 2009).

Pouvoir foucauldien : Le pouvoir est une multiplicité de relations de force, un nom attribué à une situation stratégique complexe dans une société particulière. Il touche à la loi, mais

aussi à la discipline et à la normalisation. Le pouvoir peut être relationnel, car ce sont des individus qui agissent sur d'autres individus, donc le pouvoir vient de partout. Le pouvoir n'est pas nécessairement négatif, il peut mener à la construction du soi subjectif, produire ou générer peu de conflits ou de frustrations. (Tiré de Holmes & Gastaldo citant Michel Foucault). Le pouvoir est un rapport de forces. « Il est moins une propriété qu'une stratégie, et ses effets ne sont pas attribuables à une appropriation »(Deleuze, 1986, p.32).

Prophylaxie : « ensemble de moyens médicaux mis en œuvre pour empêcher l'apparition, l'aggravation ou l'extension des maladies » (Larousse Illustré, 2008).

Punition: "En somme, l'art de punir, dans le régime du pouvoir disciplinaire, ne vis ni l'expiation, ni même exactement la répression. Il met en œuvre cinq opérations bien distinctes : référer les actes, les performances, les conduites singulières à un ensemble qui est à la fois champ de comparaison, espace de différenciation et principe d'une règle à suivre. Différencier les individus les uns par rapport aux autres et en fonction de cette règle d'ensemble- qu'on la fasse fonctionner comme seuil minimal, comme moyenne à respecter ou comme optimum dont il faut se rapprocher. Mesurer en termes quantitatifs et hiérarchiser en termes de valeurs, les capacités, le niveau, la « nature » des individus. Faire jouer, à travers cette mesure « valorisante », la contrainte d'une conformité à réaliser. Enfin tracer la limite qui définira la différence par rapport à toutes les différences, la frontière extérieure de la normale (la « classe honteuse » de l'école militaire). (Foucault, 1975, p.215).

Quadrillage foucauldien : « La notion de quadrillage, chez Michel Foucault, se rapporte directement au concept pouvoir dans les formes qu'il lui a assigné. Par Michel Foucault, le pouvoir est d'abord une pratique se constituant par un réseau de relations, caractérisé par une organisation singulière. Le quadrillage est la modalité du pouvoir ou, autrement, appartient à ces formes d'expression. (...) Le mot quadrillage contient en lui deux notions : celle d'encerclement, ou d'enfermement, et celle de gestion, de guidance de l'objet. Par le quadrillage, l'objet du pouvoir est contrôlé et agencé. Le quadrillage appartient donc à un programme, il n'est ni

spontané, ni improvisé. Ce programme du quadrillage se développe par un savoir, ou par une sélection du savoir, que détient le pouvoir. » (Leclercq, 2004, p.152)

Qualité totale ou Total Quality Management : concept en gestion qui considère la qualité des processus au sein d'organisation. La qualité est vue de manière globale du début à la fin, de l'entrée du patient dans l'établissement de santé jusqu'à sa sortie et à son retour dans la communauté. Le TQM comporte de nombreux modèles comme les normes ISO, les modèles de gestion plus larges. (inspiré de Froman, Gey, Bonnifet, 2007; Van Nuland, Broux, Crets, De Cleyn, Legrand, Majoor, Vlemincks, 2002).

Réflexivité : « est entrée dans le lexique qualitatif comme une manière de souligner la conscience personnelle, politique et culturelle, et le fait d'avoir une perspective (...) Être réflexif implique un questionnement de soi et une compréhension de soi (Schwandt, 1997). Être réflexif est donc de développer une évaluation continue de qu'est ce que je sais et comment je le sais, d'avoir une conversation ininterrompue à propos de l'expérience simultanée du moment présent (Hertz, 1997). La réflexivité rappelle le chercheur qualitatif d'être attentif à la conscience des origines d'une perspective du culturel, politique, social, linguistique et idéologique et des voix des interviewés et de ceux qui les rapportent (...). Écrire à la première personne, la voix active communique une conscience du chercheur de son rôle dans la recherche » (Patton, 2002, trad.lib. p.64-65).

Réseaux chez Foucault : « Il désigne principalement l'ensemble des rapports qui unissent des réalités dispersées dans un espace en l'absence de tout centre comme de tout foyer de convergence ; quelque chose comme une toile d'araignée sans araignée » (Couchot, 2004, p.163)

Réservoir : « l'environnement dans lequel un pathogène vit et se multiplie est un réservoir. Les réservoirs peuvent être humains, animaux, arthropodes, plantes, terre, ou n'importe quelle autre substance organique » (Grimes In Nies et McEwen, 2007, trad.lib. p.499).

Risque : Combinaison de la probabilité et de la conséquence de la survenue d'un événement dangereux spécifié (Norme de santé et sécurité au travail OHSAS 18001)

[<http://www.agrojob.com/dictionnaire/definition-Risque-2609.htm>],

[<http://www.tpsgc.gc.ca/cgsb/prgsrv/regprg/ohsas/index-f.html>]

Risque attribuable : « le risque attribuable permet de mesurer la différence entre le risque d'être atteint de la maladie ou de décéder chez les personnes exposées et chez les personnes non exposées » (Simpson, Beaucage, Bonnier, 2009, p.71)

Risque biologique : « L'expression risque biologique nous renvoie à deux notions. La première, celle du risque (de l'italien *risco* ; du latin médiéval *risicum* ; du grec byzantin *rizikon*, solde gagnée par un soldat de fortune), est la probabilité de subir les conséquences néfastes d'environnements ou de situations variées. Le risque s'oppose à la chance, qui est la probabilité de bénéficier des conséquences fastes d'événements, de choix, de situations. (...) La seconde est celle de la biologie (du grec bios, vie, et logos, discours), qui s'intéresse à tous les phénomènes manifestés par les êtres vivants. Elle a pour objet les êtres organisés. Ainsi, le risque biologique concernera-t-il les effets adverses, directs ou indirects, que ces derniers puissent occasionner, par leur action, les composants de leur structure ou les substances qu'ils contiennent ou sécrètent (toxines, venins), toutes matières dites organiques, puisque liées aux êtres organisés. » (Merlin, IN Curé, 2004, p. 3).

Risque infectieux : « Risques liés à la pénétration et au développement dans l'organisme humain de microorganismes pathogènes, tels que les bactéries, les champignons, les virus, etc. » (source : Dictionnaire français IIDRIS)

« facteurs de risque relié aux aspects opérationnels des chambres qui incluent les risques associés au patient, l'environnement opératoire, les systèmes de ventilation, le nettoyage, la stérilisation, et le personnel » (source : dictionnaire canadien Tremium)

Risque relatif : « le risque relatif permet de calculer le rapport entre le risque d'être atteint de la maladie ou de décéder observé chez des personnes exposées et le risque chez des personnes non exposées au facteur étudié » (Simpson, Beaucage, Bonnier, 2009, p.72).

Risque relatif à la population : « il s'agit d'une extension de la notion de risque relatif ; au lieu de comparer le risque dans deux groupes, les exposés et les non-exposés, elle compare le risque dans un groupe particulier au risque connu dans la population à laquelle appartient ce groupe. » (Simpson, Beaucage, Bonnier, 2009, p.76).

Rituel : « Conforme au rite ; réglé par un rite. Qui est comme réglé par une coutume immuable. Mise en œuvre des rites d'une religion (gestes, symboles, prières). Dans l'église

latine, recueil liturgique des rites accomplis par le prêtre, notamment lors de la célébration des sacrements. Sociologie : ensemble de comportements codifiés, fondés sur la croyance en l'efficacité constamment accrue de leurs effets, grâce à leur répétition. Ensemble de règles et des habitudes fixées par la tradition. Psychiatrie : trouble obsessionnel caractérisé par un geste répété, stéréotypé et compulsif. » (Le Petit Larousse Illustré, 2011, p.894).

Savoir chez Foucault : « Ainsi, depuis Foucault, le savoir n'est plus indemne du pouvoir. Toujours tramé, toujours intriqué au pouvoir, le savoir se double irrémédiablement d'une ombre : il est devenu ce binôme pouvoir-savoir, (...) Il conserve néanmoins des doubles irréductibles, d'un côté la connaissance (que Foucault a bien distingué du savoir), et de l'autre, la vérité (...) on pourrait identifier quatre cristallisations "savoir-pouvoir, ou quatre paradigmes : ceux de l'asile, de la prison, de l'hôpital, de la vie. Et les quatre formes de pouvoir qui les habitent : ceux du souverain, de la surveillance, des disciplines, de la médicalisation. (...) Dans ce rapport à soi, dans les processus de subjectivation, on sort de l'analyse du pouvoir, du dispositif de la sexualité comme champ de la connaissance, comme institutions, discours, pratiques, pour en faire une question d'éthique. » (Guenoun, 2004, p.174-176)

Structuralisme : « tradition théorique développée dans ses formes originelles par le linguiste suisse Ferdinand de Saussure (1959) et promu par l'anthropologue Claude Lévi-Strauss (1963). Le structuralisme de Lévi-Strauss plaçait une emphase de base sur les structures qui influencent les comportements des humains et des groupes (...) l'approche structuraliste reconnaît le rôle de la culture et d'autres éléments humains dans sa construction de réalités (...). Néanmoins, son but est de maintenir la rigueur et l'objectivité appropriée à une étude scientifique de l'humanité » (Rodgers, 2005, trad. lib. P.135).

Souveraineté foucauldienne : « il a dévoilé que le privilège ancien du roi, du pouvoir souverain d'exercer le droit de vie et de mort sur ses sujets n'était, en fin de compte, qu'un "vieux droit de tuer", sans commune mesure avec le nouveau pouvoir moderne, qui lui, rêve toujours de "génocide", et qui, en attendant, s'exerce, au niveau de la vie, de l'espèce et de la race. » (Guenoun, 2004, p.179)

Structuralisme chez Foucault : « Si l'on s'intéresse à la position de Michel Foucault quant à la question de son structuralisme, on s'aperçoit qu'en l'espace de quelques années,

il retourne son positionnement théorique, passant d'un structuralisme que certains commentateurs disent « imparfait », à un net refus de son affiliation à ce mouvement, au profit sans doute de sa nouvelle Archéologie. » (Bert, 2004, p.206)

Subjectivation chez Foucault : Le pouvoir est constitutif de vérité. Dès lors, la subjectivation permet de franchir la ligne, permettant de construire une vérité qui découlerait des lignes transversales de résistances que constituent les plis de la pensée tel que l'illustre Deleuze (1986). Cette subjectivation permet la création d'un nouvel espace plus libre.

Surveillance : « réfère à une forme d'observation qui ne dépend pas directement d'une proximité physique de l'observateur et de l'observé. Des formes subtiles de surveillance peuvent caractériser la société moderne, influencé par la tendance individuelle d'agir dans le sens qu'ils pensent qu'ils devraient le faire » (Source : Barry and Yuill, 2008, p.41, trad. libre).

Surveillance panoptique : la surveillance touche à l'axe bio-politique qui rejoint les notions de tests et de statistiques (Perron, Fluet, Holmes, 2005), mais aussi les mécanismes disciplinaires de l'axe anatomopolitique en matière de gouvernement des corps, de normalisation, de répartitions dans l'espace et de surveillance hiérarchique (Foucault, 1975). Foucault a illustré la capillarisation du pouvoir au niveau microscopique (micropouvoir) à l'aide d'une métaphore qu'est le panoptique. « *La thèse centrale de Foucault était de démontrer que les sociétés modernes contrôlent et disciplinent les individus dans ces sociétés en permettant à un groupe d'experts dominant, détenant des savoirs, de définir les standards et les normes* » (Cheek, et Rudge, 1994, trad. libre., p.587). Au départ, le panoptique est une construction architecturale inventée par le philosophe et juriste anglais Jeremy Bentham (1787). Cette architecture circulaire permet l'assujettissement des individus qui sont enfermés dans des cellules séparées, soumis à un regard central du surveillant visible, mais dont la présence est invérifiable. L'individu est vu, mais il ne voit pas, du moins, il sait qu'on le surveille, mais il ne sait pas quand, dès lors, son comportement est censé en être modulé, réformé tel le détenu dont la déviance doit être corrigée par la norme. Bentham a proposé d'élargir son modèle initialement conçu

pour les prisons, aux écoles, aux hôpitaux et à l'assistance aux pauvres dans une perspective utilitariste qui permettait de limiter les contagions, d'améliorer la ventilation, de limiter les impuretés et d'améliorer la sécurité (Bentham, 1787; Brunon-Ernst, 2007). « *Selon le modèle panoptique, la surveillance suppose la coprésence des contrôleurs et des contrôlés dans un espace homogène que balaye le regard. Cette co-existence est encore plus évidente dans toutes les interventions correctives, punitives ou thérapeutiques, par lesquelles un agent intervient directement sur un patient pour le redresser, le corriger ou le soigner* » (Castel, 1981, p.145-146). La docilité des sujets est assurée par des « *pratiques divisantes : le sujet est soit divisé à l'intérieur de lui-même, soit divisé des autres. Ce processus fait de lui un objet. Le partage entre (...) le malade et l'individu en bonne santé (...) illustre cette tendance* » (Foucault, 2001b, p.1042). La régulation des conduites instaure de nombreuses formes d'assujettissement aux autres et à soi-même (Otero, 2006b). Cette division est aussi opérée par la surveillance panoptique du sujet gouverné, assujetti au surveillant. La docilité des corps s'obtient également par la répartition du corps dans l'espace où le sujet occupe un rang spécifique, quadrillé, enfermé. Celui-ci est soumis à l'examen et au contrôle régulier afin d'éviter tout écart, toute déviance à la norme produite par les experts.

Thème : « unité de signification qui se dégage naturellement d'un texte analysé selon certains critères relatifs à la théorie qui guide la lecture » (Bardin, 1998, p.136).

Théorie critique et Foucault : « En 1978, il affirme : « Je me suis intéressé à l'école de Francfort après avoir lu un livre très remarquable sur les mécanismes de punition qui avait été écrit aux États-Unis, par [Rusche et] Kirchheimer. (...) Nul doute que Foucault se sentait plus près des premiers représentants de la théorie critique que de Habermas dont le modèle d'une politique délibérative fondée sur la raison communicative apparaît à Foucault comme une adhésion complice aux stratégies de contrôle des régimes démocratiques à laquelle manque la subtilité d'analyse des mécanismes de micro-pouvoir. » (Beaulieu, 2004, p.57-58)

Terrorisme : « the use of force or violence against persons or property in violation of the criminal laws of the United States for purposes of intimidating, coercion, or ransom ». (FEMA, 2005).

Transférabilité

« Les résidents qui déménagent dans une autre province ou un autre territoire continuent d’être protégés par le régime de leur province ou territoire « d’origine » pendant la période d’attente minimale imposée par le régime de la nouvelle province ou du nouveau territoire de résidence. Le délai d’admissibilité à un régime d’assurance-santé provincial ou territorial ne doit pas excéder trois mois. Après ce délai, la nouvelle province ou le nouveau territoire de résidence assume la couverture des soins de santé. Les résidents qui sont temporairement absents de leur province, de leur territoire ou du Canada doivent continuer d’être couverts pour les services de santé assurés pendant leur absence. Ainsi, les personnes peuvent voyager ou s’absenter de leur province ou de leur territoire d’origine dans des limites prescrites, tout en étant assurées par leur régime d’assurance-santé. La transférabilité n’autorise pas une personne à obtenir des services dans une autre province, un autre territoire ou un autre pays. Elle a plutôt pour objet de permettre l’admissibilité d’une personne aux services nécessaires en cas de besoin urgent ou nouveau lorsque celle-ci est absente temporairement, par exemple pour des raisons d’affaires ou pour des vacances. Lorsque des personnes assurées sont temporairement absentes parce qu’elles sont dans une autre province ou un autre territoire, le critère de transférabilité requiert que les services assurés soient payés selon les tarifs de la province d’accueil. Si des personnes assurées sont temporairement absentes du pays, les services assurés doivent être payés selon les tarifs prévus dans la province d’origine. Pour que la protection s’étende à certains services électifs (non urgents), un résident d’une province ou d’un territoire qui est temporairement absent peut être tenu d’obtenir l’approbation préalable du régime d’assurance-santé de sa province ou de son territoire ». (art. 11 Loi canadienne sur la santé)

Vérité chez Foucault: « Dans cette conception du savoir, chaque configuration correspond à une expérience contingente et singulière et, par conséquent, à une structure du vrai spécifique et historique. Cette historicité des structures du vrai fait en sorte que ce qui est vrai à l’intérieur d’une configuration peut se révéler impossible ou dépourvu de sens dans une autre. (...) La vérité apparaît donc d’une part, comme l’effet d’un partage historique et contingent qui sépare le vrai du faux et d’autre part, comme l’effet d’un rapport de force

qui canalise les discours et les divise entre ceux qui sont « dans » le vrai et les autres. (...) La vérité apparaît donc aussi comme l'enjeu d'une dynamique ouverte entre pouvoir et formes de résistance. (...) Il s'intéresse à l'histoire de l'aveu (intérêt qui naît apparemment dans le projet de *L'histoire de la sexualité*) en tant que production d'un discours de vérité traversé par des rapports de pouvoirs. Ce discours, qui induit les individus à énoncer une vérité sur eux-mêmes, produirait un savoir de soi et une identité qui n'échapperait en rien aux rapports de pouvoir.» (Cremonesi, 2004, p.190-192)

Vigie sanitaire : «un constat épidémiologique est possible grâce à la vigie sanitaire, un processus de vigilance continu dont l'objectif est de découvrir et de freiner rapidement les menaces à la santé publique. Elle permet de déceler, par l'accès à des données nominales, les éclosions ou les épidémies et d'établir les facteurs de risque par le biais du système des maladies à déclaration obligatoires ». (Bédard, Latreille, 2009, p.23).

Virulence : « capacité d'un agent infectieux à produire une maladie sérieuse à son hôte » (Grimes IN Nies et McEwen, 2007, trad. lib. p.499).

Références

- Adam, E. (1991). *Être infirmière : 3^{ème} éd.* Montréal : Études Vivantes.
- Administration Fédérale des Finances Suisse. (2007). Guide concernant le système de contrôle interne des processus avec incidence financière dans l'administration fédérale, Suisse.
- Association Française de Normalisation. (2007). *OHSAS 18001 :2007- Systèmes de management de la santé et de la sécurité au travail- exigences.* AFNOR.
- Agamben, G. (2003). *État d'exception : Homo sacer.* Paris : Seuil.
- Agence de Santé Publique du Canada. (2008). *Écllosion de la bactérie listéria.* Gouvernement du Canada. Repéré à http://www.phac-aspc.gc.ca/alert-alerte/listeria_200808-fra.php.
- Agence de Santé Publique du Canada. (2008). *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé.* Gouvernement du Canada. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclcpi/ann-g-fra.php>.
- Agence de Santé Publique du Canada. (2007). *Cadre de surveillance stratégique 2007-2012.* Gouvernement du Canada.
- Agence canadienne d'inspection des aliments. (2008). *Enquête et rappels relatifs à la listériose- 2008.* Gouvernement du Canada. Repéré à <http://www.inspection.gc.ca/francais/fssa/concen/cause/listeriaf.shtml>.
- Agence de santé et de services sociaux de Montréal. (2004). *L'approche populationnelle : une nouvelle façon de voir et d'agir en santé.* Gouvernement du Québec.
- Agence de santé et de services sociaux de Montréal. (2007). *Plan montréalais de lutte à une pandémie d'influenza.* Montréal. Repéré à http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/isbn978-2-89510-355-4.pdf.
- Agence France Presse. (2009, 7 mai). Terroristes présumés : la liste du FBI n'est pas crédible. *La Presse*.
- Agoravox. (2009). *Théorie du complot : le H1N1 est un leurre.* Mai. Repéré à <http://www.agoravox.fr/culture-loisirs/parodie/article/theorie-du-complot-le-h1n1-est-un-55422>.

- Alaoui, S. (2007). Contribution à la modélisation et l'analyse du risque dans une organisation de santé au moyen d'une approche système. Thèse. École des Mines de Paris.
- Albert, S. (2006). *Laver, monder, blanchir : discours et usages de la toilette dans l'Occident médiéval*. Paris : PUPS.
- Althaus, C. (2005). A disciplinary perspective on the epistemological status of risk. *Risk Analysis*. 25(3), 567-588.
- American Academy of Pediatrics. (2003). *Red Book. Report of the Committee on Infectious Diseases*. Elk Goorve Village : AAP.
- Ancelle, T. (2006). *Statistique épidémiologie*. 2^{ème} éd. Paris : Maloine.
- Andersen, H., Casal, J., Dandrieux, A., Debray, B., De Dianous, V., & Dujim, N.J. (2004). ARAMIS- user guide. EC Contract number EVG1-GT-2001-00036.
- Andrews, G. J. (2009). Global climate change: a framework for nursing action. *Aporia* 1(1). 22-29.
- Antierens, A., Osten, P., & Peers, A. S. (2008). Optimalisatie van het medicatietraject. Patient Safety Weeks, FOD, België.
- APIC. (2005). *APIC text of Infection Control & Epidemiology*. Volume I, II, III. Second Ed. Washington: APIC.
- AQESSS. (2011). *Méthode Lean : approche Toyota*. Repéré à [http://aqesss2011.netedit.info/1842/Methode_Lean_\(Approche_Toyota\).aqesss](http://aqesss2011.netedit.info/1842/Methode_Lean_(Approche_Toyota).aqesss).
- Arborio, A.M., & Fournier, P. (2010). *L'enquête et ses méthodes : l'observation directe*. Paris : Armand Colin.
- Artus, J. C. (2005). Maladies infectieuses et environnement. Dans Visier, L. (eds). *Médecine, Maladie, Société : Les maladies infectieuses*. Paris : Sauramps Medical.
- Askenazy, P. (2004). *Les désordres du travail*. Paris : Seuil.
- Associated press. (2010). *L'OMS s'exprime sur la grippe sur Twitter*. Repéré à <http://technaute.cyberpresse.ca/nouvelles/internet/201006/10/01-4288758-loms-sexprime-sur-la-grippe-h1n1-sur->

twitter.php?utm_categorieinterne=trafficdrivers&utm_contenuinterne=cyberpresse_boitePourAccueilCbp_10209_accueil_POS2.

Association médicale canadienne. (2008). Les soins en période de crise : les obligations éthiques des médecins et de la société durant une pandémie. AMC.

Association paritaire pour la santé et sécurité du travail du secteur affaires sociales. (2008). Vaccination des travailleurs : vive la trousse! Québec. Repéré à <http://www.asstsas.qc.ca/publications/revues/objectif-prevention/objectif-prevention-vol-32-no-3-juin-2009/influenza/vaccination-des-travailleurs-vive-la-trousse.html>.

Aucoin, L., Delage, G., & Philipps Nootens, S. (2005). Rapport du comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales. Québec : Gouvernement du Québec.

Augé, M. (1988). *L'Autre proche*. Dans Segalen, M. (Éds). *L'Autre et le semblable. Regards sur l'ethnologie des sociétés contemporaines*. 19-34.

Ayliffe, (2000). *Control of hospital infection: a practical handbook*. 4th ed. Arnold.

Ballinger, C., & Cheek, J. (2006). Discourse analysis in action: the construction of risk in a community day hospital. Dans Finlay, L., & Ballinger, C. (Éds). *Qualitative Research for Allied Health Professionals: challenging choices*. West Sussex: Wiley.

Ballinger, C., & Payne, S. (2002). The construction of the risk of falling among and by older people. *Ageing and Society*. 22(3), 305-324.

Barry, A. M., & Yuill, C. (2008). *Understanding the Sociology of Health*. 2d ed. London: Sage.

Bartlett, J. (2009, Février). *Unless thou quickly change : environmental catastrophe in the poems of Michael Wigglesworth- A transhistorical Reading*. Communication présentée au Rhetorics of Plague: a Symposium.

Baudrillard, J. (1970). *La société de consommation*. Paris: Folio Essais.

Bearman, P. S., Moody, J., & Stovel, K. (2004). Chains of affection: The Structure of Adolescent Romantic and Sexual Networks. *American Journal of Sociology*. 110(1). 44-91.

- Beaulieu, C. (2009, 1 juin). Nos armes contre la grippe. *L'Actualité*.
- Beck, U. (2000). Risk Society Revisited : Theory, Politics and Research Programs. Dans Adam, B., Beck, U., & Van Loon, J. (Éds). *The Risk Society and Beyond. Critical Issues for Social Theory*. Thousand Oaks : Sage.
- Beck, U. (2008). *La société du risque : sur la voie de la modernité*. Paris : Champs Essais. Flammarion.
- Bédard, L., & Latreille, J. (2009). Les MADDO : Détecter, agir, prévenir. Rôle des infirmières en santé publique dans le domaine des maladies infectieuses. *Perspective Infirmière*. 6(2), 22-30.
- Bentham, J. (1787). *Panopticon; or the Inspection-House*. USA: Dodo Press.
- Berche, P. (2009, Mars). *L'histoire des guerres biologiques secrètes : mensonges et crimes d'état*. Communication présentée à l'Université de Montréal.
- Bersner, G., Perreault, E., Bellemare, D., Brunet, I., Dubé, L., & Magnan, L. (2005). *Guide clinique en soins infirmiers*. 2^{ème} éd. Montréal : CHUM.
- Biddick, K. (2009, Février). *The Plague of the Sovereigns and the Return of the Leviathan*. Communication présentée au Rhetorics of Plague: a Symposium.
- Bieder C. (2006). *Le facteur humain dans la gestion des risques*. Paris : Éditions Hermes/Lavoisier.
- Biesele, M., Gordon, R., & Lee, R. (1986). The past and Future of !Kung ethnography : Critical reflections and Symbolic Perspectives. Hambourg: Éd. Helmut Buske Verlag.
- Bingham, N., & Hinchliffe. S. (2008). Mapping the multiplicities of biosecurity. Dans Lakoff, A., & Collier, S.J. (Éds). *Biosecurity Interventions: Global Health & Security in question*. New York: Columbia University Press.
- Bird, F. (1969). *Practical Loss Control Leadership*. International Loss Control Institution.
- Blais, R., Champagne, F., Rousseau, L., Benoît, Y., Gendron, Y., Gourdeau, M., Lemay, A., Maillot, M., & Tremblay, C. (2007). Le projet TOCSIN : Tableau Organisationnel de Contrôle et Suivi des Infections Nosocomiales. *Institut canadien*

pour la sécurité des patients. Repéré à

<http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/research/cpsiResearchCompetitions/2005/Documents/Blais/Reports/Blais%20Rapport%20complet.pdf>.

Blount, H. L. (1999). The European Quest for Excellence. *European Foundation for Quality Management*. 8-9.

Bougie, M., & Cara, C. (2008). Temps supplémentaire obligatoire. *Perspective infirmière*.5(8), 32-40.

Bouquin, S., & Stewart, P. (2009). *Un retour critique sur les modèles productifs à l'ère néolibérale*. Repéré à http://gree.univ-nancy2.fr/digitalAssets/50939_BouquinStewartJIST2009-2.pdf.

Bourke, J. (2005). *Fear : a cultural history*. Emeryville: Shoemaker and Hoard.

Branswell, H. (2009, 4 décembre). La pandémie n'est pas terminée, selon l'OMS. *La Presse*. Montréal. A-17.

Brenne, J. P., & Bricaire, F. (2005). *Pandémie : la grande menace. Grippe aviaire 500 000 morts en France?* Paris : Fayard.

Breton, P. (2009, 7 mai). Grippe A (H1N1) : Des Canadiens réussissent le séquençage du virus. *La Presse*.

Breton, P. (2009, 30 septembre). Pandémie de la grippe A (H1N1): complot ou menace réelle? *La Presse*. Repéré à <http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/200909/29/01-906812-pandemie-de-la-grippe-a-h1n1-complot-ou-menace-reelle-.php>.

Breton, P. (2009, 28 octobre). Le vaccin se fait attendre. *La Presse*.

Brunon-Ernst, A. (2007). *Le panoptique des pauvres : Jeremy Bentham et la réforme de l'assistance en Angleterre*. Paris : Presses Sorbonne.

Campbell, A. (2006). *Report of the SARS Commission: recommendations*. Gouvernement du Canada. Volume 1. Repéré à <http://www.ontla.on.ca/library/repository/mon/16000/268478.pdf>.

Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF.

- Capitain, L. (1896). *Les maladies infectieuses : causes et traitement*. Paris : RUEFF et cie éd.
- Caron, H. (2005). *Abrégé de prévention des infections : pratiques de base et précautions additionnelles*. Montréal : FIIQ.
- Carper, B. A. (1978). Fundamental Patterns of knowing in Nursing. *Advances in Nursing Science*. 1(1), 13-23.
- Carroll, G. (2006). *Pratiques en santé communautaire*. Montréal : Chenelière Éducation.
- Cassagne, M. H. (2001). *Fièvre aphteuse : pouvait-on éviter un abattage en masse?* Presse française TF1. Repéré à <http://tf1.lci.fr/infos/sciences/2001/0,,772906,00-fievre-aphteuse-pouvait-eviter-abattage-masse-.html>.
- Cassidy, I. (2006). Student nurses's experiences of caring for infectious patients in source isolation. A hermeneutic phenomenological study. *Journal of clinical nursing*. 15, 1247-1256.
- Castel, R. (1981). *La gestion des risques : de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*. Paris : Éd. De Minuit.
- Castel, R. (1983). De la dangerosité du risque. *Actes de la recherche en sciences sociales*. 47-48, 119-127.
- CDC. (2011). Public Health Mission : regulatory mission. Repéré à <http://www.cdc.gov/ncezid/dgmg/>.
- Centre de patronal de santé et sécurité au travail. (2009). *La vaccination : la Cour supérieur rend jugement*. Repéré à <http://www.centrepatronalsst.qc.ca/infos-sst/echos-sst/la-vaccination-la-cour-superieure-rend-jugement.html>.
- Chastel, C. (2004). Émergence de virus nouveaux en Asie : les changements climatiques sont-ils en cause ? *Médecine et maladies infectieuses*. 34(11), 499-505.
- Cheadle, B. (2009, 18 Avril). Les dures leçons de la crise de la listériose. *La Presse*. Montréal.
- Cheek, J., & Rudge, T. (1994). The Panopticon re-visited? : an exploration of the social and political dimensions of contemporary health care and nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*. 31(6), 583-591.

- Cho, S.H., Ketefian, S., Barkauskas, V.H., & Smith, D.G. (2003). The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs. *Nursing Research*. 52(2), 71-79.
- Chomsky, N., & McChesney, R.W. (2004). *Propagande, médias et démocratie*. Montréal : Écosociété.
- Clair, P. (2003). *Expressions of ethnography : novel approaches to qualitative methods*. Albany : State University of New York Press.
- Clark, A. (2003). Nosocomial infections: an issue of patient safety, part 1. *Clinical nurse specialist*. 17(6), 284-285.
- Clark, A. (2004). Nosocomial infections: an issue of patient safety, part 2. *Clinical nurse specialist*. 18(2). 62-64.
- Clifford, J., & Marcus, G.E. (1986). *Writing culture: The Poetics and Politics of Ethnography*. Berkeley: University of California Press.
- Colgrove, J. (2004). Between persuasion and compulsion: smallpox control in Brooklyn and New York, 1894-1902. *Bulletin of the history of medicine*. 78(2), 349-378.
- Cohen, Y., Pepin, J., Lamontagne, E., & Duquette, A. (2002). *Les sciences infirmières : genèse d'une discipline*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Colin, M. (2002). *Maladies infectieuses et vaccination*. Paris : Éd. du Point Vétérinaire..
- Colin, C., & Rocheleau, L. (2004). Les infirmières de santé publique au Québec : une contribution essentielle et... méconnue. *Santé publique*. 16(2), 263-272.
- Colla, J.B., Bracken, A.C., Kinney, L.M., & Weeks, W.B. (2005). Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Quality Safety Health Care*. 14, 364-366.
- Collier, S.J., & Lakoff, A. (2008). The Problem of Securing Health. Dans Lakoff, A., & Collier, S.J. (Éds). *Biosecurity Interventions: Global Health & Security in question*. New York: Columbia University Press.
- Collière, M.F. (2001). *Soigner... Le premier art de la vie*. Paris : Masson.
- Collière, M.F. (1982). *Promouvoir la vie : de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris : Masson.

- Comité sur les infections nosocomiales du Québec. (2008). *Surveillance des diarrhées associées au Clostridium Difficile au Québec : bilan du 9 décembre 2007 au 31 mars 2008*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Comité sur les infections nosocomiales du Québec. (2007). *Surveillance provinciale des nouveaux cas d'entérocoque résistants à la vancomycine (ERV) : septembre 2006 à août 2007*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Comité sur les infections nosocomiales du Québec. (2006). *Mesures de prévention et contrôle de l'influenza pandémique pour les établissements de soins et les sites de soins non traditionnels*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Conseil de l'Europe. (2006). *Recommandations du Comité des Ministres aux États membres sur la gestion de la sécurité des patients et de la prévention des événements indésirables dans les soins de santé*. Europe : Comité des Ministres du Conseil de l'Europe.
- Cooper, M.D. (2000). Towards a model of safety culture. *Safety Science*. 36(2), 111-136.
- Corley, M.C., & Goren, S. (1998). The dark side of Nursing: Impact of stigmatizing responses on patients. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*. 12(2), 99-117.
- Coulombe, R. (2007). *Planning nursing workforce*. Agence de santé et des services sociaux de Montréal. Communication présentée à la Conférence sur le Nursing workforce de l'Université McGill.
- Cremonesi, L. (2004). La vérité. Dans Leclercq, S. (Éds), *Abécédaire de Michel Foucault*. Mons : Sils Maria.
- Cresswell, J.W. (2003). *Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches. Second edition*. Londres : Sage.
- Cresswell, J.W., & Plano Clark, V.L. (2007). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Londres: Sage.
- Crèvecoeur, J.J. (2009). *Pourquoi je refuse catégoriquement ce vaccin contre la grippe H1N1*. Repéré à <http://www.jean-jacques->

crevecoeur.com/index.php?option=com_content&view=article&id=105:courriel-6&catid=65&Itemid=98.

- Criddle, P., & Potter, J. (2006). Exploring patients' views on colonisation with meticillin-resistant staphylococcus aureus. *British Journal of Infection Control*. 7(2), 24-28.
- Croix-Rouge de Belgique. (2011). *Formations pour nos volontaires*. Repéré à <http://www.croix-rouge.be/page.aspx?PageID=657>.
- Croteau, M. (2009, 4 mai). Troisième cas bénin au Québec. *La Presse*. Montréal.
- Cuche, D. (2010). *La notion de culture dans les sciences sociales*. Paris : La Découverte.
- Curé, M. (2004). *Le risque biologique*. Paris : Masson.
- David, C.P., & Gagnon, B. (2007). *Repenser le terrorisme : concept, acteurs et réponses*. Québec : PUL.
- Davies, S.E. (2010). *Global Politics of Health*. Malden : Polity.
- De Jouvenel, B. (2006) *Du pouvoir*. Paris : Gallimard.
- Deleuze, G. (1986). *Foucault*. Paris : Éd. De Minuit.
- Deleuze, G. (1990). *Postscripts on the societies of control*. Dans Deleuze (2003). *Pourparlers 1970-1990*. Paris : Éd. De Minuit.
- Delvosalle, C., Fiévez, C., & Pipart, A. (2006). ARAMIS Project : reference accident scenarios definition in SEVESO Establishment. *Journal of Risk Research*. 9(5), 583-600.
- Denzin, N.K. (2003). *Performance ethnography: Critical pedagogy and the politics of culture*. Thousand Oaks: Sage.
- Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S. (2003). *The landscape of qualitative research: theories and issues*. Thousand Oaks: Sage.
- Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S. (2011). *The SAGE Handbook of Qualitative research: 4th edition*. Thousand Oaks: Sage.
- Douglas, M., & Wildavski, A. (1983). *Risk and culture: an essay on the selection of technological and environmental dangers*. Californie: University of California Press.

- Douglas, M. (2001). *De la souillure : essai sur les notions de pollution et de tabou*. Paris : Éd. La Découverte.
- Driedger, S.M., Jardine, C.G., Boyd, A.D., & Mistry, B. (2009). Do the first 10 days equal a year? Comparing two Canadian public health risk using the national media. *Health, risk and society*. 11(1), 39-53.
- Dreyfus, H.L., & Rabinow, P. (1983). *Michel Foucault: beyond structuralism and hermeneutics*. Chicago: University Press of Chicago.
- Duclos, D. (2009, Septembre). Psychose de la grippe: miroir des sociétés. Le Monde Diplomatique. Repéré à <http://www.monde-diplomatique.fr/2009/09/DUCLOS/18096>.
- Duffy, J.R. (2002). Nosocomial infections: important acute care nursing-sensitive outcomes indicators. *AACN Clinical Issues*. 13(3), 358-366.
- ECCAIRS. (2011). Repéré à <http://eccairs-www.jrc.it/Start.asp>.
- Écologie Blog. (2009, mai). *La grippe porcine, sous-produit d'élevage industriel*. Repéré à <http://www.ecologie-blog.fr/agriculture/la-grippe-porcine-sous-produit-delevage-industriel.html>.
- Eliade, M. (1965). *Le sacré et le profane*. Paris : Folio essais.
- European Norm. (2003) *EN 60300-1:Gestion de la sûreté de fonctionnement-partie1*. Norme Européenne.
- European Norm. (2004). *EN 60300-2 : Gestion de la sûreté de fonctionnement-partie2 : lignes directrices*. Norme Européenne.
- European Norm. (2004). *EN 60300-3-1 : Gestion de la sûreté de fonctionnement- partie 3-1 : guide d'application-techniques d'analyse de la sûreté de fonctionnement*. Norme Européenne.
- Estryn-Béhar, M. (1991). *Guide des risques professionnels du personnel des services de soins : Partie II, Les risques infectieux*. (pp.133-196). Paris : Éd.Lamarre.
- European Agency for Safety and Health at Work. (2007). *Expert forecast on Emerging Biological risks related to Occupational safety and health*. Luxembourg.

- Ewald, F. (1986). *L'État providence*. Paris: Grasset.
- Fairclough, N. (2001). *Language and Power : 2d ed.* Essex: Longman Pearson Education.
- Fairclough, N. (2003). *Analysing discourse : Textual analysis for social research*. New-York, NY: Routledge.
- Fauvel, M., & Couillard, M. (2006). *Préparation à une pandémie de grippe*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, Gouvernement du Québec.
- Fassin, D. (1996). *L'espace politique de la santé*. Paris : PUF.
- Fassin, D. (2006). La biopolitique n'est pas une politique de la vie. *Sociologie et sociétés*. 38(2), 35-48.
- Fassin, D., & Memmi, D. (2004). *Le gouvernement des corps*. Paris : Ed. EHSS.
- Fassin, D., & Bourdelais, P. (2005). *Les constructions de l'intolérable: études d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral*. Paris : Éd. La Découverte.
- Fassin, D., & Pandolfi, M. (2010). *Contemporary States of Emergency*. New-York, NY : Zone Books.
- Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of Nursing : present status and future refinements. *Image : The Journal of Nursing Scholarship*. 16(3), 84-89.
- Fidler, D.P. (2007). A Pathology of Public Health Securitism : Approaching Pandemics as Security Threats. Dans Cooper, F.A., Kirton, J.J., & Schrecker, T. (Éds). *Governing Global Health*. Ashgate.
- Firer-Blaess, M. (2007). Wikipédia, modèle pour une société hyperpanoptique. *Homo numericus*. Repéré à <http://www.homo-numericus.net/article275.html>.
- Fleury, M.J., Tremblay, M., Nguyen, H., & Bordeleau, L. (2007). *Le système sociosanitaire au Québec*. Montréal : Gaetan-Morin.
- Foucault, M. (1969). *L'archéologie du savoir*. Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (1966). *Les mots et les choses*. Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (1971). *L'ordre du discours*. Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Gallimard.

- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*. Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*. Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (2001a). *Dits et écrits. T.I*. Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (2001b). *Dits et écrits. T.II*. Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (2004). *Sécurité, territoire, population*. Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (2008). *Le gouvernement de soi et des autres*. Paris : Gallimard.
- Fourcade. (2001). La qualité des soins à l'hôpital. *Actualité et Dossier en Santé Publique*.
35
- Fraser, N. (1985). Michel Foucault : a young conservative? *Ethics*. 96(1), 165-184.
- Freney, J., & Hansen, W. (2002). *Des bactéries et des hommes: Histoire des grandes maladies infectieuses et de leur diagnostic*. Toulouse : Éd.Privat.
- Friedman, G.D. (2004). *Primer of epidemiology. Fifth ed*. New-York, NY: McGraw-Hill.
- Froman, B., Gey, J.M., & Bonnifet, F. (2007). *Qualité, Sécurité, Environnement : construire un système de management intégré*. Paris : Afnor.
- Gagnon, M.L., & Holmes, D. (2008). Governing Masses : routine HIV testing as Counteroffensive in the War Against HIV-AIDS. *Policy, Politics and Nursing Practice*.
- Galmiche, J.M. (1999). *Hygiène et médecine, histoire et actualité des maladies nosocomiales*. Paris : Louis Pariente. Dans Le Vacon, G. (2006). *Histoire de l'Hygiène*. Paris : CHU Rouen.
- Gammon, J. (1999). The psychological consequences of source isolation: a review of literature. *Journal of clinical Nursing*. 8, 13-21.
- Gastaldo, D., & Holmes, D. (1999). Foucault and nursing: a history of the present. *Nursing Inquiry*. 6, 231-240.
- Gervais, L.M. (2009, août). *A(H1N1) : des antivaccinations crient au complot sur Internet*. Le Devoir. Repéré à <http://www.ledevoir.com/societe/sante/261824/a-h1n1-des-antivaccination-orient-au-complot-sur-internet>.

- Ginsburg, L., Gilin, D., Tregunno, D., Norton, P.G., Flemons, W., & Fleming, M. (2009). Advancing Measurement of Patient Safety Culture. *Health Services Research*. 44(1), 205-224.
- Gilman, E. (2009). The subject of the plague. Communication présentée au *Rhetoric of plague : a symposium* à l'Université d'Albany.
- Godlee, F. (2010). Conflict of interest and pandemic flu. *BMJ*. (340), C.2974. Repéré à <http://www.bmj.com/content/340/bmj.c2947.full>.
- Goffman, E. (1975). *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*. Paris : Éditions de Minuit.
- Good, B. (1994). *Medecine, Rationality, and Experience : An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gouvernement du Canada. (2009). *Votre guide de préparation aux urgences. 72 heures. Votre famille est-elle prête?* Ottawa. Repéré à <http://www.getprepared.gc.ca/fl/pub/ep-gd-prprtn-fra.pdf>.
- Gouvernement du Canada. (2011). *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé*. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclcpi/index-fra.php>.
- Gouvernement du Québec. (2008a). *Plan gouvernemental en cas de pandémie d'influenza*. Québec. Repéré à <http://www.msp.gouv.qc.ca/secivile/secivile.asp?txtSection=publications&txtCategorie=pandemie>.
- Gouvernement du Québec. (2008b). *Plan de communication du gouvernement du Québec en cas de pandémie d'influenza*. Québec. Repéré à http://www.pandemiequebec.ca/pdf/PCGPI_V3_janv_2008.pdf.
- Gouvernement du Québec. (2009). *Aide à la décision pour protéger votre santé et la santé des autres si vous des symptômes de la grippe*. Québec. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-220-09F.pdf>.
- Gouvernement du Québec. (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Direction des communications du Ministère de la Santé et des services sociaux du

- Québec: Québec. Repéré à
http://www.rrsss12.gouv.qc.ca/documents/programme_nationale_sante_pub.pdf.
- Grain. (2009, juillet). Grippe porcine- mise à jour. Repéré à
<http://www.grain.org/article/entries/767-grippe-porcine-mise-a-jour>.
- Gregory, B.D. (2011). Managing OR time for profit. In Scheeres, J. (Éds). Introduction to health systems engineering. Institute of Industrial Engineers. Pre-conference workshop. Industrial Engineering Research Conference. Reno, Nevada, USA.
- Grist. (2009, avril). *Swine-flu outbreak could be linked to smithfield factory farms*. Repéré à
<http://www.grist.org/article/2009-04-25-swine-flu-smithfield>.
- Gros, F. (1996). Michel Foucault. Paris : PUF.
- Guénette, A.A. (2008). VPH : Un automne piquant. *Gazette des femmes*. Nov.-déc., 14-16.
- Guenoun, S. (2004). Le pouvoir. Dans Leclercq, S. (Éds). *Abécédaire de Michel Foucault*. Mons : Selis Maria.
- Guerrand, R.H. (2009). *Les lieux, histoire des commodités*. Paris : La Découverte.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough? An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*. 18(1), 59–82. Repéré à <http://fmj.sagepub.com/content/18/1/59.full.pdf>.
- Guldenmund, F.W. (2000). The nature of safety culture: a review of theory and research. *Safety Science* 34, 215-257.
- Hamel, P., & Jouve, B. (2006). *Un modèle québécois? Gouvernance et participation dans la gestion publique*. Montréal : PUM.
- Harms-Ringdahl, L., (2009) Analysis of safety functions and barriers accidents. *Safety Science* 47, 353-363.
- Harkness, G.A. (1995). *Epidemiology in nursing practice*. St-Louis: Mosby.
- Hegelund, A. (2005). Objectivity and subjectivity in the ethnographic method. *Qualitative Health Research*. 15, 647-668.

- Hellings, J., Schrooten, W., Klazinga, N., & Vleugels, A. (2007). Challenging Patient Safety Culture: survey results. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 20(7). 620-632.
- Hennekens, C.H., Buring, J.E., & Mayrent, S.L. (1998). *Épidémiologie en médecine*. Paris: Frison Roche.
- Herzfeld, M. (1992). *Anthropology through the looking-glass: critical ethnography in the margins of Europe*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Heymann, D.L. (2004). *Control of Communicable Diseases Manual*. 18th ed. Washington: American Public Health Association.
- Hibberd, J.M., & Smith, D.L. (2006). *Nursing leadership and Management in Canada*. Ontario: Elsevier: Ontario.
- Hirsch, E. (2009). *Pandémie grippale: l'ordre de mobilisation. Tous solidaires*. Paris : CERF.
- Holmes, D., & Gastaldo, D. (2002). Nursing as means of governmentality. *Journal of Advanced Nursing*. 38(6). 557-565.
- Holmes, D., & Perron, A. (2006). Les groupes vulnérables : comprendre la vulnérabilité et agir. Dans Carroll, D. (Éds). *Pratiques en santé communautaire*. Montréal : Chenelière Éducation.
- Holmes, D., Murray, S.J., Perron, A., & Rail, G. (2006). Deconstructing the evidence-based discourse in health sciences : truth, power and fascism. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. 4, 180-186.
- Holmes, D., Murray, S.J., Perron, A., & McCabe, J. (2008). Nursing Best Practice Guidelines: reflecting on the obscene rise of the void. *Journal of Nursing Management*. 16, 394-403.
- Horkheimer, M. (1982). *Critical theory: selected essays*. New York: Continuum Pub. Corp.
- Hugonnet, S., Chevrolet, J.C., & Pittet, D. (2007). The effect of workload on infection risk in critically ill patients. *Critical care medicine*. 35(1), 76-81.
- Hugonnet, S., Villaveces, A., & Pittet, D. (2007). Nurse staffing level and nosocomial infections : empirical evaluation of the case-crossover and case-time-control designs. *American Journal of Epidemiology*. 165, 1321-1327.

- Huybens, N. (2009). *Penser dans la complexité la controverse socio-environnementale sur la forêt boréale du Québec pour la pratique de l'éco-conseil*. (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, Montréal, Qc.
- Institut canadien pour la sécurité des patients (ICPS). (2010). *Arrêt! Lavez vos mains. Campagne canadienne de l'hygiène des mains. Trousse d'outils*. Canada. Repéré à www.lavagedesmains.ca.
- Institut de la statistique du Québec. (1998). *Enquête sociale de santé. Chapitre 26 : Travail et santé*. 525-570.
- Institut national de santé publique du Québec. (2009). SERTIH. Repéré à <http://www.inspq.qc.ca/asp/fr/sertih.aspx?sortcode=1.52.54.57>.
- Institut national de santé publique du Québec. (2009b). Vigie sanitaire. Repéré à <http://www.inspq.qc.ca/dossiers/influenza/surveillance/DonneesHebdo.asp?DS=Inf&DS2=2&DS3=3&AnneeProgramme=2008-2009>.
- Institut national de santé publique du Québec. (2008a). *Perspectives de développement de la recherche à l'Institut national de santé publique du Québec. Abrégé*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Institut national de santé publique du Québec. (2008b). *Surveillance des diarrhées associées au Clostridium difficile au Québec : Bilan du 9 décembre 2007 au 31 mars 2008*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Institut national de santé publique du Québec (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006*. Québec : Gouvernement du Québec.
- ISO. (2005). *ISO 9000 :2005 Systèmes de Management de la Qualité – Principes essentiels et vocabulaire*. ISO.
- ISO. (2008). *ISO 9001 :2008 Systèmes de management de la Qualité – Exigences*. ISO.
- ISO. (1999). *ISO 13792 :1999, Industries du pétrole et du gaz naturel — Contrôle et atténuation des feux et des explosions dans les installations en mer — Exigences et lignes directrices*. ISO.
- ISO. (2004) *ISO 14001 :2004- Systèmes de management environnemental- exigences et lignes directrices pour son utilisation*. ISO.

- ISO. (2005). *ISO9000:2005 – Systèmes de management de la qualité – principes essentiels et vocabulaire*. ISO.
- ISO. (2005). *ISO 10005 :2005- Systèmes de management de la qualité- lignes directrices pour les plans qualité*. ISO.
- ISO. (2005). *IWA1 :2005-IWA1-quality management systems-guidelines for process improvement in health service organizations*. ISO.
- ISO. (2008). *ISO 9001 :2008 – Systèmes de management de la qualité-Exigences*. ISO.
- ISO. (2009). *ISO 9004 :2009- Gestion des performances durables d'un organisme- approche de management par la qualité*. ISO.
- ISO. (2009). *ISO 31000 :2009-Management du risque- principes et lignes directrices*. ISO.
- ISO. (2009). *ISO 31010 :2009- Techniques d'évaluation des risques-gestion des risques*. ISO.
- Jacquard, A. (1995). *J'accuse l'économie triomphante*. Paris : Livre de Poche.
- Jackson, M., Chiarello, L., Gaynes, R.P., & Gerberding, J.L. (2002). Nurse Staffing and Healthcare-associated Infections: Proceedings From a Working Group Meeting. *Journal of Nursing Administration*. 32(6), 314-322.
- Jarvis, W.R. (2007). *Bennett&Brachman's Hospital Infections: 5th ed*. Philadelphie: Lippincott.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., & Major, F. (2003). *La pensée infirmière : 2^{ème} édition*. Montréal : Beauchemin.
- Kincheloe, J.L., & McLaren, P. (2011). Rethinking Critical Theory and Qualitative Research. Dans Hayes, K., Steinberg, S.R., & Tobin, K. (Éds). *Key Works in Critical Pedagogy*. Rotterdam : Sense Publishers.
- Kincheloe, J.L., McLaren, P., & Steinberg, S.R. (2011). Critical Pedagogy and Qualitative Research. Dans Denzin, N.K., & Lincoln, Y. (Éds.). *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. Londres : SAGE.
- Klein, N. (2008). *La stratégie du choc : la montée d'un capitalisme du désastre*. Québec : Babel.

- Koch, E. (2008). Disease as Security Threat : critical reflections on the global TB emergency. Dans Lakoff, A., & Collier, S.J. (Éds). *Biosecurity Interventions: Global Health & Security in question*. New York: Columbia University Press.
- Kristeva, J. (1980). *Pouvoirs de l'horreur*. Paris : Seuil.
- Krol, P. (2009). De l'apprentissage à la mesure du *caring* : réflexion épistémo-ontologique. *Aporia* 1(2), p. 42-48.
- Lachapelle, J. (2009, mai). La Grande Tueuse : au temps de la grippe espagnole. *La Presse*.
- Lacoursière, J. (1996). *Histoire populaire du Québec : Des origines à 1791*. Québec : Éd. du Spetentrion.
- Lakoff, A., & Collier, S.J. (2008). *Biosecurity Interventions: Global Health & Security in question*. New York: Columbia University Press.
- La Presse. (2009, 12 décembre). Communiqués gouvernementaux.
- La Presse. (2009, 17 novembre). Communiqués gouvernementaux.
- La Presse. (2009, 7 novembre). Communiqués gouvernementaux.
- La Presse. (2009, 4 novembre). Communiqués gouvernementaux.
- Larousse, (2008). *Le Petit Larousse Illustré*. Paris : Éd. Larousse.
- Last, J.M. (2004). *Dictionnaire d'épidémiologie, 4ème ed*. Paris: Maloine.
- Latour, B. (1984). *Les microbes : guerre et paix des microbes suivi de Irréductions*. Paris : Métailié.
- Lautenbach, E., & Woeltje, K.F. (2004). *Practical handbook for healthcare epidemiologists*. 2nd ed. USA: SHEA.
- Lavabre-Bertrand, T. (2005). Préhistoire de la notion de microbe. Dans Visier, L. (eds). *Médecine, Maladie, Société : Les maladies infectieuses*. Paris : Sauramps Medical.
- Leclercq, S. (2004). *Abécédaire de Michel Foucault*. Mons : Sils Maria.
- Le Droit (2004, 26 mars). SRAS : 30 infirmières infectées poursuivent les gouvernements. *Le Droit d'Ottawa-Gatineau*.

- Leguay, J.P. (2007). *La pollution au Moyen Âge*. Paris : Gisserot.
- Lehoux, J.P. (2011). *Respirer*. Texte descriptif de la pièce de théâtre Toxique de Greg MacArthur.
- Leibing, A. (2009). Tense prescriptions? Alzheimer Medications and the Anthropology of Uncertainty. *Transcultural Psychiatry* 46(1), 180-206.
- Lemire, S. (2009). Vaccin féminin pour porteurs mixtes. *Gazette des femmes*. Mars-avril, 4.
- Lentzos, F. (2006). Rationality, Risk and Response : A Research Agenda for Biosecurity. *BioSocieties*. 1, 453-464.
- Lepaige, V. (2009). *La santé publique globalise*. Québec : PUL : Québec.
- Levine, D. (2009). Dans Audet, I. (2009, 24 octobre). Grippe A(H1N1). Début de la vaccination. Objectif: immuniser les trois quarts des Montréalais. *La presse*.
- Levy, B.S., & Sidel, V.W. (2003). *Terrorism and Public Health: a Balanced Approach to Strengthening Systems and Protecting People*. Oxford: Oxford University Press.
- Lewis, S.M., Heitkemper, M., Dirksen, S.R., O'Brien, P.G., Giddens, J.F., & Bucher, L. (2004). *Medical and surgical Nursing : assessment and management of clinical problems*. St-Louis: Mosby.
- Lipovetsky, G. (1992). *Le crépuscule du devoir*. Paris : Folio Essais.
- Lipovetsky, G. (2006). *Le bonheur paradoxal*. Paris : Folio Essais.
- Loi canadienne. (1867). *Article 91*. Gouvernement du Canada.
- Loi canadienne sur la santé. (1984). *LSSS*. Gouvernement du Canada.
- Loi sur les mesures d'urgence. (1985). *Chapitre 22, 4^{ème} suppl.* Gouvernement du Canada.
- Loi sur la santé publique. (2001). Gouvernement du Québec. Repéré à http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html.
- Loi sur la santé et les services sociaux. Gouvernement du Québec. Repéré à http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html.

- Loi 90. (2002). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Gouvernement du Québec. Repéré à <http://www.opq.gouv.qc.ca/index.php?id=35>.
- Loiselle, C.G., Profetto- MacGrath, J., Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Canadian essentials of Nursing Research*. Philadelphie : Lippincott.
- Loiselle, C.G. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Adaptation française de Loiselle, C.G. Profetto-MacGrath, J. Polit, D.F. Beck, C.T. (2004). *Canadian essentials of Nursing Research*. Philadelphie: Lippincott.
- Lortie, M.C. (2009, 4 mai). L'ennemi public numéro H1N1. *La Presse*. Montréal.
- Luke, D.A., & Harris, J.K. (2007). Network Analysis in Public Health: History, Methods, and Applications. *Annual Review of Public Health*. 28, 68-93.
- Lundstrom, T., Pugliese, G., Bartley, J., Cox, J., & Guither, C. (2002). Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes. *AJIC*. 30(2), 93-106.
- Lupton, D. (1993). Risk as moral danger: The social political functions of risk discourse in public health. *International Journal of Health Services*. 23(3), 425-435.
- Lupton, D. (1999a). *Risk*. Londres: Routledge.
- Lupton, D. (1999b). *Risk and sociocultural theory : new directions and perspectives*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Lyotard, J.F. (1979). *La condition postmoderne*. Paris : Les Éditions de Minuit.
- MacArthur, G. (2011, mars). *Toxique : ou l'incident de l'autobus*. Théâtre d'Aujourd'hui, Montréal.
- Machiavel, N. (1983). *Le Prince*. Paris : Livre de Poche.
- Maclean, S.J. (2008). Microbes, Mad Cows and Militaries : Exploring the Links Between Health and Security. *Security Dialogue*. 39(5), 475-494.
- Madison, D.S. (2005). *Critical ethnography: Method, Ethic, and Performance*. Thousand Oaks: Sage.

- McDonald, M.A. (2004). From Miasma to Fractals: The Epidemiology Revolution and Public Health Nursing. *Public Health Nursing*. 21(4), 380-391.
- Major Risks Research Centre. (2009). *Research fields*. Repéré à <http://www.fpms.ac.be/FPMsHome/en/RD/PolesDeRecherche/PoleRisques/>.
- Malherbe, J.F. (2003). *Les ruses de la violence dans les arts du soi : essais d'éthique critique*. Montréal : Liber.
- Manceron, V. (2009). Grippe aviaire et disputes contagieuses. *Revue d'ethnologie française*. 39, 57-68.
- Manceron, V. Roué, M. (2009). Les animaux de la discorde. *Revue d'ethnologie française*. 39, 5-10.
- Marcuse, H. (1966). *Eros and Civilization : A Philosophical Inquiry Into Freud*. Baecon Press.
- Marcuse, H. (2005). *The new left and the 1960s*. New York, Routledge.
- Marcuse, H. (1998). *Technology, war and facism*. Londres: Routledge.
- Marieb, E. (1993). *Anatomie et physiologie humaines*. Montréal : ERPI.
- Mark, B.A., Harless, D.W., McCue, M., & Xu, Y. (2004). A longitudinal examination of hospital registered nurse staffing and quality of care. *Health services research*. 39(2), 279-300.
- Martin, E. (1990). Toward an anthropology of immunology : The body as Nation State. *Medical anthropology quarterly*. 4(4), 410-426.
- Marx, K., & Engels, F. (1973). *Manifeste du parti communiste (1848) suivi de Critique du programme de Gotha (1875)*. Paris : Le livre de Poche.
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique*. Québec: Gaétan Morin.
- Massé, R. (2007). Le risque en santé publique : pistes pour un élargissement de la théorie sociale. *Sociologie et sociétés*.39(1), 13-27.
- Mayhall, C.G. (2004). *Hospital Epidemiology and Infection Control*. Third ed. Philadelphie: Lippincott.
- McLean, A., & Leibing, A. (2007). *The Shadow Side of Fieldwork: Exploring the Blurred Borders between Ethnography and Life*. Malden: Blackwell.

- McNeil, A.J., Frey, R., & Embrechts, P. (2005). *Quantitative Risk Management: concepts, techniques and tools*. Princeton: Princeton University Press.
- Meehan Arias, K., & Moore Soule, B. (2010). *APIC/JCR Infection Prevention Workbook. 2nd ed.* USA: APIC/JCR.
- Meleis, A.I. (2007). *Theoretical nursing : development and progress*. 4th ed. Philadelphie: Lippincott.
- McGlown, K.J. (2004). *Terrorism and disaster management: preparing healthcare leaders for the new reality*. Chicago: ACHE.
- Michele. (2009). *Attente pour le vaccin 29 octobre 2009. Saint-Eustache*. Document audiovisuel repéré à <http://www.youtube.com/watch?v=EypDjqIGlzk&feature=related>.
- Michigan Department of Community Health. (2011). *Faits relatifs à l'isolement et à la quarantaine*. Repéré à http://www.michigan.gov/documents/mdch/Isolation_and_Quarantine_Facts_French_308770_7.pdf.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2006). *Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales 2006-2009*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2006). *Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza- Mission santé*. Québec. Repéré à <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/9f27047ec95d7bfb8525712a0058d881?OpenDocument>.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2009). *Guide d'autosoins*. Gouvernement du Québec. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-235-11F.pdf>.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS). (2010). *Formulaires de déclaration d'incidents et accidents AH-223*. Repéré à <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/9d7020958f686e8a85256e4500715a8f/7743727e80484897852573e20050af81?OpenDocument>.

- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS). (2010). L'épidémie silencieuse: les infections transmises sexuellement et par le sang. 4^e rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.inspq.qc.ca/pdf/domaines/itss/Rapport2010MSSS_ITSSSEpidemieSilencieuse.pdf.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS). (2011). Hygiène et salubrité. Repéré à http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/nosocomiales/index.php?Hygiene_et_salubrite.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS). (2011). *Prévention et contrôle des infections nosocomiales. Plan d'action 2010-2015*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Mitchell, A., Cummins, T., Spearing, N., Adams, J., & Gilroy, L. (2002). Nurses experience with vancomycin-resistant enterococci (VRE). *Journal of Clinical Nursing*, 11, 126-133.
- Moore, M. (2004). Documentaire : *Fahrenheit 9/11*. États-Unis.
- Moreco, L.B. (2009). *Silence on vaccine*. Documentaire de l'Office national du film. Canada.
- Morelle, A., & Tabuteau, D. (2010). *La santé publique*. Paris : PUF.
- Morin, A. (2008). *Constitution, fédéralisme et droits fondamentaux*. Montréal : Ed. LexisNexis.
- Morse, S.T. (2007). Market watch: Global infectious disease surveillance and health intelligence. *Health Affairs*, 26(4), 1069-1077.
- Murad, L., & Zylberman, P. (1985). La raison de l'expert, ou l'hygiène comme science sociale appliquée. *Archives européennes de sociologie*, 26, 58-89.
- Murray, S.J., & Holmes, D. (2009). *Critical Interventions in the Ethics of Healthcare: Challenging the Principle of Autonomy in Bioethics*. Burlington: Ashgate.
- Naylor, (2003). *Les leçons de la crise du SRAS*. Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/naylor/index-fra.php>.

- Nedelman, J., Buerhaus, P., Soehren, M., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*. 346(22), 1715-1722.
- Nies, M.A., & McEwen, M. (2007). *Community/Public Health Nursing*. USA: Saunders Elsevier.
- Observatoire du conspirationnisme et des théories du complot. (2009). *Dossier Grippe A(H1N1), le virus du soupçon*. Repéré à http://www.conspiracywatch.info/Dossier-Grippe-A-H1N1--le-virus-du-soupcon_a457.html.
- O'Byrne, P. (2008). The dissection of risk : a conceptual analysis. *Nursing Inquiry*. 15(1), 30-39.
- O'Byrne, P., & Holmes, D. (2007). The micro-fascism of Plato's good citizen: producing (dis)order through the construction of risk. *Nursing Philosophy*. 8, 92-101.
- OECD. (2007). *Health Care Quality Indicators Project - Patient safety data systems in the OECD: a report of a joint Irish Department of Health*. OECD Conference, OECD.
- OECD. (2001). *Améliorer la performance des soins de santé : comment mesurer leur qualité*. OECD : Éditions OECD.
- OHSAS 18001. (2007). *Occupational Health and Safety Assessment Series*. British Standards.
- OMS. (2004). *World Alliance for Patient Safety-Forward Programme 2005*. WHO.
- OMS. (2005a). *Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems*. WHO.
- OMS. (2005b). *Plan mondial OMS de préparation à une pandémie de grippe*. Département des maladies transmissibles, surveillance de la grippe, programme mondial de lutte contre la grippe. WHO.
- OMS. (2006). *The conceptual framework of an International Patient Safety Event Classification*. WHO.
- OMS. (2007a). *Project to develop the International Classification for Patient Safety – report of the WHO Alliance for Patient Safety Drafting Group*. WHO.

- OMS. (2007b). *The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.0 for Use in Field Testing*. WHO.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2008). *Priorités de recherche sur le patient safety et la safety culture*. Repéré à http://www.who.int/patientsafety/research/activities/priority_setting/en/index.html.
- Organisation Mondiale de la santé. (2010). Déclaration du Dr Keiji Fukuda au nom de l'OMS à l'occasion de l'audition du Conseil de l'Europe sur la grippe pandémique H1N1. Repéré à http://www.who.int/csr/disease/swineflu/coe_hearing/fr/index.html.
- Organisation Mondiale de la santé. (1948). Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. OMS.
- OMS. (2007). *Rapport sur l'état de santé dans le monde 2007 – Un avenir plus sûr : la sécurité sanitaire mondiale au XXIe siècle*. Repéré à <http://www.who.int/whr/2007/fr/index.html>.
- OMS. (2010). *Lettre de l'Organisation mondiale de la santé au BMJ*. Repéré à http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2010/letter_bmj_20100608/fr/index.html.
- OMS. (2010). *Riposte mondiale à la pandémie de grippe A (H1N1) 2009- méthodologie d'évaluation*. Repéré à http://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/review_committee/fr/index.html.
- OMS. (2011). Rapport du comité d'examen sur le fonctionnement du règlement sanitaire international (2005) et la pandémie de grippe A (H1N1) 2009. Repéré à http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-fr.pdf.
- OMS. (2011). *GAR. Phase OMS d'alerte à la pandémie actuellement en vigueur. Révision de 2009*. Repéré à http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/phase/fr/index.html.
- Organisation des nations unies. (2001). Sur la voie de la biosécurité. *Focus*.

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2009a). Création de la spécialité en prévention et contrôle des infections. Le Ministre Bolduc donne son appui. *Le Journal*. 6(1), 1.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2009b). Protéger la population par la prévention et le contrôle des infections : une contribution essentielle de l'infirmière. *Prise de position sur le rôle et les responsabilités en matière de prévention et de contrôle des infections*. Québec : OIIQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2009c). Avec le PTI : un tournant majeur pour la pratique infirmière. *Le Journal*. 6(2), 1,3.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2007). Protéger la population par la vaccination : une contribution essentielle de l'infirmière. *Prise de position*. Québec : OIIQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2006). *La tenue vestimentaire des infirmières : prise de position*. Québec : OIIQ. Repéré à http://www.oiiq.org/sites/default/files/218_doc_0.pdf.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2005). Modification au code de déontologie en lien avec la pratique de la recherche. *Le Journal*. 3(3), Repéré à <http://www.oiiq.org/uploads/periodiques/Journal/vol3no3/ss04.htm>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2004). Avis : une direction de soins infirmiers pour chaque établissement de santé. Montréal : OIIQ.
- Orwell, G. (1950). *1984*. Trad. Française. Paris : Folio.
- Otero, M. (2006a). Présentation. Michel Foucault : classique inclassable. *Sociologies et sociétés*. 38(2), 9-16.
- Otero, M. (2006b). La sociologie de Michel Foucault : une critique de la raison impure. *Sociologies et sociétés*. 38(2), 49-72.
- Otto, R. (2001). *Le sacré*. Paris : Petite bibliothèque Payot.
- Pagana, K.D., & Pagana, T.J. (2000). *L'infirmière et les examens paracliniques*. 5^{ème} éd. Québec : Maloine.

- Paicheler, G., & Collin, J. (2007). *Sociologies et sociétés : risqué et santé*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Paillé, P., & Muchielli, A. (2010). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Montréal : Armand Colin.
- Parker, I. (1992). *Discourse dynamics : critical analysis for social and individual psychology*. New-York: Routledge.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*: 3 ed. Thousands Oaks : Sage.
- Peloquin, T. (2009, 6 mai). Ottawa va de l'avant avec les fouilles à nu virtuelles. *La Presse*.
- Peretz, H. (2004). *Les méthodes en sociologie: l'observation*. Paris : Ed La Découverte.
- Perron, A., Fluet, C., & Holmes, D. (2005). Agents of care and agents of the state: bio-power and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 50(5), 536- 544.
- Philpott, T. (2009, 25 avril). Swine-flu outbreak could be linked to Smithfield Factory Farms. *Grist*. Repéré à <http://www.grist.org/article/2009-04-25-swine-flu-smithfield/>.
- Plotkin, S.A. (2006). *Mass vaccination : Global Aspects – Progress and Obstacles*. Leipzig : Springer.
- Portail du réseau public québécois en santé au travail (2009). Repéré à <http://www.santeautravail.net/Afficher.aspx?page=1158&langue=fr>.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (1990). *Soins infirmiers : théorie et pratique*. Montréal : ERPI.
- Price-Smith, A.T. (2009). *Contagion and chaos. Disease, ecology, and national security in the era of globalization*. Massachusetts : MIT Press.
- Pulcini, C. (2004). *Internat de médecine : les Maladies infectieuses*. Paris : Éd. Vernazobres-Grego.
- Rabinow, P. (1977). *Reflections on Fieldwork in Morocco*. Berkeley: University of California Press.
- Radio-Canada. (2009, 27 octobre). *Un adolescent succombe à la H1N1*. Repéré à <http://www.radio-canada.ca/regions/Ontario/2009/10/27/001-h1n1-deces-toronto.shtml>.
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*. 320, 768-770.

- Reason, J., Carthey, J., & de Leval, M.R. (2001). Diagnosing vulnerable system syndrome: an essential prerequisite to effective risk management. *Quality in Health Care*. 10(II), ii21–ii25.
- Reason, J. (2005). Safety in the operating theatre : human error and organizational failure. *Quality and Safety in Health Care*. 14, 56–61.
- Regnault, J.P. (1990). *Microbiologie générale*. Montréal: Éd. Décarie-Vigot.
- Renaud, L. (2007). *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé*. Québec : PUQ.
- Richardson, L. (2000). Writing: A method of inquiry. Dans Denzin, N.K. Lincoln, Y.S. (Éds). *Handbook of qualitative research (2nd ed.)*. Thousands Oaks: Sage.
- Richardson, L. (2004). Buying biosafety: is the price right? *New England Journal of Medicine*. 350(21), 2121-2123.
- Ricci, P.F. (2006). *Environmental Pollution: Environmental and Health Risk Assessment and Management, Principles and Practices*. Dordrecht: Springer.
- Roach, M.S. (2002). *Caring, the human mode of being*. Second edition. Ottawa: CHA Press.
- Robert, B., Pinel, W., Pairet, J., Rey, B., Coeugnard, C., Hémond, Y., Yan, G., & Cloutier, I. (2009). *Résilience organisationnelle : concepts et méthodologie d'évaluation*. Centre Risque et Performance. Montréal : Presses Internationales Polytechnique.
- Robert, B., Hémond, Y., & Yan, G. (2010). L'évaluation de la résilience organisationnelle, *Télescope*. 16(2), 131-153.
- Rodgers, B.L., & Knafl, K. (2000). *Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications. Second Ed.* Philadelphie: Saunders.
- Rodgers, B.L. (2005). *Developing Nursing Knowledge : philosophical traditions and influences*. Philadelphie: Lippincott.
- Rodhain, F., & Saluzzo, J.F. (2005). *Grippe, rage, méningite, sras... le mystère des épidémies*. Paris : Éd. Pasteur.

- Roderick, A. (2010). Dirty Nursing: containing defilement and infection control practices. Dans Rudge, T., & Holmes, D. (Éds). *Abjectly boundless: boundaries, bodies and health work*. UK: Ashgate, 239-251.
- Rose, L. (1975). *Health and hygiene*. Londres: Batsford.
- Rose, N. (1998). *Inventing Our Selves*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rose, N. (1999). *Powers of Freedom*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rosen, G. (1958). *A History of Public Health*. New-York: MD. Publications Inc.
- Rosenberg, C.R. (1962). *The cholera years: The United States in 1832, 1849, and 1866*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Rothman, K.J., Greenland, S., & Lash, T.L. (2008). *Modern epidemiology*. Philadelphie: Lippincott.
- Rouleau, L. (2007). *Théories des organisations: approches classiques, contemporaines et de l'avant-garde*. Québec : PUQ.
- Rubin, E., & Farber, J.L. (1999). *Pathology. 3d ed*. Philadelphie: Lippincott.
- Rudge, T., & Holmes, D. (2010). *Abjectly boundless: boundaries, bodies and health work*. Londres: Ashgate.
- Ruffié, J., & Surnia, J.-C. (1995). *Les épidémies dans l'histoire de l'Homme : essai d'anthropologie médicale*. Paris : Flammarion.
- Safran Foer, J. (2010). *Faut-il manger les animaux?* Lonrai : Éd. De l'Olivier.
- Said, E.W. (1978). The problem of textuality : two exemplary positions. *Critical inquiry*. 4(4), 673-714.
- Saint-Pierre, L., Mathon, H., & Leblanc, M. (2008). Organisation, charge de travail et satisfaction au travail des infirmières dans un centre hospitalier. Actes de la conférence GISEH, Lausanne, Suisse.
- Sanofi Pasteur (2009, 29 avril). Communiqué de presse. Repéré à http://www.sanofipasteur.com/sanofi-pasteur2/sp-media/SP_CORP/FR/54/720/FLU_290409_FR.pdf?siteCode=SP_CORP.
- Sanou, A., & Bibeau, G. (2009). Repères culturels communautaires et promotion de la vaccination. Dans Tapiéro, B., Carle, M.E. (Éds), *Les maladies infectieuses : L'illusion du risque zéro*. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.

- Santé Canada. (1998). *Guide de prévention des infections*. Canada : Gouvernement du Canada.
- Santé Canada. (2004). *Stratégie de mise en œuvre d'un cadre de gestion intégrée du risque à Santé Canada*. Canada : Gouvernement du Canada.
- Schatzman, L. (1991). Dimensional analysis : Notes on an alternative approach to the grounding of theory in qualitative research. Dans Maines, K.R. (Éds). *Social organization and social process essays in honor of Anselm Strauss*. New-York: Aldine De Gruyter.
- Séguin, F., & Chanlat, J.F. (1992). *L'analyse des organisations : une anthologie sociologique. Tome I : les théories de l'organisation*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- Séguin, F., & Chanlat, J.F. (1987). *L'analyse des organisations : une anthologie sociologique. Tome II : les composantes de l'organisation*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- Scheper-Hughes, N., & Locke, M.M. (1987). The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*. 1(1), 6-41.
- Shigeo Shingo. (1983). *A revolution in manufacturing: the SMED System*. Productivity Press.
- Simpson, A., Beaucage, C., & Bonnier Viger, Y. (2009). *Épidémiologie appliquée*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Singer, S.J., Meterko, M., Baker, L., Gaba, D.M., Falwell, A., & Rosen, A.K. (2007). Workforce perception of hospital safety culture: development and validation of the patient safety climate in healthcare organizations survey. *Health Services Research*. 42(5), 1999-2021.
- Singla, A.K., Kitch, B.T., Weissman, J.S., & Campbell, E.G. (2006). Assessing patient safety culture: a review and synthesis of the measurement tools. *Journal of Patient safety*. 2(3), 105-115.

- Sotto, A. (2005). Microbes contre l'Homme, microbes au service de l'Homme. Dans Visier, L. (Éds). *Médecine, Maladie, Société : Les maladies infectieuses*. Paris : Sauramps Medical.
- Stone, P.W., Clarke, S.P., Cimiotti, J., & Coorea-de-Araujo. (2004). Nurses' Working conditions: implications for infectious disease. *Emerging infectious diseases*. 10(11), 1984-1989.
- Tansey, J., & O'Riordan, T. (1999). Cultural theory and risk: a review. *Health, risk and society*. 1(1), 71-90.
- Tapiéro, B., & Carle, M.E. (2009). *Les maladies infectieuses : L'illusion du risque zéro*. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Tessier, S., Andreys, J.B., & Ribeiro, M.A. (1996). *Santé publique et santé communautaire*. Paris: Éditions Maloine.
- Thacker, E. (2006). Biological Sovereignty. *PLI: The Warwick Journal of Philosophy*. 17, 1-21.
- Thomas, J. (1993). *Doing critical ethnography*. Newbury Park : Sage University Paper.
- Thompson, P.B. (1986). The philosophical foundations of risk. *Southern Journal of Philosophy*. 24(2), 273-286.
- Tomey, A.M., & Alligood, M.R. (2006). *Nursing theorists and their work*. St-Louis: Mosby Elsevier.
- Tulloch, J., & Lupton, D. (2003). *Risk and everyday life*. Londres : Sage.
- TVA. (2009, 27 octobre). *Ontario. C'est confirmé. Le jeune Evan est mort de la grippe A(H1N1)*. Repéré à <http://tvanouvelles.ca/lcn/infos/national/archives/2009/10/20091027-112154.html>.
- United Nations. (2011). Déclaration universelle des droits de l'Homme. Repéré à <http://www.un.org/fr/documents/udhr/>.
- United Nations. (2005). *Reducing The Threat of Biological Weapons*. NGO Committee on Disarmament, Peace and Security in cooperation with the Department for Disarmament Affairs. UN.
- Université de Montréal. (2008). Repéré à www.umontreal.ca.
- Université de Laval. (2008). Repéré à www.ulaval.ca.

- Université de Shrebrooke. (2008). Repéré à www.usherbrooke.ca.
- Université du Québec en Outaouais. (2008). Repéré à www.uqo.ca.
- Van Maanen, J. (1988). *Tales of the field: on writing ethnography*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Van Nuland, Y., Broux, G., Crets, L., De Cleyn, W., Legrand, J., Majoor, G., & Vleminckx, G. (2002). *Excellent: un guide pour l'application du modèle EFQM d'excellence*. Blanden : Comatech.
- Verschuere, C. (2005, 1 juin). Biodiversity depends on biotechnology. *Globe and mail*.
- Viens, C., Hamelin-Brabant, L., Lavoie-Tremblay, M., & Brabant, F. (2005). *Organisation des soins et du travail: une revue de littérature pour comprendre et réussir des transformations organisationnelles*. Québec : Presses Inter Universitaires.
- Vigarello, G. (1985). *Le propre et le sale: l'hygiène du corps depuis le Moyen-âge*. Paris : Éd. Du Seuil.
- Villeneuve, C. (1998). *Qui a peur de l'an 2000?* UNESCO. Sainte-Foy : .d. MultiMondes.
- Visier, L. (2005). *Médecine, Maladie, Société: Les maladies infectieuses*. Paris : Sauramps Medical.
- Vogus, T.K., & Sutcliffe, K.M. (2007). The safety organizing scale: development and validation of a behavioural measure of safety culture in hospital nursing units. *Medical care*. 45(1), 46-54.
- Wald, P. (2008). *Contagious: cultures, carriers, and the outbreak narrative*. Londres: Duke University Press.
- Wassertheil-Smoller, S. (2004). *Biostatistics and epidemiology: a primer for health and biomedical professionals*. New York: Springer-Verlag.
- White, J. (1995). Patterns of knowing: review, critique and update. *Advances in nursing science*. 17(4), 73-86.
- WHO. (2004). *World Alliance for Patient Safety forward program 2005*. WHO.
- WHO. (2005). *World Alliance for Patient Safety forward programme 2006-2007*. WHO.
- WHO. (2005). *WHO Draft guidelines for adverse events reporting and learning systems*. WHO.

- WHO. (2006). *The conceptual framework of an International Patient Safety Event Classification*. WHO.
- WHO. (2008). *World Alliance for Patient Safety forward programme 2008-2009*. WHO.
- WHO. (2008). *Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies*. WHO.
- WHO. (2009). *The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report*. WHO.
- WHO. (2009). *Guide to implementation of the WHO multimodal hand hygiene improvement strategy*. WHO.
- WHO. (2009). *WHO patient safety research, Patient Safety*. World Health Organization.
- Wieviorka, M. (2009, 9 mai). Une construction médiatique: La grippe A a été dramatisée avant d'être relativisée. *La Presse*. Montréal.
- Williams, D.C. (2009). *Rapport annuel 2008 du médecin hygiéniste en chef à l'Assemblée législative de l'Ontario. Prévention et contrôle des maladies infectieuses en Ontario : Continuation des investissements en Santé publique en 2008*. Repéré à http://www.health.gov.on.ca/fr/public/publications/ministry_reports/cmoh08/cmoh08.pdf.
- Williams, G. (1999). *French Discourse Analysis: The Method of Post-Structuralism*. New-York: Routledge.
- Wong, D.L., Hockenberry, M.J., Winkelstein, M.L., & Kline, N.E. (2003). *Wong's Nursing care of Infants and Children: 7th ed.* St-Louis: Mosby.

ANNEXES

Annexe 1 : Certificat éthique du CÉRSS de l'Université de Montréal



Département de kinésiologie

Madame Annette Leibing
Professeur titulaire
Faculté de Sciences Infirmières
Pavillon M.d'Youville et L.Stewart
Bureau n°6089

CERTIFICAT N°: CÉRSS-2009-959-P

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DES SCIENCES DE LA SANTÉ - CÉRSS -

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

En vertu des documents qui lui ont été soumis, le Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé de l'Université de Montréal a procédé à l'évaluation éthique du projet suivant :

Titre de l'étude : « Analyse critique de discours sur la culture de sécurité face aux risques biologiques et pandémiques pour les infirmières »

Nom de la chercheuse principale : Madame Annette Leibing

Nom de l'étudiante-chercheuse : Laurence Bernard

Le Comité d'éthique déclare le projet conforme aux normes déontologiques en vigueur à l'Université de Montréal. Un certificat d'éthique est émis pour une durée d'une année dont les modalités d'applications sont les suivantes :

Date d'émission du certificat : 16 décembre 2009

Date de fin de validité du certificat : 15 décembre 2010

À l'échéance du certificat d'éthique, un suivi déontologique sera effectué, conformément aux normes de fonctionnement du *Plan d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique*. Il est aussi à souligner que vous devrez faire part au CÉRSS de toute nouvelle information (changement dans les connaissances scientifiques...), observation (événement négatif, incident...) ou de tout changement au protocole expérimental, qui pourrait modifier le fondement éthique sur lequel repose votre projet de recherche.

Veillez agréer, Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

Date : 16 décembre 2009

Marie-France Daniel
Présidente
Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé
CEPSUM, 2100 Édouard-Montpetit, bureau 7211
Téléphone : (514) 343.5624
Télécopieur : (514) 343.2181
Courriel : marie-france.daniel@umontreal.ca

L'original du certificat est conservé au CÉRSS. Une copie des certificats octroyés aux chercheur(e)s est conservée au BRDV. Une copie des certificats octroyés aux étudiant(e)s est envoyée à la FESP à des fins d'archivage des dossiers.

Annexe 2 : Certificat d'éthique du Comité de l'Agence de Montréal

CERTIFICAT DE CONFORMITÉ ÉTHIQUE	
émis par le COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL	
Projet n°	193
Intitulé	<i>Analyse critique de discours de la culture de sécurité face aux risques biologiques et pandémiques pour les infirmières</i>
Chercheur principal	Laurence Bernard
Dépôt de la demande	8 février 2010
Documents examinés	<ul style="list-style-type: none"> • Lettre d'introduction datée du 17 novembre 2009, reçue le 9 février 2010 ; • Formulaire de demande d'évaluation d'un projet de recherche au CÉR de l'Agence, daté du 8 février 2010 ; • Approbation scientifique du projet de recherche de thèse, daté du 15 octobre 2009 ; • Résumé du projet de recherche ; • Protocole de recherche intitulé « Analyse critique de discours de la culture de sécurité face aux risques biologiques et pandémiques pour les infirmières » - Version du 23 novembre 2009 ; • Formulaire d'information et de consentement à la recherche – version du 15 décembre 2009, approuvée par le CÉRSS ; • Affiche de recrutement ; • Document intitulé « Guide d'entrevue à réaliser auprès des infirmières ; • Lettre d'appui de la Direction des services de santé physique et de la Direction des soins infirmiers du CSSS [redacted] datée du 9 février 2010 ; • Échanges avec le CÉRSS de l'Université de Montréal ; • Certificat d'éthique de la recherche des sciences de la santé de l'université de Montréal, daté du 16 décembre 2009 ; • Curriculum vitae de madame Laurence Bernard ; • Curriculum vitae de madame Annette Leibing.
Date d'évaluation	22 février 2010
Documents en réponse	<ul style="list-style-type: none"> • Document intitulé « Précisions apportées suite à la demande du Comité d'éthique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Reçu le 23 février 2010) ; • Formulaire d'information et de consentement à la recherche (version du 3 mars 2010) ; • Affiche de recrutement (version du 23 février 2010) ; • Annonce de recrutement à publier dans le journal du CSSS [redacted] (version du 23 février 2010) ; • Courriel adressé à Mmes [redacted] et [redacted] respectivement coordonnatrice et secrétaire du comité d'éthique du CSSS [redacted] ainsi qu'à Mme [redacted] coordonnatrice du CÉR de l'Agence, ayant pour objet le dédommagement des infirmières participantes, par le CSSS.

Évaluation des réponses 3 mars 2010
(approbation finale des
modifications)

Établissement où se
déroule le projet CSSS [REDACTED]

1. DÉCISION DU COMITÉ

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (CÉR) agit comme CÉR pour l'évaluation éthique et le suivi des projets de recherche menés au CSSS [REDACTED]. Il a évalué votre projet de recherche. Le CÉR est d'avis que ce projet respecte les normes éthiques généralement acceptées pour ce genre de recherche. Le CÉR est favorable à l'émission du certificat d'éthique.

Le certificat de conformité éthique du projet est valide pour une période d'un an à compter du 3 mars 2010 si et seulement si les chercheurs respectent les engagements énoncés au point 2.

2. ENGAGEMENTS DES CHERCHEURS

Pour que le présent certificat soit valide, il est entendu que les chercheurs¹ :

- Tiendront et conserveront à jour la liste des sujets de recherche recrutés;
- Obtiendront l'approbation préalable du CÉR de toute modification autre qu'administrative apportée à un projet de recherche, sauf si la modification est nécessaire afin d'éliminer un danger immédiat pour les sujets de recherche – auquel cas le CÉR en sera avisé dans les meilleurs délais;
- Notifieront tout incident ou toute réaction indésirable et inattendue pouvant être liés à une procédure du projet;
- Notifieront tout nouveau renseignement susceptible d'affecter l'intégrité ou le caractère éthique du projet de recherche ou, encore, d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation;
- Notifieront toute suspension ou annulation d'autorisation relative au projet qu'aura formulée un organisme subventionnaire ou réglementaire;
- Notifieront tout problème constaté par un tiers au cours d'une activité de surveillance ou de vérification, interne ou externe, qui est susceptible de remettre en question l'intégrité ou le caractère éthique du projet ainsi que la décision du CÉR;
- Notifieront de l'interruption prématurée, temporaire ou définitive, du projet qui doit être accompagnée d'un rapport faisant état des motifs à la base de cette interruption et des répercussions de celle-ci sur les sujets de recherche;
- Fourniront au CÉR un bref rapport intérimaire au plus tard dans un an, condition nécessaire à un renouvellement annuel du présent certificat, le cas échéant;
- Transmettront au CÉR une copie du rapport final des résultats de l'étude lorsque celle-ci sera terminée.

¹ Adapté de : Ministère de la santé et des services sociaux (2007), Note de clarification relative au suivi continu de l'éthique des projets. Direction générale adjointe de l'évaluation, de la recherche et des affaires extérieures, Unité de l'éthique, p.4-5

En acceptant le présent certificat, les chercheurs acceptent de se conformer à toutes les conditions qu'il comporte.



Élodie Petit
Présidente
Comité d'éthique de la recherche
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

3 mars 2010
Date

**RENOUVELLEMENT D'UNE APPROBATION DE PROJET
PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE
DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL**

Projet n°	193
Intitulé	<i>Analyse critique de discours de la culture de sécurité face aux risques biologiques et pandémiques pour les infirmières</i>
Chercheur principal	Laurence BERNARD
Date d'émission du premier certificat	3 mars 2010
Document examiné dans le cadre du suivi continu	Formulaire « État d'avancement d'un projet de recherche approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal », reçu le 9 février 2011

Après examen du document précité, le CÉR décide de renouveler le certificat d'éthique du projet en titre, pour une période d'un an à compter du **3 mars 2011**.

Pour que le certificat soit valide, il est entendu que les chercheurs :

- 1) tiendront et conserveront à jour la liste des sujets de recherche recrutés ;
- 2) respecteront tous les engagements pris lors de l'approbation initiale et subséquemment ;
- 3) préviendront le CÉR de tout changement au protocole et/ou à la formule de consentement pouvant avoir des répercussions éthiques ;
- 4) lui rapporteront tout incident important survenant lors de l'étude ;
- 5) lui fourniront les renseignements demandés pour le suivi éthique de l'étude ;
- 6) fourniront au CÉR un bref rapport intermédiaire au plus tard dans un an, condition nécessaire à un autre renouvellement annuel du présent certificat, si nécessaire ;
- 7) enverront au CÉR une copie du rapport final des résultats de l'étude lorsqu'elle sera terminée.

En acceptant le présent certificat, les chercheurs acceptent toutes les conditions qu'il comporte.



Élodie Petit, Présidente
Comité d'éthique de la recherche
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

le 1^{er} mars 2011

Annexe 3 : Approbation scientifique du projet

Université 
de Montréal

Faculté des sciences infirmières

FCSP
2011/10/09

PROGRAMME CONJOINT DE DOCTORAT (SCIENCES INFIRMIERES)

APPROBATION SCIENTIFIQUE DU PROJET DE RECHERCHE DE THÈSE

Remplir en caractère d'imprimerie s.v.p.

Nom de l'étudiant(e) LAURENCE BERNARD _____ Code permanent BERL06577805 _____

Nom du directeur ANNETTE LEIBING_ Codirecteur DAVE HOLMES _____

Titre du projet ANALYSE CRITIQUE DE DISCOURS DE LA CULTURE DE SÉCURITÉ
FACE AUX RISQUES BIOLOGIQUES ET PANDÉMIQUES POUR LES INFIRMIÈRES _____

PROBLÉMATIQUE

Ces dernières années, la société a fait face à des éclosions de maladies infectieuses, telles que le SRAS, le Clostridium difficile ou la listériose. Celles-ci se sont jumelées aux risques biologiques reliés au bioterrorisme. Ces événements ont pu mettre en exergue la faible capacité adaptative du système de santé qui est déjà confronté à de nombreux problèmes dont la pénurie des infirmières. Face à ces risques biologiques, les infirmières qui donnent des soins directs à la population sont dites à risque d'infecter des patients et d'être infectées à leur tour.

Une préoccupation grandissante face aux risques biologiques reliés aux maladies infectieuses est palpable tant au niveau international que national ou provincial. Des maladies émergentes telles que le SRAS ou la grippe A/H1N1 ont mené à une prise en charge des risques pandémiques et à l'élaboration de mesures d'urgence pour maîtriser ces risques : développer une culture de sécurité est devenu une priorité de recherche de l'OMS. Malgré tout, peu d'écrits existent face à cette volonté de sécuriser la santé et le bien-être par toute une série de dispositifs au sein desquels les discours occupent une place importante en matière de culture de sécurité face aux risques biologiques. Une réflexion sociopolitique est nécessaire pour les infirmières qui sont aux premières loges en dispensant des soins à la population dans une perspective de prévention et de contrôle des infections dans laquelle elles se spécialisent.

... / 2

MÉTHODOLOGIE

Face à cette problématique, des questions doivent être posées : Y a-t-il une culture de sécurité face aux risques biologiques en lien avec la prévention et le contrôle des infections au sein d'un CSSS québécois? Comment se manifeste la culture de sécurité au sein des différentes composantes d'une organisation de soins de santé? Quels sont les discours en présence en matière de risque biologique et de sécurité face aux maladies infectieuses? Comment ces discours de sécurité face aux risques biologiques se traduisent-ils dans le quotidien des infirmières? Ce projet aura donc pour but d'explorer les discours entourant la culture de sécurité face aux risques biologiques dans le contexte d'un Centre de santé et de services sociaux québécois (CSSS). Le devis est une étude ethnographique critique qui permettra de soulever les enjeux sociopolitiques reliés aux discours en présence et de mettre en lumière le pouvoir et ses effets qui se capillarisent dans le quotidien des infirmières. La population ciblée est constituée des infirmières d'un CSSS montréalais. Un échantillon de convenance sera déterminé au fur et à mesure par boule de neige grâce aux informateurs clefs présents dans le milieu de recherche. Le devis comporte quatre volets pour la collecte de données : le premier est l'étude de documents, le second concerne une observation directe et un journal de terrain sera tenu et finalement, le dernier concerne les entrevues qui seront réalisées. La méthode retenue est une analyse de discours entourant la culture de sécurité et les risques biologiques à l'aide des cadres théoriques de Michel Foucault et de Deborah Lupton. Ce projet sera soumis au Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé de l'Université de Montréal à l'automne 2009.

LAURENCE BERNARD

Signature de l'étudiant(e)

15 OCTOBRE 2009

Date

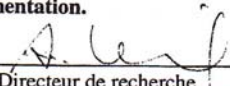
Pour des projets de recherche impliquant des êtres humains, ce projet de recherche sera évalué par un comité d'éthique pour s'assurer de sa conformité aux règles d'éthique concernant l'utilisation des êtres humains en expérimentation.

LAURENCE BERNARD

Étudiante

15 OCTOBRE 2009

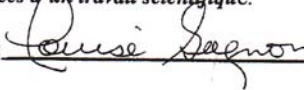
Date


 Directeur de recherche
SIGNATURES

Suite à l'évaluation de ce projet de recherche effectué dans le cadre d'une thèse de doctorat, nous considérons qu'il répond aux exigences d'un travail scientifique.

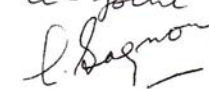
 NOM LOUISE GAGNON
 Présidente du comité d'approbation

Signature :



 NOM : _____
 Membre du comité d'approbation

Signature :

 Voir fax
 ci-joint


Date : _____

FSI - Approbation du projet de recherche

Page 2

MÉTHODOLOGIE

Face à cette problématique, des questions doivent être posées : Y a-t-il une culture de sécurité face aux risques biologiques en lien avec la prévention et le contrôle des infections au sein d'un CSSS québécois? Comment se manifeste la culture de sécurité au sein des différentes composantes d'une organisation de soins de santé? Quels sont les discours en présence en matière de risque biologique et de sécurité face aux maladies infectieuses? Comment ces discours de sécurité face aux risques biologiques se traduisent-ils dans le quotidien des infirmières? Ce projet aura donc pour but d'explorer les discours entourant la culture de sécurité face aux risques biologiques dans le contexte d'un Centre de santé et de services sociaux québécois (CSSS). Le devis est une étude ethnographique critique qui permettra de soulever les enjeux sociopolitiques reliés aux discours en présence et de mettre en lumière le pouvoir et ses effets qui se capillarisent dans le quotidien des infirmières. La population ciblée est constituée des infirmières d'un CSSS montréalais. Un échantillon de convenance sera déterminé au fur et à mesure par boule de neige grâce aux informateurs clefs présents dans le milieu de recherche. Le devis comporte quatre volets pour la collecte de données : le premier est l'étude de documents, le second concerne une observation directe et un journal de terrain sera tenu et finalement, le dernier concerne les entrevues qui seront réalisées. La méthode retenue est une analyse de discours entourant la culture de sécurité et les risques biologiques à l'aide des cadres théoriques de Michel Foucault et de Deborah Lupton. Ce projet sera soumis au Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé de l'Université de Montréal à l'automne 2009.

LAURENCE BERNARD

Signature de l'étudiant(e)

15 OCTOBRE 2009

Date

Pour des projets de recherche impliquant des êtres humains, ce projet de recherche sera évalué par un comité d'éthique pour s'assurer de sa conformité aux règles d'éthique concernant l'utilisation des êtres humains en expérimentation.

LAURENCE BERNARD

Étudiante

15 OCTOBRE 2009

Date

Directeur de recherche

SIGNATURES

Suite à l'évaluation de ce projet de recherche effectué dans le cadre d'une thèse de doctorat, nous considérons qu'il répond aux exigences d'un travail scientifique.

NOM LOUISE GAGNON
Présidente du comité d'approbation

Signature:

Louise Gagnon

NOM: Franco Carnevale
Membre du comité d'approbation

Signature:

Franco CarnevaleDate: 2 nov 2009

Annexe 4 : Formulaire de consentement à la recherche



Formulaire d'informations et de consentement à la recherche

Titre du projet : Analyse critique de discours de la culture de sécurité face aux risques biologiques et pandémiques pour les infirmières.

Lieu où s'effectue la recherche : CSSS [censuré pour maintenir l'anonymat]

Organisme subventionnaire : l'étude peut être réalisée grâce à une bourse d'études doctorales du Ministère de l'Éducation, des loisirs et du sport du Québec en partenariat avec l'Université de Montréal.

ÉTUDIANTE-CERCHEURE : Laurence Bernard.....

Université de Montréal, [redacted]

[redacted]

[redacted]

DIRECTRICE DE RECHERCHE : Annette Leibing.....

Université de Montréal, professeure [redacted]

[redacted]

[redacted]

CODIRECTEUR DE RECHERCHE : Dave Holmes
Université d'Ottawa, professeur [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

I. Introduction

Nous vous demandons de participer à ce projet de recherche parce que vous êtes infirmière et professionnelle de la santé au sein du CSSS [REDACTED]. Votre participation est volontaire et anonyme.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et les inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Le présent formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur et aux autres membres du personnel impliqué dans ce projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

À partir du moment où vous êtes en possession de ce formulaire, vous disposez d'une période de réflexion de deux jours pour donner votre accord et nous le retourner signé si vous acceptez de participer au projet de recherche.

II. Description de l'étude

Buts et objectifs de l'étude :

- Explorer la perception du risque et de la sécurité face aux maladies infectieuses auprès d'un échantillon d'infirmières cliniciennes et de gestionnaires québécoises.
- Explorer l'existence ou l'absence d'une culture de sécurité dans un établissement de santé et de services sociaux québécois.
- Explorer les discours en jeu en matière de sécurité et de risque biologiques face aux maladies infectieuses.

Envergure de l'étude et justification du projet : Cette étude se déroule dans le CSSS sur une période de 3 mois. Ce projet est important, car il touche aux mesures de prévention et de contrôle des infections face aux risques biologiques encourus par les infirmières en temps normal, mais également en cas de pandémie. Le contexte international de risques pandémiques face à la grippe A H1N1 ainsi que différentes menaces pandémiques liées à des infections émergentes justifie cette recherche. L'Organisation Mondiale de la santé souhaite développer une culture de sécurité au sein des établissements de santé et cela constitue une priorité internationale de recherche.

Méthodologie retenue : Le devis de recherche retenu est une ethnographie critique. Pour mener à bien ce devis, l'étudiante-chercheure va :

- analyser des documents entourant la culture de sécurité face aux risques biologiques,
- faire des observations en clinique durant des réunions professionnelles où les infirmières sont présentes et abordent des questions de sécurité face aux risques biologiques,
- tenir un journal de bord sur ses observations et les commenter,
- mener des entrevues auprès d'infirmières gestionnaires et cliniciennes.

III. Nature de la participation et durée de l'étude

En tant que participant à la recherche, votre rôle est important et permet à celle-ci de se dérouler, puisque les échanges qui auront lieu nous aideront à mieux comprendre la culture de sécurité face aux risques biologiques présente ou non au sein de votre établissement.

Nous recrutons des participants à l'aide d'affiches disposées dans le CSSS, ou par le bouche-à-oreille au sein de l'établissement (échantillon boule de neige). La participation des infirmières à cette étude est volontaire.

Ce que nous vous demandons est de participer aux entrevues individuelles qui seront menées par l'étudiante-chercheuse. Votre participation se limitera à une ou deux entrevues et se déroulera sur une demi-heure à trois quarts d'heure où nous vous demanderons votre point de vue d'infirmière sur différents sujets reliés aux maladies infectieuses.

Le moment des entrevues pourra se faire sur vos heures de travail si votre gestionnaire vous libère ou en dehors de vos heures de travail. Les entrevues pourront avoir lieu sur votre lieu de travail dans un bureau au CSSS ou encore à l'extérieur selon l'entente prise avec l'étudiante-chercheuse.

Étapes pour la participation aux entrevues :

- Premier contact pour planifier la date et le lieu d'entrevue, vérification avec la participante qu'elle est bien infirmière et donc respecte le critère d'inclusion pour la recherche, remise du formulaire d'informations et de consentement.
- Entrevue de 30 à 45 minutes
- Au besoin, entrevue complémentaire décidée avec la participante

L'étudiante-chercheuse a une maîtrise en sciences infirmières, option formation. Elle est spécialisée en santé mentale et en santé publique où elle a déjà mené deux enquêtes provinciales de besoins de formation pour fins de recherche. Elle mènera les entrevues dans

le CSSS auprès d'environ 5 infirmières gestionnaires et 10 infirmières cliniciennes issues des différentes installations telles que CH, CLSC, CHSLD.

IV. Conditions de participation

Pour pouvoir participer à l'étude, il est essentiel que vous soyez infirmière, donc que vous déteniez un droit de pratiquer la profession infirmière délivré par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Les entrevues seront menées auprès d'infirmières qui travaillent en clinique, peu importe leur niveau de formation (collégial, universitaire, dec-bac intégré). Il n'y a pas d'âge strict pour participer à la recherche, mais vous devez être âgé de 18 ans et plus et travailler au sein du CSSS, peu importe votre statut d'emploi (temps plein, temps partiel, temps partiel occasionnel).

Nous ne pourrions pas accepter d'inclure des participants issus d'autres professions, et nous n'incluons pas non plus de patients.

V. Risques et inconforts

À notre connaissance, il n'y a pas de risques ou d'inconforts possibles qui pourraient survenir dans le cadre de cette recherche.

Votre participation se limitera à une ou deux entrevues et se déroulera sur une demi-heure à trois quarts d'heure où nous vous demanderons votre point de vue d'infirmière sur différents sujets reliés aux maladies infectieuses.

VI. Avantages à participer

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à cette étude. Toutefois, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

VII. Participation volontaire et possibilités de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et doit être libre de toute pression. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer sans que cela n'affecte vos relations avec le CSSS. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous avez simplement à aviser l'étudiante-chercheuse responsable du projet, sa directrice ou son co-directeur.

L'étudiante-chercheuse responsable du projet de recherche peut aussi mettre fin à votre participation si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou si cela n'est plus dans votre intérêt. En cas de retrait précoce de l'étude, les informations fournies par le participant seront détruites.

Par ailleurs, le Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé (CÉRSS) de l'Université de Montréal peut également mettre fin au projet, notamment pour des raisons de sécurité ou de faisabilité. En cas d'arrêt de la recherche, les informations recueillies durant la recherche seront détruites.

Les participants seront avisés de toute nouvelle information susceptible de les faire reconsidérer leur participation à l'étude.

VIII. Confidentialité

Durant votre participation à ce projet, l'étudiante-chercheuse recueillera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques. Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels. Vous ne serez identifié que par un numéro de code auquel seule l'équipe de recherche aura accès. La clé du code, reliant votre nom à votre dossier de recherche, sera conservée par le chercheur responsable. Les données de recherche seront conservées pendant sept ans après la fin de l'étude et seront détruites par la suite.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

Pour des raisons de surveillance et de contrôle de la recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par l'organisme subventionnaire, le CÉRSS ou le CÉR de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal. Toutes ces personnes respecteront la politique de confidentialité. Les données pourront être publiées dans des revues scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

Durant les entrevues, un enregistrement vocal sera réalisé. Ceci permet à l'étudiante-chercheuse de n'omettre aucune information concernant les informations que vous voudrez échanger. Les enregistrements seront identifiés par un code attribué à l'entrevue afin d'assurer la confidentialité et seront consignés dans votre dossier de recherche qui sera détruit 7 ans après la recherche.

IX. Compensation et indemnisation

Vous ne recevrez pas d'argent pour votre participation à ce projet de recherche. Cette participation pourrait vous occasionner des dépenses (stationnement, essence, repas, taxis) qui ne vous seront pas remboursées.

En signant le présent formulaire d'information et de consentement, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'organisme subventionnaire et l'établissement de leurs responsabilités civile et professionnelle.

X. Communication des résultats

Vous pourrez communiquer avec l'étudiante-chercheuse afin d'obtenir de l'information sur l'avancement des travaux ou les résultats du projet de recherche. L'état d'avancement de nos travaux vous sera communiqué à la fin de la recherche par courriel.

Possibilité d'inscrire votre courriel :

XII. Personnes ressources

Si vous avez des questions au sujet de cette étude, vous pouvez communiquer (avant, pendant et après l'étude avec une des personnes suivantes:

- **Laurence Bernard**, étudiante-chercheuse, par téléphone [REDACTED] ou par courriel
- **Dr Annette Leibing**, professeure et directrice de recherche, par téléphone [REDACTED] ou par courriel à [REDACTED]
- **Dr Dave Holmes**, professeur et co-directeur de recherche, par téléphone [REDACTED] ou par courriel à [REDACTED]

Pour toute question d'ordre éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez en discuter avec le responsable du projet, expliquer vos préoccupations à la présidente du Comité d'éthique de la recherche des Sciences de la santé de l'Université de Montréal, Mme Marie-France Daniel (Téléphone [REDACTED]).

Si vous avez des questions concernant vos droits en tant que participant(e) à cette étude ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec l'ombudsman de l'Université, Madame Pascale Descary, au [REDACTED] entre 9h et 17h.

Le Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Vous pouvez également communiquer avec le Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal au [REDACTED] ou au courriel . Ce comité assure également le suivi de la recherche.

XII. Consentement

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions à ma satisfaction et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement me sera remise.

Nom et signature du participant *Date :*

Engagement et signature du chercheur :

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le participant avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans aucune conséquence négative.

Je m'engage avec l'équipe de recherche à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant.

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche *Date :*

Annexe 5 : Guide d'entrevue

Gr. Inf. gestionnaire Gr. Infirmière Participant : numéro
--

Guide d'entrevue à réaliser auprès des infirmières

Rappel des buts de la recherche :

- Explorer la perception du risque et de la sécurité face aux maladies infectieuses auprès des infirmières cliniciennes et gestionnaires québécoises.
- Explorer l'existence ou l'absence d'une culture de sécurité dans un établissement de santé et de services sociaux québécois.
- Explorer les discours en jeu en matière de sécurité et de risque biologiques face aux maladies infectieuses.

Rappel des questions de recherche :

- 4) Y a-t-il une culture de sécurité face aux risques biologiques en lien avec la prévention et le contrôle des infections au sein d'un CSSS québécois?
 - Comment se manifeste la culture de sécurité au sein des différentes composantes d'une organisation de soins de santé?
- 5) Quels sont les discours en présence en matière de risque biologique et de sécurité face aux maladies infectieuses?
- 6) Comment ces discours de sécurité face aux risques biologiques se traduisent-ils dans le quotidien des infirmières?

Rappel de la population ciblée : 5 infirmières gestionnaires et 10 infirmières soignantes

Séquence des entretiens :

1. Présentation de la responsable de la recherche.
2. Information sur la recherche et signature du consentement éthique par le participant et la responsable de la recherche.

3. Enregistrement du numéro de participant sur l'enregistreur vocal numérique et sur le guide d'entrevue.
4. Début de l'entrevue en abordant différents thèmes permettant de couvrir les questions de recherche.

Thèmes abordés dans une séquence et une expression contextualisées à l'entrevue:

Sujet 1 : les maladies infectieuses

Idées sous-jacentes : vision du contexte international, national, provincial et local des maladies infectieuses

Exemple de question:

Que pensez-vous des maladies infectieuses comme infirmière?

Quelle est votre perception de la pandémie mondiale A/H1N1?

Quel est l'impact des maladies infectieuses sur votre réalité de travail?

Sujet 2 : les risques biologiques

Idées sous-jacentes : perception du risque biologique pour soi et pour les autres. Connaissances sur les risques biologiques liées à la formation de base et continue en sciences infirmières. Modulation de la pratique face aux risques. Observation du risque biologique dans le milieu?

Exemple de question :

Que savez-vous des risques biologiques?

Comment percevez-vous les risques biologiques?

Vous sentez-vous directement à risque face aux maladies infectieuses et aux risques pandémiques?

Votre formation académique de base ou la formation continue dispensée par votre employeur vous informe-t-elle des maladies infectieuses et des risques biologiques pour les infirmières?

Sujet 3 : la gestion des risques biologiques

Idées sous-jacentes : gestion des risques biologiques dans l'établissement. Participation infirmière aux mesures de gestion risques biologiques.

Exemple de question :

Comment sont gérés les risques biologiques dans l'établissement selon vous?

Participez-vous aux mesures pour gérer ces risques?

Sujet 4 : la sécurité au sein de l'établissement en lien avec les risques biologiques

Idées sous-jacentes : Signification d'être en sécurité. Valeurs autour de la sécurité perçues et vécues.

Exemple de question ouverte :

Que signifie être en sécurité pour vous?

Percevez-vous que la sécurité face aux risques biologiques est une préoccupation importante de votre institution de soin?

Comment vivez-vous dans votre quotidien d'infirmière ces questions de sécurité face aux maladies infectieuses et aux risques biologiques?

Sujet 5 : la culture de sécurité au sein de l'établissement en lien avec les risques biologiques

Idées sous-jacentes : Perception d'une culture de sécurité au sein de l'établissement. Variation potentielle de la culture au sein d'un même établissement.

Exemple de question :

Qu'est-ce qu'une culture de sécurité face aux risques biologiques pour vous?

Percevez-vous qu'il existe une culture de sécurité au sein de votre établissement?

Y a-t-il une différence entre votre perception de la culture de sécurité et celle qui est véhiculée par votre employeur?


Sentez-vous que la culture de sécurité varie d'une unité à l'autre, d'une installation (pavillon de l'établissement de santé) à l'autre?

5. Résumé de l'entretien et validation de la compréhension des réponses auprès des participants.
6. Conclusion de l'entretien, remerciements, le participant est avisé que la responsable de la recherche le recontactera suite à la recherche pour lui partager les résultats.

Références

- Ballinger, C. Cheek, J. (2006). Discourse analysis in action: the construction of risk in a community day hospital. IN Finlay, L. Ballinger, C. (eds). *Qualitative Research for Allied Health Professionals: challenging choices*. Wiley: West Sussex. 269p.
- Clair, P. (2003). *Expressions of ethnography : novel approaches to qualitative methods*. State University of New York Press: Albany.
- Clifford, J. Marcus, G.E. (1986). *Writing culture: The Poetics and Politics of Ethnography*. University of California Press: Berkeley. 305p.
- Madison, D.S. (2005). *Critical ethnography: Method, Ethic, and Performance*. Sage: Thousand Oaks. 247p.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods: 3 ed*. Sage: Thousands Oaks. 598p.
- Thomas, J. (1993). *Doing critical ethnography*. Sage University Paper: Newbury Park. 83p.
- Van Maanen, J. (1988). *Tales of the field : on writing ethnography*. The University of Chicago Press: Chicago. 173p.

Annexe 6: Affiche de recrutement de participants



Recherche doctorale

Recherche acceptée par le
comité d'éthique de la recherche du CSSI [redacted]

Avis aux infirmières

Partagez votre opinion sur les risques pandémiques et les maladies infectieuses !

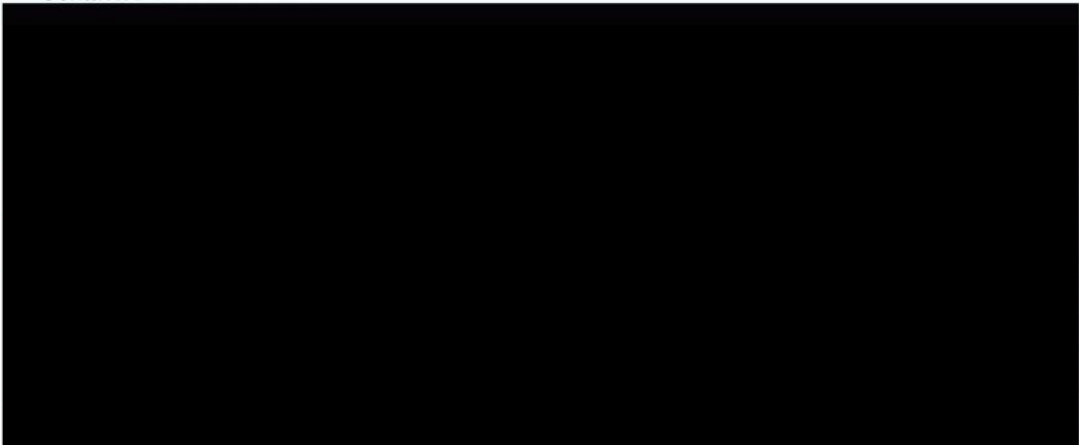
La sécurité face à ces risques vous questionne ?

Je suis étudiante-chercheure en thèse de doctorat à l'Université de Montréal. Ma recherche est consacrée à « l'analyse critique de discours de la culture de sécurité face aux risques biologiques et pandémiques pour les infirmières ».

Je vous propose des rencontres individuelles de 30 à 45 minutes afin de connaître votre avis sur la question des maladies infectieuses.


Je cherche : 10 infirmières soignantes et 5 infirmières gestionnaires intéressées à partager leur avis sur ces questions

Contactez Laurence Bernard :



Annexe 7 : Article de visibilité de la recherche publié dans le journal du CSSS

Soins infirmiers
Recherche doctorale
au CSSS [REDACTED]





Laurence Bernard, conseillère cadre en communication

Laurence Bernard est étudiante-chercheuse en thèse de doctorat à l'Université de Montréal. Sa recherche est consacrée à « l'analyse critique de discours de la culture de sécurité face aux risques biologiques et pandémiques pour les infirmières ». Pour alimenter sa recherche, elle est en quête de l'opinion des infirmières sur les risques pandémiques et les maladies infectieuses. Se questionnent-elles sur la sécurité face à ces risques ? Laurence lui a posé quelques questions.

Qu'est-ce qui vous a poussée à choisir ce sujet de recherche ?

Le domaine des maladies infectieuses est en pleine expansion. L'expérience du SRAS à Toronto et celle du Clostridium difficile au Québec incitent les infirmières à développer de nouveaux champs de compétences. Les savoirs infirmiers traditionnels entourant l'hygiène hospitalière sont sollicités plus que jamais par la création d'un nouveau rôle infirmier en prévention et contrôle des infections (PCI). Il ne s'agit pas seulement d'une spécialisation, mais également d'un souci qui touche toutes les infirmières pour se protéger des maladies infectieuses et protéger leurs patients et leurs familles.



Pourquoi est-ce important d'avoir des participantes à la recherche provenant des différentes missions du CSSS ?

La fusion des établissements est relativement récente. Malgré les efforts des gestionnaires pour développer une vision stratégique et une gestion harmonisée, il subsiste des entités physiquement séparées dans chaque CSSS au Québec. La mission des installations est différente et donc, leur réalité également. Il est crucial d'aller chercher la perspective des infirmières des CLSC et des centres d'hébergement, afin que leur voix soit entendue au même titre que les infirmières hospitalières. Entendre la voix de différentes infirmières permet également de valider la présence ou l'absence d'une culture de sécurité sur les différents sites du CSSS selon une perspective infirmière.

Qu'est-ce que cela exigera des infirmières qui souhaitent participer à votre recherche ?

Tout simplement 30 à 45 minutes de leur temps pour une rencontre individuelle afin de prendre connaissance de leur avis sur la question des maladies infectieuses. Il suffit de me contacter par téléphone [REDACTED] ou par courriel à l'adresse suivante : [REDACTED]

YVES
VOLUME 4 NUMÉRO 7 - AVRIL 2010
3

Annexe 8 : Grille d'observation inspirée de Peretz (2004)

Thèmes proposés pour guider l'observation de dispositifs discursif et non-discursif
dans le milieu de recherche :

- 1) **Définition de la situation observée** : situation géographique et nom du lieu, expressions utilisées lors des premières rencontres, impressions générales dans l'établissement.
- 2) **Inventaire des objets, des espaces, des instruments, des outils et éléments du décor nécessaires à l'action**. Dresser une carte géographique de l'établissement. Exemple d'information à consigner : la gelée désinfectante est placée à l'entrée à côté du gardien de sécurité avec mention que toute personne entrante ou sortante du CSSS est tenue de se laver les mains.
- 3) **Règles formelles définissant la présence dans les lieux** : heures d'ouverture, affichage des règlements, qui peut entrer et sortir des bâtiments, règles d'isolement/quarantaine pour la prévention et le contrôle des infections.
- 4) **Qui fait quoi? Qui sont les professionnels et où se situent-ils et quand?** Exemple : observer les relations entre les infirmières au niveau de la PCI durant le jour, le soir et sur le chiffre de nuit. Qui est présent lors des réunions, qui fait quoi et sur quel comité siège-t-il? Qui instaure la quarantaine, la gère, la lève? Qui est responsable et imputable de la PCI pour l'établissement?
- 5) **Qui sont les utilisateurs du lieu?** Les utilisateurs sont-ils différenciés entre eux? Quels sont leurs droits?
- 6) **Quels sont les usages du lieu?** Y a-t-il des normes disciplinaires en place en lien avec la PCI? Quels sont les usages coutumiers ou scientifiques des normes?
- 7) **Situer l'établissement dans un environnement communautaire et territorial plus large**. Exemple d'information à consigner : cet établissement a-t-il plusieurs vocations ou une seule mission? Quelle est sa place géographique au sein du quartier, sa présence au sein de la communauté qu'il dessert?

Annexe 9: Dispositif type de rinçage des mains




(source : <http://fr.canoe.ca/archives/infos/quebeccanada/media/2009/10/20091007-054000-g.jpg>)

Annexe 10 : Articles du journal local

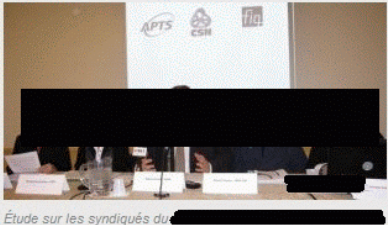
Étude sur les syndiqués du [REDACTED]

Publié le 27 Mars 2010
Pascal LeBlanc



40% souffriraient de détresse psychologique élevée

Les résultats d'une enquête menée auprès des syndiqués du Centre de santé et de services sociaux [REDACTED] ont été dévoilés lors d'une conférence de presse, le 23 mars. La situation semble peu reluisante puisque l'étude révèle que 40% des salariés de l'établissement présentent des symptômes de détresse psychologique élevée.



Étude sur les syndiqués du [REDACTED]

Sujets : [REDACTED] FIQ, Université du Québec à Montréal, [REDACTED], Québec, [REDACTED]

À l'automne 2008, Angelo Soares, professeur à l'Université du Québec à Montréal, a distribué 1240 questionnaires aux membres de l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS), de la Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS-CSN) et de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) en poste au [REDACTED]. Près de 38% ont répondu.

Plusieurs variables organisationnelles ont été considérées et parmi celles dont les résultats sont les plus révélateurs, notons que 40% ont souligné une surcharge de travail, 65% éprouvent un sentiment d'injustice au travail, 60% ont un sentiment d'avoir une mauvaise communication avec leur employeur et plus de la moitié mentionnent qu'il y a incohérence entre leurs valeurs et celles de l'organisation. « Environ le tiers des participants ont également ajouté des commentaires relatant des problèmes de gestion, des changements administratifs trop fréquents et autres, a ajouté M. Soares. Plusieurs se sont dits aussi victimes de harcèlement psychologique. »

Les conclusions de l'enquête dénombrent plusieurs éléments, mais selon le professeur, il faut s'attaquer à la source du problème. « La culture organisationnelle et l'organisation du travail sont à repenser. Il ne faut pas être victime de la mode managériale. C'est impossible de transposer un modèle industriel [NDLR: le toyotisme] sur un établissement qui offre des services. La démocratie doit régner dans le système de santé », indique M. Soares.

Témoignages des syndicats

[REDACTED] qui représentent respectivement l'APTS, la FSSS-CSN et la FIQ ont ensuite livré des témoignages démontrant ce qu'ils vivent au quotidien.

« Depuis le départ de sept psychiatres de [REDACTED], il y a deux ans, nous ne savons toujours pas de quelle façon nous devons répondre aux clients. Si on demande aux gestionnaires, ils nous disent de nous taire, même durant les réunions d'équipe », affirme [REDACTED]. « Un CLSC, un hôpital ou un centre d'hébergement ce n'est vraiment pas la même chose, même s'ils sont fusionnés. L'employeur arrive avec une façon de faire qui n'est pas adaptée à la réalité et souvent il ne reste pas assez longtemps pour s'habituer », déplore M. [REDACTED]. »

Appui de Québec Solidaire

La présidente de Québec Solidaire, Françoise David, est venue témoigner son soutien envers les syndiqués du [REDACTED] lors de la conférence de presse. Même si le professeur Soares a tenu à préciser que les résultats de l'enquête ne s'appliquaient uniquement qu'au [REDACTED], Mme David a mentionné que si une étude similaire était menée dans d'autres établissements de la province, on pourrait probablement tirer des conclusions similaires.

« Le salaire est important pour tous les travailleurs, mais les conditions de travail aussi. La situation actuelle est le résultat d'un choix politique où le privé a meilleur goût. Nous sommes devant un choix de société », a-t-elle conclu.

Le CSSS [redacted] réfute l'étude



Publié le 27 Mars 2010
Pascal LeBlanc

L'administration du Centre de santé et de services sociaux [redacted] a annoncé, le 23 mars, par voix de communiqué, qu'elle réfutait l'ensemble des allégations des syndicats locaux en regard des résultats d'une étude sur la qualité de vie au travail rendue publique plus tôt le même jour .

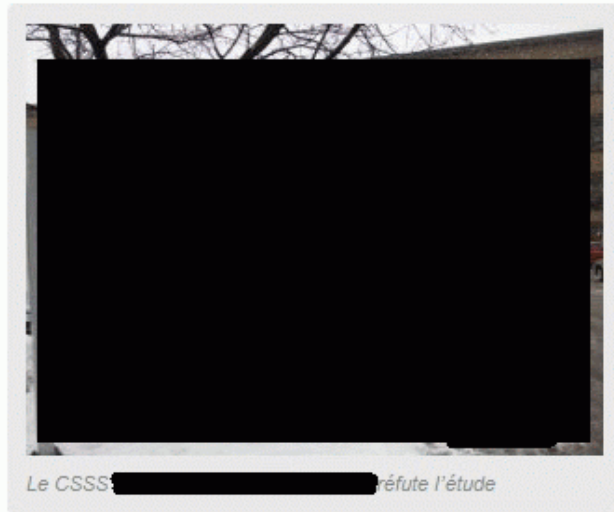
Sujets : Centre universitaire , CSST , [redacted]

Les dirigeants de l'établissement remettent également en question la rigueur de la méthodologie et la démarche scientifique de l'étude. Ils rappellent par la même occasion que le taux de participation à l'enquête qu'ils ont menée avec le support du Centre universitaire de santé McGill était de 60,5%, par rapport à 38% pour l'étude du professeur Angelo Soares.

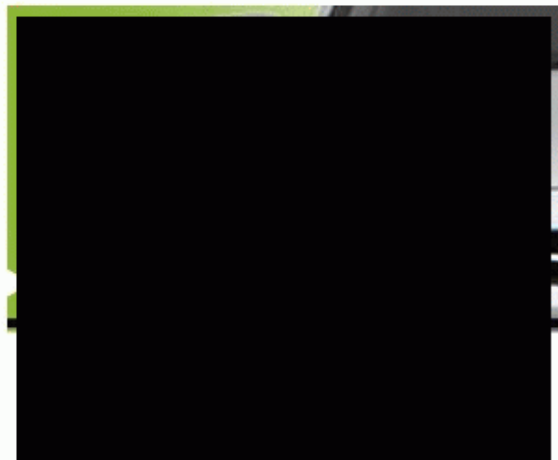
De plus, le [redacted] soutient que plusieurs indicateurs leur permettent d'affirmer que le climat de travail au sein de l'établissement n'est pas celui dépeint par l'enquête réalisée uniquement auprès des syndiqués.

Il mentionne entre autres le taux d'assurance salaire, qui serait l'un des plus performants des CSSS. [redacted] expliquerait le faible taux d'absentéisme pour cause de maladie. Le taux de cotisation à la CSST est également inférieur aux établissements comparables, ce qui signifierait un nombre moindre d'accidents de travail, incluant les lésions psychologiques. Des investissements majeurs dans le développement des compétences ont représenté 1,72 % de la masse salariale dans la dernière année, alors que la loi exige un investissement minimum de 1%. Finalement, le taux de roulement et de rétention serait parmi les plus enviables pour les établissements comparables.

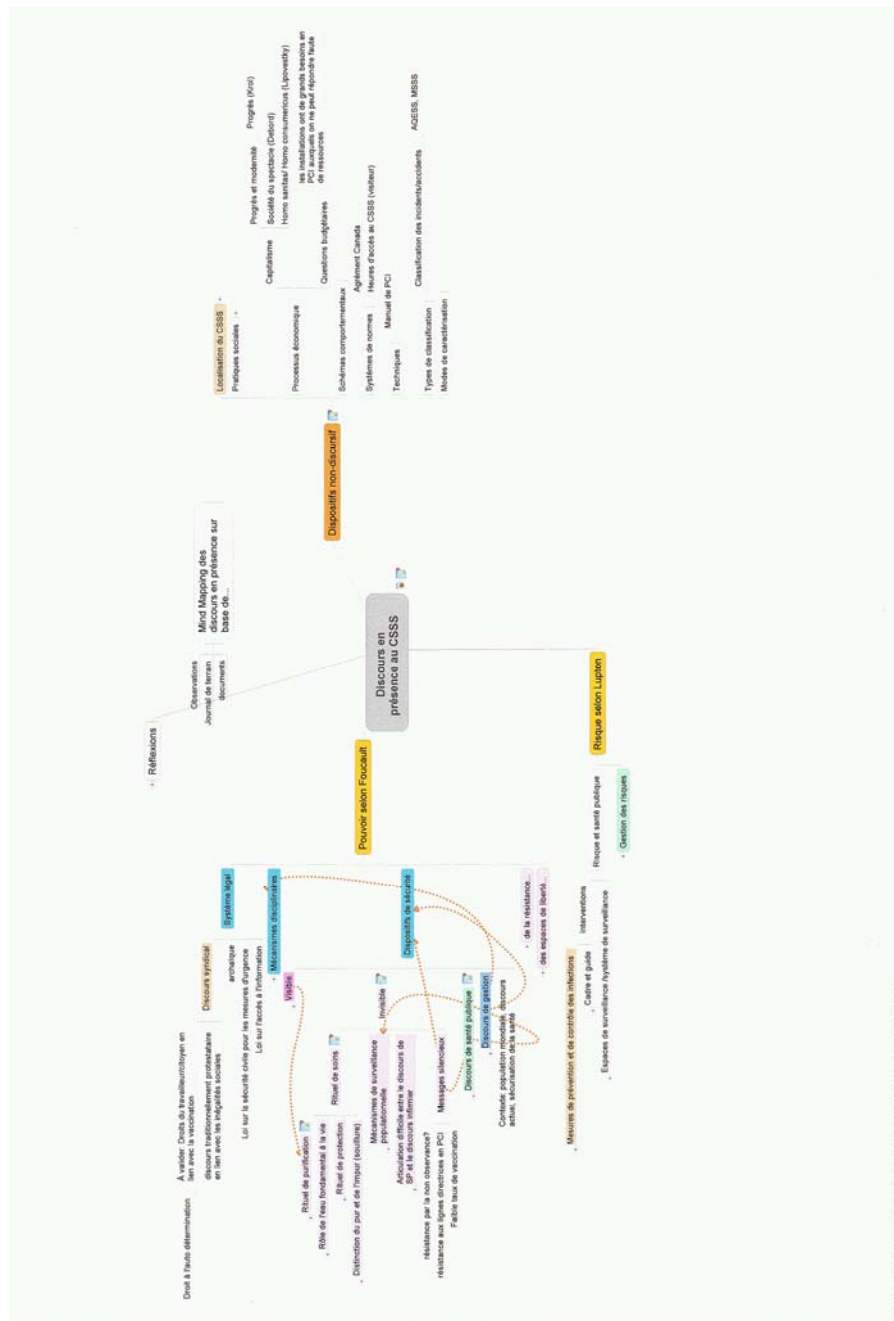
Le [redacted] a conclu en soulignant qu'il se souciait du bien-être et de la qualité de vie au travail de ses salariés et qu'il reconnaissait leur apport quotidien dans la qualité des soins et services dispensés à la population.



Le CSSS [redacted] réfute l'étude



Annexe 11 : carte heuristique (mind mapping) de l'analyse critique



Discours en présence au CSSS mmmap - 2011-07-27 -

Annexe 12 : Arbre thématique

Titre de la thèse doctorale : Analyse critique de la culture de sécurité face aux risques biologiques et pandémiques pour les infirmières

Auteure : Laurence Bernard

Directrice : Pr Annette Leibing

Codirecteur : Pr Dave Holmes

Lieu de recherche : CSSS montréalais

Devis : ethnographie critique

Méthodologie : observation dans le milieu, étude de documents, entrevues, tenue d'un journal de terrain

Population cible : infirmières d'un CSSS

Milieu de recherche : CSSS montréalais comportant différentes installations, dont des résidences et des CLSC

Buts de la recherche :

- Explorer la perception du risque et de la sécurité face aux maladies infectieuses auprès des infirmières cliniciennes et gestionnaires québécoises.
- Explorer l'existence ou l'absence de culture de sécurité dans un centre de santé et de services sociaux québécois (CSSS).
- Explorer les discours en présence dans le CSSS en matière de sécurité et de risque biologiques face aux maladies infectieuses.

Questions de recherche :

- Comment se manifeste la culture de sécurité au sein des différentes composantes d'une organisation de soins de santé?
- Quels sont les discours en présence en matière de risque biologique et de sécurité face aux maladies infectieuses?
- Comment ces discours de sécurité face aux risques biologiques se traduisent-ils dans le quotidien des infirmières?

Analyse des résultats :

- Analyse thématique
- Analyse critique

Résumé : axes thématiques majeurs issus de l'analyse

- 1) **Axe de la pandémie dont la maladie infectieuse et de sa prévention** : pandémie et temporalité, conception de la MI, mesures de PCI.
- 2) **Axe du risque et de sa gestion** : types de risques, risque biologique, perception du risque, gestion des risques et du CSSS.
- 3) **Axe de la sécurité et de sa culture** : perception de la sécurité, sécurité des patients, émergence d'une culture de sécurité ou d'une culture du blâme, communication et culture de sécurité : santé et sécurité au travail, formation et développement d'un rôle infirmier en PCI contributif à la culture de sécurité.

Avertissement au lecteur :

Les verbatims transcrits ici constituent les expressions verbales des participants. La qualité du français n'a pas été retouchée afin de préserver l'originalité du matériel issu des entrevues des participants, tel que recommandé par Paillé et Muchielli (2010).

Remerciements:

Nous tenons à remercier Sylvain Massie et Éric Allard pour leur précieuse aide dans la retranscription des entrevues audionumériques.

Nous remercions les participants à cette recherche qui ont contribué à la validation et à la clarification des verbatims.

Nous remercions également l'expert en gestion des risques d'avoir pris le temps de valider cet arbre thématique et d'y avoir apporté quelques commentaires, ce qui contribue à renforcer la rigueur de la démarche analytique (Denzin et Lincoln, 2011; Paillé et Muchielli, 2010)

Arbre thématique

(Adapté de Paillé et Muchielli, 2010, p.205)

Crée à partir de l'analyse thématique des entrevues réalisées auprès des infirmières du CSSS

Axes thématiques	Regroupements thématiques	Thèmes	Extraits de verbatims
Pandémie de grippe A/H1N1	Mondialisation des voies de propagation/transmission infectieuse	Les gens voyagent beaucoup et rapportent des maladies et contaminent leur pays d'origine	« là on voyage vraiment beaucoup plus pis les gens prennent pas nécessairement toutes les précautions (...) ils reviennent malade (...) là ils rapportent tout ça ici (...) fake souvent eux autres ils nous apportent la gastro » (participant 4)

Pandémie de grippe A/H1N1 (suite)	Vraisemblance de la pandémie	Il y a eu une exagération : un seul cas a déclenché toute cette campagne de vaccination	« je dis on est allé un peu fort nous là dans le H1N1 (...) le petit jeune joueur de hockey après tout le monde voulait se faire vacciner à partir de cet évènement-là » (participant 4)
	Vraisemblance de la pandémie (suite)	L'évaluation de la gravité de l'OMS est remise en cause	« on était en <u>menace de pandémie</u> (...) c'est vrai que si on regarde l'échelle de l'OMS au niveau des critères on les rencontrait sauf qu'au niveau de gravité, écoute la grippe a fait plus de victimes, <u>l'influenza en général a fait plus de victimes, en fait plus que ce que le H1N1 peut faire</u> » (participant 7)

		<p>Absence de remise en question du caractère réel de l'existence d'une pandémie à la lumière des données scientifiques (OMS, SP Québec)</p>	<p>« je <u>crois</u> qu'il y a eu une pandémie, mais d'ailleurs les <u>données scientifiques</u> le disaient l'<u>OMS</u>. Moi j'me suis fiée à ces organismes là, aux données que la <u>Santé publique</u> du Québec faisait. Donc je n'ai pas remis ça en question (...) » (participant 10)</p>
		<p>La pandémie est perçue comme une folie collective</p>	<p>« pis toute cette <u>folie collective</u> parce que ça été vraiment de la folie collective tout ça là » (participant 9)</p>
		<p>L'épisode de réaction à la pandémie a été grossi par les</p>	<p>« mais tout ça pour dire que finalement ça été peut-être</p>

Pandémie de grippe A/H1N1 (suite)		médias : plus de cas meurent de la grippe saisonnière que de la H1N1	gros par les médias, parce que y'a plus de si on lisait, si on faisait la liste de la lecture de la littérature y'a plus de gens qui meurent de la grippe que de là H1N1 si on fait le décompte pis on ne prend pas toutes ces mesures-là tsé c'est ça l'histoire » (participant 4)
		La vraisemblance de la pandémie est remise en cause	« on n'était pas en épidémie ok si on avait touché ce point là oui. c'est un peu comme ça quand je dis active on était, y'a eu certaines périodes ou on était comme plus susceptible d'y arriver là. » (participant 9)

		<p>La réaction a été une bonne réaction de prévention et de préparation à la pandémie</p>	<p>« moi je ne trouve pas qu'on a fait ça pour rien parce que tant mieux s'il n'y en a pas eu mais s'il y en avait eu je pense qu'on était quand même prêt (...) là on l'a fait pis y'é rien arrivé tant mieux » (participant 5)</p>
		<p>La pertinence et l'adéquation de la réponse face à la pandémie peuvent être questionnées</p>	<p>« maintenant jusqu'où ça été nécessaire de faire tout ça, ça moi tsé je pense que j'ai pas les moyens ni les connaissances pour aller me débattre de ça ceux qu'y est ont, même ceux qu'yé sont pas en ont débattu » (participant 9)</p>

Pandémie de grippe A/H1N1 (suite)		Le risque aurait peut-être été surévalué	« sur la pandémie de H1N1, mon opinion a changé avec le temps(...) j'en suis, à me demander si le risque a pas été surévalué » (participant 6)
		L'information scientifique en lien avec la vaccination était changeante	« toute l'information scientifique qu'on avait eue avant avec les justifications ça tenait, c'était différent en peu de temps » (participant 6)
		La pandémie s'est réellement produite	« ce qu'il y a eu une vraie pandémie je crois que oui les virus circulaient » (p.inf.c.8) mais est-ce qu'il y a eu une pandémie (...) oui je crois qu'il y en a eu une » (participant 8)

		<p>Doutes émis quant aux conséquences réelles qu'aurait pu avoir la pandémie</p>	<p>« est-ce que l'impact aurait été aussi important que ce qui nous a été annoncé je ne sais pas j'ai des doutes (...) j'aurais été curieuse de savoir, quel aurait été l'impact réel sur une clientèle adulte en bonne santé » (participant 8)</p>
<p>Pandémie de grippe A/H1N1 (suite)</p>	<p>Perception de la population : menace sérieuse, panique et folie collective</p>	<p>La population est paniquée</p>	<p>« il y a eu quand même un petit peu un vent de panique dans la population » (participant 6)</p>
		<p>Les populations qui se présentent à la vaccination prenaient au sérieux la menace</p>	<p>« Ben je voyais que la plupart des gens <u>prenaient au sérieux cette menace-là</u> et qu'ils</p>

		<p>en lien avec la maladie infectieuse</p>	<p>faisaient leur petit pas pour que eux-mêmes et leurs proches soient protégés. Ils en avaient quelques-uns qui avaient un <u>discours</u> qui était un peu <u>ironique</u> par rapport à tout ça, mais qui <u>malgré tout venaient se faire vacciner.</u> » (participant 10)</p>
	<p>Perception de la population : panique et folie collective (suite)</p>	<p>Une inquiétude est générée par les médias auprès des patients/de la population</p>	<p>« les patients <u>en entendaient parler</u> pis... si y t'appellent c'est quand vous allez venir me vacciner pis chui <u>inquiète</u> » (participant 9)</p> <p>«là quand je te parle de <u>folie collective</u> écoute y'avait pas une journée ou on avait pas 5 - 6 téléphones là (...) je pense</p>

Pandémie de grippe A/H1N1 (suite)			que dans <u>tout ce qu'il y avait de propagé dans les médias</u> » (participant 9)
		L'inquiétude générée par les médias auprès des patients/population a induit leur volonté de se faire vacciner	« selon ce qui écoutaient comme, comme publicité pis comme incitation à aller se faire vacciner c'était juste et logique qu'ils étaient inquiets. pis qu'ils veulent tsé » (participant 9)
		La population est paniquée, apeurée et suspecte une contagiosité au moindre signe qui est interprété rapidement comme pathologique	« ça a alarmé les gens c'était, quand je te dis <u>folie collective</u> : tu commençais à <u>tousser</u> un peu pis là <u>t'as tu le H1N1</u> pis c'est ça quand je te dis » (participant 9) « c'était une <u>folie collective</u> et en dehors de mon milieu de

Pandémie de grippe A/H1N1 (suite)			travail les gens aussi c'était devenu comme si <u>tu tousses</u> là, <u>approche-moi pas</u> , vient pas c'était vraiment je trouve que la <u>population apeurée</u> » (participant 9)
	Approche structurée et systématique du Ministère de la Santé	Les directions d'établissements se sont dévouées à participer à un plan	« c'était un dossier qui était prioritaire pour lequel toutes les directions ce sont dévoués, en fait, on participé à un plan » (participant 7)
	Approche structurée et	Approche Top-Down du Ministère pour donner ses directives et contrôler le personnel de terrain	« l'Agence, le ministère on répondait c'était du top down donc on avait des choses à, des comptes à rendre pis on avait des étapes à suivre; c'était

Pandémie de grippe A/H1N1 (suite)	systématique du MSSS (suite)		assez structuré » (participant 7)
		Le Ministère définit des directives en matière de vaccination y compris les critères de sélection pour être vacciné	« qu'on manquait de vaccin et ça n'allait pas bien pis que bon on savait, fallait sélectionner, fallait suivre le ministère, fallait suivre les directives du ministère dans ce sens-là ou de l'agence » (participant 7)
		La communication des directives du Ministère vers le terrain est changeante	« par le ministère, par l'agence y'a eu quelques confusions avec, parce que quand on écoutait les nouvelles pis quand on revenait le matin, c'est parce que ça bougeait tellement vite là fallait être

	Approche structurée et systématique du MSSS (suite)		prêt » (participant 7)
		Les stocks de vaccins sont gérés de manière très serrée	« c'était géré serré très serré » (participant 7)
	Résistance des infirmières face aux critères du MSSS pour l'administration des vaccins	Les infirmières ne sont pas d'accord avec les critères de vaccination énoncés par le Ministère	« fallait suivre les directives du ministère dans ce sens-là ou de l'agence, mais on n'était pas toujours en accord avec ça » (participant 7)

Pandémie de grippe A/H1N1 (suite)		Les infirmières perçoivent les critères énoncés par le Ministère comme étant rigides et difficiles à gérer	« <u>c'était rigide c'était très rigide</u> c'était correct, mais en même temps c'était difficile pour nous » (participant 7)
	Vaccination massive des infirmières par peur de la pandémie	70% des infirmières se sont fait vacciner parce que c'était épeurant	« on a eu un haut niveau de vaccination pour le H1N1 parce que c'était <u>épeurant</u> (...) je pense, qu'on a eu <u>70% de taux de vaccination</u> » (participant 7) « on a jamais eu un taux de vaccination aussi élevé » (participant 7)
		Contrôle par les pairs : Une sensibilisation rapprochée en	« c'était la journée de la vaccination pour le personnel

Pandémie de grippe A/H1N1 (suite)	Vaccination massive des infirmières par peur de la pandémie (suite)	faveur de la vaccination du personnel s'est opérée par les contacts/questionnements directs avec les gestionnaires	pis j'ai dit Pis, avez-vous faite faire votre vaccin » (participant 7)
		L'infirmière était contre la vaccination	« moi avant je ne me faisais pas vacciner j'étais contre la vaccination » (participant 7)
		Suite aux formations continues et sensibilisations ces 15 dernières années, l'infirmière se fait vacciner en se gardant d'émettre son opinion contre la vaccination	« moi je vais garder mon opinion, moi je me fais vacciner, maintenant je le dis, je me fais vacciner (...) je pense qu'il faut que je sois congruente fake que je le fais, mais je n'aurais pas fait ça si je n'avais pas eu autant de sensibilisation de formation de

			tout ce que tu veux dans les 15 dernières années » (participant 7)
	Impact de la pandémie sur la Société	La pandémie a coûté cher	« je sais que ç'a coûté cher une pandémie » (participant 7)
	Réaction des gestionnaires comme agent contributeur à la folie collective	Les gestionnaires de résidences confinent certains résidants en invoquant des cas dans un contexte de pandémie	« dans les résidences (...) les gestionnaires là-bas, les ont aussi à mon centre, je te dis pas que ce n'était pas justifié, mais là y'avait une journée là <u>vous ne sortez pas aujourd'hui parce que y'a des cas</u> mais c'est leur milieu de vie tsé c'est, fake je trouve que ça généré comme une folie collective tout ça » (participant 9)

	<p>Implication de la direction générale du CSSS</p>	<p>Les directeurs étaient présents physiquement sur le terrain dans les centres de vaccination</p>	<p>« nos directeurs ce sont beaucoup beaucoup impliqués notre direction la direction générale(...) les directeurs étaient pas mal tout le temps là » (participant 7)</p>
	<p>Réaction de la population aux critères de priorité pour la vaccination</p>	<p>La patientèle ne comprend pas les critères d'attribution des vaccins</p>	<p>« non parce que les patients sortent presque plus fake je considérais qu'ils étaient bien moins à risque de l'attraper dans le groupe d'âge qu'ils transmettaient tsé mais ça moi chu capable de le comprendre, mais eux autres c'était comme un peu plus difficile pis avec raison parce quand t'es malade t'en veux pas une autre maladie » (participant 9)</p>

	Réaction de la population aux critères de priorité pour la vaccination (suite)	La communication via les médias n'était pas toujours optimale	« la population ce n'était pas évident pour eux autres non plus y'écoutait les nouvelles pis y'en a qui arrivait pis y'avait rien écouté » (participant 7)
		La population a extrêmement peur	« on voyait bien que les gens avaient <u>extrêmement peur</u> » (participant 7)
		Les discours véhiculés et les critères pour la vaccination (groupes prioritaires) ont généré une peur de mourir chez les patients	«pis de ben un petit peu apaiser toutes les inquiétudes que les patients avaient parce que quand on disait votre groupe d'âge avec la maladie ça arrive à tel date; ben là, j'ai le temps de mourir avant pis

			les patients eux autres tout ce qu'ils retiennent c'est si je l'ai pas je risque de mourir » (participant 9)
	Participation active des infirmières lors de la pandémie	Les infirmières-cadres ont dû aller travailler dans les centres de vaccination engendrant une surcharge de travail	« nous en tant que cadre ça nous a beaucoup touché on était très impliqué là-dedans (...) les cadres on été sollicités beaucoup pour aller travailler dans les centres de vaccination donc on a délésté notre travail ici » (participant 5)
		Les infirmières gestionnaires sont partiellement libérées de leur poste pour être désignées responsables de centres de vaccination durant 2 mois	« j'ai été libérée d'une partie de mon poste pour participer aux (...) activités de vaccination j'étais responsable d'un centre de vaccination » (participant 7)

			« du mois novembre jusqu'à la fin décembre » (participant 7)
	Participation active des infirmières lors de la pandémie (suite)	La vaccination est perçue comme étant une réponse à la menace de pandémie	« participer aux activités reliées à la menace de pandémie : toutes les activités de vaccination » (participant 7)
	Participation active des infirmières lors de la pandémie (suite)	La contribution infirmière à la vaccination constitue un rôle infirmier populationnel pour prévenir une pandémie	« je sentais qu'on jouait un rôle populationnel à ce moment-là pour prévenir une pandémie » (participant 7)
	Participation active des infirmières lors de la pandémie (suite)	La campagne de vaccination est perçue comme un exercice grandeur nature qui pourra être	« on a fait un exercice qui va certainement nous être utile dans d'autre circonstance » (participant 7)

		reproduit en d'autres circonstances	
		Être volontaire et proactive pour suivre les consignes de l'Autorité	« moi j'ai embarqué là dedans bon on va faire avec puis je vais suivre les consignes j'étais très volontaire pour <u>suivre les consignes</u> (...) oui, oui, moi j'ai été tout à fait participante là-dedans. » (participant 10)
		Vaccination de l'Autre (population) et sa promotion dans la communauté en tant que consigne recommandée par la Santé publique	« j'étais <u>volontaire</u> pour faire de la <u>vaccination</u> en plus la fin de semaine et puis pour aussi parler à mes proches les <u>encourager à avoir la vaccination</u> » (participant 10)

	Participation active des infirmières lors de la pandémie (suite)	Engagement professionnel : importance de participer à la vaccination afin d'éviter que le Québec ne soit infecté et subisse une tragédie	« faire du surtemps pour collaborer aux vaccinations au plan de masse et je trouve que c'était important comme <u>professionnelle de faire ma part pour que l'on ne soit pas infectés au Québec et qu'il n'y ait pas de tragédie.</u> » (participant 10)
Vaccination de soi-même en tant que consigne recommandée par la Santé publique		« Oui, oui dans les premiers. (...)Oui la première journée. » (participant 10)	
La vaccination a engendré une surcharge de travail importante pour les infirmières		« ça été aussi <u>surchargeant</u> comme somme de travail. il ne faut pas se le cacher tsé moi	

			<p>appeler mes patients deux fois quand j'en ai 100 là pour les vaccins » (participant 9)</p> <p>« deux sorties c'est-à-dire que je les ai vaccinés à l'automne pis j'ai est revacciné en janvier, février fake en terme de <u>surcharge</u> là c'était réelle aussi » (participant 9)</p>
		<p>Vaccination de l'Autre, de l'ensemble de la patientèle MPOC du CLSC</p>	<p>« moi j'ai dû vacciner mes patients » (participant 9)</p>
		<p>Les infirmières-cadres ont ressenti beaucoup de pression en lien avec les mesures pandémie</p>	<p>« on nous mit beaucoup de pression donc moi au soin intensif on m'a augmenté la capacité d'accueillir des gens de 200% » (participant 5)</p>

		Planification logistique chronophage	« c'était qu'en même une grosse logistique qui demandait beaucoup de temps (...) ça nous a demandé beaucoup d'énergie, beaucoup de temps, planification des horaires, planification de matériel, les trajets les corridors à suivre » (participant 5)
		Préparation à la pandémie active par la réorganisation complète du CLSC	« on était le CLSC pivot si jamais on rentrait en pandémie active on devait toutes déménager nous autres pour que <u>le CLSC devienne un centre de détection</u> (...) fake ça été un assez d'ouvrage de tout

			identifier avec des codes » (participant 9)
		Planification d'unités de quarantaines dédiées aux patients contaminés H1N1 en ce y compris les trajectoires de ces patients dans les couloirs	« <u>l'unité chaude on parle d'une unité H1N1 des gens qui sont juste en H1N1</u> une unité froide des gens en soins intensifs normaux tous les corridors pour aller aussi pour le déplacement de ces patients- là, ça veut dire <u>des corridors qui seraient, qui auraient été utilisés seulement pour ces patients là</u> » (participant 5)
		Gestion rigoureuse et quotidienne de lits spécifiques H1N1	« j'ai participé à cette <u>gestion des lits</u> pour s'assurer qu'il y a un bon flux » (participant 5)

		<p>Planification des lits disponibles exigée par les Autorités de Santé</p>	<p>« à chaque jour 4 fois par jour on devait donner à <u>l'agence de la santé</u> le nombre de lits qu'on avait et le <u>nombre de lits disponibles</u> virtuel » (participant 5)</p>
		<p>Maigre formation au préalable : l'infirmière ne se sent pas suffisamment outillée pour faire face au rôle à jouer durant la pandémie</p>	<p>« on n'avait pas de formation comme telle avant on était toujours dans le feu de l'action (...) j'ai eu une petite formation 2 heures à la santé publique (...) j'ai fait la formation en ligne pis je suis allé à la santé publique parce qu'il y avait une formation aussi spécifique pour les gens qui allaient travailler dans les cliniques de vaccination (...) »</p>

			<p>moi comme [<i>censure pour maintien de l'anonymat du participant</i>] en clinique de vaccination je me suis comme formé un peu toute seule» (participant 6)</p>
		<p>L'Autorité de Santé publique agit de manière top down en donnant des directives aux infirmières pour la vaccination</p>	<p>« devait répondre top down au niveau du ministère donc sans trop poser de questions(...), on était plus exécutante(...) on avait des mandats à remplir pis fallait le faire pis ça pouvait changer (...) les mandats étaient très clair » (participant 6)</p>
		<p>La Santé publique donne des directives directement au niveau du terrain, des centres</p>	<p>« si j'avais une interrogation, j'appelais directement la santé publique (...) c'était soit une</p>

		<p>de vaccination afin de donner ses directives</p>	<p>infirmière, un médecin on avait toujours une personne ressource rapidement» (participant 6)</p> <p>« le <u>discours</u> qu'on avait tenu pendant la journée oups à 2 heures de l'après-midi ça <u>changeait</u> (...) c'est <u>difficile</u> parce qu'on ne comprend pas toujours pourquoi et puis comme gestionnaire moi mon rôle c'était de communiquer (...) fallait que les gens adhèrent aux nouvelles <u>directives</u> » (participant 6)</p>
		<p>Les médias influent directement sur le comportement de la population en regard du vaccin</p>	<p>« elle nous arrivait une batch une espèce de vague là(...) ça dépendait toujours de ce qui</p>

		<p>en communiquant les directives à la population</p>	<p>était dit à la radio » (participant 7)</p> <p>« ben ils disaient qu'à partir de telle journée on commençait mettons avec les groupes je ne sais pas les personnes qui avaient des, des maladies chroniques » (participant 7)</p>
	<p>Pandémie et temporalité : à la dernière minute</p>	<p>Les informations et formations se sont données en dernière minute</p>	<p>« tout ça est fait comme à la dernière minute, la semaine précédente où on commençait la vaccination » (participant 6)</p>
		<p>La pandémie est du passé. Les infirmières sont désintéressées, donc on cherche des moyens pour susciter leur intérêt</p>	<p>« sauf qu'on a l'impression que... que les gens sont comme un peu désintéressé, fait qu'on essaye de trouver le moyen de</p>

			<p>susciter un peu l'intérêt là, pour que les gens viennent par exemple, mais ça, c'est... c'est je dirais, qu'ici... eu... c'est un peu eu... du passé » (participant 3)</p>
		<p>Manque de préparation</p>	<p>« parce que ça faisait longtemps qu'on en parlait, mais on était toujours comme en attente pis y'avait comme plus rien qui se faisait pendant tout ce temps là » (participant 6)</p> <p>« la vaccination a été décidée à la dernière minute on s'est organisé à la dernière minute » (participant 6)</p>

	Pandémie et temporalité : à la dernière minute (suite)		« tout ça est fait comme à la dernière minute, la semaine précédente où on commençait la vaccination » (participant 6)
La vaccination s'est organisée en dernière minute		« la vaccination a été décidée à la dernière minute on s'est organisé à la dernière minute » (participant 6)	
La population veut se faire vacciner (peur) et ne comprend pas les critères de vaccination		« les gens tenaient à se faire vacciner le plus rapidement possible quand on leur disait qu'ils ne répondaient pas aux critères c'était difficile »	

	<p>Pandémie et temporalité : à la dernière minute (suite)</p>		<p>(participant 8)</p>
		<p>Manque de préparation à la pandémie</p>	<p>« parce que ça faisait longtemps qu'on en parlait, mais on était toujours comme en attente pis y'avait comme plus rien qui se faisait pendant tout ce temps là » (participant 6)</p> <p>« on avait un plan pandémie y'avait beaucoup de gens qui travaillaient là-dessus (...) mais j'ai jamais vu les plans de pandémie (...) c'est préparé à la dernière minute aussi les protocoles (...) il paraît que tout était prêt, mais moi j'ai rien vu pis ce n'était pas</p>

			accessible » (participant 6)
		Gestion de l'information déficiente	« la façon dont ça c'est fait et on avait aussi peu d'information, on avait de l'information d'un peu partout » (participant 6)
		Désorganisation durant les 1eres semaines de la campagne de vaccination	« ça c'était très très difficile pis ça, on l'a vécu beaucoup beaucoup les premières semaines » (participant 6)
Adéquation de la réponse à la pandémie	Les moyens de réponse face aux risques ont peut-être été désmesurés	« je pense que les moyens on été peut-être désmesurés » (participant 6)	

	<p>Vaccination durant la pandémie</p>	<p>Vaccination de Soi, de l’infirmière qui l’accepte pour être épargnée de la maladie</p>	<p>« parce que j’ai quand même entendu là des personnes qui étaient pas malades quand y’ont été atteintes ça a été assez rapides là, là je me dis regarde, j’ai pas comme envie de toucher à ça si je peux <u>être épargnée</u> » (participant 9)</p>
	<p>Vaccination durant la pandémie (suite)</p>	<p>La vaccination de la population est perçue par les infirmières comme preuve d’un engagement professionnel</p>	<p>« c’était un centre là ou les personnes venaient se faire vacciner fake chui allé donner une journée là parce qu’il manquait d’infirmières pis <u>on nous demandait tsé de la disponibilité fake dans mon âme et conscience</u> je me suis dit que j’allais <u>faire ma part tsé</u> » (participant 9)</p>

		<p>Perception de la vaccination : La vaccination est perçue comme un signe de solidarité et de responsabilité sociale</p>	<p>« qu'ils faisaient <u>leur part de citoyen de venir chercher cette vaccination</u>. Moi j'ai vécu ça comme un bel exercice... je fais un peu fleur bleue ... mais un bel exercice de <u>solidarité et de responsabilité sociale</u> dans ce sens-là. » (participant 10)</p>
		<p>Les infirmières sont considérées par les gestionnaires comme une ressource qui exécute un acte technique (vaccination)</p>	<p>« on dit que toutes les ressources cliniques adhèrent (...) qui allaient piquer les patients, qui piquaient qui vaccinaient (...) c'est ça 100 infirmières » (participant 6)</p>
		<p>Les infirmières en PCI exécutent la vaccination comme les autres</p>	<p>« les infirmières en PCI (...) se mêlaient au groupe pis ce</p>

		infirmières sans endosser de rôle particulier	n'était pas vraiment des personnes-ressources » (participant 6)
	Perception du risque par les infirmières durant la pandémie	Les infirmières avaient peur puisque celle qui vaccinait était dans un endroit à risque	« cette peur-là venait aussi de nos infirmières (...)qui ont été dégagées pour aller faire de la vaccination (...)vous venez vacciné on se considérait à ce moment comme dans un endroit à risque (...)ces infirmières-là ne pouvaient pas faire vacciner les membres de leurs familles parce qu'ils ne correspondaient pas aux critères » (participant 8)
	Perception de la sécurité lors de la pandémie	L'infirmière se sentait en sécurité lors de la campagne de	« oui je pense que toutes les mesures dans le fond c'était

		<p>vaccination puisque des mesures ont été prises</p>	<p>des mesures universelles qui a été prises » (participant 6) « au niveau sécurité au centre de vaccination c'était bien, c'était approprié, c'était vraiment approprié fake on pouvait isoler des gens » (participant 6)</p>
		<p>L'infirmière se fait vacciner pour assurer la sécurité de ses patients vulnérables</p>	<p>« moi je l'ai eu le vaccin parce que je côtoyais aussi des patients fake <u>par mesure de sécurité</u> j'ai accepté de le prendre » (participant 9) « j'ai beaucoup de MPOC qui toussent, pis qui crachent pis qu'attrapent des infections fake dans leurs têtes à eux autres ils sont beaucoup plus sujet à l'attraper » (participant</p>

			9)
		La population avait peur	« qu'on recevait beaucoup de stress de la part des gens, les gens avaient peur, y'a eu une grosse, je ne dirais pas une psychose parce que c'est un terme qui est très, très fort, mais surtout au début de cette campagne-là les gens avaient vraiment peur » (participant 8)
	Efficacité de la vaccination durant la pandémie	La vaccination a eu un bon impact afin d'endiguer les autres épidémies d'influenza	« l'avantage de cette vaccination-là c'est qu'il y a eu tellement d'effort de mis contre la grippe H1N1 qu'on a pas vu apparaître d'autre source d'influenza donc on a pas eu d'autre épidémie non

	<p>Efficacité de la vaccination durant la pandémie (suite)</p>		<p>plus » (participant 8)</p>
		<p>La vaccination constitue un moyen efficace et sûr pour protéger la population et prendre soin d'eux.</p>	<p>« Au sérieux, ils voulaient se <u>protéger</u> de façon efficace et je percevais que les gens trouvaient que c'était un <u>moyen efficace et sûr qui prenait soin d'eux</u> » (participant 10)</p>
	<p>Impact de la pandémie sur la gestion du CSSS</p>	<p>Les infirmières conseillères ont été déplacées de l'hôpital vers les centres de vaccination durant 2 mois ce qui a engendré des problèmes de gestion à l'hôpital et au CSSS</p>	<p>« la pandémie ça été un gros dossier nous les conseillères on a été sorties de notre milieu de travail pendant 2 mois : je ne suis pas venue du tout à l'hôpital on était vraiment au centre de vaccination » (participant 8)</p>

			<p>« pour les équipes de travail, c'était plus difficile parce que oui y'avait moins d'encadrement sur le terrain à l'hôpital dans les C3S parce qu'on était pris ailleurs » (participant 8)</p>
		<p>La gestion de terrain de la campagne de vaccination était difficile puisqu'elle rassemblait des infirmières de tous horizons dans un environnement neuf</p>	<p>« qu'on se retrouve dans un CSSS avec beaucoup d'installations fusionnées depuis peu où les gens ne se connaissent pas donc où on avait des contacts qui étaient un peu plus difficiles » (participant 8)</p>
		<p>La campagne de vaccination a</p>	<p>« cette campagne-là à eu l'effet</p>

		<p>permis de rapprocher les infirmières de différents horizons</p>	<p>très positif de créer une unité au sein des cadres (...) ça nous a permis de rencontrer les infirmières terrains (...) ça nous a permis de faire des liens » (participant 8)</p>
		<p>Un grand impact a été vécu à l'hôpital (réaménagement d'horaires, absence de formation, soutien clinique, etc.)</p>	<p>«y'a plus aucune activité ordinaire qui s'est fait pendant 2 mois (...) y'avait plus de formation y'avait plus vraiment de soutien clinique (...) c'était vraiment le fonctionnement minimum à l'hôpital (participant 8)</p> <p>« s'adapter aussi avec à nouveaux horaires de travail » (participant 8)</p>

			« y'a certains secteurs qui ont été dégarnis complètement » (participant 8)
Pandémie A/H1N1 (suite)	Effort collectif : contribution infirmière comme source de fierté et de solidarité	La réaction face à la pandémie est vue comme un exercice et est source de fierté d'avoir participé à un effort collectif	« c'est un bon <u>exercice</u> en ce qu'on a fait là <u>on s'est mobilisé</u> pis, moi je ressentais certaine <u>fierté d'avoir participé</u> finalement à un <u>effort collectif</u> » (participant 9)
	L'après-pandémie	La pandémie est un évènement parmi d'autres, gérés et absorbés par le CLSC	«mais bon on a passé au travers pis après ça on a recommencé à vacciner pour l'influenza, après ça on va faire les téléphones de chaleur accablante c'est ça, c'est ça de

Pandémie A/H1N1 (suite)	L'après-pandémie (suite)		la médecine à domicile » (participant 9)
		Le personnel est davantage conscientisé à la PCI et isole plus rapidement les personnes.	« les gens sont peut-être plus conscients par rapport à isoler rapidement (...) des syndromes d'allure grippaux qui sont rentrés là, dans les dernières semaines, derniers mois les gens étaient plus proactifs» (participant 3)
		Le retour à la normale a été difficile	«on a mis ça en priorité on a du tasser beaucoup de choses le plus difficile ça été quand on est revenu dans nos dossiers par la suite moi là j'ai quasiment faite une dépression» (participant 7)

		<p>Une meilleure connaissance de la population a pu se développer</p>	<p>« on a vu tous les types de clientèles ça m'a permis de connaître beaucoup plus notre population » (participant 7)</p>
		<p>Solidarité : des liens ont pu être créés avec d'autres cadres et d'autres infirmières</p>	<p>« ça été très, extrêmement positif dans le sens qu'on a développé beaucoup de liens » (participant 7)</p>
	<p>Impact de la pandémie en termes de risques</p>	<p>L'impact possible en cas de propagation à grande échelle aurait pu être plus grand et remettre en cause le gouvernement donc l'État</p>	<p>« je me dis c'est beau on l'a jugulé, mais si ça c'était propagé pis qu'il y aurait eu encore plus d'impact. la les gens auraient dit ben le gouvernement a pas fait ce qu'il fallait. » (participant 9)</p>

<p>Conception de la maladie infectieuse</p>	<p>Perception du récent et de l'ancien temps face aux maladies infectieuses.</p>	<p>La maladie infectieuse est un phénomène contemporain pour le C-Difficile.</p> <p>Des infections émergentes sont présentes, ce qu'on n'avait pas avant.</p>	<p>Concernant le C difficile : « c'est récent présentement sur mes étages » (participant 1) « ici, quand je suis arrivée, on faisait pas face à tout ça » « Je suis arrivée en 2001 et c'était quand même tranquille au niveau de ça » (part.inf 01)</p> <p>« temps en temps on avait des isollements pour les cas de tuberculoses bons des trucs comme ça, mais MRSA, ERV, CD on connaissait pas ça là » (participant 6)</p>
<p>Conception de la maladie infectieuse (suite)</p>	<p>Perception du récent et de l'ancien temps face aux</p>	<p>La notion de maladies infectieuses et des risques est apparue récemment</p>	<p>« je suis à l'hôpital depuis 21 ans (...) j'ai vu qu'au niveau des maladies infectieuses au début</p>

Conception de la maladie infectieuse	maladies infectieuses. (suite)		on en parlait presque pas y'avait pas » (participant 8)
		Les connaissances et croyances en lien avec les microorganismes et leur survivance dans l'environnement évoluent dans le temps	« j'ai appris ça que ça vivait plus longtemps sur une poignée de porte que sur les mains les virus ou une bactérie je ne me rappelle plus ça y'a plein de monde comme moi pensait comme moi dans la salle » (participant 7)
		La venue du Sida et les années 90 sont le point de départ des risques biologiques	« les risques biologiques sont arrivés dans les années 90 avec le SIDA sur la venue du sida c'est ça qui nous a éveillés on n'avait pas toutes ces choses-là » (participant 7)

(suite)		<p>Ces dernières années, les infirmières perçoivent une recrudescence des cas d'infections</p>	<p>« <u>avant tu ne voyais pas ça nécessairement</u>, mais ça fait quand même 35 ans que je suis infirmière, j'ai travaillé 25 ans aux soins intensifs, puis vers la fin quand j'étais là <u>on commençait à en voir beaucoup plus d'infections nosocomiales</u>, mais tsé ça là <u>ça comme fleuris</u> depuis une coupe d'années» (participant 9)</p> <p>« ça existait plus ou moins à l'époque » (participant 9)</p>
	Périodicité des MI	<p>Les MI surviennent par période : la grippe, la gastroentérite, etc.</p>	<p>« il y a le fameux A/H1N1 (...) On est en plein dedans. Ça lâche pas. Il y a des périodes » (participant 1)</p> <p>« Il y a le SARM, puis il y a la</p>

			<p>gastro puis le CD, nous, auquel on fait face» (participant 1) « il n'y avait pas un niveau de conscience qui était aussi élevé qu'aujourd'hui» (participant 2)</p>
<p>Conception de la maladie infectieuse (suite)</p>	<p>Origine et propagation de la maladie infectieuse</p>	<p>La contamination provient de l'extérieur de la résidence</p> <p>Plusieurs membres du personnel ont eu la gastroentérite lors de l'éclosion</p>	<p>« mais ce qui fait, c'est l'extérieur surtout. On a des résidents qui sont admis à l'hôpital et qui reviennent. Où ce sont les admissions qu'on reçoit qui sont déjà en prévention. Fais que là, on arrive dedans.» (participant 1)</p> <p>« il y a plusieurs membres du personnel qui l'ont eu..qui ont eu la gastro » (participant 1)</p>

		<p>Trajectoire de contamination de l'éclosion de gastroentérite imputée au préposé de l'équipe volante et aux infirmières des agences privées qui travaillent la fin de semaine</p>	<p>Récit narratif : «selon moi c'est la fin de semaine que les personnes..Ben là ils n'étaient pas habitués..faque la..c'est sur que le lundi quand moi je suis rentrée, euu... il y a des personnes qui ont été en gastro, mais ça l'a prit euu... toute une nuit... toute une soirée et une nuit et un matin avant que la personne soit mise en présa... en d'infec... en prévention euu... en isolement purement préventif... faque la il s'est passé 3 quarts de travail... faque la on se dit... mon doux, ça s'est propagé vite..Pis je me dis que sûrement la préposée qui était</p>
--	--	---	---

<p>Conception de la maladie infectieuse (suite)</p>			<p>sur l'étage ce matin-là, elle a peut-être pas mis de gants..l'isol... la madame n'était pas isolée, l'étage l'était pas.. faque..... ça peut être source de propagation, parce que les préposés ils se promènent... ici le personnel tout dépendant de le... de leur grade... il y a des préposés qui sont équipe volante, fait que ils se promènent d'étage en étage fait que ça peut euu... aider à ce que ça se propage assez vite» (participant 1)</p>
	<p>Trajectoire de contamination MI</p>	<p>Risque au niveau des contacts humains/objets : chaîne de contamination via les objets et les professionnels de la santé</p>	<p>« j'étais sensible à ça mon sac, ma trousse ou je le déposais (...) pour pas amener, le moins de choses possibles » « parce</p>

	Trajectoire de contamination MI (suite)	qui restreignent les objets amenés au CSSS et sont conscientisés des gestes qu'ils posent.	que je me disais ce doigt-là est allé ou avant (...) et puis il va transmettre à d'autres doigts (...) qui vont aller dans un nez ou dans une bouche » « et je me dis à quelque part y'a eu une mauvaise main à mauvaise place là tsé » (participant 10)
		Chaîne de contamination via les visiteurs	« les <u>visiteurs</u> sont un <u>vecteur important</u> là aussi, toutes sortes de cochonnerie rentre dans les chambres, les mains sont pas lavée » (participant 10)
		Mondialisation : la transmission	«actuellement on est dans une

		augmente en lien avec une augmentation des voyages	ère ou c'est en plein développement la transmission parce que, bon d'abord tout le monde voyage » (participant 7)
Conception de la MI (suite)	Conception de la MI selon l'environnement (milieu de soins)	Le CHSLD est considéré comme un milieu de vie pour les patients et donc les infirmières ne perçoivent pas l'utilité des mesures en PCI	« les gens y disaient ben c'est un milieu de vie on n'a pas besoin de prendre de précaution si c'était chez eux on ne ferait pas ça » (participant 4)
	Réalité des infections et leurs images	Les infections sont une réalité avec laquelle il faut composer	« les infections nosocomiales c'est une réalité, c'est une réalité faut faire avec » (participant 6)
		Les germes infectieux sont	

		<p>évoqués en termes de « bébittes » c'est-à-dire, « petites bêtes » (6 fois dans l'interview)</p>	
		<p>L'infection est perçue comme une menace non dite au patient pour éviter de lui faire peur</p>	<p>« c'est sur que je le prône sans que le patient sente que c'est une <u>menace</u> parce que je ne veux pas leur faire peur » (participant 9)</p>
<p>Mesures de PCI (suite)</p>	<p>Surveillance en PCI</p>	<p>La surveillance est une préoccupation majeure pour obtenir la bonne information, savoir s'il y a des éclosions et les attraper à temps.</p>	<p>« la surveillance, ça c'est une de mes préoccupations numéro 1 eu..... pour être au courant de se qui se passe pis être capable d'attraper les éclosions, pis d'avoir la bonne information, tsé pour pouvoir savoir qu'est-ce qui se passe s'il y a des éclosions »</p>

		<p>La surveillance permet de se préparer et d’avoir une bonne vision pour protéger les patients et les employés</p> <p>Les cas infectieux sont compilés par unité de soins via une grille de surveillance afin de cibler les interventions en PCI par unité.</p>	<p>(participant 3)</p> <p>« d'avoir une bonne vision, est-ce qu'il y a une éclosion, est-ce qu'il n'y en a pas une, est-ce qu'ont a tout ce qu'il nous faut eu... ça je te dirais c'est vraiment notre... pour la protection des patients des... des employés » (participant 3)</p> <p>« j'ai commencé à compiler les données par unités de soins (...) regarder période après période où nos cas se retrouvent, donc c'est là qu'il faut mettre l'énergie par exemple au [censuré] étage (participant 3)</p>
--	--	--	---

		<p>Une augmentation des cas de transmission est attribuable à la réorganisation du travail d'équipe et au surcroît de travail imputé aux isolements (port de l'équipement de protection) sur l'unité dédiée aux MI de l'hôpital</p>	<p>« depuis 3 mois, on voit c'est il y a plu il y a plus de cas de transmission au [censuré]e étage (...) il y a eu des changements, eu... il y a eu une restructuration des équipes là dernièrement avec les... Les équipes il y a une infirmière auxiliaire, un préposé qui forme les équipes eu... et il y a une insatisfaction par rapport à ça sur l'étage, eu... ils ont l'impression qu'il y a un surcroît de travail (...) c'est sur que c'est sur qu'ils ont plus d'isolements, mais... ils n'ont pas plus de personnel (...) le temps qu'ils passent à s'habiller, se déshabiller, se</p>
--	--	---	---

			laver les mains entre les patients» (participant 3)
Mesures en PCI (suite)	Circulation des personnes	<p>Présence d'une barrière physique à l'unité dédiée aux MI : une porte mobile sépare la partie des chambres isolées du reste de l'unité</p> <p>Utilité de la porte mobile : elle délimite physiquement la zone d'isolement dédiée aux MI de l'unité d'oncologie</p> <p>Il y a beaucoup de va-et-vient au travers de la porte mobile : cela ne devrait pas. Une équipe devrait être dédiée à la section</p>	<p>« il y a une porte mobile au 6e qui délimite eu... là... les zones ou il y a les isolements d'un bord et l'autre bord ou il y a pas d'isolement : oui (...) c'est juste pour démontrer ou délimiter une zone» (participant 3)</p> <p>« c'est vraiment juste pour dire...là je rentre dans une zone ou je dois mettre la blouse, les gants, la jaquette, me laver les mains entre chaque» (participant 3)</p> <p>« il y a énormément de va-et-vient pis ça devrait pas (...) dans un monde idéal ils devraient s'occuper juste... une infirmière, une préposée aux auxiliaires, juste des patients</p>

		<p>isolements de l'unité.</p> <p>La circulation du personnel entre la partie isolement (c difficile) et le reste de l'unité (fin de vie oncologie) a pour conséquence la contamination par le C-Difficile de patients en fin de vie, car c'est la même équipe qui s'occupe des deux zones (isolement versus unité d'oncologie)</p>	<p>pour pas aller soigner les autres qui sont pas en isolement» (participant 3)</p> <p>« (l'unité dédiée aux MI) c'est de la médecine oncologie (...) ils font de la fin de vie aussi là, les cas de fin de vie. Depuis que je suis arrivée, j'ai eu au moins eu... eu... (Silence) mon dieu dans le, il y a eu de la transmission de la ... la cohorte aux chambres juste... juste... juste de l'autre coté. c'est la même équipe qui s'occupe des 2 souvent » (participant 3)</p>
Mesures en prévention et contrôle des infections	Révision des pratiques de PCI	Révision complète des pratiques sur le terrain	« tout a été révisé tout ce qui est de l'entretien, équipement sanitaire écoute eux autres y'ont été impliqués pis ça va

			bien » (participant 7)
	L'isolement des patients et la restriction des visites aux familles/visiteurs	L'isolement des patients suite à la gastroentérite implique la fermeture de la résidence aux visiteurs et le confinement des patients	« Depuis trois semaines, c'est fermé aux visiteurs. Les personnes sont soit confinées à leur chambre si elles ont la gastro, soit à l'étage si elles sont en prévention» (participant 1)
		Les patients suspects d'être infectés doivent être isolés pour éviter la contamination des autres	« sont en communauté avec des gens fake de la minute qu'il y a des symptômes on devrait les isoler les gens (...) la contamination c'est évident qu'a va se faire » (participant 4)
		Les isolements peuvent être mis	« Supposons le matin moi je

Mesures en prévention et contrôle des infections (suite)	L'isolement des patients et la restriction des visites aux familles/visiteurs (suite)	en œuvre par l'infirmière sur base de symptômes que le patient présente : l'infirmière décide de mettre en place et de lever l'isolement	vais prendre la température d'un résident je Oh là là non il tousse trop grippé ok <u>on l'laisse dans sa chambre prenez plus de précautions que moins pis</u> si on voit que c'est juste un petit rhume ce n'est pas les symptômes grippal <u>ben là on lèvera la mesure</u> » (participant 4)
		Résistance : certains patients ne respectent pas les consignes et sortent de leur isolement contre l'avis des équipes de soins	« y'a des gens qui veulent vraiment pas rester en isolement pis y'écoute pas les consignes (...) la consigne est pour tout le monde» (participant 4)
		Les consignes sont valables pour	« on ne peut pas prendre ça

		tous même si le patient est affecté par son isolement	individuellement faut prendre ça même si lui est affecté moralement cette journée-là ben il faut faire en sorte qu'il faut qu'il respecte la consigne lui aussi» (participant 4)
	Confinement des patients contagieux et unité dédiée à la PCI	L'unité de soins dédiée à la prévention des infections est confinée par des portes	« on ferme les portes je veux dire c'est une unité séparée c'est ça» (participant 5)
		Il existe une unité dédiée à la prévention des infections	« j'ai une <u>unité dédiée qui est l'unité de prévention des infections de l'hôpital</u> » (participant 5) « on a décidé de faire une unité dédiée pour tous ces

			problèmes là » (participant 6)
		L'unité d'isolement a été déployée parce que l'hôpital était en perte de contrôle de la chaîne de transmission infectieuse	« c'est parce qu'on était vraiment en perte de contrôle(...) on avait beaucoup beaucoup de cas d'infections nosocomiales qu'on avait de la difficulté à juguler et plus ça allait et plus ça augmentait on avait régulièrement (...) <u>en regroupant les patients ça va être plus facile d'avoir un certain contrôle de commencer à éduquer les équipes</u> » (participant 6)
		Le patient contagieux isolé ne garantit pas une éradication du risque biologique	«c'est pas parce qu'un patient est en isolement qu'on a pas de risque là» (participant 6)

	Objectif des mesures de PCI	Le but des mesures en PCI c'est de limiter la transmission/les dégâts	« ce qu'on veut c'est limiter les dégâts» (participant 5)
		La mise en place de PCI est considérée comme une mesure drastique pour lutter contre les infections	« y'a 5 - 6 ans (...) dans une période critique ici à l'hôpital au niveau des infections nosocomiales on a été obligé de prendre des moyens , on a été obligé de prendre des moyens drastiques (...) y'avait pas de prévention des infections (...)y'avait pas d'équipe ça faisait pas partie de notre réalité toutes les protections» (participant 6)
	Vaccination	Je contribue à la vaccination contre la grippe	« J'ai vacciné, cela fait au moins deux ans »

			« je suis disponible pour les périodes de vaccination » (participant 1)
	Vaccination (suite)	Suite aux formations continues et sensibilisations ces 15 dernières années, l'infirmière se fait vacciner en se gardant d'émettre son opinion contre la vaccination	« moi je vais garder mon opinion, moi je me fais vacciner, maintenant je le dis, je me fais vacciner (...) je pense qu'il faut que je sois congruente fake que je le fais, mais je n'aurais pas fait ça si je n'avais pas eu autant de sensibilisation de formation de tout ce que tu veux dans les 15 dernières années» (participant 7)
		La vaccination était quasiment obligatoire : les infirmières	« la vaccination moi, oui pour les personnes âgées pour le

		<p>n'avaient pas le choix de se faire vacciner</p>	<p>personnel en bonne santé je le sais pas je sais que l'année passée ils nous ont un peu ils nous on mit <u>quasiment des mesures ou on avait comme pas le choix de se faire vacciner</u>» (participant 4)</p>
	<p>Vaccination (suite)</p>	<p>Au CSSS, un document a circulé l'an passé informant qu'en cas d'épidémie de grippe, les infirmières non vaccinées seraient renvoyées chez elles sans solde</p>	<p>« ça c'est traduit que en cas d'épidémie de grippe on va pouvoir vous déplacer de votre poste de travail pour aller sur une autre unité si vous n'avez pas reçu le vaccin on va pouvoir vous retourner chez vous sans solde (...) ça été un incitatif beaucoup y'a eu beaucoup de personnes » (participant 4)</p>

		<p>Cette année, aucun document incitatif à la vaccination n'a été publié -> la vaccination a eu moins de succès</p>	<p>« « tandis que cette année y'on pas publié le même document pour inciter les gens fake la vaccination a pas été beaucoup suivie» (participant 4)</p>
		<p>L'infirmière se vaccine pour montrer le bon exemple</p>	<p>« je me suis fait vacciner (...) parce que j'ai participé à la vaccination parce que là faut prêcher par le bon exemple» (participant 4)</p>
		<p>La campagne de vaccination H1N1 n'a pas eu l'effet escompté en France et la France n'en s'est pas portée plus mal</p>	<p>« ici on est allé un peu fort pour le H1N1 sauf que en France ils se sont pas fait vacciner pis ils l'ont pas eu plus c'est ça que ça démontré là » (participant 4)</p>

	Vaccination (suite)		
		Pour l'infirmière, la vaccination devrait relever d'un libre choix, mais la pandémie engendre un regard différent	« moi je me dis qu'on ne peut pas obliger les gens à se faire vacciner (...) sauf que en cas de pandémie si t'es travailleur de la santé je regarderais ça d'une autre manière» (participant 4)
		Des mesures coercitives et de menaces sont prises à l'égard des infirmières qui rendent la vaccination quasi obligatoire	« j'ai trouvé ça tellement épouvantable on va me déplacer de mon poste de travail si je ne vais pas me faire vacciner» (participant 4)
		Les mesures coercitives pour obliger la vaccination ne marchent pas	« ça marche pas parce que ça braque les gens» (participant 4)

		Des incitatifs pourraient favoriser l'adhésion à la vaccination	« des incitatifs, mais c'est drôle à dire, mais quand il a une récompense au bout de la ligne c'est ben plate à dire mais les gens ils y vont » (participant 4)
		Le discours véhiculé en lien avec le vaccin est : ne pas côtoyer des personnes à risque, bien manger, être en bonne santé= pas besoin du vaccin; l'inverse= besoin du vaccin	« les employés ici cette année y'on dit toi qu'est-ce que tu en penses du vaccin ben moi j'ai dit écoute si t'es en bonne santé pis que tu , t'as un bon régime de vie pis que tu côtois pas de gens à risque j'y penserais avant de me faire vacciner, mais si t'es en contact avec des gens à risques que tsé là , ta diète, ton hygiène de vie est pas formidable ben moi je

			pense que oui tu devrais te faire vacciner » (participant 4)
	Surveillance des personnes résidentes isolées pour cause de MI	<p>Nous remplissons une feuille de surveillance à part décrivant chaque patient, son nom, numéro de chambre, le début de l'isolement et certains paramètres de santé que l'on complète chaque jour sur chaque quart de travail.</p> <p>Nous complétons également nos notes au dossier du résident.</p>	<p>« Il y a des feuilles : nous à chaque personne qu'on a un isolement, on a des cahiers de rapports sur chaque étage. Mais c'est une feuille à part qui mentionne soit la gastro, soit la ERV, soit le cd, ça c'est mentionné au de la de la feuille, il y a le nom de la chambre, donc de la madame, le début de l'isolement, la fin de l'isolement, les vomissements, les selles, on met la température, tout ça, c'est rempli, a tous les jours pour chaque personne, sur chaque quart de travail»</p>

			« le matin, j'ai ma feuille, j'ai la liste de ceux la qui sont en isolement, pourquoi ils le sont, qu'est-ce qu'on surveille.» (participant 1)
	L'hygiène corporelle : propreté, lavage des mains et bonne fortune	La propreté, le lavage des mains, la chance et l'adoption de bons comportements protègent des infections	« Non. (je ne suis jamais tombée malade à cause d'une éclosion infectieuse). Moi, je suis très chanceuse. (...) Mais je fais très attention. Je me lave les mains et je suis quelqu'un de déjà très propre à l'extérieur de mon milieu. Alors donc ici, cela fait de moi une personne encore plus propre (...)moi j'ai un bon comportement et je n'attrape rien » (participant 1)
		Les mains propres : se laver les	« quand je vais rentrer dans

		mains	<p>une chambre <u>je vais m'assurer d'avoir les mains propres (...)</u> quand je vais quitter la chambre <u>je vais me nettoyer les mains (...)</u> je pense qu'il faut vraiment avoir ce souci-là en tant qu'intervenant dire que nous <u>on peut être porteur</u> » (participant 5)</p>
		<p>Prise de conscience de l'importance du lavage des mains suite aux discours en lien avec les infections nosocomiales, le SARM,CD,H1N1</p>	<p>« Pas autant, que depuis qu'on parle d'infection nosocomiale ou d'infection de masse ou de main comme véhicule comme vecteur, moins avant : c'est devenu plus grand avec avec le SARM avec le CD avec le H1N1 beaucoup plus... » (participant 10)</p>

L'hygiène corporelle : propreté, lavage des mains et bonne fortune (suite)		
	Intégration de la pratique du lavage des mains en tant que rite de passage coutumier avant et après l'entrée dans le monde du patient : sa chambre	« quand je vais voir des patients dans leur chambre systématique le gel en sortant en entrant <u>c'est devenu une habitude pour moi</u> . Laver des mains, oui» (participant 10)
	Intégration d'un certain nombre de consignes , de mesures en PCI : lavage des mains, port du sarrau, barrière d'un mètre avec le patient,etc.	« beaucoup dans le lavage de mains énormément, énormément lavage de mains le port de mon sarrau (...) la proximité aussi comme la barrière d'un mètre (...) <u>je regarde les consignes</u> j'essaye de comprendre pourquoi aussi »

		<p>Le rituel du rinçage des mains à la gelée désinfectante constitue un minimum non négociable</p>	<p>« j'ai toujours mon pure gel là, je lave mes mains avant puis je lave mes mains après : <u>y'a comme un minimum</u> pour moi que je pense qu'il <u>n'est pas négociable</u> » (participant 9)</p> <p>« pour moi <u>ce qui reste prioritaire c'est les mains</u> » (participant 9)</p>
		<p>En absence de lavage des mains, l'infirmière devient un agent propageur</p>	<p>« si tu vas dans un, une maison que tu ne laves pas tes mains puis tu vas dans une autre maison, mais tu peux être <u>un agent de propageur</u> ça j'en suis persuadée aussi » (participant 9)</p>

		<p>Les mesures PCI de base sont observées de manière rigoureuse</p>	<p>« les <u>mesures de préventions de bases ça oui je trouve ça c'est toujours de mise</u> pis tsé aux soins intensifs ont étaient comme vraiment <u>très très rigoureuses</u> » (participant 9)</p>
		<p>Importance du lavage des mains pour éliminer les microorganismes qui sont invisibles</p>	<p>« je me lave régulièrement les mains pour moi je suis chef d'unité (...) moi ça me soucie beaucoup donc c'est sur que pour moi <u>c'est très important</u> » « y'a des <u>microorganismes partout</u> pis on ne peut pas les <u>voir</u> pis si on les voyait ça serait le fun parce qu'on saurait on a besoin de se laver les mains, mais là on ne les voit pas c'est</p>

			très important» (participant 5)
		Intégration des règles de PCI par certaines infirmières qui les trouvent « naturelles», comme allant de soi	« pour moi ça toujours été <u>naturel</u> de faire ça de se laver les mains» (participant 5)
		Le lavage des mains est une préoccupation centrale	« qu'il y a eu beaucoup d'emphase de mise au niveau du lavage des mains et que même c'est rendu automatique» (participant 8)
	Hygiène, salubrité et ordre dans l'environnement	Au nom de l'hygiène, il faut ranger le matériel	« c'est le boom d'hygiène pis tout ça les chariots ça devrait remisés tsé dans la salle de bain» (participant 4)

	Hygiène, salubrité et ordre dans l'environnement (suite)	Implémentation de systèmes de lavages automatisés pour les mains dans les toilettes de l'hôpital	« tout ce qui est automatisé pour se laver les mains avec des, ce n'était pas là ça avant pour une toilette non plus (...) <u>c'est toute pensé en fonction de la prévention des infections</u> » (participant 7)
		Révision des plans de nettoyage de l'hôpital	« y'on aussi tu vois sont en train de régler les zones grises (...) sont en train de déterminer qui, quel équipement, quel matériel, quelle partie du bâtiment n'est pas désinfecte, les ascenseurs, par les ascenseurs, mais les couloirs d'escalier, ça, c'est une zone grise» (participant 7)

		<p>Il faudrait trouver un équilibre : pas trop tout nettoyer, mais respecter un minimum</p>	<p>« l'entretien ben là c'est essentiel tsé dans un milieu propre tsé pas trop parce que là c'est le contraire c'est trop exempt de certaines bactéries on ne développe pas notre système immunitaire, mais y'a un minimum disons à respecter» (participant 4)</p>
		<p>L'effectif de l'équipe de nettoyage est augmenté</p>	<p>«y'on mis plus d'effectifs» (participant 7)</p>
		<p>Il existe des variations importantes de pratiques au sein de la salubrité tant sur le plan de la communication avec la PCI qu'au niveau des</p>	<p>« en posant des questions, en observant, il y a des divergences énormes entre les préposés à la salubrité, dans ce qu'ils nous disent qu'ils font,</p>

	Hygiène, salubrité et ordre dans l'environnement (suite)	techniques appliquées pour le nettoyage et la désinfection.	dans les techniques et... le pourquoi ils font les choses, ça diverge d'un employé à l'autre » (participant 3) « Donc il y en a une qui va dire: oui... oui moi je rentre mon chariot dans la chambre et l'autre va dire: non... non moi je rentre jamais mon chariot dans la chambre eu... ah moi je porte... quand une fois quand fait la première étape du ménage...j'enlève ma jaquette pis mes gants parce que j'ai trop chaud, pis c'est comme ça qu'on m'a dit que... que je devrais faire eu... pis la il y en a d'autres qui vont dire...non...non moi je le porte tout le temps, parce que ont
--	--	---	---

			<p>m'a dit ça, donc je vois qu'il y a vraiment des divergences aussi par rapport a la dilution d'eau de javel, des choses importantes là eu... eu... de désinfection des chambres, le Clostridium difficile» (participant 3)</p>
		<p>L'environnement est perçu comme étant souillé par des microorganismes qui sont invisibles</p>	<p>« pour moi c'est un <u>environnement qui est souillé</u> (...) souillé au niveau des <u>microorganismes</u> c'est surtout ça moi dans ma tête <u>tout ce que je touche ici peut être souillé</u> donc pour moi c'est souillé» « dans un hôpital dans un environnement comme ça on doit penser que c'est souillé au</p>

			niveau des microorganismes, y'a des microorganismes partout pis <u>on ne peut pas les voir</u> » (participant 5)
		L'hygiène et la salubrité du CSSS constituent un élément positif, en particulier lié à l'équipe de l'entretien ménager qui est bien organisé	« A oui, A oui ça c'est une équipe qui m'impressionne oui (...) Je trouve ces gens-là <u>extrêmement bien organisés</u> (...) les employés semblent <u>formés et cohérents</u> aussi» (participant 10)
	Tenue vestimentaire	Je sors avec mon uniforme et quand je rentre chez moi, je me douche et je lave mon uniforme ce qui me protège et protège	« quand je sors, je suis habillée avec mon uniforme encore. Mais quand j'arrive chez moi (...) je me déshabille puis je

		mon mari.	prends ma douche puis mon linge est lavé à tous les jours (...) du fait de l'extérieur, je me protège et je protège mon mari ». (participant 1)
	Équipement de protection individuelle pour les infirmières	L'infirmière du CLSC ne porte jamais d'équipement de protection individuelle (blouse, masque, lunettes, etc.) parce qu'elle pense ne jamais être confrontée à un risque infectieux	« <u>je m'en sers jamais</u> parce que <u>je ne suis pas confrontée à ça</u> » (participant 9) « je suis spécialisée en MPOC face toute cette dimension là que tu me parles <u>d'équipement j'y touche pas vraiment</u> » (participant 9)
		Aux soins intensifs, les équipements étaient disponibles	« j'étais outillée au niveau des précautions de bases ça c'est sur on avait de l'équipement je me rappelle moi j'étais aux

			soins intensifs tsé on était bien équipé» (participant 7)
	Contamination comme conséquence du non-respect des mesures en PCI	La contamination des infirmières elles-mêmes est due à un non-respect des mesures en PCI	« y'a des gens qui ont eu la gastro-entérite dans notre personnel est-ce que c'est parce qu'ils <u>ne se sont pas protégés</u> , se sont <u>pas bien lavé les mains</u> , moi je pense que oui » (participant 5)
		Une éclosion est le résultat de la mauvaise application de techniques de désinfection	« une éclosion comme ça (...) c'est souvent des mauvaises techniques qui on été faite au niveau de la désinfection, de la prévention» (participant 5)

	Raison de non-observance des mesures en PCI	La surcharge de travail au niveau nursing engendre une non-observance des règles de PCI	« avec le travail je pense qu'ils délaissent des choses comme ça au niveau de la prévention des infections au niveau de la contamination (...) je pense que c'est lié à la lourdeur du travail (...) mais y'a quand même du laisser-aller» (participant 5)
	Raison de non-observance des mesures en PCI et recherche d'un coupable (suite)	Les mesures de PCI concernent essentiellement l'équipe en PCI et, toutes professions confondues, les mesures PCI ne sont pas toujours observées	« en dehors de ces filles-là je ne suis pas certaine qu'on porte toutes attentions à ... à prémunir nos patients » (participant 10) « J'ai vu un médecin encore entrer dans une chambre <u>naturellement ils se lavent</u>

			<p><u>jamais les mains</u> ces gars-là et puis faire les 4 patients sans se laver les mains fake pis <u>c'est de même pour tout le monde</u>» (participant 10)</p>
		<p>Le personnel venant de l'extérieur ne connaît pas toujours les procédures et ne les applique pas</p>	<p>« il demande un travail d'équipe qui est pas toujours là on a du personnel nous arrive de l'extérieur qui connaît pas les politiques, les procédures eux, ils les appliquent pas parce qu'ils ne les connaissent pas» (participant 7)</p>
	<p>Raison de non-observance des mesures en PCI et recherche d'un coupable (suite)</p>	<p>Les politiques et procédures manquent et ne sont pas toujours mises à jour</p>	<p>« les politiques les procédures y'en a elles ne sont pas toujours mis à jour sont pas toutes mises à jour y'en</p>

			manque» (participant 7)
		Les médecins ne respectaient pas les mesures en PCI (lavage des mains à l'entrée de l'hôpital)	« les gens se lavaient pas, voulaient même pas se laver les mains en entrant dans l'hôpital surtout les médecins » (participant 7)
		La non-observance des mesures en PCI correspond à un comportement non professionnel des infirmières	« chaque infirmière, m'a parlé pour les infirmières qu'on ne reconnaît pas notre rôle (...) et on se dit des professionnels on aime bien que les autres nous appellent des professionnels, mais dieu béni qu'on agi pas comme ça » (participant 10)
		Responsabilités et imputabilité des professionnels	« et je me dis à quelque part y'a eu une <u>mauvaise main</u> à

			<p><u>mauvaise place</u> là tsé »</p> <p>«pour ceux qui, même le personnel enrhumé qui continue à venir travailler : <u>ça c'est une responsabilité civile là!</u> des médecins avec le nez qui coule qui continue à travailler qui vont voir leurs patients <u>c'est pas correct ça</u>»(participant 10)</p>
		<p>Au niveau des équipes les mesures en PCI sont considérées comme une surcharge de travail</p>	<p>« au niveau de l'équipe ç'a été perçu comme un mal nécessaire un surplus de tâches» (participant 8)</p> <p>« on avait des gens qui refusaient d'aller travailler sur ces départements-là parce que</p>

c

			justement faut s'habiller, faut se déshabiller se laver et tout ça» (participant 8)
	Manque de disponibilité de l'équipement de protection et de dispositifs de rinçage des mains	<p>On utilise souvent les gants et la jaquette. Si je n'ai pas de gants, je me lave les mains.</p> <p>Le Stérigel est disponible depuis 2009 sur chaque étage de la résidence suite à la visite de l'Agrément et du Ministère.</p>	<p>« La jaquette et les gants, les gants c'est quelque chose qu'ici on utilise souvent. Si ça m'est pas accessible, je me lave les mains»</p> <p>« Avant (...) les gants n'étaient pas utilisés entre chaque patient. Il y en a qui n'avaient pas de gants. Là maintenant, c'est comme obligatoire ». (participant 1)</p> <p>« depuis l'année passée, ils ont mis du Stérigel sur tous les étages (...) ça date de l'année passée, parce qu'on a aussi eu la visite de personnes de</p>

	<p>Manque de disponibilité de l'équipement de protection et de dispositifs de rinçage des mains (Suite)</p>	<p>Problème de disponibilité du matériel (gants, thermomètres rectaux, jaquette) en suffisance lorsque l'éclosion de gastroentérite débute.</p> <p>Inquiétude face au réapprovisionnement de stock</p>	<p>l'extérieur : l'Agrément et le Ministère». (participant 1) « quand que c'est commencé la gastro c'est sur qu'il y a une réserve en bas, mais des gants ont en a pas nécessairement pour suffire quand ça commence, c'est pareil pour les masques, c'est sur que si ça commence vite on a se qu'on a. Je sais qu'ont le demande tout de suite, moi je vais le demander tout de suite, on va faire des démarches, pis ça va arriver, mais souvent il y a des délais et euu.. C'est comme pour la gastro, il y a une journée il fallait prendre la température rectale, mais ça nous les prend les</p>
--	---	--	---

	<p>Manque de disponibilité de l'équipement de protection et de dispositifs de rinçage des mains (suite)</p>	<p>de matériel en vue d'une prochaine éclosion (équipement de protection personnel)</p> <p>Matériel pas toujours disponible pour le personnel soignant quand il vient de l'interne au CSSS pour faire face à une éclosion infectieuse, mais complet lorsqu'il vient de l'extérieur pour la vaccination lors de la pandémie A/H1N1</p>	<p>thermomètres. (participant 1)</p> <p>« si on utilise tout notre stock puis ils nous en ramènent c'est bon, mais mettons qu'on serait à la fin pis qu'on fini notre gastro ben si on en a un autre dans disons 3 semaines, ben ça se peut qu'il n'y ait pas tout le matériel disponible.» (participant 1)</p> <p>« on n'a pas, pis ont se débrouille avec ce qu'ont a, ou on attend. Fait que c'est... le matériel, ça s'améliore, mais C'est difficile, c'est comme des appareils a tension ont en a pas pour laisser dans les chambres fait qu'il faut désinfecter, mais si t'as pas de</p>
--	---	---	---

			<p>lingette pour la désinfecter»</p> <p>« mais je sais que comme la A/H1N1, l'automne passé, ils ont vacciné, mais c'était préparé d'avance pour qu'on ait des seringues. De toute façon, ça venait de l'extérieur tout. On avait des grosses boîtes pis on avait tout le matériel.» (participant 1)</p>
		<p>Le matériel de PCI est présent et suffisant</p>	<p>« je pense qu'on a toute le matériel nécessaire pour bien gérer la prévention de la transmission des infections»</p> <p>(participant 4)</p>
	<p>Motivation à appliquer les mesures de PCI</p>	<p>Plus le temps s'écoule, plus nous nous trouvons bons, car nous sommes davantage</p>	<p>« Souvent ici, plus ça va, plus on est bons et plus on se trouve bons, parce qu'au</p>

	Motivation à appliquer les mesures de PCI (suite)	<p>sensibilisés aux maladies infectieuses qui arrivent par périodes.</p> <p>L'hôpital devient un point de repère en matière de PCI</p>	<p>début, on n'était pas aussi sensibilisés». (participant 1)</p> <p>« Ce qui est plaisant, c'est qu'on est moins isolés. On fait partie du CSSS maintenant, fait, que tout de suite, pour les infections, on a [nom de l'hôpital] qui sont nos points de repère» (participant 1)</p>
	Motivation à appliquer les mesures de PCI (suite)	<p>L'application des mesures en PCI constitue une responsabilité professionnelle et éthique pour l'infirmière</p>	<p>« qu'eux autres avaient pas le temps de se laver les mains entre chaque patient, ben, écoute, c'est une procédure de base là ça, t'as ta responsabilité professionnelle là qui rentre en ligne de compte tu ne peux pas faire ça</p>

			là c't'un manque, c't'un <u>manque d'éthique</u> ça là, c'est un manque complet» (participant 7)
		La conscientisation a induit une diminution du nombre de cas contaminés	« il ya une conscientisation à ce niveau-là qui est importante et on a vu vraiment des résultats, au niveau des baisses de patients atteints» (participant 8) « les mentalités ont changé l'approche a changé pis je pense que ça eu des effets très positifs» (participant 8)
		L'infirmière se sent plus concernée par les risques puisqu'elle a des enfants ce qui	« je pense que <u>le fait d'avoir des enfants pis d'être plus concerné des risques</u> favorise

		favorise l'utilisation des moyens en PCI	l'utilisation des moyens de protection» (participant 8)
	Résistances face aux mesures de PCI	<p>Mesures PCI :</p> <p>Besoin de mise à jour des mesures en PCI sur le terrain, mais c'est de mieux en mieux</p> <p>Résidents :</p> <p>Les résidents coopèrent moins lors de la troisième semaine d'éclosion de gastro et d'application de mesures de confinement et d'isolement : c'est leur milieu de vie.</p> <p>Soin au patient :</p>	<p>« puis les techniques de contrôle et prévention n'étaient pas souvent à jour (...) c'est mieux, c'est de mieux en mieux». (participant 1)</p> <p>« Ce qui est plus difficile..Comme ici ont est en période de gastro ben c'est les résidents, les milieux de vie ici, c'est leur chez eux on a des personnes en perte d'autonomie, donc qui sont confuses (...)la troisième semaine (...)ils commencent à être tannés d'être confinés soit dans leur chambre ou ont l'étage, fais que... la</p>

		<p>Difficulté à adapter la prescription médicale habituelle (administration de laxatifs) en période d'éclosion de gastroentérite (cesser les laxatifs)</p>	<p>coopération se fait moins bien» (participant 1) « nous ici on a, y a des personnes qui ont des laxatifs, fait que la les préventions en fin de semaine y en a qui ont eu des laxatifs pis ils étaient en isolement fait que déjà la, c'est comme pas logique de donner des laxatifs a quelqu'un qui est en isolement pour la gastro» (participant 1)</p>
Mesures en PCI (suite)	Adhésion aux mesures en PCI	<p>L'adhésion aux mesures en PCI est obligatoire et non négociable</p>	<p>« je pense qu'il faut vraiment s'outiller, pis il faut que tout le monde adhère à ça, ce n'est pas négociable dans les hôpitaux» (participant 6)</p>

		Les mesures en PCI sont globalement peu respectées au niveau de certaines techniques de soin	« aspirer un patient avec un masque y'a personne qui fait ça encore je pense qu'il y aurait beaucoup, y'aurait de la formation à faire là dessus, du suivi à faire là-dessus» (participant 6)
Type de risques au CSSS	Risque biologique	(voir ramification thématique ci-bas)	
	Risque de chute	La prévention des chutes et les risques de chutes sont très prégnants au CHSLD	« c'est un risque j'ai dit voyons la fille est tombée» (participant 4)
Risque biologique	Perception du risque biologique	Les risques biologiques sont toujours présents et sont liés	« nous on est à risque, toujours »

<p>Risque biologique (suite)</p>		<p>aux liquides biologiques : selles, plaies, vomissures, crachats, éternuement qui peut contaminer les yeux du soignant.</p> <p>Je ne me perçois pas à risque : je suis en bonne santé et j'ai de bonnes habitudes de vie</p> <p>Je perçois la clientèle vulnérable comme étant à risque</p> <p>Nous mettons les autres à risque et c'est une source d'inquiétude</p>	<p>« c'est toujours faite attention a tout liquide biologique, a vomis, les selles, y a une plaie.. Les crachats, les éternuements, fais que.. eux y faut qui fassent attention même au niveau des yeux fais que on leur dit, fais que les risques sont reliés à ça » (participant 1)</p> <p>« Moi je suis en bonne santé et ... e... e... je prends soin de moi, je ne prends pas de médicaments, je m'entraîne 4 - 5 fois par semaine au centre d'entraînement donc ... e... e... e... je suis quelqu'un qui a ... e... e... e... j'ai une routine dans moi donc aussi je me calcule</p>
----------------------------------	--	--	--

	Perception du risque biologique (suite)		pas à risque.» (participant 2) « Mais, mon inquiétude est plus pour les personnes qui sont a risques, qui prennent des antibiotiques, qui sont en anesthésie, qui sortent de chirurgie, donc c'est ça que j'explique à mon personnel souvent ce n'est pas ... eu... eu... eu... nous sommes des facteurs de transmission on n'est pas a risque, souvent ont met les autres à risque.» (participant 2)
		Le risque dépend du mode de transmission de l'agent	« le risque dépend du mode de transmission de l'agent» (participant 3)
		Peur du personnel qui ne connaît pas les risques	« je pense qu'il faut bien connaître le mode de

Risque biologique (suite)	Perception du risque biologique (suite)	biologiques et ne veut pas entrer dans une chambre	transmission des germes pour connaître le risque eu... des fois quand on... on voit aussi sur le terrain, les gens connaissent pas le risque, donc ont peur ou eu... veulent pas... veulent pas entrer par exemple» (participant 3)
		<p>Environnement hospitalier : L'hôpital est considéré comme un environnement potentiellement dangereux au niveau infectieux : le risque d'infection est considéré comme s'ancrant dans la réalité</p>	<p>« c'est une <u>réalité</u> qu'à l'hôpital y'a un <u>potentiel de danger au niveau infectieux</u> qui est <u>réel</u>» « c'est comme une évidence maintenant que, que c'est presque <u>dangereux d'aller à l'hôpital</u>» (participant 9)</p>
		Discours alarmistes des infirmières soignantes sur les	Le participant rapporte les propos tenus par des employés

		<p>risques, infirmières qui ont l'impression que personne ne s'occupe des infirmières qui sont mises sur la ligne de front.</p>	<p>« qu'il y a des discours qu'ont entend que... nous on est a risques, personne s'occupe de nous, pis on a pas ce qui faut, pis vous savez pas ce qui se passe, pis vous nous mettez sur la ligne de front (...) C'est un discours qu'on entend aussi, qu'on entend aussi ici pour le Clostridium difficile» (participant 3)</p>
	<p>Perception du risque biologique (suite)</p>	<p>Crainte du personnel de soutien d'être contaminé par un patient atteint de C-Difficile et refus d'entrer dans la chambre d'isolement pour accomplir la tâche de rénovation.</p>	<p>Récit narratif du participant : « exemple hier, un monsieur de... de... l'entretien, de construction, rénovation Qui a refusé de rentrer dans une chambre Clostridium difficile par peur que... puis malheureusement, mes</p>

<p>Risque biologique (suite)</p>	<p>Perception du risque biologique (suite)</p>	<p>Inquiétude des infirmières de</p>	<p>collègues ont dit ok, c'est correct on va déplacer le patient, on va nettoyer la chambre en 3 étapes, eau de javel, ensuite tu iras faire tes travaux. Moi j'ai dit non, parce que c'est pas vrai que lui est à risque, il va mettre les gants, la jaquette, il va rentrer ce qu'il a besoin, il va nettoyer ses outils, on fera pas 3 déménagements de patients, pis déplacer la salubrité, c'est 3-4 heures de travail parce que monsieur a peur (...) en plus je l'avais rencontré et lui avait donné l'enseignement » (participant 3)</p> <p>« il y en a qui disent...moi j'ai</p>
----------------------------------	--	--------------------------------------	---

<p>Risque biologique (suite)</p>		<p>mettre leur famille à risque (conjoint, enfant)</p>	<p>...j'ai un conjoint malade à la maison, pis la je me mets a risque ici, pis il y a des médecins qui se promènent, qui se lavent pas les mains pis après ça moi j'amène ça chez moi, pis je mets mes...mon conjoint a risque donc eu...oui » (participant 3)</p>
		<p>Perception de soi comme étant à risque puisque travaillant en milieu hospitalier : peur d'être contaminée et de contaminer à son tour</p>	<p>« je te dirais oui, puisque je travaille en milieu hospitalier ». « c'est peut-être que c'est une déformation professionnelle, mais oui je suis très peureuse par rapport à ça, oui » « Oui, ou de contaminer quand je vais voir des patients dans leur chambre » (participant 10)</p>

	Perception du risque biologique (suite)	Le risque biologique c'est le risque pour l'employé, les patients en contact avec les autres patients ou les employés. (contact d'humain à humain)	« le risque biologique aussi c'est... c'est le risque pour l'employé eu... mais il y a aussi le risque pour les autres patients qui peuvent être en contact avec un employé ou un autre patient qui partage la chambre par exemple» (participant 3)
		Je ne me perçois pas à risque, car Je me protège Je suis en bonne santé Je fais attention	« je ne suis pas quelqu'un qui est inquiète de la transmission parce que je sais que si je me protège eu... pis que je suis en bonne santé...eu... pis que je fais attention j'ai pas de risque...presque pas de risque, il peut m'arriver quelque chose, mais...eu... si je fais

Risque biologique (suite)			attention je le sais qu'il y a pas de risque» (participant 3)
		Environnement hospitalier : L'hôpital est perçu comme étant le lieu où les patients sont contaminés par des germes hospitaliers	« puis comme ils sont <u>hospitalisés</u> souvent ben ça arrive souvent <u>qu'ils attrapent</u> le C.Difficile» (participant 9)
		Les infirmières ne percevaient pas le risque infectieux en CHSLD puisqu'elles considèrent le milieu comme un milieu de vie	« ici en centre d'hébergement c'est un milieu de vie fake y'en avait pas d'infections ici tu comprends» (participant 4)
		Les infirmières peuvent constituer un vecteur de contamination	« je crois qu'on est à risque et on doit dire on doit s'assurer de pas contaminer les autres» (participant 5)

Risque biologique (suite)			
		<p>Contrairement à avant, l'infirmière se perçoit comme étant en sécurité suite à la mise en œuvre de mesures en PCI dans son établissement</p>	<p>« je dirais que oui maintenant (...) pas du tout parce que on avait pas les moyens pis on avait pas la capacité de prendre les moyens même si on voulait isoler quelqu'un on pouvait pas (...) on était plus à risque» (participant 4)</p>
		<p>Perception de SOI : l'infirmière ne se sent pas à risque puisqu'elle est en bonne santé. Elle n'est pas à risque de transmettre elle-même la maladie</p>	<p>« non moi je ne me trouve pas à risque , je suis en bonne santé : je prends aucun médicament j'ai aucune maladie infectieuse donc moi je considère que je suis pas un risque pour les gens que je côtois » (participant 4)</p>

		Perception de Soi : l'infirmière ne se sent pas à risque puisqu'elle évolue dans un environnement de bureau	« moi ici non je ne me considère pas vraiment à risque» (participant 8)
		Perception de l'Autre : certains collègues sont peut-être à risque sans en être conscients	« les collègues, je sais pas y'en a peut-être qui sont à risque , mais sont pas conscient d'être à risque» (participant 4)
		Les infirmières de terrain sont très à risques et n'ont pas toujours les moyens d'y faire face	« on est très à risque on a pas tjrs ce qu'il faut » (participant 6)
		Perception de l'Autre : le patient n'est jamais à risque : le risque vient des autres	« a non les patients ils se trouvent jamais qu'ils sont à risque pour les autres c'est

			<p>toujours les autres qui sont un risque pour eux autres» (participant 4)</p>
		<p>Le risque est perçu comme étant une probabilité de survenue dans le réel</p>	<p>« si j'étais en charge de la sécurité ici dès que quelqu'un me signale une possibilité de risque tout de suite je mettrais en branle tout ce que je pouvais faire pour éviter que le risque devienne une réalité» (participant 4)</p>
		<p>L'environnement public hors de l'hôpital est perçu comme étant à risque de contamination et induit des comportements d'évitement</p>	<p>« De personne je te donne un exemple je prends le métro je tiens les poteaux je n'ai pas dédain de prendre les poteaux, mais je sais que. Ahh. Mets pas</p>

			<p>tes mains dans ta figure, mets pas tes mains dans tes yeux, touche pas à ça tu vas être correct c'est comme ça (...) Oui, oui contaminé, vraiment contaminé correct qu'ils soient contaminés c'est normal sauf que dans cette contamination il peut avoir des pathogènes sérieux» (participant 10)</p>
		<p>Environnement à risque : les risques biologiques sont omniprésents tant dans la sphère hospitalière que privée</p>	<p>« je pense actuellement je suis plus sensibilisée <u>des risques biologiques</u> en général c'est, ce n'est plus seulement que dans les centres de santé là <u>c'est partout</u> dans le métro, au métro c'est à dire au magasin à l'épicerie c'est partout où il y a</p>

			de la population qui passe» (participant 7)
		Environnement à risque : intégration de la pratique du lavage des mains y compris dans un environnement extrahospitalier suite à la sensibilisation au lavage des mains et à l'apparition concomitante de maladies infectieuses.	« ma petite bouteille de gel avec moi (...) Assez récent oui (...) Peut-être 3-4 ans» (participant 10) « ben oui c'est sur cette idée là m'a contaminée » (participant 10)
		Tous lieux publics confondus (hôpital, centre d'achat, métro, etc.) sont perçus comme étant à risque de contamination et induit une réaction de	« Les lieux publics je les trouve à risque, dans mon environnement privé à moi non, j'habite toute seule je ne suis pas à risque, mais sauf que

		<p>prévention acquise qu'est le lavage des mains</p>	<p>la première chose que je fais en arrivant, je laisse mes souliers à la porte et je vais laver mes mains, ça c'est tout de suite, tout d'suite avant de toucher au commutateur ou quoi que ce soit» (participant 10)</p>
		<p>L'environnement hors hôpital est perçu comme potentiellement pathogène et les pratiques d'hygiène qui y sont expérimentées suscitent du dégoût.</p>	<p>« Allez au resto c'est une épreuve pour moi dépendamment de ce qu'on voit. (...) le jeune homme ses petits gants et il se mouche après avoir mis ses gants tsé » (participant 10)</p>
		<p>Les patients et les infirmières sont à risque</p>	<p>« je pense qu'on on est tous à risques autant les patients que</p>

			les intervenants (...) je crois qu'on est à risque» (participant 5)
		La perception du risque est diminuée par la banalisation de la confrontation aux liquides biologiques	« parce que pour nous avoir, être en contact avec des liquides biologiques qu'on parle de sang d'urine ou quoi que ce soit c'est rendu banal» (participant 8) « je pense que <u>la perception du risque elle est peut-être vraiment diminuée par la banalité</u> aussi, le fait que ça soit rendu des choses habituelles et routinières» (participant 8)
		Un environnement public est à risque : les germes sont partout	« je pense qu'on est de plus en plus consciente aux risques des

		où les gens passent et la question du lavage des mains est omniprésente	poignées de porte, des téléphones, des ordinateurs tout ça on un endroit y'a qu'en même beaucoup de personnel qui circule (...) avant de manipuler tout ça de toucher à tout est-ce qu'ils se sont lavé les mains» (participant 8)
		L'infirmière gestionnaire ne perçoit pas de risques biologiques pour elle-même	« non » (participant 6)
		Le risque est perçu pour soi (infirmière) mais également pour le patient	« moi je le perçois surtout pour moi et <u>pour le patient</u> , car c'est sur quand on se pique souvent y'a un risque pour nous et pour le patient» (participant 8)
	Perception du risque pour le		

	patient	<p>Le risque est inhérent à la maladie du patient : certaines pathologies dont souffrent certains patients sont souvent liées à la possibilité qu'ils soient porteurs de germes spécifiques (ex. : SARM chez les MPOC)</p>	<p>« avec les MPOC, c'est des <u>patients qui sont souvent porteurs</u> de SARM» (participant 9)</p>
		<p>Cause de vulnérabilité : pour les MPOC, l'antibiothérapie, l'âge avancé et la polypathologie sont considérés comme la cause de leur vulnérabilité, de leur fragilité face à la contagion potentielle</p>	<p>« c'est les patients qui prennent des <u>antibiotiques</u> beaucoup fake c'est sur qu'au niveau de leur système immunitaire sont très affectés fake c'est vraiment comme les champions pour <u>attraper tout ça</u> » (participant 9)</p> <p>« c'est des <u>personnes âgées</u> avec <u>beaucoup de maladies concomitantes</u> fake c'est au</p>

	<p>Perception du risque pour le patient (suite)</p>		<p>départ des gens qui sont plus <u>vulnérables.</u>» (participant 9) « j'attribue ça plus à la <u>surconsommation</u> <u>d'antibiotique</u> pis les coûts de morbidités, pis les <u>patients âgés</u> qui sont beaucoup plus nombreux maintenant (...) plus vulnérables avec un <u>système de défense</u> qui est <u>amoindri</u> fake c'est sur que c'est des patients qui sont aptes à attraper tout ça» (participant 9)</p>
		<p>Les conséquences pour le patient qui contracte une infection à l'hôpital sont : augmentation de la durée de séjour hospitalier et de la durée</p>	<p>« je te dirais peut-être 1 sur 4 sur 5 qui revient beaucoup plus tard d'un séjour à l'hôpital ou y'a attrapé une de ceux qu'on a nommés pis qui reviennent</p>

		du traitement extrahospitalier (CLSC)	avec une forme musculaire pis que ça y prend je ne sais pas combien de semaines à remonter» (participant 9)
	Perception du risque pour l'infirmière	Les patients ne sont pas considérés comme potentiellement contaminants pour l'infirmière puisqu'elle se considère en bonne santé et qu'elle a travaillé toute sa vie en étant confrontée à ça (immunisation)	« mes patients y toussent pis y crachent quasiment toute là , <u>mais sont pas infectés</u> pour autant (...) ces patients-là <u>me font pas peur</u> parce qu'ils toussent pis y crachent» (participant 9) « pis <u>je suis en très bonne santé fake ça me fait pas peur</u> » (participant 9) « j'ai travaillé dans les bébittes toute ma vie fake je suis pas une fille qui est comme super <u>apeuré</u> par ça» (participant 9) « j'ai <u>pas peur d'attraper</u> moi je

			<p>pense que je suis <u>immunisée</u> contre tout ça mais je pense qu'il faut rester <u>prudente</u>» (participant 9)</p>
	<p>Perception du risque pour l'infirmière et précaution dans le quotidien (suite)</p>	<p>Les patients infectés ne sont pas perçus par l'infirmière comme potentiellement contaminants pour elle</p>	<p>« un patient là qui a du SARM dans ses sécrétions, je suis pas susceptible moi de l'attraper; c'est dans ce sens-là que je te dis que moi je ne suis pas inquiète de ça » (participant 9)</p>
		<p>Les risques biologiques sont omniprésents et constituent une préoccupation dans les gestes quotidiens (gel hydroalcoolique utilisé dans tout endroit public)</p>	<p>« c'est une préoccupation quotidienne, dans les gestes quotidiens» (participant 7)</p> <p>« je traîne mon petit gel, mon petit gel quand je vais dans un endroit public» (participant 7)</p>

		<p>Le lavage des mains et le nettoyage constituent un moyen de lutter contre la propagation des infections qui fait partie intégrante de l'environnement de l'infirmière</p>	<p>« quand je sors je me lave les mains tsé pis tout le monde pitonne sur le bouton de l'ascenseur, en , ok y'é nettoyé souvent aussi l'ascenseur y'é nettoyé à tous les matins pis je pense à tous les soirs y'a une rotation parce que le moyen de propagation idéal» (participant 7)</p>
		<p>Le milieu hospitalier est à haut risque</p>	<p>« j'ai été malade quand j'ai commencé à travailler à l'hôpital je me lavais les mains, mais je ne sais pas ce qui s'est passé j'ai fait des grosses infections j'avais jamais fait ça fake je pense qu'on est un</p>

	<p>Perception du risque pour l'infirmière et précaution dans le quotidien (suite)</p>		<p>milieu à risque à haut risque» (participant 7)</p>
		<p>Le risque le plus élevé serait au poste (contamination manuportée des dossiers)</p>	<p>« tu sais que l'endroit le plus contaminé sur une unité tu sais tu c'est ou au poste fait que moi je vais au poste quand je regarde des dossiers je me dis toujours qui c'est qui a mis les mains là-dessus» (participant 7)</p>
		<p>Les hauts risques sont attribués à l'utilisation de produits chimiques, aux patients malades, aux contacts avec des liquides biologiques et aux</p>	<p>« On a de tout ici là on a des patients très malade on a des interventions, on utilise des médicaments qui sont des produits chimiques pis qu'y</p>

	<p>Perception du risque pour l'infirmière et précaution dans le quotidien (suite)</p>	<p>visiteurs</p>	<p>ont des effets (...) on a <u>des visiteurs</u> qui rentrent ici on a plein de monde » (participant 7)</p> <p>« on fait des injections <u>on touche à du sang</u>, des risques, on a des produits on a pas juste des médicaments <u>on est en contact avec liquides biologiques</u> on est en <u>contact avec des patients</u> qu'on ne connaît pas toujours leurs états tsé, fake oui <u>on est un lieu à haut risque</u>» (participant 7)</p>
		<p>Les risques sont banalisés et engendrent leur non-gestion des risques jusqu'à l'occurrence</p>	<p>« la banalisation du risque là. Oui oui on pourrait faire ça, mais on n'a pas d'argent, oui</p>

		<p>d'un événement sentinelle (grave).</p>	<p>oui on pourrait faire ça, mais qu'est-ce que tu veux qu'on fasse y'a rien à faire fait que ça c'est toute la banalisation, on laisse aller des choses jusqu'à tant qu'il arrive un évènement sentinelle» (participant 7)</p>
		<p>L'infirmière ne peut contaminer puisqu'elle adopte de bonnes habitudes de lavage des mains et évite de venir à l'hôpital pour contaminer tout le monde si elle est malade</p>	<p>« d'être malade contaminer quand je rentre ici moi d'habitude chui toujours le lavage des mains, pis quand je suis malade(...) je ne rentre pas je ne viendrais pas contaminer tout le monde» (participant 7)</p>

	<p>Perception du risque pour l'infirmière et précaution dans le quotidien (suite)</p>	<p>L'infirmière ne se perçoit pas à risque puisque tout est nettoyé régulièrement</p>	<p>« actuellement, non (...) je suis dans un bout de corridor le ménage se fait régulièrement les toilettes sont lavées tout est bien nettoyé» (participant 7)</p>
	<p>Conscientisation du risque biologique suite à un incident</p>	<p>L'infirmière a déjà vécu un accident de piqûre induisant une « peur du risque qui demeure» et une conscientisation</p>	<p>« je me suis piquée (...) c'est sur que les tests reviennent négatifs tout ça là ça nous soulage sauf que <u>la peur du risque je te dirais demeure (...)</u> mais j'ai cette peur-là et <u>je suis très consciente des risques</u></p>

	<p>Conscientisation du risque biologique suite à un incident (suite)</p>		<p>peut-être parce que c'est un épisode qui m'est arrivé» (participant 8)</p> <p>« souvent c'est le fait qu'il y est un incident qui te touche plus personnellement au lieu d'être professionnellement qui va <u>déclencher un mécanisme de conscientisation</u>» (participant 8)</p>
<p>L'infirmière a peur de tomber malade elle-même</p>		<p>« ben là c'était la peur de tomber malade» (participant 8)</p>	
<p>Chaque acte infirmier considéré comme banal comporte des risques pour l'infirmière qui le pose</p>		<p>« tu te rends compte que non ce n'est pas banal et oui comme professionnel de santé le fait de poser l'acte nous rend à risque» (participant 8)</p>	

	<p>Matérialisation du risque biologique par la visibilité des liquides biologiques contrairement à un isolement pour SARM</p>	<p>Le risque biologique est visible au contact des liquides biologiques, le risque devient tangible et c'est moins apparent pour un patient SARM isolé</p>	<p>« c'est peut-être la perception parce qu'en plus au bloc on est en contact avec des liquides biologiques qu'on voit (...) donc là le risque est là y'é visible, y'é tangible (...) c'est peut-être un peu moins apparent pour un patient qui va être en isolation parce qu'il y a un, un SARM» (participant 8)</p>
	<p>Conscience du risque par les autres soignants</p>	<p>Les préposés ne sont pas conscients du risque auquel ils s'exposent en manipulant des liquides biologiques</p>	<p>« on voyait souvent les <u>préposés</u> agir toujours au bloc au niveau de tous les liquides biologiques qui peuvent être sur toutes les surfaces tout ça <u>est-ce qu'elle était vraiment conscient du risque de s'exposer à ces liquides-là j'ai</u></p>

	Conscience du risque par les autres soignants (suite)		<u>un gros doute</u> » (participant 8)
Le personnel hospitalier commence à être capable de reconnaître et nommer les risques		« à l'hôpital oui, on se rend compte que les gens connaissent, commencent à la connaître commence à être capable de dire ou y'a des risques de les nommer (...) à les déclarer» (participant 8)	
Pour changer les habitudes de travail, il faut un changement de mentalité		« faire changer les habitudes de travail faire changer les mentalités c'est très difficile il faut que le besoin vienne des équipes pis faut que les équipes se sentent vraiment concernés pour qu'on puisse faire un changement» (participant 8)	

	<p>Gestion des risques biologiques</p>	<p>Organisation qui se situe bien face aux autres organisations</p> <p>Les risques sont bien gérés par l'équipe de PCI</p> <p>Les risques sont gérés en tenant compte des contraintes liées à l'environnement physique</p>	<p>« Comparer a qu'est-ce qui se fait ailleurs, je pense qu'on est une organisation qui se situe plutôt bien, on gère plutôt bien, on ne prend pas de chances non plus »</p> <p>« Je pense qu'ils sont bien gérés, on a un gestionnaire en prévention des infections qui est avec son équipe, on a souvent une ou deux infirmières dans l'hôpital qui font la tournée de l'ensemble des patients de façon quotidienne, l'ensemble de nos patients, c'est quoi leur symptômes, vont voir les assistantes, y as-tu des patients a risque, y as-tu des patients avec des selles diarrhéiques ,</p>
--	--	--	---

	Gestion des risques biologiques (suite)		<p>comment vont nos patients, ils font le suivi des résultats de laboratoire, non je pense que c'est très bien géré dans le centre hospitalier » (participant 2)</p> <p>« La meilleure des solutions, c'est des chambres privées pour tous et chacun, donc...mais faut composer avec la rusticité des lieux, du milieu physique » (participant 2)</p>
		<p>Mesures en PCI comme moyen de gérer les risques biologiques : L'infirmière utilise immédiatement les moyens de prévention et de protection individuelle en cas de contact (gants, blouse, etc.)</p>	<p>« ben tout de suite moi je me mets une jaquette des gants » (participant 4)</p>

	Gestion des risques biologiques (suite)		
		Le risque est calculable, mesurable et gérable en appliquant des procédures	« la gestion, protocole, procédure qui doit être appliqué» (participant 7)
		Le risque zéro n'existe pas : tout n'est pas anticipable	« y'a des choses, des choses qu'on ne peut pas prévoir (...) le risque zéro n'existe pas y'aura toujours des risques» (participant 7)
		On gère ce que l'on connaît sur base de l'expérience du réel	« mais à partir du moment où ça arrive on peut toujours le prévoir par la suite on peut gérer, on ne peut gérer que ce que l'on connaît» (participant 7)

		La construction du risque est une œuvre collective en collaboration avec le personnel du terrain	« la seule manière de connaître c'est vraiment d'être en interaction avec nos services et qu'eux identifient leurs risques» (participant 7)
		Les mesures à prendre, à mettre en œuvre face aux risques sont identifiées par le personnel de terrain	« s'ils participent à l'identification des risques ben ça permet d'aller un petit peu plus loin des fois bon, des fois ils ont des solutions, des fois ils ont des pistes d'amélioration» (participant 7)
		L'infirmière a déjà été contaminée auparavant, mais	«ben comme les gripes ha oui j'ai par le passé (...) mais

	Gestion des risques biologiques (suite)	plus actuellement depuis la mise en œuvre des mesures en PCI	maintenant ça met pas arrivé d'être absente du travail à cause d'une grippe (...) à cause des précautions qu'on prend maintenant (...) je pense qu'il y a beaucoup moins de gens qui s'absentent du au fait qu'on a pris des mesures d'isolements des gens» (participant 4)
		Les risques biologiques doivent en tout temps être pris en compte : il s'agit d'un phénomène récent	« les risques biologiques faut toujours qu'ils soient tenus en ligne de compte à l'achat de matériel, pour les soins, pour la désinfection, toute l'entretien sanitaire, faut toujours toujours toute, toute nos façons d'intervenir» (participant 7)

			<p>« ça fait juste commencer» (participant 7)</p>
	<p>Gestion des risques, mesures de PCI et mesures disciplinaires</p>	<p>Le personnel doit écouter à la perfection les mesures de prévention des infections</p>	<p>« premièrement mes attentes c'est qui... qui... qui... qui... qu'ils écoutent à la perfection se que le gestionnaire au niveau de la prévention des infections avait eu...eu...eu...eu comme attente. Eu...eu...eu...eu...eu répéter au personnel le lavage des mains, le respect des mesures de protection demandée, le port d'une blouse, le port du masque, le port des gants, eu...eu...eu...eu déplacement sécuritaire, eu... eu... eu... on a mis un agent en place a chaque fois qu'on a eu une petite</p>

		<p>Tolérance zéro : si le personnel ne respecte pas les mesures en PCI malgré les avertissements du gestionnaire, cela mène à la suspension d'emploi</p>	<p>pandémie» (participant 2) « c'est la tolérance zéro, pis on essaye d'avoir, si jamais eu...eu on se rend compte, c'est déjà arrivé dans le passé qu'il y a un membre du personnel a pas pris au sérieux nos avertissements, pis oui on ils ont été suspendus, on ne peut pas se permettre de mettre notre clientèle à risque» (participant 2)</p>
<p>Risque biologique (suite)</p>	<p>Gestion des risques (suite)</p>	<p>En matière de sécurité et de protection pour le personnel, les gestionnaires font d'abord des enregistrements et analyses statistiques et évaluent les coûts</p>	<p>« on va faire des statistiques, on va voir comment y'en a pis on va savoir si au niveau des coûts c'est sur qu'il faut évaluer» (participant 6)</p>

		<p>La gestion des risques biologiques n'est actuellement pas une priorité pour le management de l'hôpital : il n'y a pas de plan et, bien que conscient, personne n'en parle</p>	<p>« au niveau gestion au niveau gestionnaire c'est quelque chose dont je n'entends pas parler (...) la directrice bon elle est très consciente de tout ça aussi tout le monde est très conscient de tout ça, mais y'a pas de plan, c'est comme pas une priorité pour l'instant je pense » (participant 6)</p>
	<p>Gestion des risques (suite)</p>	<p>Les gestionnaires ont la responsabilité de sensibiliser leur personnel à l'exposition aux risques biologiques</p>	<p>« faut intervenir directement au niveau des gens pour, même pour leur dire fait pas ça tu peux juste leur faire prendre conscience que tu réalises tu, que tu t'exposes» (participant 8)</p>
		<p>Le middle management de</p>	<p>« comme gestionnaire on n'a</p>

		l'hôpital ne reçoit aucune information en lien avec la gestion des risques	pas d'information qui nous vient là dessus comme quoi ça s'en vient ou une équipe qui travail à ce niveau-là» (participant 6)
	PCI en tant que prévention des risques biologiques	Les mesures universelles préviennent les risques biologiques	« y,a des mesures universelles dont, ça fait partie de la prévention au niveau des risques biologiques» (participant 6)
	PCI en tant que moyen de protection	Les mesures universelles permettent de se protéger	« c'est sûr qu'il y a des risques, mais quand on prend les mesures universelles je pense qu'on se protège (...) s'ils ne comprennent pas, ils

			s'exposent à des risques pis ils exposent les autres patients au sein des risques» (participant 6)
Sécurité	Sentiment de sécurité	Je me sens en sécurité face aux MI, car je suis mieux informée, par la présence du gardien qui contrôle les visiteurs, par l'application des mesures de PCI sur les unités	« depuis 2-3 ans, c'est sur que moi, je me sens plus sécurée. Si on a une gastro qui commence ici que, il y a 3 ans. Déjà là, moi, j'ai plus d'information, ce qui me permet de mieux travailler, pis de pouvoir eue.. Travailler....D'agir le pus vite possible, pis sinon bien.. C'est sûr que j'ai toujours du monde disponible pour moi, fait que dans l'ensemble, je me sens plus en sécurité que, oui, les années passées» (participant 1)

			<p>« Oui, moi je me sens en sécurité, je vois les mesures qui sont mises en place, des agents de sécurité sont à l'entrée, contrôle des visiteurs, donc j'arrive sur les unités de soins, donc je pense que... que... que oui les mesures sont en place, je me, je me sens pas du tout quelqu'un qui est pas en sécurité présentement.» (participant 2)</p>
Sécurité (suite)	Perception de sécurité	La sécurité correspond à un milieu de risque quasi équivalent à zéro	« pour moi la sécurité c'est d'être dans un milieu ou le risque est pratiquement zéro dans notre environnement de travail» (participant 4)

		<p>En soins aux MPOC, l'infirmière se sent en sécurité parce que : grande expérience de travail et peu confrontée aux maladies infectieuses</p>	<p>« je me sens en sécurité peut-être aussi parce que j'ai 35 ans <u>d'expérience</u> (...) dans mon milieu MPOC je suis tellement <u>peu confronté à ça</u>» (participant 9)</p> <p>« pour ce qui est de moi à domicile oui, moi je suis sécuritaire » (participant 9)</p>
		<p>Se dit en sécurité face aux maladies infectieuses, car prends les mesures en PCI en comptant sur elle-même, en ne se fiant pas aux autres</p>	<p>« parce que je, parce que je ben j'ai la confiance dans ce que moi je fais qui va me protéger (...) je prends la responsabilité sur moi (...) Je ne me fie pas aux autres» (participant 10)</p>
		<p>L'infirmière ne perçoit pas les soins à domicile généraux</p>	<p>« je trouve que ça serait un milieu pour moi qui serait</p>

Sécurité (suite)		comme un milieu sécuritaire	vraiment pas trop trop <u>sécuritaire</u> » (participant 9)
		Le développement de la sécurité est avancé en ce qui concerne les infections nosocomiales	« les infections nosocomiales courantes, oui je vous dirais que c'est une partie c'est un domaine ou il y a eu beaucoup d'avancement au niveau de la sécurité» (participant 6)
		L'infirmière irait se faire soigner dans un CHU et pas dans son CSSS	« je viendrais pas ici mettons pour me faire soigner (...) j'irais dans des grands centres hospitaliers universitaires» (participant 6)
		La sécurité est reliée à la santé et sécurité sur les lieux du travail	« le gars vient encore livrer le, son sac là (...) jusqu'à tant qu'il y ait réellement un accident

			<p>(...) ou prendre du matériel qui est pas adéquat comme là notre chariot à médicaments là le tiroir était brisé assez pour se blesser» (participant 4)</p>
		<p>L'infirmière se sent en sécurité si elle met en application les mesures en PCI/ qu'elle se protège</p>	<p>« oui je me sens en sécurité, parce que je me protège» (participant 5)</p>
	<p>Définition de la sécurité</p>	<p>La sécurité, cela touche à tout : personnes confuses et errantes à protéger, erreur de médicament, matériel, environnement.</p>	<p>« Ça touche eu... ici ça touche beaucoup de choses, ça peut aller a la personne qui..Qui est confuse qui faut pas qui sorte a l'extérieur. Parce qu'on pourrait la perdre, ça va de la personne qui pourrait recevoir le mauvais médicament qui est</p>

Sécurité (suite)	Définition de la sécurité (suite)		destiné a quelqu'un d'autre, ça va euu... euu... à... euu... le matériel, l'environnement, ça touche tout ça. Ça touche les soins qu'a reçoit, les soins que..qu'a l'a de besoin qu'elle a pas... c'est gros la sécurité ici... ça peut être tout » (participant 1)
		La sécurité est perçue comme un élément important	« la sécurité c'est un élément important» (participant 10)
		La sécurité comporte la salubrité, la santé et sécurité au travail, la prévention.	« pour moi il y a la salubrité, la dedans eu..., il y a santé et sécurité au travail, il y a prévention» (participant 3)
	Présence du gardien de sécurité	Il y a un gardien de sécurité	«Il y a eu un gardien de sécurité l'année passée quand

Sécurité (suite)	comme agent de contrôle des mesures en PCI et de la circulation	durant la A/H1N1, mais présence de portes actionnables à la résidence	la A/H1N1 » (participant 1) « Les deux portes ne s’ouvrent pas en même temps (...) il y a une réceptionniste de 7h AM à 11h PM qui est présente à l’admission». (participant 1)
		Les mesures de sécurité à l’hôpital sont de plus en plus visibles et présentes : les allées et venues sont davantage contrôlées	« même ici avant quand tu te promenais tu pouvais te promener dans l’hôpital partout y’avait personne qui était identifié (...) c’est nouveau là, ben nouveau c’est récent le port des cartes » (participant 8)
		Non-observance du lavage des mains pour les visiteurs à	« je prends juste le fait que les gens à l’entrée et à la sortie de

		<p>l'entrée de l'hôpital sans la présence d'une surveillance et d'une contrainte par un gardien de sécurité</p>	<p>l'hôpital respectent pas les consignes à moins qu'il y ait un gardien de sécurité qui soit là : si y'a pas le gardien ils passent tout droit» (participant 10)</p>
	<p>Dispositifs de sécurité : gardien et cartes magnétiques comme agent de contrôle</p>	<p>La présence du gardien de sécurité a favorisé progressivement l'application de la directive du lavage des mains Ce gardien est vu comme un moyen de prévention et de protection</p>	<p>« c'est toujours encore dans la mentalité des gens de quand tu te fais imposer quelque chose on a tout le temps l'impression qu'une certaine rébellion au début par se conformer à la <u>directive</u> (...) au début il y avait des gens qui voulaient pas qui refusaient l'agent de sécurité prenait les noms (...) qui refusaient de se laver les mains à ce moment-là» (participant 8)</p>

Sécurité (suite)	Dispositifs de sécurité : gardien et cartes magnétiques comme agent de contrôle (suite)		« tout le monde est conscient fake ça je pense que ça été un moyen de <u>prévention</u> et <u>protection efficace</u> » (participant 8)
		L'instauration de ce type de contrôle par le gardien de sécurité à l'entrée de l'hôpital est concomitante avec l'éclosion de Clostridium	« en 2005, fin 2005 (...) parce qu'il y a eu l'instauration de l'équipe PCI l'unité dédiée 2004-2005» (participant 8)
		Rituel : le lavage des mains est omniprésent dès l'entrée de l'hôpital et à chaque instant et est une consigne acquise pour l'infirmière et les autres	« on va voir un patient ont se lave les mains on rentre à l'hôpital on se lave les mains on se met Manorapide ça c'est rendu, c'est vraiment ancré

<p>Sécurité (suite)</p>			<p>dans la mentalité et on a notre petite bouteille de Purell on touche au bouton de l'ascenseur on se remet du manorapide pis ça, je pense que ça, c'est rendu vraiment dans les mentalités donc pour moi c'est quelque chose d'acquis (...)maintenant c'est rendu c'est une habitude dans le fond» (participant 8)</p>
		<p>L'environnement du CLSC est plus sécurisé qu'auparavant</p>	<p>«notre environnement est beaucoup plus sécurisé aussi qu'il l'a été (...) tout fonctionne avec des portes barrées et des codes d'accès» (participant 8) « ouvert sur la communauté c'est ça , mais là je pense que</p>

			ça fini par être encadré (...) ça été un changement dans les cultures de mentalité» (participant 8)
	Environnement sécuritaire	L'hôpital est perçu comme sécuritaire si la désinfection et les entretiens préventifs sont réalisés	« depuis les années on voit que l'équipe de salubrité est beaucoup plus présente y'a beaucoup plus désinfection y'a beaucoup plus d'entretien préventif aussi je crois qu'y est fait???? c'est un plus pour nous rendre un milieu qui est un petit peu plus sécuritaire» (participant 8)
	Perception des MI en lien avec la sécurité	Les maladies infectieuses sont perçues comme un problème	« la sécurité c'est-tu un problème si on y porte pas

Sécurité (suite)			attention oui» (participant 10)
	Sécurité des patients	Évite de briser la sécurité des patients lors de la prise de décision.	« on regarde qu'ont prend la moins pire des décisions qui brise surtout la sécurité des patients.» (participant 2)
	Sécurité des patients (suite)	La sécurité est aussi reliée aux risques de chutes	« je suis tombée avec elle (...) c'est dangereux pour la résidente je ne sais pas combien de rapport d'accident on a fait pour elle» (participant 4)
	Culture de sécurité en émergence	Les employés doivent être informés et capables d'énoncer les mesures à prendre pour assurer leur sécurité et la	« Une culture de sécurité, il y a plusieurs choses, je te dirais eu.... la première chose c'est que les employés soient

	<p>Culture de sécurité en urgence (suite)</p>	<p>sécurité des patients en disposant du matériel de protection nécessaire.</p>	<p>informés (...). Si je vais voir des employés qui sont capables de me dire eu... qu'est-ce qu'elles doivent faire pour assurer leur propre sécurité et la sécurité des patients. Ça, je te dirais c'est la culture de sécurité, pis c'est sur qui... que... pour que tout soit disponible pour qu'on puisse se mettre en sécurité. le tout c'est le matériel de protection» (participant 3)</p>
<p>La culture de sécurité implique la prévention des infections</p>		<p>« ça fait partie de la culture d'impliquer la prévention des infections» (participant 3)</p>	
<p>L'information concernant la PCI est la même partout pour les différents sites.</p>		<p>« Moi je ne visite pas les autres sites, mais nous l'information en général eu... si je vois de l'information on me dit que c'est distribué partout, c'est les</p>	

		<p>Soumission à la culture de sécurité</p> <p>Culture de sécurité passe par le lavage des mains des infirmières ou des préposés, le repérage des signes avant-coureurs d'infection, la mise en place de mesure.</p> <p>(</p> <p>La culture de sécurité n'est pas</p>	<p>mêmes choses» (participant 1)</p> <p>« si moi ils me soumettent à ça (la culture de sécurité), c'est parce qu'eux aussi doivent être soumis aussi» (participant 1)</p> <p>« Moindrement qu'une infirmière ou un préposé : premièrement, c'est le lavage des mains, deuxièmement c'est... c'est... c'est moindrement qu'on s'aperçoit d'un petit signe, de symptômes qui pourraient être avant coureur de germes résistants d'aviser, mettre des prélèvements, mettre des mesures en place (...)si on prévient, souvent on empêche</p>
--	--	--	--

		<p>au même niveau partout : cela varie de la mission de l'installation (lieu de vie, hôpital), de la durée du séjour, de l'environnement (Chambres individuelles versus de 4)</p> <p>Chez les employés il y a une culture de sécurité, mais ce n'est pas évident auprès de la main-d'œuvre indépendante.</p>	<p>des infections nosocomiales.» (participant 2)</p> <p>« Le niveau est pas le même partout, c'est tout à fait normal là, dans des centres d'hébergement » (participant 2)</p> <p>« Au niveau de nos employés...oui (présence de culture de sécurité), au niveau des agences...eu... eu... eu... eu c'est pas évident (...)Donc si on est capable d'avoir nos joueurs, c'est plus facile de faire des suivis, ce n'est pas évident d'avoir une infirmière qui se</p>
--	--	--	--

			promène d'hôpitaux en hôpitaux, pis de lui inculquer notre culture de sécurité» (participant 2)
	Culture de sécurité en émergence (suite)	Efforts déployés pour limiter la propagation des MI	« je trouve que depuis quelques années on a fait beaucoup d'efforts pour minimiser la propagation» (participant 4)
		Concept émergent dans le CSSS	« culture de sécurité c'est nouveau comme concept dans l'établissement, c'est à bâtir» (participant 6)
		Définition de la culture de sécurité :	« développer une culture de

			<p>sécurité c'est d'être conscient qu'on est un milieu à haut risque» (participant 7)</p>
	<p>Culture de sécurité en émergence (suite)</p>	<p>La culture de sécurité est liée à la gestion des risques</p>	<p>« c'est la mentalité qui avec une culture de sécurité on est convaincu qu'on a plus qu'on a plus de gains on a beaucoup moins de perte humaine et financière en faisant de la sécurité en faisant de la gestion des risques qu'en éteignant des feux » (participant 7)</p>
		<p>La charge de travail influe sur la culture de sécurité</p>	<p>« les gens focus pas sur la sécurité des patients pis la leur (...) ils sont tellement fatigués</p>

			(...) le travail est contraignant» (participant 7)
		Amélioration par rapport aux maladies infectieuses	« par rapport aux maladies infectieuses ben oui , y'a beaucoup de, oui moi je pense que oui y'a beaucoup d'amélioration» (participant 7)
		Beaucoup de travail est accompli pour développer la culture de sécurité	« malheureusement, je dirais qu'on n'a pas une très grosse culture de sécurité, mais on travaille fort en maudit par exemple» (participant 7)
		La culture de sécurité et les démarches en PCI ont été insufflées par le Ministère et la	« ça part de la santé publique ça été tellement publicisé maintenant que c'est de telle

		Santé publique	façon qu'on transmet les infections pis tout ça qui on mit des gens dans des postes clés juste pour traiter ça, moi je pense que c'est à partir de ce moment-là» (participant 4)
	Culture de sécurité en émergence (suite)	Il y a une culture de sécurité au travers d'actions visibles (équipe PCI, de nettoyage, etc.) -> il y a un désir d'amélioration	« je pense qu'il ya un désir d'améliorer la situation, je pense qu'il y a des choses qui sont mises en place (...)je pense qu'il y a des choses qui se font on s'en va vers une amélioration» (participant 10)
		Culture de sécurité : mise en œuvre par justification des coûts. La mise en œuvre de mesure préventive en gestion	« là on est en train de documenter ça, les coûts, les coûts d'une piqûre pis versus les coûts d' acheter du matériel

		des risques fait l'objet d'analyse coûts/bénéfices	<u>sécuritaire</u> » (participant 7)
		Absence de culture de sécurité uniformisée au CSSS	«si y'a une culture au CSSS je la connais pas» (participant 9)
	Culture de sécurité en	On part de loin au CSSS en regard du milieu hospitalier (soins intensifs)	« je veux dire au C3S (...) <u>je trouve qu'on part de loin (...)</u> mais je fais toujours référence aux soins intensifs» (participant 9) « <u>on part de loin</u> comme soucis pour le personnel là c'est mon feeling c'est comme si y'était moins, plus ou moins concerné» (participant 9) « j'entends un petit peu ce qui

	<p>émergence (suite)</p>		<p>se faisait à [l'hôpital (censuré pour préserver l'anonymat)] avant qu'ils mettent des <u>mesures beaucoup plus drastiques</u>» (participant 9)</p>
		<p>Une intervention de la Santé publique, directe sur le terrain se fait ressentir ce qui n'était pas le cas avant</p>	<p>« y'avait beaucoup plus d'interventions maintenant de la santé publique avant la santé publique tsé à moins qu'il y ait des inondations ici on entendait jamais parler d'eux autres tsé»</p>
		<p>La SP éduque les gens et essaye de changer la culture face aux MI</p>	<p>« l'on l'en entend parler, depuis la C.difficile pis le Staphylocoque (...) ça commencé un peu comme ça, y'on commencé à dire faudrait éduquer les gens essayer de</p>

			changer la culture selon les établissements de santé» (participant 4)
	Culture de sécurité en émergence (suite)	Une culture de sécurité est plus développée au CLSC ce qui est attribué par la présence de professionnels de la santé (contrairement au CHSLD qui compose avec de nombreux non-professionnels)	« du CLSC je trouve qu'y'avait plus une culture (...) je trouve que la culture au CLSC pour la prévention la transmission est plus là parce que travaillent des physio, ergo, travailleurs sociales, infirmières tandis que ici la majorité c'est pas des professionnels» (participant 4)
		La culture de sécurité est perçue comme une interaction individu-environnement	« milieu de CLSC tu es chez les gens tu es à domicile bon c'est sur que, oui c'est difficile, oui c'est différent (...) à domicile

			<p>on ne sait pas les patients qui ont le SARM ou ils ont eu le CD, mais leurs environnements est contaminé finalement» (participant 10)</p>
		<p>La culture de sécurité est perçue comme étant les rôles et responsabilités des travailleurs en lien avec la problématique des maladies infectieuses</p>	<p>« une culture de sécurité, peut-être que j'ai mal la définition, mais ça serait plus, les rôles les responsabilités que les travailleurs du C3S ont en rapport à ces <u>problématiques-là</u> et qu'est-ce que le C3S vise comme, comme, comme, comme moyen de prévention, comme moyen d'intervention» (participant 10)</p>

	Culture de sécurité en émergence (suite)	La culture de sécurité est en lien avec la santé/maladie des patients	« c'Est une sécurité et c'est une préoccupation et ce l'est encore plus, j'ai un papa d'hospitalisé à [censuré pour préserver l'anonymat] qui a eu le C.difficile (...) dont il porte encore des séquelles» (participant 10)
		La culture de sécurité est émergente dans l'établissement et une volonté de développement est présente	« je sens cette volonté, cette culture qu'on veut amener à l'établissement je pense qu'on est <u>au balbutiement</u> de tout ça, mais je pense que notre volonté elle est ferme et elle est là » (participant 5)
		Il y a une différence entre ce qu'on entend et les modes de gestion/ les priorisations	« si t'es dans une culture de sécurité oui ça fait longtemps que c'est là (...) ça prend

		budgétaires	beaucoup de temps pis c'est pas parce que les gens veulent pas payer» (participant 7)
	Évolution temporelle de la culture de sécurité	La culture de sécurité en lien avec les infections a évolué d'un focus sur la stérilité vers ce que l'on connaît aujourd'hui	« ça ressemblait à rien de ce qu'aujourd'hui, par contre on a appris la stérilité pis les principes de base ça oui, je pense que ça part de là au départ, mais des maladies infectieuses nosocomiales ça existait pas v'là 38 ans (...) je veux dire la culture là, quand moi j'ai commencé à travailler pis aujourd'hui c'est tout un monde» (participant 9) « je pense que c'est comme le

			temps avec tout ce qui est apparu» (participant 9)
		La culture de sécurité nécessite des changements de comportements qui peuvent prendre du temps	« je pense qu'il y a des choses qui se font on s'en va vers une amélioration c'est sur que ça demande <u>des changements de comportements ça c'est long</u> » (participant 10)
	Des cultures de sécurité	La culture de sécurité est fragmentaire : absence de vision sur ce qui se fait au CLSC et CHSLD On tend vers l'unification des cultures de sécurité	« je ne connais pas beaucoup les réalités des centres d'hébergements pis des CLSC (...) je pense qu'il y a plusieurs (...) dans le fond il n'y a rien d'unifié(...) mais ce vers quoi on tend c'est d'avoir une seule culture de sécurité» (participant 6)

			<p>« qu'on va tous vers le même but d'avoir une culture de sécurité qui est aussi commune, mais qui est adapté à la réalité de chaque » (participant 6)</p>
		<p>L'implication du personnel face à la mise en place rapide des mesures de PCI est différente d'un centre d'hébergement à l'autre, ce qui dénote une culture différente entre les deux centres.</p>	<p>« j'y ai vécu 2 éclosions de gastro-entérite dans 2 centres d'hébergements différents eu... eh oui j'ai vu une culture différente entre les deux, eu...(...) j'ai vraiment vu une différence dans le... l'implication du personnel (...) tsé on dirait eux qu'ils se sont peut-être moins approprié la prévention comparée à l'autre endroit» (participant 3)</p>

	Des cultures de sécurité (suite)	Intégration par l'interviewé de la culture de sécurité hospitalière	« moi ça ces choses-là je vais le faire stérile parce que dans ma tête ça se fait pas autrement» (participant 9) « la transition avec ce qu'il se fait à domicile et d'autres choses que vous avez qui sont des incontournables qui sont tellement présents dans votre tête» (participant 9)
	Des cultures de sécurité (suite)	L'hôpital et le CLSC font partie du CSSS mais constituent des îlots séparés	« Au CLSC ? je n'en ai aucune idée. Parce que chu pas retourné, je n'ai pas de contact avec eux. (...) je ne sais pas ou ils en sont, on en parle pas.» (participant 10)

		<p>A domicile la culture de sécurité est différente du milieu hospitalier</p>	<p>« mais à la maison c'est, c'est une <u>culture différente</u> tsé, ils sont dans leurs bébittes» (participant 9) « ok, mais ça, c'est comme <u>une autre culture</u> c'est correct » (participant 9)</p>
		<p>La culture de sécurité est plus présente à l'hôpital</p>	<p>« je te dirais que je suis plus sensible à ça depuis que je suis à l'hôpital» (participant 10)</p>
		<p>Des différences de cultures s'observent suivant les installations à différents niveaux</p>	<p>«y'a une différence entre les installations qu'il y en a une petite culture de sécurité à différent niveau » (participant 7)</p>

		<p>La culture de sécurité est très inégale actuellement</p>	<p>« une culture de sécurité ce n'est pas juste qu'une personne soit consciente qu'il y aille des risques c'est un ensemble, faut que l'ensemble du personnel, l'ensemble des gestionnaires fait que c'est très inégal actuellement» (participant 7)</p>
		<p>Certains centres d'hébergement on développés une culture de sécurité, à l'hôpital ils sont encore dans le blâme</p>	<p>« certains centres d'hébergement, à l'hôpital non (...) sont beaucoup dans le blâme à l'hôpital» (participant 7) « je déduis qu'il y a plus de blâmes lorsque le chef d'unité dans son analyse de</p>

			<p>l'évènement rencontre l'employé pour lui demander d'être plus vigilant sans pour autant chercher à regarder les processus qu'il y aurait à modifier, s'il y a lieu. Très rarement, on va remettre en question l'organisation du travail ou ce qui est mis à la disposition du personnel (formation, procédure, etc.).» (Participant 7)</p>
		<p>Sensation d'isolement culturel vis-à-vis du CSSS et du CLSC : se perçoit en dehors de l'hôpital, en dehors du CSSS et en dehors du CLSC, ne fait pas partie de l'équipe et se sent comme un satellite. Insertion hiérarchique</p>	<p>« en MPOC on est, on est vraiment très isolé de tout le reste» (participant 9) « dans le CLSC même là, moi je fais partie de l'équipe (...) le chef programme qui gère l'équipe est c'est même pas lui</p>

		<p>complexe dans une approche par programme modifiant les anciennes structures.</p>	<p>mon boss » (participant 9) « je suis comme isolé c'est vraiment le mot parce que la MPOC a fait comme partie, mais pas partie tsé » (participant 9) « en MPOC moi je n'ai pas eu connaissance en tout cas » (participant 9)</p>
		<p>Forme de culture de sécurité par le suivi épidémiologique au CLSC :des mesures des taux d'infections ont un impact sur le changement de la pratique des soins</p>	<p>«y'a quand même une culture qui dit qui se penche là dessus (...)y'a qu'en même beaucoup de choses qui tentent à se modifier à cause, y'a qu'en même comme je te dirais ça selon les statistiques qui, qui regardent si y'a un taux d'infection qui prennent plus de temps à se guérir ben on</p>

			<p>change certaines choses fake y'a sûrement une grosse préoccupation (...)y'a des gens qui travaillent là-dessus puisque y'a eux des choses qui ont été modifiées en fonction de semble-t-il un plus grand risque d'infection» (participant 9)</p>
		<p>La culture cu CLSC est différente de celle du CHSLD : les patients sont à proximité les uns des autres</p>	<p>« dans un CHSLD je suis sur que la préoccupation serait différente : si y'a un patient qu'y a une infection quelconque c'est des patients qui sont vulnérables qui sont à côté fake je pense que la préoccupation elle est différente » (participant 9)</p>
		<p>Au CHSLD, la culture passe par</p>	<p>« dans la dernière année ou le</p>

		la sensibilisation du personnel suite aux écloisions infectieuses	dernier 2 ans ils font ben des efforts en tout cas parce qu'ils ont eu beaucoup d'écloisions. (...) y'on fait beaucoup, beaucoup d'effort pour sensibiliser le personnel » (participant 9)
		La rigueur est de mise à l'hôpital compte tenu de l'environnement	« je pense que quand tu travailles <u>dans un hôpital tu es concerné à 150% dans la transmission alors t'a pas le choix d'être rigoureux</u> » (participant 9)
		En milieu hospitalier, une attention particulière est accordée aux infections	« ma culture à moi c'était dans un milieu ou <u>fallait que je fasse attention à toutes les bébittes</u> » (participant 9)

		<p>L'hôpital, le CSSS, le CLSC, chaque institution a sa propre culture de sécurité</p>	<p>« les cultures sont différentes d'un établissement à l'autre» (participant 8)</p> <p>« il y a plusieurs sécurités» (participant 8)</p> <p>« donc on commence à avoir certaines actions qui sont pas partout pareil» (participant 8)</p> <p>« les gens ne sont pas conscientisés partout pareil non plus» (participant 8)</p> <p>« y'a plusieurs cultures, mais je pense qu'on va y arriver» (participant 8)</p>
--	--	--	--

		<p>Les cultures de sécurité ne devraient en former qu'une puisque les mécanismes de propagation de l'infection sont similaires</p>	<p>« dans un hôpital quand tu vas dans un CHSLD dans un centre de réadaptation faut qu'on aille toute la même lutte (...) faut tout avoir le même objectif (...) le but ultime c'est la prévention des infections» (participant 5)</p> <p>« au CLSC si on se désinfecte pas les mains en sortant d'un patient tu vas chez un autre patient ben c'est la même affaire quand tu passes d'une chambre à l'autre c'est pour ça que je dis que ça devrait être la culture» (participant 5)</p>
		<p>Pour le moment il n'y a pas</p>	<p>« est-ce qu'il y a un effort</p>

		d'effort d'harmonisation des différentes cultures de sécurité	d'harmonisation qui est fait je crois que oui on est pas rendu là» (participant 8)
		La culture de sécurité du CLSC évolue	« au CLSC on avait une culture antérieurement (...) mais là je pense que là les mentalités ont commencé à changer» (participant 8)
	Culture de sécurité en tant que ciment organisationnel	La culture de sécurité est comme le ciment qui unit toutes les personnes	« c'est un ciment qui favorise ce n'est pas une personne c'est beaucoup de personnes» (participant 6)
	Culture de sécurité en tant que ciment organisationnel (suite)	La culture de sécurité forme un	« une culture de sécurité c'est de donner des soins de qualités

		<p>tout :</p> <p>Soins de qualité, non exposition aux risques, protéger et être protégé, matériel adéquat, environnement physique adéquat</p>	<p>et de façon sécuritaire donc de pas s'exposer à des risques inutiles c'est de pouvoir en donner à notre clientèle, c'est des gens qui travaillent auprès des patients aussi de protéger, d'être en sécurité que de donner des soins de façon sécuritaire pour eux autres c'est de ne pas être exposé inutilement d'être dans un environnement qui est physique et adéquat avec le matériel adéquat.» (participant 6)</p>
		<p>L'infirmière fait partie de la culture de sécurité et a un rôle important à y jouer</p>	<p>« pis je sens que j'en fais partie aussi donc mon rôle est important aussi» (participant</p>

			10)
	Influence du climat organisationnel sur la sécurité	Le climat organisationnel influence directement sur les pratiques infirmières notamment en PCI	« ça dépend beaucoup du climat de travail plus il est tendu pire que c'est (...) qu'eux autres avaient pas le temps de se laver les mains entre chaque patient» (participant 7)
	Influence du climat organisationnel sur la sécurité (suite)		
	Culture de sécurité et hygiène de l'environnement et du matériel	Il y a un manque de sécurité en lien avec un défaut de désinfection du petit matériel par les préposés (faute de temps)	« au niveau de la prévention des infections je ne suis pas certaine que tout est mis en place on met sur les préposés de faire le lavage du petit matériel, les préposés on pas le temps de le faire» (participant

			5)
	Culture de sécurité et communication	Avec l'éclosion d'infections, ce sujet est mis à l'ordre du jour des réunions : une culture s'installe	« oui y'en a un quand on a des épisodes comme là au 2e là y'on fermé l'unité alors là on a eu une réunion ils l'ont mis à l'ordre du jour fake y'a un souci de transmission et y'a une culture qui s'installe» (participant 4)
	Culture de sécurité et communication (suite)	Échanges culturels entre le CLSC et le CHSLD sur base de la pratique	« les prélèvements quand je travaillais au CLSC on avait des sacs biorisques (...) quand je suis revenue ici travailler j'ai dit à ça ça l'existe ça fake là mettez vos tubes là-dedans non j'en ai parlé j'ai fait venir des sacs» (participant 4)

		<p>Il existe un système de reporting/notification des évènements liés à la sécurité</p>	<p>« faut qu'y arrive un accident des fois pour qu'y aille une intervention un peu plus musclée(...) quand il nous arrive un accident (...) un autre formulaire maison» (participant 4)</p>
	<p>Moto de culture de sécurité : « la PCI est l'affaire de tous»</p>	<p>Pour briser la chaîne de transmission, chaque acteur est important, car si l'un d'eux est déviant, tout le travail des autres est rendu inutile</p>	<p>« faut que ça soit tout le monde si y'a une personne déviante on ne va pas y arriver parce que si la personne arrive dans la chambre pis <u>à l'infecte</u> <u>à l'infecte les autres patients</u> ben tout le travail que les autres ont fait en amont ça sert à rien» (participant 5)</p>

			<p>« quand on parle de sécurité, ça appartient pas juste à la conseillère en gestion de risques» (participant 6)</p> <p>« y'a beaucoup de travail à faire au niveau de la sécurité» (participant 6)</p>
	Culture de sécurité à la recherche d'un coupable	Culture de la culpabilité : Le personnel de nettoyage participe à la chaîne de transmission de l'infection	« j'ai vu des gens de l'entretien ménager qui faisait, supposait de désinfecter pis au lieu de désinfecter la chambre il infectait son chariot pis y'allait infecter l'autre chambre» (participant 5)
		Lors de transfert de patients, les	« si on parle juste au transport

		<p>mesures PCI ne sont pas toujours respectées</p>	<p>des patients d'une unité à l'autre (...) ben sont en prévention des infections pis les patients sont pas habillés, les infirmières sont pas habillées alors que ça devrait être la procédure» (participant 5)</p> <p>« quand on passe (...) ben faut pas qu'on contamine ça y'a quand même un gros enseignement à faire là-dessus» (participant 5)</p>
	<p>Culture de sécurité à la recherche d'un coupable (suite)</p>	<p>La résistance la plus visible c'est à la direction des soins infirmiers : la culture de sécurité est à développer avec les hauts dirigeants</p>	<p>« mais tu vois tu que, culture de sécurité là c'est à développer avec nos hauts (...) actuellement ou ça résiste le plus c'est à la direction des</p>

			soins infirmiers parce qu'y'on beaucoup de contraintes» (participant 7)
	<p>Culture de sécurité à la recherche d'un coupable (suite)</p> <p>Culture de sécurité à la recherche d'un coupable (suite)/ culture du blâme</p>	Des mesures disciplinaires sont mises en place par les gestionnaires pour sanctionner les personnes déviantes	« ils sont vraiment dans la personnalisation de l'évènement(...) y'a même des menaces, je te dirais que dans certaines circonstances y'a eu des menaces c'était correct fallait, mais, des menaces de voyons, pour la corporation fallait appeler les ordres professionnels (...) y'a des personnes qui sont mal intentionnées» (participant 7)
	Culture de sécurité et PCI	Les mesures en PCI font partie	« quand on parle de sécurité là

		<p>de la culture de sécurité</p>	<p>ça fait parti de la culture de sécurité, de savoir se protéger soi et de protéger les patients aussi» (participant 6)</p>
		<p>La maladie infectieuse est une priorité, un dossier complexe qui implique de multiples partenariats</p>	<p>« c'est un dossier fort complexe qui implique beaucoup <u>beaucoup de partenaires,</u> dont les centres de santé, et qui devient un dossier <u>de plus en plus prioritaire</u> en tout cas, qui est prioritaire dans notre établissement» (participant 7)</p>
		<p>Les établissements rendent compte des mesures prises au Ministère</p>	<p>« les comptes qu'on doit rendre à l'Agence, au ministère, tout le suivi, le</p>

	Culture de sécurité et PCI (suite)		monitoring de tout le développement c'est quand même, oui c'est un dossier complexe important» (participant 7)
		Résultats de la culture de sécurité se traduisent dans les rapports mensuels de cas envoyé par la PCI (taux d'infection via la surveillance) qui sont dans les normes malgré quelques écarts sporadiques.	« est-ce que c'est assez, est-ce que dans les rapports qu'on reçoit de [la cadre en PCI : prénom censuré pour préserver l'anonymat des participants] à chaque mois, est-ce qu'on est <u>dans les normes</u> dans le nombre de cas répertorié et tout ça. je pense qu'on se maintient pas pire y'a eu des <u>petits écarts</u> des fois» (participant 10)

	Comportement sécuritaire	Comportement sécuritaire passe par le lavage des mains, l'utilisation d'une débarbouillette pour ouvrir la porte de la toilette à la sortie et l'utilisation d'une solution hydroalcoolique lorsque je change d'étage.	« mon comportement est encore plus sécuritaire (...) j'utilise les toilettes comme tout le monde, fais que je me lave les mains avant, après la petite débarbouillette sur la poignée» « on se désinfecte et je fais plusieurs étages : 2 la semaine, la fin de semaine j'ai 4 étages» (participant 1)
	Santé et sécurité au travail	Le personnel qui est malade doit rester chez lui pour éviter la contamination des autres	« le personnel que s'ils sont grippés là c'est ben de valeur, mais faudrait qu'ils restent chez eux» (participant 4)
		Les fits tests ne sont pas toujours réalisés, car les	« ça va être à voir avec le bureau de santé, c'est elle qui

		<p>employés doivent prendre rendez-vous au bureau de santé pour savoir quel masque à haut pouvoir filtrant (N-95) leur convient.</p>	<p>est responsable de prendre les rendez-vous pis de faire les fit tests (...) des gens savaient pas c'était quoi leur masque, qui le mettait ça l'arrivait quasiment au front» (participant 3)</p>
		<p>Le personnel à temps partiel vient travailler malade et contamine les patients parce qu'autrement ils ne sont pas payés</p>	<p>« les gens qui viennent travailler malade fake ils contaminent tsé les gens (...) si je manque une journée moi je suis zéro payé cette journée-là fake les temps partiels malades pas malades ils viennent travailler» (participant 4)</p>
		<p>Les infirmières peuvent à leur tour être contaminées</p>	<p>« on peut être très fragile on l'a vu on a eu des cas de gastro-entérite sur l'étage ici pis y'a</p>

			des gens qui ont eu la gastro-entérite <u>dans notre personnel</u> » (participant 5)
Gestion du CSSS	Impact sur l'attrition des cadres suite à l'imposition d'un modèle de gestion directif de contrôle et de rigueur Top Down	Un grand turn over s'est opéré au niveau des cadres en lien avec la mise en place d'une démarche plus rigoureuse dans les contrôles	« y'en a beaucoup qu'y ont quitté donc on a beaucoup de nouveau du nouveau personnel dans les cadres (...)la direction avait beaucoup plus de rigueur dans les contrôles , là philosophie gestion c'était rigueur, engagement c'était beaucoup plus , tout le suivi» (participant 7)
Gestion du CSSS (suite)	Implication des gestionnaires et sensibilisation à la PCI	Les gestionnaires sont impliqués de par les pratiques organisationnelles requises	« gestionnaires sont de plus en plus chatouillé par la chose parce qu'est-ce tu veux on les

	Implication des gestionnaires et sensibilisation à la PCI (suite)	(POR)	interpelle pis avec les pratiques organisationnelles requises» (participant 7)
La PCI est importante pour le CSSS : ce qu'on demande, on l'obtient.		« mais j'ai l'impression que ça, la prévention des infections ici c'est important (...) c'est un peu comme carte blanche (...) donc si on voit qu'il y a un risque, si on voit qu'il y a quelque chose qui se passe on a besoin de quoi que ce soit, on va l'avoir» (participant 3)	
La direction désire être tenue au courant lors de réunions de l'évolution statistique des MI au sein du CSSS		« c'est une priorité pour la direction la prévention des infections, ils demandent beaucoup de contre-rendus, je suis invitée a beaucoup de... de réunions avec eux. Eu... ils	

			veulent vraiment savoir toujours ce qui se passe sur le terrain, les statistiques, tout ça, ils veulent être au courant» (participant 3)
	Pénurie d'infirmières et recourt à la main d'œuvre indépendante	Augmentation du personnel disponible sur les étages en cas d'écllosion par du personnel extérieur dont les connaissances en PCI sont inconnues. La majorité du personnel infirmier est constitué par des infirmières issues des agences privées	« Ils ont augmenté le personnel, mais en même temps..Moi..Selon encore moi... c'est sur que le personnel qui vient de l'extérieur, ben je ne connais pas leur background en tant qu'infection» « il y a une pénurie de personnel soignant» (participant 1) « moi je suis de jour et engagée par l'établissement et il y a une infirmière de soir qui

		<p>Limitation du recours à la main-d'œuvre indépendante sur les unités qui sont en éclosion</p> <p>La présence des infirmières issues de la main-d'œuvre indépendante est une faiblesse</p>	<p>est engagé par l'établissement qui est a temps complet le soir, moi je suis à temps partiel j'ai un 4-3 toutes les autres infirmières qui ont accès ici c'est des infirmières d'agence» (participant 1)</p> <p>« la moitié du personnel infirmier est issu de la main d'œuvre indépendante» (comité de gestion des risques) donc c'est certain que quand on part en éclosion, c'est de minimiser la présence de la main-d'oeuvre indépendante sur les unités qui sont en pandémie» (participant 2)</p> <p>« une de nos faiblesses dans l'organisation c'est les</p>
--	--	---	--

	<p>Complexité dans la gestion de lits : gérer les isollements tout en maintenant des lits ouverts</p>	<p>de l'organisation. Il faut améliorer le recrutement.</p> <p>Il faut inculquer notre culture de sécurité et ce n'est pas évident de le faire quand le personnel circule d'un hôpital à l'autre</p> <p> limiter le nombre d'infections nosocomiales tout en maximisant les services offerts :</p>	<p>infirmières, de la main d'œuvre indépendante des agences, donc s'il y a quelque chose qui serait amélioré, c'est au niveau du recrutement. » (participant 2)</p> <p>« ce n'est pas évident d'avoir une infirmière qui se promène d'hôpitaux en hôpitaux, pis de lui inculquer notre culture de sécurité (...) c'est personnes là sont souvent pas rencontré, il n'y a pas de suivi» (participant 2)</p> <p>« complexité d'avoir à respecter les isollements, respecter le nombre de patients, garder nos lits</p>
--	---	--	--

	<p>Jugement clinique du gestionnaire face à la PCI</p>	<p>c'est un casse-tête quotidien.</p> <p>Impact d'une décision lorsqu'un gestionnaire minimise une situation de PCI sur les services qui ne sont pas assurés pour la clientèle</p>	<p>ouverts à l'intérieur de l'organisation» (participant 2)</p> <p>« impact sur leur clientèle que ça peut avoir aussi et si ont prend pas des mesures adéquates... e... e... e...des fois on peut minimiser certaines situations et il ne faut pas les minimiser, c'est à ce moment la souvent qu'ont part d'une situation a 20 - 30 isolements et ont fini a 60 - 70 avec des départements qui sont complètement fermés, c'est à ce moment la que les services ne sont pas assurés à la clientèle.» (participant 2)</p>
<p>Gestion du CSSS (suite)</p>	<p>Main d'œuvre indépendante</p>	<p>Le sentiment d'appartenance</p>	<p>« le sentiment d'appartenance</p>

	(suite)	est moins là, mais l'infirmière indépendante a la même responsabilité professionnelle. Malgré tout, elle coupe les coins ronds et n'a pas reçu les mêmes formations qui devraient être la responsabilité de son Agence de placement infirmier.	est moins la... (silence) par contre on pense que oui ça a un impact, mais d'un autre côté ça devrait pas, ça devrait pas une infirmière c'est une infirmière. Son code d'éthique, son professionnalisme devrait être la même chose partout, mais dans la réalité ce qu'ont me dit c'est... c'est que oui, ça, il y a au moins d'appartenance, donc moins d'attachement... oh on coupe plus les coins ronds puis, c'est sur qu'ils ont pas reçu les mêmes formations aussi là que le personnel interne, sauf que l'agence devrait avoir la responsabilité de s'assurer que son personnel à la formation» (participant 3)
--	---------	--	--

	Contrôle et encadrement	Sentiment de perte de contrôle induit par la propagation de l'infection	« avant personne se préoccupait de ça pis c'était vraiment ça se rependait très facilement pis tsé les gens disaient on mon dieu on a perdu le contrôle» (participant 4)
		Peu d'encadrement de par le passé	« avant là y'avait aucune espèce d'encadrement» (participant 4)
		Actuellement un encadrement se fait plus ressentir (infirmières en PCI)	« depuis qu'on s'est regroupé avec le centre hospitalier là y'avait plus de personnes qui étaient habilités pis en plus là

			<p>y'a eu le <u>ministère</u> n'a pas nommé des <u>infirmières qui s'occupaient exclusivement des infections</u> à partir de ce moment-là ça été vraiment plus <u>encadré</u>» (participant 4)</p>
	<p>L'infirmière gestionnaire en tant qu'agent de surveillance et de contrôle des déviations</p>	<p>Contrôler et vérifier le respect des règles et corriger les déviations dans le chef des infirmières, des médecins et des familles</p>	<p>« mon rôle c'est de m'assurer que les gens utilisent les bonnes techniques (...) mon rôle à moi c'est justement m'assurer que ce qui est mis en place <u>est respecté</u> et d'intervenir auprès des gens si jamais les gens sont un peu <u>déviants</u> de la façon que l'établissement mis des choses en place» (participant 5)</p>

			<p>« je vais passer régulièrement sur les départements je passe plusieurs fois par jour pis je <u>vérifie</u> si les gens sont habillés ou non je regarde les pancartes je regarde si les gens s'ils s'habillent correctement sinon j'avise les gens même au niveau des <u>familles</u> on avise les familles et des <u>médecins</u>»</p> <p>(participant 5)</p>
Formation du personnel	Formation académique	Apprentissage des MI et des mesures de PCI sur le terrain durant les stages.	<p>« Moi j'ai un DEC, j'ai fait mon cours au lac St-Jean, j'ai fait mon cours il y a 25 ans, il n'y avait pas de H1N1, il y avait pas de CD, puis nous regarde, on ne mettait pas les gants pour des soins. On allait faire des prises de sang pas de gants »</p>

			<p>(participant 1)</p> <p>« si je l'ai pas appris durant mes cours (les mesures en PCI), ça a dû devenir accessible pour moi lors des stages»</p> <p>(participant 1)</p> <p>« on a eu une formation, je me rappelle ça fait quand même un certain temps pour la formation eu...terrain... au niveau infirmier» (participant 2)</p>
		<p>Absence de formation académique en lien avec les maladies infectieuses et les mesures en PCI</p>	<p>« pas vraiment non parce qu'un petit en santé et sécurité au travail j'ai fait un certificat là dedans ça j'ai beaucoup appris dans ce certificat-là plus que les cours que j'avais reçu comme infirmière» (participant</p>

Formation du personnel (suite)	Formation académique (suite)		<p>4)</p> <p>« je ne trouve pas, je ne trouve pas qu'y'avait quelque chose de bien documenté au niveau de la prévention des infections, en tout cas <u>moi je n'ai pas eu de formation sur la prévention des infections (...)</u> c'est un manque <u>c'est un gros manque pour moi</u>» (participant 5)</p>
		<p>Absence de notions de base en lien avec les maladies infectieuses</p>	<p>« moi j'ai gradué en [dans les années 70 : année censurée pour maintenir l'anonymat] avait beaucoup moins de maladies (...) on avait jamais entendu parler de ça (...) mais le lavage des mains c'était majeur» (participant 7)</p>

Formation du personnel (suite)	Formation académique (suite)	<p>Très peu de formation sur la vaccination et le système immunitaire</p>	<p>« on a eu très peu de formation sur la vaccination sur le système immunitaire fonctionnement (...) l'immunité de base acquise» (participant 7)</p>
		<p>Le concept des maladies infectieuses était abordé sous l'angle de la stérilité et de l'asepsie : les maladies nosocomiales n'existaient pas à l'époque</p>	<p>« ça fait 35 ans fake mes 3 ans de CEGEP avant, je n'ai pas souvenir qu'on a insisté à ce point-là parce que ça existait plus ou moins à l'époque» (participant 9)</p> <p>« dans mon cours, j'ai eu des notions de base, je considère que j'avais eu des très bonnes notions parce qu'on travaillait</p>

			de façon très aseptique» (participant 9)
		Absence de formation en lien avec les maladies infectieuses/PCI	« à l'époque, je pense que je n'ai pas eu de formation spécifique là-dessus» (participant 6) « je me souviens pas d'avoir eu de formation au niveau de maladies infectieuses» (participant 8)
	Formation académique (suite)	Les mesures PCI n'étaient, de par le passé, pas enseignées cette compétence a été acquis sur le terrain par l'expérience	« c'est des <u>vieux reflex</u> qui restent piquer avec des gants <u>on n'a pas appris comme ça</u> ça ne devient pas un reflex j'ai <u>acquis un peu plus ce réflexe-là</u> <u>parce que dans le cadre de</u>

Formation du personnel (suite)			<u>mon travail</u> j'ai fait 7 ans de bloc opératoire» (participant 8)
	Maîtrise		« je te dirais que ma formation de base eu..... Hum.....
	Peu d'information en PCI dans le cursus initial il y a 20 ans ni au DEC, ni au baccalauréat		Non pas pour la prévention des infections on se lavait à peine les mains quand...quand j'ai terminé, je pense qu'on n'a même pas vraiment expliqué comme il faut là. » (participant 3)
	Formation en PCI apprise sur le terrain		« j'te dirais que je l'ai appris en travaillant et avec les années » (participant 3)
	Formation en PCI acquise au niveau des cours de santé publique		« mon cours en santé publique eu... oui m'a bien préparé, parce que je l'ai fait avant de...

			de... venir en prévention des infections, j'ai axé tout mes travaux, mes cours, mes sujets étaient axés vers la prévention» (participant 3)
		Apprentissage des notions d'asepsie et antisepsie en cours de technique et de bac qui, selon l'interviewé n'a rien à voir avec sa pratique actuelle	« ça rien à voir avec les, je dirais, les principes que je mets en pratique maintenant dans le quotidien que ce soit dans le cadre de l'activité professionnelle ou pour me protéger moi comme personne.» (participant 10)
	Formation continue	Formation interne directe : Une formation est donnée et le degré de sensibilisation à la PCI varie selon les soignants	« On a été renseignés. On a eu de la formation. Puis ici, ils sont très sensibilisés. À l'occasion, il y a du personnel qui va peut-être être moins sensibilisés ou

		<p>Non-intégration pérenne des mesures en PCI acquises en cours de formation</p> <p>Formation provinciale externe : capsules de formation en ligne pour la grippe A/H1N1</p> <p>Formation interne indirecte : le gestionnaire est présent lors</p>	<p>le degré de prise au sérieux est moindre, et va de l'indifférence à complètement on fait attention » (participant 1)</p> <p>« quand y'a une formation qui est donnée je vois les personnes qui vont se désinfecter pis au bout de 3 semaines 1 mois ils commencent à laisser aller» (participant 5)</p> <p>« des petites formations, formations en ligne pour la H1N1» (participant 2)</p> <p>l'infirmière en prévention des infections faisait de</p>
--	--	--	---

		des formations continues données au personnel par les infirmières spécialisées en PCI.	l'enseignement, j'y ai été souvent présente pour m'assurer de la collaboration du personnel, donc oui de façon indirecte eu... eu... eu... j'ai...oui j'ai eu de la formation» (participant 2)
	Formation continue (suite)	Lors de la pandémie, des formations ont été dispensées pour les mesures en PCI	« quand on a eu la pandémie on a fait beaucoup de formations en ligne avec l'importance de se ganter de se blouser (...) cet épisode-là à eu ça de bon peut-être nous conscientiser (...) qu'au moins cette campagne là de vaccination et de pandémie de tout ça associé au H1N1 aura eu au moins cet impact positif là » (participant 8)

	Formation continue (suite)	Les infirmières en PCI créent des formations continues pour les infirmières	« on a fait une... une formation...hum faite une formation pour des infirmières, en formation continue» (participant 3)
Malgré la formation continue, des infirmières ont encore de la difficulté à appliquer les enseignements en PCI, dont le port adéquat du masque		« Les gens savaient pas... ils mettaient le masque à l'envers eu... ça m'a questionnée, me suis dit coup donc, il me semble que ça fait pas si longtemps que ça qu'on a fait des enseignements» (participant 3)	
Formation continue en ligne obligatoire		« il y a eu des grosses formations en ligne que tout le monde devait suivre » (participant 3)	
Journée de formation aux		« pis la y a une journée eu...	

		gestionnaires sur la culture de sécurité, mais rien encore pour le terrain.	pour la sécurité pour les gestionnaires là, qui s'en vient, donc c'est... ça reste encore gestion c'est pas...y a rien encore pour le terrain d'après ce que j'ai vu qui va se faire» (participant 3)
		Les connaissances se sont développées ces 15 dernières années	« j'ai toute appris ça dans les dernières années à partir des années 90, 95 mettons oui, ça fait à peu près une quinzaine d'années" (participant 7)
		Impression d'être mieux outillée à présent	« j'étais moins formée que là je peux l'être (...) quand j'ai gradué j'avais jamais autant de bagages que j'en ai là» (participant 7)

			<p>« quand j'ai gradué, j'avais jamais autant de bagages que j'en ai là » (participant 7)</p>
		<p>La formation continue est très limitée et les employeurs n'outillent pas les infirmières</p>	<p>« en cours d'Emploi, je me souviens pas d'avoir eu, écoute les formations, les rares formations pis là je dirais même les informations, capsules que j'ai eu sur les maladies infectieuses c'était plus au CLSC parce qu'on faisait de la TOD qu'on avait plus de lien avec la santé publique, mais je pense que ça se limite à ça , ici à l'hôpital d'avoir reçu une formation sur les maladies infectieuses ont a peut-être eu</p>

			<p>une capsule d'équipe d'intervention sur l'importance du lavage des mains pis tout ça, mais pas plus que ça » (participant 8)</p> <p>« à part de ça est-ce que l'emploi comme tel nous a très outillé non » (participant 8)</p>
		<p>L'infirmière ne reçoit aucune formation continue en lien avec les maladies infectieuses : elles ne sont pas suffisamment outillées</p>	<p>« pis au CLSC ça fait 2 ans, mais ça va faire 3 ans que je suis là j'ai <u>jamais, jamais eu une formation</u>» (participant 9)</p> <p>« non ça je te dirais pas que non » (participant 9)</p> <p>« hors il fallait défricher, car on n'avait pas eu nécessairement une formation sur ce, tout ça</p>

			comportait» (participant 9)
		Absence de formation continue en lien avec les consignes de PCI, mais autoformation (lecture) de documents issus de revues professionnelles	« Je sais pas si j'ai reçu, j'ai lu en tout cas (...) Que ce soit dans les <u>revues professionnelles</u> ou hum, oui» (participant 10)
		Les conséquences de cette absence de formation sont une non-standardisation et une non-compréhension/intégration des notions	« fake tu limitais au minimum dans ce que tu savais sauf qu'y'a sûrement des choses le dedans qui n'était <u>pas nécessairement standard</u> tsé qui <u>aurait pas du se faire</u> » (participant 9) « je ne suis pas certaine qu'on prenait le temps de faire des

			capsules en tout cas assez importantes de <u>formations pour que ça soit compris et intégré</u> » (participant 9)
		La sensibilisation du personnel est prégnante au CHSLD	« y'a eu des efforts pis on a des panneaux d'indications les employés on vraiment été <u>éduqués</u> par rapport à ça » (participant 4)
		De par le passé, absence de formation continue au CHSLD	« on savait même pas de quoi on parlait quand ERV, SARV, SARM après c'était S en tout cas il y en avait tellement que là on se comprenait plus pis on n'avait pas de la formation de mise à jour ici quand il nous

			<p>donnait de la formation ce n'était pas pour les maladies infectieuses» (participant 4)</p>
		<p>Récemment, des mesures en PCI ont été mises en œuvre et cela s'est accompagné d'une formation continue</p>	<p>« je dirais 2005-2006 là ils sont venu nous donner de la formation, mais avant zéro avec une barre c'est vraiment rien rien du tout » (participant 4)</p> <p>« on en a eu v'la 2 ans je crois elle nous en a sur l'ensemble des maladies infectieuses c'est justement quand y'on voulu instauré pour que tout le monde qui prennent les mêmes précautions» (participant 4)</p>

		<p>Certains établissements donnent de courtes formations continues, mais ce n'est pas assez en termes de fréquence</p>	<p>« les établissements comme ici on donne une <u>formation d'une demi-journée</u> (...) mais je pense que ce n'est pas assez je pense que ça doit se donner plus souvent (...) je crois qu'il faut vraiment en donner <u>plus régulièrement</u>» (participant 5)</p>
		<p>La formation continue devrait être accompagnée d'audit afin de contrôler la mise en œuvre des règles en PCI apprises</p>	<p>« faire des audits pour que les gens ne perdent pas leurs habitudes : on a beau donner de la formation au bout de quelque temps le naturel revient au galop comme on dit» (participant 5)</p>

Formation du personnel (suite)	Formation continue (suite)	Absence de formation continue pour les cadres	« moi comme formation j'en ai pas vu là » (participant 6) « je suis allé lire conjointement avec la conseillère en prévention des infections (...) c'est plus elle qui m'outillait, mais de façon informelle » (participant 6)
		Il faudrait plus de formation à l'embauche et régulièrement sous forme de capsules	« il faut qu'il y ait de la formation (...) à l'embauche et puis après il faut je pense qu'à chaque année des capsules (...) qu'il y ait un suivi » (participant 6)
	Apprentissage de la PCI sur le		

	terrain	L'infirmière est confrontée aux maladies infectieuses dans le cadre professionnel, sur le terrain	« les premiers contacts avec la maladie infectieuse c'est quand j'ai commencé à pratiquer je suis allée en CLSC (...) avant ça j'en avais pas entendu parler» (participant 8)
Circulation de l'information	Information interne au CSSS	Écrite Documentation accessible au personnel : plusieurs manuels de référence, protocoles et fiches de PCI sont disponibles sur chaque étage. Les organisations syndicales distribuent des abrégés pour sensibiliser les infirmières à la	« sur chaque étage, il y a des manuels de référence. On a des cahiers de protocoles». « on a des fiches de prévention des infections avec tous les beaux petits poster plastifiés de prévention entérique ou prévention par contact ou aérienne» (participant 1) « l'organisation syndicale la FIIQ a faite un petit un petit livret (...) c'était très

	<p>Information interne au CSSS (suite)</p>	<p>PCI</p> <p>Affiches : Il y a une campagne d'affichage pour sensibiliser le personnel notamment aux mesures d'isolements</p> <p>Verbale Information et communication soutenues au personnel via des rencontres avec les responsables</p> <p>Moralisation des équipes de soins par les gestionnaires :</p>	<p>intéressant vraiment ça été un sport énorme pour nous» (participant 4)</p> <p>« on a des pancartes plastifiées qui faut installer tout ça» (participant 4)</p> <p>« On a des réunions, des formations qui rentrent souvent» « Que ce soient nos chefs ou l'adjointe à la direction va communiquer» (participant 1)</p> <p>« on a eu de petits éclosions et on veut apporter des fait aussi</p>
--	--	---	---

		<p>Sensibilisation des infirmières à la prévention par des histoires de cas d'éclosions</p> <p>Impact sur les pratiques :</p> <p>Si les pratiques sont différentes d'une installation ou d'une unité à l'autre, c'est à cause du bouche-à-oreille.</p> <p>Rétention d'information :</p> <p>Seul le personnel infirmier connaît le DI du patient lié au pathogène. Les préposés doivent respecter les étiquettes qui indiquent les risques</p>	<p>au gens pour leur montrer qu'est-ce qui est arrivé pis comment prévenir tout ça» (participant 5)</p> <p>« Oui, ben oui bouche à oreille. C'est surtout que moi si j'ai l'information, ben si j'oubli... pis j'la donne... ou si elle ma chef d'unité me la donne pis elle en oubli un bout, ben moi je l'aurai pas.» (participant 1)</p> <p>« Nous on ne nommera jamais ici. C'est pas permis en tant qu'infirmière de nommer le nom des CD et tout ça. C'est pas accessible à personne sauf</p>
--	--	---	---

	<p>Information interne au CSSS (suite)</p>	<p>biologiques sans savoir de quoi le patient est atteint. Ex. : isolement entérique.</p>	<p>le personnel infirmier puis les dossiers. Fais que souvent, les préposés vont soigner des personnes et ne sauront pas que la madame a soit l'hépatite ou sois quelle a le cd et a l'entrée de la chambre c'est toujours des mesures de prévention entérique des choses comme ça et c'est jamais nommé et je ne me dois pas de les nommer non plus» (participant 1)</p>
		<p>Les campagnes d'affichages de PCI n'ont pas l'impact escompté</p>	<p>« ont avait des petites affiches avec le port des lunettes le port des gants et tout ça, ça a comme pas vraiment eu</p>

			d'impact (...) on est dans une culture ou on reçoit tellement d'information tellement de communiqués tellement que ça se perd dans la masse finalement» (participant 8)
	Manque de partage de l'information au sein du CSSS	Il y a un problème lorsque des cas de strepA surviennent en psychiatrie et que le laboratoire ne m'informe pas de la situation : il faut faire des liens.	« je te dirais de l'information par exemple, laboratoire, je peux te donner un exemple concret une assistante sur l'étage, un étage m'appelle pour me dire: j'ai 5 cas de strep A en psychiatrie eu... mon dieu comment ça, j'ai pas été mis au courant, faque là il y a un problème parce que normalement quand il y a un strepA chez un patient hospitalisé je devrais être au courant, fait que là il faut faire

		<p>Cela prend plusieurs semaines pour que l’infirmière en PCI soit avisée de cas de gastroentérite dans l’établissement.</p>	<p>le lien avec le labo, comment ça se fait que j'ai pas eu cette information-là» (participant 3) « Pareil, oui c'est ça, tsé des fois ça leur prend 3 semaines avant de me dire qu'ils ont eu des cas de gastro-entérite par exemple, fait que là il faut qu'on aille...tsé c'est sur que le temps pour nous c'est ben précieux, parce que plus on agit vite, moins on a de conséquences» (participant 3)</p>
	<p>Information extérieure au CSSS</p>	<p>Médiatisation : On parle aux nouvelles du C- Difficile présent dans d'autres hôpitaux</p>	<p>« On avait des choses de l'extérieur, parce que les hôpitaux, ils en parlaient aux nouvelles» (participant 1)</p>
<p>Contribution et rôles de l’infirmière en PCI</p>	<p>Structuration de l’équipe en PCI</p>	<p>Il y a une équipe d’infirmières en PCI qui a amené des mesures</p>	<p>« y'a des infirmières qui sont strictement qui font un travail</p>

		en PCI	juste sur la prévention des infections sinon ça n'existait pas (...) je te dis y'en avait pas de précautions (...) mais une chance que ça changé» (participant 4)
		Mise en place de conseillères et d'une cadre en PCI	« les conseillères et la cadre en prévention des infections déjà c'est une mesure qui a été mise en place dans les dernières années» (participant 5)
	Structuration de l'équipe en PCI (suite)	Besoins en matière de surveillance, en formation, en recherche non comblés par la PCI faute de ressources	« comme on aimerait le faire, de faire... on ferait toute notre surveillance, qu'ont pourrait monter des programmes de surveillance par exemple en hébergement (...)participer

Contribution et rôles de l'infirmière en PCI (suite)			plus à la recherche eu... plus d'enseignement, on peut toujours en faire plus, les gens ont besoin, le veulent des enseignements. (...) il y a plein plein de choses que...qu'on aimerait faire, mais on ne peut pas toujours.» (participant 3)
	<p>Le nombre d'infirmière en PCI dépend directement des orientations ministérielles aussi bien que leurs responsabilités.</p> <p>Le CSSS ne décidera pas d'augmenter ce ratio malgré les besoins en PCI en matière de surveillance, de consultation et de formation.</p>	<p>« si on décide de... de donner plus de responsabilités, eu... plus de ressource en prévention des infections, malheureusement c'est pas le CSSS qui décide ça, mais le ministère qui dit, votre ratio est de tant, vous avez... vous devez avoir eu... une agente administrative pour tant d'infirmi... d'équivalent temps plein en PCI ou... tsé là... non</p>	

Contribution et rôles de l'infirmière en PCI (suite)	Structuration de l'équipe en PCI (suite)		<p>vous devez... c'est sur que c'est dans les ententes de gestion que ces ratios-là de... de... doivent être respecté. Mais j'ai pas l'impression que mon CSSS irai au delà du ratio par exemple s'il voit qu'il y a vraiment un besoin eu... est-ce qu'il serait prêt a payer une ressource supplémentaire pour qu'on... qu'on arrive a faire plus de surveillance et faire plus... parce qu'il y a pas juste la surveillance, il y a la recommandation qui vient avec tout ça, il y a des dossiers de consultation, j'pense pas. Je pense que l'enlignement vient vraiment du ministère» (Participant 3)</p>
--	--	--	--

<p>Contribution et rôles de l'infirmière en PCI (suite)</p>	<p>Structuration de l'équipe en PCI (suite)</p>	<p>Les postes en PCI sont des postes d'infirmière clinicienne moins avantageux qu'un poste de conseillère en soin qui comporte plus de responsabilités et décrit mieux le rôle de l'infirmière en PCI.</p>	<p>« les infirmières qui travaillent pour (la PCI) avaient des postes cliniciennes (...) mais ce qu'on voit partout ailleurs c'est des postes de conseillères en soins infirmiers. Conseil c'est sur que t'a un rôle, leur rôle est différent, si on regarde dans la convention collective le rôle est conseil, enseignement, surveillance tout ça là c'est comme plus, il y a plus de responsabilités. Eu... et puis le salaire qui est un peu plus élevé pour ces infirmières là donc il y a un peu de reconnaissance (...) elles font le rôle-conseil, mais elles ont pas le poste. » (participant 3)</p>
		<p>Problème de recrutement et de</p>	<p>« qu'on a un gros problème de</p>

Contribution et rôles de l'infirmière en		rétention des infirmières en PCI	rétention en prévention des infections, pis on a un problème de recrutement» (participant 3)
		Présence des infirmières en PCI suite au C-Difficile en 2004 Intérêt pour la PCI suite au C-Difficile	« moi je pense que [censuré pour préserver l'anonymat] là à cause de ces événements-là justement, parce qu'en 2004 ont a eu le Clostridium difficile, une grosse, grosse crise, pis c'est la que les postes se sont créé, pis c'est la que je me suis intéressée à la prévention » (participant 3) « ça suscité mon intérêt beaucoup, le Clostridium difficile c'est mon sujet là » (participant 3)
		Mise en œuvre récente sous	« à la fin 2005 début 2006 là le

PCI (suite)	Structuration de l'équipe en PCI (suite)	impulsion du Ministère et de l'Agence	<p>Ministère a, nous autres ça été, très difficile et là sont débarqués y'ont dit regarde là faut faire quelque chose l'Agence est arrivée pis on a eu une conseillère en prévention des infections» (participant 7)</p> <p>« y'a fallu, que l'agence débarque que le ministère débarque sinon ça allait vraiment pas bien pour nous autres» (participant 7)</p>
		Mise en place d'un Comité PCI et implication des médecins	<p>« là y'a eu un comité de prévention des, des, infections et là là y'a des médecins qui ont été impliqués» (participant</p>

Contribution et rôles de l'infirmière en PCI (suite)			7)
		Mise sur pied d'une équipe en PCI à l'hôpital	« on a vu ici l'apparition des infirmières en prévention des infections : ça commencé par une, maintenant elles sont plusieurs y'a un département y'a un chef » (participant 8)
		Une équipe de prévention et contrôle des infections (infirmières et microbiologiste) opère dans le CSSS (isolement)	« elles vont intervenir ces personnes-là quand... par exemple, <u>un patient identifié</u> porteur d'une a, d'une a maladie nosocomiale ou <u>qui peut être à risque pour les autres</u> donc y'a toute un <u>protocole d'isolement</u> » (participant 10)

	Structuration de l'équipe en PCI (suite)		
	Contribution des infirmières en PCI à l'instauration d'une culture de sécurité	La présence de conseillère en prévention et de professionnels de la santé à la direction favorise l'instauration d'une culture de sécurité pour prévenir les maladies	« Ici là avant cette administration-là qui est en place y'avait beaucoup moins de personnes à la direction qui était de formation infirmière fake la perception était totalement différente ce n'était pas axé sur du tout le côté clinique (...) parce que avant ce qu'on nous tenait comme discours les gens qui sont ici ne sont pas malade, sont juste en période de vieillissement (...) partant de ce discours là on ne peut pas

<p>Contribution et rôles de l'infirmière en PCI (suite)</p>			<p>prendre beaucoup de mesures de préventions » (participant 4)</p> <p>« C'est venu comme en même temps c'est la vague c'est comme eux se sont installé ici la nouvelle administration presque en même temps ça fait quoi 5 ans» (participant 4)</p>
	<p>Défi : harmoniser les efforts pour l'application des mesures de PCI dans les résidences</p>	<p>L'infirmière en PCI a eu difficile à faire accepter ses mesures dans un environnement de vie</p>	<p>« l'infirmière qui s'occupait d'instaurer et de mettre en place des mesures (...) elle me disait qu'elle a eu tellement de difficulté les chefs y'avaient encore tendance à dire ben voyons on ne peut pas les isoler c'est un milieu de vie ici</p>

Contribution et rôles de l'infirmière en PCI (suite)			le moral, le social c'est plus important que la transmission» (participant 4)
	Rôle de l'infirmière en PCI	Actuellement l'équipe en PCI est trop orientée sur la gestion de lits et la cohorte de patients	« elles sont très présentes, mais beaucoup , pour beaucoup pour la gestion de lit, beaucoup pour cohorter des patients» (participant 5)
		L'infirmière en PCI s'axe sur les infections nosocomiales uniquement au CSSS et ne s'occupe pas de santé et sécurité au travail contrairement à d'autres établissements	« je sais qu'il y a certains endroits qu'ils prennent aussi la santé et sécurité au travail, c'est la PCI qui s'en occupe pis si... c'est pas, j'trouve que c'est bien qu'on s'occupe juste du noso et non de la santé des employés» (participant 3)
		Les infirmières ont un rôle à	« depuis tout ce qui s'est passé

	<p>Rôle de l'infirmière en PCI (suite)</p>	<p>jouer en PCI, car il y avait des conséquences graves suite au C-Difficile pour les patients et le personnel.</p> <p>Avec les récentes infections et préoccupations, il y a beaucoup de travail en PCI</p>	<p>avec le Clostridium Difficile, heu, ça avait des conséquences graves pour les patients, pour le personnel, h eu..... donc ça suscité chez moi un intérêt parce qu'il faut faire quelque chose et il y a sûrement, les infirmières ont un rôle a jouer la dedans» (participant 3)</p> <p>« Entre temps qui se sont passé eu.. des... des... des bactéries multirésistantes, des problèmes lié aux antibiotiques pis tout ça aussi qui... qui... qui fait qu'ont...qu'ont... qu'ont a beaucoup de travail»(participant 3)</p>
		<p>L'équipe PCI devrait orienter son rôle de conseil, de</p>	<p>« l'équipe de prévention des infections (...) il faut qu'elle</p>

<p>Contribution et rôles de l’infirmière en PCI (suite)</p>	<p>Rôle de l’infirmière en PCI (suite)</p>	<p>formateur et d’auditeur afin d’enseigner et de contrôler l’application des règles</p>	<p>joue un rôle-conseil il faut qu'elle soit sur le plancher pas pour faire de la gestion de lit, pour faire de l'enseignement pour faire des audits » (participant 5)</p>
		<p>Les gens dépendant beaucoup de la PCI dans la prise de décisions pour gérer certains risques qu’ils devraient gérer eux-mêmes. Il faudrait que le personnel s’approprie la PCI.</p>	<p>« la gestion des risques , culture de sécurité aussi ce que j'ai remarqué à l'intérieur de mon CSSS peut-être une dernière chose là que les gens dépendent beaucoup de la PCI , pour la prise de décision des fois pour gérer certains risques quand ils devraient peut-être essayer de le gérer eux-mêmes donc ça y'a une culture que moi j'aimerais voir tsé comment est-ce que je</p>

Contribution et rôles de l'infirmière en PCI (suite)			pourrais faire que les gens s'approprient la prévention des infections» (participant 3)
		L'équipe PCI devrait fournir un soutien aux équipes de soins et de les former	« le rôle de conseillère en prévention des infections pour moi c'est d'aider l'équipe à passer au travers ça et de faire en sorte qu'on soit des meilleurs là-dedans» (participant 5)
		L'équipe en PCI devrait plus s'orienter vers la prévention	« je pense qu'il pourrait faire plus au niveau de la prévention justement et non de la gestion » (participant 5)
		L'équipe en PCI favorise	« avec l'équipe des préventions

Contribution et rôles de l'infirmière spécialisée en PCI (suite)		l'amélioration de la salubrité de l'hôpital : le nettoyage se fait plus important	de l'infection qui joue beaucoup, beaucoup en lien avec la salubrité, je pense qu'IL Y A effectivement une amélioration là» (participant 8)
		L'équipe en PCI est omniprésente et permet de sensibiliser le personnel	« puis le fait d'avoir une équipe qui est activé, qui est présente, partout je pense que ça finit par sensibiliser aussi le personnel soignant» (participant 8)
		Formation et suivi quotidien, continu et rapproché afin de surveiller l'observance des lignes directrices par les infirmières de terrain	« la prévention des infections c'est beaucoup c'est beaucoup de formation d'enseignement de suivi, terrain tous les jours (...) c'est un suivi qui faut pas

Contribution et rôles de l'infirmière spécialisée en PCI (suite)			que, faut pas lâcher, presque de façon en continu tout au long des années» (participant 6)
		Rôle de consultation de l'infirmière en PCI appelée partout : partenariat inf/inf en PCI	« je sais que leur entrée a été plus difficile, mais là l'équipe est acceptée et bienvenue partout est appelée en consultation» (participant 8) « c'est sûr qu'on essaye d'influencer les équipes» (participant 8)
	La PCI comme discipline		

	émergente	Émergence PCI ces 10 dernières années : avant les protections ne faisaient pas partie de la réalité quotidienne des infirmières	« ça faisait pas partie de notre réalité toutes les protections (...) c'est nouveau, assez nouveau là, je dirais une dizaine d'années maximum» (participant 6)
	L'infirmière en PCI en tant qu'agent de contrôle	Initialement, l'équipe en PCI était perçue comme un contrôle	« au début quand on parlait d'appeler l'infirmière en prévention des infections c'est parce qu'on avait fait quelque chose de mal» (participant 8)
	Guerre de clocher entre la salubrité et l'équipe de PCI	Difficulté à obtenir une collaboration équipe de PCI/ équipe hygiène salubrité : la salubrité refuse de partager de l'information pratique à la PCI	« eu beaucoup beaucoup de difficulté à avoir les protocoles, les procédures heu.. de salubrité heu... donc là, il y a du travail à faire » (participant 3) « Malheureusement eu... j'ai

	Guerre de clocher entre la salubrité et l'équipe de PCI (suite)		du passer par les directeurs, parce que j'y arrivais pas, ça fait 3 mois là, pis la j'ai...il faut que j'en prenne connaissance j'... là que je voyais ce qui se passait sur le terrain, j'me dis là là regarde, il y a une limite! Oui oui j'te le donne, oui oui j'te le donne, fait que finalement j'en ai parlé à ma boss, qui en a parlé à son boss et puis j'l'ai... le lendemain matin j'l'ai... j'ai eu... pas copie électronique, mais copie papier eu... des protocoles, mais qui eu... malheureusement ils ne sont pas eu... datés... c'est pas approuvé par la PCI, pas approuvé par docteur [censuré pour préserver l'anonymat] qui
--	--	--	--

	Guerre de clocher entre la salubrité et l'équipe de PCI (suite)		est notre microbiologiste eu... pis je suis... c'est pas complet eu... pour moi il y a un problème de sécurité là.» (participant 3)
Rôle de formation au personnel de salubrité		« mon personnel salubrité me disent qu'ils n'ont pas eu de réunion d'équipe, pas de formation, rien depuis plus d'un an» (participant 3)	
Existence d'une guerre de clocher au CSSS tout comme ailleurs		« oui malheureusement je pense que... ça existe, ça existe ailleurs aussi ou j'ai travaillé. Quand je suis arrivée ici, j'étais contente de voir... j'ai eu l'impression que c'était pas ça ici. Eu... parce que j'ai vécu une grosse guerre de clocher ailleurs, mais eu... je me rends compte que c'est	

			encore la même chose eu... disons...» (participant 3)
		Volonté de collaborer et de coconstruction, mais le responsable de la salubrité perçoit la PCI comme si elle met son nez dans ses affaires.	« la PCI, la salubrité, les protocoles, c'est quelque chose qui devrait être travaillé ensemble, ça peut pas eu... un sans l'autre c'est sur. Puis eu... c'est sur que... on m'a.... on m'a dit eu... le responsable m'a assuré...il m'a dit il avait l'impression que je mettais mon... je mettais mon nez dans ses affaires un peu» (participant 3)
	Encourager ses consoeurs à se former au 2 ^e cycle en PCI	Motiver ses consoeurs à se former	« nouvelle infirmière que j'ai... j'ai... insisté à s'inscrire au micro programme en prévention des infections, donc elle a commencé. Eu... ça, je pense que ça... c'est essentiel

			de faire évoluer notre pratique là» (participant 3)
	Reconnaissance de la spécialisation en PCI	Reconnaissance de la spécialisation en PCI qui s'en vient	« il y a la spécialisation là, qui s'en vient» (participant 3)
Rôle et contribution de l'infirmière à la PCI	Rôle professionnel et responsabilités de l'infirmière face à la PCI	Le rôle de l'infirmière c'est la prévention	<p>« mon rôle au départ c'est de la <u>prévention</u>» (participant 9)</p> <p>« je pense qu'on a un rôle à jouer pour la <u>prévention</u> c'est assuré là» (participant 9)</p> <p>« je reste persuadée que, ma <u>prévention</u> doit se faire pareil parce que je pourrais être un <u>agent de propagation</u>» (participant 9)</p>

Rôle et contribution de l'infirmière à la PCI (suite)	Rôle professionnel et responsabilités de l'infirmière face à la PCI (suite)	Le discours véhiculé dans les milieux rend les infirmières et préposés responsables de la propagation des infections	« on prône beaucoup que c'est <u>les infirmières ou les préposés qui traînent les bébittes</u> d'un patient à l'autre» (participant 9)
		L'infirmière n'est pas responsable de la transmission infectieuse	« quand j'en parle avec Karine est pas d'avis non plus qu'on est les <u>responsables de la transmission</u> » (participant 9)
		Éviter de contaminer ses patients qui sont fragiles est considéré comme un devoir de l'infirmière	« parce que je considère qu'ils sont <u>fragiles</u> pis que <u>c'est mon devoir</u> de pas nécessairement les mettre en contact» (participant 9)

Rôle et contribution de l'infirmière à la PCI (suite)		Éviter de contaminer l'Autre est perçu comme une preuve de respect vis-à-vis des patients	« te donne un exemple que j'aurais la diarrhée ou quelque chose de même je n'irais pas travailler parce que je pense que c'est, <u>c'est un minimum de respect là pour pas la propager</u> justement, quand j'ai un bon rhume je m'arrange cette journée-là pour pas aller voir mes patients aussi » (participant 9)
	Responsabilité individuelle de l'infirmière face à la PCI	Chacun doit s'approprier de la PCI, car on ne peut se fier uniquement sur l'équipe de PCI pour gérer tous les risques et répondre à toutes les questions du personnel	« chacun soi-même on doit se l'approprier et réfléchir là dessus pour agir parce qu'on ne peut pas, si on se fit sur quelqu'un d'autre » (participant 3)

