HAL
open science

Un audit “ en pratiques ”. Des effets d’un audit automatisé de l’hygiène des mains à l’hôpital, entre stratégies de régulation et production de pratiques hybrides

Clément Tarantini

To cite this version:

Clément Tarantini. Un audit “ en pratiques ”. Des effets d’un audit automatisé de l’hygiène des mains à l’hôpital, entre stratégies de régulation et production de pratiques hybrides. SociologieS, 2020, L’institution et ses professionnels face à la rationalisation des soins de santé, 10.4000/sociologies.13611 . hal-03947935

HAL Id: hal-03947935

https://hal.science/hal-03947935v1

Submitted on 5 May 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

SociologieS
Dossiers | 2020

Un audit « en pratiques »

Des effets d'un audit automatisé de l'hygiène des mains à l'hôpital, entre stratégies de régulation et production de pratiques hybrides

From audit to practices. On the effects of an automated audit of hand hygiene in the hospital, between regulation strategies and production of hybrid practices

Clément Tarantini

OpenEdition Journals

Édition électronique
URL : https://journals.openedition.org/sociologies/13611
DOI : 10.4000/sociologies.13611
ISSN : 1992-2655

Éditeur
Association internationale des sociologues de langue française (AISLF)

Ce document vous est offert par École des hautes études en sciences sociales (EHESS)

L'ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SCIENCES SOCIALES

Référence électronique
Clément Tarantini, « Un audit « en pratiques » », *SociologieS* [En ligne], Dossiers, mis en ligne le 20 mai 2020, consulté le 05 mai 2023. URL : http://journals.openedition.org/sociologies/13611 ; DOI : https://doi.org/10.4000/sociologies.13611

Ce document a été généré automatiquement le 16 février 2023.

Creative Commons - Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International - CC BY-NC-ND 4.0
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

Un audit « en pratiques »

Des effets d'un audit automatisé de l'hygiène des mains à l'hôpital, entre stratégies de régulation et production de pratiques hybrides

From audit to practices. On the effects of an automated audit of hand hygiene in the hospital, between regulation strategies and production of hybrid practices

Clément Tarantini

Introduction

1 En France, l'émergence du *New Public Management* (NPM) et de la prévention des infections nosocomiales (IN) sont intimement liées. Les instruments du premier pénètrent les services de santé et la santé publique dans les années 2000 (Crespin, 2016 ; Rolland & Sicot, 2012), en même temps que la lutte contre les IN prend un véritable tournant à la suite de l'affaire dite de « La Clinique du Sport » en 1997 (Carricaburu & Lhuilier, 2009). Par le truchement de certains acteurs impliqués à la fois dans la lutte pour la reconnaissance des IN et dans la promotion d'un nouveau management de l'hôpital par l'approche qualité, cette crise et la mobilisation qui s'ensuit contribuent à l'introduction, dans les hôpitaux, de l'un des outils phares du NPM : les indicateurs de qualité et de sécurité de soins (Benamouzig & Robelet, 2014 ; Carricaburu & Lhuilier, 2009). La prévention des IN est aujourd'hui une composante essentielle de l'approche qualité à l'hôpital.

2 La DGOS [1] et la HAS [2] coordonnent depuis 2006 l'évaluation des politiques mises en œuvre au sein des hôpitaux sur ce sujet et, suivant les recommandations des organismes experts et sociétés savantes de renommée internationale (OMS [3]) ou nationale (SF2H [4]), valorisent le déploiement d'outils destinés à lutter contre ce phénomène. Nombre de ces outils ont pour but d'améliorer l'observance des recommandations sur l'hygiène des mains par le personnel hospitalier, considérée comme un élément clé de cette prévention. Pour la plupart, ils sont issus de la « doctrine protéiforme » (Bezes, 2005) du NPM : indicateurs de performance, incitations

financières, audits, *benchmarking*, implication des usagers dans les processus de contrôle, *leadership* [5], etc.

3 L'audit, « institution puissante de traitement des risques » (Power, 1997, p. 138), constitue un élément fort de ces stratégies de prévention. Son inscription au cœur de la gestion du risque infectieux à l'hôpital sert d'ailleurs davantage à stimuler le changement qu'à vérifier (*Ibid.*), aidé en cela par son corollaire, le *performance feedback* [6].

4 Dans le droit fil de ces recommandations, un consortium d'acteurs issus d'entreprises privées et de structures publiques développe depuis plusieurs années son propre « système d'audit automatisé de l'hygiène des mains du personnel hospitalier [7] » : *Medical Hygiene* [8]. En 2009, les membres de ce consortium sont à la recherche d'un service hospitalier dans lequel ils pourraient expérimenter ce « système ». Ils font la rencontre d'un médecin, Pierre, chef d'un service de Maladies infectieuses et tropicales (couramment appelé « le MIT » par les professionnels qui y travaillent [9]) dans un CHU du sud de la France, lequel devient rapidement membre du consortium. En novembre 2012, une première version de ce système est installée au MIT. Les professionnels sont dès lors soumis à un audit interne et « en continu » de leurs pratiques de désinfection des mains.

5 Comme le titre l'indique, je m'intéresse dans cet article aux « pratiques » générées par ce processus d'audit. Le terme de « pratiques », entendu dans un sens élargi, renvoie ici à deux réalités distinctes. D'un côté, les stratégies déployées par les membres du projet *Medical Hygiene* afin de réguler ce processus d'audit ; et, de l'autre, les modalités de mise en œuvre des recommandations sur l'hygiène des mains dans ce contexte.

6 Dans un premier temps, cet article traite de l'émergence, en lien avec cet audit, d'une nouvelle catégorie de professionnels, située à mi-chemin entre le soin et la recherche scientifique. Je montrerai que ces professionnels investissent des positions intermédiaires et opèrent à des formes de contrôle et de surveillance quant à l'application des normes promues par cette entreprise réformatrice, tout en remplissant des fonctions importantes de régulation des tensions et des résistances entraînées par cet audit. Mais cette stratégie de régulation, fortement empreinte du principe du *leadership*, induit parallèlement des tensions avec une autre catégorie de professionnels : les cadres de santé. Dans un second temps, j'exposerai les diverses manières dont les pratiques associées à la mise en œuvre des recommandations d'hygiène se recomposent sous l'effet de cet audit. La volonté des professionnels de se conformer aux recommandations est entravée par des logiques contradictoires, entraînant la production de pratiques singulières, à la croisée de plusieurs cadres normatifs.

Le contexte

Focus sur l'organisation des soins au MIT

7 Ce service est doté d'une vingtaine de lits d'hospitalisation. En journée, le corps paramédical comprend des infirmières diplômées d'État (IDE), des aides-soignantes (AS), et des agents de service hospitalier (ASH), lesquels travaillent « en 7h48 ». Il y a donc une équipe « du matin », une équipe « d'après-midi » (6h00-13h48 et 13h00-20h48). En situation idéale, c'est-à-dire avec des effectifs au complet et sans

postes vacants, une vacation comprend deux IDE, deux AS et une ou deux ASH. Le corps médical comprend, quant à lui, des étudiants en internat et en externat de médecine, des médecins assistants, des médecins seniors, ainsi qu'un médecin chef de service et chef du pôle infectieux dont fait partie le MIT. À ces effectifs s'ajoutent une cadre de santé dite « de proximité », une cadre du pôle infectieux ayant le grade de « cadre supérieure », ainsi qu'une assistante sociale.

Focus sur un outil d'audit automatisé

8 Ce système d'audit automatisé repose sur une technologie de radiofréquences qui permet la traçabilité des actes de désinfection des professionnels, lesquels sont alors évalués au regard des recommandations en vigueur. Il est composé de puces électroniques (appelées *tags*) insérées dans les sabots du personnel qui, en interagissant avec des antennes disposées au sol ainsi qu'avec des capteurs positionnés dans les vaporisateurs de solution hydro-alcoolique (SHA) fixés aux murs du service, permettent de retracer les déplacements des professionnels dans les chambres et les moments où ceux-ci ont ou non enclenché les vaporisateurs de SHA pour se désinfecter les mains. À chaque *tag* est associé un numéro ainsi que des informations sur l'individu qui le porte : âge, sexe, catégorie professionnelle, ancienneté dans le service, etc. Toutes ces informations sont anonymisées. Les données sont enregistrées dans un serveur qui les traite et restitue, en temps réel et *via* un écran situé dans le service, les « scores » selon chaque catégorie professionnelle : AS, ASH, IDE, médecins. Une colonne affiche le score global de l'équipe. L'installation de ce système a été validée par la CNIL [10] et une fiche de consentement a été signée par chacun des membres du personnel.

De la commande à l'enquête

La commande

9 L'expérimentation du système *Medical Hygiene* s'accompagne du développement d'un projet de recherche-action éponyme sur la prévention des IN. Cette enquête résulte d'une commande s'inscrivant dans le cadre de ce projet. Si, dans un premier temps, les recherches menées sont essentiellement quantitatives, mobilisant pour cela les données sur les pratiques de désinfection des mains produites par le système d'audit, très vite émerge l'idée, au sein du comité de pilotage, d'y associer un volet qualitatif. Je rejoins l'équipe scientifique en qualité d'anthropologue en 2014 et, en 2015, je décide de continuer cette recherche sous la forme d'un doctorat d'anthropologie financé, toujours dans le cadre de ce projet, par une fondation privée de recherche sur les maladies infectieuses.

Méthodologie et épistémologie

10 J'ai mené une enquête ethnographique entre 2014 et 2016, lors de laquelle j'ai réalisé une trentaine d'entretiens avec les professionnels de santé du service : IDE, AS, ASH, médecins et cadres. J'ai également procédé, parallèlement, à des observations *in situ* auprès de ces mêmes professionnels. Par cette démarche empirique, il s'agissait de développer une approche « par le bas » (Jaffré & Guindo, 2013) afin de m'inscrire au

plus près des pratiques des acteurs, de leurs « raisons d'agir » et de leurs « intentionnalités complexes » (Ricœur, 1977 ; Jaffré, 2018). Cette démarche s'inscrit dans la perspective d'une anthropologie « sans possibilité de survol ni de totalisation » (de Certeau, 1990, p. 2), se voulant proche de l'anthropologie « des interfaces » évoquée par Yannick Jaffré (2016).

11 Dans cet article la focale est mise sur l'équipe paramédicale. Parce qu'il existe de fortes correspondances entre les discours et les pratiques de ces trois catégories professionnelles et parce que ce groupe est principalement composé de femmes, je l'appelle le groupe des « soignantes ». Quant aux acteurs centraux du projet *Medical Hygiene*, malgré l'hétérogénéité de leurs parcours (que je ne discuterai pas dans ces lignes) et parce qu'ils sont tous impliqués dans cette entreprise réformatrice de normalisation de pratiques, je les nomme les « réformateurs », suivant la terminologie de Nicolas Belorgey (2010).

12 Je choisis donc volontairement d'éluder, ici, les positions du corps médical vis-à-vis de cet audit. En effet, si l'enquête ethnographique montre que ceux-ci opposent globalement moins de résistance et s'avèrent moins critiques à l'égard de ce projet, elle fait apparaître l'hétérogénéité des discours et des pratiques autour de cet audit dans ce groupe, analyse qui pourrait faire l'objet d'un autre article.

Quelques éléments de cadrage théorique

13 Au MIT, les *normes d'hygiène* constituent l'un des éléments du « faisceau prescriptif constitué de multiples injonctions » (Dujarier, 2006, p. 46) qui définissent le travail prescrit aux côtés, notamment, des différentes tâches assignées à chaque catégorie professionnelle : aux AS les toilettes, aux IDE les bilans sanguins, aux ASH le ménage des chambres, aux médecins les visites médicales, etc. Ces normes ont pour but de limiter la transmission d'agents pathogènes entre des patients et des professionnels dans un service où tous les patients sont contagieux ou suspectés de l'être. L'application idéale de ces normes peut être traduite en termes de « bonnes pratiques », une expression souvent mobilisée par les réformateurs. Dans cette enquête, c'est au regard de cet aspect particulier du travail prescrit que j'interroge le travail réel des professionnels, c'est-à-dire tout ce qu'ils font « "vraiment", à partir et parfois en dépit du travail prescrit », non seulement ce qu'ils réalisent, mais aussi tout ce qu'ils ne font pas et ce qu'ils font « pour ne pas faire ce qu'on leur demande de faire » (*Ibid.*, p. 47). J'appréhende cette dimension du travail réel au prisme de la notion de « pratiques d'hygiène ». Cette approche nécessite d'accorder une attention minutieuse aux gestes et aux séquences de gestes par lesquels se réalisent ces pratiques, afin de saisir au mieux ce travail « en train de se faire ». Quant au travail réalisé, Marie-Anne Dujarier le définit comme « le résultat du travail, détaché de son producteur », c'est-à-dire comme ce qui a été fait, « finalement », « grâce ou en dépit du travail prescrit et comme résultat du travail réel » (*Ibid.*, p. 49).

Normes d'hygiène et travail prescrit

Le WHO5

14 La désinfection des mains par friction à l'aide d'une SHA selon les « cinq moments de l'hygiène des mains [11] » est reconnue comme le moyen le plus efficace de prévention des IN à l'hôpital. Ainsi, selon le WHO5, la désinfection par SHA doit avoir lieu : 1) avant le « contact patient », 2) immédiatement avant un geste aseptique (plus globalement avant un soin), 3) après un contact avec des liquides biologiques, 4) immédiatement après le geste aseptique, et 5) une fois quitté « l'environnement » du patient, c'est-à-dire une fois exclues toutes possibilités de contact avec un objet ou une surface potentiellement contaminés.

Le port des gants

15 Les recommandations sur le port de gants ne se substituent pas à la désinfection par SHA selon les principes du WHO5. Il convient de les porter en cas de contact éventuel avec des liquides biologiques, des muqueuses, du matériel contaminé, ou une peau lésée. Auquel cas les professionnels doivent entrer dans la chambre avec une paire de gants sur eux, mais ne les mettre qu'une fois auprès du patient et leurs mains désinfectées. De la même façon, ils sont tenus de les retirer à l'intérieur de la chambre, une fois le soin terminé et avant de mettre en œuvre les « moments » 4 et 5 du WHO5. En outre, la désinfection des mains par SHA doit être réalisée sur des mains nues et ne peut se faire avec des gants, au risque de les rendre poreux et donc inefficaces.

L'existence de normes pratiques

16 La raison de la faible observance du WHO5 par les soignantes réside notamment dans l'interaction de cette norme d'hygiène avec les pratiques relatives au port des gants (Boyce *et al.*, 2001), ce que confirment également nos recherches au MIT [12]. En effet, les soignantes ont tendance à faire une utilisation « abusive » des gants, les portant même dans des situations où ils ne sont pas prescrits. En l'occurrence, elles ont pour habitude d'entrer et de sortir de la chambre avec des gants, tandis qu'elles devraient les enfiler et les retirer à l'intérieur de la chambre.

17 Ces pratiques d'hygiène sont en partie régies par une logique d'anticipation de tâches imprévues susceptibles d'impliquer un contact avec des objets et surfaces potentiellement contaminées [13] et d'anticipation du contact avec la poignée de la porte, particulièrement lors de la sortie de la chambre. À cette logique de sur-protection se superpose une logique d'optimisation de l'organisation du travail. L'anticipation permet un gain de temps et constitue une modalité d'organisation du travail. C'est une compétence importante dans un contexte soumis à des phénomènes de glissement des tâches importants (Hughes, 1997 ; Arborio, 2001) et de cadences soutenues (Belorgey, 2010).

18 La fréquence de ces pratiques d'hygiène, observables dans l'ensemble du groupe des soignantes, nous invite à les appréhender à l'aune du concept de « normes pratiques » développé par Jean-Pierre Olivier de Sardan. Ce dernier définit cette notion comme des comportements qui « ne suivent pas les normes officielles, ne sont pas simplement

erratiques, non conformes, aléatoires » (Olivier de Sardan, 2001, p. 67), correspondant « aux diverses régulations informelles, tacites ou latentes, qui sous-tendent les pratiques des acteurs non conformes aux normes officielles ou formelles [...] et qui permettent de comprendre les écarts ou le "jeu" avec les normes officielles » (Olivier de Sardan, 2010, p. 12).

19 Par ailleurs, c'est en souhaitant se conformer au contenu d'une autre norme d'hygiène, qui les enjoint à ne pas se désinfecter les mains avec leurs gants, que sont court-circuitées les recommandations relatives au WHO5 dans ce type de situations.

Des « infirmières-*leader* » au MIT ?

Des intermédiaires pour réguler

20 L'introduction de cet audit favorise la création de positions intermédiaires incarnées par des « infirmières-*leader* » qui jouent « le rôle de "facilitateur" dans la conduite de projets de recherche-action [et] participent à l'amélioration de la performance de leurs collègues » (Bezes *et al*., 2011, p. 323). Ainsi, Inès et Maria endossent à la fois la fonction d'IDE dans le service et celle de chercheures en santé publique dans le cadre du projet *Medical Hygiene* (elles sont respectivement doctorante et mastorante au moment de l'enquête). Lorsque qu'elles sont « en service [14] », ces IDE-chercheures effectuent en soubassement un véritable travail afin de favoriser l'adhésion des soignantes au projet *Medical Hygiene* et l'acceptation des dispositifs technologiques qui l'accompagnent. De plus, elles contribuent à organiser et à ajuster la mise en place de ces dispositifs pendant leur temps de soin et donc à s'assurer de leur fonctionnalité au quotidien, non sans procéder parfois à des formes de contrôle, par exemple pour s'assurer que les soignantes disposent bien d'un *tag* dans leurs chaussures.

21 Cette fonction de *leadership* est de plus en plus mise en avant dans le domaine de la prévention des infections nosocomiales où de nombreux experts invitent à la formation de *leaders* parmi les professionnels de « première ligne » que représentent notamment les soignantes hospitalières (Gould, 2016).

22 Notons par ailleurs que leurs trajectoires professionnelles sont très différentes de leurs collègues IDE du MIT, puisque ce sont les seules qui témoignent d'un parcours universitaire préalable à leur intégration au MIT et de l'obtention de diplômes équivalents à cinq années d'études après le baccalauréat [15]. Ces parcours traduisent une sensibilité préalable aux formations universitaires et au monde de la recherche médicale. Ce statut d'IDE-chercheure leur offre donc de nouvelles opportunités professionnelles au croisement du soin et de la recherche médicale.

23 Inès et Maria semblent dès lors représenter cette « élite infirmière » formée et supervisée par l'élite médicale du service et à propos de laquelle Kevin Toffel et Philippe Longchamp émettent l'hypothèse qu'elle peut se mettre au service de l'élite médicale réformatrice, voire « incarner un agent au travers duquel le champ médical s'insérerait dans l'espace infirmier » (Toffel & Longchamp, 2017).

Des tensions avec les cadres de santé

24 Cette position d'intermédiaire n'est toutefois pas l'apanage des IDE-chercheures puisque les cadres de santé du MIT occupent une place similaire. En effet, en plus d'être

garantes [16] des normes de qualité et de sécurité des soins, les cadres de santé constituent des relais importants pour l'encadrement et l'application des projets institutionnels, agissant à l'interface entre le groupe des soignantes et la hiérarchie hospitalière, et assurant à ce titre des fonctions importantes de régulation, de contrôle et de coordination (Gadea, 2011 ; Divay, 2017). C'est particulièrement le cas au MIT, comme en témoignent les propos d'Iris, cadre de santé de proximité :

> « [Au sujet de *Medical Hygiene*] À partir du moment où c'est un projet institutionnel, validé par nos patrons, si ça me convient pas, je m'en vais, moi, c'est tout, c'est aussi simple que ça, je demande une mutation dans un autre service. Je pense qu'il faut être loyal, si le projet vous convient, vous adhérez et vous l'accompagnez [...] un projet, ça s'accompagne. Ça se travaille, c'est long, il faut prendre du temps. Et une fois que les gens l'ont incorporé, l'ont compris, ont mis du sens derrière, après ils le vivent complètement avec naturel [...]. Moi je suis convaincue que... De toute façon, si je n'étais pas convaincue de la chose, j'aurais demandé mon changement » (Entretien, février 2014).

25 Cet extrait révèle l'importance, pour Iris, d'« accompagner » les projets portés par la hiérarchie auprès des soignantes. Ce qui n'est pas sans induire des tensions avec les IDE-chercheures qui partagent des fonctions semblables, mais qui entretiennent parfois des visions différentes de ces activités de régulation, entre contrôle et accompagnement, comme l'illustre la suite des propos d'Iris :

> « Donc voilà, je trouve que le rôle, c'était ça. Et en fait, même Inès qui... elle disait des choses, parfois ! "Celui-là, il a fait ça, celui-là il a fait ça !" Je lui ai dit : "Inès, il faut pas plier les gens comme ça". Donc le discours a changé. Elle a compris que derrière, on n'était pas là pour pointer des imperfections, mais justement pour travailler de façon collective ».

26 Mais ces tensions ne se limitent pas à de simples différends sur les façons d'exercer ces fonctions de régulation. En effet, tout au long de mon enquête, Inès et Maria entretiendront des relations particulièrement conflictuelles avec les cadres de santé et particulièrement avec Iris qui, en tant que cadre de proximité, est la plus proche des soignantes. Inès explique ainsi les raisons de ces tensions : « Parce que je suis en train d'acquérir une expertise et ça, ça la dérange ! » (notes de terrain, février 2016). Le constat opéré par Inès nous informe sur l'imbrication des enjeux de savoir et des logiques de pouvoir inhérente aux modes de gouvernement par les indicateurs de performance (Bezes *et al.*, 2016) ; et nous invite à appréhender ces tensions au prisme des positions ambivalentes incarnées par Inès et Maria qui, de par leur statut de chercheures, acquièrent une expertise scientifique et donc une légitimité dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins, domaine à l'origine réservé aux cadres de santé. En outre, les IDE-chercheures échappent en partie à l'autorité des cadres de santé lorsqu'il s'agit de consignes et de décisions en lien avec ce processus d'audit, puisqu'elles-mêmes sont fortement impliquées dans l'élaboration, la diffusion et l'application de ces consignes par leur participation, lors de leurs activités de recherche, à l'élaboration des normes et des savoirs experts en étroite collaboration avec l'élite médicale scientifique (Freidson, 1986). Ces nouvelles positions intermédiaires contribuent ainsi à brouiller, voire à reconfigurer, les rapports d'autorité exercés par les cadres sur les soignantes dans le service.

Des effets de l'audit sur les pratiques

Repenser les normes d'hygiène

27 Après avoir mis en lumière cette norme pratique de sur-utilisation des gants et le fait que les soignantes, conformément aux normes d'hygiène, perçoivent cette pratique comme incompatible avec les recommandations de désinfection des mains, Pierre décide d'inciter les soignantes à se désinfecter les mains sur leurs gants lorsqu'elles ne peuvent faire autrement. Cette consigne va à l'encontre des recommandations officielles, mais pour Pierre il est préférable, du point de vue de la prévention du risque infectieux, de se désinfecter les mains avec des gants plutôt que de ne pas le faire du tout.

28 Toutefois, si cette nouvelle norme d'hygiène « officieuse » est censée faciliter la mise en œuvre du WHO5, cela n'apparaît pas si évident pour les soignantes, comme nous allons le voir. La situation décrite ci-après dévoile quelques éléments intéressants à ce sujet : nous sommes en salle de pause avec Juliette et Tristan, IDE, et Marjorie, élève infirmière en stage. Pierre entre et s'installe pour manger. Après avoir engagé brièvement une discussion avec Juliette, il demande si certains d'entre eux « font le SHA sur les gants », selon la nouvelle consigne qu'il a instaurée il y a peu :

> « Juliette : - Ben franchement non, car une fois que j'ai terminé, les gants je les jette...
> Marjorie : - Mais je sais que plusieurs fois j'ai vu des soignants se passer les gants sous le SHA, y en a qui le font... Tristan par exemple, je sais que je l'ai déjà vu faire ça.
> Pierre à Marjorie : Ah ouais, quand même, y en a qui le font...
> Tristan à Pierre : Oui mais bon, j'avoue que quand je le fais, c'est à cause des puces [17], parce que j'ai peur que vous me voyiez ! [Tristan et Pierre éclatent de rire] » (Notes de terrain, novembre 2017).

29 Si Juliette admet ne pas mettre en œuvre la consigne de Pierre, Tristan nous apprend que c'est avant tout parce qu'il craint la supervision de sa hiérarchie qu'il répond à cette nouvelle norme. Cette réponse s'organise donc essentiellement sous l'effet de contrôle induit par le contexte d'audit et ses dispositifs technologiques et probablement davantage dans un souci de produire de « bons » indicateurs plutôt que de « bonnes pratiques ».

Découplage et dissimulation

30 Cette enquête a justement révélé l'existence de pratiques visant très explicitement à répondre à ce processus d'évaluation par la production de « bons » indicateurs de performance, en dépit de la mise en œuvre des normes d'hygiène. La principale stratégie déployée consiste à presser la gâchette du distributeur de SHA sans recueillir la solution. Je suis témoin pour la première fois d'une telle pratique tandis que j'accompagne Maria qui se rend auprès d'un patient pour une prise de sang. Elle traverse le couloir d'un pas pressé pour se rendre dans la chambre. Elle porte un plateau en métal sur lequel elle a disposé le matériel nécessaire à ce soin. Arrivée devant la chambre, elle ouvre la porte de sa main droite, tout en tenant le plateau de sa main gauche, puis, une fois sur le seuil de la porte, elle passe le plateau dans sa main droite, exerce une pression avec son coude sur la gâchette du distributeur de SHA,

laissant le liquide se disperser dans l'air. De la part de Maria, j'interprète dans un premier temps cette pratique au prisme de sa position d'infirmière-*leader* qui l'incite à maintenir un rôle de modèle, lequel passe notamment par la réalisation de bons « scores » [18].

31 Mais par la suite j'observe à de multiples reprises de tels gestes, parfois même dans des situations spécifiques pour lesquelles les recommandations de désinfection par SHA ne s'appliquent pas, voir sont inefficaces [19]. Une autre fois, alors que j'accompagne Cherine, ASH, fumer une cigarette, celle-ci me glisse d'un air soucieux :

> « - Quand il va revenir [Pierre], ça va pas être la même chose, il va péter un plomb, les SHA y a personne qui fait en ce moment... Là je le fais un peu quand même, je pousse [elle mime d'appuyer de la paume de la main sur le distributeur], pour faire style...
> Moi : -Tu appuies dessus mais tu ne frictionnes pas ?
> Cherine : - Non, c'est juste pour lui faire plaisir, en plus, la dernière fois, il est venu dans le service et il a dit que l'équipe n'avait pas de bons scores ! »

32 Je demande alors à Cherine pourquoi elle ne respecte pas cette norme d'hygiène. Elle se fige quelques secondes, réfléchit et lance :

> « Ben c'est vrai que souvent, nous, on a les gants quand on entre et quand on sort... Bon, si c'est des clostri [20] c'est normal, mais pour le reste... Nous, les ASH, on a toujours les gants, alors il [Pierre] a dit que des fois on pouvait faire le SHA dessus, mais bon, je le fais pas souvent ça en général si j'ai les gants. [Elle fait une moue gênée, s'arrête, puis reprend] Bon, les AS, c'est pas pareil, des fois elles enlèvent les gants dans la chambre quand même, mais, tu vois, si elles doivent prendre la poubelle ou quoi, moi je sais que je ne me vois pas prendre la poubelle avec les mains [nues]... ».

33 Nous retrouvons dans ce dernier extrait plusieurs des situations évoquées plus haut : la nécessité de toucher certains objets ou surfaces jugés sales et dangereux avec des gants, mais également les difficultés, pour Cherine, de mettre en œuvre les nouvelles consignes qui consistent à se désinfecter les mains sur les gants et, bien sûr, la production de « bons » indicateurs qui s'accomplit paradoxalement par des pratiques déviantes au regard des normes d'hygiène. Ainsi, la volonté de se conformer à la part du travail tel qu'il est appréhendé et évalué par les réformateurs se fait au détriment du travail prescrit.

34 Ces stratégies se rapprochent de ce que Michael Power nomme le « découplage » qui produit une déconnexion entre l'audit et les activités des audités, entre les instruments de l'audit et les pratiques professionnelles (Power, 1997 ; Pentland, 2000). Il y a alors dissimulation de l'information et du travail réel, volontaire ou non et dès lors la « conformité aux attentes externes est uniquement symbolique et non pas effective » (Zelinschi *et al.*, 2013, p. 3).

Des normes pratiques aux pratiques hybrides

35 Ce vendredi matin du printemps 2015, j'accompagne Lahna, AS, pendant sa vacation. Comme tous les vendredis, les internes et les externes visitent, sous la supervision du chef de service, chaque patient. Ces « visites » constituent un moment appréhendé par les soignantes car la marge de manœuvre dans l'organisation du travail est jugée plus réduite : il faut que tous les soins aient été prodigués avant l'arrivée des médecins dans une chambre. Or, du fait de la présence du chef de service, les soignantes n'osent pas négocier comme à l'ordinaire certains aspects de l'organisation avec les médecins. Par

ailleurs, ce jour-là une infirmière du CLIN [21], procède à un audit observationnel des pratiques de gestion du risque infectieux. Lahna me fait part de son inquiétude à l'idée d'être auditée par le CLIN. En fin de matinée, nous nous apprêtons à sortir de la chambre d'un patient. Lahna vient de lui faire sa toilette. Elle porte toujours les gants qu'elle a enfilés avant d'entrer. Elle tient une poubelle dans sa main gauche et s'apprête à ouvrir la porte de sa main droite pour sortir. Soudain, elle entend le chef de service parler dans le couloir à son auditoire de jeunes médecins. Elle me lance alors : « Il y a le chef dans le couloir, merde, vas-y, enlève-moi un gant ! ». Surpris, je lui enlève le gant de sa main droite qu'elle me tend, tenant toujours la poubelle de sa main gauche. Alors, elle presse la gâchette du distributeur de SHA, récupère de la solution dans le creux de sa paume et, sans réaliser de friction, saisit la poignée du creux de cette même main, ouvre la porte, sort et jette la poubelle dans le chariot situé dans le couloir. Elle enlève alors le gant de sa main gauche, se dirige vers un distributeur de SHA fixé dans le couloir, recueille le produit et se frictionne longuement les mains.

36 Grâce au semblant d'utilisation du SHA et à la conservation de son gant à sa main gauche, Lahna parvient à maintenir un équilibre entre son appréhension du danger (*via* ses modalités de gestion du risque : ne pas se faire contaminer, ni par la poubelle ni par la poignée) et une logique qui relève des « raisons d'être » des recommandations (ne pas contaminer la poignée).

37 Les gestes de Lahna résultent donc d'un effet de contrôle induit par les rapports de pouvoir et d'autorité qui régissent les relations entre les soignantes et leur hiérarchie. Ils conduisent à une mobilisation originale des dispositifs matériels destinés à la réalisation des normes d'hygiène et se situent « quelque part » à l'intersection des normes d'hygiène et des normes pratiques. Ainsi de telles pratiques hybrides, au croisement de plusieurs cadres normatifs, correspondent à un infléchissement, volontaire et réfléchi – et dans un contexte particulier d'audit – des normes pratiques vers les normes d'hygiène, sans toutefois y parvenir complètement. Les raisons de cet inachèvement ne peuvent être appréhendées dans leur « totalité ». Au contraire, la polysémie des pratiques d'hygiène, à la croisée de processus cognitifs, symboliques et sociaux (Boudjema *et* al, 2017 ; Tarantini & Peretti-Watel, 2017 ; d'Alessandro, 2012 ; Amiel, 2005), nous invite à tenter de saisir la pluralité des logiques qui sous-tendent ces pratiques ainsi que les singularités des contextes dans lesquels elles se déploient.

Conclusion

38 Cet article met au jour certaines des pratiques et des stratégies déployées par les soignantes et les réformateurs dans le sillage d'un processus d'audit, organisé autour de l'introduction d'une innovation sociotechnique reposant sur la traçabilité « automatisée » des pratiques d'hygiène du personnel.

39 L'une des stratégies mobilisées par les réformateurs face aux résistances des soignantes tend à réguler des tensions tout autant qu'à en produire de nouvelles entre les différentes catégories professionnelles du service. Mais cet audit, par les recherches scientifiques qui s'y articulent, a également conduit à des processus d'assouplissement des normes par l'introduction de nouvelles normes « officieuses » allant à l'encontre des normes officielles et ce, par l'un des *leaders* du groupe des réformateurs : le chef de service.

40 En outre, les stratégies de régulation n'empêchent pas la production de pratiques singulières favorisées par ce contexte d'audit et les rapports de pouvoir qu'il cristallise entre réformateurs et soignantes. Ces pratiques, guidées par une volonté de répondre aux attentes des réformateurs, naviguent entre dissimulation du travail réel et tentatives de conformation inachevée aux normes promues par l'audit. Elles sont autant de modalités d'appropriation de ces normes et d'adaptation à chacune des situations dans lesquelles elles se déploient et qui articulent, conjointement à ce travail de normalisation, un travail cognitif, symbolique, d'organisation, d'optimisation du temps, etc. Ces adaptations sont d'autant plus complexes et problématiques qu'elles s'inscrivent dans un contexte soumis à de fortes tensions dues notamment aux réformes hospitalières et aux nouvelles formes de management qu'elles charrient.

41 Enfin, parce que ces pratiques restent « invisibles » en échappant aux outils d'évaluation issus du NPM et mobilisés dans l'approche qualité de prévention des IN, elles témoignent de l'importance de développer des enquêtes empiriques dans ce domaine.

BIBLIOGRAPHIE

AMIEL C. (2011), « On sait qu'il n'y a pas de "vrais" risques. Discours et pratiques de soignants autour des infections nosocomiales », *Sciences sociales et santé*, vol. 23, n° 3, pp. 37-58.

ARBORIO A.-M. (2001), *Un Personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Éditions Anthropos.

BELORGEY N. (2010), *L'Hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, Éditions La Découverte.

BENAMOUZIG D. & M. ROBELET (2014), « Les indicateurs qualité et l'intégration bureaucratique de l'hôpital », *Quaderni*, n° 85, pp. 67-84.

BEZES N. (2005), « Le renouveau du contrôle des bureaucraties. L'impact du New Public Management », *Informations sociales*, vol. 6, n° 26, pp. 26-37.

BEZES N., DEMAZIÈRE, D., BIANIC T., PARADEISE C., NORMAND R., BENAMOUZIG D., PIERRU F. & J. EVETTS (2011), « *New Public Management* et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? », *Sociologie du travail*, vol. 53, n° 3, pp. 293-348.

BEZES P., CHIAPELLO È. & P. DESMAREZ (2016), « Introduction : la tension savoirs-pouvoirs à l'épreuve du gouvernement par les indicateurs de performance », *Sociologie du travail*, vol. 58, n° 4, pp. 347-369.

BOUDJEMA S., TARANTINI C., PERETTI-WATEL P. & P. BROUQUI (2017), « Merging Video Coaching and an Anthropologic Approach to Understand Health Care Provider Behaviour toward Hand Hygiene Protocols », *American Journal of Infection Control*, vol. 1, n° 45, pp. 487-491.

BOYCE J. M., PITTET D. & THE HICPAC/SHEA/APIC/IDSA HAND HYGIENE TASK FORCE (2001), « Guideline for Hand Hygiene in Health-care Settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee », *CDC Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 51, pp. 1-45.

CARRICABURU D. & D. LHUILIER (2009), « Les infections nosocomiales : un risque collectif en cours de normalisation ? », *Sciences sociales et santé*, vol. 27, n° 4, pp. 43-72.

CRESPIN R. (2016), « Critiques et formes de *résistance* d'une médecine sous influence. Les médecins du don face à la rationalisation de leurs pratiques », *Sciences sociales et santé*, vol. 34, n° 4, pp. 45-69.

D'ALESSANDRO E. (2012), « Prévenir le risque infectieux à l'hôpital ? », *Anthropologie & Santé*, n° 4 [En ligne] https://journals.openedition.org/anthropologiesante/835

DE CERTEAU M. (1900), *L'Invention du quotidien. Tome 1 : arts de faire*, Paris, Éditions Gallimard.

DIVAY S. (2017), « Cadre de santé en devenir. Entre carrière règlementaire universelle et carrière organisationnelle locale », dans DIVAY S. (dir.), *Cadres en devenir. Évolutions, transformations, socialisations, tensions*, Toulouse, Éditions Octares.

DUJARIER M.-A. (2006), *L'Idéal au travail,* Paris, Presses universitaires de France.

FREIDSON E. (1986), *Professional Powers: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*, Chicago, University of Chicago Press.

GADEA C. (2011), « Cadres de santé, le maillon indispensable du *New Public Management ?* », dans BOUFFARTIGUES P., GADÉA C. & S. POHIC (dir.), *Cadres, classes moyennes : vers l'éclatement ?*, Paris, Éditions Armand Colin.

GOULD D. J., GALLAGHER R. & D. ALLEN (2016), « Leadership and Management for Infection Prevention and Control: What do we Have and what do we Need? », *Journal of Hospital Infection*, vol. 94, n° 2, pp. 165-168.

HUGHES E. C. (1997), *Le Regard sociologique. Essais choisis*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.

JAFFRÉ Y. & A. GUINDO (2013), « "On ne s'occupe pas assez d'eux". Anthropologie d'un dispositif de soins pédiatriques en Afrique de l'Ouest (note de recherche) », *Anthropologie et sociétés*, vol. 37, n° 3, pp. 157-177.

JAFFRE Y. & S. SUH (2016), « Where the Lay and the Technical Meet: Using an Anthropology of Interfaces to Explain Persistent Reproductive Health Disparities in West Africa », *Social Science and Medicine,* vol. 156, pp. 175-183.

JAFFRE Y. (2018), « Ce que les sages-femmes disent de leurs vies, de leur métier et de leurs pratiques de soin. De la compréhension des logiques d'acteurs à "l'implémentation" des programmes et à l'amélioration des prises en charge obstétricales au Bénin et au Burkina Faso », *Santé publique*, Hors-série, pp. 151-166.

OLIVIER DE SARDAN J.-P (2001), « La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest », *Autrepart*, vol. 20, n° 4, pp. 61-73.

OLIVIER DE SARDAN J.-P (2010), « Développement, modes de gouvernance et normes pratiques (une approche socio-anthropologique) », *Canadian Journal of Development Studies/Revue canadienne d'études du développement*, vol. 31, n° 1-2, pp. 5-20.

PENTLAND B. T. (2000), « Will Auditors Take over the World? Program, Technique and the Verification of Everything », *Accounting, Organizations and Society*, vol. 25, n° 3, pp. 307-312.

POWER M. (1997), *The Audit Society. Rituals of Verification*, Oxford, Oxford University Press.

RICŒUR P. (1977), « Expliquer et comprendre. Sur quelques connexions remarquables entre la théorie du texte, la théorie de l'action et la théorie de l'histoire », *Revue philosophique de Louvain,* vol. 75, n° 25, pp. 126-147.

ROLLAND C. & SICOT F. (2012), « Les recommandations de bonne pratique en santé. Du savoir médical au pouvoir néo-managérial », *Gouvernement et action publique*, vol. 3, n° 3, pp. 53-75.

TARANTINI C. & P. PERETTI-WATEL (2017), « Distribution et variation du sentiment de peur en contexte de "risque infectieux élevé". Des expériences socialement différenciées du stigmate et de la peur chez des professionnels de santé d'un service de maladies infectieuses et tropicales », *Sociétés contemporaines*, vol. 105, n° 1, pp. 31-51.

TOFFEL K. & LONGCHAMP P. (2017), « Importer, transformer, diffuser les savoirs infirmiers », *Anthropologie & Santé*, n° 14 [En ligne] https://journals.openedition.org/anthropologiesante/2536

ZELINSCHI D., LEVANT Y. & N. BERLAND (2013), « Les motivations au découplage : l'exemple de l'introduction de L'IFRS 8 », *Finance Contrôle Stratégie*, vol. 16, n° 1 [En ligne] https://journals.openedition.org/fcs/1274 .

NOTES

1. Direction générale de l'organisation des soins.
2. Haute autorité de santé.
3. Organisation mondiale de la santé.
4. Société française d'hygiène hospitalière.
5. Les guides de recommandations édités par l'OMS depuis le début des années 2000 et les nombreuses publications scientifiques sur lesquelles ils s'appuient illustrent parfaitement cette tendance, laquelle va en s'accentuant.
6. Je reprends là l'expression couramment utilisé dans la littérature médicale sur le sujet. Il s'agit du principe de restitution des résultats aux audités, le terme de « résultat » étant souvent substitué à ceux de « performances » ou de « scores ».
7. Les expressions entre guillemets se réfèrent ici à des termes mobilisés par les acteurs de ce consortium, qui eux-mêmes les reprennent de la littérature médicale sur le sujet.
8. Dans un souci d'anonymisation, les informations permettant d'identifier des individus ont été modifiées : nom du système, noms, prénoms.
9. Je reprendrai cette terminologie « indigène » tout au long de cet article.
10. Commission nationale de l'informatique et des libertés.
11. Concept appelé le « WHO5 ». Les trois premières lettres se réfèrent à l'appellation anglo-saxonne de l'OMS (*World Health Organisation*), quant au chiffre 5, il représente bien sûr le nombre de « moments » promus par cette norme.
12. Une partie des analyses mentionnées dans ce paragraphe se réfèrent à des résultats issus de cette même enquête ethnographique et publiés antérieurement (Boudjema *et al*., 2017).
13. Ramasser un pot à urine, des draps sales, une poubelle usagée, par exemple.
14. Expression employée par les IDE-chercheures pour préciser qu'il s'agit de leur temps de travail consacré aux activités de soin « traditionnelles » en tant qu'IDE au MIT, tandis qu'une autre partie de leur temps de travail est consacrée aux activités liées au projet de recherche-action *Medical Hygiene*.
15. Maria a une licence et un master en *Éducation, Sciences biologiques et Chimie* obtenus entre 2003 et 2009 en Moldavie. Inès détient un master en Biologie centré sur les maladies infectieuses et tropicales obtenu en 2004 à Bordeaux.

16. Comme le souligne Charles Gadea (2011) il s'agit d'un groupe professionnel fortement féminisé, ce que traduit également ce terrain d'enquête.
17. Il s'agit ici des *tags* évoqués plus haut, lesquels sont insérés dans les sabots des professionnels et qui permettent la traçabilité des pratiques de désinfection des mains à l'aide des vaporisateurs de SHA.
18. Il n'y a presque jamais plus de deux soignantes de la même catégorie professionnelle en service et il est même fréquent qu'il n'y ait qu'une seule IDE, AS ou ASH lors des vacations de l'après-midi. Ainsi les « scores », bien qu'anonymisés et restitués par catégories professionnelles, sont assez facilement imputables à l'une ou l'autre, voire à la seule soignante en exercice à ce moment-là.
19. C'est, par exemple, le cas pour la bactérie *clostridium difficile* résistante à la friction par SHA. En cas de soin auprès d'un patient infecté par cette bactérie, il faut enfiler ses gants avant d'entrer dans la chambre, les retirer dans la chambre avant de sortir et se laver les mains au savon doux.
20. Abréviation utilisée par les professionnels de santé du MIT pour *clostridium difficile*.
21. Comité de Lutte contre les infections Nosocomiales.

RÉSUMÉS

Censé introduire une dynamique de changement, l'audit des pratiques d'hygiène des professionnels de santé est considéré comme un élément clé de la lutte contre les infections nosocomiales. Ainsi, pour répondre à ce « risque » un consortium d'acteurs issus d'entreprises privées et du monde hospitalier a développé un système d'audit automatisé et « en continu » de l'hygiène des mains. Ce « système » a par la suite été installé puis expérimenté dans un service hospitalier du sud de la France. Portant une focale sur les soignantes, cet article traite des effets de ce « système » et de ce contexte singulier dans le groupe des soignantes. Ainsi, des « infirmières-*leader* » au statut ambivalent régulent les tensions tout autant qu'elles en produisent, tandis que les effets de contrôle et les rapports de pouvoir induits par cet audit façonnent des pratiques hybrides à la croisée de plusieurs cadres normatifs.

In order to introduce a dynamic of change, hand hygiene audits of healthcare workers are considered a key element in the prevention of healthcare-associated infections. Thus, in order to reduce this "risk", a consortium of actors from private companies and the hospital world has developed an automated and "continuous" audit system for hand hygiene. This "system" was then installed and tested in a hospital ward in the south of France. Focusing on women caregivers, this article deals with the effects of this "system" and this particular context in the group of women caregivers. Thus, "nurse-leaders" with ambivalent status regulate as much as they produce tensions, while the control effects and power relations induced by this audit shape hybrid practices at the intersection of several normative frameworks.

De la auditoría a las prácticas. Los efectos de una auditoría automatizada de la higiene de las manos en el hospital, entre estrategias de regulación y producción de prácticas híbridas
Supone introducir una dinámica de cambio, la auditoría de las prácticas de higiene de los profesionales de la salud es considerada cómo un elemento clave en la lucha contra las infecciones nosocomiales. Así, en una lógica para reducir este "riesgo", un consorcio de actores

de empresas privadas y del mundo hospitalario ha desarrollado un sistema de auditoría automatizado y "continuo" de higiene de manos en un servicio hospitalario en el sur de Francia. Centrándose en las mujeres cuidadoras, este artículo analiza los efectos de este "sistema" y de este contexto único en el grupo de mujeres cuidadoras. Así, los "enfermeras-líderes" con estatus ambivalente regulan tanto como producen tensiones, mientras que los efectos de control y las relaciones de poder inducidas por esta auditoría conforman prácticas híbridas en la intersección de varios marcos normativos.

INDEX

Palabras claves : riesgo de infecciòn, auditorìa, racionalisación, hospital, salud, cuidadores
Keywords : infectious risk, audit, rationalization, hospital, health, healthcare workers
Mots-clés : risque infectieux, audit, rationalisation, hôpital, santé, professionnels de santé

AUTEUR

CLÉMENT TARANTINI

Doctorant en anthropologie, UMR 8562, Centre Norbert Elias (EHESS-CNRS,) Aix-Marseille Université et UMR VITROME (Vecteurs-Infections TROpicales et MEditerranéennes), IRD/AP-HM/SSA, Aix-Marseille Université (France) -clement.tarantini@gmail.com