Bulletin Amades

Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et
à la Santé

64 | 2005
64

D. Lhuillier, T. Niyongabo, D. Rolland, *Prévenir le risque nosocomial. La balade infectieuse*

Céline Amiel

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/amades/256>

DOI : 10.4000/amades.256

ISSN : 2102-5975

Éditeur

Association Amades

Édition imprimée

Date de publication : 1 décembre 2005

ISSN : 1257-0222

Référence électronique

Céline Amiel, « D. Lhuillier, T. Niyongabo, D. Rolland, *Prévenir le risque nosocomial. La balade infectieuse* », *Bulletin Amades* [En ligne], 64 | 2005, mis en ligne le 03 février 2009, consulté le 20 septembre 2020.

URL : <http://journals.openedition.org/amades/256> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/amades.256>

Ce document a été généré automatiquement le 20 septembre 2020.

© Tous droits réservés

D. Lhuilier, T. Niyongabo, D. Rolland, *Prévenir le risque nosocomial. La balade infectieuse*

Céline Amiel

RÉFÉRENCE

D. Lhuilier, T. Niyongabo, D. Rolland, *Prévenir le risque nosocomial. La balade infectieuse*, Paris, L'Harmattan, 2005, 221 p.

- 1 Cet ouvrage fait suite à une recherche-action menée au CHU de Bujumbura (capitale du Burundi). Elle visait à saisir les représentations et les pratiques autour du risque nosocomial. Le but pratique de cette recherche était d'insuffler une dynamique de changement des dispositifs et des modalités de prévention des différents acteurs du milieu hospitalier autour de l'hygiène.
- 2 La première partie de l'ouvrage présente quelques éléments socio-historiques permettant de contextualiser la recherche dans l'histoire contemporaine du Burundi. Les auteurs s'appuient également sur de nombreux proverbes pour aborder les discours relatifs à l'étiologie des maladies. De manière générale, les fluides corporels, les gestes invasifs et les odeurs qui entrent dans le corps sont perçus comme porteurs de risque de contamination et de morbidité.
- 3 Dans une deuxième partie, les auteurs présentent, entre autres, les différents acteurs du CHU. Un des intérêts de l'ouvrage est là : alors que certaines études hygiénistes ne semblent s'intéresser qu'aux médecins et infirmières, cette recherche prend en compte l'ensemble des acteurs du service de l'hôpital (professionnels de santé, gardes-malades, famille, personnels en charge du ménage, blanchisseuses, etc.). Les risques professionnels et les risques pour les patients sont ainsi mis en perspective. Il apparaît que les travailleurs, chargés de l'évacuation des déchets (aiguilles, produits biologiques), recyclant dans le laboratoire le matériel utilisé pour de futurs

prélèvements, ont, contrairement aux autres catégories soignantes, peu accès aux connaissances relatives à l'hygiène. Il en va de même pour les visiteurs.

- 4 Les auteurs soulignent ensuite les contradictions qui s'imposent aux professionnels de santé, notamment celle de prodiguer des soins dans de bonnes conditions d'hygiène, et dans le même temps de réduire les coûts (les gants stériles utilisés étant par exemple facturés aux patients alors que nombre d'entre eux ne peuvent payer).
- 5 La troisième partie nous fait entrer dans le vif du sujet, celui des représentations des risques à l'hôpital. Les infections nosocomiales sont toutes synonymes d'incertitudes, les modalités de leur transmission ne pouvant jamais être clairement démontrées.
- 6 L'infection par le VIH, étroitement liée à la sexualité et à la mort, est également associée à la notion de transgression et de souillure si bien que le sida en milieu hospitalier fait l'objet de peu d'échanges discursifs entre les différents acteurs d'un service. Même si les AES (accidents d'exposition au sang) et donc le risque d'exposition au VIH sont connus, les acteurs du milieu hospitalier présentent le risque d'exposition au VIH de manière ambivalente : ils penchent entre le risque de contracter le VIH/sida en prodiguant des soins et pensent, dans le même temps, que la transmission est plutôt extra-professionnelle.
- 7 La tuberculose rattachée au VIH/ sida est souvent cachée par la personne atteinte. Le VIH/sida et la tuberculose sont considérées comme des maladies honteuses singularisant le patient.
- 8 La dysenterie et le choléra dites « maladies des mains sales » sont pensés comme fortement contagieux. Ces pathologies sont également entachées de honte car associées à un défaut d'hygiène. Selon les auteurs, la propreté serait, dans la société burundaise, synonyme d'ordre et de vertu et donc réceptacle de discours moralisateurs.
- 9 Le paludisme est considéré comme un risque intra-hospitalier de par une importante présence de moustiques dans l'hôpital et surtout l'absence de moustiquaires.
- 10 Enfin, les hépatites B et C sont très peu abordées par les soignants et les patients, supplantées par l'infection à VIH et la tuberculose.
- 11 Les faibles possibilités d'isolement des patients atteints de maladies contagieuses exposent toutes les personnes approchant le malade à contracter la tuberculose ou encore les dysenteries ou le choléra. Ceci est d'autant plus préoccupant que certaines d'entre elles peuvent être immuno-déprimées. Ce manque de ressources matérielles entretient le sentiment d'un risque diffus, non localisable, imperceptible et surtout inévitable.
- 12 Par ailleurs, le sens de la transmission des maladies est le plus souvent évoqué de patients à soignants, alors que les risques de contamination de soignants à patients ou de gardes-malades à patients ne sont que plus rarement abordés. Les soignants se sentent protégés par une « *immunisation symbolique* » (p. 94) : le mal serait indubitablement du côté des patients. Cette représentation est renforcée par celles des gardes-malades et des patients qui considèrent que les professionnels de santé sont présents pour soigner et ne peuvent donc pas, *de facto*, transmettre de pathologies. Enfin, la charge de travail, les responsabilités, les urgences ou encore l'épuisement professionnel sont présentés par les soignants comme des risques professionnels.
- 13 La représentation des risques est étroitement liée aux actes qui incombent à chacun des acteurs. Les médecins et infirmiers considèrent les gestes invasifs comme le risque majeur de leur activité ; les aides-soignantes mettent plutôt en avant le ramassage des

draps sales, le nettoyage des sols ; les travailleurs, eux, sont confrontés à la gestion des déchets. Enfin, les gardes-malades ont idée des risques de transmission des pathologies mais ne savent ni la pathologie dont souffre le patient dont ils ont la charge, ni les moyens de se protéger.

- 14 La perception du risque est associée « à la perception de l'écart existant entre la conscience d'un risque [...] et l'ignorance ou l'absence de moyen d'identification de la nature exacte du risque et des modes de prévention efficaces » (p. 128). A cela, les auteurs ajoutent que face au risque, les tentatives de maîtrise individuelle ne suffisent pas : les actions doivent être collectives et organisationnelles.
- 15 Les propos sur la prévention (quatrième partie) font place à des discours dénonciateurs des conditions de travail. Dans le même temps, face au risque, l'acteur est confronté aux attitudes que lui impose son rôle social : comment prévenir un garde-malade des risques de transmission quand le personnel soignant est soumis au secret médical ? Les comportements des acteurs de santé pourraient ternir leur image de soignant. Ainsi les auteurs suggèrent une piste fort intéressante qui renverse les représentations et donc le sens conféré aux pratiques : « *il est peut-être plus facile et plus valorisant d'être celui qui protège que celui qui se protège* » (p. 156).
- 16 Par définition, cette recherche-action a impliqué les acteurs de l'hôpital. Cette démarche épistémologique place les acteurs en « *sujets connaissants* » (p. 160) et permet d'accéder à la fois à des savoirs individuels mais aussi collectifs. Si la démarche de recherche et les fruits de ce travail sont explicitement présentés en fin d'ouvrage (ils sont riches et variés : constitution d'un comité d'hygiène et de prévention au sein de l'hôpital, discussion et débats lors de diverses restitutions, réalisation d'un film, etc.), il est cependant dommage que la méthodologie ne fasse pas plutôt l'objet d'un chapitre introductif. Ce dernier permettrait peut-être au lecteur d'encore mieux saisir toute la richesse de cette étude qui mêle différentes échelles d'analyse, de l'individuel au collectif (que ce dernier soit catégorie statutaire bien définie ou ensemble des acteurs de l'hôpital), du collectif à l'institutionnel-organisationnel. Et qui montre que les discours émiqes et empiriques permettent de mettre à jour des pratiques qui relèvent moins d'un déni du risque que d'adaptations à différentes contraintes, qu'elles soient sociales, culturelles, économiques et/ou politiques.