

Le risque n'est pas une fatalité

Professeure de psychologie du travail à l'université de Rouen (Seine-Maritime) et membre du laboratoire Pris-Clinique, Dominique Lhuilier a initié une recherche-action au CHU de Bujumbura (Burundi) afin de prévenir les risques d'infections nosocomiales auprès du personnel de l'établissement¹. Entretien.

Comment est née votre collaboration avec le CHU de Bujumbura ?

À l'origine, il y a plus de dix ans maintenant, une collègue et moi avions un projet de recherche-action sur la question, alors émergente, des infections nosocomiales dans les hôpitaux français. L'Assistance publique-Hôpitaux de Paris à qui nous l'avons présenté, ne l'a pas soutenu faute de moyens bien qu'elle ait trouvé notre démarche très intéressante. Nous nous sommes donc résolues à le mettre au placard... Puis, en 2002, nous avons été mises en contact avec des praticiens du centre hospitalier universitaire de Bujumbura.

Quelles étaient leurs attentes ?

Au regard de la prévalence du VIH et du sida au Burundi, des pratiques professionnelles et des conditions de travail dans l'établissement, les praticiens étaient très inquiets de l'état de santé du personnel et notamment des risques liés aux accidents d'exposition au sang (AES). Il faut souligner que le CHU était, et est encore aujourd'hui, en butte à une pénurie chronique de moyens puisque la coopération qui permettait son fonctionnement a cessé peu après la guerre civile en 1993. Depuis, la Communauté internationale a totalement oublié le Burundi, au profit, notamment, du Rwanda voisin, où elle gère sa culpabilité. Dans un contexte de crise permanente, la classe moyenne déserte et de nombreux

Dominique Lhuilier



médecins partent travailler pour des ONG, qui offrent des conditions de travail et de salaire bien plus intéressantes. Ne demeurent à l'hôpital que les soignants qui n'ont pas eu le choix de partir et ceux qui ont choisi de rester.

À eux seuls de faire face au quotidien, avec la peur au ventre à chaque fois que se profile une nouvelle épidémie. Au passage, je crois que l'on doit s'interroger sur le rôle des ONG internationales qui participent au « vidage » de l'appareil sanitaire dans ce pays. Bref, en l'état, il est bien évident que les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé sont inapplicables. Cependant, malgré la somme de difficultés, la population et les soignants font montre d'un courage exemplaire, et la vie continue. À tel exemple, que la maternité ne désemplit pas.

Qu'est-ce qui caractérise une recherche-action ?

La recherche-action est conduite avec les acteurs concernés. Elle prend en compte leurs dimensions psychologiques, leurs représentations, leurs contraintes professionnelles et leur environnement de travail. Dans le cas du CHU de Bujumbura, la recherche-action était parfaitement adaptée puisqu'en l'absence d'aides extérieures, il fallait construire des stratégies de prévention à partir des seules ressources locales. *A contrario*, une recherche « classique » a pour objectif de repérer les bonnes pratiques et, *de facto*, de révéler les mauvaises. À la suite de cet état des lieux, les personnels sont formés et ensuite contrôlés afin que le travail soit effectué tel qu'il a été prescrit. Cette approche a toutefois ses limites. Au-delà d'un certain seuil, en effet, on ne parvient plus à diminuer les risques d'accidents, car dans la modification des pratiques professionnelles se jouent des mécanismes bien plus complexes que le seul ressort information/formation.

¹ Menée en collaboration avec Dominique Rolland, psychosociologue (association Psy Form) et le Pr Théodore Niyongabo de la faculté de médecine de Bujumbura, cette recherche-action a donné lieu à la publication de *Prévenir le risque nosocomial – la balade infectieuse*, aux Éditions L'Harmattan, Paris, 2005.

L'image – photos et films – a pris une grande place dans vos travaux. Quel est l'intérêt de cet outil ?

Il permet l'analyse des pratiques professionnelles par le biais de l'autoconfrontation croisée. Il s'agit de saisir sur le vif la personne en activité. Dans un premier temps, le film ou les photos lui sont présentés et elle commente sa propre pratique. Ensuite, ces supports sont soumis au regard d'un groupe de pairs de façon à engager la discussion sur les raisons incitant tel ou tel à agir ainsi. Puis, dans le cadre de transferts d'expériences et de réflexion commune, vient le temps des débats sur l'intérêt de telle ou telle pratique par rapport aux objectifs visés. Cet échange permettra de déterminer ce qui est le plus pertinent, si tout le monde doit faire de la même manière, un peu différemment, si les différences sont intéressantes ou génératrices de discordances ou d'incohérences. D'une façon générale, cela permet à toutes les catégories professionnelles de découvrir ce que font les autres. Le milieu hospitalier est en effet un univers très cloisonné et très hiérarchisé. Par exemple, grâce à une exposition de photos, l'immense majorité du personnel a pris conscience de l'importance des tâches effectuées par les travailleurs (NDLR : l'équivalent des agents hospitaliers). Chacun a pu se rendre compte de ce que signifiait être chargé de la gestion des déchets de l'hôpital et de quelle manière les travailleurs pouvaient être exposés au risque lorsqu'une seringue non capuchonnée était jetée dans une poubelle. Cette expérience crée, ou recrée, également du lien professionnel puisque chacun réalise que son activité n'est pas isolée mais inscrite dans un *continuum*.

Avez-vous travaillé avec des associations locales ?

Nous avons rencontré plusieurs associations de lutte contre le sida afin d'envisager la manière dont elles pourraient intervenir auprès de patients du CHU et aussi afin d'imaginer comment la réflexion menée sur la réduction des risques pouvait être développée au sein de ces structures, dans lesquelles exercent aussi des médecins et des soignants. Beaucoup de pistes ont été explorées, mais une fois encore, les moyens manquent.

Des améliorations ont-elles été constatées à la suite de votre collaboration ?

Oui, c'est en tout cas ce qui nous a été rapporté. Par exemple, afin de réduire les risques de transmission de toutes sortes, il a été convenu que le matériel à usage unique – une notion qui se révèle être une vaste fumisterie au Burundi – serait, après désinfection, réutilisé plusieurs fois mais pour le même patient. Cela implique, entre autres, de capuchonner les seringues après chaque utilisation, ce qui constitue un geste à haut risque. Les soignants doivent donc faire preuve d'une vigilance abso-

lue. Chaque poste de soins a été équipé d'une boîte pour recevoir les seringues usagées. Désormais, les déchets ne sont plus envoyés à la décharge municipale, où se regroupent les enfants, mais brûlés dans l'incinérateur que l'établissement a fait l'effort d'installer. Côté protection, l'atelier couture de l'hôpital fabrique maintenant des masques et des tabliers, avec des toiles. Et comme les gants de latex coûtent cher, il a été décidé de les stériliser. Cependant, on ne peut pas le faire indéfiniment, il a donc fallu définir le nombre acceptable de stérilisations et organiser un contrôle. Bien entendu, de nombreuses choses restent à faire pour améliorer les pratiques et réduire plus encore le risque. Mais ni eux ni nous n'avons disposé des moyens suffisants. Une fois les financements taris, nous n'avons pu poursuivre cette coopération. Or, sans nier les ressources et l'inventivité que développent les personnels, l'ouverture sur l'extérieur est très importante, voire déterminante, dans ce type de démarche.

D'ailleurs, j'ai été frappée par l'ouverture d'esprit des médecins, qui ont rapidement vu l'intérêt d'une collaboration avec les spécialistes en sciences humaines et sociales, alors que ceux du Nord peinent à envisager l'échange avec des professionnels qui n'appartiennent pas à leur univers.

Selon vous, cette expérience peut-elle servir d'exemple en France, et plus largement dans les pays du Nord ?

Oui, dans le cadre d'une démarche associant production de connaissances et actions de changements au plus près des caractéristiques socioculturelles, organisationnelles et professionnelles, je pense qu'elle peut effectivement permettre la construction d'un modèle transposable dans n'importe quelle structure de santé. En France, les infections nosocomiales commencent à éveiller les consciences. Ainsi, à la demande de la Mission interministérielle « recherche expérimentation », nous allons prochainement démarrer avec Dominique Rolland une recherche sur « Les événements indésirables dans les systèmes de santé ». Une partie de cette étude sera dédiée aux infections nosocomiales. Avec l'expérience du Burundi, j'espère qu'elle contribuera à enrichir la littérature consacrée aux infections nosocomiales qui est, aujourd'hui, d'une pauvreté affligeante.