

Facteurs d'adhésion du personnel de la santé au processus de gestion des risques infectieux : Cas du bloc opératoire du Centre Hospitalier Universitaire de Marrakech, BEN KHIZZOU, N.¹ et HANTEM, A.²

1. Professionnelle de santé et lauréate du master Marketing et Management de santé (ENCGA), noha.benkhizzou@gmail.com.
2. Enseignant-Chercheur, Université Ibn Zohr, Maroc, Laboratoire de Recherche Management digital, innovation et logistique (MADILOG), azizhantem@gmail.com

Date de soumission : 02/04/2023**Date d'acceptation : 28/07/2023**

Résumé :

En matière de gestion des risques infectieux, le milieu hospitalier a longtemps été réfractaire à l'idée de lutte contre les infections nosocomiales. Alors, plusieurs années ont été écoulées pour que ce véritable problème de santé publique prenne sa place et qu'il soit reconnu comme une structure idéale d'une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Dans le présent travail, nous avons décidés de se concentrer sur la gestion des risques infectieux au bloc opératoire vue sa fréquence élevés (Siboub M ,2018).

Bien évidemment ; lors de notre étude empirique exploratoire, nous avons constatés que le taux des infections nosocomiales est très élevé au CHU Marrakech par rapport aux autres hôpitaux, qui ont arrivés après des avertissements à gérer les infections nosocomiales. A cet effet, cette étude cherche de proposer un éclaircissement et une identification des différents facteurs d'adhésion du personnel à la gestion des risques infectieux. Le devis adopté est l'entretiens semi-directif auprès des professionnels du bloc opératoire, ainsi une approche qualitative justifiée par le fait d'étudier en profondeur les facteurs qui influencent l'adhésion du personnel. Donc notre étude cherche à répondre à la problématique suivante : Quels sont les facteurs qui influencent l'adhésion du personnel à la de gestion des risques infectieux au bloc opératoire du chu Marrakech ?

Les résultats de cette étude montrent que le plan de communication, de formation, un leadership participatif et un accompagnement au niveau central sont les principaux facteurs qui suscitent l'adhésion et la participation du personnel au gestion des risques infectieux.

Mots clés : les facteurs d'adhésion ; les infections ; gestion des risques ; chu Marrakech.

Factors in the adherence of health care staff to the infectious risk management process: The case of the operating theatre at the Marrakech University Hospital Centre in

Abstract:

In terms of infectious risk management, the hospital environment has long been resistant to the idea of fighting nosocomial infections. So, several years have passed for this real public health problem to take its place and for it to be recognized as an ideal structure for a policy to improve the quality and safety of care. In the present work, we decided to focus on the management of infectious risks in the operating room given its high frequency (Siboub M, 2018).

Of course; During our exploratory empirical study, we found that the rate of nosocomial infections is very high at Chu Marrakech compared to other hospitals, which arrived after warnings to manage nosocomial infections. To this end, this study seeks to propose a clarification and an identification of the different factors of staff adherence to the management of infectious risks. The estimate adopted is the semi-directive interviews with professionals in the operating room, thus a qualitative approach justified by the fact of studying in depth the factors which influence the adhesion of the staff. So, our study seeks to answer the following question: What are the factors that influence the adherence of staff to the management of infectious risks in the operating theater of the hospital in Marrakech?

The results of this study show that the communication plan, training, participatory leadership and support at the central level are the main factors that encourage the support and participation of staff in the management of infectious risks.

Key-words: adhesion factors; infections; risk management; Chu Marrakesh

Introduction :

Au-delà de leur vocation de traitement des maladies et leur rôle central dans la santé publique et le bien-être de la communauté local. Les établissements de santé publique au Maroc, ont, aussi, une mission de lutte contre la propagation des infections nosocomiales et de promouvoir des mesures préventives auprès de la population.

Les infections nosocomiales constituent un réel problème de santé publique. Leur prévention se révèle être un champ fertile d'étude et d'analyse en raison de leurs conséquences considérables sur le plan individuel que sur le plan socioéconomique. Notamment, dans ce monde en transitions (Haley RW et al,1985 ; Pittet D et al,1999). Selon (Njah et al,2001) la réanimation, bloc opératoire et soins intensifs sont les unités de soin les plus touchées. Du fait de la présence des patients avec atteinte systémique sévère et que le taux des instruments ou des dispositifs médicaux utilisés est plus important que dans le reste de l'hôpital.

Par ailleurs, des études antérieures ont montré que la plupart des échecs des dispositifs de lutte contre les infections nosocomiales sont dus à des aspects humains, plutôt que techniques. Par conséquent, la gestion des risques infectieux doit tenir compte la participation des utilisateurs, fournir une éducation et une formation et gérer les attentes des utilisateurs. De même, des organismes internationaux comme l'OMS et les centres de contrôles et de prévention des maladies (CDC) ont publiés des directives pour encourager les mesures préventives et les processus de gestion des risques infectieux. Ces derniers destinés à la formation et à l'encadrement du personnel soignant. Toutefois, il faut garder à l'esprit que ces équipes médicales sont les gardiens du temps, qui nous évite une contamination, mais, parfois ils deviennent les vecteurs.

En outre, Les infections associées aux soins nuisent la crédibilité et l'image de marque des établissements hospitaliers, du personnel ainsi qu'à celle des gestionnaires. Ce risque, qui représente une réalité quotidienne ; ayant de causes multiples, représente un problème de santé publique majeur qui concerne tant la qualité des soins que des coûts importants pesant sur l'économie de la santé. La mise en place d'un audit interne efficace des infections nosocomiales s'avère une nécessité absolue.

À travers des discussions avec les responsables dans la direction de l'hôpital, nous avons constaté qu'il y a des difficultés d'adhésion du personnel hospitalier à la gestion des risques infectieux. C'est à ce cadre que s'inscrit ce travail de nature qualitative, intitulé : Les facteurs d'adhésion du personnel à la gestion des risques infectieux : cas bloc opératoire du chu Marrakech, dans lequel nous allons essayer de répondre, tant au niveau théorique qu'au niveau pratique, à la problématique suivante : « Quels sont les facteurs qui influencent l'adhésion du personnel à la gestion des risques infectieux au bloc opératoire du chu Marrakech ? ».

Pour présenter cet article, nous débuterons par une phase conceptuelle avec la revue de littérature en décortiquant le processus de gestion des risques ainsi que les facteurs qui influencent l'adhésion du personnel, ceci permettra de mieux maîtriser les facteurs qui influencent l'adhésion

du personnel à la gestion des risques infectieux. Ensuite, nous décrirons le champ d'investigation et la méthodologie de recherche puis nous allons présenter et discuter les résultats des entretiens réalisés au niveau du bloc opératoire. Finalement, mettant en lumière les données et ces interprétations, également nous proposerons un modèle de gestion des risques infectieux pour le CHU Marrakech.

1. Cadre théorique

1.1. Les risques hospitaliers :

L'établissement hospitalier constitue un système complexe. Il est caractérisé par la diversification de ses activités nécessitant de multiples processus pour leur concrétisation. Cette disposition le rend vulnérable et est souvent susceptible aux risques. On outre, la raison d'être de l'établissement hospitalier est la dispensation des soins curatifs et préventifs dans des conditions garantissant leurs qualités et sécurités, d'où, ne pas prendre du risque c'est ne pas soigner avec, paradoxalement, un risque augmenté pour le patient.

Devant ce paradoxe et le champ diversifié des risques ainsi que l'impossibilité de leur suppression, l'établissement hospitalier se voit dans la nécessité de maîtriser tous les aspects de la gestion des risques tant organisationnels qu'opérationnels. Cette maîtrise est dépendante d'un climat de transparence, d'information, de formation et de participation de chaque acteur de l'établissement hospitalier. Ces éléments ambitionnent l'émergence d'une culture de vigilance, de sécurité et d'anticipation des risques.

En fait, un risque hospitalier est défini comme une situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements dont l'occurrence est incertaine. (ANAES,2003). Ce risque est provoqué par les professionnels de santé ou par un procédé thérapeutique. Donc on distingue deux différents types de risque dans le domaine de santé à savoir (tableau 2) :

Tableau1 : Présentation synthétique des risques

Risques liés aux activités de soins		Risques liés à la vie hospitalière	
	Pharmacovigilance	RISQUES PROFESSIONNELS	Risques infectieux Risques chimiques Risques physiques Ergonomie et manutention Risques psychosociaux Travail nocturne Maternité et travail hospitalier Risques d'AES Risques d'irradiation
	Hémovigilance		

Source : Auteurs, 2023

1.1.1. Les risques professionnels :

De par l'évolution de la technologie, de la structure des métiers et des modes d'organisation du travail, les situations de travail actuelles sont susceptibles d'exposer le travailleur à différents risques. Le risque professionnel est le risque (direct ou indirect) inhérent à l'exercice d'un métier. Il est lié aux caractéristiques du métier, aux conditions de travail, et parfois à des facteurs externes, Le risque professionnel est la combinaison de la probabilité et de la (des) conséquence(s) de la survenance d'un événement dangereux pour l'intégrité physique ou mentale d'une personne ou d'un groupe dans l'exercice du métier.

1.1.2. Les risques liés aux soins :

Les événements indésirables liés aux soins : Un dommage involontaire causé par la gestion des soins davantage que par le processus de la maladie, de nature suffisamment grave pour entraîner une prolongation de l'hospitalisation et/ou causer au patient un trouble ou une incapacité temporaire ou durable au moment de sa sortie. Ces risques liés aux soins peuvent être classés en 3 types à savoir les risques médicamenteux ; infectieux et les risques liés aux pratiques.

- Le premier paragraphe nous a permis d'avoir une vision globale et claire sur les risques hospitalier et ses différents types, tout cela nous permettra de passer aux risques infectieux. Face à ce type des risques, nous proposons tous d'abord de définir les infections nosocomiales qui sont responsable de leurs apparitions.

1.2. Les infections nosocomiales

1.2.1. Définition des infections nosocomiales

Une infection nosocomiale est une infection contractée dans un établissement de santé. Le National Nosocomial Infections Surveillance system (NNIS) définit une infection nosocomiale comme un état localisé ou systémique qui résulte de la réaction défavorable de l'organisme due à la présence d'un (des) agent(s) infectieux ou de sa (leur) toxine et qui n'était ni présent ni en incubation au moment de l'admission. La plupart des infections nosocomiales. Bactériennes se manifestent après un séjour de 48 heures Ce délai permet de distinguer une infection d'acquisition communautaire d'une infection nosocomiale, et selon la période d'incubation du germe responsable, le délai peut être plus long (Garner et al, 1996). Le délai de 48 h s'allonge jusqu'à 30 jours dans le cas d'infections de site opératoire, et jusqu'à un an s'il y a mise en place de matériel prothétique ou d'un implant. Autrement dit, toute infection survenant sur une cicatrice chirurgicale dans l'année suivant l'opération, même si le patient est sorti de l'hôpital, peut être considérée comme nosocomiale (Jelliman, 2002). La conséquence de ces infections est qu'il en résulte un taux de morbidité et de mortalité élevé (Ben Jaballahetal, 2006) et un coût important pour la collectivité (Rouzic et al., 2008).

1.2.2. L'origine des infections nosocomiales :

- Origine endogène : C'est à dire que le malade se contamine par ses propres germes à l'occasion d'un acte invasif et/ou en raison d'une situation médicale du patient c'est-à-dire son âge et sa pathologie, ses traitements, la qualité des soins, la présence de germes pathogènes pour certains patients fragilisés. Les infections endogènes représentent 50 % au moins des infections nosocomiales (Faure, 2002).
 - Origine exogène : C'est-à-dire qui sont soit des infections croisées transmises d'un malade à l'autre, soit des infections provoquées par les germes du personnel porteur, soit des infections liées à la contamination de l'environnement hospitalier (Faure, 2002). Ces deux origines peuvent être causées par un manque de bonnes pratiques d'hygiène (absence de lavage des mains ...). En outre, les progrès de la médecine et de la chirurgie avec l'apparition de nouvelles techniques thérapeutiques de plus en plus agressives qui peuvent être des possibles sources d'infections (Faure, 2002).
- Donc l'ensemble de l'organisation doit s'intégrer pour lutter contre ces infections, ce qui va permettre l'identification, le contrôle, l'évaluation des risques et des situations à risques qui ont causé ou auraient pu causer des dommages aux patients, aux visiteurs, aux professionnels, aux biens de l'établissement. Pratiquement, on parle d'un processus régulier, continu et coordonné, c'est le processus de gestion des risques infectieux.

1.3. La gestion des risques hospitalier

L'introduction du concept de la gestion des risques hospitalier au Maroc, ou particulièrement les risques infectieux a été appliquée parallèlement avec l'évolution de l'histoire de la gouvernance sanitaire. Alors, nous ferons un rappel sur la gestion des risques dans les établissements de santé qui a évolué au cours des années :

- Les premières méthodologies de gestion des risques sont apparues dans le monde industriel et ont été largement imposées par les agences d'assurances.
- En 1976 : certains Etats Américains avaient rendu obligatoire la gestion des risques au sein de l'Hôpital.
- Fin des années 90 : Publication de diverses études qui lèvent le voile sur le phénomène des événements indésirables et de leurs conséquences.
- Vers les années 2000, les législateurs adoptent des lois en matière de gouvernance qui incitent les administrateurs à gérer les risques.
- Au Maroc, l'année 2010 a été marquée par la publication du RIH qui traite la gestion des risques à l'hôpital.

À cet effet, la gestion des risques est définie comme un processus continu, coordonné et intégré à l'ensemble d'une organisation, qui permet l'identification, l'analyse et la maîtrise des

dysfonctionnements qui ont causé ou auraient pu causer des dommages à un patient, à un visiteur ou à un membre du personnel, aux biens de ceux-ci ou à ceux de l'établissement. La gestion des risques ne vise pas à éviter le risque mais à déterminer en fonction d'une stratégie, les risques que l'on peut assumer sans mettre en péril la vie de l'établissement. Elle cherche donc à les identifier, les évaluer, les traiter. Les objectifs de mise en place d'un tel dispositif sont donc de prévoir les risques qui peuvent affecter l'établissement, mais également de les contrôler pour en diminuer la fréquence de survenue et d'en limiter leur gravité.

➤ Par ailleurs, il faudra mobiliser les acteurs par l'obtention de l'adhésion et la participation de l'ensemble du personnel à la démarche de gestion globale des risques. Elle s'intéresse à insister sur les côtés éthique et volontaire de la gestion des risques, aux explications des objectifs et les enjeux de gestion des risques, à la présentation de la problématique en chiffre, à donner confiance aux professionnels impliqués dans la gestion des risques en insistant sur le fait de l'approche positive de l'erreur et en rédigeant une charte. Un aperçu sur la réglementation est nécessaire. Dans ce contexte de mobilisation des acteurs, n'importent quelle organisation, le changement est considéré comme un levier essentiel pour assurer sa pérennité, améliorer ses performances et atteindre ses objectifs, qui passe par la prise en compte d'un certain nombre de facteurs (humains, environnement, conditions de travail, la culture...) et aussi par l'accompagnement tout au long du processus de changement. La mise en place de la conduite de changement, c'est la meilleure pratique qui permet de réduire la résistance au changement, l'une des causes principales d'échec qui engendre la non-adhésion au gestion des risques, ainsi que produire le refus des différents acteurs. Pour cela dans cette section, nous avons traité la notion de changement ainsi que ses facteurs d'adhésion du personnel.

1.4. La conduite au changement

La politique des hôpitaux en management des ressources humains est en crise. Cependant il faut réinventer, motiver, engager certains professionnels. De plus, absentéismes ou présentéisme, burnout, fuit des talents, les problèmes d'attractivité de certains établissements. Par ailleurs selon l'Académie Française, Le concept adhésion est défini de la manière suivante : « l'adhésion concerne les personnes et désigne le fait d'adhérer à un groupe, à une organisation ou, par extension, d'approuver telle ou telle idée » (règlement Intérieur des hôpitaux, p 91). Cette approbation s'oppose au refus d'un individu ou d'une communauté envers un changement, elle suppose un engagement affirmé et volontaire de l'individu à l'égard du changement. L'adhésion et le rejet se situent davantage au niveau des attitudes. Ces deniers auront une valence (favorable ou défavorable) envers un objet qui prédisposerait une personne à y répondre d'une certaine façon : une attitude peut être considérée comme étant la cause du comportement observable d'une personne envers une autre personne ou un objet. D'après Magalie Baudrant-Boga, « L'adhésion correspond au degré d'acceptation [...] elle ne renvoie pas seulement à un comportement, mais à une attitude »(Baudrant-Boga, 2009) . La théorie du comportement planifié (Tounes, 2003 ; Fayolle et al, 2006) attribue une place centrale à l'intention de l'individu dans la genèse du comportement. De ce fait, Les facteurs d'adhésion le personnel au changement sont présentés par des leviers.

1.5. Les facteurs liés à qualité de mise en œuvre de la gestion des risques infectieux

✓ Information/communication :

La communication est l'échange d'informations ou d'idées entre deux ou plusieurs personnes à travers des messages verbaux et non verbaux. Une communication efficace implique le professionnel de santé qui peut être un leader dans le processus de communication pour promouvoir un dialogue permanent avec la communauté et favoriser un meilleur accueil aux messages envoyés afin d'encourager la participation communautaire en santé.

L'objectif principal de la communication est d'explicitier le changement de manière claire, précis et transparente et de résoudre les tâches directement liées à la gestion du changement. Par conséquent, cette communication favorisée l'adhésion personnelle. Les actions mises en œuvre peuvent combiner entre la communication virtuelle et physique (Autissier et Moutot, 2003). En raison de la variété des outils de communication, les choix doivent être faits de manière réfléchie et stratégique. Afin d'obtenir un levier de communication efficace et optimal, elle doit être appuyée par des leviers de formation et d'accompagnement. Pour assurer l'adhésion du maximum des acteurs au changement, un plan de communication aide ces parties prenantes à se préparer au changement afin de conserver un sens collectif en période de perturbation. Elle favorise et rend possible la mobilisation et la participation (c'est-à-dire permettre aux acteurs de comprendre le contenu du changement, le risque d'immobilisme, l'intérêt à trouver dans le changement et les bénéfices qu'ils peuvent en tirer), ainsi que réduire ou éliminer les résistances, et mettre en évidence les problèmes fondamentaux du changement.

H1 : la communication entre les acteurs du bloc opératoire est un facteur d'adhésion à la gestion des risques infectieux.

✓ Formation :

Le deuxième levier, la formation, est largement utilisé dans la pratique de la conduite du changement, et son objectif principal est de former des connaissances théoriques et pratiques. Autissier et Moutot (2003) ont proposé trois niveaux de contenus de formation : conceptuel, méthodologique et fonctionnel. Pour que les individus comprennent leur développement personnel et donc leur occupation du nouveau système. La formation dispensée par les parties prenantes de changement qui doivent répondre spécifiquement aux besoins identifiés en amont et s'inscrire dans le plan de formation. Les besoins identifiés sont le résultat de la combinaison entre des connaissances acquises antérieurement avec les connaissances nécessaires à l'avenir. Donc la formation constitue un moyen de développement, elle permet d'éviter la résistance qui peut provenir de la peur de ne peut pas répondre aux exigences de la nouvelle organisation ou de la nouvelle technologie, aussi un moyen pour faciliter l'intégration des acteurs dans le nouveau système mise en place, et les adapter aux différents changements.

H2 : la formation de toutes les parties prenantes va engendrer directement la compétence en matière de maîtrise des outils et les méthodes de gestion des risques infectieux.

✓ **Accompagnement :**

Le troisième levier essentiel pour évoluer et déployer les attitudes et les comportements, permettant ainsi une plus grande acceptation du changement par les individus, c'est l'accompagnement. Pour assurer la réussite et la pérennité d'une action communautaire, il est nécessaire d'accompagner les équipes à différents niveaux. Les différents aspects de l'accompagnement concernent la sensibilisation, la formation, les réunions de suivi et les visites de supervision.

Selon AUTISSIER (David), MOUTOT (Jean-Michel) l'accompagnement se décline au travers des actions permettant de traiter des aspects individuels, comblant ainsi les lacunes causées par l'effet de masse. Ils ont répertorié trois actions d'accompagnement : la gestion et traitement de l'impact, le mentorat ou le coaching et la création de nouveaux outils de gestion. Ces trois dispositifs ont pour objectif de répondre aux problématiques liées à la résistance personnelle, ainsi facilitant et favorisant leur adhésion au changement.

H3 : l'accompagnement est un facteur qui influence l'adhésion du personnel à la gestion risques infectieux. :

✓ **Style leadership**

Le Leadership est une relation d'influence entre les leaders et les suiveurs qui cherchent à apporter des changements réels reflétant leurs intentions mutuelles. (Joseph C.Rost ,1995)

Le Leadership est une activité, un processus d'influence au sein duquel une personne acquiert la confiance et l'engagement des autres, sans se fier aux positions formelles ou à l'autorité, amène le groupe à accomplir une ou plusieurs tâches. (Walter F. Ulmer,1998).

L'importance du style leadership qui est orienté sur les relations vers autrui (considération pour autrui) et vers les tâches (encourager la participation et l'initiation). A cet effet, le leader doit être visionnaire qui possède une vision stratégique aussi, il favorise la participation et habiliter les acteurs au travers des structures souples, flexibles qui peuvent facilement s'adapter aux changements. Pour conclure, ce chapitre théorique nous a permis de constater l'importance de projet d'établissement hospitalier comme un outil de planification stratégique et parmi les outils qui facilite les pratiques managériales aux niveaux des hôpitaux public, il se compose de plusieurs sous projets pour objectif d'améliorer les qualités des prestations de soins.

H4 : Le leadership autant qu'un style participatif est un facteur qui influence l'adhésion du personnel à la gestion risques infectieux.

2. Cadre empirique

2.1. Modèle d'analyse et étude analytique exploratoire

Tout travail scientifique demande un modèle d'analyse, dans sa mise en œuvre va nous permis d'obtenir des résultats reflétant la réalité sur le terrain. Alors ; dans cette section qui s'achève, on va présenter notre modèle d'analyse ainsi que la méthodologie que nous avons adopter dans notre recherche.

2.1.1. Hypothèses de recherche et Modèle d'analyse

Pour cerner la problématique de notre thème qui s'articule sur la question suivante « Quels sont les facteurs qui influencent la non- adhésion du personnel à la de gestion des risques infectieux au bloc opératoire du chu Marrakech », il est important d'énoncer les hypothèses sur lesquelles nous fonderons notre champ d'analyse.

H1 : Le manque de communication entre les acteurs du bloc opératoire comme facteur de non-adhésion.

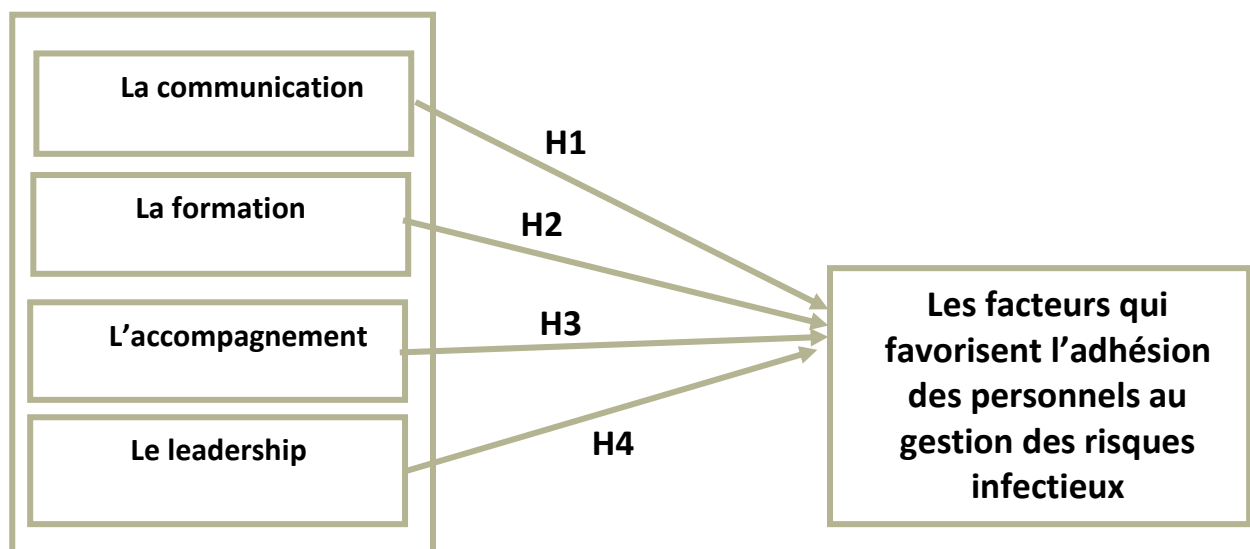
H2 : l'absence de formation de toutes les parties prenantes va engendrer directement l'incompétence en matière de maîtrise des outils et méthodes de gestion des risques infectieux.

H3 : L'absence d'accompagnement comme facteur qui influence la non-adhésion du personnel à la gestion risques infectieux.

H4 : L'absence du leadership autant qu'un style participatif comme un facteur qui influence la non-adhésion du personnel à la gestion risques infectieux.

Aux apports de la revue de littérature et à l'analyse du contenu des facteurs influencent la non-adhésion du personnel à la de gestion des risques infectieux. Nous présentons notre modèle d'analyse s'inspirer de l'étude effectuée par Bakkour et al,2022 qui sera comme :

Figure 1 : Elaboration de notre modèle d'analyse



Source : Auteurs, 2023

2.1.2. Méthodologie de la recherche

Notre problématique s'articule sur La principale question de recherche suivante : *Quels sont les facteurs qui influencent l'adhésion du personnel à la gestion des risques infectieux au bloc opératoire du CHU Marrakech ?* Par conséquent, la position positiviste est nécessaire dans notre étude pour expliquer les facteurs qui contribuent l'adhésion du personnel à la gestion des risques infectieux. La démarche positiviste permet au chercheur d'examiner le pouvoir explicatif d'un modèle, de tester la signification des relations entre les facteurs et de vérifier si les facteurs modérateurs influencent le modèle. Ainsi, sur la base du caractère qualitatif de notre objet de recherche, L'approche qualitative est choisie par le fait qu'il s'agit d'étudier en profondeur les facteurs d'adhésion du personnel à la gestion des risques infectieux. Et d'analyser d'autre part les interactions entre ces facteurs. Cette démarche choisie fait appel à un outil de collecte de données, à savoir : un guide d'entretien semi-directif pour ordonner les idées et faire gagner un temps qualitatif.

○ **Cadrage : Bloc opératoire du CHU Marrakech :**

Le choix de notre milieu d'étude est basé sur une enquête de prévalence menée en Octobre 2017 dans tous les services du CHU Mohammed VI de Marrakech. En fait, cette étude a montré que la survenue d'une infection nosocomiale était significativement associée à la présence d'immunodépression et l'intervention chirurgicale. D'après cela, nous avons décidé de se focaliser sur la gestion des risques infectieux au bloc opératoire à travers la mobilisation des acteurs.

○ **Construction du guide d'entretien**

Pour délimiter l'entretien, un guide d'entretien comportant les thèmes à discuter est élaboré et testé sous les directives des encadrants de la recherche. Le guide comporte des questions fermées et d'autres non fermées avec des explications pour ne pas borner la personne interrogée.

Notre enquête s'est déroulée au niveau du CHU Marrakech, contient 3 axes :

- **Identification de l'interlocuteur :** Le premier axe : concerne les données personnelles telles que le sexe, l'âge, le poste, la formation...etc.
- **Thèmes à aborder :**
 - Le deuxième axe : concerne les données et des informations sur la gestion des risques infectieux.
 - Le troisième axe : les facteurs qui influencent l'adhésion du personnel à la gestion des risques infectieux.

- **Le déroulement de l'entretien :**

Pour la collecte de données, nous avons optés pour des entretiens semi-directifs d'une durée moyenne de 35 à 40 minutes avec la catégorie de professionnels qui travaille au sien du bloc opératoire du chu Marrakech.

- **La population d'enquête (l'échantillon de l'étude) :**

Notre étude exploratoire porte sur un échantillon du personnel. Pour cette étude, les critères d'inclusions est constituée de tous les personnels du bloc opératoire :

- Les médecins et les infirmiers du département
- Le médecin et l'infirmier chef
- Les techniciens de maintenance.
- Chef de pharmacie

Critères d'exclusions : L'ensemble du personnel médical et infirmier du CHU ayant une relation directe ou indirectes avec les patients.

- En ce qui concerne la taille de l'échantillon dans l'étude qualitative, n'a pas de règle préconçue qui aide à déterminer le nombre de la population ciblé à inclure dans l'entretien (MILES, 2003). Dans notre étude qualitative exploratoire nous avons mené le nombre de 50 interviewés.

- **Méthode d'analyse de contenu :**

Les données recueillies lors des entretiens semi-directifs sont de nature qualitative. Elles ont subi une analyse du contenu sur trois phases :

- la réduction et le tri des données recueille.
- Retranscription du corpus des entretiens semi-directifs tenus par les interviewés.
- Classification interprétative des données et des suggestions recueillies.

- **Considérations éthiques :**

Lors de cette étude, nous avons accordé une grande importance à l'explication de l'objectif de notre recherche, sa pertinence, ainsi nous avons sollicité l'autorisation du personnel et nous avons visé à avoir le consentement oral et éclairé pour aborder les différents thèmes de l'entretien avec le respect de l'anonymat des informations recueillies lors de la collecte des données des questionnaires et de la confidentialité absolue, tout en assurant le codage et la protection des données.

2.2. Résultats et discussion

L'interview que nous avons menée nous a permis de répondre à un bon nombre de questions. En effet, déterminer les facteurs qui poussent le personnel à adhérer efficacement dans la gestion des risques infectieux au bloc opératoire qui est le but ultime de cette recherche. Notre objectif est de comprendre et identifier les raisons qu'ils considèrent comme contraintes à la lutte contre les infections nosocomiales. L'analyse des données nous a donné les résultats suivante (tableau 2) :

Tableau 2. Les résultats de l'étude qualitative exploratoire

Hypothèses	Résultats de l'analyse du contenu des entretiens semi directifs
H1 : la communication entre les acteurs du bloc opératoire c'est un facteur d'adhésion du personnel à la gestion risques infectieux.	Résultat 1 : le personnel enquêté affirme que la communication entre les acteurs c'est une source de changement et de la participation à la gestion des risques infectieux.
H2 : La formation de toutes les parties prenantes va engendrer directement la compétence en matière de maîtrise des outils et les méthodes de gestion des risques infectieux.	Résultat 2 : le personnel enquêté affirme que la formation favorise l'adhésion du personnel et considérer comme une source de changement.
H3 : l'accompagnement est un facteur qui influence l'adhésion du personnel à la gestion risques infectieux.	Résultat 3 : Le personnels enquêté affirme que l'accompagnement c'est un facteur qui influence l'adhésion au gestion des risques infectieux.
H4 : le leadership autant qu'un style participatif est un facteur qui influence l'adhésion du personnel à la gestion risques infectieux.	Résultat 4 : le personnel enquêté affirme la présence du leadership c'est un facteur qui influence l'adhésion du personnel à La gestion des risques infectieux.

Source : Auteurs, 2023

Les facteurs liés à la qualité de mise en œuvre :

2.2.1. La communication

Les enquêtés déclarent qu'ils n'ont pas participé à la mise en œuvre de la gestion des risques infectieux, ces données s'opposent montrant que malgré le personnel étaient informer, ils ne sont pas participés à la mise en œuvre, cela peut être expliqué par la mauvaise communication ou bien l'absence d'un plan de communication pour préparer et mobiliser toutes les parties prenantes au tour la lutte contre les infections nosocomiales. Aussi l'existence des dysfonctionnements interpersonnels qui entravent la bonne diffusion de l'information et donc affecter sur l'adhésion du personnel à la gestion des risques infectieux. Ces résultats confirmés ce qui explique par (Autissier et Moutot, 2003), la bonne communication favoriser l'adhésion du personnel au changement (Nouiker et Abdelhadi,2021), ainsi qu'ils valident notre deuxième hypothèse.

2.2.2. La formation

La formation de tous les personnels est très importante, elle contribue au renforcement de leurs compétences et mieux comprendre la démarche de gestion des risques infectieux et ses étapes, ce qui explique dans la partie théorique. Un plan de formation ne concerne pas tout le monde comme, donc ; il favorise la non adhésion du personnel et considère une source de résistance, un obstacle pour le partage des informations et des savoirs à faire. Malgré l'existence des manuels expliquent le comment, les étapes de gestion des risques infectieux, il est nécessaire de former tous les personnels de l'hôpital pour adhérer ces derniers aux tels projets et améliorer la réalité de nos établissements de santé.

2.2.3. L'accompagnement

Selon ces personnels, parmi les facteurs principaux d'adhésion, c'est l'accompagnement qui vise à montrer aux acteurs qu'ils ne sont pas abandonnés et que leur mise en œuvre de la gestion des risques infectieux est suivie étape par étape. L'absence d'accompagnements considère comme l'absence de celui qui te guide et te facilite de surmonter tous les obstacles, afin de bien établir des bons résultats et participe la gestion des infections nosocomiales. Donc ce facteur joue un rôle dans la dynamique d'apprentissage, c'est comme le mentorat et le suivie des différentes actions établies par le personnel de l'hôpital, il doit s'articuler dès les premières phases de la mise en œuvre.

2.2.4. Le style de leadership

Il est important pour impliquer et conduire tous les personnels de participer au changement comme indiqué dans la théorie, un leader doit être visionnaire qui possède une vision stratégique aussi, il favorise la participation et habiliter les acteurs au travers des structures souples et flexibles, qui peuvent facilement s'adapter aux changements. Les personnels déclarent la non-participation à la mise en œuvre de la gestion des infections nosocomiales, parmi eux le médecin chef et l'infirmier chef, ajoutant aussi la communication est insuffisante, ce qui nous amène à constater l'absence de leadership participatif. En plus de tout ce qui précède, les problèmes les plus rencontrés au niveau de l'hôpital résident dans la gestion des ressources humaines. La résistance au changement, surtout au niveau du personnel infirmier et médecins, à cause de l'absence des motivations. Également, il y a une insuffisance du personnel (des postes sont vacants) mais le problème réside toujours dans la dépendance vis-à-vis du ministère de la santé qui s'occupe également du recrutement.

Conclusion et perspectives :

En guise de conclusion, la prévention des infections nosocomiales se trouve au cœur des toutes organisations sanitaires. Elle est l'un des axes majeurs de la gestion des risques sanitaires. Les dysfonctionnements du système de santé en général et les hôpitaux en particulier viennent de la défaillance de leur démarche managériale.

La gestion des risques, dans sa globalité, fait appelle à plusieurs théories et recherches, en étant une composante inséparable, et basique du management. Dans le domaine de la santé, la gestion des risques est dispersée, elle implique plusieurs acteurs mais également néglige l'implication des équipes médicales qui sont des acteurs indispensables. Alors, dans le présent travail, nous avons essayé d'élucider la gestion des risques infectieux dans le bloc opératoire du chu Marrakech. Tout en mettant la lumière sur les facteurs qui poussent les personnels à adhérer efficacement dans la gestion des risques infectieux. Qui avait l'objectif d'analyser les facteurs individuels et organisationnels. En termes d'analyse nous avons retenu les éléments entravants d'une bonne mise en œuvre de gestion des risques à savoir l'adhésion du personnel au changement ; il faut lui doter d'une ressource humaine bien qualifiée. Notamment, un corps médical qui se montre créatif et dont la compréhension et la maîtrise ne s'étale pas seulement au domaine médical, mais également au domaine managérial.

Dans une optique de bon management et d'amélioration d'efficacité hospitalière, nous avons proposé un modèle de gestion des risques (figure 2), soutenu par des recommandations. Ce modèle doit être enrichi par les propositions et recommandations de la future équipe administrative et hospitalière, dans le cadre d'une gouvernance participative et collégiale pour instaurer dès le début les principes du new management public.

- Cette étude a des points forts et certaines caractéristiques qui méritent d'être soulignées :
 - Notre étude a apporté des nouveautés ;
 - La coopération des personnels et leur participation à l'étude est très noble.
- Les limites sont classées par ordre croissant d'influence. Elles sont potentiellement responsables d'une incertitude dans l'authenticité des résultats :
 - Refus de certains médecins de répondre aux questionnaires.
 - Manque de fiabilité de certaines réponses fournies pouvant conduire à une mauvaise interprétation des résultats
 - La collecte des données s'est faite dans une période très courte

Figure 2 : élaboration d'un modèle de gestion des risques favorise l'adhésion du personnel

Bibliographie :

Haley, R. W., Culver, D. H., White, J. W., Morgan, W. M., Emori, T. G., Munn, V. P., & Hooton, T. M. (1985). The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. *American journal of epidemiology*, 121(2), 182–205.

Harbarth, S., Ruef, C., Francioli, P., Widmer, A., & Pittet, D. (1999). Nosocomial infections in Swiss university hospitals: a multi-centre survey and review of the published experience. *Swiss-Noso Network. Schweizerische medizinische Wochenschrift*, 129(42), 1521–1528.

Garner, J. S., Jarvis, W. R., Emori, T. G., Horan, T. C., & Hughes, J. M. (1988). CDC definitions for nosocomial infections, 1988. *American journal of infection control*, 16(3), 128–140.

Jean-Marc JELLIMANN. (2002). Les septicémies nosocomiales en neonatologie : influence de l'antibiothérapie et vers un bon usage des antibiotiques.

Bulut, Y., Faure, E., Thomas, L., Karahashi, H., Michelsen, K. S., Equils, O., Morrison, S. G., Morrison, R. P., & Arditi, M. (2002). Chlamydial heat shock protein 60 activates macrophages and endothelial cells through Toll-like receptor 4 and MD2 in a MyD88-dependent pathway. *Journal of immunology (Baltimore, Md. : 1950)*, 168(3), 1435–1440.

Jaballah, N. B., Bouziri, A., Kchaou, W., Hamdi, A., Mnif, K., Belhadj, S., Khaldi, A., & Kazdaghi, K. (2006). Épidémiologie des infections bactériennes nosocomiales dans une unité de réanimation néonatale et pédiatrique tunisienne. *Médecine et Maladies Infectieuses*, 36(7), 379-385.

Rouzic, N., Faisant, M., Scheydeker, J.-L., Collet, M., & Lejeune, B. (2008). Infections nosocomiales en maternité au centre hospitalier universitaire de Brest du 01/01/2000 au 31/12/2005. *Pathologie Biologie*, 56(2), 58-65.

Traore, B. (1993). Complications infectieuses en chirurgie abdominale à propos de 369 opérés, thèse de Médecine.

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). Analyse des données qualitatives. De Boeck Supérieur.

Sow N'gary. (2004), audit interne et procédures, codex.

Njah M, Nouria A, Naija O. (2001). Le risque infectieux aux cours des gestes de soins. *Rev Tunis Sante Militaire*, 3(4), 316-21

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). (1998). *Acta Endoscopica*, 28(2), 151-155.

Ulmer, W. F. (1998). Military Leadership into the 21st Century: Another « Bridge Too Far? » The US Army War College Quarterly: Parameters, 28(1).

Nouiker, Fatima Ezzahra, et Oumkaltoum Abdelhadi. (2021). « Conduite du changement organisationnel et efficacité de la démarche de responsabilité sociétale des organisations publiques : Le cas de l'ONCF et du Groupe Al Omrane ». *Alternatives Managériales Economiques*, 3(4), 579-600.

Bakkour, A., Idrissi, M. E., & Qmichchou, M. (2022). Comportement des voyageurs marocains après la crise du COVID-19 : Revue de Littérature. *Alternatives Managériales Economiques*, 4(2), Article 2.

Rost, J. (1995). Leadership: A Discussion About Ethics. *Business Ethics Quarterly*, 5(1), 129-142.

Autissier D, Moutot J. (2003). Conduite de changement : concepts clés.

Gaëtan morin éditeur. (2001). La gestion dynamique : concepts, méthodes et applications, 3 e édition (pierre g. Bergeron).

Siboub M. (2018). La prévalence de l'infection nosocomiale au CHU Mohamed VI de MARRAKECH, thèse de doctorat. Marrakech, université Cadi Ayyad.

Fayolle, A., Gailly, B. and Lassas-Clerc, N. (2006). Assessing the Impact of Entrepreneurship Education Programmes: A New Methodology. *Journal of European Industrial Training*, 30, 701-720.

Tounes, A. (2003). L'intention entrepreneuriale : une étude comparative entre des étudiants d'écoles de management suivant des programmes ou des formations en entrepreneuriat et des étudiants en DESS CAAE.

Boga, M. B., & Baudrant Boga, M. (2009). Penser autrement le comportement d'adhésion du patient au traitement médicamenteux : Modélisation d'une intervention éducative ciblant le patient et ses médicaments dans le but de développer des compétences mobilisables au quotidien. Application aux patients diabétiques de type 2. Université Joseph Fourier - Grenoble I.