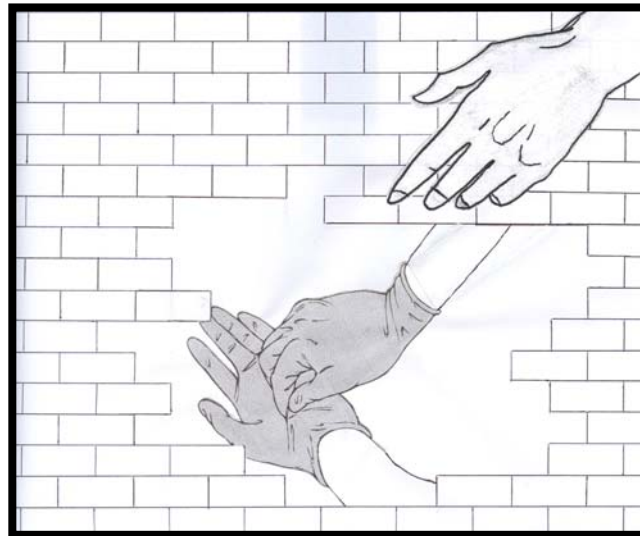


Ensemble, « cassons » les habitudes !



Promotion 2005-2008

RESUME

L'accident d'exposition au sang, ses circonstances, ses modalités de prévention et ses lourdes conséquences sont désormais connues. Cependant, le personnel soignant continue à s'exposer en ne respectant pas les mesures de protections établies.

Parmi celles-ci, « les précautions standard » sont un ensemble de dispositifs mis en place dans le but de protéger le soignant et de diminuer le risque professionnel à l'hôpital.

Ces mesures ont alors fait du gant, dispositif jusque là destiné à protéger le patient, une protection individuelle. Néanmoins, son emploi va de l'indispensable à l'utile mais son usage va parfois de l'oubli à l'inutile. La protection est une notion subjective, elle est propre à chacun.

J'ai pu constater, lors de mes différents stages, que cette protection était bien souvent négligée. Il est alors logique de se demander pourquoi ? Pourquoi l'infirmière se prive-t-elle de cette protection si précieuse ? Pourquoi flirte-elle avec ce danger ? Est-elle consciente des conséquences encourues ?

Tant de questions qui m'ont permis de formuler ma question de départ :

Quels sont les facteurs qui amènent une infirmière de médecine au non respect du port des gants lors de la réalisation d'actes à risque de contamination ?

A partir de cette question, j'ai effectué une recherche théorique dans le but de définir les différents mots clés qui la compose. J'ai ensuite réalisé une recherche empirique afin de connaître l'opinion des soignants. J'ai utilisé, pour cela, des entretiens que j'ai réalisés auprès d'infirmières (population cible), d'infirmières hygiénistes (personnes ressources) et de médecins des urgences (témoins privilégiés).

Suite à cela, une confrontation fut nécessaire entre ces deux études. Celle-ci m'a permis de voir émerger de nouveaux concepts tels que les représentations symboliques du patient, la résistance aux changements ou bien encore les situations de soins d'urgence, tant de données riches et intéressantes me permettant d'avancer dans le cheminement de ma réflexion, de rétrécir mon champ d'actions et d'en déduire ma question centrale.

En quoi la résistance aux changements de comportement dans la pratique de soins amène une infirmière de médecine au non port de gants lors de la réalisation d'actes à risque de contamination ?

Comment lutter efficacement contre cette résistance aux changements ? Quelles sont les actions qui permettent d'aboutir à un changement dans la pratique de soins infirmiers ? Dans quelle mesure cette résistance est-elle un danger ?

Sujet riche et vaste qui a attiré toute mon attention et auquel j'ai tenté d'apporter quelques réponses.

SOMMAIRE

EMERGENCE DE LA QUESTION DE DEPART

I. Introduction.....Page 1

PRESENTATION DU PROJET DE RECHERCHE

II. Exploration de la question de départ.....Page 3

A/ Recherche théorique : ce qu'en pensent les auteurs

1) Les accidents d'exposition au sang et généralité

2) Les gants non stériles à usage unique.....Page 5

3) Les infirmières.....Page 7

B/ Recherche empirique : ce qu'en pensent les soignants.....Page 10

1) Objectif de l'outil et choix des populations

2) Synthèse des entretiens.....Page 11

3) Confrontation entre la théorie et l'empirique.....Page 13

C/ Formulation de la question centrale de recherche.....Page 15

III. Elaboration de la problématique.....Page 16

PERSPECTIVES PROFESSIONNELLES.....Page 17

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES

Comité Technique des Infections Nosocomiales, *Les 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales*, 2^{ème} Edition, Paris, 1999.

COUVREUR C., *Sociologie et hôpital*, Bruxelles, 1979.

Guide VIH et hépatites, *100 questions que se posent les soignants*, 3^{ème} édition, Montligeon, Novembre 2006.

GIAMI A., VEIL C., *Des infirmières face au sida*, Paris, 1994.

GRIPI, *L'identité professionnelle de l'infirmière*, Paris, 1986.

HESBEEN W., *La qualité du soin infirmier*, 2^{ème} édition, Paris, 2002.

MAGNON R., *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers*, Paris, 2001.

VEGA A., *Une ethnologue à l'hôpital*, Paris, 2000.

ARTICLES

FARRET D., « *Les gants à l'hôpital un choix éclairé* », revue Hygiène, Septembre 2000 – n°56, P. 7-9.

LERY L., « *L'exposition au sang : un risque pour les hospitaliers* », revue Gestions hospitalières, Octobre 1994 – n°339, P. 612.

MOREAU C., « *L'hygiène, c'est aussi une question d'**ambiance*** », revue Hygiène en milieu hospitalier, Juin 2003 – n°59, P. 30-32.

ROBERT O., « *Personnels soignants et risques professionnels* », revue Soins, Juin 1997 – n°616, P. 5-9.

THIVEAUD D., « *Gants, la bonne mesure* », revue Hygiène en milieu hospitalier, Mars 2006 – n°56, P. 17-24.

THIVEAUD D., « *Prévenir les **accidents d'exposition au sang*** », revue Le cahier d'hygiène, Novembre-Décembre 2006 – n°81, P. 25-36.

« *Trop de séroconversions au VHC !* », revue L'infirmière magazine, Novembre 2004 – n°199, P. 8.

« *Vers les AES en baisse, utopie ou réalité* », revue Recherche en soins infirmiers, Mars 1998 – n°52, P. 12-15.

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Circulaire n°DGS/DH/98/249, du 20 avril 1998, relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors de soins dans les établissements de santé.

Circulaire DGS/DHGS/DRT/DSS, du 2 avril 2003, relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement anti-rétroviral après accident avec risque de transmission VIH.

Décret de compétences infirmiers du 29 juillet 2004.

SITES INTERNET

www.arsi.asso.fr

www.cclin.parisnord.com

www.geres.org.fr

www.invs.sante.fr

www.nosobase.chu-lyon.fr

ANNEXES

ANNEXES

Annexe 1

Annexe 1.1 : Questionnaire infirmières en service de médecine,

Annexe 1.2 : Questionnaire infirmières hygiénistes,

Annexe 1.3 : Questionnaire médecins des urgences.

Annexe 2

Les Précautions générales d'hygiène ou Précautions « Standard » à respecter lors de soins à tout patient.

Annexe 3

Conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang

Annexe 4

- Graphique représentant le personnel le plus touché par les AES
- Graphique représentant les services les plus touchés par les AES

EMERGENCE DE LA QUESTION DE DEPART

I. Introduction

Ce travail de fin d'études est l'aboutissement de longs mois de recherches et d'investigations sur un thème d'intérêt professionnel d'actualité : les accidents d'exposition au sang. Il constitue le cheminement d'une réflexion autour d'un questionnement personnel : pourquoi, malgré le développement des techniques de protections individuelles, sommes nous toujours confrontés à un nombre important d'AES ?

En effet, le choix de mon travail de fin d'étude a été motivé par l'observation d'une attitude et conduite professionnelle qui m'a amenée à me questionner.

L'ensemble du personnel soignant et en particulier les infirmières s'exposent au quotidien à des risques dans l'exercice de leur profession. L'hôpital apparaît alors comme un milieu à hauts risques. Parmi ceux-ci, l'accident d'exposition au sang est le plus souvent évoqué. Il fait redouter le spectre de la contamination pour les hépatites (VHB et VHC) et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Tout le personnel soignant est impliqué. En effet, quelle infirmière peut prétendre qu'elle ne se piquera jamais, quelque soit le matériel ou le patient soigné ? C'est pourquoi, en tant qu'étudiante en soins infirmiers et future professionnelle, je me sens vraiment concernée par ce constat. Mais l'AES n'est pas une fatalité ! L'émergence du VIH et les recherches sur le mode de transmission ont fait apparaître et naître une politique de prévention avec la mise en place de nombreux matériaux de sécurité comme les gants.

Cependant, au cours de ma formation et des différents stages que j'ai effectués, j'ai pu m'apercevoir que les moyens de protection étaient parfois oubliés ou négligés. Je me suis donc interrogée sur les raisons qui poussent les professionnels de santé à prendre de tels risques. L'intérêt de mon travail de fin d'études n'est pas de montrer du doigt la prise de risques et le non respect des précautions standard de certains professionnels, mais plutôt de comprendre et d'analyser les raisons qui engendrent un tel comportement.

C'est lors d'un stage en service de médecine au cours de ma deuxième année de formation que la situation m'a interpellée. C'était mon premier jour de stage pendant le tour infirmier du matin. Un bilan sanguin est programmé pour l'une des patientes du service. L'infirmière me propose alors de l'observer dans un premier temps pour acquérir la technique avant de me laisser effectuer le soin. Elle me demande de l'attendre dans la chambre pendant qu'elle prépare le matériel nécessaire. Elle entre, s'installe auprès de la patiente, pose la midinette sur le lit, place le garrot et commence à inspecter son bras. Ayant déterminé le site de ponction, elle passe le coton alcoolisé à l'endroit choisi et effectue le prélèvement.

Un « détail » m'interpelle alors, pourquoi l'infirmière n'a-t-elle pas mis de gants avant le prélèvement, alors qu'ils étaient présents sur son chariot de soins comme le reste du matériel ? Ils étaient à disposition mais elle ne les a pas utilisés ! Lorsque je lui fis part de

mon interrogation, elle m'expliqua qu'elle était consciente du risque possible mais qu'elle n'avait pas appris à piquer avec des gants et que « casser des habitudes » est chose très difficile. De plus, avec les gants, il lui était impossible de sentir les veines de la patiente.

Suite à cette situation, une multitude d'interrogations fut nécessaire à l'avancée de ma réflexion. Etait-elle informée des risques potentiels de contamination ? Avait-elle conscience de l'intérêt majeur du port de gants dans cette situation ? Lors de sa formation en soins infirmiers, avait elle appris à effectuer des prélèvements à l'aide de gants ?

Ces questions m'ont permis d'identifier le problème de la manière suivante :

Variable : le port de gants

Attribut : le non respect

Population cible : les infirmières

Champ d'action : les services de médecine

Cette analyse est applicable au domaine infirmier. En effet, l'étude du rapport RAISIN 2006 révèle que 45,2% des AES concernent les infirmiers, que 23,5% des AES ayant été déclarés ont été observés dans un service de médecine et que 40% des AES se sont produits en l'absence de gants ou avec un collecteur trop éloigné.

Suite à ces données, ma question de départ me paraissait alors évidente :

« Quels sont les facteurs qui amènent une infirmière de médecine au non respect du non port de gants lors de la réalisation d'actes à risque de contamination ? »

Dans le but d'analyser cette question, j'explorerai tout d'abord les mots clés de ma question de départ où apparaîtra la notion d'AES, de non port de gants et d'identité professionnelle de l'infirmière.

Suite à cela, j'étudierai ma recherche empirique afin de cerner l'opinion des soignants face à ce problème puis je confronterai mes recherches théoriques et empiriques pour pouvoir définir ma question centrale. Je clôturerai mon travail de recherches en envisageant des pistes de réflexion et des perspectives pour ma future pratique professionnelle.

PRESENTATION DU PROJET DE RECHERCHE

II. Exploration de la question de départ

A/ Recherche théorique : ce qu'en pensent les auteurs

1) Les accidents d'exposition au sang et généralité

Les AES¹ figurent parmi les accidents du travail les plus fréquents en milieu hospitalier. Ils exposent à des risques de contamination qui sont fonction du caractère de gravité de l'AES.

On appelle AES tout accident survenant par contact avec du sang ou toute autre produit biologique potentiellement contaminant lors d'une effraction cutanée (piqûre, coupure, égratignure, ...) ou une projection sur une muqueuse (yeux, bouche, ...) ou sur une peau lésée (eczéma, plaie ...)².

Les risques d'AES sont liés aux agents pathogènes présents dans le sang, notamment les Virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les Virus de l'hépatite B (VHB) et le Virus de l'hépatite C (VHC) dont l'infection est liée à la gravité des formes chroniques.

Il existe 3 types d'AES :

- Les AES par contact percutané
- Les AES par projection sur une muqueuse
- Les AES par contact cutané

Plus de 80% des AES sont des contacts cutané-muqueux.

Les hôpitaux sont le lieu de prédilection de la survenue de ces AES. Ils concernent l'ensemble du personnel hospitalier. Cependant, dans plus de 71,6% des cas, les infirmières sont les plus exposées à ce risque.

Les AES, une réalité

En 2005, pour l'ensemble des établissements de soins français, on dénombre environ 6,9 AES pour 100 lits d'hospitalisations, soit environ 34142 accidents déclarés.

¹ Accident d'Exposition au Sang

² Guide VIH et hépatites, « 100 questions que se posent les soignants », 3^{ème} édition, Novembre 2006, P.26.

Des méthodes de surveillance des accidents d'exposition au sang ont été mises en place depuis 2002 par le Réseau d'Alerte d'Investigation et de Surveillance des Infections nosocomiales (RAISIN) et par le Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition des Soignants aux agents infectieux (GERES).

Le but est de mettre en œuvre l'organisation d'un recueil épidémiologique standardisé de données de surveillances à partir d'un réseau d'établissements pour obtenir des données épidémiologiques significatives. Leurs objectifs finaux sont la réduction du nombre des accidents exposant au sang et donc du risque de contamination, en particulier pour le VHC et le VIH par une diffusion de l'information.

L'étude du rapport RAISIN 2006³ révèle que :

- 45,2% des AES concernent les infirmières
- 23,5% des AES ayant été déclarés, ont été observés dans un service de médecine
- 44,7% se produisent dans la chambre, au lit du patient.

Plus de la moitié des AES (56%), surviennent une fois le geste terminé lors de la phase d'élimination du matériel souillé (8% lié au recapuchonnage, 5% à la désadaptation manuelle d'une aiguille, 20% à l'élimination différée des aiguilles).

Il est important également de signaler que 40% des AES se sont produits en l'absence de gants ou avec un collecteur trop éloigné. Au total, 48,3% des accidents percutanés auraient pu être évités par la seule observance des précautions standard.

Ces données récentes nous révèlent que les AES demeurent un réel problème dans le milieu hospitalier. Leur fréquence semblerait être influencée par des facteurs environnementaux, des facteurs comportementaux et la sous-estimation du risque.

L'AES peut sembler anodin et banal (simple piqûre), mais c'est la gravité des pathologies (allant jusqu'au décès) générée par le contact avec le sang contaminé qui en fait toute l'importance.

Conséquences des AES

Tout accident d'exposition au sang doit faire envisager le risque de transmission du VIH, VHB et VHC.

Pour le virus de l'immunodéficience humaine, le risque de contamination, après une piqûre avec une aiguille souillée de sang, est estimé à 0,32%. A ce jour, on estime à 14 séroconversions professionnelles certaines et 32 possibles sur un total de 1782 AES concernant le VIH. Parmi ces 14, on compte 12 infirmières concernées.

En ce qui concerne le virus de l'hépatite C, le risque de contamination après un AES serait de l'ordre de 3 à 4%. On compte à ce jour 55 séroconversions professionnelles sur un total de 998 AES.

³ http://www.cclinparisnord.org/AES/2006/AES_PRES_06022008.ppt

La contamination par le virus de l'hépatite B est en constante diminution car la législation actuelle oblige le personnel de santé à se faire vacciner, permettant une protection efficace chez 90 à 95% des sujets vaccinés.

Mais alors, comment protéger le soignant contre ces agents infectieux redoutables lors de la réalisation de ces soins ?

L'une des solutions est la prévention.

La prévention

Afin d'harmoniser la lutte contre les risques biologiques, l'OMS puis l'Union européenne ont élaboré des définitions, des classifications des agents biologiques et des mesures de prévention.

En effet, « les AES ont été identifiés comme un risque mesurable et évitable pour les professionnels de la santé. »

De ce constat est née une politique de prévention du risque des AES dans les établissements de soins. Elle permet d'améliorer la qualité des soins et les conditions de travail.

Deux textes en font référence :

- le décret n°94352 du 4 mai 1994 relatif à la protection des travailleurs contre les risques résultant de leur exposition à des agents biologiques et modifiant le code du travail qui précise les obligations du chef d'établissement en matière d'évaluation et de prévention du risque biologique
- la circulaire DGS/DH n°98/249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé. Elle rappelle que la prévention passe par la vaccination, la formation des personnels, une meilleure coordination des soins, le recours à des matériels de sécurité et une surveillance des accidents permettant de sensibiliser les soignants aux risques d'expositions professionnelles et aider à définir des priorités de prévention.

Maîtriser les AES demande donc une approche multidisciplinaire (soignants, médecine du travail, hygiénistes, ...) et un programme multifactoriel.

Les AES restent un noyau dur sur lequel il est difficile d'agir ; la prévention demande le concours de chacun pour éviter l'apparition des AES. Cependant, les précautions de base ne sont parfois pas respectées telles que le port de gants.

2) Les gants non stériles à usage unique

Le port et l'usage des gants obéissent à des règles précises mal utilisées, ils apportent une fausse sécurité.

Présentation du gant

Le gant stérile à usage unique est un gant réservé aux soins nécessitant une barrière de protection.

L'un de ses objectifs est de protéger le soignant face aux risques liés au sang et aux produits biologiques. Le port de gants est recommandé pour tout geste exposant à des liquides biologiques et systématiquement en cas de peau lésée.

Lors d'une piqûre accidentelle, le gant non stérile retient 30% à 60% du volume sanguin contenu dans l'aiguille, ceci par effet mécanique d'essuyage du sang au contact du gant.

Il permet de diminuer l'inoculum sanguin (pénétration dans l'organisme d'agents pathogènes) reçu par le soignant en cas de blessure.

Le gant non stérile à usage unique est donc avant toute chose une protection pour le personnel soignant en cas de risque de contact avec du sang (ou tout autre liquide d'origine humaine).

Cependant, 2 AES ont lieu tous les 3 ans chez une infirmière par le non respect du port de gants et 48% des infirmières évoquent le non port du gant systématiquement lors de la réalisation d'actes à risques de contamination.

Les gants ne sont pas toujours utilisés pour se protéger des AES et des liquides biologiques, alors comment expliquer l'augmentation constante de l'utilisation des gants chaque année ?

Port inadapté du gant

« Les infirmières et les aides-soignantes utilisent en permanence des gants pour les toilettes. Elles disent qu'elles ne peuvent pas toucher la bave des malades, ça les dégoûte. Et après, elles peuvent ouvrir des pansements souillés avec des germes dessus à la visite du médecin sans se protéger. Je n'arrive pas à leur faire mettre des gants pendant les soins, lorsqu'elles sont au contact de liquides et de germes contaminés. Il y a des excès des 2 côtés : je comprends que les infirmières mettent des gants pour les selles surtout s'il s'agit de diarrhée, ce n'est pas agréable. Mais ça n'est pas si normal pour la toilette. Ce sont des contacts intimes que le soignant refuse alors qu'il n'y a pas de risques. »⁴

Cet extrait fort et dur met en évidence le problème actuel du port non adapté du gant dans les services de soins. Le gant n'est pas toujours porté à bon escient. Beaucoup de soignants en contact avec des liquides biologiques ne mettent pas de gants alors que d'autres en portent pour manipuler des documents hypothétiquement contaminés.

La vulgarisation du gant a entraîné une irréflexion d'utilisation de la part du soignant.

Ainsi, la prévalence du port de gants adapté est en moyenne de 60%. Elle est plus élevée pour toutes les tâches de nursing et de nettoyage, et plus faible en cas de risque de contact avec le sang lors d'actes techniques.

Même si cette prévention n'est pas absolue, pourquoi s'en priver lors de la réalisation d'actes à risques de contamination ?

⁴ VEGA A., « Une ethnologue à l'hôpital », Paris, 2000, P.158-159

Non respect du port de gant

Les gants sont utiles et sont mis à la disposition du personnel afin de les protéger des Accidents d'Exposition au Sang. Pourtant, certains ne les utilisent pas de façon systématique.

Témoins, les raisons invoquées le plus fréquemment et recueillies au cours de l'exercice professionnel selon LE CLIN Paris Nord :

- « Je n'ai pas l'habitude, j'ai toujours travaillé comme ça ! »
- « Je n'ai pas le temps, je suis souvent pressé »
- « La sensibilité est différente, je ne sens pas aussi bien la veine »
- « Je manque d'habileté »
- « Nous n'avons pas toujours assez de gants (ruptures de stocks) »
- « Il n'y a pas ma taille »
- « Je suis allergique au latex »

Le port de gants peut aussi avoir valeur de manœuvre contra phobique, comme cela peut se voir pour certains patients où la relation verbale est habituellement substituée au langage du corps. « Le malade peut souffrir du contact des gants et moi ça me prive »⁵.

La prévention est difficile : elle implique une volonté, un engagement d'attitudes et de comportements. Elle demande d'acquiescer de la confiance ; elle exige des qualités et des compétences à ceux qui la mettent en œuvre, en particulier les infirmières.

3) Les infirmières

Selon le code de la santé publique française L4311-1 :

« Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier, toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions notamment en matière de prévention, d'éducation, de la santé et de formation d'encadrement ».

Chaque infirmière est unique, en effet elles ont toutes une identité professionnelle propre.

Identité professionnelle de l'infirmière

La construction de cette identité débute lors de la formation initiale. Selon BOURGEOIS⁶, « *tout individu qui arrive en formation dispose de représentations, conceptions et connaissances préalables qui auront une influence importante sur les acquisitions ultérieures* ». Les étudiants d'une même formation vont donc évoluer individuellement de façon différente. On retrouve, lors du processus de construction de la personnalité professionnelle, l'installation d'une dualité entre le modèle idéal et le modèle pratique. En effet, dès le début de la formation, les cours théoriques se succèdent pour montrer à l'étudiant ce qu'est un(e) infirmier(e) et quelle en est sa pratique. Ces

⁵ GIAMI A., VEIL C., *Des infirmières face au sida*, Paris, 1994, P.134

⁶ BOURGEOIS E., « *Identité et apprentissage ; éducation permanente* », n°128, 3^{ème} trimestre

enseignements vont être amenés à être confrontés à la réalité du terrain. Cette dualité devrait amener l'individu à questionner sa pratique et à devenir auteur de son identité professionnelle.

Cette construction se poursuit dans l'exercice professionnel. En effet, l'identité est dynamique, elle n'est pas donnée une fois pour toute, elle se construit et peut se déconstruire au cours de la vie professionnelle. Elle résulte de diverses situations, d'acquisitions de nouvelles connaissances ou bien encore de prise de conscience. De plus, la vie professionnelle permet d'accumuler de l'expérience qui peut contribuer à renforcer son identité ou à « routiniser » son travail.

En somme, l'identité professionnelle de l'infirmier(e) est propre à chacun, elle est fonction de la formation initiale de l'individu, de son expérience professionnelle et de son identité personnelle avec ses motivations, ses conceptions de la profession, son comportement et ses représentations.

Cette identité détermine la façon de soigner de toute infirmière, elle est en lien directe avec sa pratique de soins. Mais cette pratique est-elle immuable ? Peut-elle être modifiée une fois établie ?

La pratique est propre à chaque infirmière comme nous l'avons vu précédemment. Celle-ci est fonction de son identité professionnelle mais également de son identité personnelle. Cependant, le domaine médical et la profession infirmière sont en perpétuelle évolution. Rien n'est jamais figé. Ce changement oblige les professionnels à réactualiser leurs pratiques de soins de façon constante. Mais ce renouveau peut insécuriser et engendrer un phénomène de défense que l'on appelle résistance aux changements.

Selon Maurice THEVENET⁷ : « [...] il n'y a pas de résistance aux changements mais seulement des acteurs qui ne perçoivent pas l'intérêt qu'ils auraient à changer [...] ».

Selon Françoise GORRET⁸ : « Il n'y a de changements que si il y a changement des hommes. Tant que l'on ne modifie pas les personnalités, les comportements des personnes, on ne peut pas changer l'organisation ».

Selon Pierre WINICHI⁹ : « Dans l'entreprise comme en médecine, vaincre la résistance aux changements ne relève pas d'une stratégie de gestion de crise mais d'une demande d'accompagnement sur la durée. Les croyances individuelles représentent l'une des principales sources de cette résistance. Il est essentiel de parvenir à les identifier à tous les niveaux. Ensuite seulement, les dirigeants pourront définir une stratégie et mettre en œuvre les moyens et outils nécessaires pour espérer un changement de comportement. »

L'ensemble de ces écrits met en évidence la difficulté du changement en rapport direct avec un obstacle majeur : l'individu. Son comportement, ses valeurs propres, sa personnalité jouent un rôle important dans cette résistance qui paraît laborieuse. Mais pourquoi l'infirmière présente-t-elle une résistance aux changements ?

Un changement personnel, c'est-à-dire un changement intérieur, est souvent lent, long et pénible. Se remettre en question, risquer sa propre façon d'être, cela effraie, et même si la transformation s'avère avantageuse, le processus lui-même ne va pas toujours sans difficultés. Abandonner une certaine façon d'être infirmière pour en adopter une autre plus précise peut sembler dangereux, d'autant plus qu'il n'existe aucune garantie de

⁷ THEVENET M., « La culture de l'entreprise », Edition Que sais-je ?, n°2756, P. 110, 2003

⁸ GORRET F., « Les soignants et le changement », Recherches en soins infirmiers, P. 16

⁹ WINICHI P., Président au directoire des éditions média vita

réussite. L'élément de risque n'attire pas tous les êtres et il est relativement facile de se convaincre que le refus du changement élimine tous les risques.

En effet, quand une infirmière a appris à l'école à travailler uniquement ou essentiellement à mains nues, et qu'elle a continué à pratiquer ainsi pendant des années, si elle est sommée d'accomplir d'un jour à l'autre les mêmes gestes avec des gants, elle n'est pas seulement gênée, elle est en outre renvoyée à un désaveu implicite de sa compétence et de celle de ses maîtres. C'est une raison de plus pour prendre en compte les non dits des difficultés professionnelles.

La précarité des situations engendre un désir et une volonté très marquée de maintenir ce qui a été atteint et aussi de résister à tout ce qui pourrait être perçu ou identifié comme menaçant ou déstabilisant.

Il y a donc une peur de se séparer de ce que l'on possède sur divers plans.

De plus, selon le Dr LERY¹⁰, « la plupart du temps, les jeunes qui pourtant savent, préfèrent se taire et imiter les pratiques de l'équipe, donc adopter une mauvaise organisation de travail pour mieux s'intégrer et tant pis s'ils désapprennent les gestes de prévention »

Ici, cette situation met en évidence une autre forme de résistance en lien direct avec le phénomène d'intégration.

En somme, le changement peut être vécu comme insatisfaisant car il est générateur d'anxiété dans la mesure où il est synonyme d'inconnu, d'incertitude pour les individus. La résistance développée face à ce changement influencera la pratique de soins.

La pratique est également déterminée par le comportement individuel.

Les comportements

Selon Walter HESBEEN¹¹ : « Si l'attitude peut-être définie comme une disposition de l'esprit orientant l'intention d'une personne, le comportement est l'expression complète d'une action ou d'une réaction dans une situation donnée.

Le comportement de nombreux soignants ne reflète pas leur attitude car ils sont influencés par tel ou tel environnement ou vivent des moments de pressions internes, intenses qui les font réagir autrement que ce à quoi les pousseraient leur attitude. »

Deux sortes de facteurs déterminent le comportement : personnels et environnementaux.

Les facteurs personnels correspondent à tout ce qui est interne à l'individu et conduisent à l'intention de faire un comportement. Ces facteurs peuvent être : physiques, comme l'habileté psychomotrice, ou psychologiques tels que les motivations, les connaissances acquises et transmises, les attitudes, la capacité de choisir et d'analyser.

Les facteurs environnementaux correspondent à tout ce qui est externe à l'individu et permettent d'exprimer un comportement lorsqu'on a décidé de le faire. Ces facteurs peuvent être : les relations interprofessionnelles entre collègues, les ressources accessibles et les situations inattendues.

Le comportement des infirmiers face aux soins et leur relation vis-à-vis du malade sont fonction de leur représentation.

¹⁰ Dr LERY, Impact Médecin, 12 Avril 1996

¹¹ HESBEEN W., « La qualité du soin infirmier », 2^{ème} édition, Paris, 2002, P.69

Les représentations

D'après le petit Larousse, le terme de représentation signifie : ce par quoi un objet se présente à l'esprit.

La pratique de l'infirmière peut dépendre de la représentation qu'elle se fait du patient qu'elle prend en charge. Ainsi sa conduite et son comportement seront déterminés par la perception qu'elle se fait de l'individu présent devant elle. C'est un processus de stigmatisation.

La stigmatisation fonctionne dès le premier regard, en prenant appui sur quelques signes réels ou imaginaires décryptés sur le corps ou l'apparence de l'autre. Le jugement est formulé avant toute observation clinique et diagnostic.

L'infirmière a donc sa propre conception du patient qu'elle considère comme à risque.

Représentations du patient à risque

« Moi, je considère une personne à risque comme une personne jeune [...] avec des possibilités de relations sexuelles multiples. En sachant qu'il y a effectivement des personnes encore plus à risque qui peuvent être des gens qui sont drogués, parce que j'ai lu une enquête comme quoi il y aurait 50% des drogués qui seraient séropositifs...¹² ».

« Les enfants, les personnes âgées, on a beaucoup de mal. Il y a des tranches d'âge pour lesquelles on est plus sensible et pourtant on sent très bien que les personnes âgées peuvent être contaminées par les transfusions par exemple. C'est vrai que ces catégories de personnes nous paraissent moins à risque¹³. »

Ce double exemple illustre le fait que suivant le patient qui se trouve devant elle, l'attitude de l'infirmière changera et elle portera ou pas des gants. Pourtant, il n'existe pas de critères permettant d'identifier au premier abord les personnes à risque des autres individus. C'est pourquoi il est erroné de dire « patient à risque » car tout individu est potentiellement à risque. Nous pouvons donc dire que toutes les infirmières doivent appliquer les recommandations standard dans les mêmes conditions pour l'ensemble des patients.

En définitive, les auteurs révèlent que les AES en lien avec le non port de gants seraient dus à la pratique professionnelle propre à chaque infirmière. Selon eux, une multitude de facteurs influencerait cette pratique. Penchons-nous désormais sur ce qu'en pensent les soignants.

B/ Recherche empirique : ce qu'en pensent les soignants

1) Objectif de l'outil et choix des populations

Pour ma recherche empirique, j'ai utilisé l'entretien. Je l'ai présenté sous forme de questions semi directives ou libres. J'ai construit un guide par catégorie de personnes. J'ai effectué ces entretiens auprès des personnes suivantes :

- *des infirmières de médecine* en tant que population cible (un total de 6 interrogées dans différents services de soins généraux)
- *des infirmières hygiénistes* en tant que personnes ressources (au nombre de 2)

¹² GIAMI A., VEIL C., *Des infirmières face au sida*, Paris, 1994, P.74

¹³ GIAMI A., VEIL C., *Des infirmières face au sida*, Paris, 1994, P.75

- des médecins des services d'urgence en tant que témoins privilégiés (au nombre de 2)

Mon choix s'est tout d'abord tourné vers un médecin du travail mais faute de disponibilité, j'ai décidé d'interroger des médecins des urgences. En effet, ce sont eux qui prennent en charge le personnel victime d'AES.

Avant la réalisation des entretiens, il m'a fallu l'accord préalable des cadres de santé des différents services de médecine. Avant chaque entretien je signalais ma présence aux cadres de service. J'ai dû parfois attendre plusieurs heures avant de rencontrer les personnes concernées ou simplement reporter les rendez-vous.

Les entretiens ont été enregistrés sur cassette audio avec l'accord des professionnels. L'une des infirmières hygiénistes n'a pas accepté que l'entretien soit enregistré. Chaque rencontre a duré de 15 à 45 minutes.

La retranscription a nécessité beaucoup de temps. Aucun apport personnel, jugement de valeurs et modifications n'apparaissent dans ces entretiens mon but étant de rester objective en reconstituant le plus fidèlement possible leurs témoignages.

2) Synthèse des entretiens

Afin d'exploiter de manière optimale chaque rencontre et d'en dégager les idées essentielles, j'ai choisi d'effectuer une synthèse pour chaque population.

- les infirmières de médecine

Le personnel infirmier semble informé sur l'AES. En effet, l'ensemble des 6 infirmières interrogées me donnent une définition précise. Toutes me citent les mots *piqûre, coupure, projection, contact avec le sang, liquide biologique*. 4 d'entre elles m'évoquent le risque de contamination par le virus de l'hépatite (VHB, VHC) et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Sur les 6, une me mentionne le non port de gants comme cause directe de l'AES.

En ce qui concerne leurs connaissances sur les moyens de protection contre les AES, la conduite à tenir est globalement connue par toutes. Effectivement, l'ensemble des infirmières m'évoque le gant comme premier outil de prévention. 3 déclarent que le masque et les lunettes en font partie. Cependant, seulement une d'entre elles aborde les moyens de protection tels que la midinette et les aiguilles rétractables.

L'ensemble des entretiens dévoile que l'intérêt du port de gants n'est pas toujours compris. En effet, une seule infirmière évoque l'effet barrière et le phénomène mécanique d'essuyage du gant.

Il apparaît clairement dans les entretiens effectués que le personnel ne porte pas de gants pour tous les soins mais seulement pour ceux qu'elles jugent à risque. L'ensemble des infirmières interrogées évoque l'utilité du port de gants lors de bilans sanguins, pose de cathéter périphérique ou encore pour la manipulation d'urine. Pour 3 d'entre elles, le port de gants est nécessaire à la réalisation de la toilette sur tout patient. Cependant, toutes mentionnent le non port de gants lors d'une glycémie capillaire.

Pour la moitié des infirmières interrogées le port de gants n'est pas automatique. En effet, 3 sur les 6 avouent ne pas toujours en porter lors de soins nécessitant une protection. Cependant, 2 soignants affirment les avoir de façon systématique. Les raisons les plus souvent invoquées face au non respect de cette précaution sont alors le manque de sensibilité, l'oubli, le manque d'habileté, le manque de temps lié à la surcharge de travail et

au manque de personnel. Pour 5 infirmières interviewées, certaines situations favoriseraient cette absence. Effectivement, elles s'accordent toutes à dire que l'urgence est un moment particulier où le stress, la précipitation et la désorganisation influenceraient l'oubli.

3 professionnelles mettent en cause leur formation en soins infirmiers. Elles déclarent qu'au cours de leurs études, elles n'avaient pas appris à effectuer des prélèvements ou injections à l'aide de gants. L'absence de protection dans cette situation serait due à une difficulté d'adaptation aux **changements** des techniques de soins.

L'**habitude** de service est évoquée à 4 reprises. Une infirmière déclare que « casser des habitudes » est une action à long terme qui est efficace seulement si elle touche l'ensemble du personnel d'un même service.

Le **changement** et la **prise de conscience** de l'importance du port de gants, semblent intervenir lorsqu'un soignant est confronté à un AES. En effet, 5 des infirmières affirment avoir été victimes d'un accident d'exposition au sang, à la suite du non port de gants. 3 parmi celles-ci expliquent qu'après cet incident elles ont pu bénéficier d'une sensibilisation personnelle par la médecine du travail ayant induit une modification de leur **comportement** et **attitude** face au port de gants.

Concernant la notion de « patients à risques », 2 infirmières déclarent que l'ensemble des patients est à risque dans la mesure où leur sérologie n'est pas connue. Cependant, les 4 autres estiment que ces patients sont des personnes porteuses de VHB, VHC et VIH. 3 infirmières citent les personnes toxicomanes, homosexuelles et tatouées. Une soignante qualifie également les personnes à hygiène douteuse comme à risque. La prise en charge de ces patients représente une source d'anxiété pour 4 de ces professionnelles. Elles évoquent un port de gants systématique et une vigilance soutenue lors de la réalisation d'actes à risque de contamination pour ces patients. A contrario, les personnes âgées, les femmes ainsi que les enfants ne sont pas considérés comme source de danger et le personnel avoue être moins vigilant lors de leur prise en charge.

- les infirmières hygiénistes

En ce qui concerne le non respect du port de gants, il serait lié à une négligence et une méconnaissance du bénéfice de celui-ci. Pour expliquer les circonstances liées au non port de gants, elles reprennent l'ensemble des données émises par les infirmières : l'absence de sensibilité, l'oubli, la désorganisation, le manque de temps lié aux situations d'urgence et au manque de personnel. La résistance aux changements de pratique est longuement abordée par une hygiéniste pour justifier l'une des raisons du non port de gants. En effet, les habitudes de service et l'absence de sensibilisation lors de la formation des plus anciennes restent un obstacle aux changements.

Les Hygiénistes s'accordent à dire qu'il est important de **former** et aussi **d'informer** le personnel afin de lui faire prendre conscience de l'importance du port de gants pour amener à un changement de comportement de façon individuelle et collective.

L'une d'entre elles évoque la façon d'aborder cette information. En effet, il apparaît que la distribution de l'information, bien qu'elle soit claire et pertinente par voie d'affichage, sous forme imprimée ou lors de conférences, peut être perçue de façon rébarbative par le personnel soignant. Il est selon elle, plus efficace de trouver le moyen d'entendre les questions telles qu'elles se les posent au jour le jour dans la pratique et d'y répondre au fur à et mesure. Elle ajoute que de toute façon toute proposition de formation suscite des oppositions, c'est ce qu'elle qualifie de « **résistance aux changements** ». Pour cette

professionnelle, il importe de créer une ambiance suffisamment sécurisante pour que les défenses contre l'angoisse et la peur du changement puissent être abandonnées.

D'après les 2 hygiénistes, la représentation du patient pour l'infirmière motive sa conduite face au port de gants. Ainsi, 2 comportements s'observent : une surprotection injustifiée auprès de patients jugés à risque (homosexuels, toxicomanes) et une baisse de la vigilance auprès de certaines populations telles que les enfants ou les personnes âgées.

- les médecins des urgences

Les médecins s'accordent à dire que le personnel infirmier est le plus touché par ce problème. En effet, ce sont les personnels les plus exposés à ce risque en vue de la réalisation de soins tels que la pose de cathéter périphérique ou encore la réalisation de bilans sanguins. Le nombre d'AES serait toujours élevé selon eux même si le constat était faussé ; effectivement ils évoquent la sous déclaration des professionnels de santé par la minimisation du risque de contamination par le personnel.

Ils m'expliquent que lors de la déclaration des accidents d'exposition au sang, il est fréquent de constater un non port de gants.

Les raisons qui leur sont le plus souvent invoquées (lors de la prise en charge de l'AES aux urgences) pour justifier cette absence sont : le manque de sensibilité tactile, l'allergie au latex, le manque de temps et les situations de soins d'urgence.

Il semble également que le manque d'habitudes à l'emploi du matériel de sécurité soit un obstacle. Ainsi, l'un d'eux m'explique que chaque année de nouveaux matériaux de sécurité sont testés et qu'il est difficile pour certaines infirmières « de se mettre à jour ». C'est le cas des infirmières les plus anciennes face au port de gants. « Il est beaucoup plus laborieux pour elles, même si la volonté est là, de changer leurs pratiques de soins initiales ».

Tous deux mettent l'accent sur l'importance de l'information. Pour eux, cette action est primordiale à la prise de conscience du risque et de l'intérêt majeur que joue le port de gants dans la pratique. L'information passe essentiellement par la formation, vecteur principal d'un changement individuel et collectif. L'importance du support de cette information est également soulevée par les médecins.

Ils confirment également que la conduite face au port de gants de certains soignants peut être en relation directe avec le patient pris en charge. Ils évoquent alors la banalisation de celui-ci pour certaines catégories sociales ou bien encore de certaines populations telles que les enfants ou personnes âgées. La surprotection quant à elle est envisagée pour des patients VIH connus, toxicomanes ou encore homosexuels. Tous deux s'accordent à dire que la représentation symbolique du patient influence de façon inconsciente le non port de gants alors que l'ensemble des patients doit être considéré comme étant à risque et qu'il est dangereux pour tout professionnel de santé de « baisser leur garde dans certaines prises en charge ».

3) Confrontation entre la théorie et l'empirique

L'ensemble des données recueillies dans mes différentes lectures a fait émerger plusieurs notions pertinentes et très intéressantes en vue de mon problème de recherche. En effet, je me suis aperçue que l'obstacle majeur au port de gants était la volonté de l'individu. Ainsi, sont ressorties de ce constat des nouvelles notions telles que **l'identité professionnelle de l'infirmière, les comportements** (notion charnière de la pratique professionnelle), **résistance aux changements** et **les représentations symboliques du patient**. Tant de données qui permettent d'enrichir ma réflexion et mon cheminement personnel. Ainsi, mon étude théorique s'accorde avec mon analyse empirique pour confirmer le problème de recherche. En effet, on retrouve souvent un non respect du port de gants en lien avec l'AES.

Porter des gants est propre à chaque individu. Cela met en jeu la pratique professionnelle et la représentation du risque de chacun. Après mes lectures et entretiens, l'émergence et l'importance de **l'identité professionnelle** apparaissent alors centrales en vue de ma question de recherche. Effectivement, je me suis rendue compte que ma question de départ interrogeait la **pratique individuelle** de chaque professionnel.

Il ressort de ces deux études que les raisons du non port de gants lors de certains soins sont multiples.

La plus évoquée par le soignant reste cette notion **d'habitude** qui est également retrouvée dans mes lectures. Deux sortes sont à identifier : celle acquise aux cours de l'expérience professionnelle, une fois arrivé sur le lieu de travail appelée « les habitudes de service » (telles que l'absence de port de gants pour les glycémies capillaires évoquée par les soignants), et celle issue de la formation initiale dont sont tributaires les professionnelles les plus anciennes. Ils évoquent la difficulté à « **casser ces habitudes** » acquises.

La remise en cause de leur pratique professionnelle et le travail sur soi sont perçus comme une prise de risque par de nombreux soignants.

Les lectures effectuées mettent en évidence que les infirmières sont, pour la plupart, **résistantes au changement**. Celui-ci apparaît comme un processus long, pénible et laborieux. Il oblige à abandonner une certaine façon **d'être infirmière** pour en adopter une autre. Les ouvrages exploités mettent également en évidence la **résistance collective**. Celle-ci s'observe par le fait que la plupart des membres d'une équipe ressentent des besoins communs, des craintes similaires et tendent à professer des opinions analogues dans la mesure même où ils sont stimulés par une difficulté. Ici, le poids d'un groupe, d'une collectivité est un obstacle majeur au changement. Il est en rapport direct avec le phénomène psychologique de l'intégration, où le professionnel nouveau présente une crainte d'être rejeté et adopte donc les pratiques communes aboutissant à l'emploi des **habitudes de service**.

Cependant, cette résistance collective n'a pas été abordée dans l'ensemble de mes entretiens.

Le changement dans certaines pratiques à risque telles que le non port de gants a été abordé tant par les soignants, en particulier les hygiénistes, que par les auteurs. Il en ressort que la première étape de ce processus de changement consiste sans aucun doute à faire

ressentir le besoin « d'évoluer », on parlera alors de sensibilisation. Cependant, aussi longtemps que les infirmières seront satisfaites de la situation actuelle, elles ne seront pas disposées à changer leurs habitudes. Une des étapes préalables au changement consiste à les rendre conscientes de la prise de risque qu'engendre l'absence de gants dans certaines situations. Selon les soignants, cette sensibilisation doit passer par une **information** et une **formation** où le support doit être de qualité. La **communication** apparaît ici, en vue de la recherche théorico pratique, comme un élément primordial aux changements de pratiques professionnelles que je n'avais jusqu'alors pas envisagé. Ce changement doit d'abord être individuel avant de pouvoir être envisagé de façon collective.

Une autre raison de l'absence du port de gants lors d'actes à risque d'AES, semble être, en vue de la recherche théorico empirique, la **représentation symbolique du patient**. Effectivement, mes deux études mettent en évidence que les conduites et la pratique du professionnel sont en relation directe avec le patient qu'il soigne. En effet, la prise en charge de certaines catégories de personnes entraînerait une minimisation du risque et donc une banalisation du port de gants, alors qu'à contrario, on observe un excès de précautions injustifiées dans le cas de certains patients jugés à risque par le soignant. Toutefois, les auteurs ainsi que les hygiénistes et les médecins se rejoignent à dire que tous les patients quels qu'ils soient, sont considérés comme patients à risque. Le respect des précautions standard, en particulier le port de gants, doit être applicable et constant pour toute prise en charge.

Les auteurs ont également souligné que les gants pouvaient être perçus par les soignants comme une barrière dans les relations avec le patient. Les gants font alors l'effet d'un « écran relationnel » entre le soignant et le soigné. Or, cette notion n'a pas été abordée au cours de mes différents entretiens.

Je peux affirmer, qu'en majorité, les notions émergentes de ma théorie se retrouvent dans l'exploitation de mes entretiens. Cependant, quelques notions supplémentaires que je n'avais pas abordées m'ont paru intéressantes à soulever en vue des différents entretiens. Ainsi, l'ensemble du personnel soignant a évoqué la situation de soins d'urgence comme source majeure dans le non port de gants. En effet, ces situations engendreraient un stress qui provoquerait une désorganisation et une modification involontaire de la pratique.

En somme, ma recherche théorique et ma recherche pratique se rejoignent lors de la confrontation. Les concepts envisagés dans la littérature se sont alors précisés et ont acquis une dimension particulièrement intéressante à ce stade de mon cheminement, grâce aux investigations sur le terrain.

C/ Formulation de la question centrale de recherche

Les recherches à la fois théoriques et empiriques m'ont apportées de nombreuses réponses quant à mon problème de recherche. Plusieurs concepts forts ont émergé, ceux-ci m'ont permis de réinterroger ma question de départ.

En raison de l'émergence de nouvelles notions, le problème de recherche ne se définit plus dans les mêmes composantes :

Variable : la résistance aux changements de comportement dans la pratique des soins infirmiers

Attribut : non respect du port de gants

Champ d'actions : services de médecine

Population cible : les infirmières

Question centrale

En quoi la résistance aux changements de comportement dans la pratique des soins infirmiers amène une infirmière de médecine au non port de gants lors de la réalisation d'un acte à risque de contamination ?

Une fois la question centrale de recherche posée, il convient de l'énoncer sous forme de problématique.

III) Elaboration de la problématique

L'élaboration de la problématique à partir d'un ensemble de sous questions va me permettre à la fois de choisir les axes de recherche et l'approche théorique nécessaire pour étudier le problème de recherche.

Pour la question centrale : en quoi la résistance aux changements de comportement dans la pratique des soins amène une infirmière de médecine au non port de gants lors de la réalisation d'un acte à risque de contamination ?

Je me suis posée les questions suivantes :

- Quelle est la place de l'identité professionnelle de l'infirmière dans la résistance aux changements face au non port de gants ?
- Comment le changement de comportement doit-il être abordé pour être accepté de façon individuelle ou collective ?
- Comment définir le moment adéquat pour envisager un changement de comportement dans les pratiques professionnelles ?
- En quoi un travail sur le comportement peut-il induire un changement au niveau de la pratique des soins infirmiers ?
- En quoi l'ancienneté d'une infirmière joue-t-elle un rôle dans la résistance aux changements ?
- Quel rôle la communication peut-elle jouer dans une relation de changement ?

Suite à ce questionnement, j'é mets l'hypothèse que la résistance aux changements est perçue comme sécurisante par l'infirmière. Un changement impose une remise en question de sa pratique, de sa façon d'être infirmière et peut-être perçue comme une prise de risque par celle-ci.

PERSPECTIVES PROFESSIONNELLES

Je suis arrivée à l'aboutissement de mon travail personnel de recherches, fin d'une longue aventure qui concorde avec la fin de l'enseignement théorique de ma formation. Le moment est donc venu pour moi d'analyser le parcours accompli en deux ans de recherches. Ce travail m'a permis de faire un réel travail sur moi-même et de m'envisager infirmière. Il m'a fait grandir dans la profession et m'a réellement permis de me poser des questions sur ma pratique professionnelle. En effet, il est facile en tant qu'observatrice de déceler les « erreurs de pratique » de mes futurs collègues. Mais qu'en est-il de mes propres pratiques ? Face à certaines situations, aurai-je les bons réflexes ? M'arrivera-t-il un jour de ne pas porter de gants ? Autant de questions qui doivent être envisagées à ce stade de la formation.

Il me faut également me projeter vers demain. Oui, lorsque je serai en service, l'un de mes devoirs contribuera à la formation et à l'encadrement des futurs étudiants qui viendront gonfler les effectifs des IFSI. Quelle image ma pratique va-t-elle renvoyer à ces étudiants ? Si elle doit contribuer à leur formation technique, elle doit être sans faille. Si je ne porte pas de gants lors d'actes à risque de contamination, quel exemple vais-je bien pouvoir transmettre ? Je serai alors en partie responsable d'une cascade de conséquences incontrôlables.

L'ensemble des recherches m'a fait prendre conscience de l'importance de l'évolution et du changement dans la pratique professionnelle. Ainsi, un changement peut voir le jour grâce à un leader chip infirmier novateur et dynamique susceptible de provoquer des changements profonds concernant les attitudes et les valeurs fondamentales des infirmiers qui requièrent connaissances et expertises, pensées critiques et facultés relationnelles particulières. Mon souhait est donc celui-là. Pouvoir être une infirmière capable de provoquer des changements au sein d'une équipe. Est-ce ambitieux ? Cela peut-être une solution. Arriver à insuffler le désir de changement pour qu'ensemble nous puissions arriver à « casser » ces habitudes !

Voilà pourquoi le titre que j'ai choisi : Ensemble, « cassons » les habitudes m'a paru le plus approprié pour nommer mon travail de fin d'études. En effet, l'ensemble de mon cheminement m'a révélé la notion d'habitudes. Notion tellement ancrée dans la pratique qu'elle devient une caractéristique de l'identité professionnelle du soignant. Dans ce titre, il est vrai que le mot « cassons » peut paraître fort, agressif ou encore sévère. Mais mon choix a été motivé par l'importance et la force nécessaire que requiert l'avancée du changement. Le mot « ensemble » me permet ici d'adoucir l'expression, il révèle que cette notion d'évolution ne peut-être envisageable de façon optimale que si elle est abordée de façon collective. Ne dit-on pas que « l'union fait la force » ? Ici, cette force nous permettra de lutter contre la résistance aux changements.

C'est également ce que j'ai voulu retranscrire dans mon illustration. J'ai voulu la créer moi-même pour montrer mon implication totale dans ce travail de recherche. Nous pouvons observer un mur, symbole de la résistance aux changements et de ces habitudes, qui s'effondre, se casse pour laisser apparaître les gants, synonyme de protection et avancer vers une certaine rationalité. Apparaît également, une main nue tendue de l'infirmière, désireuse de « casser ses habitudes », désireuse d'aller de l'avant. Le

mouvement de cette main représente la motivation et la volonté, élément indispensable à tout changement.

Ce travail m'a également permis de prendre conscience de l'importance des formations continues dans la pratique. C'est pour moi une action primordiale en vue du changement. C'est pourquoi l'actualisation des connaissances fera partie intégrante de ma pratique professionnelle parce qu'elle est garante d'une pratique de qualité qui doit être en relation directe avec l'évolution des différents domaines relatifs à la médecine. Se remettre au goût du jour, c'est prendre conscience de l'importance de l'évolution des pratiques.

La rigueur m'est apparue alors comme indispensable dans ma pratique future. La protection et les mesures d'hygiène présentes dans les précautions standards, m'apparaissent être, dès lors une évidence. C'est justement pourquoi j'envisage de mettre un point d'honneur au respect de ces précautions dans l'exercice quotidien de ma profession et de faire du gant un outil indispensable à ma pratique. Ce sont tant de choses qui me permettent également d'acquérir une certaine crédibilité aux yeux de mes futurs patients. Effectivement, cette notion de rigueur apparaît prépondérante à une prise en charge optimale.

Ce travail, perçu à l'initial comme une difficulté, m'apparaît alors comme primordial à la construction identitaire de la profession. J'en comprends à présent tout l'intérêt. Il nous permet une réelle réflexion sur notre future profession. Ce travail est le reflet de ma personnalité, de mon ambition et de l'admiration que j'ai pour cette profession. Mon désir actuel est de rendre à la profession ce qu'elle m'a apportée tout au long de ma formation. Mon souhait alors, en fin de formation et en début de professionnalisation, m'apparaît donc évident : Etre une professionnelle de qualité en adéquation avec l'évolution perpétuelle de la profession.

Enfin, portons le regard sur les grands changements survenus récemment dans la profession. Oui, je pense à la planification murale, aux dossiers de soins informatisés ou encore aux transmissions ciblées. Il est intéressant alors, de se demander comment sont-ils perçus par les équipes ? Quels sont les moyens nécessaires à l'intégration de ces nouvelles techniques ? Rencontrons-nous des difficultés dans l'utilisation de ces nouveaux outils ?

Autant de questions pouvant aboutir à une nouvelle réflexion !

QUESTIONNAIRE RELATIF AU TRAVAIL DE FIN
D'ETUDES : l'infirmière de médecine

- 1) *A quelle tranche d'âge appartenez-vous ?*
- 2) *Depuis quand êtes-vous diplômé ?*
- 3) *Depuis quand travaillez-vous dans ce service ?*
- 4) *Qu'est ce qu'un Accident d'Exposition au Sang selon vous ? Quels sont les différents types ?*
- 5) *Avez-vous déjà été victime d'un Accident d'Exposition au Sang ? Si oui, dans quelles circonstances ?*
- 6) *Quels sont pour vous les moyens de protection contre les risques de contamination sanguine lors des soins ?*
- 7) *D'après vous, quel est le bénéfice du port de gants lors d'un acte invasif ?*
- 8) *Selon vous, quels types de soins nécessitent l'utilisation de gants ?*
- 9) *Vous arrive-t-il d'omettre de porter des gants lors de soins à risque de contamination sanguine ? Si oui, dans quelles circonstances ?*
- 10) *Que signifie pour vous « patients à risque » ?*
- 11) *Quels sont d'après vous les facteurs qui potentialisent la conduite à risque ?*

QUESTIONNAIRE RELATIF AU TRAVAIL DE FIN **D'ETUDES : l'infirmière hygiéniste**

- 1) *Quelle est votre action au sein de l'établissement en ce qui concerne les AES ?*
- 2) *Rencontrez-vous des difficultés dans l'application des précautions standard pour le personnel infirmier ? Si oui lesquels ?*
- 3) *Quelles sont selon vous les raisons du non port de gants pour le personnel infirmier ? Quelles sont les raisons le plus souvent évoquées ?*
- 4) *Pensez-vous que la prise en charge de certains patients influencerait le non port de gants chez le personnel infirmier ?*
- 5) *Certaines situations influenceraient le non respect des précautions standards et notamment le port de gants, qu'en pensez-vous ?*
- 6) *Quels sont vos actions au sein de l'établissement pour favoriser le respect des précautions standard et notamment le port de gants ?*

QUESTIONNAIRE RELATIF AU TRAVAIL DE FIN
D'ETUDES : le médecin des urgences

- 1) *Quel est le nombre d'AES recensé pour l'année 2007 ?*
- 2) *Quel est le personnel le plus concerné ?*
- 3) *Quelles sont les raisons et les circonstances évoquées par les soignants pour expliquer l'AES ?*
- 4) *Les AES survenant par le non respect du port de gants sont-ils nombreux ? Quelles en sont les raisons ?*
- 5) *Certaines situations influenceraient-elles le non port de gants ? Qu'en pensez-vous ?*
- 6) *Pensez-vous que la prise en charge de certains patients engendrerait une banalisation du port de gants ? Si oui, pourquoi ?*

Annexe 2

Les Précautions générales d'hygiène ou Précautions « Standard » à respecter lors de soins à tout patient¹

Recommandations	
Si contact avec du sang ou liquide biologique^(*)	- Après piqûre, blessure : lavage et antiseptie au niveau de la plaie. - Après projection sur muqueuse (conjonctive) : rinçage abondant
Lavage et/ou désinfection des mains	- Après le retrait des gants, entre deux patients, deux activités.
Port de gants <u>Les gants doivent être changés entre deux patients, deux activités.</u>	- Si risque de contact avec du sang, ou tout autre produit d'origine humaine, les muqueuses ou la peau lésée du patient, notamment à l'occasion de soins à risque de piqûre (hémoculture, pose et dépose de voie veineuse, chambres implantables, prélèvements sanguins...) et lors de la manipulation de tubes de prélèvements biologiques, linge et matériel souillés... OU - lors des soins, lorsque les mains du soignant comportent des lésions.
Port de surblouses, lunettes, masques	- Si les soins ou manipulations exposent à un risque de projection ou d'aérosolisation de sang, ou tout autre produit d'origine humaine (aspiration, endoscopie, actes opératoires, autopsie, manipulation de matériel et linge souillés ...).
Matériel souillé	- Matériel piquant tranchant à usage unique : ne pas recapuchonner les aiguilles, ne pas les désadapter à la main, déposer immédiatement après usage sans manipulation ce matériel dans un conteneur adapté, situé au plus près du soin et dont le niveau maximal de remplissage est vérifié. - Matériel réutilisable : manipuler avec précautions ce matériel souillé par du sang ou tout autre produit d'origine humaine. - Vérifier que le matériel a subi une procédure d'entretien (stérilisation ou désinfection) appropriée avant d'être réutilisé.
Surfaces souillées	- Nettoyer puis désinfecter avec de l'eau de Javel à 12° chl fraîchement diluée au 1/10 (ou tout autre désinfectant approprié) les surfaces souillées par des projections ou aérosolisation de sang, ou tout autre produit d'origine humaine.
Transport de prélèvements biologiques, linge et matériels souillés	- Les prélèvements biologiques, le linge et les instruments souillés par du sang ou tout autre produit d'origine humaine doivent être évacués du service dans un emballage étanche, fermé.

* - Circulaire DGS/DH/DRT N°98-228 du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH.

¹ <http://www.geres.org/docpdf/ci200498.pdf>

Annexe 3

Conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang²

1	<p>ARRÊTER le travail en cours</p> <p>EFFECTUER les premiers soins immédiatement</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Coupures - Piqûres - Peau lésée ↳ Nettoyer avec de l'eau et du savon, rincer ↳ Ne pas faire saigner en pressant la plaie (<i>cette manœuvre augmente le risque de pénétration de l'agent infectieux</i>) mais laisser saigner passivement sous l'eau du robinet. ↳ Désinfecter au moins 5 minutes par immersion dans : <ul style="list-style-type: none"> • du Dakin ou • de l'eau de javel usuel à 2,6% de chlore actif : (= 1 berlingot complété à 1 litre d'eau) ▶ Projection sur les muqueuses ↳ Rincer abondamment à l'eau ou au sérum physiologique pendant au moins 5 minutes Attention, si port de lentilles de contact ne pas oublier de bien les rincer ▶ Assurer la continuité de service en prévenant un(e) collègue ▶ De nuit appeler le cadre supérieur infirmier au Bip 253 		
2	<p>PRÉCISER :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les circonstances de l'accident (voir détails au chapitre VIII-2) • l'identité du patient source 	<ul style="list-style-type: none"> • Type de lésion • Nature du produit biologique • Type de matériel • Activité - gestes réalisés <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Elle est repérable = AES avec patient physiquement présent ou AES avec prélèvement biologique étiqueté <p style="text-align: center;">passer au point 3</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Elle est non repérable = objet traînant non identifié, patient connu mais non présent physiquement <p style="text-align: center;">passer au point 6</p> </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Elle est repérable = AES avec patient physiquement présent ou AES avec prélèvement biologique étiqueté <p style="text-align: center;">passer au point 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Elle est non repérable = objet traînant non identifié, patient connu mais non présent physiquement <p style="text-align: center;">passer au point 6</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Elle est repérable = AES avec patient physiquement présent ou AES avec prélèvement biologique étiqueté <p style="text-align: center;">passer au point 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Elle est non repérable = objet traînant non identifié, patient connu mais non présent physiquement <p style="text-align: center;">passer au point 6</p>			
3	<p>RECHERCHER dans le dossier médical le statut sérologique du patient source vis à vis des agents viraux VIH - VHB - VHC</p>	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Contacter : <u>de jour</u> le médecin en charge du patient ou à défaut le cadre infirmier du service où le patient est hospitalisé. <li style="padding-left: 20px;"><u>de nuit</u> (via le cadre de garde) le médecin de garde du service ou à défaut le médecin senior du service des urgences. ↳ Résultat de la recherche : <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ▶ <u>Sérologie(s) positive(s)</u> : VIH passer au point 6 VHC passer au point 8 VHB passer au point 6 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ▶ <u>Sérologie(s) négative(s) ou inconnue(s)</u> (une ou plusieurs) <p style="text-align: center;">passer au point 4</p> </td> </tr> </table> 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <u>Sérologie(s) positive(s)</u> : VIH passer au point 6 VHC passer au point 8 VHB passer au point 6 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <u>Sérologie(s) négative(s) ou inconnue(s)</u> (une ou plusieurs) <p style="text-align: center;">passer au point 4</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▶ <u>Sérologie(s) positive(s)</u> : VIH passer au point 6 VHC passer au point 8 VHB passer au point 6 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <u>Sérologie(s) négative(s) ou inconnue(s)</u> (une ou plusieurs) <p style="text-align: center;">passer au point 4</p>			

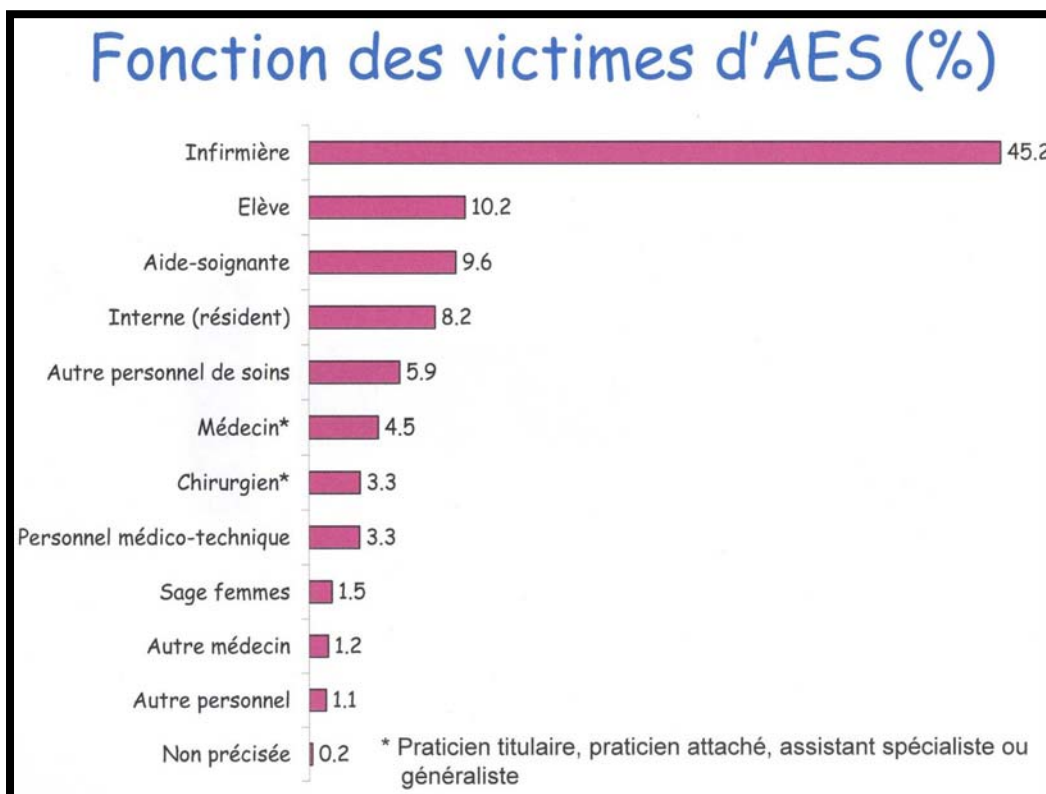
² <http://cisih-paris-est.ap-hop-paris.fr/vie/references/procedureSATaes.pdf>

Annexe 3 (suite)

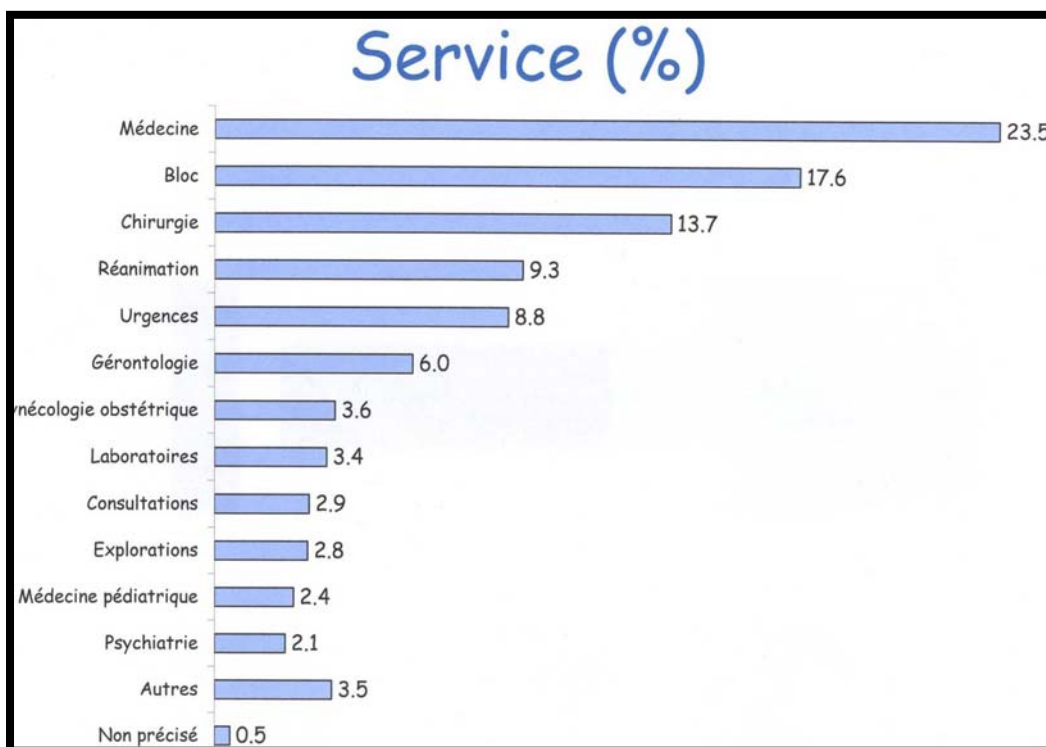
4	<p>FAIRE PRESCRIRE les sérologies nécessaires par le médecin (voir détails au chapitre VIII-3)</p>	<p>☞ La prescription des sérologies est faite sur une ordonnance spécifique (document modèle N°1) après ACCORD DU PATIENT :</p> <p style="padding-left: 40px;">de jour : par le médecin en charge du patient de nuit : par le médecin de garde du service ou à défaut le médecin du service des urgences</p> <p>Important : Indiquer sur la feuille de demande d'analyse le nom du médecin prescripteur car c'est à lui que seront adressés les résultats. En cas d'impossibilité indiquer le nom du médecin relais à joindre.</p>
5	<p>PRELEVER le patient source</p> <p>ENVOYER les échantillons sanguins dans le laboratoire concerné</p>	<p>☞ Sérologie VIH : envoi en urgence au laboratoire de virologie de l'hôpital Saint-Antoine ou de l'hôpital Henri Mondor selon les jours et horaires (détails au chapitre VIII-4 - document modèle N°2)</p> <p>☞ Sérologies VHB et VHC : envoi par le circuit normal au laboratoire de virologie de l'Hôpital Saint-Antoine (détails au chapitre VIII-5 - document modèle N°3)</p> <p>☞ Sérologie VHB (si sujet exposé non immunisé) : envoi en urgence au laboratoire de virologie de l'hôpital Henri Mondor (voir chapitre VIII-4 - document modèle N°2)</p>
6	<p>Dans les 4 heures CONSULTER (SANS RENDEZ-VOUS) le médecin du conseil médical</p>	<p>▶ Selon les jours et horaires se rendre dans un des services qui participent au Conseil médical (consulter le tableau extrait de la fiche AES - voir document modèle N°4)</p> <p>Pour : ☞ évaluation du risque encouru (détails au chapitre VIII-6) ☞ proposition éventuelle d'un traitement prophylactique par des anti-rétroviraux et/ou d'une sérovaccination VHB (si le sujet exposé n'a pas d'anticorps protecteurs contre le VHB) (voir chapitre VIII-7)</p>
7	<p>Dans les 24 heures DECLARER L'AES (voir démarches au chapitre VIII-8)</p>	<p>☞ Dans le service : sur le registre d'inscription des accidents du travail bénins</p> <p>☞ Auprès de la direction à laquelle vous êtes rattaché</p>
8	<p>CONSULTER le médecin du travail (poste 20.61 ou 28.14)</p>	<p>☞ Pour la mise en place du suivi sérologique du sujet exposé (détails au chapitre VIII-9)</p> <p>☞ Pour l'enregistrement et l'analyse des circonstances de l'AES</p>

Annexe 4

Graphique représentant le personnel le plus touché par les AES³



Graphique représentant les services les plus touchés par les AES



³ http://www.cclinparisnord.org/AES/2006/AES_PRES_06022008.ppt