



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU de Rennes. 2, rue Henri Le Guilloux 35033
Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

Fréquence et prise de risque: exemple des soins infirmiers.

Formateur référent : Mme Lisa Djadaoudjee

RICHOUX Clara
Formation infirmière
Promotion 2018-2021
le 10/05/2021



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION RÉGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat Infirmier

Travaux de fin d'études :

Fréquence et prise de risque: exemple des soins infirmiers.

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat Infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 10/05/2021

Identité et signature de l'étudiant : Clara Richoux

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

Remerciements.

La fin du marathon approche. J'aperçois l'arche d'arrivée. Ces trois années d'études pour devenir infirmière diplômée d'Etat sont comparables aux fameuses 42,195 bornes d'un marathon, l'arche d'arrivée correspondant à la finalisation de ce travail de recherche.

Des personnes m'ont encouragée tout au long du chemin, certaines comprenant un peu mieux ce que chaque étudiant infirmier peut vivre et ressentir lors de ces études. La vie, la maladie, la mort douce et "acceptable", la mort bruyante et inconcevable. Les histoires de vie, les proches endeuillés, les corps meurtris ainsi que les patients incompris... Merci à mes amis de promotion d'avoir partagé tout ça avec moi.

Je remercie également ma référente pédagogique, Patricia Daucé, de m'avoir accompagnée tout au long de ces trois années. Merci à Lisa Djadaoudjee de m'avoir écoutée et guidée sur le chemin de la recherche. Merci aux deux infirmières interrogées qui m'ont apportée de nombreux éléments de réponse.

Sommaire.

I-Introduction.....	1
1-Contexte	1
2-Situations d'appel	1
3-Intérêts professionnel	2
II-Le cadre théorique.....	4
1-"Bonne pratique", recommandations et autres protocoles	4
1.1-"Bonne pratique"	4
1.2-Recommandations de bonne pratique (RBP) de la Haute Autorité de Santé	4
1.3-Protocoles de soins	5
2-Risque et perception du risque	6
2.1-Risque	6
2.2-Perception du risque	6
2.2.1-Caractéristiques de la nature du risque	6
2.2.2-Caractéristiques du sujet dit "percevant"	7
2.3-Gestion des risques, encadrement législatif	8
3-Biais dans la perception des risques: l'exemple du biais d'optimisme comparatif	9
3.1-Le biais d'optimisme comparatif	9
3.2-Fonction du biais d'optimisme	10
3.3-Biais d'optimisme comparatif et fréquence	11

III-Les entretiens exploratoires.....	12
1-Méthodologie	12
2-Résultats	13
2.1- Les facteurs favorisant le respect des bonnes pratiques	13
2.2-Les freins au respect des bonnes pratiques	14
2.3-L'optimisme comparatif	15
3-Discussion	15
IV-Conclusion.....	22
V-Références.....	23
VI-Annexes.....	26

Siglier.

IDE = Infirmier Diplômé d'Etat

EPI = Equipements de Protection Individuelle

IFSI = Institut de Formation en Soins Infirmiers

I-Introduction.

1-Contexte.

Lors de la troisième année d'études en soins infirmiers nous sommes progressivement amenés à élaborer un travail de recherche sur un thème choisi et réfléchi qui nous a questionné lors de nos années de formation. Ce travail permet d'initier les étudiants en soins infirmiers au travail de recherche et de cultiver leur esprit critique et leur curiosité intellectuelle pour devenir un Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) compétent. Pour ma part, j'ai déjà eu l'occasion d'effectuer un travail de recherche pour valider mon diplôme de licence en psychologie, cette expérience n'a pas été porteuse à l'époque. Il fallait donc que je trouve un sujet qui m'intéresse, qui ait pour ambition d'améliorer, ne serait-ce qu'un peu la pratique infirmière et qui puisse me porter lors des futures heures de recherche et de rédaction que j'allais devoir effectuer.

J'avais dans l'idée depuis la fin de la première année, au vu des changements que subissent les professionnels de santé (augmentation de la charge de travail, diminution des effectifs etc.) de me consacrer à un travail de recherche qui mettrait la santé des soignants et plus particulièrement celle de l'infirmier au coeur du sujet. Moi, soignant, je prends soin des autres; mais qui prend soin de moi ?. Vous verrez, à la lecture de mes situations d'appel, que les soignants eux-même peuvent négliger leur santé au travail.

2-Situations d'appel.

Durant ma deuxième année d'étude à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) j'ai eu la chance de réaliser mon stage de semestre 4 dans un service d'hématologie adulte. J'ai pu me découvrir un réel intérêt pour les prises en charge des patients en cancérologie alliant soins relationnels et soins dits plus "techniques". Qui dit cancérologie, dit découverte d'un soin potentiellement dangereux pour le soignant, l'administration de chimiothérapies. J'ai pu observer des divergences au sein de l'équipe d'infirmiers, non pas sur les vérifications en lien avec l'administration des poches de chimiothérapie mais sur le port des Équipements de Protection Individuelle (EPI) lors de la manipulation des chimiothérapies.

Lors de mon stage de semestre 5, en service de pneumologie où les prises en charge en cancérologie sont prévalentes, j'ai également pu observer les habitudes des soignants lors de la manipulation et la pose des poches de chimiothérapies, qui étaient différentes. Les recommandations d'utilisation des EPI sont suivies à la lettre et par tous en pneumologie : lunettes

de protection, surblouse hydrophobe à manches longues, gants en nitrile, masque FFP2. Les EPI utilisés en hématologie étaient infirmier-dépendant, la plupart du temps c'était l'association masque FFP2 et gants en nitrile qui était utilisée. Ces différences de pratique m'ont questionnées.

3-Intérêts professionnels.

J'ai souhaité approfondir mon questionnement concernant l'observation que j'ai pu faire. Pourquoi existe-t-il des différences de pratique entre les services ? Pourquoi les IDE ne suivent pas les recommandations, protocoles d'administration ? Qu'est-ce qui peut pousser les IDE à prendre le risque de s'exposer à des produits de chimiothérapies ? Y aurait-il un lien avec la fréquence à laquelle les administrations sont réalisées, une administration quasi quotidienne (hématologie) vs. une administration ponctuelle (pneumologie) ?

Ce travail va aborder le grand thème de la gestion des risques et de la santé au travail en s'intéressant au lien entre répétition d'un soin et appropriation personnelle des recommandations de bonnes pratiques. Il prendra pour exemple les infirmiers qui interviennent dans les services où sont hospitalisés des patients sous chimiothérapies, mais reste transposable aux soins potentiellement dangereux en général. Qui n'a jamais vu un infirmier faire un prélèvement veineux sans gants ? L'intérêt de ce questionnement peut également se transposer à d'autres professions du milieu de la santé, je pense notamment aux manipulateurs en électroradiologie médicale.

Je souhaiterais préciser que ce travail ne s'oriente pas sous l'angle de la culture de la faute. Il n'a pas pour but de juger les pratiques déviantes des professionnels de santé mais tente de comprendre comment celles-ci peuvent s'installer, entraînant des prises de risque des soignants et potentiellement des accidents de travail... L'objectif est d'identifier des facteurs entraînant une prise de distance pour y réfléchir, éventuellement mettre en place des actions permettant une diminution des risques et l'amélioration de la santé au travail.

La question de départ a été formulée et validée de cette manière : **En quoi la pratique régulière d'un soin potentiellement dangereux pour l'infirmier influence-t-elle ou non la prise de distance avec les recommandations de bonnes pratiques ? Exemple de l'administration de chimiothérapie en services d'oncologie.**

Ce travail va suivre le déroulé suivant. La première partie évoquera les notions de bonnes pratiques, de recommandations et de protocoles. La deuxième partie s'intéressera au risque en tant que tel, à sa perception et à sa gestion d'un point de vue législatif. La dernière partie s'intéressera

particulièrement à un biais connu dans la perception des risques, l'optimisme comparatif. Ce biais sera mis en lien avec la notion de fréquence.

II-Le cadre théorique.

1-“Bonne pratique”, recommandations et autres protocoles.

1.1-“Bonne pratique”.

Lors de nos études, que ce soit à l’IFSI ou en stage on nous parle souvent des “bonnes pratiques”, mais qu’est-ce que c’est ? Selon Marie-André Vigil-Ripoche, infirmière, cadre supérieur de santé à Gentilly: “C’est une pratique qui a été confrontée à des écrits validés scientifiquement datant de moins de 5 ans, dont l’adéquation a été discutée par rapport à une pratique expérientielle et réaliste, et pouvant s’adapter aux données d’un ensemble de patients dans un domaine spécifique.” (Vigil-Ripoche, 2011, page 3)

Cette auteure relève que les soignants se basent plus sur des données empiriques, expériences, intuitions, que sur des données scientifiques, basées sur la preuve. L’Equivalence Based Nursing (EBN) fait partie d’un modèle plus large, l’Evidence Based Practice (EBP), la pratique de soins fondée sur les preuves. Selon Gail Ingersoll, une défunte pionnière de la recherche infirmière aux Etats-Unis:

L’EBN est l’utilisation consciente, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient. Cette démarche, encore peu connue et peu utilisée par les infirmiers est pourtant un incontournable pour un IDE souhaitant améliorer sa pratique professionnelle en se basant sur des preuves scientifiques. (Ingersoll, 2000, page 151-152)

1.2-Recommandations de bonne pratique (RBP) de la Haute Autorité de Santé.

La Haute Autorité de Santé est un organisme public créé en 2004 pour renforcer la qualité et la pérennité du système de santé français. Elle a notamment pour mission d’ “élaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion et contribuer à l’information des professionnels de santé et du public dans ces domaines, sans préjudice des mesures prises par l’Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé dans le cadre de ses missions de sécurité sanitaire” (Loi du 13 août 2004 relative à l’assurance maladie, Titre II, Chapitre 1^{er} bis, article L. 161-37).

Les recommandations de bonne pratique sont définies dans le champ de la santé comme “des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données”. (Haute Autorité de Santé.

Élaboration de recommandations de bonne pratique. Guide méthodologique: Méthode "Recommandation pour la pratique clinique HAS; 2010, mise à jour 2020.) Ces recommandations ont pour objectif d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Les recommandations de bonne pratique rédigée par la Haute Autorité de Santé sont établies de manière rigoureuse et se basent sur des données scientifiques.

1.3-Protocoles de soins.

Selon Catherine Pellinghelli, infirmière faisant fonction de cadre de santé à l'AP-HP:

Pour ce qui est des protocoles de soins infirmiers, il s'agit de documents rédigés par des équipes soignantes et avec la représentation de l'autorité médicale ou institutionnelle. (...) Argumenté par une bibliographie, le protocole de soins infirmiers établit, dans les détails, les modalités d'une conduite à tenir ou d'actes à mettre en œuvre dans certaines situations précises, elles-mêmes clairement définies dans le protocole. (Pellinghelli, 2009, page 30-32)

J'ai réussi à me procurer les protocoles en lien avec l'administration des produits cytotoxiques après de multiples appels téléphoniques. J'ai tout d'abord contacté le service de santé au travail qui m'a redirigé vers les cadres de santé des unités de soins concernées, l'hématologie et la pneumologie. J'ai donc appelé les cadres des différents services qui ont eu des difficultés pour me confirmer l'existence desdits protocoles. Les cadres de santé des deux services, pneumologie et hématologie, m'ont alors conseillé de contacter directement les infirmiers ou de venir sur place.

Protocole service de pneumologie:

Un infirmier avec qui j'étais en contact lors de mon stage m'a transmis les protocoles pour le service de pneumologie. Vous pouvez trouver un extrait du protocole principal dans l'**annexe I**. Il y est mentionné la liste des équipements de protection individuelle à porter lors de l'administration des produits de chimiothérapies:

"Lors de l'administration:

Se munir d'une protection vestimentaire:

- Surblouse hydrophobe à usage unique à manches longues, resserrée aux poignets
- Gants à U.U en nitrile
- Masque chirurgical
- Le port de lunette de protection

...”

Tous ces documents d'aide à la pratique clinique sont le fruit d'une recherche scientifique, d'une concertation de professionnels de terrain garantissant une prise en charge de qualité et sécuritaire pour le patient.

La lecture du protocole de pneumologie me pose la question de la mise à jour de ce dernier. Lors de ma troisième année en IFSI et lors de mon autre stage en hématologie on m'a recommandé l'utilisation du masque FFP2 et non du masque chirurgical. Les IDE de pneumologie que j'ai pu observer utilisaient eux-même un masque FFP2.

Vous trouverez un document récapitulatif en **annexe II** expliquant brièvement l'intérêt de chaque EPI.

2-Risque, perception et gestion du risque.

2.1-Risque.

Commençons par tenter de définir le risque et de le différencier du danger. Le danger est un événement ou une situation susceptible d'entraîner des conséquences négatives ou des dommages à l'homme ou aux hommes (Leplat, 2007). Ce même auteur définit le risque comme “la possibilité ou la probabilité qu'un événement ou une situation entraîne des conséquences négatives dans des conditions déterminées” (Leplat, 2007). Le risque est en fin de compte la possibilité, la probabilité que le danger entraîne des dommages.

2.2-Perception du risque.

La perception des risques est appréhendée de manière différente selon des paramètres en lien avec l'individu ou en lien avec la nature même du risque.

2.2.1- Caractéristiques de la nature du risque.

Certaines caractéristiques du risque modifient l'évaluation que l'individu se fait du risque encouru. La familiarité, la probabilité d'occurrence, la contrôlabilité, l'utilité perçue, le potentiel catastrophique (nombre de personnes affectées), la nature et la gravité de ses conséquences (effets

immédiats ou différés), la médiatisation ou non, le caractère volontaire ou subi, naturel ou technologique sont des facteurs influençant la perception du risque. D'une manière générale, les individus perçoivent comme moins risqués les événements fréquents, familiers, connus, peu catastrophiques et volontaires. A l'inverse, les événements perçus comme plus risqués sont les événements rares, peu familiers, catastrophiques et involontaires. (Kouabenan, 2001).

Quelques exemples:

- Fleming et al. (1998), cite une étude de Zimolong (1985). Les travailleurs du bâtiment sous-estiment les risques en lien avec des activités qu'ils réalisent fréquemment et sur-évaluent le risque des tâches occasionnelles.
- Slovic (1994) montre l'influence de l'effet d'utilité perçue du risque. L'usage à des fins médicales de rayons X est perçu comme moins risqué et plus favorable que les autres technologies utilisant des radiations. Le caractère dangereux du risque est sous-estimé par l'utilité perçue du risque.
- Les risques ayant des conséquences différées (ex: la maladie) semblent moins bien perçus que des risques ayant des conséquences immédiates (ex: un accident). (Slovic, 1994)

2.2.2-Caractéristiques du sujet dit "percevant".

Les individus appréhendent le risque selon plusieurs facteurs. Normes sociales et pression du groupe (ex: culture corporatiste...), la cible du risque (soi, autrui, la société...), son niveau d'expertise (formation, connaissances...), ses capacités de traitement de l'information, précautions ou efforts personnels de contrôle (ex: optimisme), perception de ses compétences ou de son pouvoir de contrôle, variables sociales (position sociale ou hiérarchique, rôle ou implication dans l'organisation, culture personnelle/sociétale (croyances, valeurs, histoires personnelles), variables démographiques/psychosociales (personnalité, âge, sexe...), variables politiques et stratégiques (culture organisationnelle, culture de sécurité...)

Quelques exemples:

- Plus le personnel hospitalier (IDE, médecin, AS...) est expérimenté et plus il est en contact avec les patients, plus il banalise le risque d'être contaminé par un Staphylocoque Aureus Résistant à la Méthicilline (SARM) par rapport aux personnels moins bien formés ou ceux qui ont déjà fait l'expérience d'une contamination (Kouabenan et al, 2003)

-Dans cette même étude, les personnes ayant déjà été contaminées surévaluent leur risque d'être exposées à d'autres risques du milieu hospitalier (AES, projections de liquides biologiques, agression...). A l'inverse, des expositions prolongées à différents risques sans préjudice notable contribuent à sous-estimer le risque perçu.

2.3-Gestion des risques, encadrement législatif.

En France, la prévention des risques professionnels est inscrite dans les obligations des employeurs. La prévention des risques professionnels représente un enjeu majeur sur le plan économique et surtout sur le plan psychologique. On peut retrouver les textes officiels obligeant les employeurs à prévenir les risques professionnels dans le Code du Travail. Voici quelques points importants à connaître.

Tous les employeurs doivent veiller à garantir la santé et la sécurité de leurs travailleurs grâce à des actions de prévention, d'information et de formation. S'il existe un risque qui ne peut être évité, le risque doit alors être évalué et des mesures de prévention doivent être prises. La définition de l'évaluation des risques:

“Le danger est la capacité d'un matériel, d'une substance ou d'une méthode de travail susceptible de causer un événement dommageable. Le risque est l'association d'un danger à un travailleur.” (Ministère de l'intérieur, 2021) Le recours aux équipements de protection individuelle ne doit avoir lieu que lorsque le risque ne peut être évité.

Selon l'article R4321-1 du Code du Travail, “L'employeur met à la disposition des travailleurs les équipements de travail nécessaires, appropriés au travail à réaliser ou convenablement adaptés à cet effet, en vue de préserver leur santé et leur sécurité.”

L'article R4321-4 du Code du Travail mentionne la responsabilité de l'employeur quant à leur utilisation. “L'employeur met à la disposition des travailleurs, en tant que de besoin, les équipements de protection individuelle appropriés et, lorsque le caractère particulièrement insalubre ou salissant des travaux l'exige, les vêtements de travail appropriés. Il veille à leur utilisation effective”.

Selon l'article R4323-104 du Code du travail, “L'employeur informe de manière appropriée les travailleurs devant utiliser des équipements de protection individuelle :

- Des risques contre lesquels l'équipement de protection individuelle les protège;
- Des conditions d'utilisation de cet équipement, notamment les usages auxquels il est réservé;

- Des instructions ou consignes concernant les équipements de protection individuelle;
- Des conditions de mise à disposition des équipements de protection individuelle.”

L'article R4323-106 mentionne également la responsabilité de formation de l'employeur concernant la juste utilisation des équipements de protection individuelle. "L'employeur fait bénéficier les travailleurs devant utiliser un équipement de protection individuelle d'une formation adéquate comportant, en tant que de besoin, un entraînement au port de cet équipement. Cette formation est renouvelée aussi souvent que nécessaire pour que l'équipement soit utilisé conformément à la consigne d'utilisation."

Dans le cas où ces obligations ne sont pas respectées, la responsabilité civile et/ou pénale de l'employeur peut être engagée.

3-Biais dans la perception des risques: l'exemple du biais d'optimisme comparatif.

Malgré les campagnes de prévention, les individus continuent d'adopter des comportements dangereux (exemple : la consommation de tabac).. On peut donc dire qu'il existe un décalage paradoxal entre les comportements des individus et les connaissances dont ils disposent, les soignants n'y échappent pas. Il existe de nombreux biais dans la perception des risques (Kouabenan, 2007). Nous nous attarderons dans ce travail sur le biais d'optimisme comparatif.

3.1-Le biais d'optimisme comparatif.

La prévention des risques professionnels passe comme vu précédemment par des modifications des conditions de travail mais également par une meilleure compréhension des facteurs qui poussent les individus à ne pas respecter les règles, les procédures qui les protègent. Une des principales raisons, bien connue dans le champ de la psychologie sociale, est le biais d'optimisme comparatif.

Les recherches pionnières renvoient au fait que l'individu juge des événements positifs comme plus probables qu'ils ne le sont en réalité, c'est la notion d'optimisme irréaliste (Weinstein, 1980). Les travaux suivants y ont ajouté une dimension sociale avec la notion d'optimisme comparatif (Harris et Middleton, 1994). Les individus ont tendance à croire que les événements positifs vont leur arriver plus probablement, comparé aux autres et réciproquement, que les événements négatifs vont plus probablement arriver aux autres qu'à eux-même.

Un exemple concret dans le domaine de la santé et plus particulièrement du cancer: Fontaine et Smith en 1995 ont demandé à 104 travailleurs anglais et américains d'évaluer sur une échelle de 0 (jamais) à 10 (certain) la probabilité de développer un cancer, pour eux-même et pour un individu quelconque. Les résultats montrent que la probabilité de développer un cancer pour les autres est toujours significativement plus élevée que pour la personne elle-même. Je l'ai utilisée car elle donne un exemple de l'optimisme comparatif, en lien avec mes propres situations de départ. Des auteurs de nationalités différentes ont montré la constance de ce biais en interrogeants des individus sur différents thèmes, un accident de voiture (Robertson, 1977), une tentative de suicide, divorcer quelques mois après le mariage (Weinstein, 1980). D'autres auteurs ont également montré la présence de ce biais sur différents types de populations, des étudiants (Desrichard et al, 1997), des travailleurs de différents âges de 19 à 79 ans (Fontaine et Smith, 1995).

Le biais d'optimisme comparatif est influencé par plusieurs facteurs, d'une part les propriétés que l'individu attribue à la cible (proche ou non...) avec qui il se compare, si la cible est une personne familière ou partageant des similitudes l'optimisme sera diminué par rapport à une cible abstraite, les autres, la société (Perloff & Fetzer, 1986). D'autre part, les propriétés que le sujet attribue à l'événement (contrôlable ou non, positif/négatif, grave/banal, fréquent...). (Desrichard, Verhiac & Milhabet, 2002)

3.2-Fonction du biais d'optimisme.

L'optimisme comparatif serait un biais défensif, motivé volontairement ou non par les individus afin de réduire l'anxiété. Évoquer le futur serait anxiogène pour les individus du fait de son caractère incertain. Dans le but de combattre cette anxiété, les individus seraient amenés à penser à un avenir où les événements négatifs sont rares et les événements positifs, eux, fréquents.

Dans une étude où la cohorte se composait de personnes séronégatives au VIH et séropositives au VIH la question était d'évaluer son risque de développer ou d'avoir développé une immunité par rapport au SIDA. L'analyse a montré que les personnes séropositives étaient significativement plus optimistes que les sujets séronégatifs quant à la possibilité de développer un SIDA. (Taylor et al., 1992)

Certains corps de métier sont particulièrement exposés à des risques quotidiens, coupures, brûlures, expositions à des vapeurs toxiques, maladies par exemple. Ces événements négatifs pouvant générer une anxiété, il est possible que les travailleurs se perçoivent comme moins à risque

que leurs collègues face aux accidents de travail dans le but de vivre plus sereinement leur quotidien au travail.

Considérer que l'optimisme comparatif est un biais défensif (Taylor et al., 1992) visant à réduire l'anxiété implique que plus un événement sera considéré comme menaçant, plus l'individu sera amené à être optimiste. Dans la démarche de gestion des risques, pour évaluer le caractère critique, menaçant d'un risque on se base sur deux facteurs: la fréquence, la probabilité d'occurrence et la gravité, c'est-à-dire la nature des conséquences. Cette dimension sera explorée au sous-chapitre suivant.

3.3-Biais d'optimisme comparatif et fréquence.

Il existe peu d'études portant sur l'optimisme comparatif, le monde du travail et les accidents qui y sont associés, je n'ai donc pas pu trouver d'étude portant sur l'optimisme comparatif sur les soignants.

Une étude portant sur des ouvriers d'une entreprise de miroiterie a montré la présence d'un biais d'optimisme comparatif mais également que la fréquence et la gravité de l'accident avait un impact sur l'optimisme comparatif. D'après les résultats de l'étude, lorsque l'événement est fréquent, les sujets se montrent plus optimistes. La gravité de l'accident seule n'aurait pas d'impact sur le biais d'optimisme. Cependant lorsque la gravité est associée à la fréquence, elle a un impact. Lorsque l'accident est rare, la gravité n'a pas d'importance pour le sujet. Au contraire, lorsque l'accident est fréquent, les individus prennent en compte la gravité et se montrent plus optimistes lorsque l'événement est grave, que lorsqu'il est bénin. (Spitzenstetter F., 2002) En d'autres termes, plus l'accident est à fort potentiel anxiogène, fréquent et grave plus le sujet montre plus d'optimisme.

Hors champ des accidents du travail, l'influence de la fréquence de l'événement sur l'optimisme comparatif a également été étudiée. Price et al. ont montré que lorsque la fréquence de l'événement augmente, l'optimisme comparatif croît également. (2002)

III- Les entretiens exploratoires.

1-Méthodologie.

Pour réaliser les entretiens avec les infirmiers il me fallait un support écrit sur lequel me baser. J'ai alors élaboré un guide d'entretien composé d'une dizaine de questions. Les questions ont été rédigées de manière à tenter de répondre à différentes hypothèses soulevées lors de la recherche théorique. Le guide d'entretien est composé d'une dizaine de questions. La première a pour objectif de mettre en confiance l'interviewé et de connaître son profil d'infirmier. Les questions suivantes explorent la notion de fréquence, de respect des recommandations, d'optimisme comparatif, de perception du risque. Le guide d'entretien peut être trouvé en **annexe III** .

Le type d'entretien utilisé est un entretien semi-directif. Il se base sur le guide d'entretien préalablement conçu. Les questions sont ouvertes. Le guide d'entretien a été suivi dans sa logique mais l'entretien étant de type semi-directif j'ai pu rebondir sur des mots ou poser des questions non mentionnées dans le guide d'entretien. Cela a permis de rendre l'échange moins formel et plus spontané.

L'entretien permet d'avoir un face à face permettant éventuellement une lecture de la communication non verbale. Les réponses sont spontanées car non travaillées par l'interviewé en amont, la réponse peut être développée si certains points sont intéressants. L'entretien présente également des limites. Ce dispositif est chronophage et de ce fait ne permet pas de multiplier les entretiens pour rendre l'enquête plus pertinente. De plus, le fait d'être en face à face, comparé à des réponses sur un formulaire écrit par exemple, peut amener l'interviewé à exprimer des réponses socialement acceptables.

Pour l'organisation des entretiens, J'ai déposé une annonce dans le service de pneumologie où j'avais effectué mon stage. Une infirmière qui m'avait encadrée en stage s'est alors proposée pour répondre à mes questions. Nous avons convenu d'un entretien par mails. Cette infirmière exerce depuis plus de 10 ans dans des services ayant une activité en oncologie. Nous l'identifierons comme "infirmière A" pour conserver son anonymat.

Pour le second entretien j'ai pris contact avec une jeune infirmière, récemment diplômée travaillant en cancérologie dans une autre région. Elle raconte son quotidien, des anecdotes sur son travail en cancérologie via le réseau social Twitter. Je l'ai contacté via la boîte de message privée du réseau social, elle a alors accepté ma proposition d'entretien. Nous l'identifierons comme "infirmière B" pour conserver son anonymat.

Après les différents accords convenus par mail j'ai pu réaliser les entretiens. Ils se sont déroulés en visioconférence grâce à Google Meet. Ce choix a été fait en lien avec la situation sanitaire actuelle, la demande de diminution des contacts et également la distance géographique qui me séparait de l'infirmière B.

L'entretien s'est alors déroulé comme ceci, je me suis présentée si je ne connaissais pas l'interviewée et j'ai ensuite demandé une autorisation d'enregistrement (seulement audio) en mentionnant bien que l'anonymat de la personne serait conservé. J'ai continué les explications concernant le déroulé de l'entretien, le nombre de questions, ma prise de notes en parallèle... J'ai évoqué la notion de non-jugement concernant les réponses fournies. Les infirmières n'ayant pas de questions supplémentaires, j'ai lancé l'enregistrement audio sur mon téléphone et ai commencé les questions.

2-Résultats.

La retranscription des entretiens avec les infirmières est disponible en **annexes IV et V**. Le tableau d'analyse des entretiens est lui visible en **annexe VI**. Après lecture et analyse des deux entretiens, on peut remarquer que les réponses données par les interviewées s'articulent autour de deux grands thèmes, les facteurs favorisant le respect des bonnes pratiques et les freins au respect des bonnes pratiques. Une première partie s'intéressera aux facteurs favorisant le respect des bonnes pratiques. Une deuxième partie s'intéressera aux freins au respect des bonnes pratiques pour enfin terminer sur une troisième partie qui abordera le biais d'optimisme comparatif.

2.1- Les facteurs favorisant le respect des bonnes pratiques.

Lors de la lecture des facteurs favorisant le respect des bonnes pratiques on peut retrouver des facteurs endogènes, c'est-à-dire des facteurs inhérents à la personne elle-même. Ainsi que des facteurs exogènes, c'est-à-dire qui proviennent de l'extérieur.

Concernant les facteurs exogènes mentionnés par les IDE, on les compte au nombre de deux, la formation et les protocoles. La formation est citée 4 fois, l'IDE A mentionne que "la médecine du travail m'avait bien briefé sur l'utilisation des produits cytotoxiques". Les protocoles eux sont cités 3 fois, l'IDE B évoque "on a deux protocoles relatifs aux chimiothérapies qui sont officiels, validés par des comités au sein de l'hôpital".

On retrouve deux facteurs endogènes dans les discours des soignantes, la perception des risques et l'expérience. Le facteur endogène le plus mentionné par les IDE interrogées est la perception des risques, celui-ci est cité 6 fois. Les risques concernant la manipulation des produits cytotoxiques sont "devinés" dans leur globalité, en effet les IDE déduisent les risques encourus mais précisent qu'elles les devinent. L'IDE B évoque des "risques de cancer, des risques d'altération de la fertilité, altération des cellules à renouvellement rapide". L'IDE A évoque également les risques sur la fertilité "si vous voulez un bébé, il faut arrêter de manipuler des chimiothérapies".

Le second facteur identifié est l'expérience, celui-ci est cité 4 fois. L'IDE mentionne qu'avec l'expérience elle a gagné en dextérité et qu'elle risque moins d'entrer en contact avec des produits cytotoxiques. Elle dit "je suis plus douée, donc je risque moins de me faire des micro-projections".

2.2-Les freins au respect des bonnes pratiques.

De même que pour les facteurs favorisant, les freins au respect des bonnes pratiques se classent d'après leur caractère endogène ou exogène. D'après l'analyse, il existe plus de facteurs exogènes que de facteurs endogènes pouvant freiner au respect des bonnes pratiques. Les freins au respect des bonnes pratiques sont particulièrement développés dans le discours de l'IDE B.

Trois facteurs exogènes sont particulièrement mis en avant dans le discours, ils sont cités 4 fois chacun. Le manque de formation est mentionnée par l'IDE B. Elle précise que le manque de formation se fait ressentir pour elle, IDE, mais également pour ses collègues aides-soignants "les aides-soignantes qui n'ont pas eu de formation". Le manque de protocole est également évoqué. Elle exprime des difficultés pour trouver des protocoles d'établissement concernant la manipulation des produits cytotoxiques "c'est absolument impossible de trouver un protocole" ou encore "très difficilement accès aux protocoles de chimiothérapie". Enfin, le dernier facteur extérieur pouvant freiner le respect des bonnes pratiques sont les situations exceptionnelles. Elle explique que certains patients, en lien avec leur pathologie, vont adopter des comportements à risque pour l'équipe soignante. Elle évoque une histoire où un patient a arraché sa tubulure où passait une chimiothérapie. Dans l'urgence de la situation, l'équipe soignante n'a alors pas utilisé les EPI.

Des facteurs exogènes sont également cités comme étant des freins au respect des bonnes pratiques. Deux facteurs sont particulièrement cités, le manque de matériel et la fréquence à laquelle le soin est réalisé. Ils sont tous deux cités 3 fois. Le manque de matériel a notamment été majoré lors de la première vague de l'épidémie de SARS-CoV-2 où comme l'IDE B le précise: "c'est

compliqué de dire aux collègues "Je prends une sur blouse pour poser une chimio" alors que c'est la pénurie". La fréquence du soin peut influencer le respect des bonnes pratiques selon l'IDE A "on fait moins attention".

Ensuite, c'est le manque de temps (cité 2 fois) "je sais déjà que je vais partir une heure en retard et que je suis fatiguée ect je vais peut-être pas m'habiller en entier". Puis l'influence d'autrui (citée 1 fois) qui est abordée.

Des facteurs endogènes sont également abordés. D'après l'IDE B l'absence de rappel des connaissances pourrait avoir un impact sur le respect des bonnes pratiques. Elle l'évoque 3 fois, "on s'éloigne de cette théorie là" ; "oublier les risques et donc s'exposer plus"... Elle aborde également la confiance en soi (cité 1 fois) "j'estime que je me fais confiance et que ça ira si je me protège pas". L'expérience est également citée 1 fois, "je me protège pas autant parce que je sais que j'en ai posé des dizaines et des dizaines".

2.3-L'optimisme comparatif.

Le biais d'optimisme comparatif a été évalué dans deux questions du guide d'entretien, questions 9.1 et 9.2. On retrouve un optimisme comparatif chez l'une des infirmières interrogées, l'infirmière B. Son propre risque d'avoir un accident de travail, lors de la manipulation de chimiothérapie, est évalué à 4 sur une échelle de 0 à 10 ou 0 est une absence de risque et 10 est un risque certain. Quant au même risque pour ses collègues infirmiers, il est évalué, en moyenne à 5 voire 6. Elle précise que ce risque peut diminuer à 2, 3 pour les plus scrupuleux d'entre eux mais peut également grimper à 7 voire 8 pour certains.

Pour l'infirmière A, on ne retrouve pas d'optimisme comparatif, l'évaluation du risque pour elle-même en comparaison avec la cible est la même, 2/10.

3-Discussion.

Mon hypothèse personnelle avant de me lancer dans ce travail de recherche était que la prise de distance avec les bonnes pratiques était multifactorielle. J'ai pu identifier un manque de formation, un déni du risque mais également un manque de temps dû à une charge de travail importante. En tant qu'étudiante infirmière, malheureusement, il m'arrive parfois de ne pas utiliser les EPI disponibles. En effet, il m'arrive fréquemment de piquer des patients sans gants par exemple.

J'attribue cette pratique à un ensemble de causes. J'ai l'impression de ne pas avoir le temps pour les utiliser. Il m'arrive également de poser des voies veineuses périphériques sans gants lorsque le capital veineux du patient est pauvre, j'ai l'impression de mieux sentir les veines. Cette mauvaise habitude étant majorée, je pense, par l'absence de matériel au sein même de la chambre. J'ai eu l'occasion de faire un stage dans un service de réanimation et le fait d'avoir tous les équipements à portée de main entraîne un usage correct de ceux-ci. Je n'ai par exemple jamais vu un IDE en réanimation réaliser un prélèvement sur cathéter artériel sans se protéger avec des gants.

Les résultats de l'analyse semblent scindés. En effet, les propos de l'IDE A et ceux de l'IDE B ne se recoupent pas, de nombreux thèmes ne sont abordés que par une seule des deux professionnelles interrogées. Il est probable que cela s'explique par le fait que les pratiques sont également scindées. L'infirmière A qui s'efforce de toujours respecter les bonnes pratiques, donne des éléments de réponse concernant les facteurs favorisant le respect des bonnes pratiques. L'infirmière B, quant à elle, est plus nuancée, elle explique qu'elle fait au mieux pour se protéger mais que parfois les circonstances font qu'il lui est impossible de respecter les bonnes pratiques. Elle apporte plus d'éléments de réponse sur les freins qui l'empêchent de respecter les bonnes pratiques.

La pratique basée sur la preuve.

Comme évoqué dans le cadre théorique, on constate que la pratique des IDE est difficilement basée sur la preuve. En effet, la transmission se fait entre pairs, "On se fie beaucoup aux collègues et quand ils nous forment quand on arrive, on est doublés et on se fie beaucoup à ce que l'autre collègue nous raconte, on se fait confiance c'est vrai."; "c'était un truc un petit peu officieux qu'on se passait entre infirmières mais ça n'avait rien de valide, d'officiel pour l'hôpital". "Oui sûrement qu'on a un protocole, où il est je ne sais pas mais je pense qu'on a un protocole." Lorsque les IDE veulent se baser sur des protocoles ces derniers sont très difficilement accessibles. J'ai également rencontré des difficultés pour obtenir les protocoles en lien avec l'administration des cytotoxiques. On peut également évoquer la mise à jour des protocoles. Dans le protocole de pneumologie il est mentionné que l'IDE doit porter un masque chirurgical, il est pourtant recommandé le port d'un masque FFP2 pour la manipulation des produits cytotoxiques.

Responsabilité individuelle.

On peut effectivement avancer l'argument de la responsabilité individuelle de l'IDE qui décide de porter ou non les EPI car il connaît les risques mais qu'en est-il lorsque le professionnel de

santé n'a pas les apports théoriques suffisants et que donc son comportement n'est pas en lien avec un choix ? Qu'en est-il de la responsabilité juridique de son employeur ?

De plus, dans le Code du Travail il est mentionné que l'employeur doit fournir des EPI, doit former ses employés à leur bonne utilisation et enfin, doit veiller à l'utilisation effective de ces derniers. On peut donc se demander, d'un point de vue juridique, si l'employeur ne pourrait pas avoir une part de responsabilité lors d'un accident de travail, par exemple un accident d'exposition au sang dans le cadre d'un prélèvement veineux fait sans gant.

Biais d'optimisme comparatif.

Les questions sur l'optimisme comparatif montrent un faible biais d'optimisme comparatif voire une absence de ce biais. D'une part, cela s'explique par la faible valeur statistique d'un échantillon de personnes interrogées très faible. D'autre part, l'absence d'optimisme comparatif pour l'infirmière A peut s'expliquer par une distance interpersonnelle entre la personne interrogée et la cible à comparer très diminuée. En effet, la cible de comparaison partage des caractéristiques communes, la profession, le service.

Fréquence.

L'influence de la fréquence d'un soin en elle-même n'est pas abordée spontanément par les deux infirmières interrogées. Des éléments de réponse ont pu être récoltés car abordés avec la dernière question du guide d'entretien. La fréquence d'un soin semble plus être liée à un gain en expérience pour elles. Ce qui est plutôt logique, plus un soin est fréquent et plus on gagne de l'expérience sur celui-ci.

Si on associe la fréquence à l'expérience, l'analyse montre que l'expérience est un facteur plutôt ambivalent, il est à la fois un frein et un facteur pouvant favoriser le respect des bonnes pratiques.

Dans les différents services hospitaliers où j'ai pu effectuer des stages en tant qu'étudiante infirmière j'ai pu observer de manière totalement empirique que ce sont les soins les plus fréquents qui sont les moins bien respectés du point de vue des bonnes pratiques. Dans les situations précédemment évoquées il s'agissait de risques encourus par l'IDE elle-même (risque d'accident d'exposition au sang, contact avec les produits cytotoxiques...) ici il s'agit de risque encouru par le

patient. J'ai remarqué qu'en digestif les IDE ne vérifiaient pas le bon positionnement de la sonde naso-gastrique dans l'estomac en écoutant les borborygmes via l'insufflation d'air. Cet acte fait partie de la responsabilité infirmière. J'ai pu poser la question et on m'a répondu "On passerait notre temps à le faire". De même pour les transfusions sanguines en hématologie, les 15 premières minutes de surveillance au lit du malade ne sont pas effectuées.

Plus un soin est fréquent, plus les IDE sont amenés à y passer du temps et à développer un faux sentiment de contrôle, de sécurité pour une activité qu'ils connaissent par cœur. Dans un contexte où la charge de travail et les heures supplémentaires ne font qu'augmenter on peut se demander si certains éléments de sécurité, qu'ils soient faits pour garantir la sécurité du patient ou celle de l'équipe soignante, ne soient omis pour terminer la longue liste de soins à accomplir.

Mauvaise habitude.

Lors de mon dernier stage en tant qu'étudiante infirmière j'ai tenté d'explorer les raisons pour lesquelles les IDE n'utilisaient pas les EPI dans leur pratique. Une discussion a eu lieu entre deux IDE du service et moi. Elles remarquaient qu'aucune IDE du service n'utilisait des gants pour les bilans sanguins ou les poses de voies veineuses périphériques. Les réponses apportées étaient les suivantes: "le manque de temps, même si ça prend deux secondes de les mettre", "l'impression d'avoir des facilités pour piquer" et "les habitudes, les mauvaises habitudes". Une d'elle mentionnait qu'elle se retrouvait dans une situation complexe lorsqu'elle devait piquer un patient séropositif au VIH ou au VHB. "Je suis obligée de piquer avec des gants mais du coup je ne sens plus rien comme je n'ai pas été habituée à piquer avec". "Les habitudes, les mauvaises habitudes" faisant écho à ce que l'IDE A m'a dit lors d'un entretien, pour elle, l'important c'est d'apprendre à bien faire dès le début pour que cette pratique devienne ensuite un automatisme.

Conformisme.

On peut également se poser la question d'un éventuel conformisme au sein des équipes. J'ai cru observer qu'il y avait peu de variabilité des pratiques au sein des équipes. Lors de mon stage en pneumologie, tous les IDE, sans exception, portaient l'intégralité des EPI recommandés. Lors de mon stage en hématologie, aucun des IDE ne portaient l'intégralité des EPI.

Cela peut s'expliquer par la formation en interne des nouveaux arrivants. En effet, les pratiques au sein du service sont intégrées par les plus anciens, elles sont devenues la norme, et sont alors transmises aux nouveaux. L'adoption de cette nouvelle conduite peut être motivée dans le but de s'intégrer à l'équipe, de faire disparaître la sensation de faire partie du groupe minoritaire ou alors plus simplement parce que la pratique correspond à la pratique habituelle de l'individu. Le conformisme peut être protecteur dans le sens où un individu n'adoptant pas les bonnes pratiques peut être amené à modifier ses pratiques par conformisme. Réciproquement, le conformisme peut être délétère si un soignant ayant adopté les bonnes pratiques vient à les modifier pour se conformer aux pratiques du restant de son équipe.

Formation des autres professionnels de santé.

J'ai trouvé intéressantes les réponses sur l'absence de formation des aides-soignants. En effet, les IDE manipulent les poches, les tubulures des produits cytotoxiques mais dans la manière de préparer ces produits tout est fait pour sécuriser l'IDE un maximum. La reconstitution est faite sous hotte par des pharmaciens, la tubulure est purgée avec du sérum physiologique... Les IDE sont normalement formés au port des EPI à différents niveaux, mais les aides-soignants ne semblent pas avoir reçu de formation dans leur institut de formation et ils apprennent sur le tas lors de leur activité professionnelle. Pourtant ce sont peut-être eux les plus exposés lors de la manipulation des excréta (urines, vomi, selles...).

Rappel de connaissances.

J'ai eu l'occasion de discuter de mon sujet de mémoire avec des IDE n'exerçant pas du tout dans le milieu de l'oncologie. Un d'eux, ayant été hospitalisé dans un Centre de Lutte Contre le Cancer m'a raconté avoir été très surpris du peu de précautions que prenaient les IDE lors de la manipulation et de la pose des poches de perfusion contenant des produits cytotoxiques. "Elles ne portaient même pas de gants en nitrile".

J'ai également pu observer la pratique d'une IDE de réanimation, devant poser un produit cytotoxique à une de ses patientes. Elle m'a expliqué manipuler des produits cytotoxiques environ une fois par an et de ce fait m'a dit que j'en saurais certainement bien plus qu'elle sur les précautions à prendre. Elle comptait utiliser des EPI, mais ne savait pas lesquels mis à part les gants en nitrile.

Il semble pertinent de réactualiser les connaissances des IDE, surtout au vu des découvertes récentes et dont les IDE de l'ancien diplôme peuvent ne pas être au courant par exemple. Différents supports peuvent être proposés, une affiche récapitulant des différents EPI à porter lors des manipulations de produits cytotoxiques affichée dans la salle de soin. Sur le même modèle une feuille récapitulative fournie par les pharmaciens lors de la délivrance des produits cytotoxiques reconstitués.

Limites et axes d'amélioration.

Pour améliorer la qualité de ce travail il aurait été pertinent d'augmenter considérablement le nombre d'entretiens mais également de varier les profils d'IDE interrogés homme/femme, ancien diplôme/nouveau diplôme, expérience dans la profession, infirmier ayant reçu une formation ou non, lieu géographique d'exercice mais aussi le type d'établissement, public vs. privé.

A posteriori, des modifications au guide d'entretien auraient également pu être apportées. En effet les caractéristiques du risque et les caractéristiques du sujet percevant n'ont pas été explorées.

Introspection difficile.

En analysant les résultats on peut remarquer que les facteurs exogènes sont plus largement cités que les facteurs endogènes. En effet, le sujet traité ainsi que les questions posées demandent une introspection pouvant montrer des failles dans la pratique professionnelle car contraires aux bonnes pratiques. Les professionnels ont pu se sentir jugés sur leur pratique car potentiellement déviante de ce qui est attendu.

Au-delà du potentiel sentiment de jugement il est probable que des mécanismes de défense se soient mis en place pour conserver l'intégrité, l'estime de soi-même du professionnel interrogé. Les entorses aux bonnes pratiques seront alors plus facilement attribuées à des causes extérieures, que l'individu ne peut contrôler, qu'à ses propres choix et décisions.

Pour aller plus loin...

Pour aller plus loin, il pourrait être intéressant de réaliser un travail de recherche en collaboration avec la médecine du travail pour explorer si ces différences de pratiques pourraient

avoir un impact sur la santé des soignants. Une étude publiée en 2002 a montré la présence de métabolites de produits cytostatiques dans les urines d'IDE et d'aides-soignantes travaillant dans des services d'oncologie et ce, même après plusieurs années après avoir quitté ce genre de service. Ce qui montre une imprégnation de l'organisme. Des cas de malformations fœtales dépassant le taux de la population générale ont également été montrés. Devant ces résultats alarmants, des mesures de prévention ont été mises en place: préparation à l'isolateur, utilisation des EPI, suivi en médecine du travail etc... Ce type d'étude pourrait actuellement être réitérée pour confirmer ou non l'intérêt des EPI. Les résultats pouvant éventuellement servir de support pour faire de la prévention auprès des équipes soignantes.

IV-Conclusion.

Les résultats de ce travail de recherche montrent que la fréquence d'un soin n'aurait pas nécessairement d'influence sur les écarts aux bonnes pratiques. Ce ne serait pas le principal facteur majorant la prise de distance avec les bonnes pratiques selon les infirmières interviewées. Les résultats de ce travail restent cependant à nuancer devant l'échantillon très faible d'infirmières interrogées. Les réponses apportées par les infirmières étant elles-mêmes biaisées par des mécanismes de défense et autre biais de désirabilité sociale.

Ce travail d'initiation à la recherche m'a permis de développer des connaissances en psychologie concernant la prise de risque. Je pense avoir majoré l'importance que je porte aux protocoles de service et je m'obligerais dorénavant à me procurer lesdits protocoles avant ma première prise de poste. Il m'a été difficile de concilier travail de recherche, stages et vie personnelle.

Les soignants dans leur pratique professionnelle prennent des risques, c'est un fait. Cette prise de risque si elle ne peut être évitée doit être prévenue, par des EPI par exemple. Le mésusage des EPI par les professionnels de santé est multifactoriel. Il paraît difficile de jouer sur les facteurs endogènes, en lien avec l'individu. Des améliorations peuvent être apportées aux facteurs dits exogènes comme sur le manque de temps en lien avec une charge de travail toujours plus importante, sur l'accès aux différents EPI etc... De courtes formations permettant une actualisation des connaissances pourraient également être mises en place pour donner toutes les clés aux soignants afin qu'ils prennent leur décision en toute connaissance de cause.

Les soignants prennent des risques pour eux-mêmes mais peuvent également en faire prendre aux patients (exemples précédemment cités de la transfusion sanguine et du contrôle du bon positionnement de la sonde naso-gastrique). Infirmière de réanimation: "Quand je rentre dans une chambre de patient COVID + pour changer une seringue électrique je mets juste un masque FFP2". En cette période historique de pandémie de COVID-19, la prise en charge de patients positifs à la COVID est quotidienne. L'utilisation des EPI par les équipes soignantes fait partie intégrante de la prise en charge afin de protéger les autres patients d'une infection nosocomiale ainsi que d'une possible contamination personnelle. On peut donc se demander, **dans quelle mesure, les écarts aux recommandations de bonne pratique peuvent-ils entraîner une majoration de l'expansion des infections nosocomiales ?** Si un lien était établi entre infections nosocomiales et écarts aux bonnes pratiques, cela pourrait-il modifier le comportement des soignants ?

V-Références.

-L'Intérieur, D.-M. (2021). *Démarches* - Ministère de l'Intérieur.
<https://www.demarches.interieur.gouv.fr/>.

<https://www.demarches.interieur.gouv.fr/particuliers/sante-securite-travail-obligations-employeur>

-Caillaud, V., Benegas-Bernard, M., Creppy, E., Sanchez, D., & Teulières, A. M. (2002). Exposition du personnel de soins aux cytostatiques. L'expérience des centres hospitaliers de Dax et de Bayonne.

Documents pour le médecin du travail, 89, 51-63.

<https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TF%20112>

-*Code du Travail* (2021, 85ème édition). Dalloz.

-Fleming, M., Flin, R., Mearns, K., & Gordon, R. (1998). Risk Perceptions of Offshore Workers on UK Oil and Gas Platforms. *Risk Analysis*, 18(1), 103-110.

<https://doi.org/10.1111/j.1539-6924.1998.tb00920.x>

-Fontaine, K. R., & Smith, S. (1995). Optimistic Bias in Cancer Risk Perception : A Cross-National Study. *Psychological Reports*, 77(1), 143-146. <https://doi.org/10.2466/pr0.1995.77.1.143>

-Harris, P., & Middleton, W. (1994). The illusion of control and optimism about health : On being less at risk but no more in control than others. *British Journal of Social Psychology*, 33(4), 369-386.

<https://doi.org/10.1111/j.2044-8309.1994.tb01035.x>

-Haute Autorité de Santé. Élaboration de recommandations de bonne pratique. Guide méthodologique: Méthode "Recommandation pour la pratique clinique" HAS; 2010, mise à jour 2020.

-Ingersoll, G. L. (2000). Evidence-based nursing : What it is and what it isn't. *Nursing Outlook*, 48(4), 151-152. <https://doi.org/10.1067/mno.2000.107690>

-Kouabenan, D., Cadet, B., Hermand, D. & Muñoz Sastre, M. (2007). Chapitre 1. Risque et perception du risque dans l'activité. Dans : Dongo Rémi Kouabenan éd., *Psychologie du risque* (pp. 15-27).

Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.kouab.2007.01.0015>"

- Kouabenan, D., Cadet, B., Hermand, D. & Muñoz Sastre, M. (2007). Chapitre 6. Des facteurs structurants aux biais ou illusions dans la perception des risques. Dans : Dongo Rémi Kouabenan éd., *Psychologie du risque* (pp. 77-89). Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.kouab.2007.01.0077>"
- Kouabenan, D., Desrichard, O., Dubois, M., De Gaudemaris, R., Mallaret, M. R., & Scarnato, F. (2003). Du diagnostic épidémiologique à la perception des risques de contamination par le SARM (staphylocoque doré) en milieu hospitalier. In D. R. Kouabenan, & M. Dubois (Eds.), *Les risques professionnels : évolutions des approches, nouvelles perspectives*. Toulouse : Octarès.
- Kouabenan, D., Munoz Sastre, M., Cadet, B. & Hermand, D. (2007). *Psychologie du risque*. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.kouab.2007.01>
- Milhabet, I., Desrichard, O. Verliac, J-F. (2002). Comparaison sociale et perception des risques : l'optimisme comparatif. In Beauvois, J-L, Joulé, R-V. & Monteil, J-M. (Eds). *Perspectives cognitives et conduites sociales, tome 8* (pp. 215-245). Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- Pellinghelli, C. (2009, décembre). Les protocoles de soins. *La revue de l'infirmière*. Vol.58, n°156, 30-32.
- Perloff, L. S., & Fetzer, B. K. (1986). Self–other judgments and perceived vulnerability to victimization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 502-510. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.3.502>
- Price, P. C., Pentecost, H. C., & Voth, R. D. (2002). Perceived Event Frequency and the Optimistic Bias : Evidence for a Two-Process Model of Personal Risk Judgments. *Journal of Experimental Social Psychology*, 38(3), 242-252. <https://doi.org/10.1006/jesp.2001.1509>
- Slovic, P. (1994). Perceptions of risk : Challenge and paradox. In B. Brehmer and N.-E. Sahlin (Eds.), *Future and Risk Management* (pp. 63-78) : Kluwer Academic Publishers.
- Spitzenstetter, F. (2006). Optimisme comparatif dans le milieu professionnel : l'influence de la fréquence et de la gravité sur la perception des risques d'accident du travail. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 12(4), 279-289. <https://doi.org/10.1016/j.pto.2006.05.001>
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Aspinwall, L. G., Schneider, S. G., Rodriguez, R., & Herbert, M. (1992). Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 460-473. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.3.460>

-Vigil-Ripoche, M. (2011). La culture infirmière et les « bonnes pratiques » issues des résultats de recherche. *Recherche en soins infirmiers*, 105(2), 3-3. <https://doi.org/10.3917/rsi.105.0003>

-Weinstein, N. D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(5), 806-820. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.39.5.806>

VI-Annexes.

Annexe I: Extrait du protocole administration des cytotoxiques selon les bonnes pratiques en pneumologie.

1. LORS DE L'ADMINISTRATION

- **Se munir d'une protection vestimentaire**

Surblouse hydrophobe à usage unique à manches longues, resserrée aux poignets

Gants à U.U. en nitrile

Masque chirurgical

Le port de lunettes de protection

Protéger l'environnement : Utiliser du matériel à U.U.

- **Éviter le contact au moment de l'administration :**

- **Administration injectable**

Utiliser des compresses stériles pour éviter toute fuite de produit

- **Administration per os**




Éviter la manipulation à mains nues

Le produit est remis au malade dans son emballage de protection

Ne pas fractionner, ne pas ouvrir les gélules

Informé le patient de se rincer la bouche après ingestion du médicament.

Annexe II. Présentation des différents EPI.

Equipement de Protection Individuelle (EPI)	Intérêt
<p data-bbox="201 360 435 389">Masque chirurgical</p> 	<p data-bbox="807 360 1385 472">Piège les gouttelettes de salive ou de sécrétion des voies aériennes supérieures lors de l'expiration de celui qui le porte.</p> <p data-bbox="807 528 1385 595">Protection contre une éventuelle projection de liquides biologiques.</p>
<p data-bbox="201 853 368 882">Masque FFP2</p> 	<p data-bbox="807 853 1182 882">Filtre l'air inspiré par le porteur.</p> <p data-bbox="807 927 1385 1039">Piège les gouttelettes de salive ou de sécrétion des voies aériennes supérieures lors de l'expiration de celui qui le porte.</p> <p data-bbox="807 1095 1385 1162">Protection contre une éventuelle projections de liquides biologiques.</p>
<p data-bbox="201 1379 719 1408">Surblouse hydrophobe à manches longues</p> 	<p data-bbox="807 1379 1385 1447">Protection cutanée contre d'éventuelles projections.</p>

Lunette de protection



Protection oculaire contre d'éventuelles projections.

Gants en nitrile



Protection cutanée des mains. Le nitrile étant la seule matière imperméable aux produits cytotoxiques.

Annexe III: Guide d'entretien.

1-Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ? Date de diplôme, services...

Objectif: déterminer le profil de l'IDE et le mettre en confiance

2-Dans votre pratique professionnelle, êtes-vous amené à manipuler des produits cytotoxiques ? A quelle fréquence ?

Objectif: mettre en lien les réponses avec la fréquence à laquelle sont manipulés les produits de chimiothérapie

3-Avez-vous été formé à la manipulation des produits cytotoxiques ? (IFSI/formation au sein du CHU...) Vous sentez-vous suffisamment formé ?

Objectif: les connaissances concernant les EPI sont-elles à jour ? suffisantes ?

4- Avez-vous connaissance d'un protocole de manipulation de produits cytotoxiques au sein du service ? L'avez-vous déjà lu ?

Objectif: la pratique professionnelle est-elle basée sur la preuve ?

5-Connaissez vous les équipements de protection individuelle (EPI) à porter lors de la manipulation de produits cytotoxiques ? Pouvez-vous me les lister ?

Objectif: les connaissances concernant les EPI sont-elles justes ?

6.1-Lors des manipulations de produits cytotoxiques portez-vous l'intégralité des EPI recommandés ?

Objectif: respect des protocoles

6.2-Si non, pouvez-vous m'expliquer les raisons qui vous poussent à prendre des distances avec les recommandations ?

Objectif: explorer la prise de distance avec les recommandations

7-Avez-vous des craintes à manipuler ce type de produits ? Si oui, quelles sont-elles et pourquoi ?

Objectif: perception du risque

8-Connaissez-vous les risques liés à la manipulation de produits cytotoxiques ? Pouvez-vous m'en parler ?

Objectif: perception des risques et mise en lien avec le respect ou non des protocoles

9.1- Sur une échelle de 0 à 10, à combien estimez-vous votre risque d'avoir un accident de travail lors de la manipulation de produits de chimiothérapie ?

Objectif: un biais d'optimisme comparatif est-il présent ou non ?

9.2- Sur une échelle de 0 à 10, à combien estimez-vous le risque qu'un de vos collègues infirmiers ait un accident de travail lors de la manipulation de produits de chimiothérapie ?

Objectif: un biais d'optimisme comparatif est-il présent ou non ?

10- Pensez-vous qu'un soin familial, réalisé quotidiennement peut entraîner une prise de distance avec les recommandations pour l'IDE ?

Objectif: l'IDE donne son avis sur la question de départ du travail de recherche

Annexe IV: Retranscription écrite entretien n°1.

ESI: Alors, du coup la première question c'est "Peux-tu me parler de ton parcours professionnel, ta date de diplôme et les services dans lesquels tu as exercé."

IDE: J'ai commencé mon parcours professionnel, donc j'ai eu mon BAC en 2015, baccalauréat S. Ensuite j'ai intégré une prépa au sein de la Croix-Rouge pour le concours d'infirmier en 2016, concours que j'ai obtenu. J'ai fait mon IFSI de 2016 à 2019 au CHU de ***** dans le Sud de la France. Parmi les stages au CHU de ***** j'ai fait notamment de la cancéro et de l'hématologie ce qui m'a beaucoup plus et ce qui m'a orienté vers le domaine de la cancérologie. Et après avoir eu mon diplôme du coup le 19 juillet 2019 j'ai commencé à travailler à ***** en neuro-oncologie, domaine des cancers du cerveau, le 2 septembre 2019, c'est mon premier poste et j'y suis toujours, ça fait un an et demi que je suis là-bas.

ESI: Alors, deuxième question, dans ta pratique pro est-ce que tu es amenée à manipuler des produits cytotoxiques et à quelle fréquence ?

IDE: On manipule des produits cytotoxiques entre généralement 1 à 3/4 fois par jour. On manipule des produits cytotoxiques, donc des chimiothérapies qui sont administrées par voie intra-veineuse, par voie orale et par voie intrathécale, c'est-à-dire injectées dans le liquide céphalo-rachidien.

ESI: Ok. Est-ce que tu as été formée à la manipulation des produits cytotoxiques, à l'IFSI, ou dans des formations que tu as pu recevoir au sein de ton établissement ?

IDE: Formée à l'IFSI du CHU de ***** , effectivement on a eu des cours théoriques sur la manipulation de produits cytotoxiques et j'ai été formée en tant qu'étudiante quand j'ai fait un stage en hématologie. En arrivant sur mon poste en neuro-oncologie j'ai été formé par les infirmières qui m'ont encadré mais je n'ai pas eu de formation concrète, je n'ai pas eu de journées dédiées à ça. J'ai eu très difficilement accès aux protocoles de chimiothérapie, c'était un truc un petit peu officieux qu'on se passait entre infirmières mais ça n'avait rien de validé, d'officiel pour l'hôpital donc c'est vrai que ça a été un petit peu dommage parce que ce sont des produits qui sont dangereux et auxquels on aurait besoin d'être peut-être plus formées pour pouvoir manipuler dans la sécurité des soignants.

ESI: Ok. Je reviendrais sur ce que tu as dit. Est-ce que tu te sens suffisamment formé en tant que professionnel ?

IDE: Moi oui parce que j'ai fait beaucoup de recherches de mon côté, sur internet etc... Parce que j'ai été active dans ma formation mais malheureusement je peux pas en dire autant pour tous mes collègues. Notamment des collègues aides-soignantes qui n'ont pas eu de formation dessus au sein de leur cursus scolaire et qui n'ont pas eu de formation non plus et qui sont exposées à des chimiothérapies directes, à des urines contaminées par les chimiothérapies etc...

ESI: Ok. Du coup je rebondis, enfin c'était ma prochaine question en faite sur ce que tu disais avec les protocoles. As-tu connaissance d'un protocole de manipulation de produits cytotoxiques au sein de ton service ? Et est-ce que tu l'as déjà lu ?

IDE: Protocole de manipulation ? On a les protocoles d'administration mais qui relèvent plus des thérapeutiques, avec les prémédications etc... Mais on a pas de protocole de pose de chimiothérapies en soi. De mémoire, on a deux protocoles relatifs aux chimiothérapies qui sont officiels, validés par des comités au sein de l'hôpital etc... Le premier c'est le protocole en cas d'extravasation de chimiothérapie et le deuxième c'est le protocole en cas de contamination de l'environnement par une chimiothérapie, dans le sens où si une poche se brise, si un patient arrache sa tubulure en cours de chimiothérapie etc...

ESI: Ok. La cinquième question, connais-tu les équipements de protection individuelle à porter lors de la manipulation de produits cytotoxiques et est-ce que tu peux me les citer ?

IDE: Je les connais de ce qu'on m'avait appris à l'école, je vais te faire ça en deux points, sur ce qu'on a appris à l'école et ce qu'on utilise concrètement au travail. Ce qu'on m'avait appris à l'école c'était pour le soignant de manipuler avec, bien entendu, pour une chimiothérapie intraveineuse, avec des gants, une sur blouse de protection en plastique, des sur-chaussures en cas où il y aurait des projections au sol, un masque chirurgical pour le soignant et de manipuler les tubulures dans des compresses pour éviter les micro-projections sur soi. Pour les chimiothérapies par voie orale, c'était des gants avec des cuillères pour pas toucher les gélules ni avec nos mains, ni avec nos gants. Ensuite concrètement quand j'ai commencé à prendre mon poste en oncologie, c'était à peine manipulé avec des gants, en faite c'est pas dans les habitudes visiblement sur ***** à ***** de se protéger du moins pas comme ce que j'avais appris dans le Sud, de se protéger intégralement avec une blouse, avec des compresses, avec des masques chirurgicaux etc...

ESI: Ok. C'est détaillé, je te remercie. Du coup la question suivante, lors des manipulations de produits cytotoxiques, est-ce que tu portes l'intégralité des équipements de protection qui sont recommandés ?

IDE: Du coup avec mes cours qui datent d'il y a deux ans, je ne sais plus trop ce qui est concrètement recommandé. J'essaie de porter le maximum pour me protéger moi, pour me protéger des risques qui sont induits par la chimiothérapie mais c'est pas toujours facile. Par exemple avec le coronavirus on a eu pas mal de manque de matériel, tout ce qui est sur-blouse ect c'est compliqué de dire aux collègues "Je prends une sur blouse pour poser une chimio" alors que c'est la pénurie et que personne ne fait ça quoi. Mais, je ne les porte pas tout le temps, c'est vrai. Y'a plusieurs raisons qui font que de temps en temps je ne les porte pas. Déjà il y a la contrainte du manque de matériel et il y a la contrainte du temps aussi. Il suffit que je sais déjà que je vais partir une heure en retard et que je suis fatiguée ect je vais peut-être pas m'habiller en entier. Et il y a l'expérience qui fait que par exemple comme j'ai plus de dextérité, j'ai acquis plus dextérité en 1 an et demi sur la manipulation des lignes je sais que j'ai moins de risque de m'auto-contaminée donc je peux me dire que si je porte pas les lunettes de protection ect ect je suis plus douée, donc je risque moins de me faire des micro-projections.

ESI: Ok. J'imagine qu'à ***** vous avez une pharmacie qui reconstitue les poches et vous les recevez déjà toutes prêtes avec la ligne purgée ?

IDE: Hochement de tête.

ESI: Est-ce que tu as des craintes à manipuler ces produits cytotoxiques ?

IDE: Non, les produits j'ai pas de craintes parce que c'est sécurisé au sein de la pharmacie qui les prépare effectivement et que moi j'ai fait mes recherches perso et j'estime, du moins j'espère que je mets en place les bonnes mesures. Ce qui me fait plutôt craindre c'est pour mes collègues parce que des fois je vois qu'elles s'exposent, des fois je vois qu'elles ont des gouttes de chimiothérapies sur les mains et que ça les dérange pas, elles passent un petit peu de gel hydroalcoolique.... Ca c'est vrai que ça m'interpelle, mais c'est les pratiques de tout à chacun quoi...

ESI: Est-ce que tu connais les risques liés à la manipulation des produits ?

IDE: Non, je suppose que ça doit être des risques de cancer, des risques d'altération de la fertilité, altération des cellules à renouvellement rapide. Mais je sais que en cours à l'IFSI, on nous avait juste dit "voilà attention c'est dangereux" mais on nous avait pas expliqué concrètement les risques encourus. A ***** c'est absolument impossible de trouver un protocole même en cherchant dans les classeurs, même en cherchant sur l'intranet où y'a tout plein de protocoles mais aucun sur les chimiothérapies, enfin c'est très compliqué... Du coup je les suppose mais je les connais pas.

ESI: D'accord. Est-ce que sur une échelle de 0 à 10, est-ce que tu peux me dire à combien tu estimes ton risque d'avoir un accident de travail lors de la manipulation de produit de chimio ?

IDE: Qu'est-ce que tu entends par accident de travail, c'est-à-dire une contamination de moi-même par une chimiothérapie ?

ESI: Oui.

IDE: Je dirai 4 et je dirai que notamment ce risque est pas nul par le fait que étant en neuro-oncologie tous les cancers qu'on traite à quelques rares exceptions sont des cancers du cerveau et ça donne des comportements parfois très confus et très désinhibés. Ça nous est arrivé récemment, un patient qui était perfusé sur sa chambre implantable qui a arraché sa tubulure avec les dents, qui l'a mâché, qui l'a mangé pendant qu'il avait sa chimio. Y'en avait partout... C'est vrai que le risque est plus induit par la non observance des patients, qui est due à leur maladie bien-sûr, qui n'est pas volontaire.

ESI: D'accord. Par rapport à ce qui s'est passé, il y a eu un suivi par la médecine du travail ou pas du tout ?

IDE: Alors c'est arrivé le matin, moi j'étais d'après-midi. C'est arrivé à 13h quand c'était le changement d'équipe. C'était un petit peu catastrophique, les collègues avaient juste des gants, même pas de sur-chaussures, y'avait de la chimio partout... Mais bon, quand je suis arrivée sur mon poste et que j'ai fait ces réflexions on m'a dit "Mais non c'est bon ça craint rien, ici on fait comme ça, personne n'est jamais malade" ...

ESI: Sur une échelle de 0 à 10 combien estimes-tu le risque qu'un de tes collègue infirmier est un accident de travail lors de la manipulation de produit de chimio ?

IDE: Ça dépend lesquels, y'en a qui sont très très scrupuleux et y'en a qui le sont moins. Mais je dirais, sur une moyenne peut-être, 5/6. Sachant qu'il y en a qui sont vraiment à 2/3 où le risque est juste induit par la confusion du patient et y'en a qui pourrait être à 7/8, ils purgent des tubulures remplies de chimiothérapie dans des gobelets en plastique sans gants...

ESI: La dernière question: "Penses-tu qu'un soin familial, qui est réalisé quotidiennement peut entraîner une prise de distance avec les recommandations pour l'infirmier qui réalise le soin ?"

IDE: Sûrement. Je l'avais un petit peu abordé dans le sens où parfois, par rapport à ma propre personne, je me protège pas autant parce que je sais que j'en ai posé des dizaines et des dizaines, pas forcément à raison mais j'estime que je me fais confiance et que ça ira si je me protège pas. Au-delà de ça, le fait que le geste soit familial ça veut dire qu'on l'a pratiqué beaucoup et ça veut dire qu'on s'éloigne encore de l'IFSI, ça me concerne pas mais des éventuelles formations qu'on pu avoir les infirmiers. Comme on s'éloigne de cette théorie là, on peut peut-être oublier les risques et donc s'exposer plus.

Annexe V: Retranscription écrite entretien n°2.

ESI: Est-ce que tu peux me parler de ton parcours professionnel, date de diplôme et les services dans lesquels tu as exercé ?

IDE: Alors j'ai été diplômée en 2007, j'ai commencé en cancérologie à l'hôpital de ***** pendant quelques mois. Après je suis arrivée au CHU, j'ai fait de la pneumologie entre autres parce qu'on fait beaucoup de service de remplacement, pendant quelques années. Après j'ai fait 7 ans de chirurgie digestive donc toujours avec de la cancéro et après je suis revenue en pneumologie pour la cancéro, les soins palliatifs, ce qui m'intéresse le plus.

ESI: Ok. Dans ta pratique professionnelle est-ce que tu es amenée à manipuler des produits cytotoxiques ? Et à quelle fréquence tu les manipules ?

IDE: Oui parce qu'on a un hôpital de jour pour les chimiothérapies et les immunothérapies et les thérapies ciblées aussi, c'est des comprimés, en per os quoi. Donc on en manipule, ça dépend de notre roulement mais en général au moins une fois par semaine. Et quand on est en hôpital de jour ça peut être toute la semaine, tous les jours de la semaine, 5 jours sur 7 jours ou quelques journées par ci par là. On pose une dizaine de chimio à chaque fois qu'on y est je pense, à peu près.

ESI: Est-ce que tu as été formée à la manipulation des produits cytotoxiques? Ça va de la formation en IFSI ou des formations que tu aurais pu recevoir au sein du CHU ou dans d'autres structures.

IDE: Formée sur le terrain oui. Après je sais que la médecine du travail, quand je suis revenue en pneumo j'ai eu un rendez-vous avec la médecine du travail et elle m'avait bien briefé sur l'utilisation des produits cytotoxiques avec les gants en nitrile, la casaque qui est imperméable, les lunettes et le masque FFP2. Nous en pneumo on utilise ça après c'est pas partout comme ça. Elle m'avait bien briefé sur la manipulation.

ESI: Tu te sens suffisamment formée à la manipulation des produits ?

IDE: Bah je pense qu'on est très bien protégés par rapport au ***** ou apparemment ils ne mettent pas toutes ces précautions là, ou en hématologie par exemple. Après je suis jamais allée donc je sais pas, mais je pense que nous on est pas mal.

ESI: Est-ce que tu as connaissance d'un protocole de manipulation ou d'administration des produits cytotoxiques dans le service ?

IDE: Oui sûrement qu'on a un protocole, où il est je ne sais pas mais je pense qu'on a un protocole.

ESI: Tu l'as déjà lu ?

IDE: Non je ne pense pas. On se fie beaucoup aux collègues et quand ils nous forment quand on arrive, on est doublés et on se fie beaucoup à ce que l'autre collègue nous raconte, on se fait confiance c'est vrai.

ESI: Tu as déjà un petit peu répondu à ça mais est-ce que tu connais du coup les équipements de protection individuelle qu'il faut porter lors de la manipulation des produits et est-ce que tu peux me les lister ?

IDE: Du coup nous on met toujours lunettes, lunettes perso ou les lunettes en plastique, des masques FFP2, ça c'est pas le FFP1 et c'est le FFP2, c'est très important. La casaque imperméable, plastifiée sinon ça peut traverser et les gants en nitrile, les gants bleus, mais pas les gants normaux.

ESI: Ok. Est-ce que toi tu les utilises tous quand tu poses une chimio ?

IDE: Ah oui, dès que je réceptionne je m'habille entièrement, dès que je pose et dès que j'enlève, j'enlève les chimios, dès que je déperfuse. Tout le temps. Tout le temps parce que justement la médecine du travail, du moins moi ils m'ont bien briefé pour dire "si vous voulez un bébé, il faut arrêter de manipuler des chimiothérapies", c'est que je pense qu'il y a un risque quand même pour nous et que c'est important de le faire. Après c'est personnel, moi je le fais dès la réception mais tout le monde ne le fait pas. Chacun fait comme il le sent, comme il l'entend.

ESI: Est-ce que tu as des craintes à manipuler ce genre de produit ?

IDE: Quand tu y es non, après quand on te dit qu'il faut quand même bien se protéger tout ça, tu te dis "ah oui y'a quand même un risque" Je suppose qu'il y a un risque, sinon on ne mettrait pas tout ça. Y'a 10 ans on ne mettait pas du tout ça, on mettait des gants normaux, on mettait pas de lunettes, on ne mettait pas de masques enfin voilà quoi.

ESI: Quand tu as commencé toi tu n'en portais pas ?

IDE: Ouais quand j'ai commencé en pneumologie, non on ne mettait pas tout ça. Donc oui je pense qu'il y a quand même des risques, des études là-dessus.

ESI: Du coup tu pourrais me nommer les risques ?

IDE: Je sais pas, franchement je sais pas mais plus tu manipules ces produits là, plus tu dois en avoir dans ton corps donc alors après, est-ce que ça ne modifie pas notre système cellulaire, sûrement mais je ne sais pas.

ESI: Je reviens à ce que tu disais sur la médecine du travail du coup, vous avez un suivi en médecine du travail ?

IDE: Normalement on a une consultation, tous au CHU, tous les professionnels, tous les ans mais des fois c'est un peu loupé. Et là je l'avais eu par hasard, mais tu vois ça fait deux ans que j'y suis et je n'ai pas eu d'autres rendez-vous.

ESI: Sur une échelle de 0 à 10, à combien estimes-tu ton risque d'avoir un accident de travail lors de la manipulation des produits de chimiothérapie ? Où 0 c'est aucun risque et 10 c'est sûr et certain que tu vas avoir un accident de travail.

IDE: Ça dépend, qu'est-ce que tu entends par accident de travail ? Avoir de la chimio sur soi ?

ESI: Par exemple, oui.

IDE: Si tu manipules bien et si tu ne fais pas tomber tes poches; c'est ultra bien rincé avant qu'on les enlève donc normalement y'a peu de risque quand même qu'on ait de la chimiothérapie à sortir sur nous. Y'a peu de risque, je dirai 2, ça peut arriver.

ESI: Même question mais pour un de tes collègues infirmiers ait un accident de travail lors de la manipulation entre 0 et 10?

IDE: Pareil je pense, s'il prend toutes les précautions y'a peu de risque. Je pense. Parce que même les tubulures sont purgées avec du sérum phy. Donc normalement on n'a pas de risque d'avoir des gouttes de chimio quand on pose. Et quand on enlève on rince au moins 10 minutes donc normalement il n'y a pas de goutte de chimiothérapie à être encore sur la tubulure. Enfin normalement, on est pas à 0 risque c'est sur.

ESI: Dernière question ? Penses-tu qu'un soin familial, qui est réalisé quotidiennement peut entraîner une prise de distance avec les recommandations pour l'infirmier ?

IDE: Je comprends pas trop là, un soin familial ?

ESI: Oui, un soin que tu vas réaliser quotidiennement, est-ce que tu penses que tu peux prendre des distances avec ce qui est recommandé du fait qu'il soit réalisé quotidiennement ?

IDE: Sûrement. Mais on ne s'en rend même pas compte. Je pense que quand ça arrive on se rend pas compte. Donc oui peut-être qu'on fait moins attention et on pense qu'on est pro là-dessus et qu'on fait systématiquement les choses. Comme quoi il faut avoir les bonnes bases dès le début, c'est ça qui est important.

Annexe VI: Tableau d'analyse des entretiens.

Objectif: quels sont les freins au respect des bonnes pratiques ?

Facteurs exogènes						
Manque de temps	Manque de matériel	Manque de formation	Manque de protocoles	Fréquence	Situations exceptionnelles	Influence d'autrui
<p>IDE B: "contrainte de temps" "je sais déjà que je vais partir une heure en retard et que je suis fatiguée ect je vais peut-être pas m'habiller en entier"</p>	<p>IDE B: "Avec le coronavirus on a eu pas mal de manque de matériel" "c'est compliqué de dire aux collègues" "Je prends une sur blouse pour poser une chimio" alors que c'est la pénurie" "contrainte du manque de matériel"</p>	<p>IDE B: "on aurait besoin d'être peut-être plus formées" "aides-soignantes qui n'ont pas eu de formation" "je n'ai pas eu de formation concrète, je n'ai pas eu de journées dédiées" "on nous avait pas expliqué concrètement les risques encourus"</p>	<p>IDE B: "très difficilement accès aux protocoles de chimiothérapie, c'était un truc un petit peu officieux qu'on se passait entre infirmières mais ça n'avait rien de valide, d'officiel pour l'hôpital" "c'est absolument impossible de trouver un protocole" "c'est très compliqué" "je les suppose mais je les connais pas"</p>	<p>IDE A: "on fait moins attention" "on pense qu'on est pro là-dessus et qu'on fait systématiquement les choses" IDE B: "le fait que le geste soit familier ça veut dire qu'on l'a pratiqué beaucoup"</p>	<p>IDE B: "comportements parfois très confus et très désinhibés" "a arraché sa tubulure avec les dents, qui l'a mâché, qui l'a mangé pendant qu'il avait sa chimio" "le risque est plus induit par la non observance des patients, due à leur maladie" "risque est juste induit par la confusion du patient"</p>	<p>IDE B: "j'ai fait ces réflexions on m'a dit ""Mais non c'est bon ça craint rien, ici on fait comme ça, personne n'est jamais malade"""</p>
2 verbatims	3 verbatims	4 verbatims	4 verbatims	3 verbatims	4 verbatims	1 verbatim

Facteurs endogènes		
Expérience	Confiance en soi	“Absence de rappel des connaissances”
<p>IDE B: “je me protège pas autant parce que je sais que j'en ai posé des dizaines et des dizaines”</p>	<p>IDE B: “j'estime que je me fais confiance et que ça ira si je me protège pas”</p>	<p>IDE B: “on s'éloigne encore de l'IFSI, des éventuelles formations” “on s'éloigne de cette théorie là” “oublier les risques et donc s'exposer plus”</p>
1 verbatim	1 verbatim	3 verbatims

Objectif: quels sont les facteurs favorisant le respect des bonnes pratiques ?

Facteurs exogènes	
Formation	Protocole
IDE A: "la médecine du travail m'avait bien briefé sur l'utilisation des produits cytotoxiques" "Elle m'avait bien briefé sur la manipulation" "On se fie beaucoup aux collègues et quand ils nous forment quand on arrive, on est doublés et on se fie beaucoup à ce que l'autre collègue nous raconte, on se fait confiance c'est vrai" "il faut avoir les bonnes bases dès le début"	IDE B: "on a deux protocoles relatifs aux chimiothérapies qui sont officiels, validés par des comités au sein de l'hôpital" "protocole en cas d'extravasation de chimiothérapie" "protocole en cas de contamination de l'environnement"
4 verbatims	3 verbatims

Facteurs endogènes	
Expérience	Perception des risques
<p>IDE B: "il y a l'expérience" "j'ai plus de dextérité" "j'ai acquis plus dextérité en 1 an et demi sur la manipulation des lignes, j'ai moins de risque de m'auto-contaminée" "je suis plus douée, donc je risque moins de me faire des micro-projections"</p>	<p>IDE A: "si vous voulez un bébé, il faut arrêter de manipuler des chimiothérapies" "il y a un risque quand même pour nous et que c'est important de le faire" "tu te dis "ah oui y'a quand même un risque" "Y'a 10 ans on ne mettait pas du tout ça" "il y a un risque, sinon on ne mettrait pas tout ça" "plus tu manipules ces produits là, plus tu dois en avoir dans ton corps"</p> <p>IDE B: "risques de cancer, des risques d'altération de la fertilité, altération des cellules à renouvellement rapide"</p>
4 verbatims	6 verbatims

Résumé.

Titre: Fréquence et prise de risque: exemple des soins infirmiers.

Résumé:

L'infirmier est quotidiennement confronté à des soins potentiellement dangereux pour lui-même. Mes expériences en stage m'ont permis d'observer que la gestion de ce caractère dangereux n'est pas la même pour tous les professionnels, certains cherchant à s'en protéger et d'autres non. Ce travail a tenté de répondre à comment la fréquence d'un soin infirmier, par exemple l'administration de chimiothérapie, peut avoir une influence ou non sur la prise de distance avec les recommandations de bonnes pratiques.

Après une recherche dans la littérature scientifique sur de possibles éléments de réponse, tel que l'optimisme comparatif, un guide d'entretien a été élaboré. Deux infirmières exerçant dans des services d'oncologie ont été interrogées et ont apporté leurs propres réflexions.

De nombreux facteurs exogènes tel que le manque de temps ont pu être mis en évidence pour expliquer les prises de distance avec les recommandations. Les facteurs endogènes sont plus difficilement évoqués car potentiellement camouflés par des mécanismes de défense.

La prise de distance avec les recommandations est multifactorielle. La prévention reste un point essentiel pour donner toutes les informations nécessaires aux soignants afin qu'ils fassent des choix en toute connaissance de cause.

MOTS-CLÉS: SOINS INFIRMIERS / FRÉQUENCE / BONNES PRATIQUES / PRISE DE RISQUE / OPTIMISME COMPARATIF

Abstract.**Title: Frequency and risk taking: example of nursing care.****SUMMARY:**

The nurse is daily confronted with potentially dangerous nursing care for himself. My experience as a student allowed me to observe that management of dangerousness is not the same for every professional. Some of them try to protect themselves and others do not. This study attempts to answer how the frequency of a nursing care, for example the administration of chemotherapy which is dangerous/risky can influence the good practice's respect.

After looking for possible answers through the scientific literature, such as comparative optimism, an interview guide has been developed. Two nurses working in oncology departments were interviewed and provided their own thoughts.

Many exogenous factors such as the lack of time have been identified to explain the distancing from the recommendations. Endogenous factors are more difficult to evoke because they are potentially hidden by defense mechanisms.

Distancing from recommendations is multifactorial. Prevention remains an essential point in providing all the necessary information to caregivers so that they can make informed choices.

KEYWORDS: NURSING CARE / FREQUENCY / GOOD PRACTICES / RISK TAKING / COMPARATIVE OPTIMISM