

**PREVENTION ET PORT
DES EQUIPEMENTS DE
PROTECTION INDIVIDUELLE**

6. UN CENTRE HOSPITALIER
**L'application des prescriptions de sécurité
par le personnel infirmier**

Christian DAVILLERD
Département Homme au Travail
Laboratoire Ergonomie et Psychologie
Appliquées à la Prévention

*Publication réalisée dans le cadre de l'étude A.8/1.010
"Analyse ergonomique des difficultés rencontrées
par les opérateurs lors de la mise en œuvre
des prescriptions de sécurité dans le travail"*

Présentation générale des travaux de l'INRS sur le thème du port des EPI

Les Directives Européennes relatives à la sécurité prescrivent la fabrication et l'utilisation d'équipements de protection individuelle (EPI) normalisés et certifiés conformes par les organismes habilités. Et cependant, le port de ces équipements apparaît assez inégal dans l'ensemble des secteurs professionnels, en particulier dans les activités agricoles et forestières.

Au-delà de fréquentes questions sur le choix de protecteurs appropriés à différentes situations de travail, les préventeurs se trouvent plus généralement confrontés à une réticence diffuse des utilisateurs potentiels.

Pour répondre à ces questions et mieux comprendre les causes potentielles de non-port, ainsi que les facteurs d'acceptation, l'INRS (Département Homme au Travail, Laboratoire Ergonomie et Psychologie Appliquées à la Prévention) a initié une série d'études destinées à mieux orienter les actions de prévention sur ces problèmes.

La première étude a consisté à faire un point des connaissances bibliographiques dans ce domaine, qui a été déjà publié en 1997 sous le titre "*Conditions d'acceptation des équipements de protection individuelle : étude bibliographique et position du problème*" (Note Scientifique et Technique INRS, NS 152).

Un ensemble d'études menées dans différents secteurs d'activité offre l'opportunité d'une réflexion plus approfondie sur la spécificité de la protection individuelle dans la Prévention. Certaines discussions classiques sur les EPI, par exemple sur le conflit de critères entre confort et protection de l'utilisateur, pourraient sans doute être peu à peu éclairées grâce aux retombées de la normalisation et à l'amélioration des matériels, mais aussi comme le montre la majorité des études, au niveau de l'organisation même de la gestion des EPI en entreprise.

Prévention et port des équipements de protection individuelle :

1. Les activités de bûcheronnage (NST n° 210 - Novembre 2001).
2. Les activités d'élagage (NST n° 211 - Novembre 2001).
3. Les métiers du cheval (NST n° 212 - Novembre 2001).
4. L'utilisation de produits phytosanitaires (NST n° 213 - Novembre 2001).
5. Une usine sidérurgique (NST n° 214 - Novembre 2001).
6. Un centre hospitalier (NST n° 215 - Novembre 2001).

Ces publications peuvent être obtenues sur simple demande à l'INRS.

Résumé.....	1
INTRODUCTION.....	2
▪ Exposé des motifs et objectifs.....	2
▪ Méthode.....	3
LE GROUPE HOSPITALIER.....	4
LES PERSONNES INTERROGEES.....	4
LES DIFFERENTS MOYENS DE PREVENTION.....	5
▪ Les équipements de protection individuelle.....	5
<i>Les gants</i>	5
<i>Les vêtements</i>	7
<i>Le masque</i>	7
<i>Les lunettes</i>	8
▪ Une pratique : le lavage des mains.....	9
▪ Un matériel de prévention : le container.....	9
▪ D'autres moyens de prévention.....	10
LE MATERIEL UTILISE PAR LES INFIRMIERES.....	11
▪ Types de matériels protégés et non protégés.....	11
▪ Les tests et essais de nouveau matériel.....	11
<i>Déroulement général de ces tests</i>	11
<i>Le vécu de ces tests</i>	11
<i>Les problèmes rencontrés au cours de ces tests</i>	12
<i>Après les tests</i>	13
▪ Matériel utilisé : proposé ou imposé?.....	14
<i>La formation, l'information au sujet de ce matériel</i>	14
<i>L'utilisation du matériel recommandé</i>	15
▪ Choix personnel du matériel.....	16
<i>Un choix en fonction de critères personnels</i>	16
<i>Retour à l'ancien matériel</i>	17
▪ Cohabitation et utilisation de matériels protégés et non protégés.....	18
<i>Cohabitation déclarée</i>	19
<i>Utilisations relatives déclarées</i>	19
▪ Appréciations sur le matériel protégé.....	20
<i>Disponibilité</i>	20
<i>Satisfaction</i>	20
<i>Les modifications</i>	20
▪ Appréciations sur le matériel non protégé.....	22
<i>Fréquence d'utilisation</i>	22
<i>Ses avantages</i>	23
<i>Ses inconvénients</i>	23

LES MODES OPERATOIRES	24
▪ Différences entre injection et prélèvement.....	24
<i>Au niveau du matériel</i>	24
<i>Au niveau du mode opératoire</i>	25
<i>Au niveau de la perception des risques</i>	25
▪ Attitudes par rapport au mode opératoire recommandé.....	27
▪ Manières de travailler prescrites / réellement pratiquées	29
<i>Des écarts déclarés</i>	29
<i>Pour des raisons</i>	30
LES CONDITIONS DE TRAVAIL	30
▪ Environnement et organisation	30
<i>Le container</i>	30
<i>L'emplacement de travail</i>	31
<i>La présence d'autres personnes</i>	31
<i>La préparation du travail</i>	31
<i>Contraintes de temps, urgences</i>	32
<i>Interférence des tâches, interruptions</i>	32
<i>Coopération avec d'autres personnes</i>	32
<i>La réorganisation des équipes, les remplacements</i>	33
▪ Relations à d'autres groupes	33
<i>Les patients et leurs familles</i>	33
<i>Les médecins</i>	34
<i>Les collègues</i>	34
<i>L'encadrement</i>	34
▪ Rôle attendu du cadre infirmier	34
<i>Gestion du personnel</i>	34
<i>Gestion du matériel</i>	35
ACCIDENT, MALADIE ET CONCEPTION DU METIER D'INFIRMIERE	35
▪ Les accidents.....	35
<i>Accidents avec seringues</i>	36
<i>Autres accidents</i>	36
▪ Appréhension de l'accident ou de la maladie.....	37
▪ Compétences techniques, compétences relationnelles	38
▪ Sécurité personnelle / sécurité du malade.....	39
CONCLUSION.....	40
BIBLIOGRAPHIE.....	41

Résumé

Malgré les avancées conjointes de la réglementation, de la normalisation, de la certification des équipements de protection individuelle (EPI) et de la prescription obligatoire en cas de risque résiduel, les préventeurs observent encore sur le terrain de nombreuses réticences au port des EPI et à l'utilisation de matériel protégé.

Une étude, qui repose sur un certain nombre de demandes officielles parvenues à l'INRS, se propose d'aider à mieux comprendre les raisons objectives de la non-utilisation systématique, par le biais des difficultés réelles rencontrées par les opérateurs dans la mise en œuvre de ces équipements, et ce dans différents secteurs d'activité.

La méthode utilisée consiste essentiellement en un recueil de l'opinion de 279 utilisateurs au total à l'aide d'un guide d'entretien semi-directif, replacé dans un contexte global incluant l'environnement de l'opérateur et complété par des observations sur le terrain. Elle se déroule dans une usine métallurgique, un grand hôpital et 4 secteurs agricoles : milieux hippiques, élagage, bûcheronnage ou utilisateurs de produits phytosanitaires.

Les résultats présentés ici concernent l'étude réalisée dans les différents services d'un grand hôpital parisien.

INTRODUCTION

Exposé des motifs et objectifs

Malgré une avancée de la réglementation et des efforts conjoints de normalisation et de certification des EPI, ainsi que la généralisation d'une prescription obligatoire en cas de risque résiduel, les préventeurs observent encore sur le terrain une inapplication fréquente des prescriptions de sécurité et des réticences au port des EPI, souvent dues à des difficultés d'application sur le terrain.

Ce sujet revêt une importance paradoxale, dans la mesure où :

- les prescriptions de sécurité sont de plus en plus associées à des procédures de travail codifiées (normalisation internationale, démarches qualité) ;
- les activités sont de plus en plus mécanisées, automatisées, soustrayant ainsi de manière grandissante l'homme au risque ;
- l'acceptabilité des EPI est constamment améliorée, grâce aux recherches techniques et ergonomiques ;
- les EPI deviennent maintenant beaucoup plus proposés ou suggérés qu'imposés.

Plusieurs demandes étant parvenues à l'INRS en ce sens, des milieux aux composantes fort hétérogènes ont pu être retenus pour la réalisation de cette étude :

- quatre services d'un grand hôpital parisien ;
- neuf services d'une usine de métallurgie lourde ;
- différentes activités jugées représentatives de quatre secteurs agricoles, dans le cadre d'une convention avec le ministère de l'agriculture : bûcheronnage, élagage, utilisation des produits phytosanitaires et milieux hippiques.

Cette étude se propose d'aider à mieux comprendre les raisons objectives du non port systématique de l'équipement de protection individuelle ou de la non utilisation des matériels protégés mis à disposition des opérateurs. La démarche, volontairement déclinée dans des domaines très divers, devant permettre d'atteindre à terme un certain niveau de généralisation par rapport aux différents problèmes, au départ plus ou moins spécifiques, des différentes situations successivement rencontrées. Il s'agit là, à partir essentiellement de recueil d'opinion des utilisateurs sur les difficultés de port et d'observations de situations de travail, de fournir une meilleure connaissance de la réalité du terrain aux fabricants d'EPI et aux prescripteurs. Cette étude se veut donc un apport plus ergonomique aux nombreuses recherches techniques déjà réalisées, par les fabricants notamment. Elle passe par la nécessaire prise en compte de la part relative de la prescription de sécurité parmi les nombreuses autres prescriptions qui se côtoient habituellement dans l'entreprise : objectifs à atteindre, consignes d'utilisation du matériel, démarches internes... et donc par l'écart entre sécurité prescrite et sécurité réelle selon différents types de situations. Un écart qui sera interprété à partir des raisons évoquées du non-port, souvent très liées aux difficultés réelles rencontrées par les opérateurs. Sans oublier la prise en compte des logiques pouvant s'avérer fort différentes entre concepteurs, raisonnant souvent en termes d'acceptabilité, et utilisateurs, chez qui on observe plutôt une acceptation différentielle en fonction des contextes d'utilisation.

Méthode

Elle consiste essentiellement en une combinaison :

- ***D'une approche générale préalable*** de chaque secteur investigué avec préventeurs, directions, fonctionnels de l'entreprise (CHSCT, formateurs, responsables d'entités, médecins du travail...) ;
- ***D'entretiens semi-directifs***, réalisés directement auprès des opérateurs à l'aide d'un guide spécifique à chaque secteur, mais présentant une trame homogène commune. Un recueil pensé dans une optique permanente d'approche globale de la situation, incluant un maximum de facteurs environnants, suffisamment complet pour permettre à l'opérateur de prendre un certain recul par rapport aux exigences quotidiennes de son travail. La durée de l'entretien, toujours en face à face et sur les lieux mêmes du travail, se situe entre une et deux heures, selon les personnes rencontrées ;
- ***D'observations sur le terrain*** (généralement en compagnie de l'opérateur) d'éléments concrets mis en évidence lors de la discussion, complétant ce recueil d'opinion des utilisateurs ;
- De nombreux ***échanges complémentaires*** et de confrontations avec différentes personnes des entreprises visitées, ainsi qu'avec des instances extérieures (revendeurs, préventeurs, inspection du travail, normalisateurs, ministères...). Notamment une confrontation avec les avis des préventeurs présents, permettant de resituer le recueil parmi d'autres éléments législatifs, normatifs ou comparatifs d'une région à une autre, ou encore d'un secteur d'activité à une autre.

Les opérateurs ont été interrogés sur la nature et les conditions d'exécution de leur tâche ainsi que sur les risques afférents, la prévention et les protections possibles dans leur activité, les équipements de protection individuels ou matériels protégés mis à leur disposition, les modes de gestion de ces EPI, leur utilité perçue en fonction des contextes, sans oublier bien sûr les facteurs économiques, bien souvent déterminants.

L'étude présentée ici s'inscrit dans le cadre de l'étude INRS A.8/1.010 "Analyse ergonomique des difficultés rencontrées par les opérateurs lors de la mise en œuvre des prescriptions de sécurité dans le travail".

Après des entretiens approfondis avec des personnes représentant diverses instances fonctionnelles et décisionnelles de l'hôpital (médecine du travail, CHSCT, surveillantes hygiénistes, formation, responsables de soins infirmiers, chefs de service...) un questionnaire-type a été élaboré.

C'est le résultat de l'exploitation des déclarations à ce questionnaire, auquel ont répondu 52 infirmières, qui est présenté ici.

Les résultats de cette enquête s'articulent autour des thèmes suivants :

- les moyens de prévention disponibles ;
- le matériel utilisé par les infirmières : type, avantages, inconvénients, progrès accomplis, améliorations possibles ;
- les modes opératoires et prescriptions de sécurité : possibilités et limites d'application ;
- les conditions organisationnelles de travail : environnement, contexte relationnel ;
- les accidents et l'évaluation du risque.

Dans le contexte médical particulier des soins assurés dans ces services hospitaliers, il n'était pas possible de compléter les résultats d'enquête par des observations ergonomiques du travail. Les résultats ici présentés pourront toutefois être confrontés à ceux d'autres études spécifiques (par enquêtes ou observations) réalisées dans ce type de secteur.

LE GROUPE HOSPITALIER

Il fait partie de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), qui regroupe 41 hôpitaux et groupes hospitaliers, implantés à Paris, en Île-de-France et en province. Un total de 25 470 lits couvre l'ensemble des disciplines médicales, chirurgicales et obstétricales, mais aussi le moyen séjour et le long séjour. L'AP-HP est un établissement public de santé, dont le Conseil d'administration est présidé par le maire de Paris, son directeur général est nommé en conseil des ministres. Elle est à la fois établissement de soins, lieu d'enseignement et centre de recherche. Elle participe aussi à l'aide médicale urgente (SAMU), ainsi qu'à de nombreuses actions de dépistage et de prévention.

Le groupe hospitalier retenu pour cette enquête disposait en 1998 d'un budget de fonctionnement de 1 milliard 250 millions de francs. Il disposait de 1 180 lits, dont 177 de moyen et long séjour. 4 068 personnes y travaillent dont 1 100 médecins et 2 968 paramédicaux, répartis en 51 services différents. On y dénombre par an 51 719 admissions, 252 733 consultations, dont 45 727 en urgences médicales.

Quatre services de ce groupe hospitalier ont été retenus ici : infectiologie, maladies infectieuses et tropicales, médecine interne et urgences.

LES PERSONNES INTERROGÉES

- 52 infirmières ont été interrogées, se répartissant de la façon suivante entre les 4 services :

	Infectiologie	Maladies infectieuses tropicales	Médecine interne	Urgences	Total
Nombre de personnes interrogées	9	19	11	13	52

- 32 personnes exercent la fonction depuis plus de 5 ans, 13 entre 2 et 5 ans, 4 entre 1 et 2 ans et 3 sont infirmières depuis moins d'un an.
- 19 personnes exercent dans leur service actuel depuis plus de 5 ans, 17 entre 2 et 5 ans, 6 entre 1 et 2 ans et 10 depuis moins d'un an.

LES DIFFERENTS MOYENS DE PREVENTION

Parmi les différents moyens de prévention à la disposition des infirmières, on peut distinguer des équipements de protection individuelle des pratiques recommandées, des matériels sécurisés.

Les équipements de protection individuelle

Les gants

	Infectiologie	Maladies infectieuses tropicales	Médecine interne	Urgences	Total
	9 = 100%	19 = 100%	11 = 100%	13 = 100%	52 = 100%
Déclaration d'utilisation	9 = 100% <i>avec beaucoup de réserves</i>	11 = 58%	8 = 73%	11 = 85%	39 = 75%

Les gants sont déclarés régulièrement utilisés par les trois quarts des personnes interrogées, avec une variation qui semble importante selon les services :

- C'est au service des "urgences" que les gants semblent le plus portés à la fois quantitativement (85% des déclarations) et qualitativement : on déclare les mettre le plus souvent "*systématiquement*" ou "*en permanence lors des soins*". Les élèves infirmières qui les portent systématiquement semblent avoir ici donné l'exemple. Le service reçoit en effet un grand nombre de patients infectieux et se trouve fréquemment confronté aux problèmes d'hépatites. Une minorité d'adeptes avoue cependant se fier au contexte pour les mettre, invoquant la non mise à disposition systématique dans les salles, ou encore les problèmes d'approvisionnement du lundi matin.
- En "médecine interne", les 3/4 les utiliseraient assez régulièrement, avec pour motivation principale de se prémunir contre "*ce qui est sale*" (crachats, pansements, sécrétions en particulier lors des toilettes). Le risque de contact avec le sang ne venant qu'ensuite. On pense aussi ici parfois à se protéger des produits agressifs, tels ceux liés aux traitements de chimiothérapie. Mais aussi parfois plus ponctuellement, dans des cas bien spécifiques : état des mains de l'opérateur, qualité veineuse du patient, présence de virus HIV, absence d'urgence...
- Toutes les infirmières du service "maladies infectieuses et tropicales" interrogées évoquent, elles aussi, des situations bien particulières d'utilisation qui les conduit à ne jamais utiliser ces gants de manière systématique. Situations qui, curieusement, sont loin de faire l'unanimité : pour effectuer des raccords de tubulure, en présence d'un matériel qui fuit ou d'un patient agité, de produits antiviraux puissants, ou lorsque l'on a soi-même des coupures... Seule l'utilisation pour éviter les salissures dues aux soins d'hygiène revient un peu plus régulièrement (5). Mais aucune utilisation médicale ne se détache nettement (perfusion, prélèvements...). Chaque infirmière aurait donc ses propres bonnes raisons de les utiliser... ou plutôt, cas bien plus fréquent, de ne pas les utiliser ! On invoque ici le non-apprentissage à l'école (4), la difficulté accrue pour piquer ou prélever (6).
- De même, si la totalité des personnes interrogées au service "infectiologie" déclarent utiliser les gants, elles émettent à ce sujet énormément de réserves. 8 personnes affirment en effet d'emblée ne jamais les utiliser systématiquement, voire même très peu les utiliser : "*C'est loin d'être un réflexe*". Et l'on énumère alors "les cas particuliers" de port du gant : soit par rapport à soi-même : coupures aux mains ou mains abîmées (3), soit par rapport au malade : risque qu'il

représente ou état de ses veines (3). Mais aussi pour des tâches bien particulières, soit générales (4) : toilettes, nursing, vidage bocal urines, présence de crachats sur les draps, soit plus médicales (4) : pansements pour éviter la transmission des germes en cas d'escarres, perfusion pour les branchements ou quand on désadapte le cathon, transfusion en présence de sang sur la tubulure. Une seule personne les porterait systématiquement depuis l'école et ne saurait pas piquer sans : *"un jour j'ai voulu piquer une veine tarabiscotée sans gant, j'ai raté car je n'étais pas bien dans ma tête"*. On perçoit ici l'importance d'un apprentissage fait avec les gants : cette personne déclare même *"tout faire avec les gants, même les lits"*. Et donne quelques précisions sur leurs séquences d'utilisation en fonction des étapes de son mode opératoire : *"1) je repère la veine sans gants, 2) je pique avec les gants, 3) je retire les gants quand je jette le vacu dans le container et après avoir fait le pansement au malade"*.

Au niveau des déclarations, tous services confondus, les inconvénients l'emportent nettement (75 citations) sur les avantages (20).

- Au chapitre des **avantages**, on assimile volontiers les gants, à *"un bouclier qui rassure, une barrière contre les infections, la contamination, les bêtes qui grouillent"*, mais aussi parfois à une simple protection contre les salissures. On insiste sur leur complémentarité avec les autres matériels disponibles, notamment le container. Et on évoque aussi parfois l'effet d'essuyage (sans toutefois trop y croire) en cas de piqûre accidentelle ainsi que leur utilité jugée indéniable lorsque la peau est abîmée.
- **Les inconvénients** relevés font par contre l'objet de développements beaucoup plus détaillés :
 - absence de sensation du toucher, de sensibilité (22), que le port du gant émousserait : *"je les utilise peu car je suis tactile", "je préfère le massage du malade sans gants"*. On précise que cette sensation est absolument indispensable dans certains cas comme les grosses perfusions, car *"on pique là au toucher, pas à la vue"*. Qui irait jusqu'à amoindrir le contact humain *"je n'aime pas toucher le malade avec les gants, sauf si le risque est extrême, quand on touche, il y a quelque chose qui passe, c'est très important"*.
 - dextérité entravée, moins bonne précision du geste, évoquée spontanément par 22 personnes : *"sans gants, on se sent plus sûre de son geste pour piquer", "les gants, ça ne va bien que quand on a des gros boulevards à piquer"*. On trouve de ce fait les gants peu adaptés à la prise de sang, à l'injection, au prélèvement, conduisant même une infirmière à déclarer : *"je ne les utilise jamais pour piquer"*. Ce qui fait qu'ils ne sont souvent utilisés que dans des cas bien particuliers : pour éviter de recevoir du sang lors d'une perfusion, en présence d'un patient sidéen ou d'un SDF, ou lorsque l'on a des lésions sur la peau. Ou encore à certains moments précis du geste : *"on repère d'abord à mains nues, puis on enfle le gant et on pique"*. La notion de temps apparaît aussi importante, aux urgences notamment : *"quand il y a un arrêt cardiaque, on n'a pas toujours le temps de les mettre"*.
 - scepticisme vis-à-vis de l'efficacité (10) : *"ça n'empêchera pas une aiguille de traverser"*, une impression diffuse que cette protection serait de toute manière bien vulnérable et son efficacité discutable.
 - les gants ne semblent pas toujours jugés très confortables, ce qui conduit à évoquer leurs mauvaises qualités intrinsèques (9) : *"il faut les mettre, les enlever sans arrêt, ils collent, surtout ceux en vinyle, ils glissent et on transpire à l'intérieur, ils fripent, il nous faudrait des gants de chirurgien"*.
 - allergies possibles (5) : *"ceux en PVC ne sont pas souples et on n'obtient pas de latex à cause du coût"*.
 - problème de taille (5) : *"on nage parfois un peu, il n'y a pas toujours les tailles adaptées à chacun"*.
 - et enfin, il arrive aussi tout bonnement, qu'il n'en ait jamais été fait mention lors de l'apprentissage à l'école...

Les vêtements

	Infectiologie	Maladies infectieuses tropicales	Médecine interne	Urgences	Total
	9 = 100%	19 = 100%	11 = 100%	13 = 100%	52 = 100%
Utilisation déclarée des vêtements	2 = 22%	15 = 79%	7 = 64%	3 = 23%	27 = 52%

C'est dans le service "maladies infectieuses et tropicales" que les vêtements sont principalement utilisés : blouses (7), surblouses (5), tabliers (6) protègent ici surtout des "soins sales", tels que toilettes ou changes. Mais on y utilise aussi parfois accessoirement la blouse pour une préparation de chimiothérapie ou pour protéger le malade de bactéries ou de maladies de peau.

En "médecine interne", on cite surblouses, tabliers, bavettes (pour le nursing), tuniques, surchausses, casaques. Une utilisation qui se rencontre surtout en présence de malades en isolement et qui concerne à la fois la protection du malade et celle du personnel soignant. Le casque stérile y est aussi employé ponctuellement pour assister le médecin dans la pose de voie veineuse centrale.

Les vêtements sont très peu employés aux "urgences" et en "infectiologie", essentiellement pour se prémunir surtout des "petites bêtes", des poux, de la gale "*souvent présents sur les SDF*" : on utilise alors quelques casaques stériles jetables. Et on regrette ici l'absence de surblouses, qui conduit "*à se confectionner soi-même ses propres matériels de protection, pas toujours adaptés*", alors que l'on souhaiterait "*un vêtement type pyjama, que l'on jetterait après*".

Le masque

	Infectiologie	Maladies infectieuses tropicales	Médecine interne	Urgences	Total
	9 = 100%	19 = 100%	11 = 100%	13 = 100%	52 = 100%
Utilisation déclarée du masque	4 = 44%	19 = 100%	11 = 100%	13 = 100%	47 = 90%

Le masque est utilisé par l'ensemble des personnes interrogées dans la plupart des services, exception faite de l'infectiologie, où il ne touche qu'à peine la moitié des infirmières interrogées.

Dans le service "maladies infectieuses et tropicales", c'est essentiellement pour se protéger du BK et donc de la tuberculose (13). Mais le masque peut aussi jouer un rôle important pour protéger le patient, notamment lorsque celui-ci est immunodéprimé (8). Deux sortes de masques coexistent d'ailleurs, spécifiques à ces deux types d'utilisation. Les masques sont également employés, mais de manière plus marginale cette fois, pour se prémunir des projections, pour les soins spécifiques liés à l'utilisation des chambres implantables ou encore pour éviter l'inhalation de certains produits antiviraux.

En "médecine interne", le masque est surtout utilisé dans un but de protection du malade (9), plus que pour celle du soignant. Il arrive fréquemment que malade et personnel soignant en portent conjointement, afin de protéger également le malade de lui-même. En utilisation plus spécifique, on relève particulièrement l'utilisation du "port a cath", qui nécessite une stérilité sans faille (3).

Aux "urgences", on l'utilise particulièrement en cas de suspicion (8), notamment de tuberculose (6) mais aussi de pneumopathie. Conjointement, on utilise fréquemment aussi la visière (7), pour protéger ses yeux des projections, notamment lors d'intubations, en acte de chirurgie, lors des

gestes invasifs ou en présence de plaies ouvertes. On l'utilise particulièrement face aux sidéens (hémorragies, toux, crachats). Ici aussi, le masque est considéré comme protection à double sens : il servira aussi bien à protéger le malade, lorsque le soignant est enrhumé, par exemple.

En "infectiologie" cohabitent trois types de masques: orange pour tuberculose, blanc pour protection du malade et bleu pour soins de réanimation et chirurgie. Un choix judicieux préalable est donc primordial. Les utilisations mentionnées ici concernent la présence de malades contagieux ou les infections entériques (selles, gales).

Les lunettes

	Infectiologie	Maladies infectieuses tropicales	Médecine interne	Urgences	Total
	9 = 100%	19 = 100%	11 = 100%	13 = 100%	52 = 100%
Utilisation déclarée des lunettes	0	9 <i>avec beaucoup de réserves</i>	? <i>très rares utilisations</i>	7 <i>rares utilisations</i>	?

Plus que le nombre de personnes déclarant les utiliser, il est intéressant de remarquer que ces utilisations se font actuellement de plus en plus rares et sont généralement assorties de beaucoup de réserves.

Une des principales motivations pouvant justifier ce port semblait être la préparation des chimiothérapies : 18 citations au total réparties entre "médecine interne" et "maladies infectieuses et tropicales". Or, ce type de préparation se fait maintenant de plus en plus rare dans les services, les produits arrivant la plupart du temps prêts à l'emploi.

Les utilisations résiduelles actuelles seraient donc de ce fait aujourd'hui très ponctuelles : manipulation de produits agressifs ou hostiles, antiviraux, aérosols, produits toxiques, nouveaux traitements (4), crainte de projection de sang (évacuations de plaies, manipulations de poches de sang ou risque de pression). Aux urgences, on utiliserait ce matériel "*apparu concomitamment au sida*", en fonction de la pathologie du patient (furoncle, abcès) ou du geste à effectuer.

Une des raisons de leur non utilisation résiderait dans leur non-disponibilité : "*il y en a deux pour le service, généralement sur le chariot d'urgence*", mais aussi par le fait que l'on utilise plus facilement la visière, protection jugée plus globale.

Une pratique : le lavage des mains

	Infectiologie	Maladies infectieuses tropicales	Médecine interne	Urgences	Total
	9 = 100%	19 = 100%	11 = 100%	13 = 100%	52 = 100%
Lavage des mains	5 = 56%	15 = 79%	11 = 100%	13 = 100%	44 = 85%

85% des personnes interrogées se déclarent concernées par cette mesure jugée élémentaire : *"ce n'est pas un moyen de protection, c'est le B.A.-BA de l'hygiène, le premier geste du soignant, le premier cours de la formation d'infirmière"*, un moyen basique de prévention *"devenu un réflexe, partie intégrante du geste"*. Deux services ("médecine interne" et "urgences") déclarent unanimement la pratiquer en permanence. Certaines infirmières déclarent avoir été sensibilisées par la vue de leur main dans une boîte de Pétri, d'autres encore par affiches. Il n'y a que dans les rares cas d'urgence vitale que l'on "s'autoriserait" à passer outre. Le temps de lavage prescrit est de 3 minutes, avec un savon adapté.

Le lavage des mains est pratiqué de manière assez systématique :

- avant les soins pour préserver le malade que l'on sait vulnérable : *"on se lave surtout les mains avec les immuno-déprimés, pour ne pas leur transmettre d'infection"* ;
- et donc à chaque nouveau malade : *"car on risque de transporter des klebsielles"* ;
- après les soins pour se protéger soi-même ;
- en entrant ou en sortant d'une chambre, pratique largement incitée et facilitée par la présence dans chaque chambre et à chaque poste de soins d'un petit lavabo réservé à cet usage.

Très peu déclarent se laver les mains lors de tâches spécifiques, démontrant là encore une utilisation réflexe, non différenciée : une seule déclare le faire *"avant une piqûre ou pour enlever du talc"*.

Une réserve émise à cette pratique réside dans le port du gant, qui la rend moins pratique à mettre en œuvre ou la fait apparaître moins nécessaire. Et une personne parle aussi, au titre des inconvénients secondaires, de sa peau *"bousillée à cause de cette pratique, notamment l'hiver"*.

Un matériel de prévention : le container

	Infectiologie	Maladies infectieuses tropicales	Médecine interne	Urgences	Total
	9 = 100%	19 = 100%	11 = 100%	13 = 100%	52 = 100%
Déclaration d'utilisation du container	7 = 78%	19 = 100%	10 = 91%	13 = 100%	49 = 94%

Le container fait l'unanimité absolue parmi toutes les personnes interrogées : *"on l'a toujours avec nous, on a pris le pli, c'est un réflexe, il est indispensable"*. Cet équipement est jugé parfois le plus important de tous, ce qui amène parfois à l'évoquer en des termes familiers, presque affectifs : *"notre boîte à aiguilles", "la grosse boîte", "la boîte rouge", "une bonne habitude, une belle invention..."* plus que par sa dénomination technique. Et lorsque l'on voit des collègues partir sans y penser, on déclare *"crier alors très fort"*.

L'intérêt évident et reconnu de cet équipement est de permettre de se débarrasser aussitôt des objets dangereux, écartant ainsi le risque presque à sa source (ce qui conduit même parfois, - effet pervers ! - à une bonne excuse pour la non utilisation systématique des aiguilles protégées !). On a bien compris que son utilité se substituait à d'autres pratiques plus anciennes : *"c'est depuis qu'on ne recapuchonne plus les aiguilles"*. On l'a en général toujours avec soi, sur son chariot et on y introduit aiguilles et scalpels usagés. D'autant que ces containers sont généralement facilement accessibles : *"il y en a partout dans l'hôpital"*. Aux urgences, on avoue *"l'utiliser parfois un peu trop"*, et parfois même de manière non initialement prévue : *"on y met aussi le plastique, les ampoules cassées, la compresse, bref c'est parfois un peu la poubelle"*.

Ce n'est que dans le service "infectiologie" que l'utilisation systématique du container est assortie de nombreuses nuances (7 personnes) : *"ce n'est pas mon obsession"*. Une limite importante à son utilisation semble ici se trouver dans l'ensemble jugé quasi indissociable que ce container paraît former avec le chariot de soins sur lequel il est transporté : *"lorsque j'ai affaire à un malade isolé, je n'entre pas avec le chariot dans la chambre, ça contaminerait"*, *"le chariot est trop bruyant pour entrer dans la chambre du malade la nuit, alors, je ne le fais entrer que le jour..."*. Plusieurs facteurs semblent entraver la désolidarisation alors nécessaire : les contraintes temporelles : *"quand je suis pressée, j'entre avec le plateau seul, sans le container"* ; l'encombrement : *"si on entre dans la chambre avec tout le chariot, on risque pour les autres tubes des patients"*, ou le fait qu'il ne serait pas perçu indispensable lorsque l'on utilise du matériel déjà protégé : *"normalement si l'aiguille est protégée par le rabat orange, on jette le corps de pompe avec cette protection, donc plus besoin du container"*. On laisse alors chariot et container dans le couloir et on ne l'emporte avec soi que *"là où c'est pas protégé, comme pour les gaz du sang"*. Une autre exception à une utilisation systématique concerne aussi les cas d'urgence. Mais il semble intéressant de noter que lorsqu'on ne le prend pas avec soi, on déclare *"alors redoubler de prudence"*.

Un dilemme subsiste quant à sa taille. Les grands containers, privilégiés pour leur stabilité, seraient plutôt mis à la disposition des soignants des "urgences". Certaines infirmières préfèrent les plus petits, jugés plus maniables, *"plus efficaces dans l'urgence du soin"*, mieux adaptés à l'exiguïté des chambres et des chariots de soins. Mais il se remplit alors plus vite, devenant plus rapidement inutilisable.

D'autres moyens de prévention

D'utilisation beaucoup plus "confidentielle", ils seront cités ici pour mémoire : charlotte pour les poux, sondage urinaire clos aux urgences, orthèses sur mesure quasiment jamais utilisées à cause des habitudes anciennes, cloche à hémoculture *"pas adaptée au geste d'évacuation des déchets"* et enfin manière de se comporter : se maintenir à distance du risque...

LE MATERIEL UTILISE PAR LES INFIRMIERES

Le matériel utilisé par les infirmières (aiguilles, seringues...) se répartit entre matériel non protégé (plus ancien) et matériel protégé qui tend à remplacer l'ancien.

L'arrivée de ce nouveau matériel protégé est généralement précédée de tests et fait l'objet de recommandations d'utilisation plus ou moins marquées selon les services, certains allant même jusqu'à l'imposer.

Mais l'utilisation réelle de ces deux types de matériel reste encore très largement subordonnée aux décisions individuelles de choix de chaque opératrice, entraînant ainsi cohabitation des deux types dans tous les services et utilisations différenciées en fonction des avantages et des inconvénients que chaque infirmière croit y déceler.

Types de matériels protégés et non protégés

En matériels protégés, on retrouve essentiellement : aiguilles à ailettes, aiguilles à corps de vacu protégé ou rétractable, cathlons de perfusion, cathéters avec mandrin rétractable, appareils à dextro, épicroâniennes, matériels pour hémocultures.

En matériels non protégés, on trouve cathlons, cathéters de perfusion, cathéters gros calibre, aiguilles pour injections, anciennes aiguilles, épicroâniennes, aiguilles de ponction.

Cette liste non exhaustive montre bien qu'un même type de matériel (en référence ici à l'utilisation) se retrouve dans les deux catégories.

Les tests et essais de nouveau matériel

Déroulement général de ces tests

Les tests de nouveaux matériels semblent systématiques et fréquents, surtout aux "urgences" et en "médecine interne". Le fabricant propose son matériel, organise une réunion d'information et diffuse parfois un support documentaire et une vidéo. Suit une phase de prise en main par les infirmières qui l'évaluent en remplissant un questionnaire. C'est ici surtout la pratique et l'ergonomie du matériel proposé qui est testée par les utilisatrices potentielles. Le malade est inclus dans la démarche, donne lui aussi ses impressions à propos de chaque matériel testé. La période d'essai, généralement d'un mois, est décrite comme étant systématique. Puis chaque infirmière s'exprime, souvent par l'intermédiaire de la surveillante, mais aussi par fiches d'évaluation, au fabricant qui peut alors remettre le matériel à l'étude. "Tout ce qui arrive est testé et notre avis est pris en compte", notamment en termes de contraintes pour l'opérateur ou le patient. Et si le consensus est général, un choix final sera entériné par la surveillante et l'administration, le matériel sera alors introduit dans le service.

Le vécu de ces tests

Toutes les infirmières se sentant concerné par le risque, il n'est pas étonnant qu'elles soient dans l'ensemble volontaires pour effectuer ces tests. Même si l'on fait remarquer que les nouvelles infirmières seraient souvent plus ouvertes à ces tests que les anciennes, on se déclare "*toujours prêtes à essayer, puisque c'est pour notre sécurité*". La démarche est jugée intéressante, la seule

obligation jugée pesante résidant dans l'obligation de remplir le questionnaire, charge de travail supplémentaire. Par ailleurs, l'essai se faisant toujours en équipe, une certaine émulation est souvent perceptible.

Les problèmes rencontrés au cours de ces tests

	Infectiologie	Maladies infectieuses tropicales	Médecine interne	Urgences	Total
	9 = 100%	19 = 100%	11 = 100%	13 = 100%	52 = 100%
Personnes ayant rencontré des problèmes	7 = 78%	13 = 68%	8 = 73%	5 = 38%	33 = 63%

Il semble que ce soit aux "urgences" que l'on rencontre le moins de problèmes lors de ces tests. On peut même parfois y trouver un intérêt supplémentaire, annexe : *"un moyen de discuter avec d'autres collègues"*. Mais il est bien évident que dans l'ensemble, ces tests perturbent les modes opératoires habituels :

- On aborde évidemment ces tests avec ses propres habitudes antérieures et on constate de ce fait souvent un confort de manipulation amoindri : *"je n'étais pas à l'aise avec le cathéter de perfusion et le corps de vacu rétractable à double corps n'était pas pratique à manipuler d'une main"*. D'où une certaine réticence au départ : *"est-ce qu'on va réussir aussi bien à piquer ?"*, réticence qui finit par s'estomper au fil du temps : *"certaines sont parfois réticentes au début, mais comme rien n'est imposé, elles finissent par s'y mettre"*. La cause principale des difficultés rencontrées lors de l'introduction de ce nouveau matériel réside donc dans la nécessaire adaptation à un mode opératoire différent. Ces tests compliquent bien un peu la tâche dans un premier temps. *"on arrive moins bien à choper la veine, c'est une autre sensation, il est toujours difficile de changer de technique"*, d'où parfois gestes erronés ou oubliés (de "compresser" par exemple). Cette difficulté de quitter un matériel que l'on connaît parfaitement et l'obligation qui s'ensuit de réapprendre un nouveau geste engendrent une dextérité amoindrie, qui peut dans certains cas conduire au rejet pur et simple du nouvel équipement. D'où l'importance soulignée *"de croire en ce matériel"* pour surmonter les obstacles liminaires : *"on pige pas tout tout de suite, il faut aussi s'adapter personnellement, techniquement"* afin d'arriver ainsi *"à la réussite du geste"*.
- Des problèmes liés à une différence de perception par rapport à l'ancien matériel, soit tactile : *"avec le "Protectiv", la sensation est différente au niveau du toucher des veines"*, *"on a parfois l'impression de devoir pousser plus fort et que ça glissait mieux avec l'autre"* ; soit visuelle : *"on n'a pas seulement besoin de sentir les veines, mais aussi de voir le sang"* ; soit liée à l'encombrement : *"le container me paraissait trop gros pour ce nouveau matériel quand j'étais pressée"*.
- Les problèmes "techniques" sont ici abondamment évoqués, notamment dans le service "maladies infectieuses et tropicales" (11) : *"il faut piquer plus en biais pour les prélèvements, ce qui est difficile avec un grand malade"* ; *"les tubes avec vacu double corps se désadaptent parfois au retrait"*, *"l'aiguille rétractable n'est pas pratique, pas facile à piquer si l'état de la veine est limite, difficile à manipuler"*, *"le cathlon protégé par rétraction est dépourvu d'ailettes"*, *"on a eu un accident avec un corps de vacu rétractable"* et les fuites au niveau des raccords de tubes ou de tuyaux. Mais aussi aux "urgences", où, malgré la formation donnée sur le système et son fonctionnement, la manipulation des cathlons rétractables pour perfusion restait problématique.

- Un nouvel apprentissage est donc nécessaire. *"Je m'étais dit : je ne m'en servirai pas, mais on m'a fait culpabiliser, j'ai alors pris le temps pendant une ou deux semaines, pour me l'imposer", "avec le nouveau, on a maintenant un autre geste à faire, il faut faire plus attention, écouter le clip, ce n'était pas notre automatisme, il faut devenir habile avec ces contraintes"*. Comme s'il fallait maintenant être efficace autrement, réapprendre de nouveaux gestes techniques. *"Avec le nouveau cathlon, il est un peu difficile d'entrer l'aiguille dans la peau car la pointe est moins biseauté, on risque de ne piquer qu'à moitié et de ne pas aller jusqu'au bout du geste, si le patient bouge ou qu'on est pressée et qu'on le retire sans aller jusqu'au déclic de retrait", "avec le cathlon, il faudrait s'adapter à deux gestes opposés : tirer sur le capuchon tout en introduisant l'aiguille"*. A ce sujet est souvent évoqué l'écart entre l'enseignement et la pratique : l'apprentissage s'est fait à l'école sur des types de matériels que l'on ne retrouve plus ici. Reste donc toujours la peur d'être contaminée avec un nouveau geste que l'on ne maîtrise pas.
- D'autres problèmes viennent se surajouter à cet effort indispensable : l'enquête qui aurait été incomplète au démarrage, le matériel pas toujours au point au départ (on cite l'exemple de l'ensemble mandrin-cathéter, dans lequel le mandrin ne rentrait pas), le coût inévitable de l'opération, puisqu'il a fallu parfois utiliser 2 ou 3 matériels avant d'arriver à maîtriser un peu la nouvelle technique. Le temps nécessaire à l'adaptation : une personne avoue *"avoir dû emporter un cathéter chez elle pour s'entraîner, n'ayant pas le temps de le faire au travail"* et la contrainte de remplir les papiers d'évaluation. Au niveau de l'organisation plus générale, on ne minimise pas les lacunes de l'information, qui soit fait défaut en n'accompagnant pas la démarche dès le début, soit échappera aux opératrices absentes ces jours-là. Un exemple : le fait de devoir refermer les cathlons rétractables de perfusion sur un plan dur (une information qui n'a pas été transmise avec le matériel et qui fait que beaucoup referment encore en poussant du doigt).
- Et puis, on pense beaucoup au patient *"qui est mis à contribution"*, certains déclarant aux infirmières *"ne pas vouloir être cobaye"* et se plaignant *"quand on est obligé de les piquer deux fois avec le nouveau matériel à rabat orange"*. Les infirmières ne peuvent jamais oublier *"qu'elles travaillent sur un être humain et qu'elles ne peuvent pas se permettre de rater sous prétexte qu'elles n'ont pas le matériel en main"*. Il est toujours difficile de réaliser un prélèvement si on ne connaît pas le matériel, *"on a alors le risque de rater le soin par maladresse"*. Et on rappelle à ce sujet le cas des aiguilles rétractables : *"on a vu qu'elles étaient sécurisantes, mais la manipulation en était peu pratique, surtout avec des patients à veines fatiguées, d'où des problèmes conflictuels avec le patient"*.

Après les tests

Il est évident que tous les tests ne donnent pas forcément satisfaction. Parmi les essais infructueux, on se souvient des orthèses pour retirer le "port a cath" qui, mal adaptées, avaient du être abandonnées. On cite aussi le cathlon protégé pour perfusion n'a pas réussi à s'imposer de suite, par manque d'habitude et à cause de la fixation sans ailette qui perturbait.

Et puis il y a les améliorations ultérieures auxquelles il faut aussi s'habituer : *"on avait eu un corps qui coulisse, l'aiguille rentrait et ultérieurement ils ont modifié en rajoutant un petit rabat orange, on a abandonné le premier système"*, qui entraînent des adaptations successives, pas toujours bien comprises.

On évoque aussi les difficultés de transposition, liées au fait que le test se fasse généralement sur un bras artificiel pour minimiser les risques pour le patient, ce qui peut par la suite entraîner de piquer à plusieurs reprises *"parce qu'on pique en réel"*.

Une fois le test effectué et le matériel adopté, quelques problèmes peuvent encore survenir : soit une remise en cause apparemment pas toujours justifiée : *"quand un produit est bien, on se demande toujours pourquoi un autre labo propose quelque chose certes moins cher mais de moins bonne qualité ? on sent bien que les labos ne travaillent pas ensemble"* ; soit des contraintes économiques : *"on avait choisi une aiguille à ailettes plus chère, cela nous a donc amené à conserver les deux"*, ou encore des cohabitations perturbatrices.

Mais on s'efforce de s'adapter : soit par soi-même *"pour les prises de sang par exemple"* ou avec les moyens du bord : *"on a des petits moyens pour se repérer tels que les couleurs"* ; soit en demandant une formation spécifique. Car on concède volontiers maintenant *"qu'il n'y aurait aucun intérêt à revenir en arrière"*.

Matériel utilisé : proposé ou imposé ?

	Infectiologie	Maladies infectieuses tropicales	Médecine interne	Urgences	Total
	9 = 100%	19 = 100%	11 = 100%	13 = 100%	52 = 100%
Le matériel est plutôt imposé	2	3	-	8 = 62%	13 = 25%
Le matériel est plutôt proposé	6 = 67%	15 = 79%	11 = 100%	4 = 31%	36 = 69%

Dans deux services, "maladies infectieuses et tropicales" et "médecine interne", la tendance semble nettement à proposer le matériel, ainsi que, dans une moindre mesure, en "infectiologie". On rappelle notamment que certains services sont pilotes dans ce domaine de test de matériel et on y fait donc toujours de nombreux essais avant d'adopter un matériel nouveau. On parle soit d'incitation très forte, *"dès mon arrivée, on m'a fait la morale pour la boîte à aiguilles"* soit d'absence de choix : *"c'était le seul modèle pour les perfusions"*.

Aux urgences, par contre, on fait remarquer que le matériel a plutôt été imposé, sans pour cela particulièrement s'en plaindre : *"dans nos structures, c'est normal, il faut bien faire un choix, on ne peut pas demander l'avis de tout le monde"... "C'est un choix d'hôpital : les chefs de service se sont battus pour l'obtenir en prouvant qu'il ne coûterait pas plus cher que les A.T., puis il a été testé et enfin négocié avec les labos et le magasin médical et enfin vivement recommandé"*.

La formation, l'information au sujet de ce matériel

Formation et information ont été la plupart du temps effectuées de manière quelque peu informelle par les représentants des labos proposant le matériel : réunions, démonstrations, explications, remise de formulaires à compléter, puis discussion après essais.

Mais cette information est aussi assurée par l'hôpital : collègues, surveillantes, Geres, surveillante hygiéniste, CLIN¹, relais hygiène ou responsable du centre de tri. La formation aurait eu là pour support un mannequin ou un bras artificiel permettant l'expérimentation sans risque.

¹ CLIN = Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales.

L'utilisation du matériel recommandé

Que le matériel soit imposé ou proposé, il était intéressant de comprendre les réactions générales des infirmières aux recommandations édictées quant à l'utilisation de ce matériel.

	Infectiologie	Maladies infectieuses tropicales	Médecine interne	Urgences	Total
	9 = 100%	19 = 100%	11 = 100%	13 = 100%	52 = 100%
Le matériel recommandé est utilisé	5 = 56%	6 = 32%	1	9 = 69%	21 = 40%
On ne peut pas toujours utiliser le matériel recommandé	4 = 44%	6 = 32%	4 = 36%	4 = 31%	18 = 35%
Aucun matériel n'est recommandé, entière liberté de choix		7 = 37%	6 = 55%		13 = 25%

- 40% des personnes interrogées déclarent utiliser presque toujours le matériel recommandé
On souligne souvent ici que l'on aime tester les évolutions et les nouveautés, *"cela valorise le métier"*. La démarche employée dans le service joue aussi un rôle non négligeable : *"je pense que c'est bien puisqu'il a été étudié et que l'on a demandé notre avis"*. Les opératrices se sentent donc motivées et pensent mettre ainsi le maximum de chances de leur côté pour ne pas se piquer : *"ce qui fait que même si j'aime pas trop, j'essaie toujours et quand j'y arrive, je suis très fière de moi"*.
 - Soit parce que ce matériel recommandé ne pose pas de problème particulier d'utilisation : *"au début il faut certes faire l'effort de comprendre, s'habituer mais après ça va"*. Et on cite ici les gants *"avec lesquels on a tellement appris à piquer que l'on ne peut plus s'en passer"*.
 - Soit parce que l'infirmière est consciente du bien fondé de son efficacité (6): *"mon expérience fait que je le fais utiliser par les autres"*, *"c'est fait dans un souci de protection contre les piqûres et il est adapté à mon travail, donc je l'utilise "*.
 - Soit encore parce que ne subsiste pas d'autre choix (3): *"je n'ai que ça, bien obligé de m'adapter"*.
- 35% déclarent utiliser parfois un autre matériel que celui qui est recommandé
 - Pour ne pas investir dans un nouvel apprentissage (prises de sang).
 - Parce que l'on pense prendre plus de risque quand on ne connaît pas le matériel *"le matériel recommandé nous apparaît parfois handicapant"*. L'efficacité dudit matériel est jugée parfois douteuse: *"quand on maîtrise bien un geste, c'est un matériel superflu, d'ailleurs il est pas toujours efficace (cathéter rétractable)"*. On évoque même une situation où l'emploi de ce matériel pourrait entraîner l'inverse du but recherché : *"si je suis en présence d'un patient agité, je trouve un peu long le temps de tenir et de fermer la protection orange et je préfère jeter vite l'aiguille dans le container !"* Mais aussi parce que la nature de la protection présente parfois une ambiguïté : se fait-elle par la seringue elle-même ou par le container ? Ce qui conduit, comme on l'a vu, à laisser le container dans le couloir lorsque la seringue est protégée.

- On évoque aussi les difficultés de manipulation: "*pour bien se concentrer lors d'une intraveineuse, le cathlon peut être difficile à utiliser*", ou de technicité particulière, ou encore par souci du malade : "*c'est parfois difficile à utiliser lors d'un prélèvement sanguin : on ne met pas une grosse aiguille sur quelqu'un qui n'a pas de veines*", afin de minimiser sa souffrance : "*on demande alors une aiguille...*"
 - Ou bien pour des raisons toutes simples de contraintes de temps ou de disponibilité.
- 25% des infirmières rencontrées pensent qu'aucun matériel ne leur est prescrit, qu'elles disposent d'une entière liberté de choix
- Il est d'ailleurs intéressant d'évoquer à ce sujet la perception d'une utilisatrice : "*Si on voulait nous l'imposer, on ne mettrait en réserve qu'un seul type de matériel. Si on a les deux à disposition, c'est bien qu'on nous laisse le choix*".

Choix personnel du matériel

Un choix en fonction de critères personnels

Malgré le type différencié d'incitation choisi dans les différents services, certaines infirmières rencontrées continuent à effectuer un choix personnel entre matériel protégé et non protégé, ce bien souvent en fonction de critères spécifiques qui dépassent la simple notion d'efficacité de la protection offerte. Un choix dicté à la fois par souci de respecter le malade et le ton donné dans le service auquel on appartient.

	Infectiologie	Maladies infectieuses tropicales	Médecine interne	Urgences	Total
	9 = 100%	19 = 100%	11 = 100%	13 = 100%	52 = 100%
OUI, effectuent encore un choix personnel	2	16 = 84%	9 = 42%	5 = 38%	32 = 62%
NON, n'effectuent plus de choix personnel	4 = 44%	3 = 16%	2 = 18%	8 = 62%	17 = 33%

S'il arrive encore très fréquemment de choisir son matériel en "maladies infectieuses et tropicales" et "médecine interne", où nous l'avons vu, le type de matériel à utiliser est plutôt proposé, la tendance semble logiquement inversée aux "urgences" où le matériel y est imposé et dans une moindre mesure en "infectiologie".

De manière plus générale, très peu de personnes interrogées s'en tiendraient actuellement au matériel recommandé, que celui-ci soit imposé ou proposé. 62% d'entre elles choisiraient donc encore leur matériel en fonction de différents critères :

- pour *certain types d'actes* : les perfusions (10), où l'on reprend les anciens cathéters non protégés surtout à cause de la présence des ailettes ; les prises de sang (10), pour lesquelles il existe deux matériels protégés nouveaux au choix : un corps de pompe avec aiguille à visser, soit rabat orange, soit aiguille à ailettes : "*les ailettes protégées sont plus confortables pour l'infirmière et le malade, on a plus d'ampleur dans le geste*" ; les prélèvements (5) au sujet desquels on évoque souvent le nécessaire compromis habileté / protection.

- *en fonction du risque (4) : on choisit les aiguilles à ailettes en présence de risque sérologique, les petites ailettes avec petit câble pour malade fragile ou agité au lieu du "Critikon" qui exigerait une mise en place plus stable.*
- *en fonction de l'état du malade ou de problèmes pratiques (15) : les aiguilles à ailettes sont préférées en présence de veines difficiles "car, si on rate, c'est peu récupérable avec le matériel équivalent "Protectiv"". Le cathéter non protégé semble plus maniable en chimiothérapie. Les petites aiguilles sont parfois préférées bien que plus longues, car moins agressives. Les plus grosses étant utilisées pour les belles veines ou lorsqu'il n'y a qu'un seul tube à prélever.*
- *des raisons techniques, essentiellement liées à la nature de la tâche à effectuer (5) : selon les tailles d'aiguille nécessaires (calibre, grosseur), "lorsque les veines ne sont pas belles, on utilise un vacutainer à cause de son aiguille très fine", ou encore "avec le "Protectiv", on peut pas connecter des seringues au bout, sur quelqu'un qui n'a pas de tension par ex".*

Les 33% qui déclarent ne plus opérer de choix, majoritairement aux "urgences", évoquent des raisons relevant d'une satisfaction générale : *"on est bien lotis ici, on peut travailler dans le domaine des soins avec du matériel protégé: c'est disponible, c'est standardisé, on le manie bien, alors quand on est contents, on l'a jusqu'à ce que le labo nous propose autre chose".* Certaines personnes prennent aussi indifféremment ce qui leur tombe sous la main, en fonction des stocks disponibles.

Retour à l'ancien matériel

Le fait d'effectuer des choix personnels peut amener certaines infirmières à revenir, volontairement ou non, à l'ancien matériel moins bien protégé.

	Infectiologie	Maladies infectieuses tropicales	Médecine interne	Urgences	Total
	9 = 100%	19 = 100%	11 = 100%	13 = 100%	52 = 100%
Déclarent revenir parfois à l'ancien matériel	2 = 22%	15 = 79%	7 = 64%	3 = 23%	27 = 52%
Déclarent ne jamais revenir à l'ancien matériel	5 = 56%	4 = 21%	4 = 36%	9 = 69%	22 = 42%

- 52% des personnes interrogées n'hésitent pas à utiliser encore l'ancien matériel dans certains cas
 - Par recherche d'efficacité souvent liée à l'état du patient (8) en "maladies infectieuses et tropicales" et "médecine interne" surtout :
 - en présence de malades problématiques : *"car avec le nouveau, le prélèvement doit se faire en biais",*
 - par besoin de se concentrer sur le soin avec un geste plus simple : *"le cathlon à corps non protégé permet un geste de la main plus continu et est plus facile à fixer avec les ailettes",*
 - pour une meilleure prise en main, en fonction de l'état veineux : *"les cathlons actuels sont trop flexibles, pour ne pas rater la veine on revient à l'ancien ", "on ne peut pas utiliser le "Protectiv" pour piquer un toxicomane, on utilise les ailettes, mieux adaptées ",*
 - Le cathéter gros calibre (non protégé) est utilisé quand il faut remplir fort ou quand on applique une technique particulière.

- Par habitude ou négligence (7) : *"quand je n'ai pas réussi avec du protégé, si je suis fatiguée, si je dispose de peu de temps, s'il faut courir à la réserve...", "je préfère le corps tout simple, par routine, j'aime bien l'ancien modèle, j'arrive pas à me faire au nouveau", "par habitude du non protégé que l'on a depuis 15 ans"*.
- Par impression de meilleure sécurité (5) : avec les nouveaux matériels, la technique deviendrait parfois moins fiable parce que trop compliquée, d'où risque accru de se piquer. Avec l'ancien, il y aurait certes plus de risques, mais ils seraient mieux maîtrisés. Certains matériels protégés introduiraient un risque nouveau : *"avec les aiguilles à ailettes on voyait arriver le sang par le petit cathlon alors qu'avec le vacu pro, non"*. La présence des ailettes permettrait une meilleure prise en main.
- En cas de problème d'approvisionnement, de pénurie (4) ou par manque d'alternative : *"en chambres implantables, on n'a pas le choix, il n'y a que du non protégé"*.
- Par manque d'alternative : *"en chambres implantables, on n'a pas le choix : il n'y a que du non protégé"*. Il arrive aussi que l'on revienne à l'ancien modèle après essais infructueux du nouveau : *"pour les gaz du sang, le mode opératoire était trop compliqué, on est revenu à l'ancien"*.
- Pour des raisons économiques (2) : *"on utilise du non protégé quand cela semble trop coûteux ou encore lors d'utilisations rares. Si le malade a de grosses veines, une grosse aiguille standard normale suffit, on garde les autres pour les malades les plus fragiles"*.

Mais on reconnaît toutefois que le matériel protégé est la plupart du temps disponible à profusion et qu'il n'est finalement pas si compliqué à utiliser : *"ce qui est bien c'est d'avoir le choix !"*.

- 42% des personnes interrogées déclarent ne jamais revenir à l'ancien matériel (surtout en "urgences" et en "infectiologie")
 - Soit parce qu'elles sont convaincues du bien fondé du nouveau choix (6), notamment sur le plan de la sécurité ("urgences" surtout) : *"c'est toujours mieux : pour rien au monde je ne reviendrais aux gaz du sang avec des aiguilles en verre", "dans l'urgence, il y a déjà trop de risques, c'est exclu de revenir à l'ancien, aucun avantage, aucun intérêt puisque le nouveau marche"*.
 - Soit encore tout bonnement en présence d'une situation où le choix ne semble plus possible (3) ("urgences") : *"on n'a plus d'ancien et on a toujours le nouveau sous la main, chaque fois que l'on adopte un nouveau matériel, l'ancien est complètement retiré"*.

Cohabitation et utilisation de matériels protégés et non protégés

	Infectiologie	Maladies infectieuses tropicales	Médecine interne	Urgences	Total
Matériels protégés / non protégés	9 = 100%	19 = 100%	11 = 100%	13 = 100%	52 = 100%
Cohabitation déclarée des deux	5 = 56%	17 = 90%	11 = 100%	10 = 77%	43 = 83%
Utilisation des deux	-	11 = 65%	4 = 36%	1	16 = 31%
Utilisation majoritaire de protégés	9 = 100%	7 = 41%	5 = 45%	12 = 92%	33 = 63%
Utilisation majoritaire de non protégés	-	1	2	-	3 = 6%

Cohabitation déclarée

La majorité des personnes interrogées reconnaît que les deux types de matériel cohabitent dans trois services, sans que l'on puisse déceler de réelle différence d'un service à l'autre. Par contre, cette perception de cohabitation est beaucoup plus ténue en "infectiologie", ne concernant ici que la moitié des personnes interrogées. Certaines infirmières précisant que *"l'on a juste gardé l'ancien matériel pendant un an environ pour les anciens qui n'étaient pas encore habitués"*.

Utilisations relatives déclarées

L'utilisation conjointe des deux types de matériel, protégé et non protégé, semble nettement plus marquée en "maladies infectieuses et tropicales" (65%). En revanche, le matériel protégé serait utilisé majoritairement par la quasi-totalité des personnes interrogées en "infectiologie" (100%) et "urgences" (92%) pour poses de perfusion, prises de sang et prélèvements. Dans le service "maladies infectieuses et tropicales", où *"le chef de service ne voudrait plus voir que du protégé"*, on estime que les $\frac{3}{4}$ des matériels parvenant dans ce service est protégé, qui ne semble cependant pas pour autant utilisé en priorité : 41% des déclarations seulement, pour des applications bien ciblées tels qu'hémocultures, prélèvements et perfusions. Aux "urgences" la très ferme volonté du chef de service étant *"de ne vouloir que du matériel à usage unique"*, on confirme que l'on dispose ici de tout ce qui existe en la matière. Et on y constate une utilisation massive de matériel protégé : 92% des déclarations. Mais un problème périphérique est ici évoqué concernant l'environnement : on dispose certes d'aiguilles et de seringues protégées, mais parfois concomitamment aussi de flacons en verre, évidemment non protégés, qu'un malade agité peut envoyer sur le personnel soignant...

Le matériel non protégé ne serait que très peu utilisé majoritairement et ce dans tous les services.

En "maladies infectieuses tropicales", le non protégé (1/4 des approvisionnements encore au moment de l'enquête) serait encore utilisé pour de multiples raisons : résistance au changement, réapprentissage jugé laborieux, effort supplémentaire, aspects économique ou liés à l'approvisionnement *"c'est fonction des arrivées, on prend bien sûr en priorité ce qui est protégé"*. Egalement lors des opérations de perfusion, de ponctions lombaires avec les anciennes aiguilles, les épicroliennes, les aiguilles de ponction, les aiguilles à injection, les cathlons pas toujours protégés, les cathéters de perfusion. En "infectiologie", le non protégé est surtout utilisé pour injections sous cutanées, intraveineuses, intramusculaires. Mais on précise bien ici *"que si l'on veut, on peut disposer de tout le nouveau matériel que l'on veut"*. Il s'agirait donc là d'un choix très personnel ou conjoncturel, tel que rupture de stock. En médecine interne, c'est le cathlon que l'on utilise pour les perfusions et les aiguilles pour les injections. Aux "urgences", le matériel non protégé serait plutôt utilisé pour les injections sous-cutanées, intraveineuses ou intramusculaires, pour les gaz du sang où la sécurité doit être ajoutée. Et plus généralement pour les actes typiques, trop coûteux ou rares. C'est l'exemple du cathéter gros calibre non protégé, utilisé de manière spécifique quand *"il faut remplir fort"* ou que l'on effectue une technique particulière.

Appréciations sur le matériel protégé

	Infectiologie	Maladies infectieuses tropicales	Médecine interne	Urgences	Total
	9 = 100%	19 = 100%	11 = 100%	13 = 100%	52 = 100%
Facilement disponible	6 = 67%	19 = 100%	11 = 100%	12 = 92%	48 = 92%
Satisfaction	7 = 78%	47 = 89%	11 = 100%	13 = 100%	48 = 92%
Modifications apportées	7 = 78%	10 = 53%	7 = 64%	9 = 69%	33 = 63%
Modifications à apporter	5 = 56%	15 = 79%	8 = 73%	7 = 54%	35 = 67%

Comme plusieurs des personnes interrogées n'étaient entrées que très récemment dans les services, il était difficile de savoir avec précision les dates d'introduction du matériel protégé, d'autant que, cette indication peut varier selon les services et le matériel considéré. Il semble cependant que l'on peut avancer une période d'environ trois ans (au moment de l'enquête), ce qui donne déjà un bon recul aux répondants. Cela ferait même plus de 5 ans pour certains : le container notamment. Le protecteur d'aiguille pour gaz du sang semblait plus récent, du moins au service "urgences".

Disponibilité

92% des personnes interrogées trouvent ce matériel protégé maintenant facilement disponible, sans aucune réserve en ce qui concerne deux des services investigués, après avoir toutefois connu une période où un certain nombre seulement était attribué par semaine. On apprécie d'autant plus cette disponibilité "qu'il coûte cher" notamment dans le cas du "Protectiv". Cathlon, "Protectiv", matériel de perfusion ne poseraient généralement pas de problème d'approvisionnement. Mais quelques personnes se montrent très critiques au sujet de la disponibilité des ailettes, parcimonieusement distribuées "on n'a pas assez d'ailettes notamment pour les veines difficiles : si on bouge en piquant, on risque de l'éclater. Alors, je me fais un stock de deux ailettes dans la poche ou j'échange avec des collègues". Ces difficultés d'approvisionnement sont mises sur le compte de stocks à épuiser ou de commandes qui par leur fréquence hebdomadaire auraient du mal à coller à l'activité.

Satisfaction

La quasi-majorité (92%) s'en déclare **globalement satisfaite**, certaines allant même jusqu'à dire : "c'est génial". On insiste notamment, de ce point de vue, sur les cathéters et les Critikons. Ce matériel est jugé plus efficace sur le plan de la sécurité, "la protection orange est super". Les seules réserves émises concernent le cathlon rétractable.

Les modifications

- 63% des personnes interrogées ont le sentiment que des modifications ont été apportées à ce matériel

Surtout en "infectiologie" et en "urgences". Parmi les modifications les plus remarquées, on parle surtout des aiguilles rétractables (6), très appréciées et du rabat orange (17) "qui permet maintenant de clipser au lieu de rabattre". Mais aussi des ailettes pour hémocultures (3)

("Butterfly"), du "Protectiv" (3), des corps d'hémoculture qui s'emboîtent (l'embout étant de la même grosseur que le tube), du système hémoculture (3), pour adapter l'implantation d'aiguille dans une bouteille avec capuchon protecteur, des modifications des corps de vacutainer (5), des fuites devenues plus rares au niveau des raccords, du container à aiguille avec lequel on pouvait auparavant se piquer *"à cause de l'aiguille coincée qui ressortait"* (2), du protège capuchon des gaz du sang, de la visière sur les masques, des petits raccords qui permettent maintenant de faire un bilan sanguin en même temps qu'une perfusion, du thermomètre tympanique et des robinets à plusieurs tubulures. Mais on avoue avoir parfois du mal à différencier ce qui est nouveau matériel de ce qui est modifications sur l'ancien.

Une modification semble par contre ne pas avoir eu l'effet escompté, aux urgences : un certain type de cathéter a été jugé difficile à mettre en place *"ils ont changé le siliconage, ça devait être un problème de coût, avec le silicone ancien (non transparent) il glissait moins bien (problème de texture ?), il faisait moins mal aux gens et présentait un meilleur débit ; en effet un cathéter de gros calibre rentre mieux qu'un petit. Et en urgence on a besoin de savoir que le matériel va marcher, sans avoir à se poser de questions quand on fait le geste"*.

- 67% des personnes interrogées estiment que les matériels pourraient encore être améliorés
 - Les ailettes qui facilitent la prise en main, jouent un rôle de guide et permettent une meilleure fixation et plus de précision, manquent à beaucoup (9).
 - Les systèmes de rétraction ne seraient pas tous au point (4) : *"on aimerait enfin avoir les aiguilles rétractables que l'on a testées et qui étaient vraiment pratiques" "je n'aime pas le cathlon rétractable du Critikon"*.
 - Le matériau constitutif gagnerait à être remplacé dans certains cas : on évoque des bouchons de perfusion en plastique et des tubes à prélèvement incassables. Mais peut-être alors ne résisteraient-ils plus au labo à cause de la centrifugeuse ? (2)
 - Quelques mises au point seraient encore nécessaires (8) :
 - *"quand les ailettes sont protégées, il n'y a plus besoin de corps de pompe"* ;
 - *"le système des gaz du sang n'est pas encore au point"* ;
 - *"le système actuel "Protectiv" est adapté pour certains gestes, mais pas pour d'autres"* ;
 - *"quand on enlève les chambres implantables, on n'est pas protégée"* ;
 - *"l'utilisation d'orthèses n'est pas très adaptée"* ;
 - lors d'un prélèvement d'hémoculture avec le système à ailettes, *"la rétraction de l'aiguille est un peu hasardeuse, car on est trop proche de l'aiguille pour manipuler"* ;
 - l'aiguille à ailettes est jugée un peu grosse ;
 - épicrotiniennes : *"ailettes pas bien pratiques à tirer avec système au milieu, il faut que le malade soit calme"* ;
 - pour les perfusions avec protection sans ailettes, le corps devrait être rallongé.
 - Des conflits pouvant intervenir entre différents matériels : *"quand les ailettes sont protégées, il n'y a plus besoin de corps de pompe"*, conflits parfois dus à des redondances : *"le rabat orange qui est superflu si ça rentre dans le vacu"*.
 - On souhaiterait une mise à disposition plus large de lunettes (6) (une paire par soignant) et de gants plus adaptés : plus souples, plus tactiles... (3), plusieurs tailles de containers, une amélioration de l'approvisionnement (3). On souhaiterait aussi du nouveau matériel : une petite poubelle sur chariot de soins ou *"du petit matériel, type scotch et papillons pour éviter de repiquer"*.

- Mieux intégrer la sécurité pour les seringues à gaz du sang : *"il n'y en a pas de prêtes à l'emploi, il faut penser à prendre la seringue et ce petit matériel à rajouter, il faudrait éviter que l'aiguille gaz du sang ne ressorte du caoutchouc"* (2) ; protéger : aiguilles de suture, scalpels, bistouris, seringues à insuline, vacutainer système à ailettes (fuite de sang), flacon + seringue où l'on dissout les produits (risque de projection au retrait) ; informer : *"avec le protégé, il faudrait clipser sur un matériau dur, en fait une mauvaise utilisation fait que les gens poussent avec les doigts pour refermer ce qui fait que le protégé reste dangereux"* ; anticiper : les médicaments efficaces (antiviraux, protéases) sont livrés en vrac et donc respirés... on s'interroge sur les risques à long terme.
- Certaines déclarent qu'il ne serait maintenant plus nécessaire d'aller plus avant dans les améliorations
 - 2 pensent qu'il s'agit maintenant uniquement d'un problème d'utilisation correcte : *"le matériel c'est bien, mais c'est un problème de pratique. Certains ne se protègent pas et se plaignent trop tard"*. Ou bien encore : *"il faudrait sensibiliser les médecins qui donnent la seringue sans l'aiguille au bout si on ne leur prépare pas"*.
 - d'autres se déclarent "raisonnables" : *"aux urgences, on a déjà un budget plus large qu'ailleurs, alors... il y aurait bien sûr encore des choses à protéger, mais il faut bien tenir compte du coût que cela représente..."*.

Appréciations sur le matériel non protégé

	Infectiologie	Maladies infectieuses tropicales	Médecine interne	Urgences	Total
	9 = 100%	19 = 100%	11 = 100%	13 = 100%	52 = 100%
Le matériel non protégé reste utilisé par	3	15 = 79%	11 = 100%	9 = 69%	38 = 73%
Ne s'en servent plus	-	3 = 16%		4 = 31%	7 = 13%
Nb de personnes y trouvant avantage	-	10 = 67%	8 = 73%		
Nb de personnes y trouvant inconvénients	-	9 = 60%	10 = 91%		

Fréquence d'utilisation

- 73% des personnes interrogées déclarent continuer à utiliser du matériel non protégé, surtout en "maladies infectieuses et tropicales" et en "médecine interne" contre 13% à qui cela n'arriverait pratiquement plus.
 - En cas de rupture de stock, (9) mais il est intéressant de noter la réflexion d'une personne interrogée, qui déclare que : *"dans ce cas là je mets un gant"*, palliant ainsi la moindre protection supposée par une autre, d'un autre type.
 - Selon l'état du malade, son état veineux et sa pathologie (6).
 - Dans le cas de matériel spécifique, le "port a cath" chambre implantable qui nécessite l'utilisation de l'aiguille à ailette (effet de rebond) (3) ou pour la grande maniabilité des cathéters à petites ailettes "insite" ou pour des actes spécifiques :
 - 3 en infectiologie pour sous-cutanées, ponctions lombaires ou intramusculaires où l'aiguille n'est jamais utilisée avec le rabat.

- 6 en médecine interne : perfusion, injection, intramusculaire, intraveineuse.
 - 6 aux urgences pour injections simples, intramusculaire, intraveineuse.
 - 11 en maladies infectieuses et tropicales : perfusion, injection, prélèvement, gaz du sang, prise de sang.
- Pour des utilisations où aucun matériel protégé n'est prévu (4) : *"quand je n'ai pas l'équivalence en protégé"*, parce que rien n'est prévu ou adapté, notamment l'aiguille qui n'est pas protégée (4), avec toutefois une réserve : *"on pourrait adapter un petit rabat les seringues pompeuses, comme on le fait pour les gaz du sang, mais les gens n'en sont pas informés, moi quand je fais une intramusculaire, je mets ce raccord"* ; pour les ponctions lombaires, où le gros mandrin n'est pas protégé (1) et les cathlons gros calibre sans "Protectiv" pour urgence en réanimation. Et lorsque l'on sait qu'une autre protection, comme le container, est là pour pallier : *"dans ce cas là, de toutes façons, les aiguilles ne traînent pas"*.
 - Pour optimiser la tâche, faciliter la technique de manipulation (7) *"quand on se sent pas à l'aise avec le protégé, si le matériel est handicapant pour les soins"*.

Ses avantages

- Qualité du soin, précision du geste (12) : permet de se concentrer sur le geste technique classique, plus de débit au prélèvement, les aiguilles piquent mieux, moins douloureux pour les patients : *"les ailettes pour le tenir dans la veine", "le geste est plus simple", "On ne rate pas la veine", "les non protégés sont mieux fixés au patient que les autres"*.
- Habitude (6) : *"les protégés n'existaient pas quand j'ai commencé", "on le connaît bien, il est pratique, on l'a bien en main, il est plus facile à tenir et à fixer"*.
- Facilité d'utilisation (6) : adapté, simplicité, rapidité d'utilisation, moindre manipulation à l'injection, possibilité d'utilisation immédiate, sans manipulation préalable (2), possibilité de gros débit.
- Protection jugée bonne (1) le corps de vacu protège bien contre les projections de sang.
- Coût moindre (1).

Ses inconvénients

- Risque accru (maladies infectieuses et tropicales) (9) : en cas de faux mouvement, si le malade a un problème, si l'on n'a pas son container à proximité immédiate, si l'aiguille tombe au sol. Une prise de conscience donc de sa dangerosité potentielle. Certaines vont même jusqu'à dire : *"on a maintenant trop d'informations, on refuserait, on a fait des ateliers, ça serait pas logique"*. *"La manipulation est en effet moins facile, moins précise"*. Mais aussi en "médecine interne" (5), où l'on précise : après la piqûre, *"il est difficile d'imaginer comment protéger à la sortie, cela exige plus d'attention"*. L'insécurité potentielle est aussi évoquée aux "urgences", parfois consécutive au fait que *"l'on n'est pas à l'aise avec, n'ayant pas fait son apprentissage sur ce type de matériel ou que le geste y est différent"*.
- Problème d'élimination : *"on est obligés de l'éliminer de suite, le container doit être là et en cas d'urgence, type arrêt cardiaque, on ne l'a pas forcément sous la main"* (2). On insiste ici sur la nécessaire proximité du container lors de l'utilisation de matériel non protégé : *"il faut perpétuellement avoir sa boîte à proximité. Si je n'ai pas la boîte et que je suis dans une*

situation d'urgence, j'utilise tout le temps du matériel protégé" en évoquant les limites inhérentes à certaines opérations : "si on jette pas tout de suite, il reste potentiellement dangereux. Comme dans une perf. il y a beaucoup de choses à faire, je pose l'aiguille et ce n'est qu'après que je mets dans le container".

- Confort moindre pour le patient (6) : *"certaines aiguilles sont plus traumatiques pour les malades, car plus grosses : le malade n'aime pas nous voir arriver avec ça, c'est aussi moins confortable : chaque fois qu'on change de tube, il sent une secousse", "c'est plus douloureux, moins confortable pour lui", "il faut vraiment avoir un malade sans problème".*

LES MODES OPERATOIRES

Différences entre injection et prélèvement

Parmi les différentes opérations que peut être amenée à réaliser une infirmière au cours de sa journée de travail, la piqûre est un acte récurrent. Mais sous ce terme générique, on peut en fait distinguer deux grandes classes d'actes : l'injection et le prélèvement, qui chacun présentent des caractéristiques, des approches, des modes opératoires et des perceptions du risque différentes. Trois services se sont exprimés à ce sujet (Médecine interne, urgences, maladies infectieuses et tropicales).

Au niveau du matériel

Aussi bien en injection qu'en prélèvement, ce matériel est jetable.

Pour le prélèvement, on peut généralement disposer de matériel protégé (corps, ailettes, tubes adaptés). De même avec la seringue pour gaz du sang, où il n'est maintenant plus nécessaire de pomper grâce à la protection rajoutée. La technique de prélèvement, qualifiée de simple puisque *"l'on utilise un tube et un corps"*, permettrait toujours de disposer ici de matériel protégé. Même le risque qui existait autrefois de se piquer avec l'aiguille perçant le caoutchouc du tube à prélèvement a disparu. Par contre on souligne que la taille généralement plus grosse des aiguilles pour prélèvement exige toutefois une attention particulière.

En ce qui concerne l'injection, c'est l'inverse : on n'a là que peu de matériel protégé à disposition : lorsque l'on fait une injection, c'est généralement avec du matériel non protégé et il ne resterait donc plus *"qu'à faire attention : pour les intramusculaires ou intraveineuses simples, pas de protection, pas de couvre-aiguille, pas de rabat orange, on se débrouille comme on peut : quand il faut se trimbaler avec l'aiguille, moi je la tourne vers le bas et je dis : attention, j'ai une aiguille"*. Dans ces trois services, on insiste donc sur la présence indispensable du container à proximité pour jeter rapidement l'aiguille afin de minimiser le contact avec le sang.

Au niveau du mode opératoire

Globalement, le geste pourrait être jugé quasiment le même pour injection et prélèvement : trouver la veine, y entrer, pratiquer une organisation identique et avoir en tête les mêmes précautions, notamment au niveau de la désinfection : *"au strict niveau du geste, une intraveineuse, c'est comme un prélèvement"*.

Mais lorsque l'on détaille les procédures respectives, on relève des nuances :

- Les différences seraient particulièrement sensibles avant et après le geste proprement dit : dans le prélèvement, le geste serait protégé au départ, alors qu'à l'injection, les gestes d'après piqûre seraient les plus dangereux, car *"il faut alors tourner avec la main dans le container et ne jamais recapuchonner"*.
- Le prélèvement est une action ponctuelle, rapide, mais qui met en jeu plus de sang. On utiliserait de ce fait plus de matériel et les gants de protection seraient plus souvent utilisés.
- Dans l'injection, c'est souvent la pose de perfusion qui est jugée la plus difficile : nombre important de gestes, ordre des opérations à respecter sans erreur (laisser le tuyau dans la veine et enlever le garrot). Pour le prélèvement, une certaine coordination est nécessaire : garder une main libre pendant que l'on tient le matériel de l'autre.
- La partie "préparation" des injections demande plus de temps. Sinon, on va plus vite pour faire une injection est plus rapide qu'un prélèvement.

La différence apparaîtrait aussi très liée aux conditions environnantes, au contexte dans lequel le geste est réalisé :

- Le capital veineux, la quantité de liquide à prélever ou à injecter.
- Des règles plus strictes, des exigences d'asepsie particulières pour l'injection.
- Les conditions d'intervention : les injections intramusculaires sont pratiquées au lit du malade alors que les prises de sang le sont plutôt en fauteuil.
- Les postures : on prendrait de ce fait plus le temps de s'asseoir pour un prélèvement alors que le dos serait plus sollicité lors d'une injection, pour lever le lit par exemple.
- Les sites d'opération ne sont pas les mêmes : l'injection se situant souvent dans l'avant - bras, la manœuvre prend plus de temps, d'autant qu'il faut alors trouver une *"veine qui puisse servir 2h, 3 h ou même plus"*.
- La manière de procéder pourrait être aussi fortement liée à l'idée que l'on se fait du risque : on se protégerait plus pour le prélèvement que pour l'injection car *"manipulant du sang, on pense dans l'imaginaire plus au risque de projection"*.

Au niveau de la perception des risques

Pour un nombre assez important de personnes (17), les risques sont jugés identiques à l'injection et au prélèvement : *"ce sont toujours ceux d'une agression, d'une intrusion. L'aiguille n'est stérile que dans son emballage, après c'est pareil et à partir du moment où il y a une aiguille, il y a toujours risque de se piquer"*. D'autant que l'on pourrait, en théorie, utiliser le matériel protégé pour les deux opérations. Et même si *"psychologiquement, on est moins inquiet pour une injection que pour un prélèvement, il faut vérifier quand même s'il y a du sang à l'extérieur de l'aiguille dans les deux cas, car le risque ce n'est pas la piqûre, c'est avant tout le contact avec le sang. Et une injection, qui est évidemment stérile quand on pique, peut se révéler très à risque au retrait"*.

Le prélèvement présenterait peu de risques aux dires des personnes interrogées. Un sentiment certainement dû à l'utilisation majoritaire de matériel protégé, surtout aux urgences : "*rabat orange = sécurité, matériel adapté, à usage unique, donc bien protégé*". Il semble moins risqué de se piquer lors d'un prélèvement "*parce que l'on dispose alors d'un système pour cliquer l'aiguille, contrairement à l'injection*". La seule petite réserve réside dans les caoutchoucs présentant parfois des fuites... Mais on fait aussi remarquer (minoritairement il est vrai) que l'aiguille contient du sang et, qu'il y aurait ainsi là plus de risque en cas de geste malheureux... En "médecine interne", "maladies infectieuses et tropicales" et "infectiologie", on estime le risque plus important au prélèvement (14), notamment par l'absence de protection et le manque de collaboration possible du malade. Certaines opérations augmentent en effet le risque : ponction lombaire non protégée et gaz du sang non protégés et douloureux, faisant parfois réagir inopinément le malade : "*quand on retire le prélèvement, on n'a pas le temps de mettre le rabat, alors que dans le cas d'une perfusion, on est quand même dans la veine, il y a donc moins de risque*". Le geste est qualifié "*à haut risque*" par la présence de sang dans le matériel et les projections toujours possibles : "*Même avec un matériel fermé, subsiste toujours un risque lorsque le tube se casse...*". Pour une prise de sang "*il faut rester calme*", la quantité de sang y étant plus importante qu'en injection, les aiguilles contenant toujours le sang aspiré et le risque étant plus présent de se piquer en l'absence du rabat orange. On évoque ici plus souvent la nécessité des gants : peut-être le fait de voir le sang, ferait-il plus penser au risque ?

L'injection est jugée moins à risque, de par la stérilité du produit en jeu. On considère généralement comme minime le risque sang au bout de l'aiguille. Et il n'y a bien sûr aucun risque lorsque l'aiguille n'est pas encore entrée en contact avec le sang. Quelques nuances cependant apparaissent : il faut alors jeter dans un container une aiguille moins bien protégée qu'au prélèvement, le risque restant le même au retrait de l'aiguille. Dans le cas particulier des cathéters de perfusion, l'aiguille se rétracte, le risque y serait donc moindre, de même qu'avec l'injection par robinets. Les risques sont ici évoqués à travers certains cas bien précis :

- retrait du cathon (retour veineux) ;
- obligation de devoir poser provisoirement le matériel usagé sur un plateau avant de pouvoir l'éliminer ;
- "Needle pro" inadaptable sur le matériel d'injection ;
- absence de couvre aiguille sur les injections, d'où risque accru en cas de recapuchonnage ;
- lorsque la dose n'est pas indiquée au préalable ou en cas d'utilisation morcelée de la quantité totale, pas de temps pour préparer à nouveau une seringue ;
- à la préparation de l'injection, lorsque l'on ne met pas le rabat orange.

Un cas à part se situe au niveau de l'injection par perfusion : la préparation se faisant au préalable, les risques seraient moindres, mais la quantité de sang en présence est plus importante car l'opération se réalise toujours dans des grosses veines.

Attitudes par rapport au mode opératoire recommandé

	Infectiologie 9 = 100%	Maladies infectieuses tropicales 19 = 100%	Médecine interne 11 = 100%	Urgences 13 = 100%	Total 52 = 100%
Une manière est recommandée, je l'applique dans la pratique	1	8 = 42%	6 = 55%	8 = 62%	23 = 44%
On nous recommande un mode opératoire, mais je préfère ma manière personnelle	7	9 = 47%	4 = 36%	5 = 38%	25 = 48%
Aucune consigne particulière ne m'est donnée	1	2	1		4 = 8%

- 44% des personnes interrogées déclarent appliquer un mode opératoire recommandé

En "maladies infectieuses et tropicales", on évoque l'ambiance générale du service et les conditions favorables à cette application. La confiance : *"on a des réunions tout le temps, si on nous le recommande c'est que c'est bien, alors on applique"*. Le bien-fondé supposé des recommandations : *"j'essaie de faire au maximum ce que l'on nous recommande, ça doit éviter pas mal de risques"*. Les possibilités accordées : *"on a le temps de s'y mettre, de s'entraîner"*. L'émulation : *"il y a ici des personnes qui nous sensibilisent. On prend toutes le maximum de précautions"*. Et la réflexion qui a, semble-t-il, précédé l'énoncé des règles : *"ici on a des protocoles précis et bien adaptés au contexte, plus de protocoles et de méthodes de travail qu'ailleurs"*. A ce sujet, deux personnes citent spontanément l'exemple du container : *"la boîte est indispensable, on m'a appris comme ça. On doit toujours avoir le container si l'aiguille n'est pas protégée, puisqu'on ne recapuchonne plus les aiguilles"*. Et si l'on avoue parfois transgresser un peu, on précise bien *"que cela ne porte que sur des petits détails"*. En "médecine interne", on considère que *"ce qui est recommandé est raisonnable, même si l'on est parfois réticent"* et on reconnaît aussi volontiers que *"si chacun faisait à sa manière, après on ne saurait plus comment ça a été fait et ce serait bien difficile à gérer"*. Aux urgences, où le taux de réponses à cet item semble légèrement plus élevé que la moyenne (62%), on tempère toutefois le propos par la notion de la nécessaire adaptation à ces prescriptions : *"la façon de travailler s'adapte au matériel qu'on a (l'un découle de l'autre)", "à l'école, on nous donne les grandes lignes, puis on adapte sur le terrain au contact des autres, on choisit ce qui convient le mieux (par exemple : la façon de piquer, l'utilisation ou non du sparadrap...)"*.

- 48% des personnes interrogées reconnaissent que, malgré la prescription d'un mode opératoire, elles préfèrent souvent employer leur manière personnelle

En "maladies infectieuses et tropicales", certaines cherchent à minimiser leur prise d'initiative en ce domaine, essayant de démontrer qu'il existerait une base commune, intangible et que la partie modifiée pourrait plus s'apparenter à des aménagements (3) : *"le principe, la technique sont un peu les mêmes pour tout le monde, mais la manière de faire est assez personnelle", "les règles, ce sont les modes opératoires, une technique apprise, on y adjoint sa manière à soi, mais en respectant les règles"*. Les aménagements concerneraient alors le choix de matériel, le rythme des soins... D'autres personnes, bien conscientes de personnaliser plus fondamentalement leur manière de travailler, s'empressent de préciser aussitôt qu'elles en transforment la globalité, adaptant ainsi certains aspects connexes à la nouvelle donne induite par ce changement initial

(2) : *"même si je travaille à ma façon, j'ai aussi personnalisé ma façon de me protéger : aseptie, attention, économie de matériel"*. Quant aux raisons invoquées de modifier ces manières de travailler, elles seraient dictées par plusieurs facteurs. L'efficacité supposée en certaines circonstances bien précises : *"selon ce que je sens", "si le patient est agité, il faudra faire vite, ce sera cela la priorité"*. Ou encore le confort du geste : *"on choisit selon la dextérité, l'habileté, l'assurance et comme c'est du travail manuel, il n'y a pas qu'une seule bonne manière", "je suis souvent stressée pour prélever ou piquer, j'utilise ma manière à moi pour rester calme ou selon mes affinités avec le patient"*.

En "médecine interne", les raisons seraient plus liées à l'évolution inéluctable des techniques *"auxquelles il faut bien s'adapter"*, à la personnalité de chacun *"on ne peut pas travailler toutes pareil"*, à l'adaptation nécessaire au contexte *"je pense à l'école, au fil de l'âge on apprend des choses, on met en place sa manière de travailler et on s'adapte selon que l'on est seule ou en groupe pour travailler, car les recommandations sont trop utopiques, théoriques"* *"j'applique, sauf dans le cas d'une véritable urgence (type arrêt cardiaque), où on ne pense pas alors à se protéger tout de suite"*, *"ce qui conditionne le choix, c'est plus le malade, les situations, que la volonté de l'opérateur"* et aux conditions dans lesquelles on doit travailler : *"quand je suis affolée, débordée, je préfère employer ma manière à moi"*. Et on cite aussi l'exemple des aiguilles *"choisies plus longues ou plus petites, selon le produit et ses préférences"*.

Aux "urgences", l'application de l'enseignement reçu ne serait pas toujours possible pour différentes raisons, notamment temporelles : *"il faut 10 mn aux élèves infirmiers pour préparer une injection intramusculaire, notamment parce qu'elles mettent de la Bétadyne..."* Et puis dans ce service d'urgence, *"tout n'est pas toujours possible, dans l'urgence on peut pas travailler en technique"*. Alors, à travers son vécu personnel, on évolue : *"porter des gants ça me regarde : si pas de plaie, pas de risque, c'est moi, l'opérateur, qui assume, surtout que l'on a déjà le système protégé"*, *"au bout de quelques mois d'apprentissage, chacun a son organisation spécifique: l'objectif reste commun, mais chacun a sa manière différente de bosser"*, *"les gestes de base infirmiers ont changé avec la transformation du matériel"*. D'autant que l'on semble persuadé que ces aménagements choisis ont leur côté positif : *"il est toujours important d'apporter aux généralités édictées un plus de sécurité pour l'opérateur ou un mieux pour le patient. Il faut adopter, améliorer en veillant bien sûr à ne jamais être régressif"*. Le manque d'information y contraindrait aussi parfois : *"on doit utiliser le set de sondage, mais aucune information spécifique ne nous ayant été donnée, on l'utilise à notre manière, qui n'est pas toujours optimale !"*.

- 8% enfin déclarent travailler en relative indépendance, aucune consigne particulière ne leur aurait été donnée.

Sont invoquées ici surtout des raisons liées au malade et à son état : *"en fonction de la nature du travail et du patient, de son capital veineux, c'est l'expérience, la volonté de faire le moindre mal au malade"*.

Manières de travailler prescrites / réellement pratiquées

Des écarts déclarés

- La non-utilisation systématique de protection adaptée ou d'équipement de sécurité jugés inadaptés, comme s'il s'agissait là d'une "sécurité rajoutée" :
 - Les gants, (20) : *"mettre les gants, j'ai peur que ça interrompe le geste, au lieu de cela, je me munis souvent de plusieurs compresses pour piquer", "pour les pansements je mets pas de gants pour les soins à l'alcool", "pour les perfusions" (3).*
 - Parmi les matériels non utilisés, figurent aussi les lunettes : *"elles sont trop moches", les orthèses, le corps de pompe à la sortie des ailettes pour les hémocultures, la protection des cathéters autour de l'ailette pour empêcher le sang de couler, le garrot jugé inconfortable pour le malade, le thermomètre tympanique qui n'inspire pas confiance.*
 - Les aiguilles protégées, pas utilisées systématiquement : pour certaines tâches, telles que prises de sang, hémocultures (*"parce que utiliser les tubes, c'est du gaspillage"*), selon l'appréciation personnelle instantanée (on amène alors les deux matériels avec soi et on choisit sur place en fonction de la situation).
- Les modes opératoires non respectés. On cite ici plusieurs exemples. Les raccords de robinet "Dosi flow" qu'il faudrait purger et raccorder un à un et que l'on regroupe. Les examens d'urine qui ne sont pas toujours faciles à mettre en œuvre comme prévu et que l'on omet parfois. Les consignes élémentaires de sécurité qui ne peuvent pas toujours être respectées dans les situations d'urgences (l'aiguille dans le plateau). L'évacuation de la seringue : *"si je jette mal la seringue dans le vacu, je prends alors ma pince à pansement ou mon crayon pour pousser", "on laisse parfois le container dans le couloir si la seringue à jeter est protégée".*
- Les consignes ergonomiques non respectées, essentiellement pour des raisons d'urgence, telle que prendre le temps de s'asseoir pour effectuer une prise de sang...
- Les modifications de méthodes, de techniques, soit en présence d'incident, soit par souci d'innovation : pour les poses de perfusion où le geste est complexe et où la latitude est donc plus importante, ou encore lorsque le patient est réticent, on pose par facilité son matériel sur le lit du malade, ou encore on ne remplit pas les fastidieux documents administratifs tels que feuilles de prescription..., on pique à l'alcool plutôt qu'à la Bétadyne pour *"une meilleure visibilité"*.

Pour des raisons

- De recherche d'efficacité: non port de gants, utilisation de certains produits de désinfection, amélioration du confort.
- D'adaptation de la théorie à la pratique jugée indispensable dans certains cas : se laver les mains, mode opératoire pour une intramusculaire.
- D'anciennes habitudes : *"des résidus de mode opératoire du temps où on n'avait pas de matériel rétractable. On défaisait l'aiguille du corps sans recapuchonner, alors qu'il faudrait désadapter, recapuchonner, évacuer. On fait l'économie de deux manips."* ou des affinités personnelles ou affectives.

- D'information défailante ou inexistante à propos de kit sondage vésical, gaz du sang, nécessité de clipser sur un matériau dur.
- De connaissance du malade : *"les toxicos habitués à se piquer choisissent parfois eux-mêmes l'endroit où ils souhaitent qu'on les pique"*.
- De contexte (urgence, diplomatie, recherche d'efficacité...).

LES CONDITIONS DE TRAVAIL

Environnement et organisation

Le tableau suivant indique l'influence de certains facteurs sur le déroulement du travail, répartie par services :

Facteurs influant le déroulement du travail	Infectiologie	Maladies infectieuses tropicales	Médecine interne	Urgences	Total
	9 = 100%	19 = 100%	11 = 100%	13 = 100%	52 = 100%
Utilisation du container	1	14 = 74%	5 = 45%	4 = 31%	24 = 46%
Emplacement de travail	9 = 82%	12 = 63%	10 = 91%	10 = 77%	41 = 79%
Présence d'autres personnes	4 = 44%	15 = 79%	7 = 64%	9 = 69%	35 = 67%
Préparation du travail	8 = 89%	11 = 58%	8 = 73%	8 = 62%	35 = 67%
Contraintes de temps, urgences	6 = 67%	13 = 68%	9 = 82%	11 = 85%	39 = 75%
Interférences de tâches, interruptions	8 = 89%	12 = 63%	6 = 55%	12 = 92%	38 = 73%
Coopération avec d'autres personnes	2	7 = 37%	6 = 55%	7 = 54%	22 = 42%
Réorganisation, remplacements	3	7	6 = 55%	10 = 77%	26 = 50%

Le container

On insiste souvent sur son caractère indispensable : *"c'est un état d'esprit"*. On en fait beaucoup d'éloges : *"ils sont au point, adaptés sur les chariots, permettant ainsi l'élimination immédiate, on en trouve partout, c'est un équipement qui a tendance à devenir presque individuel"*. Mais on fait aussi remarquer qu'ils ne sont efficaces que s'ils sont remplacés régulièrement. On regrette toutefois de ne pas disposer de plus petits containers qui seraient moins encombrants pour les petits soins et leur non-présence systématique sur tous les chariots.

L'emplacement de travail

- Surtout l'encombrement : *"la place dans la chambre pour perfuser et faire des soins lorsqu'il y a deux malades"* et la place réservée au poste de soins à l'hôpital de jour, jugée réduite : *"l'espace trop petit au poste de soins pour préparer un gros matériel type "port a cath", "le malade n'ayant qu'une table roulante, on manque de place pour le plateau"*. On évoque aussi la distance de certaines chambres par rapport au poste de soins.
- Les aspects ergonomiques : *"si on s'installe confortablement, le geste est plus sûr et c'est rassurant pour le malade"*. On précise donc que l'on prend tout son temps pour s'installer, régler le lit et aller chercher une chaise, être à la hauteur du malade, ne pas rester debout pour préserver le dos et placer un tissu sous le bras avant de piquer.
- Mais aussi l'éclairage : *"dans les chambres, le soir, on dérange les patients avec la lumière"*. Certaines déclarent *"faire de la place, de la lumière en arrivant. C'est une question de formation, d'éducation, c'est nécessaire pour bien piquer du premier coup"*.

Une infirmière résume ce qui, à ce sujet, lui semble souhaitable : *"une bonne installation doit permettre de sécuriser le patient, le mettre en confiance et préparer convenablement le matériel"*.

La présence d'autres personnes

Les infirmières déclarent avoir besoin d'être concentrées, donc d'être seules pour la réalisation de leur travail. La relation privilégiée infirmière/malade et les nécessaires moments d'intimité qui la composent sont ici évoqués : *"je n'aime pas travailler devant quelqu'un d'autre, c'est moins tranquille, je ne peux pas piquer s'il y a beaucoup de monde autour"*. La présence de certaines personnes n'est guère perturbatrice et peut même avoir un effet bénéfique, les élèves infirmières par exemple : *"on essaie de faire mieux pour les inciter et les motiver"*. On ajoute que, lorsque le personnel est nombreux, les facteurs favorables se trouvent réunis : *"on se répartit alors le travail"*. Mais dans d'autres cas, plus fréquents, l'effet est inverse : *"ceux qui me troublent, ce sont ceux dont je n'ai pas l'habitude d'avoir le regard"*. Les stagiaires posant nombre de questions, les personnes entrant en criant ou en appelant, les médecins interrogeant le malade, rompant ainsi la relation privilégiée évoquée plus haut, les brancardiers attendant pour emmener le malade en examen, les voisins de chambre du patient, les accompagnateurs des malades, les membres de la famille *"qui peuvent juger selon leurs habitudes et leurs préférences, ou qui n'hésitent pas parfois à intervenir..."*. Il y aurait en effet toujours beaucoup de monde dans les chambres, même si *"on n'hésite pas à faire sortir les gens"*. Et dans ce contexte, il *"faut notamment faire attention à ne pas se promener avec des aiguilles, par risque de bousculade"*. On évoque l'absence de délimitation claire entre zone de soins et zone ouverte aux accompagnateurs (surtout aux urgences) : *"on entre comme dans un moulin, les accompagnateurs ouvrent même les portes interdites et on y rencontre parfois agressivité verbale ou physique"*.

La préparation du travail

Etre particulièrement attentif à son environnement (notamment lors des prises de sang) et à la préparation de son chariot sont devenus des "habitudes" auxquelles on ne pense plus. *"Prendre son temps quoi qu'il arrive"* : la préparation du patient est parfois plus longue que le temps d'intervention où le geste, réflexe, exige une planification efficace : *"on sait heure par heure les soins à faire avant de commencer"*. La préparation est surtout technique, (matériel et chariot), mais aussi psychologique en direction du patient : *"on le prévient qu'il y aura un bilan et on dédramatise"*

le geste technique en l'informant". Certaines évoquent une relation directe entre préparation et qualité des soins : "il est important de pouvoir s'installer, d'expliquer au malade".

Contraintes de temps, urgences

Les gestes habituels peuvent être différents lorsque l'on est pressé ou paniqué : on travaillerait moins bien en situation d'urgence que dans le cas d'un soin classique. Mais la différence porterait alors plus sur les aspects "propreté" que sur les aspects "sécurité" jugés incontournables.

Quelques causes sont énumérées : malades qui vomissent, malades à perfuser à nouveau, nouveaux entrants. On précise toutefois qu'il n'y aurait théoriquement rien de très urgent sauf lors des soins ponctuels. Mais il faut tout de même concilier visite du médecin, distribution de médicaments et préparation des bilans pour le lendemain. La perfusion, notamment, ne serait pas considérée comme un geste prioritaire. On met d'ailleurs l'accent sur la différence entre travailler "vite" et travailler dans une ambiance "perturbée" : *"on peut avoir tous les matériels imaginables, si le contexte n'est pas calme, il y aura risque d'accident"*. Ces situations apparaissent lorsque l'effectif devient insuffisant, lorsqu'un malade saigne, ou lorsqu'il faut piquer un nombre important de patients. Mais en temps normal, *"il y a assez de personnel pour gérer les urgences, on s'arrange entre nous"*.

Aux urgences, le cas est évidemment un peu différent, puisque cette variable "temps" est inhérente à l'activité du service : l'urgence est souvent vitale, il faut se dépêcher et aller très vite ; *"on ne doit pas avoir à penser et d'ailleurs on en n'a pas le temps"*. Le problème devient donc particulièrement crucial lorsque se multiplient les arrivées simultanées...

Interférence des tâches, interruptions

Ce type de contrainte se rencontre plutôt le matin : appels de sonnettes, téléphone, collègues (aide soignante qui vient retirer un plateau, médecins qu'il faut informer sur un acte effectué, brancardier qui attend alors qu'il faut faire une piqûre, kinésithérapeutes, transmission de relève), appels simultanés de plusieurs patients. Ou par des actes non prévisibles à faire rapidement : repiquer le malade, préparer les dossiers de patients partant en examen, préparer les injections d'antibiotiques ou de perfusions : *"si j'ai bien préparé et que je suis interrompue, je perds le fil et je perds du temps. La sécurité devient alors comme surajoutée, comme par exemple la recherche du container"*. Mais même si la concentration s'en trouve distraite, on précise bien que *"de toute façon, on termine toujours le geste, nos tâches étant généralement assez brèves"*. Et on fait remarquer que pour réguler, *"certains soins peuvent être reportés et on peut toujours se faire aider"*.

Coopération avec d'autres personnes

Un facteur apparaissant ici essentiellement bénéfique : *"le travail en équipe permet de se décharger de certaines choses, on n'a pas de honte à appeler la collègue quand on ne réussit pas à piquer, on ne vous juge pas là-dessus : le seul critère c'est le malade"*. Une coopération qui se ferait là souvent avec les aides-soignantes. Mais *"le travail à deux, ce n'est pas évident, il faut prévoir le geste de l'autre"* et on pense là notamment à certains médecins qui *"auraient des conceptions particulières"*. Cette coopération pourrait s'avérer aussi plus perturbatrice au moment du chevauchement des équipes : *"on est alors beaucoup de monde et certains n'ont rien à faire là"*.

La réorganisation des équipes, les remplacements

Une situation rare dans laquelle les remplaçantes "n'écourent pas ce qu'on dit, car pas rattachées au service". Par exemple lors de la relève, les transmissions orales ne sont alors pas toujours assimilées et "il faut reprendre le cas à zéro pour voir si telle injection a été faite". On essaiera alors ici de pallier en "vérifiant si la remplaçante dispose bien de ce qu'il faut pour se protéger".

Les intérimaires n'auraient pas la même vision de la prise en charge du malade : "elles ne connaissent ni les locaux, ni les habitudes, ni le matériel et le temps nous manque pour leur expliquer". Ce qui fait conduit à faire plus confiance à un "pool" d'intérimaires. Les stagiaires seraient perçus comme une richesse, faisant souvent découvrir les mauvaises habitudes aux plus anciennes. Aux urgences, le cas semble là aussi un peu différent : "on est privilégiée, on ne nous met pas d'inexpérimentées".

Relations à d'autres groupes

	Infectiologie	Maladies infectieuses tropicales	Médecine interne	Urgences	Total
Influence possible sur la manière de travailler	9 = 100%	19 = 100%	11 = 100%	13 = 100%	52 = 100%
Relation avec les patients - familles	8 = 89%	15 = 79%	7 = 64%	13 = 100%	43 = 83%
Relation avec les médecins	3 = 33%	7 = 37%	6 = 55%	8 = 62%	24 = 46%
Relation avec l'encadrement	5 = 56%	5 = 26%	4 = 36%	7 = 54%	21 = 40%
Relation avec les collègues	6	3	1	7	17

Les patients et leurs familles

Ce type de relation est souvent jugé positivement.

- La relation au malade est considérée comme facteur influençant le soin : "si un malade ne veut pas être piqué, je ne prends pas ce risque pour moi et pour lui", "quand on a une approche plus affective, la technique est différente, on fait moins mal", "parfois il est angoissé, ou exigeant, sa confiance en nous peut aussi être différente, on doit y veiller en permanence". Certains patients sont "émotionnellement fragiles, difficiles, énervés, il y a ceux qui préfèrent être prévenus, ceux qui ne comprennent pas ce qu'on leur fait". Ce qui nécessite adaptation de la part des infirmières : "quand le malade est agité, il faut rester calme, car si on stresse, on sera plus "sec" avec les suivants".
- La présence des familles : "ceux dont je n'ai pas l'habitude d'avoir le regard me troublent, je ne les tolère que si le malade est angoissé et que leur présence s'avère nécessaire", mais "on se sent moins à l'aise, parfois les familles sont désagréables, elles peuvent juger selon leurs habitudes et leurs préférences, c'est gênant". On les fait parfois sortir pour privilégier la relation malade/soignant ; on les informe aussi du programme prévisionnel du lendemain : "c'est pas toujours le malade qui réclame le plus, il faut désangoisser la famille, donner des infos utiles, la rassurer. Ce que l'on fait peut choquer les personnes alors que le soin est prévu comme cela". Et on évoque à nouveau le problème des locaux trop ouverts, pas assez délimités, mal agencés.

Les médecins

On leur reproche surtout de ne pas savoir estimer ce que représentent leurs prescriptions en "temps infirmier", et trouver *"leurs prescriptions mal libellées", "n'avoir pas toujours confiance"*. Mais on ajoute aussitôt *"qu'ici le courant passe bien et qu'il n'y a pas de côté hiérarchique, on a toujours la possibilité de discuter, on est détendue avec eux, on se connaît généralement bien"*. Les interférences avec des internes *"qui changent tous les 6 mois"* semblent les plus perturbatrices.

Les collègues

L'influence des collègues serait dans l'ensemble jugée plutôt positive : *"c'est le premier interlocuteur sur lequel on peut compter pour dépanner ou passer la main, un enrichissement mutuel"*. Lorsqu'il y a doute, c'est avec lui que l'on compare les méthodes de travail respectives. Ils ont aussi parfois un rôle de complémentarité : *"nous remplacer pour piquer un jour où on n'est pas à l'aise"*. En cas d'accident, *"on cherche à comprendre ensemble, on se rappelle mutuellement le risque, on cherche ensemble des protections"*.

L'encadrement

Il arrive parfois *"qu'une surveillante nous talonne trop, on a parfois un besoin d'indépendance"*, mais on reconnaît que dans l'ensemble *"il n'existe ici pas trop de chape hiérarchique, on nous laisse gérer"*.

Rôle attendu du cadre infirmier

Deux grands volets se dégagent ici, gestion du personnel et du matériel.

Gestion du personnel

Les attentes sont ici les plus nombreuses (80).

- Régulation (22), à l'intérieur de l'équipe d'abord : équilibrer la charge de travail, déléguer, organiser, observer, gérer les absences, permettre une bonne cohésion de l'équipe, éviter les tensions, tirer la sonnette d'alarme et donner des conseils : *"il doit pouvoir résoudre les problèmes, gérer ce que l'on ne peut pas, avoir le recul que l'on n'a pas"*. Mais aussi faire appel à d'autres compétences en cas de nécessité : *"aller voir un malade dans certains cas précis pour nous décharger un peu, aller chercher les vigiles quand nécessaire, régler les problèmes sociaux avec l'assistante sociale"*, ou faire le lien entre plusieurs instances : *"assurer la gestion entre CLIN, chef de service et soignants, nous soutenir auprès de la direction"*. Et bien sûr, gérer le planning : *"s'assurer que l'on est en nombre suffisant, couper la semaine de l'infirmière fatiguée qui risque de se piquer"*.
- Disponibilité, écoute attentive, présence rassurante (20) : *"pouvoir lui exposer nos problèmes, en discuter, qu'il soit un soutien en cas de difficulté relationnelle ou professionnelle, qu'il ait une grande disponibilité pour résoudre les conflits du quotidien, des aspects super compétents de substitution, de relais..."*. Bref, favoriser à l'infirmière une certaine tranquillité d'esprit : on veut pouvoir compter sur lui, sur sa disponibilité, sur son aide, savoir qu'il remontera le moral, que l'on pourra se décharger sur lui de ses soucis et difficultés et qu'il "couvrira" hiérarchiquement.

- Formation / information (12) : *"rappeler les mesures d'hygiène, les procédures de soins, les bonnes pratiques, faire de l'information et des campagnes de sécurité, réguler la communication, l'information quand il y a des points chauds, encadrer les élèves en commençant dans la chambre du malade"*, proposer des formations adaptées et faire des comptes-rendus des réunions professionnelles.

Tout cela, insiste-t-on volontiers, en laissant une marge importante d'autonomie, en se conduisant plus en "guide" porteur d'un projet de service : *"discuter des différentes manières de procéder sans être trop autoritaire, car c'est nous qui voyons le travail, donc nous laisser notre mot à dire sur ce qui est bien ou pas bien"*. Une personne résume ainsi : *"le cadre, ce n'est plus une hiérarchie que l'on craint, mais une façon de mener une équipe, un facteur sécurisant"*.

Gestion du matériel

43 citations.

- Assurer un approvisionnement régulier, sans faille, du matériel, par le biais notamment des suivis de commandes : *"faire le choix, se battre pour en avoir, veiller aux réserves, en insistant sur la matériel protégé"*, inclure les nouveaux matériels.
- Réactualiser en permanence le matériel : se tenir au courant des nouvelles techniques, les communiquer, rechercher, proposer, tester des nouveaux matériels en veillant à l'aspect économique ; mais aussi assurer une "veille" permanente concernant le respect des normes de sécurité : containers bien fixés, pas trop remplis.
- Diffuser l'information concernant ce matériel, par le biais notamment de conseils de bonne pratique.

ACCIDENT, MALADIE ET CONCEPTION DU METIER D'INFIRMIERE

Les accidents

Type d'accidents survenus aux répondants (réponse possible aux deux items => possibilité de total >100%)	Infectiologie	Maladies infectieuses tropicales	Médecine interne	Urgences	Total
	9 = 100%	19 = 100%	11 = 100%	13 = 100%	52 = 100%
Accidents avec seringues	6 = 67%	12 = 63%	5 = 45%	9 = 69%	32 = 62%
Autres accidents	4 = 44%	8 = 42%	5 = 45%	9 = 69%	26 = 50%

Le métier d'infirmière est un métier à risques : 62% de la population interrogée déclare avoir déjà eu un accident impliquant la présence d'une seringue, 50% a subi d'autres types d'accidents.

Accidents avec seringues

Ce sont les plus nombreux : 62% des personnes interrogées ont déjà eu des accidents avec des seringues, certaines personnes s'étant même piquées plusieurs fois (une jusqu'à quatre fois). Les causes, évoquées par les répondantes, tournant autour de :

- Erreur de manipulation reconnue par l'intéressée (10) : aiguille posée sur plateau sans protection, mal insérée dans le rabat orange, mal jetée dans la boîte, non recapuchonnée avant un déplacement, tentative de pousser avec un stylo ou d'appuyer sur l'intérieur du vacutainer alors que le bout de seringue dépasse, opération effectuée sans gants ou en position debout.
- Aiguilles égarées (8) : dans une compresse, dans un sac poubelle en route vers le compacteur, coincée dans le coin du lit, tombée à côté du container, dépassant d'un container.
- Au recapuchonnage (7) : aiguille qui traverse le capuchon parce que l'on force ou qui passe à côté de la protection.
- Container absent ou inadapté (7) : aiguille coincée dans l'interstice du couvercle, bouteilles d'Evian ou flacons de verre utilisés en guise de containers.
- Malade agité (7) : *"lorsque l'on fait les gestes dont les autres ne veulent pas, tels que piquer les impiquables ou les agités"*, les malades, difficiles à piquer, qui veulent que tout le monde soit malade comme eux (possibilité alors de gestes agressifs), qui bougent : *"je me suis planté dans le pied le mandrin en fer que je venais de retirer"*.
- Rebond de l'aiguille (3) : avec notamment les aiguilles à ailettes, soit au retrait, soit sur le container en la jetant.
- Matériel ancien (2) : matériel ancien trop large qui favorise le glissement du doigt.
- Autres cas : corps de vacutainer rétractable qui s'est désadapté, au retrait d'une chambre implantable ("port a cath").

Autres accidents

Une personne sur deux aurait déjà eu des accidents ne mettant pas directement en cause les seringues :

- Projections (15) : médicaments, sang, produits gastriques, eau de Javel, liquide de ponction, vomissements, artères qui saignent, urine d'une poche désadaptée, fuite d'un tuyau d'hémoculture, manipulation de robinet.
- Coupures (6) : verre cassé, scalpels souillés, opercules de perfusion, carré rigide de pansement, bistouri.
- Chutes (3) : escabeau, couloir.
- Agressivité du patient (3) : claques, morsures.
- Lombalgies (4) : lourds malades à soulever, écrasements, entorse.

Appréhension de l'accident ou de la maladie

	Infectiologie 9 = 100%	Maladies infectieuses tropicales 19 = 100%	Médecine interne 11 = 100%	Urgences 13 = 100%	Total 52 = 100%
Ont parfois peur d'un accident ou d'une maladie	3 = 33%	6 = 32%	4 = 36%	10 = 77%	23 = 44%
N'ont pas particulièrement peur	6 = 67%	13 = 68%	7 = 64%	3 = 23%	29 = 56%

Les réponses apparaissent relativement homogènes dans trois services : 1/3 des personnes interrogées seulement y auraient peur d'un accident ou d'une maladie. Le service des urgences représente naturellement un cas à part, de par la nature des soins qui y sont dispensés et du caractère "tout venant" et "non identifié au préalable" des patients : 77% y déclarent avoir peur de l'accident ou de la maladie.

Les infirmières ont toutes bien conscience d'exercer un métier à risques avec des probabilités non négligeables d'accidents : *"au fil des années j'ai toujours eu le risque dans ma tête, la réflexion remonte à plus de dix ans. J'avais déjà peur quand j'étais élève"*. Certaines avouent avoir peur en permanence. Mais la plupart se rassure en évoquant les risques bien connus, les précautions prises et les protections présentes et essaie de ne pas se laisser submerger par cette peur, même si *"un accident, c'est une remise en question du matériel ou de la personne. Ça met tout le monde mal à l'aise. Quand on en voit, ça donne un doute : on se croyait en sécurité et puis..."*.

Cette peur souvent diffuse est parfois ravivée en fonction de raisons personnelles : *"j'attends un bébé, alors je ne vais pas dans les situations trop dangereuses des urgences"* ou de situations spécifiques : *"quand je n'ai pas mis de gants et que j'ai du sang sur la main"* ou encore un accident vécu ou à propos de certaines maladies faisant leur apparition ou leur réapparition : *"la tuberculose, qui tue plus de monde que le sida, le paludisme, les pathologies tropicales ; avec Ebola, on a eu la trouille"*, cette peur du BK dès que l'on commence à tousser, des risques dermatologiques (gales) ou de l'hépatite C et même certains médicaments que l'on sait très dangereux. On pense généralement plus à la maladie qu'à l'accident lui-même (sûrement parce que dans ce contexte hospitalier, l'accident du travail se transforme souvent à terme en maladie). D'autant que les infirmières en connaissent généralement parfaitement les conséquences : *"on a peur parce que l'on sait jusqu'où peut aller la maladie"*. Parmi les causes dont on craint qu'elles conduisent à l'accident, on évoque souvent le comportement du malade : *"cela nous pose plus de problème que sa maladie, un malade agité psychiatrique, même si on reste calme soi-même, peut donner des coups"*, *"on reçoit des malades pas toujours très calmes : les toxicos, avec lesquels on n'est jamais à l'abri d'un coup. Les agressions verbales font partie de la relation"*. Une personne avoue cependant n'y penser qu'après le geste : *"je risquais gros avec ce patient"* ou encore *"pour éviter de lui transmettre son stress"*.

Plus de la moitié des personnes interrogées (56%) nie cette peur. Les opératrices estiment en effet avoir beaucoup de moyens, matériels ou organisationnels, à leur disposition : *"la technique est assez maîtrisée, même si on est bien conscient du risque et que l'on utilise beaucoup les protections, on respecte les règles"*. On se repose sur sa formation, son information et les précautions prises : *"on connaît nos malades, donc les risques, on peut prendre les précautions, on est suffisamment prévenue, on se lave les mains, on utilise l'eau de Javel et on ne va pas chez certains malades après une brûlure"*. *"Y penser trop gênerait la sérénité dans le travail et la peur n'évite pas le danger : plus on se dit qu'il faut faire attention, plus on stresse et plus on risque, c'est là que l'on a les*

mains qui tremblent et que l'accident arrive". Puisque l'on maîtrise la technique, que l'on estime avoir un bon équilibre psychologique et que l'on se sent à l'aise avec le matériel, on se sent donc en sécurité. Certaines avouent même à ce sujet que *"ce sont souvent les patients qui nous y font penser"*.

Compétences techniques, compétences relationnelles

	Total 52 = 100%	
L'aspect relationnel serait plus important que l'aspect technique	19 = 37%	48 = 93%
Les aspects relationnel et technique seraient d'une importance comparable	29 = 56%	
L'aspect technique serait plus important que l'aspect relationnel	2	

L'aspect relationnel est jugé par l'infirmière comme un aspect primordial de son métier : la quasi-totalité (93%) des infirmières rencontrées estime que cet aspect relationnel a au moins autant d'importance que le côté technique, 37% privilégiant même nettement cet aspect relationnel.

Tout d'abord parce qu'il semble que "posséder une bonne technique" est évident dans la profession : *"la bonne technique c'est obligé, par contre la relation, tout le monde n'a pas appris ça de la même manière", "la technique, on la maîtrise pour le diplôme, ensuite c'est le relationnel qui devient important"*. Et puis il y a l'idée même que les infirmières interrogées se font de leur métier en général : *"être infirmière, c'est être adaptable aux situations, c'est un métier de contact, il faut souvent tenir la main du malade"*. Mais on estime aussi que cet aspect plus relationnel permet d'introduire une dimension supplémentaire d'efficacité, déterminante pour la réussite de l'aspect technique du travail : *"sans aspect relationnel, on n'arrivera pas à grand chose ; quand on a une approche plus affective, la technique est différente, on fait alors moins mal"*. On ne perd en effet jamais de vue l'attente affective du malade : *"nous sommes des humains qui travaillons avec des humains, nos patients ont parfois de lourds problèmes psychologiques et sociaux : arrêts de travail, abandon des amis ou de la société ; si le malade a besoin de parler, le reste attendra"*. Ce qui fait apparaître les deux aspects intimement liés dans leur complémentarité dans certains services comme les urgences ou la médecine interne : *"il faut faire participer le patient, l'informer, le préparer, pour qu'il soit coopératif lors du soin, prendre en compte ses problèmes psychologiques. Le patient doit sentir aussi que l'on connaît bien son travail. Sa demande est à la fois physique et psychologique"*.

Cette dichotomie technique/relationnel peut même dans certains cas conduire au choix du service d'affectation : *"je n'ai pas choisi la réanimation car c'est plus technique qu'ici aux urgences"*.

Les infirmières distinguent aussi parfois leur rôle propre d'infirmière, là où elles sont parfaitement autonomes, accueil, relation avec les malades, toilette, massages, aide aux repas (donc plus relationnel), de leur autre rôle, plus lié à des prescriptions : administration de médicaments, exécution des perfusions... activité technique cette fois, qui selon les cas peut être autonome ou fortement dépendante des autres. Ce qui conduit à développer certaines qualités jugées presque incontournables : il faut *"savoir parler, faire rire, remonter le moral, ne pas venir à reculons auprès des gens que l'on n'apprécie pas"* et adaptable : *"tout dépend des situations : avec les sidéens il faut faire du relationnel car ils sont désorientés, angoissés. Pour d'autres, ce sera le côté technique le plus important"*. Et ne pas oublier non plus le rôle d'interface avec les familles : *"on discute énormément pour se mettre à leur portée"*. Il est intéressant de noter que certaines insistent sur le fait que cette approche plus affective se développerait avec l'expérience : *"quand j'étais*

jeune, je voyais plus l'aspect technique", sous-entendant aussi par-là que l'on puisse parfois "se réfugier dans cet aspect technique lorsque l'on a encore peur du contact avec le patient".

Sécurité personnelle / sécurité du malade

	Infectiologie	Maladies infectieuses tropicales	Médecine interne	Urgences	Total
	9 = 100%	19 = 100%	11 = 100%	13 = 100%	52 = 100%
Autant préoccupées par leur sécurité que par celle du malade	4 = 44%	12 = 63%	5 = 45%	6 = 46%	27 = 52%
Plus préoccupées par la sécurité du malade	5 = 56%	5 = 26%	4 = 36%	6 = 46%	20 = 38%
Plus préoccupées par leur propre sécurité	0	1	2	1	4 = 8%

- 52% des personnes interrogées se déclarent autant préoccupées par leur sécurité que par celle du malade

"Ce qui est important pour le malade l'est aussi pour nous, je dois le réussir du premier coup, mais je ne m'oublie pas, donc je pique calmement sans prendre de risques...". Et on oscille entre instinct de survie : "ne pas prendre de risque pour soi" et dévouement : "faire en sorte que le malade soit satisfait de ses conditions d'hospitalisation". Et ce, même dans des situations limites : "même en cas d'urgence, je prends toujours le temps de faire les gestes, de mettre mes gants". On essaie d'éviter de transmettre des germes au malade, on met un masque lorsque l'on a la grippe, "ici les gens sont infectés, ils sont donc plus sensibles que d'autres". On met en avant la symbiose avec le malade : "nous et le patient, ce sont deux personnes, mais nous ne faisons qu'un, on est responsable du malade comme de soi". Mais aussi le respect pour la personne humaine : "quand on est malade soi-même, on sent les choses autrement et on change, il est bon parfois d'aller un peu de l'autre côté de la barrière, ne pas oublier que lorsque l'on est dans un lit, on est en position d'infériorité". Mais aussi une certaine complicité : "le prélèvement c'est entre lui et moi". On pense aussi à son confort : "si je pique mal, c'est pas vital, mais ça va lui faire mal". Et on souligne aussi la complémentarité des deux préoccupations : "quand on se sent plus en sécurité avec le matériel, on accorde plus d'attention au malade". Mais cette préoccupation peut aussi être variable en fonction des contextes ou des situations rencontrées ou des objectifs que l'on se fixe : "si je me lave les mains, avant c'est pour lui, après c'est pour moi", "le lavage des mains ou les gants, là c'est pour eux, mais si le malade est agressif, je pense à ma sécurité, je me souviens m'être déjà réfugiée dans une pièce".

- 38% déclarent être plus souvent préoccupées par la sécurité du malade

On retrouve ici sans doute quelques éléments qui conduisent au choix du difficile, mais humain, métier de l'infirmière : "je mets toujours le malade en avant dans ma pratique quotidienne, sinon, c'est pas la peine d'être infirmière, je suis là pour lui et je sais que moi j'ai du matériel protégé". Par habitude, formation : "je mets les gants par réflexe si le malade est souillé ou que j'ai une petite plaie" ou par abnégation : "c'est le travail que j'ai choisi, de ne pas penser à soi" et ce, peut-être particulièrement dans des conditions d'urgence : "si on pense que l'autre peut mourir, on réfléchit moins, donc prise de risque. C'est de l'imprévu, il faut sauver l'autre même en prenant un risque pour soi, dans l'urgence on oublie !". Comme si la sécurité du malade était réfléchie, pensée et celle de l'infirmière acquise ou réflexe : "j'ai l'impression de me préserver

automatiquement, inconsciemment, mais je pense d'abord au malade". Et on espère pouvoir faire ainsi d'une pierre deux coups : "on pense au malade en premier et on se prépare du même coup les conditions optimales de protection par anticipation du soin". Et on s'aperçoit que finalement, il s'agirait ici peut-être moins de préserver la sécurité de ce malade que son bien-être, la réussite du geste, la confiance : "quand je suis obligé de mettre une barrière (masque ou gants), ça casse la relation", "quand on réclame des ailettes, c'est pour mieux piquer le malade". Mais il arrive aussi dans ce cas d'avoir ainsi des peurs rétrospectives : "ça m'arrive de me dire : là tu t'es mise en danger, parce que tu as fait passer tes malades en priorité".

■ 8% seulement déclarent penser plus souvent à leur propre sécurité

Soit parce qu'elles ont déjà eu un accident qui fait réfléchir ou qu'elles pensent à leurs proches : *"quand j'étais enceinte, j'ai eu des insomnies pendant des mois", "je ne voudrais rien transmettre à mes enfants"*, ou qu'elles ne voient pas bien quel risque elles pourraient faire prendre au malade : *"je suis peut être égoïste, mais le malade ne peut pas ne pas être en sécurité, on utilise de toutes façons du matériel à usage unique"*.

CONCLUSION

Cette étude, réalisée essentiellement par interviews et questionnaires, a mis en évidence la particularité des problèmes de protection du personnel infirmier, aussi bien vis-à-vis des risques spécifiques (et actuels) d'exposition au sang que des risques plus classiques d'infection ou d'accident physique.

Les thèmes abordés ont accordé une place importante aux questions concernant la recherche d'un matériel de sécurité adapté, objet de préoccupation constante des responsables comme des utilisateurs potentiels.

Certes, les modes opératoires appris en formation initiale peuvent être transformés avec l'emploi d'un nouveau matériel, au risque parfois d'entraîner des gestes inadaptés. Et rien ne vaut sans doute, dans certaines situations d'urgence, le retour au geste sûr et habituel. Mais plus généralement, le soignant explique qu'il prend le temps nécessaire à une préparation du malade en toute sécurité : qualité du soin, sécurité du patient, sécurité personnelle... Si contraintes d'organisation il y a, elles résulteraient surtout, comme l'ont aussi démontré différentes études ergonomiques, des interruptions et perturbations dans le déroulement des activités.

Au sein de la structure hospitalière concernée, l'étude a montré une certaine différenciation entre les services, liée moins à l'organisation et à la gestion de ces services qu'aux types de tâches effectuées et au degré de prise en charge des malades : de l'intervention urgente aux soins réguliers et "personnalisés". Le "rôle propre" de l'infirmière (soins et relations aux patients) expliquerait largement les attitudes de "proximité" et de protection judicieusement choisie, alors que le "rôle technique" inciterait à des comportements plus "anonymes" et à une protection plus indistincte.

Aussi les évolutions souhaitables sembleraient-elles moins affaire de technologie et de formation à la sécurité - efforts à poursuivre certes - que de prise en compte des typologies de comportements individuels (la marge de manœuvre que l'on s'accorde pour "optimiser" son geste de soin). Analyser les raisons de ces modes opératoires personnels, les expliquer aux prescripteurs de sécurité et aux fabricants de matériel protecteur, serait un moyen de faire "remonter" les besoins précis des

opérateurs en vue d'une conception d'outils éventuellement modulables. Plus déterminants encore, les essais de nouveaux matériels, pourtant fréquents dans l'établissement, pourraient bénéficier d'un recueil d'avis plus systématique et de discussions encore plus participatives sur la "faisabilité" ou "l'applicabilité" des améliorations ; et, cela, avec l'ensemble des utilisateurs potentiels (penser aux absents et à leur réaction à leur retour !).

Le contexte relationnel, dans les services étudiés ici, est apparemment très propice à ces évolutions. A travers cette recherche commune de solutions sécuritaires, il offre une opportunité pour valoriser de manière exemplaire la spécificité psychologique du rôle des personnels soignants et son importance socio-économique pour l'efficacité de l'hospitalisation.

BIBLIOGRAPHIE

ABEYSEKERA J.D.A. and SHAHNAVAZ H. (1990) - Adaptation to discomfort in personal protective devices: an example with safety helmets. *Ergonomics*, vol. 33, n° 2, pp. 137-145.

AKBAR-KAHANZADEH F. and BISESI M. (1995) - Comfort of personal protective equipments. *Applied Ergonomics*, vol. 26, n° 3, pp. 195-198.

ARTEAU J. et GIGUERE D. (1992) - Efficacité, fiabilité et confort comme critères d'évaluation des équipements de protection individuelle. In. *Maîtriser le risque au poste de travail*, Moncelon B., Ed. Presses Universitaires de Nancy, pp. 339-344.

BAEZA M. (1996) - De la présentation des EPI à leur utilisation en situation réelle de travail. *Sécurité et Médecine du Travail*, 1996, n° 113, pp. 6-8.

BRION J.P. (1992) - Protection individuelle ou facteur de risque ? In. *Maîtriser le risque au poste de travail*, Moncelon B., Ed. Presses Universitaires de Nancy, pp. 363-367.

DAMONGEOT A. (1995) - Prévention des accidents dus à la non-perception des signaux sonores de danger. *Cahiers de Notes Documentaires INRS*, n° 160, 3^{ème} trimestre 1995, pp. 389-398.

FAYOMI B., IZOHOON T. et IBRAHIM A. (1994) - De la disponibilité à l'utilisation du matériel de protection par les ouvriers : le cas d'une usine textile de Cotonou. *Revue de Médecine du Travail*, Tome XXI, n° 5, pp. 247-250.

FEENEY R.J. (1986) - Why is there resistance to wearing protective equipment at work? Possible strategies for overcoming this. *Journal of Occupational Accidents*, 8 (1986), pp. 207-213.

GIRARD G. (1969) - Les composantes affectives du rapport travailleur-entreprise dans l'emploi et le non-emploi des moyens de protection individuelle. Commission des Communautés Européennes, Recherche n° 12/001 FH, Luxembourg.

KRAWSKY G. (1995) - Ergonomie, normalisation et acceptation des protecteurs individuels. *Cahiers de Notes Documentaires INRS*, n° 158, 1^{er} trimestre 1995, pp. 113-116.

KRAWSKY G., DAVILLERD C. (1997) - Conditions d'acceptation des équipements de protection individuelle : étude bibliographique et position du problème. *Note Scientifique et Technique INRS*, NS 152, 50 p.

MAYER A. (1995) - Limites d'exposition des équipements de protection individuelle : le point de vue d'un organisme notifié. *Cahiers de Notes Documentaires INRS*, n° 160, 3^{ème} trimestre 1995, pp. 441-444.

VANDEVYVER B. (1995) - Aspects psychologiques liés au port des vêtements de protection en salle propre. Colloque ASPEC (Association pour l'Etude de la Contamination), 1995.

WHITE M.K. and HODOUS T.K. (1987) - Reduced work tolerance associated with wearing protective clothing and respirators. *Acc. Ind. Hyg. Assoc. J.*, 48 (4), pp. 304-310.