

BOUKHARI Djamel

Session Médecins Etrangers

Promotion 2008/2009

**Observance du port de gants dans les soins à risque d'AES :  
une logique professionnelle conditionnée par les représentations sociales**

Institut de Formation en Soins Infirmiers

Croix-Rouge Française de Lyon

Rapport de Stage

Diplôme d'Etat d'Infirmier

Date de Soutenance : 04/09/2009



## REMERCIEMENTS

Mesdames Sandrine YVARS et Nathalie SANLAVILLE :

Je vous remercie pour avoir daigné répondre à mes requêtes concernant l'envoi d'articles de périodiques.

Veillez trouver ici l'expression de mon infinie reconnaissance.

Madame Anne REGARD :

Je vous remercie pour votre accueil et votre aide bibliographique.

Veillez trouver ici le témoignage de ma sincère gratitude.

# SOMMAIRE

## I. INTRODUCTION

## II. CADRE CONCEPTUEL

### 1. ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG

#### 1.1. VIH

#### 1.2. VHB

#### 1.3. VHC

#### 1.4. Conclusion

### 2. PORT DE GANTS

#### 2.1. Gants et toucher

#### 2.2. Conclusion

### 3. REPRESENTATIONS SOCIALES

#### 3.1. Représentation de santé-maladie

#### 3.2. Représentation de la mort

#### 3.3. Représentation du patient

### 4. COMPORTEMENTS

### 5. CONCLUSION

## III. OUTIL D'ENQUETE

### 1. OBJECTIFS DE L'ENTRETIEN

## **2. ANALYSE DESCRIPTIVE DES ENTRETIENS**

2.1. Service de soins continus

2.2. Service de médecine gériatrique

## **3. ANALYSE INTERPRETATIVE ET EXPLICATIVE DES ENTRETIENS**

## **IV. SYNTHÈSE**

## **V. CONCLUSION**

## **ANNEXES**

## **BIBLIOGRAPHIE**



## I. INTRODUCTION

Ce rapport de stage constitue la synthèse d'un travail personnel sur un thème d'intérêt professionnel axé sur l'hygiène, discipline fondamentale et transversale des études infirmières.

Lors de mes stages, une situation à ce sujet m'a singulièrement interpellé. Elle s'est déroulée au sein d'un service d'hépto-gastro-entérologie ayant comme particularité de prendre en charge des patients séropositifs quel que soit le stade de la maladie.

Mon infirmière référent doit procéder au changement d'un cathéter veineux périphérique chez une patiente atteinte d'une hépatite C. Ce qui a retenu mon attention est le fait qu'elle ait porté des gants uniquement lors du retrait mais pas lors de la pose du nouveau cathéter où le risque d'AES est omniprésent. Quand je l'ai interrogée sur la pertinence de procéder de la sorte, je me suis vu rétorquer qu'elle ne daignait en porter lors de la pose que quand elle devait prendre en charge des patients atteints du VIH.

Qu'elle a été ma surprise et ma stupéfaction à l'annonce d'une telle réponse ! Mon ressenti est que cette infirmière s'est manifestement mise en danger lors de cet acte et que sa perception du risque infectieux a pris le pas sur ses valeurs professionnelles, valeurs communes à tous les soignants.

Puisque le soignant est avant tout un individu, il me semble alors pertinent de porter une réflexion sur les déterminants à moduler ses comportements en milieu professionnel.

Cette réflexion me conduit logiquement à formuler ma problématique par la question de départ suivante : **« Qu'est-ce qui fait que l'IDE déroge à l'observance du port de gants dans les soins à risque d'AES ? »**.

## II. CADRE CONCEPTUEL

### 1. ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG

Ils sont définis comme tout contact avec du sang ou un liquide biologique contenant du sang et comportant soit une effraction cutanée (piqûre ou coupure), soit une projection sur une muqueuse (œil, bouche) ou une peau lésée<sup>1</sup>.

Le risque de transmission d'agents infectieux lors d'un AES concerne l'ensemble des germes véhiculés par le sang ou les liquides biologiques (bactéries, virus, parasites et champignons). En pratique, on redoute surtout, du fait de leur prévalence, de l'existence d'une virémie chronique et de la gravité de l'infection engendrée, le VIH, le VHC, et le VHB uniquement chez le personnel soignant non ou mal immunisé contre l'hépatite B.

Ces accidents classés parmi les accidents du travail sont actuellement les plus fréquents dans les établissements de soins.

#### 1.1. VIH

Le risque de contracter ce virus a toujours été très médiatisé en raison du pronostic de la maladie. Cependant, bien que le VIH soit présent dans de nombreux liquides biologiques, seuls le sang et les liquides biologiques contenant du sang ont jusqu'à présent été impliqués dans sa transmission en milieu professionnel. Aussi, on estime que le risque de le contracter lors d'une exposition percutanée avec du sang ou un liquide biologique souillé de sang provenant d'un patient porteur du virus est estimé à 0,32%, et à 0,04% lors d'un contact sur peau lésée ou sur une muqueuse.

Le risque pour un personnel soignant exposé est fonction de la prévalence de l'infection dans la population générale, dans la population des patients pris en charge dans le service ainsi que de l'incidence des AES. Il concerne surtout les accidents mettant en cause une aiguille creuse souillée de sang, d'autant plus que le calibre de l'aiguille est important et que la blessure est profonde.

---

<sup>1</sup> **APPIT**, Accidents exposant aux risques VIH, VHB et VHC. *Maladies infectieuses et tropicales*. 2M2. 2006, 747p.

Le stade de la maladie est également un facteur important à prendre en compte ; le risque de transmission est d'autant plus élevé que la charge virale du patient source est élevée. La quasi-totalité du personnel de santé ayant contracté le VIH lors d'un accident professionnel documenté a été en contact avec des patients source tous séropositifs, et dont 70% étaient au stade de SIDA.

L'avènement de traitements plus efficaces ( trithérapies ) permettant à nombre de patients infectés d'éviter l'hospitalisation a réduit significativement le risque d'exposition des soignants à des aiguilles creuses souillées par le VIH.

## 1.2. VHB

Le virus de l'hépatite B est à l'origine d'un risque important de contamination du personnel soignant non immunisé du fait de deux éléments principaux :

- **la forte prévalence de cette maladie** : en France, plus de 100 000 personnes seraient porteuses du VHB d'après l'institut national de veille sanitaire.
- **la virémie très élevée dans les hépatites aiguës** : chez un patient atteint d'hépatite aiguë, on dénombre jusqu'à 1 milliard de particules virales/ml de sang. Ceci explique le risque élevé de contamination d'un soignant non vacciné après un AES.

Après un accident percutané unique, le risque de séroconversion est très variable :

- 5 à 9% si le patient source présente des AgHBs (antigènes de surface), c'est-à-dire s'il s'agit d'une infection chronique.
- 25 à 45% si le patient source présente des AgHBe (réplication virale), c'est-à-dire s'il s'agit d'une infection aiguë.

Avant la généralisation de la vaccination contre l'hépatite B, on déplorait de nombreuses victimes chez les professionnels de santé (infirmier(e)s surtout en service d'urgence, de réanimation, en unités de dialyse, anatomopathologistes, techniciens de laboratoire, médecins, chirurgiens).

En 1984, la séroprévalence était 2 à 5 fois plus élevée pour les professions de santé que pour le reste de la population.

L'efficacité de la prévention s'est révélée remarquable avant même l'obligation vaccinale du 18 janvier 1991 pour les soignants (article L10 du code de la santé publique, loi n°91-

73). A titre d'exemple, le nombre d'hépatites B déclarées a diminué de 87%, entre 1980 et 1988, passant de 127 cas à 16 cas du fait d'un programme de vaccination développé à l'APHP.

Un risque potentiel subsiste néanmoins pour les sujets mal immunisés (mauvais répondeurs à la vaccination, sujets ayant oublié un rappel) ou non immunisés.

La vaccination est désormais obligatoire pour l'entrée en faculté de médecine et institut de formation en soins infirmiers.

Malgré cela, la couverture vaccinale anti VHB reste variable selon les catégories professionnelles du personnel de santé déclarant des AES et selon les hôpitaux considérés<sup>2</sup>.

### 1.3. VHC

Le risque d'être contaminé après un AES à partir d'un patient source porteur du VHC est beaucoup plus faible que celui d'être contaminé par le VHB et ce, malgré le caractère asymptomatique et une prévalence d'environ 1% de cette maladie dans la population générale

Ce moindre risque de contamination peut s'expliquer par une virémie plus faible au cours d'une hépatite C qu'au cours d'une hépatite B, estimée entre 100 et 1000 virus/ml de sang.

Le risque de transmission pour ce virus après exposition percutanée est estimé à 3%. Des cas de transmission par voie oculaire ont été rapportés.

La prévention reste un facteur primordial de lutte contre l'hépatite C. En cas d'AES, il n'existe pas de traitement prophylactique comme pour le VIH et le VHB.

Le pronostic d'une séroconversion post-exposition d'un soignant vis-à-vis du VHC reste donc sévère, avec un risque de passage à la chronicité proche de 60% des cas, une cirrhose voire un cancer du foie. Ce constat permet de mesurer l'importance du risque pris par le personnel de santé.

---

<sup>2</sup> BOUKHARI D., Accidents d'exposition au sang professionnels : approche épidémiologique, prévention et conduite à tenir. Données du recueil des AES des Hospices Civils de Lyon en 2005, *Mémoire de DIU en Infectiologie et Hygiène Hospitalières*, UCBL, 2006, 50p.

## 1.4. Conclusion

Actuellement, les risques de contamination pour le VIH et le VHC restent les plus redoutés.

## 2. PORT DE GANTS

La prise de conscience des risques de contamination liés au sang et aux liquides biologiques dans les années 80 ont fait du gant, dispositif jusque-là destiné à protéger le patient, une protection individuelle essentielle.

Pour le personnel, il s'agit avant tout d'une protection contre le risque infectieux par le sang, les liquides biologiques et le contact direct avec le patient colonisé à germe multi-résistant ou infecté. De plus, l'usage des gants protège le patient contre la flore microbienne des autres personnes surtout s'il est immunodéprimé, transplanté ou brûlé.

Bien utilisé, le gant est donc un moyen efficace de prévention et de protection. En effet, lors d'une piqûre accidentelle, le gant retient par effet d'essuyage 30 à 60% du volume sanguin contenu dans l'aiguille. Même si cette protection n'est pas absolue, elle est très utile. Paradoxalement, des évaluations ont montré que les gants sont encore sous utilisés pour se protéger des AES alors que leur consommation augmente au fil des ans. Existerait-il alors un usage abusif ou inadapté dans les structures de soin ? Apparemment ce matériel n'est pas toujours porté à bon escient.

La vulgarisation du gant a entraîné une irréflexion d'utilisation de la part de certains soignants. Le choix est souvent lié à l'habitude, le manque d'information, la dextérité gestuelle, la méconnaissance des phénomènes de l'allergie et sans réflexion sur la notion risques encourus/gant adapté.

### 2.1. Gants et toucher

Toutes les infirmières savent que le contact de peau à peau est un plaisir, cette communication tactile est une composante habituelle des soins et de la relation soignant-soigné. Elle est admise, ritualisée par le corps soignant, mais reste tout de même dérangeante

donc peu verbalisée. Peut-être est-ce qu'elle n'est pas enseignée au cours de leur formation (ou peu) et non prescrite par le corps médical<sup>3</sup>.

Or, c'est cette composante essentielle de la relation de soin que l'interposition d'un écran de latex ou de plastique est venue annuler. Il est à noter que souvent, les réticences formulées par les infirmières à utiliser les gants est similaire à la réticence des individus à porter le préservatif (toujours cet écran de latex qui « empêche » la relation). On va même observer des situations où le port de gants semble motivé par une réaction phobique.

Pour Véronique Brosset, infirmière, le port excessif de gants paraît être un double moyen de protection : protection utile à des fins préventives contre les infections et protection inutile par une utilisation systématique des gants dès lors qu'il s'agit de toucher le patient. Pour elle, cette situation est inacceptable car elle pense que les soignants n'ont pas besoin de protection pour laver le dos d'une personne, pour prendre son pouls ou sa pression artérielle. Le port des gants déshumaniserait ainsi le contact avec le patient.

Véronique Brosset pose la question de savoir « contre quoi les soignants essaieraient-ils de se protéger ? ». Elle pense que certains d'entre eux ne souhaitent pas s'impliquer émotionnellement car toucher des corps meurtris les renvoie à leur propre fragilité de ceux qui leur sont proches. L'intimité de ces soignants avec des corps vieillissants malades ou mutilés provoque chez eux des émotions trop lourdes à gérer qui trouvent leur origine dans leur histoire personnelle. Par peur de sa propre souffrance, par peur de se laisser envahir par la souffrance de l'autre, le soignant prend de la distance avec le soigné. Le port systématique des gants en est un révélateur frappant.

Pour Monique Zambon, formatrice, la main doit être débarrassée des gants à usage unique lorsque le soin ne l'exige pas. Ceux-ci ne protègent pas le soignant de la vieillesse (non contagieuse !) mais enlèvent une part importante de la communication tactile : la perception de la chaleur et du grain de la peau. Pour elle : « toucher, c'est rencontrer l'autre avec ses mains, c'est approcher une zone corporelle avec prudence, l'apprivoiser ». Elle propose de transformer les minutes de soin en des moments de communication plus intime, pour signifier à la personne âgée qu'elle est digne d'intérêt. Le simple fait que le soignant lui

---

<sup>3</sup> CARRICABURU D., LHUILLIER D. et MERLE V., Quand soigner rend malade : des soignants face au risque infectieux à l'hôpital, *Santé publique* 2008/0, n°20, pp 57-67.

touche l'épaule, accueille sa main (non gantée) dans la sienne sont des gestes apaisants, sécurisants, qui témoignent de l'intérêt du soignant pour cette personne<sup>4</sup>.

## 2.2. Conclusion

Le port de gants a une place importante dans la prévention des AES : les gants préviennent les contacts cutanés avec le sang et les liquides biologiques en réduisant l'inoculum lors d'une piqûre. Néanmoins, ils ne sont utiles que dans le respect de règles strictes de bon usage.

La question des gants, en apparence simple et mineure, est donc une affaire complexe et riche de sens.

## 3. REPRESENTATIONS SOCIALES

Le concept théorique renvoyé ici est celui des représentations sociales. C'est le modèle de Moscovici qui prend toute sa valeur pour tenter d'expliquer le problème de l'utilisation des gants.

Pour lui, la représentation prend appui sur des processus afin d'aboutir à une reconstitution spécifique de la réalité sociale. Ces processus en œuvre dans les représentations ont été définis sous les termes d'objectivation et d'ancrage. Ils montrent comment le social s'empare d'un objet, d'une information, d'un événement et les transfigure. Ce processus se fait en quatre phases<sup>5</sup> :

- **Passage de l'objet au figuratif** : ici, l'objet en question est le gant en latex, les infirmières vont le considérer comme un outil qui n'est pas réellement adapté aux soins. Il y a sélection de l'information : on évoque le problème de taille ou de fragilité mais pas celui de l'intolérance allergique ;

- **Passage du figuratif à la catégorisation** : dans le port du gant, on peut établir deux catégories : celle de la non utilisation liée à des critères de taille, fiabilité et économie et celle de l'utilisation systématique liée au seul critère de protection. Il y a donc ici interprétation de la réalité d'où sélection de l'environnement ;

- **Passage de la catégorisation au modèle actif** : c'est ce qui va orienter la conduite des infirmières vis-à-vis du port du gant (notion de noyau). Ici, le noyau dur de la

---

<sup>4</sup> MACREZ P., L'usage des gants à l'hôpital : règles et limites, *Revue de l'infirmière*, n°106, décembre 2004, pp 32-33.

<sup>5</sup> CATANAS M., Le syndrome des gants, *Revue de l'infirmière*, Informations n°20, décembre 1994, pp 2-3.

représentation, c'est la notion de « barrière » ou d' « écran ». D'une manière ou d'une autre, le gant reste une barrière vis-à-vis de la relation à l'autre, il est aussi une barrière contre les infections ou les expositions accidentelles au sang... ;

- **Phase de constitution** : il y a constitution de la représentation qui se consolide, ce qui génère des attentes et des attitudes spécifiques.

Ainsi, le gant vécu comme une barrière entre soi et les autres fait ressortir des attitudes contradictoires. On peut alors se demander ce que peuvent ressentir les patients considérés parfois plus comme des objets que comme des personnes, dont on se protège plus qu'on ne les protège. Ce problème de « barrière » fait apparaître un second problème : celui d'une méconnaissance des règles d'hygiène hospitalière que l'apparition du sida est venue remettre en question<sup>6</sup>.

Représenter, c'est rendre présent à l'esprit et c'est pour cette raison que l'on peut dire que la représentation mentale d'une chose, d'une personne, d'un objet, d'un événement matériel ou psychique, correspond à une réflexion qui rend concret ce qui est abstrait. C'est une autre manière pour nous de connaître la réalité.

Les représentations sociales revêtent souvent une fonction justificative (par exemple, la représentation du risque par l'infirmière justifie sa façon d'effectuer les prélèvements). C'est une élaboration par une collectivité d'une image de la vie sociale, de rapports sociaux et de préjugés. Ainsi la représentation est à la base d'actes qui reflètent ce que pense l'individu.

Comment appréhender les représentations sociales d'un individu ?

La première manière est de les regarder agir, d'observer les comportements qui trahissent ce qu'on appelle généralement leur mentalité. La seconde manière est de demander à l'individu de s'exprimer, non plus en actes mais en paroles. On peut ainsi essayer de qualifier et de quantifier ces représentations sociales grâce à des échelles dites d'ATTITUDE. Ces échelles permettent de déterminer la représentation en y corrélant les diverses opinions, modifiées par les **préjugés** (stéréotypes en matière d'information sociale), de cette personne et son attitude globale.

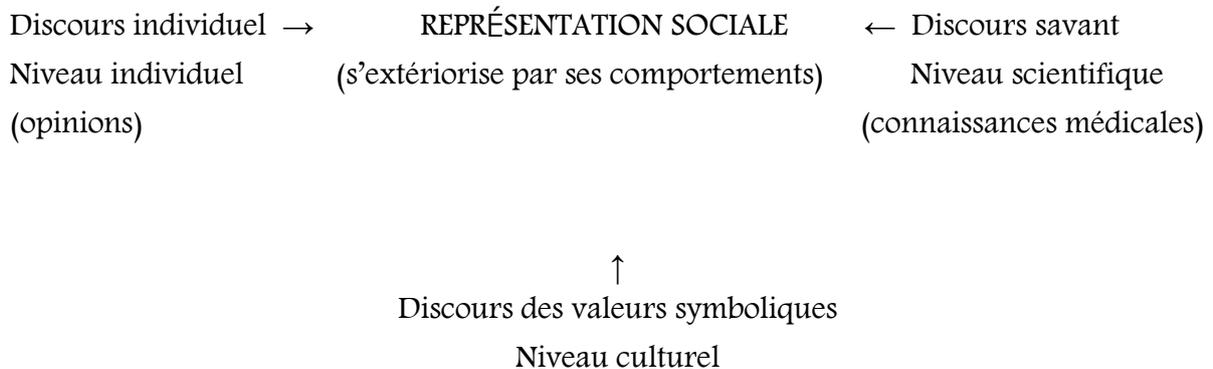
Par exemple, lors de la découverte du SIDA, les trois populations discréditées portant le préjugé « atteints du SIDA » (Haïtiens, héroïnomanes, homosexuels) virent les autres

---

<sup>6</sup> AMIEL C., Usage... et mésusage des gants, *Hygiène en milieu hospitalier*, n°65, Hors-série, 2003, pp 34-38.

populations adopter vis-à-vis d'elles une attitude de rejet se manifestant par un comportement d'évitement.

En récapitulatif, on peut dire que la représentation sociale équivaut à une synthèse de trois ordres<sup>7</sup> :



Nous allons présenter quelques exemples de représentations sociales, c'est-à-dire incluant les trois niveaux d'ordre précédent et en gardant à l'esprit les règles de la représentation résumées ci-après :

Les représentations déterminent les comportements.

- les représentations peuvent être appréhendées par les opinions et l'attitude des gens ;
- les représentations déterminent la relation d'un individu à son environnement ;
- les représentations mettent en œuvre des objets symboliques dont elles renvoient une signification autre que la leur propre (ex : au-delà de l'hygiène, le type de blouses portées par les différents intervenants du milieu hospitalier - blanche, avec un liseré, rayée... - renvoie prioritairement à leur statut hiérarchique et à la compétence qu'on leur reconnaît) ;
- le champ d'une représentation pour un objet ou un individu est constitué d'un ensemble de caractéristiques multiples (expériences émotionnelles, visuelles, auditives, de conditions sociales, économiques, idéologiques, culturelles...).

---

<sup>7</sup> GICQUIAUD F., HAUVETTE A. et LAVOGEZ A., Vers des accidents d'exposition au sang (AES) en baisse : utopie ou réalité, *Recherche en soins infirmiers*, n°52, 1998, pp 81-99.

Sur quelles représentations sociales va se porter notre choix ? Il est essentiellement axé sur la profession infirmière et touche donc les domaines de santé-maladie, mort, patient.

### 3.1. Représentation de santé-maladie

Que signifient santé, maladie ? Être en bonne santé s'oppose à être malade. Etudier la représentation sociale de la santé et de la maladie, c'est voir comment s'élabore l'image de ces objets sociaux que sont la santé et la maladie, et c'est cette image qui va contribuer à modérer les comportements. C. HERZLICH a étudié la représentation de santé et de maladie. En effet, la notion de santé et de maladie change selon de nombreux critères : norme, âge, culture, social... Elle a tenté de dégager ce qui sépare la santé de la maladie dans notre société : notion, langage, système de catégories. On ne peut dissocier santé et maladie de la vie de la société. Être malade ou en bonne santé, c'est se placer dans la société et en fonction d'elle.

Pour l'infirmière, sa représentation individuelle de santé-maladie s'étoffe grâce à ses connaissances médicales supposées être les mêmes que celles de ses collègues de travail. Ce qui implique qu'il existe autant de représentations santé-maladie que d'infirmières, que de comportements différents dans les actes infirmiers.

Malgré tout, sa représentation va et peut évoluer en fonction des comportements qu'elle observe chez les autres individus du groupe lors du travail d'équipe. Les relations interindividuelles étayées en partie par les transmissions vont l'amener à s'interroger sur le bien fondé de ses représentations et éventuellement à les modifier.

### 3.2. Représentation de la mort

Plus rarement sont ceux qui associent l'idée de mort avec maladie. Cela dépend des pathologies en cause.

Le mot SIDA engendre une corrélation avec le substantif MORT alors que le mot VHC s'associe plutôt avec MALADIE. Mais on peut penser que cette association SIDA-MORT a évolué depuis l'avènement de nouvelles thérapeutiques comme la trithérapie modifiant le pronostic vital.

Dans sa représentation de la mort, l'infirmière fait référence à sa propre expérience de la mort familiale et professionnelle et surtout à sa peur de mourir. Souvent, elle s'accroche à la

théorie de Freud selon laquelle on ne peut parler de la mort qu'en la niant. C'est ce processus qui apparaît lorsque l'infirmière n'applique pas les précautions standard, quels que soient son expérience et le patient, affichant ainsi une invulnérabilité face à la mort, une attitude de défi, de jeu aussi comme à la roulette russe.

C'est une représentation très importante (où le discours savant est exclu) à travailler chez le personnel soignant par des échanges avec l'équipe car elle influe sur son comportement vis-à-vis des risques pris et également par rapport aux soins aux patients en fin de vie.

### 3.3. Représentation du patient

Dans l'acte de soins, deux personnes se retrouvent face à face, l'infirmière et le patient, avec chacun son identité, son histoire, ses représentations... C'est une relation interactive où le patient se prête à l'acte de soins que réalise l'infirmière. Cette dernière s'interroge de façon intuitive et immédiate sur l'identité sociale, l'âge et l'aspect physique du patient. C'est en effet avec son corps, sa parole et son affectivité que l'on rentre en relation. D'autres facteurs interviennent d'ordre :

- psychologique : valeurs personnelles, représentations, préjugés, émotions, enjeu particulier de cette relation ;
- social : l'appartenance à une catégorie professionnelle, à une classe d'âge, à une culture avec rôle et fonction ;
- physique : l'aspect et les perceptions propres à chacun.

## 4. COMPORTEMENTS

Chez tout être humain, le comportement se construit par étapes et est influencé par différents facteurs. La motivation et les représentations symboliques déterminent l'action comportementale. Les motivations peuvent être à la base d'un changement de comportement mais certaines représentations amènent parfois une résistance freinant ou empêchant cette modification.

Le comportement est une extériorisation, une manifestation visible ou perceptible d'une attitude, laquelle est surtout liée à la personnalité profonde. Il est déterminé par la réaction à un « événement » quelconque, en fonction d'une attitude adoptée, consciemment ou non, par une personne.

Deux sortes de facteurs déterminent le comportement : personnels et environnementaux. **Les facteurs personnels** correspondent à tout ce qui est interne à l'individu et conduisent à l'intention de faire un comportement. Ces facteurs peuvent être :

physiologiques comme les pulsions, les besoins ;  
physiques comme l'habilité psychomotrice ;  
psychologiques tels que les motivations, les connaissances acquises et transmises, les attitudes, la perception, la capacité de choisir et d'analyser, tout ceci rentrant dans la construction de la personnalité ;  
socio-démographiques : sexe, âge et autres comme les cultures, les religions.

**Les facteurs environnementaux** correspondent à tout ce qui est externe à l'individu et permettent d'exprimer un comportement lorsqu'on a décidé de le faire ou de l'adapter. Ils procurent les moyens de la réalisation. Ces facteurs peuvent être :

- les relations interpersonnelles entre compagnons de travail ou intervenants ;
- les services et les ressources accessibles, disponibles, quantifiés et qualifiés ;
- les lieux de travail ;
- l'environnement social et physique.

Pour donner un exemple, l'IDE élabore mentalement un soin en fonction de ses facteurs personnels. Par contre, la réalisation de ce soin va être subordonnée aux facteurs environnementaux. L'organisation du travail dépendra de l'adaptation entre conception et réalisation. L'organisation du travail et le comportement apparaissent ainsi étroitement liés.

## 5. CONCLUSION

A l'hôpital, les soignants sont confrontés à la perte temporaire ou définitive de l'exercice des rôles professionnels et sociaux des patients et c'est souvent une image modifiée de lui que le patient présente à l'infirmière. Grâce à ses connaissances médicales auxquelles elle ajoute ses propres références individuelles et culturelles, l'infirmière va apprécier son patient et le classer dans une case particulière. A chaque fois que certains éléments de cette petite case se trouveront réunis, elle procédera à une identification. Plus son expérience grandira et plus sa représentation du patient s'affinera. L'analyse des entretiens confirme les observations réalisées par C. Amiel dans un service de maladies infectieuses d'un CHU : « si la décision de porter des gants ou non est influencée par la pathologie du patient, son apparence physique, son mode de vie supposé ou avéré et son âge deviennent autant de facteurs intervenant également dans ce choix »<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> AMIEL C., « On sait qu'il n'y a pas de " vrais " risques ». Discours et pratiques de soignants autour des infections nosocomiales, *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 23, n°3, 2005, pp 38-55.

### III. OUTIL D'ENQUETE

Comme outil d'enquête utilisé, j'ai opté pour l'entretien auprès de 4 IDE. J'ai donc sollicité ces soignants qui se sont prêtés à l'exercice des questions soumises, lesquels soignants exercent au sein de deux services différents à savoir en soins continus et en médecine gériatrique.

#### 1. OBJECTIFS DE L'ENTRETIEN

Dix mêmes questions ont été posées au cours des entretiens avec quatre objectifs définis :

- Objectif n°1 : obtenir des informations sur l'IDE interrogé(e)

Questions 1, 2 et 3 :

Quel âge avez-vous ?

Depuis quand êtes-vous diplômé(e) ?

Quelle est votre ancienneté au sein du service ?

- Objectif n°2 : cerner les connaissances de l'IDE sur les AES

Questions 4, 5 et 6 :

Selon vous qu'est-ce qu'un AES ?

Connaissez-vous les risques de transmission en cas d'AES ?

Connaissez-vous les moyens de prévention et la conduite à tenir le cas échéant ?

- Objectif n°3 : cerner les représentations de l'IDE en fonction de ses connaissances des risques encourus

Questions 7, 8 et 9 :

Selon vous que signifie la notion de patient à risque ?

Selon vous quelles sont les situations de soin à risque ?

Comment avez-vous vécu l'arrivée de patients atteints du VIH et/ou du VHC ?

- Objectif n°4 : cerner les pratiques de l'IDE en fonction du statut sérologique du patient

Question 10 :

Changez-vous vos pratiques de soin en fonction du patient lors de soins à risque d'AES ?

## 2. ANALYSE DESCRIPTIVE DES ENTRETIENS

### 2.1. Service de soins continus

- Connaissances de l'IDE sur les AES :

Les deux infirmiers ont dans l'ensemble de bonnes connaissances sur les AES et citent les gants en premier comme moyen de prévention. Ils ont également conscience des risques de transmission en citant le VIH et le VHC. L'infirmière semble par contre plus maîtriser la conduite à tenir que son collègue en la décrivant mieux.

- Représentations de l'IDE en fonction de ses connaissances des risques encourus :

On retrouve pour la notion de patient à risque la convergence des termes de patients porteurs du VIH et du VHC pour 100% des infirmiers. Les soins invasifs se dégagent des situations de soins à risque où la nécessité de porter des gants est mise en avant par les deux infirmiers. Néanmoins, il ressort pour eux le fait qu'ils puissent ne pas le faire dans certaines situations comme l'urgence et le manque de temps dû à la surcharge de travail. Les deux soignants avouent volontiers ne pas se trouver en situation de soins à risque en présence de personnes âgées, en ce sens qu'ils n'encourent pas de risque et donc occultent le fait de se protéger en portant des gants. L'infirmière ne rapporte pas d'appréhensions dans son vécu en ce qui concerne les patients atteints du VIH et/ou du VHC, au contraire de l'infirmier qui en rapporte en reconnaissant qu'elles sont non fondées.

- Pratiques de l'IDE en fonction du statut sérologique du patient :

100% des infirmiers disent ne rien changer à leurs pratiques de soin en fonction du patient lors de soins à risque d'AES.

## 2.2. Service de médecine gériatrique

- Connaissances de l'IDE sur les AES :

On retrouve la notion de VIH et d'hépatites comme risques de transmission en cas d'AES pour les deux infirmiers. Les gants sont également mis en avant comme moyen de prévention ainsi que la notion d'affiche décrivant la conduite à tenir le cas échéant.

- Représentations de l'IDE en fonction de ses connaissances des risques encourus :

100% des infirmiers associent le VIH et le VHC à la notion de patient à risque, l'infirmière se distinguant de son collègue en faisant le rapprochement avec les homosexuels et les drogués. Elle se démarque aussi en minimisant de ces risques les personnes âgées et les enfants. On retrouve pour les situations de soins à risque les soins invasifs et les soins d'escarres à des patients porteurs du VIH pour les deux infirmiers, et les soins de la sphère urinaire pour l'infirmière. L'infirmière dit ne pas avoir appréhendé mais avoir eu tendance à cataloguer les patients lors du dépistage du sida alors que l'infirmier a très bien vécu l'arrivée d'un patient sidéen, à l'inverse de plusieurs de ses collègues.

- Pratiques de l'IDE en fonction du statut sérologique du patient :

100% des infirmiers reconnaissent changer leurs pratiques de soin en fonction du patient lors de soins à risque d'AES et concèdent à porter des gants dans ce cas de figure. Ils avouent avoir appris à piquer sans et qu'ils sentent mieux les veines ainsi. L'infirmière avoue par ailleurs en porter systématiquement pour la petite toilette et les changes, alors que l'infirmier dit qu'il peut toujours se piquer et être contaminé malgré les gants qui sont pour lui une mince et illusoire protection.

## 3. ANALYSE INTERPRETATIVE ET EXPLICATIVE DES ENTRETIENS

- Connaissances de l'IDE sur les AES :

Il semble évident et rassurant à la lecture des entretiens que les IDE soient sensibilisés aux risques d'AES dans leur quotidien et aient conscience qu'il faut se protéger d'une potentielle contamination sanguine au VIH et au VHC par le port de gants principalement. Le manque de connaissances sur les moyens de prévention des AES n'est pas à mettre en cause à ce niveau de l'analyse.

- Représentations de l'IDE en fonction de ses connaissances des risques encourus :

L'analyse indique ici une segmentation des représentations des risques infectieux. Ce processus de construction sélective des représentations est lié aux activités professionnelles et aux expositions associées. Ainsi, les IDE évoquent en premier lieu les risques liés au VIH et au VHC, via les soins invasifs surtout. On note, pour la moitié d'entre eux, le rapprochement fait avec les homosexuels et les toxicomanes que l'on retrouve au niveau du cadre conceptuel dans les représentations sociales des individus. Dans cette même logique, ces soignants construisent une catégorisation des patients associée au degré de risques attribués : s'ils considèrent les AES comme le risque majeur de leur métier, ils usent préférentiellement des gants lors d'actes invasifs quand les indices perçus les conduisent à classer le patient dans la catégorie dite à « risques ». En revanche, cette observance n'est plus la même et se retrouve de manière récurrente dans les entretiens lorsqu'il s'agit d'une personne âgée hospitalisée pour un tout autre motif et dont la sérologie n'est pas connue des professionnels de santé, comme si, aux yeux de ces soignants, le risque VIH ou VHC épargnait préférentiellement cette partie de la population. Ces pratiques témoignent d'une évaluation subjective faisant parfois fi de considérations qui rappelleraient à ces membres de l'équipe soignante que tout être humain est susceptible de contracter un germe quel qu'il soit. Ce constat rejoint celui de C. Amiel où l'âge et l'apparence physique, en dehors de la pathologie du patient, interviennent dans la décision de porter ou non des gants.

Pour 50% des infirmiers interrogés, l'urgence et la surcharge de travail sont évoquées comme un obstacle à l'exigence prescriptive du port de gants. Ceci peut s'expliquer par le fait que l'activité professionnelle est toujours une adaptation des procédures à la singularité des situations concrètes. Elle suppose la prise en compte des contraintes d'équilibrage entre différents objectifs d'efficacité, d'économie, de souci de soi, de sécurité, de qualité... . De plus, les pratiques préventives s'inscrivent dans une recherche adaptative vers une performance fonctionnellement acceptable, au sens où elle est le produit de compromis entre plusieurs exigences souvent contradictoires.

- Pratiques de l'IDE en fonction du statut sérologique du patient :

Les IDE de gériatrie avouent changer leurs pratiques en fonction du statut sérologique du patient, à l'inverse de leurs confrères de soins de surveillance continue estimant à

juste raison que les précautions standard suffisent et qu'il n'y a pas lieu d'en changer. Ils conçoivent porter des gants uniquement si le patient est connu comme infecté par le VIH ou le VHC. Ils l'expliquent par la difficulté qu'ils ont à sentir les veines des patients et défendent aussi l'idée que les gants ne sont qu'une mince protection face à l'aiguille qui, de toute façon, peut les traverser. Ils mettent également en avant le fait qu'ils ont appris à piquer sans gants. Ces pratiques d'un autre âge caractérisent ces soignants anciennement diplômés, sans toutefois faire de généralités, et qui restent réticents à changer leurs comportements malgré les risques encourus. Elles vont à l'encontre des précautions standard qui sont à appliquer scrupuleusement par tout soignant et pour tout patient quel que soit son statut sérologique. En effet, le bénéfice du port de gants n'est plus à démontrer dans les AES, qui pourraient être évités dans bien des cas par leur simple respect.

L'infirmière du service de soins de surveillance continue et son homologue de gériatrie formulent l'assertion que les gants peuvent gêner la relation soignant-soigné auprès des personnes âgées spécialement, où le toucher tout comme l'écoute y est privilégié, donnant tout son sens au rôle propre infirmier. On peut l'interpréter par le fait que le respect des protocoles d'hygiène est souvent présenté comme synonyme d'asepsie relationnelle : le port des gants constituant alors un écran dans la relation et source potentielle d'anxiété pour le patient. Cela met en exergue une conflictualité entre technique et relationnel, que mettent au jour les impératifs en matière d'hygiène : l'activité face aux risques d'infection dépend, certes, de la perception des soignants mais que celle-ci n'est qu'une des conditions de l'activité. Cela se vérifie et va dans le sens de la formatrice Monique Zambon dans le chapitre gants et toucher du cadre conceptuel.

#### IV. SYNTHÈSE

A la lumière de l'analyse des entretiens, la synthèse qui peut en être faite, et pour rebondir sur ma problématique, est, outre les situations d'urgence et la surcharge de travail, que les représentations sociales des soignants déterminent bien les comportements en matière d'observance du port de gants. En effet, cela est plus significatif avec les infirmiers de gériatrie où la personne âgée est décrite comme une frange de la population plus épargnée par les risques infectieux, et où la relation privilégiée à ces « patients-résidents » est mise en exergue comme prétexte au non respect du port de gants. Je pondérerais cette assertion vu que cela n'est vrai que dans certains soins et dans le cas où les risques VIH et VHC principalement sont absents. Hormis ces risques, ils adoptent un comportement éminemment critiquable car il n'existe pas de critères subjectifs permettant de faire la part des choses. C'est pourquoi ils doivent se conformer scrupuleusement au respect des précautions standard, statut sérologique connu ou pas.

Un autre constat se dégage avec acuité, celui des plus anciens infirmiers qui mettent en avant leurs années d'études pendant lesquelles ils ont appris à piquer sans gant et qui arguent de la très relative protection qu'offre le gant, selon eux, en cas d'accident percutané. Cela reflète un manque de connaissances du bénéfice du port de gants se répercutant sur la pratique de ces professionnels de santé. Nous l'avons bien vu dans le cadre conceptuel où les gants retiennent par effet d'essuyage 30 à 60% du volume sanguin contenu dans l'aiguille, diminuant ainsi substantiellement les risques de contamination en cas d'AES.

## V. CONCLUSION

Ce rapport de stage m'a permis, à partir d'une situation d'appel, de formuler une problématique et d'étayer ma réflexion par des éclairages théoriques.

Dans le cadre des entretiens, en discutant avec plusieurs professionnels sur le terrain, j'ai pu me rendre compte que les risques infectieux en milieu hospitalier sont l'objet de représentations sociales relevant plus de la symbolique personnelle, donc non réductibles aux connaissances scientifiques. La référence au savoir et aux techniques associées ne supprime pas les croyances profanes et les logiques professionnelles.

Ma réflexion m'amène à répondre à ma question de départ que les représentations sociales déterminent les comportements des IDE en matière d'observance du port de gants dans les soins à risque d'AES, outre le fait que d'autres considérations peuvent entrer en ligne de mire.

J'ai pris un grand intérêt à l'élaboration de ce travail de fin d'études, en espérant y tirer parti en tant que futur professionnel, notamment dans ma pratique de soignant à adopter un comportement toujours adapté aux risques, et à m'inscrire dans une démarche de sensibilisation de futurs collègues concernés par ce problème.

# ANNEXES

## Annexe A : Retranscription de l'entretien avec l'infirmière du service de soins continus

Quel âge avez-vous ?

23 ans.

Depuis quand êtes-vous diplômée ?

2008.

Quelle est votre ancienneté au sein du service ?

6 mois.

Selon vous qu'est-ce qu'un AES ?

C'est tout contact de matières venant de mes patients sur mes muqueuses ou sur une plaie.

Connaissez-vous les risques de transmission en cas d'AES ?

Ce sont surtout le VIH, le VHC et le VHB si on n'est pas vacciné.

Connaissez-vous les moyens de prévention et la conduite à tenir le cas échéant ?

Alors pour la prévention, on doit appliquer les précautions standard comme le port de gants, de lunettes et du masque en cas de projection de sang sur le visage et les yeux surtout. Pour la conduite à tenir, ça dépend de la nature de l'AES : pour une piqûre, on appelle un médecin référent, on fait un rinçage pendant 5 à 10 minutes puis antisepsie au Dakin, je regarde la sérologie de mon patient s'il en a sinon je pique et je me fais faire une sérologie VHB, VHC, et VIH et enfin je fais une déclaration à la surveillante ; pour une projection, je fais un rinçage à l'eau pendant 10 minutes et puis je pense sérologies patient et les miennes, et toujours une déclaration AES à la surveillante.

Selon vous que signifie la notion de patient à risque ?

Un patient à risque est un patient porteur du VIH, du VHC et du VHB.

Selon vous quelles sont les situations de soin à risque ?

Ce sont les soins où l'on doit piquer le patient essentiellement car il y a un risque d'AES et de possible contamination par les germes qu'il porte d'où la nécessité de toujours porter des gants mais c'est pas toujours évident car il y a des situations où des fois on oublie d'en porter comme le cas d'une urgence dans le service, la surcharge de travail également. J'avoue aussi qu'il m'arrive de ne pas en porter pour les personnes âgées car ce ne sont pas à priori des patients à risque, les gants modifient les rapports soignant-soigné, le contact manuel est important et permet selon moi de rentrer plus facilement dans une relation d'aide.

Comment avez-vous vécu l'arrivée de patients atteints du VIH et/ou du VHC ?

Pour moi, ça ne m'a pas interpellé vu que ce sont des patients comme les autres où l'on doit se protéger de la même façon, j'ai par contre plus d'appréhension pour ceux qui ont une hépatite B car je ne suis pas immunisée contre elle malgré avoir été vaccinée.

Changez-vous vos pratiques de soin en fonction du patient lors de soins à risque d'AES ?

Non puisque tout soin à risque d'AES doit être fait dans les mêmes conditions pour tous les patients en appliquant les précautions standard.

## Annexe B : Retranscription de l'entretien avec l'infirmier du service de soins continus

Quel âge avez-vous ?

35 ans.

Depuis quand êtes-vous diplômé ?

1998.

Quelle est votre ancienneté au sein du service ?

6 mois.

Selon vous qu'est-ce qu'un AES ?

C'est tout contact accidentel avec du sang ou des sécrétions lors d'un soin.

Connaissez-vous les risques de transmission en cas d'AES ?

VIH et VHC.

Connaissez-vous les moyens de prévention et la conduite à tenir le cas échéant ?

Ce sont les gants, la dextérité gestuelle, l'organisation du soin et de l'environnement. Pour la conduite à tenir, prévenir mon collègue IDE, trempage dans du Dakin pendant un certain temps, prévenir le médecin pour d'éventuelles sérologies patient : si sérologie positive, prise de sang pour moi et si le patient est VIH+, on commence à prendre un traitement.

Selon vous que signifie la notion de patient à risque ?

Ce sont les patients porteurs du VIH et du VHC principalement pour moi.

Selon vous quelles sont les situations de soin à risque ?

C'est quand on doit faire des soins invasifs ou lors de soins pour un patient en isolement où le port des gants est une sécurité pour moi quoiqu'il existe des situations où l'on peut considérer les gants comme un obstacle ou une contrainte : l'urgence, le manque de temps dans l'organisation du travail par exemple font que je ne porte pas toujours des

gants alors qu'il le faudrait. Je n'en porte pas non plus avec les personnes âgées car pour moi le risque est insignifiant.

Comment avez-vous vécu l'arrivée de patients atteints du VIH et/ou du VHC ?

J'ai eu rarement l'occasion de soigner de tels patients et pour moi il existe des appréhensions de la transmission patient-soignant lors de soins invasifs surtout, des appréhensions qui je sais sont non fondées.

Changez-vous vos pratiques de soin en fonction du patient lors de soins à risque d'AES ?

Non, je ne change rien à mes pratiques lors de soins à risque d'AES où il faut juste veiller à respecter les précautions standard pour tous les patients.

Annexe C : Retranscription de l'entretien avec l'infirmière du service de médecine gériatrique

Quel âge avez-vous ?

46 ans.

Depuis quand êtes-vous diplômée ?

1988.

Quelle est votre ancienneté au sein du service ?

11 ans.

Selon vous qu'est-ce qu'un AES ?

C'est le contact avec un liquide biologique contaminant.

Connaissez-vous les risques de transmission en cas d'AES ?

Oui, surtout le VIH et le VHC.

Connaissez-vous les moyens de prévention et la conduite à tenir le cas échéant ?

Oui à peu près, ce sont les gants, tablier, masque et le lavage des mains. Pour la conduite à tenir, je sais qu'il y a une procédure spéciale AES affichée sur le mur dans la salle de soins : il faut désinfecter la plaie, ça peut être aussi une atteinte des muqueuses ( bouche et yeux ) ; ce qui est très important aussi c'est le signalement rapide, la difficulté dans les établissements est le non signalement par peur de se faire réprimander alors que c'est injustifié.

Selon vous que signifie la notion de patient à risque ?

Ce sont les patients qui ont le sida ou une hépatite C, surtout les homosexuels et les drogués utilisant des seringues. Pour moi, les personnes âgées et les enfants sont moins à risque pour le VIH et le VHC que les autres catégories d'âge, le risque est surtout qu'elles peuvent être porteuses de BMR, d'escarres infectées ou d'infection urinaire.

Selon vous quelles sont les situations de soin à risque ?

Ce sont les situations où on a un risque d'être en contact avec un liquide biologique d'un patient infecté par le VIH. Par exemple, lors des pansements d'escarres profonds, des soins invasifs et de la sphère urinaire ( pose et dépose de sonde, vidange de poches à urines ).

Comment avez-vous vécu l'arrivée de patients atteints du VIH et/ou du VHC ?

C'était lors de mon stage en dermato où on faisait le dépistage anonyme du sida, je n'avais pas appréhendé plus que ça, par contre j'avais tendance à cataloguer les gens en fonction de leurs comportements sexuels et du fait qu'ils consommaient de la drogue ou pas.

Changez-vous vos pratiques de soin en fonction du patient lors de soins à risque d'AES ?

Si le patient est connu pour être infecté par un germe, il est vrai que je vais penser à me protéger en portant des gants pour des soins invasifs mais c'est vrai que je préfère ne pas en porter si le risque infectieux est absent. Les gants sont plus une gêne pour sentir les veines des patients et leur protection est fine et partielle, et puis j'ai appris à piquer sans gants. Néanmoins, j'en porte systématiquement pour la petite toilette et les changes.

Annexe D : Retranscription de l'entretien avec l'infirmier du service de médecine gériatrique

Quel âge avez-vous ?

62 ans.

Depuis quand êtes-vous diplômé ?

1968.

Quelle est votre ancienneté au sein du service ?

27 ans.

Selon vous qu'est-ce qu'un AES ?

Tout accident potentiel quand on manipule du sang. Les IDE sont beaucoup exposés au risque d'AES car on manipule des objets piquants, coupants, tranchants ( aiguilles, bistouri, ciseaux,... ).

Connaissez-vous les risques de transmission en cas d'AES ?

VIH, toutes les hépatites et n'importe quel germe pathogène.

Connaissez-vous les moyens de prévention et la conduite à tenir le cas échéant ?

Port de gants pendant les soins ( pose de cathéters, pansements ) et les toilettes. Il y a une affiche pour la conduite à tenir en cas d'AES et un set spécial qu'on doit utiliser et il faut le déclarer au médecin du travail, il y a aussi un cahier de déclaration des AES.

Selon vous que signifie la notion de patient à risque ?

C'est un patient fragilisé par sa pathologie à savoir porteur du VIH et/ou les hépatites et puis toute autre maladie infectieuse.

Selon vous quelles sont les situations de soin à risque ?

Tout soin qu'exige une protection aussi bien pour le soignant que pour le soigné, par exemple lors de soins d'un patient porteur du VIH à qui l'on doit faire des soins invasifs ou d'escarres.

Comment avez-vous vécu l'arrivée de patients atteints du VIH et/ou du VHC ?

Cela ne m'a pas gêné mais plusieurs de mes collègues ont refusé d'accueillir un patient sidéen dans leur service mais moi non car c'est une maladie comme toute autre, il suffit juste de se protéger chaque fois qu'on est en contact avec lui, c'était d'ailleurs un homo.

Changez-vous vos pratiques de soin en fonction du patient lors de soins à risque d'AES ?

Oui bien sûr, je ne fais pas les mêmes soins avec les mêmes précautions à savoir que si le patient a le sida, je vais porter des gants en étant beaucoup plus vigilant au risque d'AES. Mais même en portant des gants, on peut toujours se piquer et être contaminé, c'est hélas une mince et illusoire protection face à une aiguille contaminée par le VIH ou autre chose. En plus, lors de ma formation, j'ai appris à piquer sans gant car ça n'existait pas et on sent mieux les veines sans, et puis les gants dénaturent la relation qu'on a avec les personnes âgées car le toucher est très important pour elles, ça les rassure.

# BIBLIOGRAPHIE

## Livre

APPTT, Accidents exposant aux risques VIH, VHB et VHC. *Maladies infectieuses et tropicales*. 2M2. 2006, 747p.

## Article de périodique

AMIEL C., « On sait qu'il n'y a pas de " vrais " risques ». Discours et pratiques de soignants autour des infections nosocomiales, *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 23, n°3, 2005, pp 38-55.

AMIEL C., Usage... et mésusage des gants, *Hygiène en milieu hospitalier*, n°65, Hors-série, 2003, pp 34-38.

CARRICABURU D., LHUILLIER D. et MERLE V., Quand soigner rend malade : des soignants face au risque infectieux à l'hôpital, *Santé publique* 2008/0, n°20, pp 57-67.

CATANAS M., Le syndrome des gants, *Revue de l'infirmière*, Informations n°20, décembre 1994, pp 2-3.

GICQUIAUD F., HAUVETTE A. et LAVOGEZ A., Vers des accidents d'exposition au sang (AES) en baisse : utopie ou réalité, *Recherche en soins infirmiers*, n°52, 1998, pp 81-99.

MACREZ P., L'usage des gants à l'hôpital : règles et limites, *Revue de l'infirmière*, n°106, décembre 2004, pp 32-33.

Document non publié

**BOUKHARI D.**, Accidents d'exposition au sang professionnels : approche épidémiologique, prévention et conduite à tenir. Données du recueil des AES des Hospices Civils de Lyon en 2005, *Mémoire de DIU en Infectiologie et Hygiène Hospitalières*, UCBL, 2006, 50p.

**Auteur : BOUKHARI Djamel**

Titre : Observance du port de gants dans les soins à risque d'AES : une logique professionnelle conditionnée par les représentations sociales

Mot clefs : AES – VIH/VHC – représentations sociales – port de gants – comportements

Résumé : Les soins invasifs font partie du quotidien de l'infirmière et les AES constituent la première cause des accidents du travail déclarés. Force est de constater qu'elle ne se protège pas toujours par le port de gants. Grâce à une enquête fondée sur des entretiens auprès de quatre infirmiers exerçant à l'hôpital, j'ai voulu mener ma réflexion en cernant les risques infectieux tels qu'ils sont perçus par ces soignants et appréhender ainsi leurs pratiques de soins. L'analyse des entretiens fait émerger la notion de représentations sociales à l'origine de leurs comportements. Ainsi, outre la pathologie avérée du patient, ces représentations sociales vont conditionner la décision de porter ou non des gants dans les soins à risque d'AES.