

MARQUET Romain  
Promotion 2010 / 2013

# UE 5.06 : Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Travail de Fin d'Études

1<sup>o</sup> Session

*Quand les infirmiers ne prennent  
plus de gants...*

Formatrice Guidante :  
MÉPLOND Fabienne  
Mai 2013



Ne laissez point dépérir une bonne habitude ; car il n'est rien de plus difficile que de lui rendre sa première vigueur ;

Ne permettez pas à une mauvaise de croître et de grandir ; car rien n'est plus difficile que de la déraciner.

BOGAERTS Félix, Pensées et Maximes, 1850, p. 282

# Remerciements.

Je tiens simplement à remercier toutes les personnes qui, par leur contribution, m'ont permis d'élaborer ce travail de recherche et ont inspiré mon écriture :

- Ma famille et mes amis – ceux de toujours et ceux que je n'aurais pu rencontrer sans cette formation – qui par leur soutien, leur joie de vivre m'ont permis de finir ces trois années ;
- Les professionnels infirmiers qui ont joué le jeu, et qui par leur disponibilité m'ont permis d'achever sereinement ce travail de fin d'études ;
- Ma formatrice guidante, Mme MÉPLOND Fabienne, pour son humour sans faille et les bons conseils qu'elle aura fourni toute l'année ;
- Nos formatrices, Mmes COUSIN Catherine, CONET Gaëlle et GAIGNE Isabelle, pour l'accompagnement, la patience et les souvenirs qui auront marqués cette formation ;
- Mes collègues de promotion, pour l'entraide, l'humour, l'amitié et le soutien qui m'ont permis de progresser durant cette formation ;
- Tous les professionnels, qui pendant ma formation et par le biais de leur encadrement, m'ont aidé à construire mon identité professionnelle.

# Sommaire

Remerciements.....	0
Introduction.....	1
1. Note de synthèse.....	2
1.1. Introduction.....	2
1.2. Situation d'appel.....	2
1.3. Questionnement.....	3
1.4. Question de départ.....	4
1.5. Concepts.....	4
1.5.1.La qualité des soins.....	4
1.5.2.Les accidents d'exposition au sang.....	5
1.5.3.Le port de gants.....	5
1.5.4.Le travail de l'infirmière libérale à domicile.....	5
1.6. Motivations.....	6
1.7. Ressources documentaires.....	6
1.8. Perspectives.....	6
1.9. Conclusion.....	7
2. Cadre conceptuel.....	8
2.1. Introduction.....	8
2.2. La Qualité des soins au travers de l'histoire.....	8
2.2.1.Historique de la qualité des soins.....	8
2.2.2.La qualité dans le secteur du soin.....	8
2.2.3.La certification.....	10
2.3. La Qualité des soins, un concept pluridimensionnel.....	10
2.3.1.La sécurité.....	10
2.3.2.La gestion des risques.....	10
2.3.3.L'élimination des déchets.....	11
2.4. Les accidents d'exposition au sang.....	11
2.5. Le port de gants.....	12
2.6. Le travail de l'infirmière libérale à domicile.....	13
2.6.1.La profession infirmière.....	13
2.6.2.Les Soins Infirmiers.....	13
2.6.3.Historique.....	13
2.6.3.1. Historique de la profession soignante.....	13
2.6.3.2. Des soins aux soins à domicile.....	14

2.7. Législation relative aux conditions d'installation en libéral.....	16
2.8. Conclusion.....	16
3. Cadre analytique. ....	18
3.1. Contexte et méthodologie d'entretiens. ....	18
3.1.1. <i>Le choix de la méthodologie d'enquête.....</i>	18
3.1.2. <i>Les modalités de réalisation. ....</i>	19
3.1.3. <i>Le choix des lieux et de la population interrogée. ....</i>	19
3.1.4. <i>Les limites rencontrées. ....</i>	20
3.2. Analyse des entretiens. ....	21
3.3. Retour sur l'hypothèse.....	26
3.4. Positionnement professionnel. ....	27
3.5. Pistes de réflexion. ....	28
Conclusion.....	29
Références. ....	31
Bibliographie. ....	31
<i>Documents papiers. ....</i>	31
Ouvrages.....	31
Périodiques. ....	31
Dictionnaires.....	31
<i>Documents électroniques.....</i>	31
Textes officiels.....	31
Publications. ....	32
Dictionnaires et définitions.....	32
Documents non publiés. ....	32
Annexe .....	33

# Introduction.

Parce que l'apprentissage ne peut être détaché de l'expérience, et qu'il se définit comme l'« *ensemble des processus de mémorisation mis en œuvre par [...] l'homme pour modifier les schèmes comportementaux spécifiques sous l'influence de son environnement et de son expérience* »<sup>1</sup>, tout futur infirmier en formation sait que la formation initiale de trois ans se poursuivra par une formation continue tout au long de sa carrière.

La formation est faite pour nous inculquer les bases, mais c'est ensuite à nous de nous construire une identité professionnelle, d'affûter notre dextérité, notre réflexion, et plus généralement de nous construire une expérience.

C'est pourquoi, et ce dès la première année, tout étudiant est amené à porter un regard critique sur sa propre pratique comme sur celle de ses futurs collègues, ceci par le biais des analyses de pratiques et autres travaux de recherche. L'objectif étant de nous amener à toujours porter un regard critique sur nos pratiques, et donc à toujours nous remettre en question afin de faire bénéficier aux patients pris en charge de la meilleure qualité de soins.

C'est en commençant à se questionner aujourd'hui qu'il sera possible d'améliorer les pratiques de demain. C'est en partant de l'observation de déviations entre théorie et pratique que l'étudiant infirmier est amené à se poser des questions, à comprendre ce qui amène cette déviation afin de mettre en place des axes d'amélioration personnels et pourquoi pas généralisés.

Ces trois années de formation m'ont permis d'acquérir savoir, savoir-être et savoir-faire relatifs au métier d'infirmier que je m'appête à exercer. Grâce à ces compétences j'ai pu déterminer mon projet professionnel et commencer à me positionner en tant que futur professionnel dans les pratiques que j'ai observées.

Au cours de ce travail de fin d'études, j'essayerai d'analyser la qualité des soins au travers des pratiques des professionnels afin de déterminer quelles sont les déviations observées et les facteurs qui influent sur ces dernières. Ainsi, dans une première partie je tâcherai de définir la théorie par le biais de la littérature afin de déterminer une hypothèse de départ. Puis, par la suite je confronterai mon hypothèse avec l'expérience des soignants au travers d'une enquête de terrain.

---

<sup>1</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/apprentissage/4748> consulté le 02/05/2013

# 1. Note de synthèse.

## 1.1. Introduction.

Actuellement en 3ème année de formation en soins infirmiers à l'IFSI de Fécamp, il m'est demandé de réaliser un travail d'initiation à la recherche en lien avec une situation vécue en stage. J'ai eu connaissance de cette situation lors de mon premier stage de 3ème année en centre de soins infirmiers à domicile.

J'ai choisi ce cas de figure en lien avec le concept de qualité des soins à domicile car c'est une situation récurrente lorsqu'on travaille en tant qu'infirmier libéral. En outre ce travail de recherche est en lien direct avec mon projet professionnel qui est de travailler en tant qu'infirmier libéral. De fait, ce travail de recherche me permettra d'améliorer la qualité de mes soins et donc de perfectionner ma pratique de futur professionnel de santé.

## 1.2. Situation d'appel.

Actuellement en stage en centre de soins infirmiers à domicile, j'ai au cours de mon stage eu l'occasion de réaliser plusieurs soins. Durant ma première semaine de stage, nous nous sommes rendus chez Mme X pour un prélèvement sanguin plus communément appelé prise de sang.

Cet acte consiste en une ponction sanguine à l'aide d'une aiguille préleveuse fixée sur un corps de pompe ou à l'aide d'une épicrotinière également fixée sur un corps de pompe. Cet acte est en accord avec l'Article R. 4311-7 : L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

- 36 : Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux ;

Pour réaliser ce soin, nous disposons de sachets fournis par le laboratoire d'analyses médicales contenant les tubes nécessaires au recueil de sang.

Nous nous rendons chez Mme X, nous toquons chez elle et nous présentons. Elle nous amène jusqu'à la cuisine, lieu où se déroulera le soin. L'infirmière vérifie l'ordonnance du médecin puis prépare alors son matériel, à savoir :

- Système de prélèvement :
- Corps de pompe à usage unique (vacutainer®).
- Aiguille à monter s'adaptant au corps de pompe.
- Tube(s) de prélèvement sous vide pour analyses.
- Alcool modifié à 70°.
- Boules de coton.
- Garrot.
- Conteneur à déchets contaminés piquants et tranchants.
- Produit hydroalcoolique,

Après avoir effectué un lavage simple des mains à l'aide du produit hydroalcoolique, l'IDE met en place le garrot sur le bras de la patiente, repère la veine,

puis effectue une désinfection du site de ponction avec un coton imbibé d'alcool en respectant la technique de l'escargot. Elle adapte alors l'aiguille sur le corps de pompe, décapuchonne l'aiguille puis pique et effectue le prélèvement des différents tubes en respectant l'ordre de prélèvement du laboratoire d'analyses médicales. Une fois les tubes remplis, l'IDE desserre le garrot et retire l'aiguille en ayant placé au préalable un coton sec au niveau du point de ponction puis après avoir retiré l'aiguille demande à la patiente d'appuyer fortement pour éviter la formation d'un hématome. Elle jette directement l'aiguille dans le DASRI et applique un morceau de sparadraps sur le coton sec situé sur le point de ponction tout en demandant à la patiente de continuer à appuyer. Elle effectue alors une désinfection des mains à l'aide de PHA puis remplis le bon de laboratoire et s'occupe des formalités administratives avec la carte vitale de la patiente.

La prise de sang est un acte invasif qui nécessite des précautions particulières. En effet, selon les recommandations de l'OMS (organisation mondiale de la santé), l'usage des gants médicaux est recommandé pour deux raisons principales:

1. Réduire le risque de contamination des mains du personnel soignant par du sang ou d'autres liquides biologiques,
2. Réduire la dissémination des germes dans l'environnement et le risque de transmission des germes du personnel soignant au patient et vice versa, et d'un patient à un autre.

Cette situation m'interpelle donc, puisque dans ce cas, il n'y a pas de respect des bonnes pratiques et la prise en charge de la patiente est potentiellement dangereuse. En ce sens elle ne respecte pas le principe de soin qu'est la sécurité. Ceci m'interroge donc sur les raisons qui pourraient être à l'origine de cette transgression de la règle alors qu'il incombe à tout IDE de se tenir informé des lois et des règles propres à l'exercice de leur métier. Aussi ma question est-elle : Pourquoi, en dépit de toutes les règles de bonnes pratique et les recommandations, les IDE continuent-ils à effectuer des prélèvements sanguins sans porter de gants.

Cette situation est transférable puisqu'elle peut être observée dans toute structure de soin, qu'elle soit hospitalière ou non.

### 1.3. Questionnement.

Suite à l'observation de cette situation, plusieurs questions se sont posées à moi. Tout d'abord l'infirmière est-elle informée des risques qu'elle encoure en ne portant pas de gants ? En effet c'est peut-être un manque de connaissances qui l'amène à agir de la sorte ! Dans ce cas connaît-elle la conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang ? Étant donné le risque encouru, il conviendrait de savoir comment réagir. En outre si l'infirmière ne porte pas de gants peut-être est-ce parce qu'elle n'en dispose pas ? Ou alors elle n'est peut-être pas consultée sur le choix des gants et ceux dont-elle dispose ne lui correspondent pas (matière, taille).

Je me suis alors rendu compte que l'infirmière avec qui j'étais m'avait dit avoir obtenu son diplôme il y a déjà longtemps. Je me suis alors demandé si elle avait appris à réaliser des prélèvements veineux avec des gants, et si au cours de sa carrière elle avait suivi des formations de remises à niveau dans le cadre de la formation continue.

Par ailleurs, je me suis interrogé sur la qualité de son soin. En effet, cette dernière a réalisé un soin qui respectait l'hygiène et l'asepsie mais pas la sécurité, je me suis donc demandé pourquoi elle ne portait pas de gants alors qu'elle faisait attention à tous les autres concepts.

Je me suis également questionné pour savoir si cette pratique était spécifique au milieu libéral, ou si elle avait lieu également dans les structures de soins (hôpitaux, cliniques ou établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes). En effet, au cours de mon stage, j'ai eu le sentiment que la conception que se faisaient les patients de l'infirmière libérale était différente de celle de l'infirmière en structure de soins.

Enfin je me suis demandé si cette pratique était récurrente ou si l'infirmière avait agi ainsi en fonction de la patiente, c'est-à-dire au "jugé".

## 1.4. Question de départ.

Toute cette réflexion m'a permis de dégager ma problématique de départ, à savoir :

**En quoi le non port de gants lors des prélèvements veineux par les infirmiers libéraux impacte-t-il sur la qualité du soin ?**

## 1.5. Concepts.

De ce questionnement j'ai pu mettre en évidence différents concepts qui seront développés au cours de ce travail d'initiation à la recherche.

Ainsi j'ai pu mettre en avant 4 concepts :

- La qualité des soins ;
- Les accidents d'exposition au sang ;
- Le port des gants ;
- Le travail de l'infirmière libérale à domicile.

### 1.5.1. La qualité des soins.

L'organisation mondiale de la santé définit la qualité des soins comme « *une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* »<sup>2</sup>

En outre, elle est également définie comme « *L'accueil, l'écoute, la disponibilité et la créativité des soignants, combinés à leur connaissances de nature scientifique et habiletés techniques, y apparaissent comme déterminants essentiels d'un soin de qualité* »<sup>3</sup> mais aussi : « *Une pratique soignante de qualité est celle qui prend du sens dans la situation de vie de la personne soignée et qui a pour perspective le*

<sup>2</sup> LAHCENE, Fosie & PETIT, Jean, "Évaluation et amélioration de la qualité des soins, vers un "modèle" français », *Soins*, Octobre 2008, p. 28.

<sup>3</sup> HESBEEN, Walter. *La qualité du soin infirmier : Penser et agir dans une perspective soignante*. 2e Ed. France : Masson. 2002.

*déploiement de la santé pour elle et son entourage. Elle relève d'une attention particulière aux personnes et est animée par le souci du respect de ceux-ci. Elle procède de la mise en œuvre cohérente et complémentaire des ressources diverses dont dispose une équipe de professionnels et témoigne des talents de ceux-ci. Elle s'inscrit dans un contexte politique, économique et organisationnel aux orientations, moyens et limites pertinents et clairement identifiés »<sup>4</sup>.*

Ici il s'agit bien de qualité des soins, en ce sens qu'un soin doit être effectué dans les meilleures conditions possibles. En outre, dans la pratique que j'ai observée sur mon lieu de stage, j'ai pu constater qu'il y avait une déviance par rapport aux recommandations de bonnes pratiques, par conséquent, le prélèvement veineux tel que je l'ai observé n'a pas été effectué en respectant le principe de qualité des soins.

### *1.5.2. Les accidents d'exposition au sang.*

Un accident d'exposition au sang est le fait d'entrer en contact avec du sang ou un liquide biologique d'origine humaine qui aurait été contaminé par du sang. Pour qu'il y ait AES, il faut que la personne en contact avec ce liquide biologique présente une effraction cutanée ou bien une projection de ce liquide sur une peau lésée ou une muqueuse.

Dans la situation étudiée, le risque d'AES est majeur du fait du non port de gants lors d'un prélèvement, en ce sens ce concept est des plus adaptés.

### *1.5.3. Le port de gants.*

Le port des gants répond à une recommandation actée. Dans la circulaire du 20 avril 1998, rédigé par Bernard Kouchner, il est spécifié que « *le gant constitue une barrière efficace de protection en permettant de diminuer l'inoculum sanguin reçu par le soignant en cas de blessure* ». En outre, les gants doivent répondre à des exigences particulières, c'est-à-dire le marquage CE (14/06/1998), au marquage européen (en rapport avec la norme européenne EN 455-1 sur la détection des trous et 455-2 sur les propriétés) et surtout ces gants doivent être adaptés aux soins. En conséquence de quoi, le prélèvement sanguin est bien un soin qui présente un risque d'AES, donc le port de gants est particulièrement recommandé.

### *1.5.4. Le travail de l'infirmière libérale à domicile.*

L'infirmier libéral a pour mission d'assurer, sur prescription médicale, des soins infirmiers et d'hygiène afin d'assurer le maintien ou l'amélioration de l'état de santé des patients pris en charge. Ici les soins infirmiers peuvent être définis comme l' « *ensemble de connaissances, de compétences et de techniques relatives à la conception et à la mise en œuvre d'actes de soins infirmiers. Ils contribuent à répondre aux besoins de santé d'une personne et/ou d'une collectivité et font l'objet de la discipline enseignée au personnel infirmier* »<sup>5</sup>. Ici il s'agira de différencier la pratique infirmière libérale de la pratique infirmière en établissements de soins ou même en établissements médico-sociaux.

---

<sup>4</sup> Op. Cit. 2, p. 2

<sup>5</sup> AMIEC Recherche, 2008, « *Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière* », 3<sup>ème</sup> éd, Masson, p. 270

## 1.6. Motivations.

J'ai choisi de traiter ce sujet car il me semble que faire un état des lieux sur la pratique infirmière permettrait d'améliorer la qualité des soins. En effet au cours de mes différents stages sur mes trois années d'études j'ai souvent été confronté à cette situation qui m'a interpellée. Aujourd'hui faisant constat de tous ces éléments, il me semble intéressant d'analyser la pratique infirmière, notamment en milieu libéral où la relation au patient est différente.

En tant que futur professionnel de santé, ce travail d'analyse me permettrait d'approfondir mes connaissances sur les risques encourus par les soignants et donc d'améliorer ma pratique. Cela me permettra aussi de pouvoir transmettre à mes futurs collègues et aux futurs étudiants en soins infirmiers des notions théoriques concrètes leur permettant de prendre conscience des risques auxquels ils pourraient s'exposer lors de telles pratiques.

Enfin, ce travail d'analyse pourra être mis en lien avec les compétences 3 du référentiel de formation infirmier, notamment en ce qui concerne l'unité 2.10 : infectiologie et hygiène. La compétence 7 pourra être également mise en avant avec l'unité 4.05 : soins infirmiers et gestion des risques mais surtout avec l'unité 4.08 : qualité des soins et évaluation des pratiques.

## 1.7. Ressources documentaires.

Afin de m'aider dans mes études et pour appuyer mon travail d'initiation à la recherche sur des données scientifiques fiables je m'appuierai sur les ressources de la Haute Autorité de Santé (HAS), les différentes recommandations des Centres de Coordination et de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN) des différentes régions dont les sites Internet font mention de protocoles et de réglementation à adopter, notamment sur les infirmiers libéraux.

Je baserai également mes recherches documentaires sur la revue « Soins » ainsi que sur d'autres revues scientifiques en lien avec la pratique infirmière comme « la revue de l'infirmière ».

## 1.8. Perspectives.

Afin d'effectuer ce travail d'analyse, j'envisage de mener une enquête de terrain auprès de professionnels de santé libéraux infirmiers dans des secteurs différents pour pouvoir confronter les pratiques. Les centres de soins sont régis par des conventions collectives et des protocoles au niveau national comme régional, contrairement aux cabinets libéraux de ville qui sont indépendants et qui n'établissent pas forcément de protocoles écrits. Ainsi il me semble intéressant de confronter les 2 secteurs. Le code de la santé publique définit la possibilité pour les infirmiers d'établir des protocoles de soins infirmiers : l'infirmier « *peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative.* »<sup>6</sup>

En effet, en lien avec l'unité d'enseignement 4.08 que nous étudierons au 6<sup>ème</sup> semestre, il m'est demandé d'analyser la pratique des professionnels en fonction des principes de qualité. Cette unité me permettra également de pouvoir mettre en

---

<sup>6</sup><http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913890&dateTexte=&categorieLien=cid> ; consulté le 01/02/2013

évidence des outils d'analyse dans une démarche d'amélioration de ma pratique de futur professionnel.

De fait, il me semblerait intéressant de faire un état des lieux sur le sujet, afin de pouvoir déterminer des axes d'amélioration. Ainsi, je pense orienter mon travail de recherche par des entretiens auprès de professionnels de santé libéraux en réalisant des interviews à l'aide de questionnaires ouverts qui me permettront d'obtenir des réponses libres de tout a priori.

## 1.9. Conclusion.

Au travers de ce travail d'analyse d'une situation de soin à caractère interpellant, j'ai pu dégager une problématique générale, applicable au monde infirmier à domicile, mais aussi aux concepts qui s'y rattachent. Ainsi, je pourrai les développer dans la suite de mon travail de recherche, dans le cadre de l'unité d'enseignement 4.08-S6 : qualité des soins et traitement des données scientifiques et professionnelles. Enfin, pour pouvoir analyser au mieux les pratiques des professionnels de santé, j'envisage de mener une enquête de terrain auprès de différents professionnels libéraux de cabinets différents à l'aide d'un questionnaire à questions ouvertes. Cela va me permettre de valider ou d'invalidier mon hypothèse de départ.

## 2. Cadre conceptuel.

### 2.1. Introduction.

L'analyse d'une situation de soin à caractère interpellant m'a permis de mettre en avant plusieurs questions m'amenant à une question générale de départ, applicable au monde infirmier à domicile. Au travers du travail d'analyse que je m'apprête à réaliser, j'évaluerai la pratique professionnelle que j'ai pu observer tout au long de mes stages en prenant en compte les recommandations de bonnes pratiques afin de mettre en évidence les différences entre pratique et théorie. C'est pourquoi, après avoir défini dans la première partie les concepts qui émergeaient de ma question de départ, il s'agira ici de me les approprier afin de voir en quoi ils sont spécifiques au sujet d'analyse que j'ai choisi.

### 2.2. La Qualité des soins au travers de l'histoire.

#### 2.2.1. Historique de la qualité des soins.

La qualité est un concept inscrit dans notre histoire depuis plus de quarante siècles où à Babylone, un règlement fut gravé sur des tablettes de pierres afin de mettre en avant des notions comme la responsabilité ou la qualité.

Au départ, la qualité avait un aspect basé sur l'économie. Ainsi, au XVII<sup>e</sup> siècle, le secrétaire d'État de Louis XIV, Jean-Baptiste Colbert déclara : « *si nos fabriques imposent, à force de soins, la qualité supérieure de nos produits, les étrangers trouveront avantage à se fournir en France et leur argent affluera dans les caisses du royaume.* »<sup>7</sup>

Au travers des âges, la qualité avait surtout pour objectif d'améliorer la productivité, les rendements, les coûts de production (notamment avec Frédéric Taylor, père fondateur du taylorisme). Cependant, au XX<sup>e</sup> siècle, et plus précisément en 1926, l'association française de normalisation (AFNOR) fut créée, tout comme la fédération internationale des associations nationales de normalisation (ISA qui sera transformée en International Organisation Standardization -ISO- en 1947).

Jusqu'alors, la qualité était considérée comme l'étape finale de toute chose. On entendait par qualité un contrôle de conformité aux exigences. Ce n'est qu'avec le développement des programmes Apollo aux États-Unis que la notion de qualité a été révisée. Ainsi, Philip B. Crosby a développé le concept de « zéro défaut » en 1961 en reconsidérant la place que jouaient les individus dans l'obtention de la qualité en termes de motivation et de comportements.

Par la suite, en 1979, l'ISO lança la première étude de normes internationales de la qualité. C'est ainsi qu'apparaissent les normes de la série ISO 9000 en 1987. Ces dernières seront revues en 1994 et 2000.

#### 2.2.2. La qualité dans le secteur du soin.

La qualité dans le secteur des soins a été motivée par plusieurs facteurs. Tout d'abord l'exigence des "clients". En effet, aujourd'hui on ne parle plus de patient mais

<sup>7</sup> <http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-35/ad351778.pdf> consulté le 10/02/2013

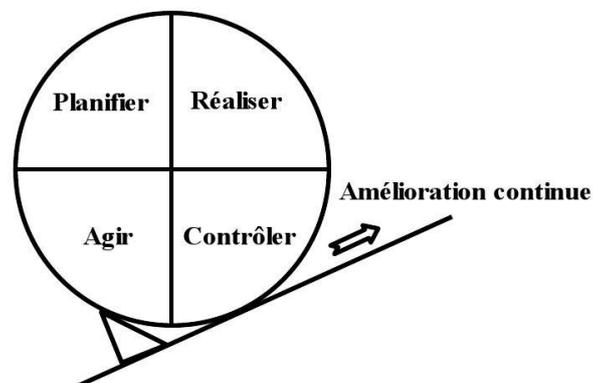
de « client », ce terme sous-entend une transaction monétaire qui rend les patients/clients en droite d'attente de résultats.

Ensuite, la qualité des soins a été motivée par la volonté de maîtriser l'organisation interne des structures de soins (ceci dans le but de maîtriser les dépenses tant en terme de matériel que de personnels, mais aussi en ce qui concerne le temps d'hospitalisation des patients).

Le troisième facteur à l'origine de la qualité des soins concerne les exigences réglementaires. Les attentes des autorités de santé sont de plus en plus précises avec des objectifs détaillés. La volonté de standardiser les soins dans tous les établissements dans toutes les structures de soins afin d'offrir aux patients des soins qui soient les mêmes partout pousse à améliorer les méthodes. Par ailleurs, dans un secteur de santé qui tend à se standardiser, la qualité est aussi motivée par la pression exercée par les concurrents. De plus en plus, les structures privées exposent comme publicité leurs résultats en termes de nombre d'opérations, résultats des certifications...

Enfin, la qualité est depuis quelques années motivée par les subventions allouées aux établissements de santé. Tous les hôpitaux ont dû entrer dans le processus d'accréditation avant Mai 2001.

La qualité est un processus qui peut être évalué par la roue de Deming. Ainsi, comme le recommande l'HAS, afin d'améliorer les pratiques professionnelles dans le domaine de la santé il faut respecter 6 méthodes : revue de pertinence des soins, revue de mortalité morbidité, chemin clinique, audit clinique, audit clinique ciblé et maîtrise statistique des processus en santé. Ces méthodes sont inspirées de la Roue de Deming. La roue de Deming est une roue perpétuelle qui vise à améliorer la qualité des pratiques tant dans le domaine du soin que dans les autres domaines. Elle peut être schématisée comme ceci :



8

Dans le cas présent, comme mon sujet d'étude ne porte pas sur le milieu hospitalier, on s'intéressera plus particulièrement au concept d'audit clinique. L'audit clinique est le fait de comparer les pratiques qui sont réalisées au quotidien par les professionnels de santé avec les recommandations et règles de bonne pratique. Dans la situation que j'étudie, si un audit était mené, il ressortirait largement que le port de gants lors des prélèvements veineux n'est pas respecté.

<sup>8</sup> Extrait de <http://www.blog-ecologie.fr/fichiers/2009/06/roue-de-deming.jpg> consulté le 10/02/2013

### 2.2.3. La certification.

« La certification est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels mandatés par la HAS.

Cette procédure, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, porte sur : le niveau des prestations et soins délivrés aux patients, [et] la dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mise en œuvre par les établissements. »<sup>9</sup>

Les premières certifications ont eu lieu en 1999, puis par la suite une deuxième procédure de certification a vu le jour entre 2005 et 2010 pour une visite initiale des établissements de santé. Une troisième procédure a été entamée dès 2010 dans le but d'établir une démarche continue et efficiente.

## 2.3. La Qualité des soins, un concept pluridimensionnel.

Dans la première partie du travail, j'ai donné une définition de la qualité des soins en me référant à divers auteurs. Pour autant, la qualité des soins est un concept vaste et multidimensionnel. Il me semble que la qualité des soins ne peut se résumer à elle seule à la définition réalisée par les auteurs puisque ces derniers donnent une définition très littéraire de ce concept. Dans le cas de mon travail d'étude qui s'oriente sur le port de gants lors de prélèvements veineux à domicile, il me paraît indispensable d'inclure des concepts à la définition de la qualité des soins pour avoir une définition précise.

Ainsi, je pense qu'un soin ne peut pas être dit de qualité s'il ne respecte pas la sécurité du patient et du soignant. De même, un soin de qualité doit prévenir du risque infectieux et des infections associées aux soins. La qualité des soins sous-entend donc la gestion des risques, mais aussi la gestion des déchets.

### 2.3.1. La sécurité.

La sécurité est, d'après le dictionnaire Larousse, l'état dans lequel un individu n'est exposé à aucun danger, risque.

Ici il s'agit plus précisément de sécurité du patient, c'est-à-dire qu'un patient ne devrait pas subir de préjudice qui ne soit pas nécessité par un soin même si ce préjudice n'est que potentiel du fait des soins qui sont effectués. Mais le concept de sécurité concerne également les soignants. Ici il s'agira pour les soignants d'effectuer un soin qui pourrait les exposer à un risque potentiel. Pour cela, le soignant doit travailler dans des conditions appropriées à l'exercice de sa fonction, c'est-à-dire bénéficier du matériel et des moyens adaptés.

Ceci amène donc au concept de gestion des risques.

### 2.3.2. La gestion des risques.

La gestion des risques telle que nous l'avons étudiée en première année de formation est définie comme l'effort organisé, visant à réduire les risques qui pourraient compromettre la réalisation des missions et des objectifs d'une organisation. Ici plus particulièrement, la gestion des risques vise à optimiser la qualité du soin en diminuant

---

<sup>9</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_5252/etablissements-de-sante-certification?cid=c\\_5252](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5252/etablissements-de-sante-certification?cid=c_5252) consulté le 13/02/2013

le risque d'accident d'exposition au sang (AES). Les risques peuvent être prévenus par l'étude des situations indésirables. Ce dernier peut être défini comme un événement qui pourrait avoir des conséquences négatives sur le patient ou le professionnel de santé. Un événement indésirable est qualifié de « grave » s'il met en péril le patient ou le professionnel de santé. L'événement indésirable est lié à un acte de soin à visée préventive, diagnostic, ou thérapeutique.

### 2.3.3. L'élimination des déchets.

Les déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI) doivent être éliminés d'une façon spécifique, en suivant la réglementation en vigueur. En effet, ces derniers sont légiférés d'après le décret n°97-1048 du 6 novembre 1997<sup>10</sup> relatif à l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques, et par l'arrêté du 24 Novembre 2003<sup>11</sup>. Ainsi les objets coupants, tranchants et/ou pointus doivent être éliminés dans des containers fermés. Ceci afin de maximiser la sécurité du soin. Les règles de bonnes pratiques, tout comme ce qui nous est enseigné à l'institut de formation, tendent à une élimination directe des déchets afin d'éviter tout risque d'accident d'exposition au sang. De fait, il ne faut jamais recapuchonner une aiguille qui aurait servi ou non pour un prélèvement veineux. On note également que dans 20 à 45% des cas d'accidents d'exposition au sang à domicile, le container à aiguilles était absent<sup>12</sup>.

## 2.4. Les accidents d'exposition au sang.

Il est difficile d'obtenir des chiffres représentatifs du nombre d'accidents d'exposition au sang dans le milieu libéral. La plupart du temps, aucune déclaration n'est faite auprès de la médecine du travail ou d'un service d'urgences hospitalières.

Pour autant, entre 2003 et 2004 une étude a été menée dans la région Centre sur l'évaluation du risque infectieux lié aux soins auprès de 88 infirmiers libéraux après randomisation des professionnels.<sup>13</sup> A cette époque on estimait à 59 000 le nombre d'infirmiers libéraux (IDEL) en France. En 2004, 46 AES ont été signalés pour 88 IDEL, soit un ratio de 0.52 AES par IDEL et par an, avec 25% des IDEL qui déclare s'être piqué au cours des 12 derniers mois. Pour autant, cette étude révèle qu'aucune déclaration n'avait été faite. Pour établir une comparaison entre cabinets libéraux et hôpitaux, cette étude pointe du doigt un nombre d'AES en milieu libéral 7.4 fois plus élevé qu'à l'hôpital (52 AES / 100 en milieu libéral contre 7 AES / 100 à l'hôpital).

Pourtant, il est aujourd'hui démontré que la première cause d'AES est la piqûre accidentelle par aiguille, et d'après l'étude les prélèvements représentent 71% de l'activité libérale.

En outre, afin de limiter le risque infectieux les professionnels de santé doivent tenir leur carnet de vaccination à jour. En effet, d'après l'article L3111-4 du code de la santé publique : « *Une personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention de soins ou hébergeant des personnes âgées, exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination doit être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la grippe* ». Depuis 2007, ces

<sup>10</sup> <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000569702> consulté le 12/02/2013

<sup>11</sup> <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000416613&dateTexte=&categorieLien=id> consulté le 12/02/2013

<sup>12</sup> [http://www.sideralsante.fr/repository/pdfs/217\\_evaluation\\_du\\_risque\\_infectieux\\_.pdf](http://www.sideralsante.fr/repository/pdfs/217_evaluation_du_risque_infectieux_.pdf) consulté le 13/02/2013

<sup>13</sup> Ibid.

vaccins sont obligatoires pour tout étudiant entrant en formation de santé qui effectuera une partie de ses études dans un établissement de prévention ou de soins.

Afin de prévenir du risque d'accident d'exposition au sang, on trouve de plus en plus du matériel sécurisé. Pour autant, cela n'empêche pas de suivre les recommandations de bonnes pratiques qui rappellent qu'il ne faut jamais remettre le capuchon d'une aiguille après l'avoir ôtée. De même, il ne faut jamais désadapter l'aiguille préleveuse avec ses mains, qu'elle soit fixée à un système Vacutainer® ou non. Il faut également éliminer le plus tôt possible les déchets susceptibles d'entraîner un dommage (tels les scalpels, aiguilles...), ce qui implique de toujours avoir un container DASRI lors de l'utilisation d'objets tranchants ou piquants.

## 2.5. Le port de gants.

Le port de gants est recommandé si il y a un risque de contact avec du sang ou tout autre liquide biologique d'origine humaine, avec les muqueuses ou la peau lésée d'un patient, notamment à l'occasion de soins à risque de piqûre et lors de la manipulation de tubes de prélèvements biologiques, de linge et de matériels souillés. Ils doivent également être portés systématiquement lors des soins, lorsque les mains du soignant comportent des lésions.

Pourtant, il est noté qu'à domicile dans la moitié des AES une absence de gants est relevée<sup>14</sup>. On peut déplorer ce chiffre encore très élevé, en dépit des précautions standards publiées dans les années 1980. En 1983 les premières précautions concernant un contact avec du sang ou des liquides biologiques infectés ont été émises, puis en 1985 les « Universal Precautions » ont été instaurées après que des cas de transmission du virus de l'immunodéficience humaine de patients à soignants aient été révélés. Ces précautions standards se seront développées jusqu'en 1996 en France avant d'être légiférées par la circulaire DGS/DH – N°98/249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission des agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé. Ce concept de précautions standards est la réunion de deux recommandations : les « Universal Precautions » et les « Body Substance Isolation » qui proviennent des États-Unis. Ces précautions standards ont mis en avant que la protection du soignant primait avant tout sur celle du soigné. De fait, lors d'un prélèvement veineux, l'infirmier doit mettre en place toutes les mesures de précaution afin de se protéger d'un éventuel AES.

Néanmoins, encore aujourd'hui, la « culture du gant » peine à entrer dans les mœurs, pour preuve un protocole en provenance d'un site Internet spécialisé pour les infirmiers libéraux ne fait pas mention du port de gants pour la réalisation d'un prélèvement sanguin.<sup>15</sup>

Dans la Circulaire du 20 Avril 1998, il est rappelé que le gant est une barrière de protection qui permet de réduire l'inoculum sanguin. Il permettrait de réduire de 30 à 60% du volume sanguin de l'inoculum par l'effet mécanique d'essuyage du sang au contact des gants.

<sup>14</sup> MÉGRET Gérard, 2004, AES prévenir les piqûres accidentelles, Profession santé infirmier infirmière, Avril 2004, N°54, p45.

<sup>15</sup> [http://www.ide-liberal.com/index.php?page\\_id=11&pdf=070212\\_124405.pdf](http://www.ide-liberal.com/index.php?page_id=11&pdf=070212_124405.pdf) consulté le 14/02/2013

## 2.6. Le travail de l'infirmière libérale à domicile.

### 2.6.1. La profession infirmière.

« Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu »<sup>16</sup>. La profession d'infirmier, bénéficie d'une définition légiférée, ce qui n'est pas le cas pour les infirmiers libéraux. Cette fonction revêt un aspect spécifique. On peut donc donner une définition de la profession libérale telle qu'elle est définie par l'Union Nationale de Professions Libérales (UNAPL) : « Le professionnel libéral apporte à des personnes physiques ou morales qui l'ont librement choisi, des services non commerciaux sous des formes juridiquement, économiquement et politiquement indépendantes garanties par une déontologie duale : respect du secret professionnel et compétence reconnue. Le professionnel libéral demeure personnellement responsable de ses actes ».

La profession d'infirmier libéral est donc à différencier de l'infirmier hospitalier, puisque le professionnel libéral revêt en plus des compétences communes au métier d'infirmier des spécificités quant à la gestion d'un cabinet. La plupart du temps les infirmiers libéraux exercent à leur compte. Pourtant, les démarches administratives et la gestion d'un cabinet ne font pas partie de l'instruction d'un infirmier.

### 2.6.2. Les Soins Infirmiers.

Les soins infirmiers sur rôle prescrit sont définis par l'article R4311-7 : « l'infirmier ou infirmière est habilitée à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin ».<sup>17</sup>

Les soins infirmiers sur rôle propre sont définis par l'article R4311-3 : « Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6 ».<sup>18</sup>

### 2.6.3. Historique.

#### 2.6.3.1. Historique de la profession soignante.

La fonction d'Infirmier a longtemps eu et garde encore aujourd'hui une approche sexuée du métier. En 2010 on dénombrait près de 520 000 infirmiers dont 88% de femmes (d'après le répertoire Adeli). Cette représentation remonte à notre histoire où les femmes avaient pour rôle d'assurer le maintien et la continuité de la vie par la

<sup>16</sup><http://legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020892631&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20101015&oldAction=rechCodeArticle> consulté le 14/02/2013

<sup>17</sup><http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913895&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100222&oldAction=rechCodeArticle> consulté le 14/02/2013

<sup>18</sup><http://legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913890&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20080324&fastPos=1&fastReqId=2097118307&oldAction=rechCodeArticle> consulté le 14/02/2013

procréation. Les femmes sont apparentées alors à la notion du prendre soin, tandis que les hommes se sont appropriés le faire des soins par les traitements pour lutter contre les maladies (cette différenciation amènera à une représentation du chirurgien en tant qu'homme).

Entre le Moyen-Âge et le XX<sup>e</sup> siècle, les soignantes (ancêtres des infirmières) étaient des femmes qui étaient entrées dans les Ordres. On parle alors de femmes consacrées. En effet, au Moyen-Âge, la femme renvoie à une image de perversion, d'impureté, ses connaissances sont perçues comme suspectes, voire maléfiques, et elle semble donner l'impression de posséder le droit de vie et de mort sur les enfants qu'elle met au monde. Le seul moyen pour une femme d'exercer les soins était alors d'entrer dans les ordres pour pouvoir être perçue comme un être asexué.

C'est l'essor du christianisme qui a entraîné une méprise de la chair, les maladies sont alors vécues comme des épreuves divines, rappelant la passion du Christ. Les soins sont alors fondés sur la charité chrétienne. Par la suite, prendre soin sera également une façon pour les prostituées de se repentir (on les appellera d'ailleurs les repenties).

Le soin ne revêt alors aucune valeur marchande ou économique. Les pauvres, les humbles et les indigents sont soignés gratuitement, les riches, quant à eux, sont soignés par leur femme à domicile ou leurs domestiques.

Pourtant, il a toujours existé des infirmiers hommes. Ainsi au XIX<sup>e</sup> siècle il y avait dans les établissements parisiens autant d'infirmiers hommes que femmes. Mais la première guerre mondiale de 1914 à 1918 a déséquilibré cette balance. La fin du XIX<sup>e</sup> marque d'ailleurs la laïcisation de la profession entraînant par la même occasion une spécialisation de l'infirmière. Cette dernière devient alors l'assistante du médecin. Cela nécessite donc une formation initiale obligatoire. C'est ainsi qu'en 1878 est créée la première école d'infirmières française à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris par le Dr. Bourneville. En 1899 apparaît le conseil international infirmier.

#### 2.6.3.2. *Des soins aux soins à domicile*<sup>19</sup>.

Les premiers soins à domicile se sont développés conjointement avec l'urbanisation, en priorité dans les grandes villes marchandes et les carrefours de communication. Au départ, les plus aisés aidaient les plus nécessiteux par des dons d'argent. Les soins consistaient alors à s'occuper des pauvres en luttant contre la faim. Ce n'est seulement qu'au Moyen-Âge que se développèrent les services à domicile des « pauvres honteux ». Prendre soin jusqu'au XVI<sup>e</sup> siècle consistait donc à répondre au premier des besoins tels qu'ils sont définis par Virginia Henderson. Au XVII<sup>e</sup> siècle, les dames de la charité, qui étaient toutes d'un haut rang social, se mirent à visiter les pauvres à leurs domiciles. Pourtant, seuls les pauvres qui avaient un domicile et qui pouvaient justifier de leur ancienneté dans la ville où ils résident pouvaient bénéficier de cette aide à domicile.

Le terme de soin n'a d'ailleurs pas encore la signification qu'on lui accorde aujourd'hui. Lorsque ce terme est employé il prend le sens de « veiller à » ou « s'occuper de ». Ce n'est qu'à la fin du XIX<sup>e</sup> voire au début du XX<sup>e</sup> siècle que la toilette deviendra un soin à domicile dans les milieux défavorisés. Pour autant, tous les « soins » qui sont prodigués sont toujours accompagnés d'un penchant spirituel. S'en suivront les premiers remèdes (saignées, lavements, purges), le portage des

<sup>19</sup> COLLIÈRE Marie-Françoise, 1988, Les Soins À Domicile. In Pour une Histoire des Soins et des Professions Soignantes. St-Genis-Laval : AMIEC, p. 187-233

médicaments et les pansements. Comme toutes les soignantes, les soignantes à domicile doivent faire preuve d'obéissance concernant l'enseignement qui leur est fournis. Elles doivent éviter toute curiosité ou toute ambition. La soignante est une « faiseuse », elle se plie à l'instruction qui lui est faite. Même si le travail de soignante leur assure vivre et couvert, les soignantes doivent travailler en tant que couturière ou fileuse pour gagner une partie de leur vie.

Pour définir les soignantes qui travaillent à domicile on n'emploie pas encore le terme d'infirmière, celui-ci étant réservé aux hôpitaux. Les deux fonctions sont distinctes et il paraîtra inconcevable de rétribuer les soignantes à domicile jusqu'à la moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Même la 3<sup>e</sup> république laïcisante trouvera justifié de s'accommoder du travail des sœurs. C'est pour cela qu'apparaîtront les mercenaires (dont l'origine du mot vient de *merces* qui signifie salaire). Ce terme apparu au XVIII<sup>e</sup> siècle se transposera au fil des années aux soignantes à domicile. Souvent décriées pour les prix exorbitants qu'elles pratiquaient elles n'en étaient pas moins indispensables. Au départ, employées pour s'occuper des femmes en retour de couche ou des malades très dépendants, elles étaient hébergées à domicile. Par la suite, du fait de l'élargissement de leur clientèle, le temps qu'elles passeront au domicile des patients se verra raccourci. Ainsi, n'importe qui pouvait prétendre au métier de garde-malade (sous-entendu mercenaire). De fait, une grande majorité des médecins s'est inquiétée et a soulevé le problème de la formation professionnelle. En 1816, le Docteur Marc, dans son dictionnaire des sciences médicales faisait état d'un projet élaboré de formation « dans des écoles établies à cet effet ». La formation professionnelle trouve donc son origine dans les soins à domicile, non pas à l'hôpital. Ce n'est qu'un siècle plus tard qu'un tel projet verra le jour dans des dispensaires privés, puis dans les hôpitaux (cf. 2.6.3). Cet enseignement uniquement dans les hôpitaux se fera au détriment des soins à domicile.

Au début du XX<sup>e</sup> siècle, des formations privées d'infirmières seront créées, et on emploiera enfin le terme d'infirmière tant pour l'hôpital que pour le domicile. Au cours des conférences du Congrès International des Infirmières on apportera des notions quant aux compétences et qualités requises par les infirmières à domicile. Il est fait mention dans ces conférences que l'infirmière à domicile doit faire preuve d'adaptabilité : « la nécessité d'acquérir l'habitude de s'adapter aux circonstances », elle doit « se conformer aux habitudes et aux façons d'agir des différentes maisons dans lesquelles elle travaille, sans conseiller la moindre modification à moins que celle-ci soit visiblement d'un grand intérêt pour le malade ». Lors du III<sup>e</sup> Congrès National d'Assistance Publique et de Bienfaisance Privée de 1903, les médecins, soucieux de la qualification des soignants à domicile, votèrent pour l'obligation d'un diplôme d'État « subordonnant totalement et définitivement l'exercice des garde-malades, comme l'exercice infirmier, à l'exercice médical dont il exécutera les prescriptions. Cela sous-entendra que les médecins devront s'astreindre à prescrire les soins qui ne relevaient pas de la pratique médicale.

Avec la création des premières caisses primaire d'assurance maladie en 1930 et l'ordonnance du 19 Octobre 1945, les actes médicaux sont soumis à une nomenclature, appelée « soins infirmiers ». Ces soins infirmiers sont prescrits par les médecins qui les délèguent aux infirmières et infirmiers à titre d'auxiliaire médical. C'est à partir de là qu'est né l'exercice libéral. Les soins libéraux à domicile prendront leur essor avec la découverte de la pénicilline, et les infirmiers libéraux seront rémunérés en fonction du nombre d'actes à effectuer prescrits par le médecin.

La notion de rétribution, même si elle passe par le biais de l'assurance maladie a fait encore évoluer les mentalités. Aujourd'hui l'offre de soin est telle qu'il est très

simple pour un patient de changer de professionnel s'il se trouve mécontent. En ce sens, on ne parle plus uniquement de patients lors des soins libéraux mais plutôt de « *patientèle* », terme issu de la contraction des mots « patient » et « clientèle ».

## 2.7. Législation relative aux conditions d'installation en libéral.

Après une formation initiale de 3 ans donnant un grade de licence, l'infirmier reçoit un diplôme d'État. D'après l'arrêté du 25 novembre 2011 portant approbation de l'avenant n° 3 à la convention nationale des infirmières et des infirmiers libéraux, peuvent prétendre au travail en milieu libéral sous convention :

- Les infirmières justifiant d'une expérience professionnelle de vingt-quatre mois, c'est-à-dire 3 200 heures équivalent temps plein en temps de travail effectif au cours des six années précédant la demande d'installation en libéral sous convention ;
- Les infirmières justifiant d'une expérience professionnelle prévue à l'article 5.2.3 de la convention nationale et d'une expérience en qualité de remplaçante d'infirmière libérale conventionnée de vingt-quatre mois sous contrat de remplacement, au cours des six années précédant la demande d'installation en libéral sous convention.
- Lorsqu'il s'agit d'une première installation en libéral, l'infirmière doit justifier de cette expérience minimale en qualité d'infirmière exerçant dans un établissement de soins ou au sein d'un groupement de coopération sanitaire, tels que définis au paragraphe 1 "Principes" de l'article 5.2.2, ou en tant que remplaçante d'une infirmière libérale conventionnée (dès lors qu'elle remplissait les conditions pour le faire). »

## 2.8. Conclusion.

Pour conclure cette partie concernant le cadre conceptuel, Je peux dire que les recommandations de bonnes pratiques tendent à maximiser l'efficacité des soins dans un contexte sécuritaire pour le patient mais aussi pour le soignant. C'est par l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) que sont améliorées et modifiées les recommandations de bonnes pratiques. Même s'il est parfois difficilement possible de respecter stricto sensu les recommandations de bonnes pratiques à domicile puisque dans ce contexte là c'est au soignant de s'adapter à l'environnement du patient et non l'inverse, ces recommandations doivent servir de guide conducteur dans les pratiques et ainsi être adaptées aux situations afin de pouvoir en tirer le plus de bénéfices possible. Ainsi, l'ergonomie et l'asepsie au domicile du patient peuvent parfois être difficiles à mettre en place. Cela ne doit pas empêcher de garder en tête la sécurité dans les soins.

Les recherches que j'ai effectuées dans le cadre de ce support théorique m'ont permis de dégager une hypothèse de recherche :

**Les facteurs favorisant les AES chez les infirmiers libéraux sont liés aux habitudes de travail et au devoir de réussite qui leur est incombé, du fait du travail en autonomie totale.**

Afin de confirmer ou d'infirmier cette hypothèse de départ, j'envisage de mener une enquête de terrain auprès de différents professionnels libéraux de secteurs différents.

## 3. Cadre analytique.

Dans cette troisième et dernière partie, je m'intéresserai à analyser les pratiques des professionnels de terrain avec pour objectif principal l'amélioration de la qualité des soins, fil conducteur de mon travail d'analyse. Cette unité d'enseignement s'intitule d'ailleurs UE 5.06 : « Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles ».

Dans une première partie, je développerai le choix de ma méthodologie d'investigation dans le but de mettre en avant mon hypothèse de recherche. Ainsi je pourrai présenter le mode de réalisation de l'enquête et le choix des lieux et de la population interrogée.

Avant d'analyser les résultats de mon enquête de terrain je présenterai les limites et les difficultés que j'ai rencontrées au cours de ce travail d'investigation.

### 3.1. Contexte et méthodologie d'entretiens.

#### 3.1.1. *Le choix de la méthodologie d'enquête.*

Dans le cadre de ce travail de recherche, deux options s'offraient à moi : soit le questionnaire, soit l'entretien. En ce qui concerne les questionnaires, il était demandé de réaliser 6 questionnaires contenant 8 questions. Pour les entretiens, il était demandé, a minima, de conduire 3 entretiens avec 8 questions également.

Afin de répondre au mieux à mon hypothèse de départ, j'ai pris la décision de mener des entretiens auprès de professionnels de terrains. En effet, il me paraissait important de recueillir des données que je pourrai exploiter de manière qualitative puisque c'est l'objectif principal de ce travail de recherche. De fait, il me semblait que les questionnaires amèneraient une approche plutôt quantitative du sujet. De plus, l'entretien permettait de recueillir des données en termes de communication verbale et non-verbale. Enfin, être en relation directe avec la personne interrogée me permettra d'approfondir ma réflexion dans le cas où j'obtiendrai des réponses auxquelles je n'avais pas pensées.

J'ai donc choisi de contacter des infirmières libérales de secteurs différents. En effet, le choix du questionnaire me paraissait difficile du fait du sujet de mon travail de recherche. Il me semblait que laisser seuls les professionnelles de santé face à un questionnaire qui pointait sur une dérive des pratiques de travail pourrait leur donner l'impression de porter un jugement sur leurs pratiques. En ce sens, il m'a paru plus simple de mener un entretien.

Il me semblait important de pouvoir être présent pour recueillir les réponses des professionnelles interrogées, ceci dans le but d'instaurer un climat de confiance, et de ne pas pointer sur des points négatifs de leur travail. Ainsi, l'entretien m'a permis de préciser facilement l'intérêt de mon travail de recherche, tout comme il m'était possible de repréciser l'anonymat des réponses et le contexte neutre de mon travail. Je ne voulais pas donner l'impression d'être dans un jugement de valeurs qui aurait pu introduire un frein à la communication.

Dans le but d'obtenir des réponses sincères et sans a priori, j'ai choisi de mener des entretiens semi directifs. Ainsi, les soignantes interrogées pouvaient me répondre

de manière spontanée, avec leur vocabulaire et leur ressenti. De même, en cas d'incompréhension, il m'était possible de reformuler les questions, comme les réponses lorsque je n'étais pas sûr des réponses données.

Une fois les entretiens réalisés, je pourrai mettre en relation les réponses obtenues par les professionnelles avec les recherches que j'ai effectué dans la deuxième partie de ce travail de recherche, qui reprennent les recommandations de bonnes pratiques. Cela me permettra d'affirmer ou, au contraire, d'infirmer mon hypothèse de départ qui est : « Les facteurs favorisant les AES chez les infirmiers libéraux sont liés aux habitudes de travail et au devoir de réussite qui leur est incombé, du fait du travail en autonomie totale. »

### *3.1.2. Les modalités de réalisation.*

Dans un premier temps, cette méthode me permettait de mener a minima 3 entretiens. Il a d'abord fallu choisir la population que j'interrogerai et donc les services qui en découlent. Comme mon sujet porte sur le travail à domicile, j'ai choisi de centrer mon travail sur le milieu libéral dans lequel il me semblait que les prélèvements sanguins étaient un soin récurrent.

Dans un second temps, j'ai élaboré la grille d'entretien qui servirait de fil conducteur à mes entretiens<sup>20</sup>. J'ai voulu utiliser des questions ouvertes, ainsi 5 questions sur les 8 que j'ai posées aux professionnels étaient des questions ouvertes. De ce fait, je donnais la possibilité aux personnes interrogées d'aborder des sujets divers et variés, des exemples pour étayer leurs propos, ce qui, de mon point de vue, leur laissait une certaine liberté dans les réponses.

Pour autant j'ai également utilisé des questions fermées pour 3 questions sur les 8. Cela me permettait d'obtenir des réponses précises sur des points importants de mon travail, notamment le port de gants lors des prises de sang. Cependant, afin de permettre une exploitation des résultats, il était systématiquement demandé aux professionnels d'explicitier leurs réponses.

Tous les entretiens ont été mené suite à un premier contact téléphonique afin d'obtenir un accord de principe et de pouvoir convenir d'un rendez-vous. Au cours de cet entretien, je me suis présenté et j'ai expliqué brièvement le cadre de mon travail, afin de situer brièvement le contexte, sans pour autant dévoiler réellement le thème de mon travail de fin d'études. En effet, il me semblait important de ne pas dévoiler le thème afin de conserver une certaine spontanéité dans les réponses que j'allais obtenir aux entretiens. Au cours de l'entretien, j'ai rappelé l'anonymat de rigueur pour ces entretiens. Je misais sur un entretien qui durait environ 30 à 35 minutes afin de ne pas trop impacter sur le temps que m'accordaient les professionnels, mais aussi afin d'obtenir des réponses détaillées qui permettraient d'être exploitées.

### *3.1.3. Le choix des lieux et de la population interrogée.*

Tout d'abord, j'ai voulu choisir les services interrogés en fonction de leur activité professionnelle. Dans la plupart des cabinets libéraux, après renseignements, il s'est avéré que les prélèvements sanguins sont une activité récurrente.

J'ai choisi d'interroger des professionnelles de secteurs différents afin de voir si la situation géographique et donc, les conditions sociales qui découlent de ces

---

<sup>20</sup> Cf. annexe

secteurs étaient ou non des facteurs influençant les pratiques des professionnels au quotidien. Cela va me permettre de comparer les pratiques en fonction des modes de vie, des habitudes des patients en fonction de leur catégorie sociale mais aussi selon les habitudes des professionnelles. Mon choix s'est par contre restreint uniquement au secteur privé, puisqu'à ma connaissance il n'existe pas de cabinets d'infirmiers libéraux rattachés au domaine public.

J'ai donc contacté une infirmière libérale (IDE N°1) d'une ville d'environ 20 000 habitants. Elle exerce dans un milieu citadin, avec une population de tous niveaux sociaux. Elle est diplômée depuis 2004 et s'est installée en libéral en 2009. Sa tranche d'âge se situe entre 45 et 50 ans.

La deuxième infirmière (IDE N°2) contactée exerce dans une ville d'environ 3000 habitants dans un milieu plutôt rural. Cette dernière a été diplômée en 2003 et exerce en libéral depuis 2008. Son âge se situe entre 30 et 35 ans.

La troisième infirmière interrogée (IDE N°3) exerce dans le même milieu que la seconde. Elle se situe entre 50 et 55 ans, a été diplômée en 1979 et travaille en libéral depuis 1985.

La quatrième infirmière interrogée (IDE N°4) travaille dans un milieu rural, sur un secteur s'étalant sur plusieurs communes. La population concernée est assez âgée, et dans une situation sociale assez précaire. Elle est âgée entre 45 et 50 ans, a obtenu son diplôme d'État en 1990 et a commencé à travailler en libéral un an après, soit en 1991.

Toutes ces données ont été regroupées dans un tableau afin de faciliter la lecture.

	IDE N°1	IDE N°2	IDE N°3	IDE N°4
Tranche d'âge	45 – 50 ans	30 – 35 ans	50 – 55 ans	45 – 50 ans
Année du DE	2004	2003	1979	1990
Ancienneté	4 ans	5 ans	28 ans	22 ans

Il me paraissait intéressant d'interroger des professionnelles qui avaient une ancienneté de diplôme tout comme de travail en milieu libéral différente. En effet, cela va permettre d'obtenir des réponses variées et donc de contribuer à obtenir un échantillon de résultat représentatif de la profession.

### 3.1.4. *Les limites rencontrées.*

Au cours de ce travail d'analyse, j'ai été confronté à plusieurs difficultés. Premièrement, il nous était demandé de mener un entretien sur le terrain de stage dans lequel nous avons trouvé notre situation d'appel. J'ai donc pris contact par téléphone avec cette structure qui m'a répondu positivement sur le principe, mais qui n'ayant pas de créneau disponible pour me recevoir a demandé mes coordonnées téléphoniques afin de pouvoir me recontacter dès que possible. Pour autant, une semaine après le premier entretien, et toujours sans nouvelles de leur part, j'ai effectué un deuxième contact téléphonique où la même réponse m'a été donnée par les

professionnels. J'ai encore attendu deux semaines avant de donner un troisième appel téléphonique qui n'a pas donné suite puisque je n'ai pas réussi à les joindre. A ce jour, je reste sans nouvelles de leur part.

Pour autant la plupart des professionnels contactés n'a opposé aucun refus à me rencontrer pour répondre à mes questions. La plupart du temps, les professionnels étaient même assez enthousiastes dans leur démarche et souhaitaient m'aider dans mon travail, se rappelant eux-mêmes leur parcours d'étudiants infirmiers.

Mon premier entretien s'est déroulé sans encombre et m'a mis en confiance pour la suite de mon travail. Malheureusement, le deuxième entretien s'est avéré beaucoup plus compliqué. En effet, interrogeant des professionnels libéraux, il a parfois été difficile de convenir d'un rendez-vous du fait des contraintes horaires de ce métier. Ainsi, pour mon deuxième entretien, l'infirmière interrogée m'a donné rendez-vous dans un café en fin de matinée, c'est-à-dire pendant son quart de travail. Cet entretien a été difficile à mener du fait de l'environnement peu propice. En outre, l'infirmière interrogée étant censée travailler au moment où je l'interrogeais, nous avons été dérangés par son téléphone portable. De fait, une réponse s'est trouvée écourtée.

Pour le troisième entretien, il n'y a pas eu de difficultés, l'infirmière m'a reçu à son cabinet. Enfin, mon quatrième et dernier entretien devait se faire au domicile de l'infirmière que j'avais contactée. Malheureusement, du fait de contraintes de travail de cette dernière, je n'ai pas pu me rendre à son domicile comme convenu. Le calendrier avançant et ne pouvant me recevoir dans l'immédiat, cette dernière a proposé de répondre à mes questions par téléphone. De fait, il s'est avéré difficile de prendre en note toutes les réponses fournies. Cet entretien ne m'a donc que partiellement donné satisfaction, puisque difficile à exploiter dans sa globalité. Toutefois, cette dernière m'a assuré être à ma disposition en cas de questions complémentaires ou de choses que je n'aurai pas comprises.

Les limites de ce travail se sont rapidement imposées à moi. En effet, du fait du temps imparti dans la construction du travail, il s'est avéré difficile de mener des entretiens en nombre suffisant pour permettre une exploitation optimum. En outre, le choix de la méthode utilisée porte également ses limites. Parfois, les réponses obtenues ne correspondent pas totalement à la question posée, malgré les techniques de reformulation utilisées, du fait de l'utilisation de questions ouvertes. De même, parfois les silences utilisés pour permettre à la personne interrogée d'approfondir sa réflexion n'aboutissaient pas. Enfin, peut-être est-ce par volonté de bien faire, mais j'ai eu le sentiment que certains professionnels voulaient me donner des réponses que je pourrai exploiter facilement, ce qui retire à la sincérité du discours.

### 3.2. Analyse des entretiens.

Afin de faciliter la lecture des réponses obtenues lors des entretiens, ces dernières ont été regroupées par mots-clefs dans un tableau. Ceci permet de voir rapidement les similitudes et divergences dans les réponses recueillies et donc d'exploiter efficacement et de manière qualitative les données.

Afin d'analyser ces entretiens je vais reprendre ce travail question par question.

Pour la première question, j'ai souhaité savoir si les professionnelles interrogées savaient ce qu'était un AES et si elles avaient reçu une formation sur ce sujet. La question était formulée ainsi : « Pouvez-vous me donner une définition d'un AES ? Avez-vous reçu une formation les concernant ? ». Aucune des infirmières interrogées n'a su me donner une réponse complète. La plupart du temps les réponses sont partielles mais pas totalement fausses. Toutes ont en tête le fait de se piquer avec une aiguille, mais seule une a su parler de la projection de liquides biologiques dans les yeux ou les muqueuses. Ainsi, l'appropriation des connaissances ne semble pas complète auprès des professionnelles interrogées. En effet si on se réfère à la définition qui est exposée dans la première partie de ce travail, aucune des personnes interviewée n'est en mesure de fournir une réponse complète.

Cela peut s'expliquer par le sentiment des professionnelles interrogées de ne pas avoir eu une formation suffisante sur ces dernières. Seule l'IDE N°4 déclare avoir reçu une formation secondaire spécifique aux AES. En ce qui concerne les trois autres, elle ne parle que de la formation initiale à l'institut de formation en soins infirmiers.

Or, si on reprend les chiffres évoqués dans la deuxième partie de ce travail qui montre que les AES sont 7.4 fois plus élevés qu'à l'hôpital, on peut se demander si une formation obligatoire pour les professionnels libéraux ne devraient pas être faite, avec un recyclage régulier pour une mise à jour des connaissances.

L'objectif de cette question était de vérifier si les infirmières étaient au courant des risques encourus et aussi des démarches à suivre en cas d'AES. Malheureusement, seule une infirmière a su me parler de la conduite à tenir en cas d'AES, l'IDE N°4 qui a reçu une formation complémentaire en plus de sa formation initiale.

Étant donné que l'objectif de cette question portait aussi sur les risques encourus, on constate que la moitié des infirmières interrogées ne comprend pas l'intérêt de porter des gants pour les prélèvements (IDE N°3 et IDE N°4). En effet, ces dernières déclarent que le gant n'empêchera pas la piqûre, et ne voient pas en quoi ce dernier peut limiter le risque d'AES.

Concernant la deuxième question, elle concernait la mise à jour des connaissances par les professionnels. La question était rédigée comme suit : « Par quels moyens mettez-vous à jour vos connaissances ? ». Toutes parlent des revues envoyées par le syndicat des infirmières libérales, qui leur permettent de se tenir informées des nouvelles techniques. De même elles évoquent les formations possibles avec les laboratoires, parlent de formations rémunérées qui ouvrent droit à 2 jours de formation payées par an, mais aucune d'elle n'a réellement déclaré en avoir suivi une au cours de cette année ou de l'année dernière. Seule l'IDE N°1 a déclaré mettre à jour ses connaissances par le biais de l'encadrement des stagiaires. En effet, elle trouve intéressant d'apprendre de ses stagiaires les nouvelles techniques, comme les nouvelles réglementations.

L'objectif de cette question était de vérifier si les infirmières interrogées continuaient à apprendre et à mettre à jour leurs connaissances dans le but de toujours exercer dans des conditions optimum.

On peut donc constater que même si les infirmières interrogées déclarent mettre à jour leurs connaissances, on ne peut malheureusement pas vérifier si cela est fait

régulièrement. En outre, mon sujet traitant des risques d'AES lors des prélèvements veineux à domicile, il est difficile de savoir si les formations proposées traitent de ce sujet. Enfin, les infirmières déclarent qu'il est parfois difficile de mettre à jour leurs connaissances par le biais des formations proposées par les laboratoires du fait de leurs horaires de travail contraignant.

Pourtant, le métier d'IDE s'inscrit dans un processus de formation continue. Cela nécessite donc une mise à jour continue des connaissances, soit par le biais de formation, d'abonnements à des magazines ou revues, ou encore par de nouveaux diplômes spécialisant.

Pour la troisième et la quatrième question, celles-ci portaient sur le port de gants lors des prélèvements veineux et les habitudes lors de la prise en charge d'un patient avec un statut sérologique positif. La troisième question était posée de cette manière-là : « Portez-vous systématiquement des gants lors des prélèvements veineux ? Pourquoi ? ». A cette question la réponse est éloquent. Aucune des infirmières interrogée ne porte de gants pour effectuer des prises de sang. En ce qui concerne les IDE N°3 et IDE N°4, ces dernières ont appris sans, pour autant l'IDE N°4 dit être capable de réaliser une prise de sang avec une paire de gants mais préfère agir sans. Toutes invoquent une habitude de travail qui est prise, et une meilleure dextérité dans le geste et la recherche de la veine lorsqu'il n'y a pas de gants. Pour exemple, l'IDE N°1 dit : « *on a quand même nous une grande majorité de gens qui sont difficiles à piquer qui ont pas des veines apparentes etc. il faut quand même aller bien tâter, bien voilà. Localiser la veine c'est pas facile, c'est pas facile du tout (elle réfléchit). Euh, que dire d'autre, oui, non c'est une habitude que j'ai pris, une mauvaise habitude* ». Ici, la reconnaissance de la mauvaise pratique est faite, pour autant il n'y a pas de réflexion sur une amélioration ou un réajustement du comportement. Cette question permettait donc d'affirmer ma situation de départ, à savoir que le port de gants n'était pas respecté lors des prises de sang à domicile.

En ce qui concerne l'IDE N°4, cette dernière n'a pas d'information quant à l'obligation de porter des gants, elle ne voyait même pas en quoi il était dangereux de recapuchonner une aiguille après prélèvement. C'est au cours de l'entretien qu'elle a pris conscience du risque encouru. Cependant, on constate que le fait de porter un regard critique sur leurs pratiques de soins ne fait pas pour autant changer les mentalités des infirmières interrogées quant au port de gants lors des prélèvements veineux.

Or, comme il est évoqué dans la deuxième partie de ce mémoire, le port de gants est légiféré depuis 1998. Se pose donc la question de l'information de cette obligation aux professionnels de soins. Peut-être serait-il bon d'effectuer une nouvelle information à défaut de formation.

La question n°4 portait sur le changement des habitudes de travail en lien avec un patient ayant un statut sérologique positif. Cette dernière était formulée ainsi aux professionnels : « Changez-vous vos pratiques de soin si vous prenez en charge un patient dont vous connaissez le statut sérologique dans un acte à risque d'AES (type prise de sang) ? ». Par le biais de cette question, il s'agissait de voir si la notion de risque peut être à niveau variable en fonction du patient et donc que la sécurité ne serait que secondaire dans la prise en charge des patients. La réponse à cette

question est édifiante puisque les trois-quarts des infirmières interrogées ne changent pas leur habitude. Elles déclarent être plus « vigilante » dans la prise en charge d'un patient ayant un statut sérologique positif (souvent sont évoqués l'hépatite et le VIH). L'IDE N°2 invoque même l'impression de mettre une « barrière » entre le patient et elle, comme une limite qui donnerait une mauvaise image de l'infirmière aux patients. En effet, cette dernière n'en mettant jamais ne voit pas pourquoi elle devrait en mettre lorsqu'elle prend en charge un patient ayant ce type de pathologie. Ici, c'est donc la représentation de l'infirmière qui est mise en avant face à la sécurité, concept qui doit être prioritaire.

L'IDE N°3, quant à elle, ne se sent pas concernée par ce problème, déclarant travailler à la campagne, dans une zone où elle n'est que très peu exposée à de patients contaminés par le VIH ou par une hépatite.

Ce postulat avait été vérifié lors des recherches concernant le cadre théorique par le biais du protocole en soins infirmiers libéraux sur le prélèvement veineux.

En revanche, seule l'IDE N°4 déclare changer ses habitudes de travail lorsqu'elle prend en charge un patient dont elle connaît le statut sérologique, allant même jusqu'à porter deux paires de gants pour effectuer le prélèvement. Ceci démontre que le port de gants n'est pas un frein à la réalisation d'une prise de sang, mais que l'habitude de travail est fortement ancrée dans les mœurs et que les changements sont difficiles à effectuer. En effet, lorsque l'IDE N°4 est interrogée sur les raisons qui la poussent à changer ses habitudes, la sécurité est le premier mot qui est invoqué. Sécurité dans le sens où elle veut se prévenir de tout risque d'AES pour ne pas être contaminée elle-même par un virus. De fait, on constate un décalage important entre le risque encouru au quotidien dans les pratiques réalisées et la représentation qu'elle a des patients qui déclarent leur statut. En effet, il n'est pas obligatoire pour les patients de révéler leur statut sérologique.

Ainsi, les questions 3 et 4 confirment une partie de mon hypothèse de départ, en ce sens que les 4 infirmières interrogées déclarent ne pas porter de gants par habitudes de travail. Ceci démontre bien que le non port de gants n'a pas de corrélation avec le temps d'obtention du Diplôme d'État ou avec l'âge puisqu'ayant interrogé un panel varié la réponse reste la même.

A propos de la cinquième question, celle-ci portait sur la représentation du gant dans le soin à domicile et était formulée comme telle : « Quelle représentation avez-vous du gant dans le soin à domicile ? ». Paradoxalement, toutes les infirmières interrogées répondent que celui-ci sert aux soins tels que les pansements, dans un but de respecter l'hygiène et l'asepsie. De même, les trois-quarts des infirmières interrogées déclarent porter des gants pour se protéger contre les germes lors des pansements ou contre une hygiène dite « douteuse » des patients chez qui elles se rendent. Ceci met donc en évidence le décalage qu'il existe quant à la représentation de l'utilité du gant dans les prises de sang avec les autres soins. Seule une infirmière (l'IDE N°1) déclare ne presque jamais porter de gants même lors de la toilette intime des patients, sauf si ces derniers sont vraiment souillés : « Mais c'est vrai que moi les gants quand je fais une toilette, bon de toute façon on vous l'apprend à l'IFSI, en général c'est pour la petite toilette qu'on utilise les gants. Mais c'est vrai que je n'en mets même pas, sauf les gens vraiment souillés ». En effet pour cette dernière le gant est un frein à la relation, et il est vu comme une barrière.

L'objectif de cette question était de voir si le gant peut être un frein dans la dimension sociale et professionnelle qu'il porte. En effet, l'IDEL a une représentation sociale différente de l'infirmière en structure. On constate donc qu'une seule infirmière trouve que le gant est un frein. Pour les autres, c'est un objet utile voire indispensable. Mais il n'est pas inclus dans le soin qu'est le prélèvement sanguin. C'est d'ailleurs ce que l'IDE N°4 a déclaré lors de l'entretien téléphonique : « *j'utilise des gants dans tous les soins autres que les piqûres* ». Ceci continue à démontrer que le gant n'est toujours pas intégré comme indispensable dans la prévention des AES. Tout ceci ramène à l'intégration et l'appropriation de la définition de l'AES.

Enfin, les gants sont même parfois utilisés dans des soins qui n'en nécessitent pas, tels la pose et la dépose de bas à varices, avec comme raison invoquée par l'IDE N°4 le risque d'être en contact avec de l'urine du fait du grand nombre de patiente incontinente chez qui elle devait poser des bas à varices tout comme le manque général d'hygiène des patients.

La sixième question tournait autour des moyens dont disposaient les professionnelles interrogées afin de respecter les recommandations de bonnes pratiques. Elle était formulée comme ceci : « Disposez-vous de tous les moyens nécessaires pour respecter les recommandations de bonnes pratiques ? Pourquoi ? ». Les trois-quarts des infirmières interrogées pensent effectivement disposer de tous les moyens nécessaires, et jugent que si elles ont des manques, elles commandent aussitôt le matériel nécessaire pour pallier à ce manque. Ainsi, l'IDE N°3 dit travailler en collaboration avec les pharmacies afin d'obtenir le matériel manquant. De même, l'IDE N°4 parle de sa capacité à prescrire, afin d'obtenir le matériel manquant chez certains patients. Enfin, seule l'IDE N°2 n'est pas réellement en mesure de répondre à la question car aimerait que lui soit cités quelles sont les recommandations de bonnes pratiques.

L'objectif qui était visé par cette question était d'essayer de découvrir s'il existait des raisons qui pourraient influencer le non port de gant, tel le prix, etc.

Ceci montre bien, que les gants sont toujours présents et à disposition des infirmières. Pour autant ils ne sont pas utilisés lors des prélèvements veineux. Ce qui concourt toujours à démontrer que le non port de gants est plutôt lié à une mauvaise habitude.

La septième question qui était posée aux professionnelles parlait de l'infirmière libérale et l'image que ces dernières avaient de leur profession. Elle était ainsi formulée comme ceci : « Quelle représentation sociale vous faites-vous de l'infirmière libérale ? » et avait pour objectif de vérifier si le non port de gants n'était pas lié à une pression que serait induite par la clientèle et donc à un devoir de réussite.

Les réponses fournies par toutes les infirmières interrogées tendent vers la même chose. Le rôle de l'infirmière à domicile est beaucoup plus vaste que celui de l'infirmière qui travaille en structure, elles se sentent polyvalentes et investies d'une mission pluridisciplinaire. L'IDE N°1 voit la différence en ce sens que l'infirmière à domicile est choisie par le client, de là, et comme le souligne également l'IDE N°4, elles rentrent dans l'intimité des patients jusqu'à presque faire partie de leur famille. Toutes parlent d'un relationnel qui est beaucoup plus développé qu'en structure, d'un

côté humain qu'elles ont l'impression de ne pas ressentir en structures, tout comme leur clients, d'après leurs propos.

Seule une infirmière, l'IDE N°4, déclare qu'elle trouverait bizarre de porter aujourd'hui des gants alors que jusqu'alors elle n'en a pas portés, et qu'elle aurait l'impression de donner une image négative à ses clients avec qui elle entretient une relation professionnelle souvent depuis très longtemps.

Enfin, la huitième et dernière question posée portait sur la qualité des soins. Elle était posée comme suit aux professionnelles : « Qu'est-ce qu'un soin de qualité pour vous ? ». La moitié des infirmières interrogées parlent de qualité lorsqu'un soin est pris dans sa globalité. Malheureusement, elles ne détaillent pas ce qu'elles sous-entendent par globalité. En outre, aucune des infirmières interrogée ne parle de respect des bonnes pratiques, ou n'évoque le fait de se référer aux recommandations de l'HAS. Même si le côté humain et relationnel est souvent mis en avant, preuve que les mentalités ont évoluées et qu'un soin n'est plus uniquement vu comme un acte à réaliser, il n'en reste pas moins que pour l'IDE N°2, un soin de qualité est avant tout un soin « *qui est réalisé dans son but direct, enfin demandé par le médecin quoi, que l'acte soit fait* ».

L'objectif de cette question était de voir si le port des gants était intégré comme prenant part de la qualité du soin. Malheureusement, on constate qu'aucune infirmière n'a évoqué le port de gants, et que donc ce dernier n'est pas intégré comme faisant partie de la qualité.

Enfin, l'adaptation est évoquée par trois infirmières sur quatre comme prenant part de la qualité du soin à domicile. Ici, il s'agit de l'adaptation aux conditions de vie des clients, comme le décrit l'IDE N°3 : « A domicile il faut s'adapter aux situations ».

### 3.3. Retour sur l'hypothèse.

Malgré un panel de professionnelles interrogées qui est assez varié en termes d'âge, d'ancienneté de diplôme et d'expérience professionnelle en milieu libéral, les résultats obtenus ne permettent malheureusement pas de tirer une conclusion généralisable, alors même qu'on constate des résultats qui tendent à être similaires.

Cependant, j'ai pu, par le biais de ces entretiens confirmer une partie de mon hypothèse en lien avec le cadre conceptuel que j'avais posé dans la deuxième partie de ce travail. Mes observations au cours de mes 3 années de formation comme dans mon expérience personnelle et professionnelle concordaient avec les réponses fournies par les infirmières libérales interrogées.

Pour autant, le cursus initial suivi par les infirmiers qu'ils deviennent libéraux ou non inculquent les mêmes enseignements, à savoir le port de gants dans la protection du soignant qui effectue des gestes à risque d'AES. Il est donc étonnant de constater une telle dérive des comportements chez les personnels libéraux. Ceci peut peut-être s'expliquer par la moins grande émulation qui existe puisque ces derniers travaillent souvent seuls, contrairement aux professionnels de structure qui ont plutôt tendance à bénéficier de « l'effet de groupe ».

Mon hypothèse de départ portait sur les habitudes de travail, mais aussi sur le postulat que les infirmiers libéraux avaient un devoir de réussite beaucoup plus important que les infirmiers de structures qui travaillent en équipe. Or il semble que ce motif ne soit pas à l'origine du non port de gants, puisqu'il n'a jamais été évoqué par les soignants interrogés. En ce sens, l'hypothèse de départ ne peut être totalement validée.

De même, les mauvaises habitudes qui sont prises par les soignants sont aussi prises par les patients. En effet, après avoir mené une enquête personnelle auprès de mon entourage, j'ai pu constater que les personnes les plus âgées de mon entourage que j'ai interrogées, habituées à voir l'infirmier à domicile venir effectuer une prise de sang sans gants, tendent à normaliser ce comportement, allant même jusqu'à trouver anormal de devoir porter des gants pour effectuer un acte comme celui-ci. Ce qui tend bien à démontrer que le gant peut être vu comme un frein à la communication et à la relation. Là encore il existe un décalage, puisque les personnes « plus jeunes », trouvent tout à fait normal d'utiliser des gants, tant pour la protection du soignant que du soigné.

### 3.4. Positionnement professionnel.

Par le biais de ce travail de recherche, j'ai pu constater que les comportements que j'avais observés jusqu'alors et sur lesquels j'ai basé mon travail de recherches ne trouvaient pas de justification auprès des professionnels, si ce n'est celle de la mauvaise habitude. Le regard que porte la patientèle sur les professionnels libéraux est-il si critique qu'ils puissent en oublier les règles élémentaires et les concepts fondamentaux comme la sécurité et l'hygiène.

Même si, il en convient, les mentalités doivent évoluer du côté des soignants afin d'exercer de la meilleure manière possible en respectant les recommandations de bonnes pratiques, peut-être celles-ci doivent aussi évoluer du côté des patients. Lorsqu'on pense que la plupart du temps les patients trouvent normal qu'une infirmière libérale n'ôte pas son manteau lors d'un soin (sans parler du non port de tenue professionnelle), que peut-on alors penser du non port de gant ?

Dans une société qui tend vers l'excellence de son système de santé par les différentes phases de certifications auxquelles doivent s'astreindre les établissements de santé, il semble incompréhensible qu'il puisse exister un tel décalage entre structures et domiciles.

Ce travail m'a permis de faire avancer mes connaissances, de prendre conscience du décalage entre ces deux mondes, même si je pensais bien qu'il existait des différences. A travers celui-ci qui s'inscrit dans un projet professionnel futur, j'ai retiré des enseignements, qui je l'espère, me permettront de m'établir en tant que professionnel dans le respect des bonnes pratiques. L'actualisation des connaissances, les formations régulières comme la remise en question de son travail sont ainsi devenues des éléments importants dans ma posture de soignant.

En effet, trouvant l'aspect relationnel très important et aimant la prise en charge spécifique qui s'établit au domicile des patients, je pense qu'une relation de confiance permet d'effectuer des changements dans les mentalités. Il me semble qu'avec des explications tout patient est à même d'entendre les raisons qui poussent le soignant à

mettre en avant sa sécurité lors des soins. En ce sens le gant ne deviendrait plus une barrière mais simplement un outil de travail utilisé à bon escient.

### 3.5. Pistes de réflexion.

Les recherches que j'ai pu effectuer au cours de ce travail de fin d'études m'ont amené vers des pistes qui, à défaut de temps suffisant, seraient intéressantes à explorer.

En effet, les infirmiers ne sont pas les seuls à pouvoir effectuer des prélèvements veineux. Or les laborantins qui obtiennent le certificat de capacité pour effectuer des prélèvements sanguins apprennent, a priori à prélever sans gant.

Au cours de l'enquête réalisée, il s'est avéré que les professionnelles que j'ai interrogées déclaraient ne pas avoir suivi de formation spécifique aux AES. Le métier d'infirmier est un métier qui demande une mise à jour permanente des connaissances. Jusqu'à l'année dernière, les formations rémunérées pour les professionnelles étaient plus longues en termes de journées payées. Or depuis, cette année elles se limitent à 2 jours par an. Peut-être faudrait-il alors imposer certaines formations jugées indispensables aux professionnels libéraux afin que ces derniers puissent maintenir leurs connaissances à jour.

En outre, la sécurisation du matériel de plus en plus perfectionnée ne doit pas faire oublier l'importance de l'acte humain dans des soins dangereux et donc la part de responsabilité qui est impliquée par les professionnels de santé. Tout comme le développement des technologies permet aujourd'hui de créer des gants de plus en plus fins permettant une meilleure dextérité.

# Conclusion.

Le travail au domicile des patients revêt un aspect différent de celui en structure à bien des niveaux. La proximité qui s'établit entre patient et soignant réduit la relation professionnelle comme la distance professionnelle. Les patients choisissent les soignants, les intègrent à leur vie de tous les jours, allant même jusqu'à les considérer comme faisant partie de leur cercle familial.

L'évolution du métier d'infirmière à domicile, passant de la religieuse dévouée et investie d'une vocation, à la professionnelle rémunérée suivant un cursus initial, a toujours nécessité empathie et qualités humaines. Pour autant, la technicité et la dextérité ne doivent pas être négligées ; tout comme la sécurité. Et même si le professionnel libéral doit faire preuve d'une grande adaptabilité, il convient à tout infirmier de s'adapter à chaque situation, ne serait-ce que pour personnaliser la prise en charge d'un patient. Il ne s'agit pas de réaliser un soin sans en comprendre les tenants et les aboutissants, mais de respecter les principes de soins tels que la sécurité du patient.

Ce travail de recherche a permis d'approfondir mes connaissances, de prendre position et d'appréhender mon arrivée dans le monde du travail. Cette réflexion a été un tremplin à un questionnement personnel et professionnel. Mon projet de carrière s'oriente vers le libéral, et demain je serai peut-être l'infirmier à domicile qui sera observé. En ce sens, je m'interroge sur les travers que je pourrai prendre. Mon travail se fera-t-il au détriment de ma sécurité pour des mauvaises habitudes ?

Analyser les pratiques soignantes a permis d'établir un constat et de tenter de mettre en avant des pistes de réflexions pour améliorer la qualité du soin. En 2011, un décret a rendu obligatoire le développement professionnel continu en structure de soins. On ne peut que féliciter une telle mesure. Cependant, il convient de s'interroger sur l'origine de ce décret, et de se demander si justement ce n'est pas le manque de mise à jour des connaissances qui en est la source. Ainsi, il serait intéressant de s'interroger sur la mise à jour des connaissances afin d'améliorer la prise en charge des patients, diminuer la prise de risques des soignants, afin de promouvoir la qualité des soins.

*« À la différence d'autres espèces nous avons la capacité de façonner notre avenir. »*  
Tim White.

# Glossaire

Sigle	Signification
AES	Accident d'exposition au sang
AFNOR	Association française de normalisation
CCLIN	Centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales
DASRI	Déchets d'activité de soins à risque infectieux
EPP	Évaluation des pratiques professionnelles
HAS	Haute autorité de santé
IDE	Infirmier diplômé d'État
IDEL	Infirmier libéral
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
ISA	International standard association
ISO	International organization for standardisation
OMS	Organisation mondiale de la santé
PHA	Produit hydroalcoolique
UNAPL	Union nationale des professions libérales
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

# Références.

## Bibliographie.

### *Documents papiers.*

#### *Ouvrages.*

- HESBEEN, Walter. *La qualité du soin infirmier : Penser et agir dans une perspective soignante*. 2e Ed. France : Masson. 2002
- COLLIÈRE Marie-Françoise, 1988, *Les Soins À Domicile. Pour une Histoire des Soins et des Professions Soignantes*. St-Genis-Laval : AMIEC, p. 187-233
- BOGAERTS Felix, 1850, *Pensées et Maximes*, Buschmann, p. 282

#### *Périodiques.*

- LAHCENE, Fosie & PETIT, Jean, "Évaluation et amélioration de la qualité des soins, vers un "modèle" français », *Soins*, Octobre 2008, p. 28.
- MÉGRET Gérard, 2004, *AES prévenir les piqûres accidentelles*, Profession santé infirmier infirmière, Avril 2004, N°54, p45.

#### *Dictionnaires.*

- AMIEC Recherche, 2008, « *Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière* », 3<sup>ème</sup> éd, Masson, p. 270

### *Documents électroniques.*

#### *Textes officiels.*

- Code de la Santé Publique, disponible sur <http://legifrance.gouv.fr> [05 Mai 2013].
- Article R4311-3 modifié par décret n° 2008-877 du 29 Août 2008 – art 1. Disponible sur <http://legifrance.gouv.fr> [01 Février 2013].
- Décret n°97-1048 du 6 novembre 1997 relatif à l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). Disponible sur <http://legifrance.gouv.fr> [12 Février 2013].
- Arrêté du 24 novembre 2003 relatif aux emballages des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques d'origine humaine. Disponible sur <http://legifrance.gouv.fr> [12 Février 2013].

- Article L4311-1 modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 88, relatif à la définition de l'infirmier. Disponible sur <http://legifrance.gouv.fr> [13 Février 2013].
- Article R4311-7 modifié par Décret 2005-840 2005-07-20 art. 11 4° JORF 26 juillet 2005, relatif au rôle sur prescription médical. Disponible sur <http://legifrance.gouv.fr> [14 Février 2013].
- Article R4311-3, relatif au rôle propre de l'infirmier. Disponible sur <http://legifrance.gouv.fr> [14 Février 2013].

### *Publications.*

- Accréditation et qualité des soins hospitaliers, *Les principes généraux de la qualité* [en ligne], Document publié par Actualité et Dossier en Santé Publique n° 35, Juillet 2001, Disponible sur <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/telecharger/ad351823.pdf> [10 Février 2013].
- Circulaire 249 du 20 Avril 1988, relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé [en ligne]. Disponible sur [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire\\_249\\_20\\_avril\\_1998.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_249_20_avril_1998.pdf) [10 Février 2013].
- Travail de fin d'Études sur le port de gants, auteur inconnu [en ligne]. Disponible sur [http://www.espaceinfirmier.com/imgnewspha/infirmier/site\\_internet/cassons-les-habitudes.pdf](http://www.espaceinfirmier.com/imgnewspha/infirmier/site_internet/cassons-les-habitudes.pdf) [30 Janvier 2013]

### *Dictionnaires et définitions.*

- Définition d'un accident d'exposition au sang [en ligne], disponible sur [http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/Accident\\_dexposition\\_au\\_sang/185202](http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/Accident_dexposition_au_sang/185202) [01 Février 2013].
- Définition de la responsabilité infirmière [en ligne], disponible sur [http://www.soins-infirmiers.com/responsabilite\\_infirmiere.php](http://www.soins-infirmiers.com/responsabilite_infirmiere.php) [31 Janvier 2013].

### *Documents non publiés.*

- Évaluation du risque infectieux lié aux soins chez les infirmiers libéraux. Enquête auprès de 88 infirmiers libéraux randomisés en région Centre. 2003 – 2004 [en ligne], disponible sur [http://www.sideralsante.fr/repository/pdfs/217\\_evaluation\\_du\\_risque\\_infectieux.pdf](http://www.sideralsante.fr/repository/pdfs/217_evaluation_du_risque_infectieux.pdf) [12 Février 2013].

# Annexe

## Annexe I : Grille d'entretiens.

Actuellement étudiant infirmier en 3<sup>e</sup> année, je réalise mon travail de fin d'études dont le sujet porte sur le port de gants dans le soin à domicile, et plus particulièrement lors des prélèvements veineux. Pour concrétiser mon travail, je dois mener des enquêtes sur le terrain auprès des professionnels qui pratiquent au quotidien.

Présentation de l'infirmière interviewée : âge ; milieu professionnel, nombre d'années d'obtention du DE, combien d'années d'exercice en libéral.

1°/ Pouvez-vous me donner une définition d'un AES ? Avez-vous reçu une formation les concernant ?

L'objectif de cette question est de vérifier si l'infirmière est au courant des risques, des démarches à suivre en cas d'accident.

2°/ Par quels moyens mettez-vous à jour vos connaissances ?

Il s'agira ici de vérifier si l'infirmière continue à apprendre et à mettre à jour ses connaissances afin de toujours exercer dans des conditions optimum.

3°/ Portez-vous systématiquement des gants lors des prélèvements veineux ? Pourquoi ?

Il s'agira ici de vérifier ma situation de départ, à savoir que le port de gants n'est pas respecté lors des prises de sang.

4°/ Changez-vous vos pratiques de soin si vous prenez en charge un patient dont vous connaissez le statut sérologique dans un acte à risque d'AES (type prise de sang) ?

Ici il s'agira de voir si la notion de risque peut être à niveau variable en fonction du patient et donc que la sécurité ne serait que secondaire dans la prise en charge des patients.

5°/ Quelle représentation avez-vous du gant dans le soin à domicile ?

Il s'agira ici de voir si le gant peut être un frein dans la dimension sociale et professionnelle qu'il porte. En effet, l'IDEL a une représentation sociale différente de l'infirmière en structure.

6°/ Disposez-vous de tous les moyens nécessaires pour respecter les recommandations de bonnes pratiques ? Pourquoi ?

Il s'agira ici de définir quels peuvent être les facteurs qui influent sur le non port de gants (prix, pas de stock suffisants...)

7°/ Quelle représentation sociale vous faites-vous de l'infirmière libérale ?

Il s'agira ici de voir si la pression qui est induite par la clientèle lors d'une prise de sang ne force pas l'infirmière à prendre des risques pour « réussir à tout prix ».

8°/ Qu'est-ce qu'un soin de qualité pour vous ?

Il s'agira ici de voir si la notion de port de gants est intégrée comme prenant part entière dans la qualité des soins dans la dimension de la sécurité du soin, tant pour le soigné que pour le soignant.