

**Institut de Formation en Soins Infirmiers
Centre Hospitalier d'Aurillac
Travail de Fin d'Etudes
Diplôme d'Etat d'Infirmier**

VIH/SIDA

Pour que les infirmiers prennent conscience de leurs
appréhensions et ne fuient plus le patient séropositif...

**LEPYCOUCHE Sébastien
Elève infirmier de troisième année
Soutenance en date du 23 Septembre 2008
Promotion 2005/2008**

Note aux lecteurs

« Il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre d'une scolarité à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers d'Aurillac et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur et de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers »

Dans un souci d'anonymat, les prénoms et les lieux mentionnés dans ce Travail de Fin d'Etudes restent des noms d'emprunt et ne constituent en aucune manière une identité réelle des personnes ou lieux mentionnés.

Remerciements :

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont participé à l'élaboration de ce Travail de Fin d'Etudes.

J'adresse ces remerciements à mes collègues, aux professionnels de santé et à mes amis qui m'ont aiguillé et aidé à rédiger ce mémoire. Je remercie aussi les infirmières qui ont eu la gentillesse de participer à l'enquête de ce travail.

Je remercie particulièrement le couvent des Sœurs de la Perpétuelle Indulgence pour leur accueil et le partage des missions de prévention dont elles se font porte-parole.

Je remercie également les patients séropositifs qui m'ont fait partager leur expérience de vie et sans qui, ce travail n'aurait jamais vu le jour.

Je dédicace ce Travail de Fin d'Etudes tout particulièrement à Christelle, qui sans le vouloir, a bouleversé ma vie. Elle m'a un jour dit que de l'amour pouvait naître la mort et que cette mort, elle la portait en elle. Je pense aujourd'hui avoir compris toute la portée de sa pensée...

Je dédicace enfin ce travail à Françoise et Léa qui se reconnaîtront...

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	p.2
II. ANCRAGE ET QUESTION DE DEPART	p.2
III. CADRE CONCEPTUEL	p.4
1°) VIH, SIDA et modes de transmission	p.4
2°) L'infirmier diplômé d'état	p.6
a) Définitions	p.6
b) Attributs	p.6
c) Contextualisation : L'infirmier et ses connaissances en matière de séropositivité	p.7
3°) La peur	p.8
4°) La contamination	p.9
5°) Les représentations sociales	p.11
a) Définition	p.11
b) Attributs	p.11
c) Contextualisation : les représentations sociales du VIH/SIDA	p.11
IV. SYNTHESE ET QUESTION DE RECHERCHE	p.14
V. DEVIS D'ENQUETE	p.15
1°) Objectifs	p.15
2°) Choix de la population	p.16
3°) Choix de l'outil : l'entretien	p.16
4°) Variables de l'outil et définition de son cadre	p.16
5°) Construction de l'outil et de sa grille de dépouillement	p.17
6°) Pré test et analyse	p.17
VI. ENQUETE	p.18
1°) Déroulement de l'enquête et limites	p.18
2°) Analyse par objectifs des entretiens	p.18
3°) Synthèse globale de l'enquête	p.22
VII. CONCLUSION	p.24

ANNEXES

<u>Annexe 1</u> : Tableau vierge de retranscription des entretiens	p.I
<u>Annexe 2</u> : Retranscription de l'entretien test	p.II
<u>Annexe 3</u> : Analyse du pré test	p.III
<u>Annexe 4</u> : Retranscription des entretiens avec les infirmières de chirurgie gynécologique et de dermatologie	p.IV
<u>Annexe 5</u> : Retranscription des entretiens avec les infirmières de neurologie et de pédiatrie	p.IX
<u>Annexe 6</u> : Bibliographie	p.XIV

I) INTRODUCTION

Au cours de mes trois années d'études, beaucoup de sujets d'intérêt professionnel ont retenu mon attention. Etant un individu à part entière, je suppose que ceux-ci sont certainement liés à ma personnalité et à mes goûts. En effet, c'est les traits de caractère d'un individu combinés aux goûts de chacun qui déterminent nos préférences et nos choix professionnels. L'expérience professionnelle et le vécu personnel acquis sur le terrain par les stages orientent aussi l'évolution future du soignant...

Parmi les sujets qui m'intéressent, comme la psychiatrie, la cardiologie, ou encore la pédiatrie, il en existe un que j'affectionne particulièrement et qui va devenir le sujet de ce Travail de Fin d'Etudes : le SIDA.

Pour comprendre pourquoi j'ai choisi de traiter ce sujet, il est important de revenir sur le vécu que j'en ai eu au cours de mes études. Je vais en premier lieu vous présenter les situations qui ont inspiré ma recherche et la question de départ qui en a résulté. Vous trouverez en aval de cette question le balayage conceptuel qui précisera la question aboutie de recherche. Celle-ci axera toute l'orientation et le sens que j'ai voulu donné à ce travail. Je vous ferai ensuite part du devis d'enquête que j'ai construit en y justifiant mes choix d'objectifs, de population et d'outil. Enfin, vous pourrez prendre connaissance de l'enquête, de sa réalisation et de son analyse.

Cette recherche ne se veut en aucun moralisatrice : il s'agit simplement d'une réflexion sur la pratique infirmière et, surtout, sur une rencontre entre l'infirmier et le patient séropositif ...

II) ANCRAGE ET QUESTION DE DEPART

L'infirmier avant d'être soignant reste un individu avec sa personnalité, ses craintes, et ses appréhensions. Ainsi, il lui arrive souvent avec ses représentations personnelles d'entrer en conflit avec les valeurs professionnelles qui doivent être communes à tous les soignants. L'une de ces valeurs est aussi un devoir que l'infirmier doit avoir envers ses patients : *« L'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard et quels que soient l'origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance ou non appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses moeurs, sa situation de famille, sa maladie ou son handicap et sa réputation »*¹.

Si je parle de cette règle, c'est parce qu'elle s'avère bien difficile pour certains soignants à suivre selon le vécu qu'ils ont pu avoir. Par exemple, un cas d'alcoolisme dans la famille d'un soignant peut le renvoyer à projeter sur son patient alcoolique les difficultés qu'il a pu rencontrer face à cette pathologie (si elle l'a affecté) : l'alcoolisme peut donc mettre ce soignant en difficulté dans la prise en charge de son patient.

Sans forcément parler de discriminations ou de négligences, nous pouvons comprendre que chacun de nous ait ses limites et se retrouve en difficulté à un moment ou à un autre face à un patient hospitalisé.

Au cours de mes stages, j'ai pu m'apercevoir que certains soignants ressentaient une gêne dans la prise en charge du patient séropositif. Cette gêne était soulignée par une certaine retenue lors de la présentation ou de l'annonce que les soignants ont pu me faire du diagnostic

¹ Article R4312-25, Décret de compétence infirmière n° 2004-802 du 29 Juillet 2004 relatif aux devoirs de l'infirmier envers ses patients.

du patient. Un jour, alors que j'allais entrer dans la chambre d'un patient pour lui prendre la tension, une infirmière m'a simplement retenu par le bras et montré une abréviation notée en rouge sur le dossier de ce patient, « HIV+ », sans ajouter de mot.

La situation qui m'a le plus interpellé à ce sujet s'est déroulée au cours de ma seconde année dans la salle d'induction d'un bloc opératoire. Un patient d'une quarantaine d'année est arrivé pour subir une résection hémorroïdaire. Installé dans la petite salle, Monsieur C attendait patiemment que quelqu'un vienne s'occuper de lui. De la grande salle de réveil, je l'apercevais allongé sur son lit. J'allais m'approcher de lui mais une Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat (IADE) m'a devancé : elle l'a donc accueilli puis a consulté le dossier médical posé à son chevet. Une fois fini de lire, elle a reposé le dossier puis est partie sans lui poser son cathéter... Occupé à préparer un pousse seringue de morphine pour un patient de la grande salle, je continuais d'observer la scène... Une autre IADE s'est alors présentée au chevet de Monsieur C : elle a échangé quelques mots que je n'ai pu entendre puis a consulté le dossier de soins à son tour. Une fois le dossier fini de consulter, elle l'a reposé à son tour et est partie elle aussi sans lui poser la voie veineuse... La surcharge de travail n'était pas flagrante ce jour là, alors pourquoi donc personne ne lui posait le cathéter nécessaire à son opération ? Dix minutes plus tard, j'en avais fini avec la pose du pousse seringue de morphine de la grande salle quand la première IADE que j'avais vu accueillir Monsieur C s'est dirigée vers moi. Voyant que j'étais disponible à ce moment là, elle m'a demandé si je pouvais aller poser le cathéter de Monsieur C. J'ai accepté sans aucune hésitation et elle a ajouté d'un air gêné et à voix basse : « *Tu feras attention en le piquant car c'est un patient séropositif. Tu mettras donc bien tes gants. Si tu as peur ou que tu ne le sens pas, quelqu'un d'autre s'en occupera...* ». Je lui ai répondu que ça irait, que je ferais attention et que j'allais me débrouiller. Je suis ensuite parti me présenter à Monsieur C et le prévenir de ce que j'allais lui faire. Il eut alors l'air troublé mais je n'en ai pas tenu compte me disant qu'il appréhendait certainement le soin : après tout, ce n'est jamais agréable de se faire placer un cathéter dans l'avant-bras... Puis, après être allé préparer mon matériel, je suis revenu à son chevet pour le piquer. Alors que je préparais mes compresses, il m'a regardé et m'a dit d'un ton gêné : « *Vous mettez des gants parce que je ne sais pas si vous êtes au courant mais j'ai un autre problème...* ». Je lui ai répondu que je savais, qu'il n'avait aucun souci à ce faire et que je ne piquais jamais sans gants. J'ai finalement exécuté le soin qui s'est déroulé sans encombre. Monsieur C qui avait l'air anxieux au début du soin a même fini par se détendre quand son cathéter fut enfin en place.

Cette situation n'a à priori rien d'extraordinaire. Pourtant, elle a retenu toute mon attention quand, dans la demande de l'IADE, j'ai ressenti une gêne voir une crainte. Ce sont en fait les phrases qu'elle a prononcé qui m'ont le plus surpris.

« *Protège toi bien...* », C'est ce que sous-entendaient ces paroles... Mais comment aurais-je pu plus me protéger ? Les précautions standards de la pose d'une voie veineuse périphérique sont les mêmes, patient séropositif ou pas... Le port des gants reste la protection optimale du soignant afin d'éviter l'Accident d'Exposition au Sang (AES). Il est vrai que par ailleurs la pose de cathéter en salle d'induction est un soin banalisé et que les IADE ne mettent que rarement de gants... Le soignant s'expose alors à l'AES sans s'en rendre forcément compte. Pourtant, dans ce cas là, l'infirmière y a pensé...

« *Si tu as peur...* », Pourquoi aurais-je peur ? C'est un patient pour moi comme un autre... Etait-il possible que la séropositivité lui fasse peur ? Il est vrai que c'était une infirmière d'un certain âge. Le module VIH/SIDA ayant été introduit que récemment, peut être manquait-elle d'information sur ce sujet ? C'est peut-être ce fait qui est responsable d'une

crainte face à ce soin, car en admettant que nous ayons reçu le même enseignement, elle aurait du connaître le VIH/SIDA, sa physiopathologie et ses modes de transmissions.

« *Si tu ne te sens pas de le faire...* », Pourquoi ne me sentirais-je pas de le faire ? Je connais ce geste par coeur et il ne change pas pour autant, patient séropositif ou pas... Pourtant, si moi je n'y ai pas vu de différences, j'ai bien senti que pour elle il y en avait une et que Monsieur C était un patient à part. Etait-ce pour cela qu'elle m'a demandé de poser ce cathéter ? Est-ce que cela la gênait de piquer une personne séropositive ? Avait-elle peur du soin ? Ou d'une éventuelle AES? « *Quelqu'un le fera pour toi...* »

Je me souviens encore d'un patient qui est venu nous raconter l'histoire de sa maladie en amphithéâtre au cours du module de soins infirmiers aux personnes atteintes de l'affection par le VIH. Il nous a raconté ses multiples hospitalisations au sein de structures hospitalières qui l'ont accueilli alors que le personnel n'était pas encore formé à prendre en charge les personnes séropositives. Le SIDA faisait en cette époque son arrivée en Europe et il faisait parlé de lui sans qu'aucune information ne soit donnée au public entraînant craintes et tabous. Lui aussi était alors considéré comme un *patient à part* devant faire lui même le ménage de chambre ou encore sa vaisselle...

Heureusement pour lui, les mentalités ont évolué et les informations ont circulé. Les prises en charge hospitalières ont donc changées elles aussi. Cependant, le SIDA reste une maladie qui renvoie des notions intimes de *vie malsaine*. Dans les représentations sociales de cette maladie, la société a tendance à associer le SIDA à la *vie de débauche* : relations sexuelles multi partenariales, prostitution, pornographie, toxicomanie, homosexualité... Il est donc naturel de se demander, puisque la société y associe ces termes *dérangeants* si le SIDA reste un tabou ? Une maladie dont on se méfie ?

Puisque le soignant est avant tout un individu, comme j'ai pu le préciser lors de mon introduction, lui aussi possède des représentations du SIDA qui lui sont propres, et peut-être, ces représentations sont-elles proches de celles de la société. Il est alors intéressant de se demander si les représentations du SIDA d'un soignant peuvent changer l'oeil du soignant sur son patient ?

Ma question de départ s'est profilée car je voulais connaître les répercussions de telles représentations sur la prise en charge d'un patient séropositif. Je l'ai donc formulée ainsi : En quoi les représentations personnelles de l'infirmier concernant le VIH/SIDA peuvent-elles influencer sur la prise en charge d'un patient séropositif ?

III) CADRE CONCEPTUEL

Afin de rechercher des pistes de réponses à cette question, il semble déjà important de définir le malade séropositif.

Pour comprendre le malade séropositif, il faut déjà connaître sa pathologie.

1°) VIH, SIDA et modes de transmission.

- Le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH)

« *Le VIH fait partie de la famille des rétrovirus. Il infecte en particulier les lymphocytes CD4, cellules du système immunitaire (système de défense naturel de l'organisme contre les agressions des bactéries, des parasites, des champignons ou des*

virus).

Le VIH prolifère au sein des cellules qu'il a infecté et se multiplie en détournant leur activité à son profit. Les cellules infectées peuvent ainsi produire de nouvelles particules virales qui vont infecter d'autres cellules. Ce phénomène de reproduction du virus est appelé la réplication virale. Lorsqu'une personne est contaminée par le VIH, le virus se diffuse rapidement dans l'organisme. Dans les semaines qui suivent la contamination, l'activité du virus dans le sang se situe à un niveau élevé pour ensuite se stabiliser à un niveau inférieur, variable en fonction de chaque personne. Cette période, dite de primo infection, passe souvent inaperçue. Cependant, dans au moins la moitié des cas, on observe une forme symptomatique type infection grippale sévère qui disparaît en quelques jours, voire quelques semaines.

Progressivement, le nombre de lymphocytes CD4 diminue. Le système immunitaire, affaibli, se trouve alors dans l'incapacité de défendre correctement l'organisme contre la survenue de certaines infections et de tumeurs.

Le processus d'infection des cellules et de réplication virale se traduit en premier lieu par des symptômes biologiques « invisibles » pour la personne atteinte par le VIH (mais qui justifient une surveillance régulière), puis, en second lieu, par des symptômes cliniques qui surviennent plus tardivement et qui sont la conséquence de ces désordres biologiques »².

- Le Syndrome Immunodéficitaire Acquis (SIDA)

« Le SIDA correspond au stade avancé de l'infection par le VIH. Il existe plusieurs classifications de l'infection par le VIH, élaborées en fonction des possibilités de diagnostic et de suivi dans les différentes régions du globe. Aux Etats-Unis, la dernière classification, revue en 1993, prend en compte la situation clinique des patients ainsi qu'un critère biologique (le taux de lymphocytes CD4). Chez une personne atteinte par le VIH, le stade SIDA est établi soit par la survenue de l'une des 27 pathologies reconnues comme étant caractéristiques du SIDA soit par un taux de lymphocytes CD4 inférieur à 200/mm³.

En France, la définition du SIDA (revue en 1993) ne prend pas en compte le taux de lymphocytes CD4, mais uniquement les 27 pathologies reconnues comme étant caractéristiques du SIDA »³.

- La transmission du virus

« Le VIH, virus responsable de la maladie, n'est transmissible que dans des circonstances précises. Il peut se transmettre :

- *Par le sang : chez une personne atteinte par le VIH, le virus est présent en quantité importante dans le sang. La contamination peut avoir lieu par une piqûre avec une seringue ayant servi à une personne atteinte par le VIH ou encore à l'occasion d'une blessure, lors d'une pratique de soins, avec un objet souillé de sang contaminé.*
- *Par les relations sexuelles non protégées : chez une personne atteinte par le VIH, le virus est présent en quantité suffisante dans les sécrétions sexuelles (sperme, liquide séminal, sécrétions vaginales) pour rendre possible une contamination.*
- *Ou d'une mère atteinte à l'enfant (au cours de la grossesse ou de l'accouchement et lors de l'allaitement maternel) : quand une femme est atteinte par le VIH, la grossesse, l'accouchement et l'allaitement maternel sont des situations qui comportent des risques de transmission du virus à l'enfant »⁴.*

² Infection par le VIH et SIDA, ARCAT-SIDA, édition 1999, p.12.

³ Infection par le VIH et SIDA, ARCAT-SIDA, édition 1999, p.13.

⁴ Infection par le VIH et SIDA, ARCAT-SIDA, édition 1999, p.33 - p.41.

Quand nous connaissons la pathologie, nous comprenons alors aisément que le patient séropositif est un patient atteint d'une pathologie infectieuse *potentiellement contaminante* dont l'issue pronostic est tracée... Le patient atteint du VIH est un patient qui finira par mourir de sa pathologie puisqu'il n'existe aucun traitement et aucun vaccin permettant de vaincre totalement la maladie. Les seuls traitements qui existent sont de nature à ralentir la progression de l'infection et ainsi à prolonger la vie des patients affectés. Ils sont alors sujets à une surveillance médicale régulière qui s'effectue en dehors de toute unité de soin. Cette surveillance est effectuée par un médecin et par conséquent elle se fait loin de tout contact infirmier.

Les infirmiers sont-ils donc préparés à accueillir un patient séropositif ?

2°) L'infirmier diplômé d'état.

a) Définitions

Selon Le Dictionnaire pratique du français⁵, l'infirmier est « *la personne dont la profession est d'assister les médecins et de donner des soins aux malades, aux blessés* ».

Selon le Code de la santé publique français⁶, Article L4311-1, « *Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation à la santé et de formation ou d'encadrement.* »

L'infirmier, selon sa définition, est donc une personne qui exerce une profession qui consiste à prodiguer des soins relevant de son rôle propre et de son rôle prescrit. Ces rôles sont définis par les articles R4311-3 et R4311-4 du décret de compétence infirmière n° 2004-802 du 29 Juillet 2004.

J'ajouterai que le décret en question précise bien que pour exercer la profession d'infirmier, en France, il faut être titulaire du Diplôme d'Etat Infirmier.

b) Attributs

Etre Infirmier Diplômé d'Etat suppose donc :

- Le suivi d'études nationales communes à tout professionnel infirmier et l'obtention du Diplôme d'Etat Infirmier passeport de toute activité professionnelle légale et certifiant d'un savoir théorique et pratique en matière de soins infirmiers.
- Un savoir faire s'articulant autour de deux pôles : un rôle dit propre qui est inhérent à la profession et aux fonctions de l'infirmier, un rôle dit prescrit qui relève de compétences acquises et applicables par prescription médicale.
- Des qualités relationnelles personnelles qui sont essentielles aux rapports qui s'instaurent entre un infirmier et son patient.
- Des valeurs professionnelles communes à tous les professionnels de santé.
- Une polyvalence de compétences en fonction de sa participation à différentes actions et en fonction de son intégration aux différentes unités médicales spécialisées dont il peut relever.

⁵ Dictionnaire pratique du français, Hachette, 1987.

⁶ Code de la santé publique français, 21^{ème} édition, Dalloz, 2007.

c) Contextualisation : L'infirmier et ses connaissances en matière de séropositivité

L'infirmier, avant de devenir professionnel, doit satisfaire dans ses études à la compréhension théorique des différentes spécialités médicales qu'il sera susceptible de rencontrer dans l'exercice de sa profession. Depuis 1992, la réforme des études infirmières introduit un complément d'enseignement sur un module déjà existant : Soins infirmiers aux personnes atteintes de maladies infectieuses et aux personnes atteintes de l'infection par le VIH. Cela implique donc deux conséquences : D'une part, les infirmiers diplômés avant 1992 n'ont eu aucun apport théorique concernant le VIH/SIDA ; D'autre part, les infirmiers diplômés après 1992 ont tous reçu un enseignement de la pathologie et par voie de conséquence un apport de connaissances sur l'affection par le VIH. Rappelons cependant que l'infirmier a un devoir d'actualisation de ses connaissances et pratiques mais cela reste dépendant du bon vouloir et de l'implication de l'infirmier dans l'exercice de sa profession. Il apparaît donc ici la notion de conscience professionnelle.

Ce qu'il semble important de retenir de ce paragraphe, c'est que c'est à partir de la connaissance théorique de la pathologie que l'infirmier sera préparé à prendre en charge un patient séropositif. Un manque de connaissance peut donc porter à défaut l'infirmier en ce qui concerne son abord de la personne atteinte de l'affection par le VIH. On peut considérer, par voie de conséquence, que l'infirmier avant 1992 n'était pas préparé à accueillir un patient séropositif, car il n'avait pas les connaissances nécessaires à la prise en charge d'un patient séropositif.

Qu'en est-il alors de ceux qui ont obtenu leur DE après 1992 ?

Eux, a priori, ont tous reçu le même enseignement qui a bien entendu évolué en fonction de l'avancée des recherches sur le sujet. Pourtant je rappelle bien que ma question de départ parle d'un infirmier qui va accueillir un patient séropositif dans le cadre d'une hospitalisation pour tout autre motif.

À ce stade, il faut bien mettre en avant le fait que je parle d'un patient séropositif et non d'un patient en phase SIDA. La différence réside en un fait principal : le malade sidéen entrera en unité de soins et sera soigné pour sa pathologie infectieuse donc accueilli dans une unité préparée à accueillir des personnes atteintes par le VIH/SIDA. L'équipe soignante sera donc habituée à prendre en charge ce type de patient.

Le malade séropositif, quant à lui, n'est pas accueilli pour sa pathologie mais pour un tout autre motif. Sa séropositivité est un problème médical certes, mais c'est un problème tout autre qui, sans être laissé de côté, n'est pas la priorité de l'hospitalisation. Nous n'hospitalisons pas les patients pour leur séropositivité. Elle est traitée et suivie habituellement en externe par un médecin. Le patient séropositif a donc rarement de contacts avec le personnel infirmier.

Toute unité de soin est alors susceptible d'accueillir un patient séropositif alors que ce n'est pas forcément sa mission première : cela peut être un service de chirurgie, de médecine, de pédiatrie, de psychiatrie...etc.

L'infirmier dont il est question n'est donc pas *habitué* à recevoir ce *genre* de patient... Quand on est habitué à traiter des problèmes orthopédiques, gastriques ou psychiatriques, est-on prêt à prendre en charge un patient pour sa séropositivité en plus du motif de son

hospitalisation ? Car le problème est bien présent, lui, et nous ne pouvons pas l'ignorer...

Même si l'infirmier est informé sur la pathologie pourquoi appréhende-t-il encore la prise en charge des patients séropositifs ? Quels sont les facteurs qui font que l'infirmier a encore *peur* de prendre en charge un séropositif ?

3°) La peur

« La peur est une réponse à la perception d'une menace consciemment identifiée comme un danger.

Elle est caractérisée en premier lieu par ce que la personne peut rapporter : cela peut être de l'appréhension, une tension accrue, une diminution de la confiance en soi, de l'agitation, de la nervosité, de l'épouvante, un état d'alarme, de la terreur ou de la panique. Ensuite elle se caractérise par trois mécanismes.

Le premier est cognitif :

- *Identification de l'objet de la peur*
- *Perception du stimulus comme une menace*
- *Diminution de la productivité, de la capacité d'apprentissage et de la capacité à résoudre des problèmes*

Le second est comportemental :

- *Etat de qui-vive*
- *Comportements d'évitement ou d'attaque.*
- *Réactions impulsives*
- *Concentration sur la source de la peur*

Le troisième est physiologique :

- *Augmentation de la fréquence cardiaque*
- *Anorexie*
- *Nausée*
- *Vomissements*
- *Diarrhée*
- *Tension musculaire*
- *Fatigue*
- *Accélération du rythme respiratoire et essoufflement*
- *Pâleur*
- *Transpiration abondante*
- *Augmentation de la pression systolique*
- *Pupille dilatée*
- *Bouche sèche »⁷.*

Certains infirmiers ressentent-ils toutes ces manifestations physiques de la peur ? D'où vient cette peur lorsqu'on parle de la prise en charge d'un patient séropositif ? Qu'est ce qui pourrait bien effrayer un soignant dans la prise en charge d'un patient séropositif ? Si nous reprenons ma situation d'ancrage la *peur* en question était celle d'un geste technique : la pose de cathéter. Or, comme nous l'avons rappelé plus haut, la transmission du virus se fait par voie sexuelle, sanguine ou materno-fœtale. Et si l'approche de la voie sanguine du séropositif était anxiogène ? L'infirmier aurait-il peur de la contamination sanguine ?

⁷ Diagnostiques infirmiers, interventions et résultats, Annie PASCAL, Eliane FRECON VALENTIN, 3^{ème} édition, p.270.

4°) La contamination

« La contamination est l'envahissement (d'un milieu, d'un organisme) par des germes pathogènes »⁸.

Elle est prouvée dès lors que l'on apporte la preuve que les germes pathogènes ont bien envahis le milieu ou l'organisme suspecté. Cette preuve est souvent faite par un examen qui met en évidence le micro-organisme concerné.

Ici, le sujet de la contamination est le VIH. Et, il est vrai que pour faire certains soins à un séropositif, on enfreint la barrière cutanée pour avoir accès à ce qui est porteur du virus en quantité suffisante pour contaminer une autre personne : le sang. Il existe cependant des précautions standard universelles à tout soignant, dans l'exercice de ses fonctions, concernant la prévention de ce que l'on appelle les Accidents d'Exposition au Sang. Elles sont simples et reconnues pour la prévention des maladies professionnelles du personnel soignant. Mais j'ajouterai qu'elles sont universelles et donc ni plus ni moins applicables aux soins apportés à un patient séropositif.

Je rappelle que cependant, dans le cas de l'approche d'un soin à une personne séropositive, et toujours faisant référence à mon ancrage, l'infirmier pense tout de suite à ces précautions. Pourtant, puisque le VIH est invisible à l'œil nu, toute personne est susceptible d'être porteuse du virus, non ? Par conséquent, sommes-nous d'accord pour dire que la pose d'un cathéter, par exemple, devrait être la même que le patient soit séropositif ou non ? C'est-à-dire avec les mêmes précautions ? Ceci paraît logique... La peur de la contamination n'est donc pas le seul facteur qui fait que l'infirmier a encore peur du soin apporté au séropositif.

Existe-il alors d'autres facteurs qui font que l'infirmier a peur de soigner un patient séropositif ?

Pour répondre à cette question il paraît important de revenir en arrière et de regarder un peu l'histoire du SIDA...

« En 1981, un médecin de Los Angeles signale à l'organisme chargé de la surveillance sanitaire aux Etats-Unis, le CDC (Centers for Disease Control), une épidémie inhabituelle de pneumonie chez de jeunes hommes homosexuels. Des cas de sarcome de Kaposi (maladie de la peau et d'autres tissus de l'organisme), survenant avec une fréquence inattendue chez des sujets jeunes, sont également signalés. La majorité des malades a moins de 40 ans et les trois quart sont soit homosexuels masculins à partenaires multiples, soit bisexuels. Le dernier quart regroupe des personnes hétérosexuelles, des usagers de drogue par voie intraveineuse, des Haïtiens et quelques hémophiles. Tous souffrent d'un déficit immunitaire important.

A la fin de l'année 1982, cette maladie de cause inconnue est nommée Acquired Immuno-Deficiency Syndrome (AIDS), en français syndrome immunodéficientiel acquis (SIDA). EN 1983, un premier virus responsable de cette déficience immunitaire est identifié par le Pr. Luc Montagnier et son équipe de l'Institut Pasteur à Paris.

Les premiers textes législatifs apparaissent en 1983. En France, la première circulaire concernant l'infection par le VIH date du 20 juin 1983. Emise par la direction générale de la santé, elle est relative à la prévention de la transmission du SIDA par la transfusion

⁸ Dictionnaire pratique du français, Hachette, 1987.

sanguine : « Le SIDA pourrait être dû à un agent infectieux dont la transmission par le sang et les produits dérivés du sang a pu être suspectée mais non établie. »

L'année 1985 marque un tournant dans l'histoire de cette épidémie avec la mise à disposition progressive de tests de dépistage des anticorps liés au VIH et l'apparition de la notion de séropositivité pour le VIH. Fin 1985, un second virus est découvert. Le premier virus, après avoir reçu plusieurs noms, est alors appelé VIH-1, le second VIH-2. Le VIH-1 est responsable de la majorité des cas d'infection par le VIH dans le monde ; le VIH-2, moins fréquent, se trouve principalement en Afrique de l'Ouest »⁹.

Depuis 1985, on continue d'étudier le SIDA et de chercher le remède à cette maladie. Des traitements ont été trouvés pour ralentir sa progression. L'importance de la prévention a été comprise par la majorité des personnes. L'information est faite et reste à la disposition du public. Elle est relayée par les associations comme AIDES ou ACT'UP...

Aujourd'hui la pathologie est connue et touche toute catégorie de population confondue même s'il subsiste une notion de *population à risque* qui laisse à penser que seules certaines personnes sont concernées par le VIH. Cette pathologie reste cependant incurable.

L'incurabilité... Nous le savons tous en tant que professionnel : le SIDA on en guérit pas. Là est le fond du problème puisque à travers la peur de la contamination, c'est la peur de la mort que les soignants ont... Si un soignant se pique avec une aiguille souillée du sang d'une personne séropositive, c'est la mort par le VIH qui pourrait l'attendre. Ceci reste présent à l'esprit de chaque professionnel : L'AES.

Pourtant, si on regarde les chiffres, nous voyons bien que la séroconversion VIH du personnel soignant est faible...

« Le nombre de séroconversion VIH chez le personnel de santé, déclarées au 31 décembre 2005 depuis plus de vingt ans s'élève à 14, et le nombre d'infections présumées à 34, soit un total de 48 »¹⁰.

« Ces séroconversions se font à la suite de blessures par piqûres. Elles ont lieu lors de piqûres ou coupures avec du matériel souillé par le sang d'un malade contaminé ou lors d'un contact cutané sur des plaies, la peau saine étant imperméable au virus. Les gestes les plus à risques sont les prélèvements artériels et veineux, la pose et ablation de perfusions, les prélèvements d'hémocultures et les manipulations de chambres implantables. La prévention des AES passe par un comportement rigoureux lors de la manipulation des liquides biologiques. Tout personne peut être séropositive et l'ignorer »¹¹.

Sachant qu'il y a bien plus de séroconversion du personnel soignant au virus de l'hépatite C et que le personnel sait aussi que l'on ne guérit pas non plus de l'hépatite C, comment expliquer que le soin auprès du patient séropositif reste quand même bien plus effrayant ? La maladie elle-même est-elle en cause ? Quelles en sont les représentations actuelles ? Quelles sont les représentations du VIH/SIDA ?

⁹ Infection par le VIH et SIDA, ARCAT-SIDA, édition 1999, p.11.

¹⁰ Surveillance des contaminations professionnelles par le VIH, le VHC et le VHB chez le personnel de santé, Institut de Veille Sanitaire (INVS), [http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/intranetobject-accesparreference/tf%20158/\\$file/tf158.pdf](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/intranetobject-accesparreference/tf%20158/$file/tf158.pdf).

¹¹ Cours IFSI, Module « Soins infirmiers aux personnes atteintes de maladies infectieuses et aux personnes atteintes de l'affection par le VIH ».

5°) Les représentations sociales

a) Définition

Selon le Dictionnaire pratique du français¹², la représentation est « *le fait de représenter quelque chose par une image, un signe, un symbole* ». Un autre sens la définit ainsi : « *image fournie à la conscience par les sens ou la mémoire* ».

L'adjectif social quant à lui détermine ce « *qui concerne la vie en société, qui la caractérise* »¹³.

Marc-Alain DESCAMPS dans sa définition dit que « *les représentations sociales sont des schèmes cognitifs (ou une des formes du savoir, socialement élaboré et partagé) qui nous permettent de penser, de nous représenter la réalité, d'orienter et d'organiser nos comportements* »¹⁴.

Nous pouvons alors définir les représentations sociales comme le fait d'attribuer collectivement, puisqu'en société, des images à une chose.

Une représentation sociale est une image de la réalité : ceci nous fait donc réaliser qu'une représentation du réel n'est pas le réel. Néanmoins, cette définition nous précise que les comportements humains s'organisent quant même en fonction de ces représentations aussi éloignées de la réalité soient-elles.

b) Attributs

Selon les travaux de DESCAMPS, « *on peut distinguer dans une représentation sociale :*

- *des éléments cognitifs ou intellectuels (images, contenus figuratifs, idées, pensées, concepts abstraits, opinions, informations, convictions, croyances, stéréotypes, idéologies, mythes...),*
- *des éléments affectifs (émotions, sentiments, passions, réactions à l'objet...),*
- *des éléments conatifs ou volontaires (contenus évaluatifs, attitudes, tendances à réagir, orientations des conduites, normes sociales, valeurs...) »*¹⁵.

Afin de contextualiser les représentations sociales du VIH/SIDA, il semble donc utile de rechercher les éléments qui caractérisent la représentation sociale dans ses trois dimensions : ses éléments cognitifs, ses éléments affectifs, ses éléments conatifs.

c) Contextualisation : les représentations sociales du VIH/SIDA

Ce qu'il ne faut pas oublier avant tout, c'est que derrière la blouse blanche du professionnel infirmier se cache un être humain, un individu issu d'une société, qui a grandi et baigné dans tout un tas de représentations qui ont alimenté sa pensée et ont affirmé ou infirmé ses opinions. Est-ce cet état de fait qui pousse l'infirmier à rester prudent à l'approche d'un patient séropositif ?

Quels sont les éléments cognitifs relatifs aux représentations actuelles du SIDA ?

Le VIH est une maladie infectieuse dont on ne guérit pas. La plupart des gens le savent. C'est une maladie qui s'attrape le plus souvent, soit par contact sanguin, soit par

¹² Dictionnaire pratique du français, Hachette, 1987.

¹³ Dictionnaire pratique du français, Hachette, 1987.

¹⁴ Les représentations sociales, Marc-Alain DESCAMPS, <http://www.europsy.org/marc-alain/represoc.html>.

¹⁵ Les représentations sociales, Marc-Alain DESCAMPS, <http://www.europsy.org/marc-alain/represoc.html>.

contact sexuel. De ce fait découle une perception bien particulière : puisqu'il n'existe que deux manières (pour eux) de devenir séropositif, il suffit de ne pas appartenir aux catégories de gens visés particulièrement par le VIH pour ne pas être séropositif.

Le séropositif est donc placé en marge de la société car considéré comme appartenant à une des catégories de gens visés.

Quels sont alors les gens visés ?

En ce qui concerne la transmission sanguine, la première catégorie de personnes dites *à risques* est les toxicomanes.

La drogue étant illégale en France et les conduites toxicomaniaques étant fortement réprouvées, nous voici devant une catégorie de personnes marginales.

Pourtant, avec le scandale du sang contaminé d'avril 1991, nous pouvons aisément dire qu'il existe d'autre moyen d'être contaminé à travers la voie sanguine par le VIH.

En ce qui concerne la transmission sexuelle, la première catégorie de personnes dite *à risque* est les homosexuels. En effet, comme nous avons pu le voir au cours du résumé historique de la pathologie, c'est de la population homosexuelle que tout *aurait* commencé. Je dis bien *aurait* car personne jusqu'alors n'a pu affirmer que c'est l'homosexualité qui a engendré le VIH. Il s'avère juste que c'est la population homosexuelle qui a fait que l'on a découvert le VIH. La preuve en est qu'il y avait aussi des personnes bisexuelles et des personnes hétérosexuelles dans l'enquête de ce fameux médecin américain. Cependant, l'homosexualité reste encore un tabou dans la société française même si elle tend à être de plus en plus banalisée de par sa culture et de par sa connaissance. Loin en est la vision de l'homosexualité considérée comme maladie psychiatrique... quoiqu'il subsiste encore des personnes capables de dire le contraire.

Concernant la transmission sexuelle, nous pouvons néanmoins dire que les relations multi partenariales et surtout sans protections (je parle du préservatif) sont les causes de la contamination sexuelle. Si nous extrapolons le sujet, dans ce cas l'industrie de la pornographie et de manière générale, toute relation sexuelle fait de l'individu un être à risques, non ?

De plus, dans une société où la religion (majoritairement catholique) prône le SIDA comme condamnation au péché de chair, n'est-il pas normal de percevoir le SIDA comme une punition en cas de mauvaise conduite ? Je rappelle que La Bible intègre les relations sexuelles autorisées que si elles sont faites en vue de procréation et qu'elles se font entre un homme et une femme uniquement dans le cadre d'un mariage. Ceci exclu donc les conduites suivantes : relations sexuelles avant le mariage, homosexuelles, bisexuelles, échangistes, multi partenariales, bien entendu la masturbation, et il faut rappeler que faire l'amour autrement que pour avoir un enfant est interdit... Dommage quand on sait que la plupart de la population n'obéit pas à ces règles, non ? Le SIDA prend alors toute sa signification de punition divine comme au XVIIIème siècle ou il était remplacé par la petite vérole. Choderlos DE LACLOS en punissait d'ailleurs son héroïne dans Les liaisons dangereuses.

L'individu infirmier a-t-il peur d'être pris pour un toxicomane s'il venait à être contaminé ? A-t-il peur d'être jugé pour sa sexualité ? Le SIDA le renvoie-il à sa propre sexualité ? A-t-il peur d'être en marge de sa religion ou a-t-il peur d'être simplement mis en marge de cette société qui l'a enfanté ? Ces représentations sociales expliquent par d'autres biais la peur de la contamination mais ce n'est pas tout...

Quels sont les éléments affectifs et conatifs relatifs aux représentations actuelles du SIDA ?

Outre la peur que l'on tente désespérément d'identifier, existe-t-il d'autres sentiments à l'égard du VIH/SIDA ?

Toujours dans un esprit religieux nous pouvons parler de la culpabilité et de la honte qui va de paire.

« *Nous l'avons complètement caché, ma femme et moi. Parce que c'est une maladie honteuse, sale. Surtout parce qu'elle avait un rapport avec le sexe. Le sida n'avait pas et n'a toujours pas le même statut que les autres maladies. Avant, c'était encore pire* »¹⁶ nous explique Yves quand il parle de l'après annonce du diagnostic.

Le fait d'avoir *fauté* et d'être *puni* par le VIH entraîne de la part de la personne contaminée une honte évidente surtout si la pathologie est montrée du doigt comme un châtiment de mauvaise conduite.

« *J'ai fait une connerie et je la paie. Je crois à une chose, c'est qu'il n'y a rien sans rien. La maladie est là par l'erreur de l'homme, donc c'est dieu qui le veut. J'ai attrapé la maladie parce que j'ai pêché. C'est à cause de ma bisexualité, qui me fait aller à droite et à gauche. Dans le christianisme, l'homosexualité n'est pas tellement bien vue. Donc c'est une punition divine. Moi, je le prends comme ça parce que je crois beaucoup en Dieu. Je ne suis pas pratiquant, mais je suis très croyant. Pour moi, tout ce qui m'arrive, c'est parce que je l'ai mérité. Mais je ne dis pas ça à tout le monde, parce qu'on va encore me prendre pour un fou* »¹⁷, nous raconte Fabrice.

La culpabilité quant à elle est d'autant plus grande si la personne contaminée a elle-même contaminé une autre personne.

« *Il m'a dit qu'il était séropositif. Je m'y attendais. Il n'y avait rien d'exceptionnel. C'était prévisible. Donc, ce qui devait m'arriver est arrivé. C'était surtout lui qui était mal à l'aise, peut-être parce qu'il ressentait, je pense, de la culpabilité [...] liée à ma contamination...* »¹⁸, nous confie Patrick.

Et si la culpabilité venait aussi des personnes qui regardent le séropositif? Pourquoi lui est-il malade et pas moi ?

Quand Patrick a appris sa séropositivité, ce fut presque un soulagement pour lui car il ne supportait pas de se savoir sain par rapport à son copain... Toute la culpabilité qu'il ressentait envers son copain concernant son statut séronégatif s'est apaisée, quand, enfin, pour lui, il a pu partagé les souffrances liées au statut sérologique de la personne qu'il aimait le plus au monde. Ce n'est pas que Patrick ait recherché ce statut sérologique, mais il est vrai qu'il s'y attendait, et il l'a tout de suite accepté : sa séropositivité l'a complètement libéré de la culpabilité qu'il ressentait.

On a affaire ici à une réaction affective particulièrement élaborée puisque la personne saine s'est identifiée de façon empathique au patient séropositif. Il s'agit d'une des plus délicates façons de réagir face à un patient affecté par le VIH.

Le VIH entraîne parfois des réactions de surprotection.

¹⁶ Vivre avec le VIH, Rommel MENDES-LEITE, Maks BANENS, p.67.

¹⁷ Vivre avec le VIH, Rommel MENDES-LEITE, Maks BANENS, p.57.

¹⁸ Vivre avec le VIH, Rommel MENDES-LEITE, Maks BANENS, p.44.

« J'étais complètement catastrophé ! J'ai commencé à sentir... comment dire... l'odeur de la mort ! Ensuite, tout cela s'est énormément aggravé ! Nicolas – mon meilleur ami, également séropo – et moi avons décidé de vivre ensemble. On s'est dit : « On se marie ! » Dans une grande amitié, on va se surveiller, on va prendre un appartement et on va vivre ensemble... »¹⁹, nous raconte Paul.

Parfois cette projection est aussi particulièrement violente car la personne saine voit dans le patient séropositif une personne qu'il n'aimerait pas être :

Cette réaction entraîne parfois l'évitement. En effet, il est des fois plus facile pour une personne de fuir l'objet de ses appréhensions. Nous le voyons bien à travers ma situation de départ. L'infirmière en question a préféré passer le relais face à un soin qu'elle redoutait. La fuite est une conduite tout à fait humaine dans certaines situations alarmantes qui sont terriblement anxiogènes pour une personne.

Dans des cas extrêmes, les conduites les plus violentes envers le séropositif restent celles du refus, du rejet et de la discrimination.

« J'avais eu envie de le dire à ma mère tout de suite... En fait, ça lui a fait du mal et j'ai été assez repoussée à cause de ma contamination. Quand j'allais manger chez elle, j'avais mon assiette, mon verre. On ne tirait plus sur ma cigarette. Je n'en ai jamais parlé à personne d'autre, sauf à mon frère. Depuis, il ne me faisait plus la bise. Alors, j'ai fait une tentative de suicide »²⁰, nous confie Corinne.

Quelque soit la façon de réagir face au patient séropositif, il reste quand même un climat social de suspicion alimenté par les campagnes bienveillantes de prévention. Les gens la plupart du temps maintenant ne font l'amour sans protection que s'ils sont sur d'être tous les deux séronégatifs. D'ailleurs, aller faire son test de dépistage à deux reste une des preuves d'amour des plus fortes car cela démontre l'envie de fortifier le couple et d'y instaurer une relation de confiance à 100%. Etre sûr de son partenaire aide le couple à avancer et cela permet le franchissement d'une certaine nouvelle étape dans la vie du couple en question et pourquoi pas par la suite, pour les couples hétérosexuels, l'envie de faire un enfant. Avant de parler de couple et d'enfants, il est bien entendu évident que la suspicion est en chacun de nous puisque avant d'avoir des relations sexuelles non protégées, il n'est jamais certifié que les deux partenaires soient séronégatifs.

De plus, sans parler de sexe, mais en revenant sur mon sujet professionnel, je rappelle que la suspicion *devrait* être un moteur pour chaque soignant puisque chaque patient est susceptible d'être séropositif sans le savoir. La protection du soignant face à son patient devrait alors être un réflexe professionnel automatisé. J'ai bien utilisé *devrait* puisque le port des gants, qui reste encore l'un des meilleur moyen de prévention contre les AES, n'est pas encore systématique. Il reste à voir pourquoi le soignant dans le cas du patient séropositif y pense systématiquement.

IV) SYNTHÈSE ET QUESTION DE RECHERCHE

En quoi les représentations personnelles de l'infirmier concernant le VIH/SIDA peuvent-elles influencer sur la prise en charge d'un patient séropositif ? A l'issue de ce balayage conceptuel, nous avons des éléments de réponses à cette question.

Nous avons vu que le VIH/SIDA est une pathologie *potentiellement contaminante*

¹⁹ Vivre avec le VIH, Rommel MENDES-LEITE, Maks BANENS, p.43.

²⁰ Vivre avec le VIH, Rommel MENDES-LEITE, Maks BANENS, p.73.

dont l'issue, bien que retardée, reste inévitable. Cette pathologie nécessite un suivi médical régulier qui est assuré par un médecin en externe. De ce fait, le personnel infirmier n'a que rarement de contacts avec le patient séropositif sauf si celui-ci est pris en charge pour sa pathologie première en phase SIDA dans une unité spécialisée.

Nous avons aussi vu que depuis 1992, le nouveau programme des études d'infirmier incluait dans la formation un module qui enseignait aux futurs diplômés les connaissances suffisantes à la prise en charge du patient séropositif.

Alors certes, l'infirmier diplômé avant 1992 n'avait pas de connaissances à ce sujet ce qui peut expliquer des appréhensions par rapport à une pathologie inconnue, mais en revanche, celui qui est sorti de l'école après 1992 ne devrait plus être effrayé par la pathologie.

Cependant, je rappelle que le patient séropositif n'entre pas en unité de soins pour sa pathologie première : l'infirmier n'est donc pas habitué à faire des soins à un patient séropositif et continue à avoir des appréhensions... une peur.

Il a été ensuite dans la logique de chercher des explications quant à cette peur. Il s'est avéré que cette peur est principalement en lien avec la contamination sanguine lors de certains gestes qui exposent le soignant au sang. Pourtant, nous avons aussi vu que les cas de contamination au VIH sont rares par rapport à d'autres pathologies.

C'est pourquoi, nous avons balayé les représentations sociales concernant le VIH/SIDA. Les différentes visions de la maladie et l'étude de certaines réactions par rapport au VIH ont pu nous permettre de mettre en évidence que les représentations sociales du VIH conditionnent les réactions d'un individu qu'il soit soignant ou non.

Il semble donc inévitable que la représentation personnelle du VIH/SIDA d'un infirmier puisse influencer sur la prise en charge de son patient séropositif.

La question de recherche que je souhaite effectuer se profile alors de cette façon :
En quoi la séropositivité d'un patient hospitalisé pour toute autre pathologie que le VIH peut-elle influencer l'attitude et la pratique professionnelle d'un infirmier ?

V) DEVIS D'ENQUETE

1°) Objectifs.

- Objectif global
 - Trouver en quoi la séropositivité d'un patient hospitalisé pour toute autre pathologie que le VIH peut influencer l'attitude et la pratique professionnelle d'un infirmier.
- Objectifs intermédiaires
 - Explorer le problème par le développement des notions-clés qui le constituent.
 - Elaborer un devis d'enquête qui prendra en compte les idées phares que le cadre conceptuel a su dégager.
 - Réaliser un pré test à cette enquête afin de réajuster l'outil si nécessaire.
- Objectifs opérationnels
 - 1) Connaître le niveau de connaissance du professionnel en matière de VIH.
 - 2) Connaître les représentations du VIH/SIDA de l'infirmier interrogé.
 - 3) Savoir si l'infirmier interrogé ressent des appréhensions quand il prend en charge

- un patient atteint par le VIH et comprendre pourquoi.
- 4) Prendre connaissance de l'expérience de l'infirmier interrogé concernant son vécu auprès d'un patient atteint du VIH.
 - 5) Savoir si l'infirmier interrogé change ses pratiques techniques professionnelles à l'abord du patient atteint par le VIH et comprendre pourquoi.
 - 6) Prendre connaissance du recul de l'infirmier interrogé concernant ses propres pratiques techniques professionnelles et celles de ses collègues.

2°) Choix de la population.

Etant donné les objectifs opérationnels de l'enquête que je vais effectuer, je vais délimiter la population que je vais interroger aux infirmiers diplômés travaillant dans des unités de soins de médecine, de chirurgie et de pédiatrie n'étant pas destinées à l'accueil de personnes en phase SIDA. Pourquoi restreindre ainsi mon choix à ces professionnels ? Je m'interroge avant tout sur la pratique professionnelle de l'infirmier : il me paraît donc naturel de m'adresser à des infirmiers diplômés.

Pour trouver de quelle façon le diagnostic séropositif au VIH d'un patient peut influencer la pratique infirmière, il me faudra des professionnels qui ne soient pas confrontés au VIH quotidiennement mais qui ont eu à aborder des patients séropositifs dans le cadre d'une toute autre hospitalisation. De plus, ces mêmes professionnels devront exécuter régulièrement des soins invasifs (à type de prises de sang ou pose de cathéter...) afin de pouvoir mettre en parallèle les différences de leurs pratiques entre un patient diagnostiqué séropositif et un patient non diagnostiqué séropositif au VIH.

Il est vrai que j'aurai aussi pu prendre contact avec un infirmier travaillant en psychiatrie car c'est un secteur qui lui aussi est susceptible d'accueillir un patient séropositif. Cependant, les soins techniques n'étant pas aussi *habituellement* pratiqués que dans des services dits *actifs*, il m'aurait été difficile de mettre en évidence les différences des pratiques techniques sur un patient diagnostiqué séropositif et un patient diagnostiqué séronégatif au VIH.

3°) Choix de l'outil : l'entretien.

Comme ma recherche se porte sur la connaissance et la compréhension des pratiques infirmières, il me paraît donc censé d'effectuer ma recherche à l'aide d'un dispositif qualitatif. En effet, ce qui nous intéresse dans cette recherche est avant tout la qualité des réponses attendues car elles vont pouvoir justifier de l'influence du diagnostic d'un patient séropositif sur l'attitude et la pratique professionnelle d'un infirmier. Ceci nous permettra de comprendre en quoi la séropositivité d'un patient hospitalisé pour toute autre pathologie que le VIH peut influencer l'attitude et la pratique professionnelle de l'infirmier. L'outil d'enquête que je vais utiliser sera donc l'entretien qui sera semi directif. J'imprimerai une trame à l'entretien qui sera alors cadré sur les questions que je vais poser mais celles-ci ne seront pas toutes fermées et laisseront à mon interlocuteur la liberté de se justifier et de faire passer ce qu'il souhaite me communiquer.

4°) Variables de l'outil et définition de son cadre.

Il est important de connaître et d'identifier les variables qui vont influencer les situations d'entretien. Elles sont de deux types :

- Elles sont liées d'une part à la situation d'entretien : le lieu, le temps ou durée de cet entretien, le moment de la journée et le thème. Je compte donc interroger la personne lors

d'un après-midi ou au cours d'un week-end dans un moment calme des soins, en tête-à-tête, en me déplaçant sur son lieu de travail avec son accord, pour être sûr qu'elle n'aura pas de contrainte de temps et de déplacement. L'entretien durera entre 20 et 30 minutes. Son thème aura été prédéfini lors de la prise de contact pour le rendez-vous du jour de l'entretien. L'interrogé sera au préalable et lors de cette prise de contact informé du caractère anonyme de l'entretien et du fait que celui-ci sera enregistré par dictaphone.

- Elles sont liées d'autre part à la subjectivité : Parler de son expérience et de ses pratiques n'est jamais évident si on doit prendre du recul par rapport à elles. J'assurerai la confidentialité et l'anonymat des réponses qui instaureront en soi un climat de confiance que j'essaierai au mieux de renforcer par la neutralité du ton avec lequel je poserai mes questions. Cet entretien reposera également sur la base du volontariat : cet état de fait restera bénéfique au bon déroulement de l'entretien. Le cadre de ce travail de recherche restant scolaire, les infirmiers qui se porteront volontaires pour faire avancer ma recherche partiront, de toute façon, dans l'optique de m'aider à obtenir mon diplôme et, je pense, joueront le jeu de l'enquête.

5°) Construction de l'outil et de sa grille de dépouillement.

En regard des objectifs opérationnels que j'ai fixé, voici les questions que je compte poser :

Objectif 1 : les connaissances de l'infirmier interrogé.

- En quelle année avez-vous eu votre diplôme ?
- Avez-vous reçu un enseignement sur le VIH/SIDA lors de vos études ?

Objectif 2 : les représentations du VIH de l'infirmier interrogé.

- Pour vous, le VIH/SIDA, c'est quoi ?

Objectif 3 : les appréhensions de l'infirmier interrogé.

- Quand vous soignez un patient séropositif, avez-vous des appréhensions ? Lesquelles ?
- Voyez-vous des raisons qui puissent faire que le soignant puisse appréhender les soins qu'il a à dispenser à l'approche d'un patient séropositif ?

Objectif 4 : Expériences de l'infirmier interrogé.

- Existe-t-il des situations de soins à une personne séropositive qui vous ont mis en difficulté ou qui vous ont interpellé ? Lesquelles ? En quoi ?

Objectif 5 : l'infirmier interrogé change-t-il ses pratiques à l'abord d'un patient séropositif ?

- Si vous savez que votre patient est séropositif, changez-vous vos habitudes de pratique soignante en ce qui concerne les soins invasifs ?

Objectif 6 : Recul de l'infirmier concernant ses pratiques et celles de ses collègues.

- Pensez-vous que le fait qu'un patient soit séropositif puisse conditionner votre comportement professionnel ? Le comportement professionnel de vos collègues ? En quoi ?

Une fois l'entretien terminé je compte retranscrire les entretiens et faire ressortir les idées principales sous forme de tableau. Ce tableau vierge est disponible en annexe 1.

6°) Pré test et analyse.

Afin de tester la fiabilité de mon outil, je l'ai soumis à un pré test. J'ai donc pris contact avec une infirmière travaillant en médecine, qui a déjà prodigué des soins à un patient séropositif dans le cadre d'une hospitalisation autre que pour le problème sérologique initial de son patient. Je l'ai appelé et lui ai présenté mon projet auquel elle a accepté de participer.

Elle est donc devenue mon infirmière-test. Elle va me permettre de peaufiner ma technique d'entretien et d'évaluer mon outil d'enquête afin de le réajuster si nécessaire. L'entretien s'est prévu un samedi lors d'un de ses repos, à son domicile et a duré 20 minutes. La retranscription de cet entretien exploité dans le tableau et son analyse est disponible en annexe 2 et en annexe 3.

VI) ENQUETE

1°) Déroulement de l'enquête et limites.

J'ai donc décidé de garder mon outil et d'aller enquêter sur le terrain auprès de 4 infirmières dans des services hospitaliers différents mais non spécialisés dans l'accueil de personnes séropositives. Ces entretiens ont été difficiles à obtenir : sur 12 services contactés, seulement trois ont décidé de participer à la réalisation de cette enquête. Les services qui ont refusé ont dit ne pas avoir été confronté à la prise en charge du patient séropositif.

Pour les services qui ont accepté, j'ai en premier lieu obtenu l'accord du directeur de structure puis l'accord du surveillant de service. J'ai donc effectué 4 entretiens dans les services suivants : chirurgie gynécologique, dermatologie, neurologie et pédiatrie. La retranscription de ces entretiens est disponible en annexe 4 et 5 dans leur grille d'utilisation. Chaque entretien a eu une durée d'environ 20 minutes et s'est exactement déroulé dans les conditions énoncées lors de l'élaboration de l'outil d'enquête.

2°) Analyse par objectifs des entretiens.

- **Objectif 1 : Connaître le niveau de connaissance du professionnel en matière de VIH.**

Sur les 4 infirmières interrogées, nous pouvons constater que seule l'infirmière de pédiatrie a reçu un réel enseignement sur le VIH/SIDA. Elle nous détaille d'ailleurs l'ensemble de l'enseignement qu'elle a reçu. Sur les trois autres, nous pouvons voir que le sujet a été que très peu ou pas abordé. L'infirmière de chirurgie qualifie son enseignement de « *très léger parce que le VIH/SIDA, on a commencé à en parler vers 1981 donc c'est arrivé en plein moment de nos études et on a pas vraiment approfondi la question à ce moment là ...* ». L'infirmière de neurologie dit avoir reçu un bref enseignement de la maladie sur une heure environ, tandis que celle de dermatologie nous confie, elle, n'avoir jamais reçu aucun cours sur le VIH/SIDA.

Ceci s'explique très bien par la date d'obtention du Diplôme d'Etat de chacune d'entre elle. Nous savons par l'éclairage conceptuel que le module VIH/SIDA n'a été introduit dans le programme des études qu'en 1992 : il est donc naturel que l'infirmière de pédiatrie qui a eu son diplôme en 1997 soit informé sur le sujet tandis que les autres qui ont eu leur diplôme en 1984, 1985 et 1986 n'ont pas reçu d'enseignement théorique sur le VIH/SIDA. Il est à noter par ailleurs, que les infirmières qui ont obtenu leur diplôme en ces années-là, ont pour ainsi dire évolué professionnellement alors que la maladie venait juste d'être découverte et que les recherches à son sujet commençaient à peine. Cet état de fait peut expliquer l'arrivée si tardive dans le programme d'études infirmières du complément de module : VIH/SIDA. Ces dernières infirmières ont donc *grandit* professionnellement en parallèle des découvertes et de l'évolution des recherches sur l'affection et ont ainsi pu *apprivoiser* la maladie selon l'expérience qu'elles en ont eu et selon l'actualisation qu'elles ont voulu en avoir. Les connaissances de l'infirmier en matière de VIH/SIDA sont donc le point de départ de la représentation de l'affection.

- Objectif 2 : Connaître les représentations du VIH/SIDA de l'infirmier interrogé.

Concernant les représentations personnelles du VIH/SIDA de ces infirmières, toutes s'accordent pour y associer le terme de « *maladie* ». Viennent ensuite les termes caractérisant l'affection : elle est « *virale* », « *grave* » ou « *mortelle* ».

L'infirmière de chirurgie a une vision très humaniste de la maladie : elle voit en elle en premier lieu, la privation d'une liberté pour les jeunes (nous retrouvons ici la notion de châtiment vue précédemment lors des représentations sociales de la maladie), puis après elle pense à la différence de prise en charge de la pathologie selon la zone géographique ou l'on habite et met en lien les inégalités de richesse et de prise en charge Nord/Sud.

Les trois autres infirmières ont une vision généralisée de la maladie : « *c'est une maladie comme une autre...* ». Par cette phrase, elles ne veulent pas faire de distinction entre les patients séropositifs et les autres patients.

Cependant, l'infirmière de dermatologie pointe du doigt le fait qu'il existe une peur de la maladie et qu'il faut y avoir été confrontée pour l'appivoiser. Selon elle il y aurait donc une *expérience* du VIH/SIDA à vivre pour pouvoir l'assimiler.

L'infirmière en pédiatrie pointe quant à elle les avancées de la recherche et l'amélioration du confort du patient séropositif. Elle nous confie alors une vision plus optimiste de l'affection qui contraste avec la vision de la maladie très pessimiste et carrée de l'infirmière de neurologie : « *C'est une maladie mortelle comme peut l'être un cancer* ». L'amalgame avec le cancer est de signification très forte. En effet, elle renforce le caractère « mortel » de la maladie et nous montre que le concept de mort reste bien sous jacent du concept VIH/SIDA.

Si nous mettons en lien apports théoriques et représentations, nous pouvons nous apercevoir que la maladie telle qu'elle se présente actuellement, dans sa définition, dans son traitement, et dans sa prise en charge, se rapproche beaucoup de la vision de l'infirmière de pédiatrie qui a eu son DE après 1992.

Les autres infirmières ont créé leur propre définition du concept selon certainement le vécu qu'elles en ont eu. L'infirmière de dermatologie toucherait donc quelque chose de très intéressant quand elle nous dit qu'il faut avoir eu « *de la pratique* » pour en apprendre davantage.

Les représentations personnelles des infirmières interrogées sont donc directement en lien avec les connaissances de la maladie qu'elles en ont.

- Objectif 3 : Savoir si l'infirmier interrogé ressent des appréhensions quand il prend en charge un patient atteint par le VIH et comprendre pourquoi.

« *Quand vous soignez un patient séropositif, avez-vous des appréhensions ? Lesquelles ?* »

Concernant les appréhensions des infirmières interrogées, nous pouvons distinguer deux réactions face au patient séropositif.

L'infirmière de pédiatrie avoue avoir une appréhension quant au fait qu'il ne faut pas se contaminer. Cette peur est cependant sans lien avec le patient séropositif en lui-même.

L'infirmière de dermatologie reconnaît avoir eu une appréhension à l'abord du patient séropositif par peur de se piquer et méconnaissance de la maladie qui s'est envolé avec les temps et l'expérience. Il est important de dire que le temps et l'expérience, pour ces deux infirmières, semblent être des facteurs qui aident les professionnels à surpasser et à maîtriser les appréhensions qu'ils peuvent avoir. Pour une peur identique, « *ne pas se contaminer* », rappelons qu'une de ces infirmières a pourtant reçu un apport théorique de la pathologie. Cet apport de connaissances concernant la maladie l'a-t-elle, sans le vouloir, rendue méfiante à

l'abord du patient séropositif ? Recevoir un apport théorique sur la pathologie du VIH prépare-t-il vraiment à la prise en charge du patient séropositif ? Le temps et l'expérience semblent réellement les principaux adjuvants de l'infirmier concernant le dépassement d'éventuelles craintes.

Les infirmières de neurologie et de chirurgie disent, elles, ne pas avoir d'appréhensions quand elles soignent un patient séropositif. Elles ont peut-être maîtrisé cette appréhension initiale ou elles n'ont peut-être simplement jamais ressenti cette appréhension.

Je réalise à ce stade qu'il est peut-être aussi difficile de reconnaître qu'on appréhende une quelconque pathologie quand on est un soignant...

« Voyez-vous des raisons qui puissent faire que le soignant puisse appréhender les soins qu'il a à dispenser à l'approche d'un patient séropositif ? »

Cette question orientait les infirmières vers les raisons qu'elles voyaient pour qu'un autre soignant puisse appréhender les soins au patient séropositif.

L'infirmière de neurologie fut catégorique une fois de plus : *« Y'a pas de raison »*, ajoutant, et c'est juste, que les soins prodigués à une personne dont on ne connaît pas le statut sérologique ne sont pas garantis d'un risque zéro à la contamination.

L'infirmière de chirurgie, qui n'a, elle, pas d'appréhensions, reconnaît qu'il peut cependant exister des raisons d'appréhender les soins pour un soignant par rapport au risque de contamination. Pleine de compassion, elle ajoute qu'il peut exister aussi une gêne ou une angoisse du soignant de ne pas pouvoir aider ces patients *« comme on le voudrait »*. Voici ici des sentiments face au VIH que je n'avais pas exploité : la tristesse et le sentiment d'impuissance de l'entourage, certainement moteur de la conduite de surprotection.

Les infirmières de dermatologie et de pédiatrie reprennent comme raison la méconnaissance de la pathologie et des modes de contamination.

L'infirmière de pédiatrie ajoute comme raison une donnée géographique à laquelle je n'avais pas pensé. Cette enquête s'est déroulée au sein d'un petit département peu peuplé. Ceci peut faire du malade séropositif un patient peut-être plus « rare » et qui reste moins côtoyé au sein des structures hospitalières. Rappelons d'ailleurs que le balayage conceptuel nous a confirmé qu'aujourd'hui, le patient séropositif est suivi en externe par un médecin. Les équipes de soignants sont donc moins habituées à être confrontées au patient séropositif. L'infirmière de pédiatrie se pose même la question de savoir si les autres membres de l'équipe sont réellement préparés à accueillir un patient séropositif. Par autres membres, elle entend agents de services hospitaliers, aides-soignants et auxiliaires de puériculture... Elle confirme alors que la méconnaissance de la pathologie peut entraîner des appréhensions qui peuvent être entretenues entre les membres d'une même équipe soignante.

L'infirmière de dermatologie évoque une certaine *« répulsion »* de ses collègues à s'approcher du patient séropositif qu'elle ne sait pas expliquer. Nous voyons ici encore la notion de peur irrationnelle, sans explication. Une peur inconsciente peut-être due à un inconscient collectif... Une chose reste sûre, c'est que l'inconnu fait toujours peur pour la plupart des personnes, donc que la méconnaissance de la pathologie joue quand même un rôle majeur dans les appréhensions des soignants par rapport au patient séropositif.

- Objectif 4 : Prendre connaissance de l'expérience de l'infirmier interrogé concernant son vécu auprès d'un patient atteint du VIH.

Chacune des infirmières que j'ai interrogé a vécu au moins une situation qui l'a interpellée ou mise en difficulté.

Pour l'infirmière de chirurgie, sans pour autant juger, la situation qui l'a interpellée reste la grossesse d'une patiente séropositive qui a pris le risque de faire un enfant sans mettre

au courant son mari de son statut sérologique. Ce qui semble l'avoir interpellée dans cette situation, c'est la prise de risque inconsidérée de la patiente qui a exposé son mari. Je pense qu'elle n'a pas compris les motivations de la mère à une telle conduite. Peut-être qu'un échange aurait pu lui permettre de comprendre la patiente sans pour autant accepter l'acte en lui-même.

Les situations qui ont interpellé l'infirmière de pédiatrie concernent la prise en charge des patients séropositifs traités comme des patients contagieux avec la quasi mise en place de protocoles d'isolement. Ce qui l'interpelle une fois de plus c'est la méconnaissance de la pathologie d'une équipe qui peut se conduire de façon aberrante face à quelque chose qu'elle ne maîtrise pas : l'accueil du patient séropositif.

Pour l'infirmière de neurologie, les situations qui la mettent en difficulté restent celles qui concernent les soins aux jeunes patients en fin de vie. Je pense que ça la touche particulièrement de voir des jeunes mourir car, même si soigner n'est pas guérir, il est toujours difficile d'accepter de voir partir des jeunes gens qui auraient pu vivre bien plus sans la maladie. Accepter le décès d'une jeune personne reste toujours un vécu personnel.

La situation qui a mis en difficulté l'infirmière de dermatologie se résume, selon elle, à un échec de prise en charge sur lequel elle a mûrement réfléchi et pris du recul. Cette infirmière perçoit la nécessité du soin psychologique chez le patient séropositif. Elle a été mise en difficulté dans quelque chose semblant banal et a été devinée dans ses réactions par sa patiente. Cette situation est intéressante en plusieurs points. La première remarque à faire, c'est le courage de cette infirmière à vouloir se dépasser : malgré son dégoût, elle finit par manger ces gâteaux pour ne pas vexer sa patiente. Cette abnégation est tout à fait honorable car son dégoût (non justifié au final, elle-même le reconnaît) posait une forte barrière dans sa relation à sa patiente. Elle a ainsi facilité sa prise en charge et a appris à maîtriser son appréhension. Je crois qu'on a ici un des points clés de son vécu par rapport aux patients séropositifs : c'est un des points de son vécu qui fait que aujourd'hui elle a évolué et grandit professionnellement et qu'au final elle n'a plus d'appréhension à l'approche d'un patient séropositif. Le fait de s'être sentie en échec a été un moteur pour elle afin qu'elle ne se retrouve jamais plus en échec. Ce qui est encore à noter ici, c'est que cette peur pour manger un biscuit reste quelque chose d'inexplicable et d'irrationnel, quelque chose de tout à fait inconscient qui contraste vraiment énormément avec la situation d'accident d'exposition au sang, qui reste plus grave mais qui a été quelque chose de bien plus rationalisé. Bien que l'infirmière de dermatologie ait ressenti la peur de la contamination et donc de la séroconversion, on sent qu'elle a quand même bien plus accepté son accident professionnel. Elle est passée dans l'acceptation de la possibilité d'être séropositive, même dans sa réaction face à la trithérapie préventive. « *On me l'a proposée mais j'ai pas voulu la prendre parce que j'ai pensé que de toute façon ça ne me servirait pas à grand-chose...* ». Ici nous pouvons également noter une petite lacune dans ses connaissances en matière de VIH car la trithérapie préventive permet en cas de contamination de juguler la multiplication du virus. Les réactions dans une telle situation, d'un professionnel à un autre, restent propres à l'individu bien qu'encore une fois inexplicables.

- Objectif 5: Savoir si l'infirmier interrogé change ses pratiques techniques professionnelles à l'abord du patient atteint par le VIH et comprendre pourquoi.

Les 4 infirmières que j'ai interrogé ne changent aucunement leurs pratiques techniques professionnelles à l'abord du patient atteint par le VIH.

L'infirmière de chirurgie estime à juste raison que les précautions standards sont les mêmes pour tous les patients qu'ils soient diagnostiqués séropositif au VIH ou non.

Les infirmières de dermatologie et de pédiatrie insistent, elles, sur le statut sérologique

des patients qui n'est pas forcément connu. Tout patient peut-être séropositif sans le savoir et à partir de cet état de fait, elles partent du principe que les précautions telles que le port de gant doit être effectif pour tout soin exposant au sang ou aux liquides biologiques.

Il est à noter sur ce point la participation de l'infirmière de chirurgie gynécologique à un changement de pratiques professionnelles concernant les prises de sang effectuées au sein d'une clinique, en vue d'améliorer la sécurité de ses collègues et d'elle-même, face aux risques d'expositions au sang. Ce changement de pratiques doit être alors considéré comme une amélioration de technique et un confort du soignant dans ses soins. C'est un changement de pratiques motivé par la sécurité et l'exposition au sang, qui n'est en aucun cas lié avec un changement d'attitude ou de pratique à l'abord d'un patient séropositif.

- Objectif 6 : Prendre connaissance du recul de l'infirmier interrogé concernant ses propres pratiques techniques professionnelles et celles de ses collègues.

« Pensez-vous que le fait qu'un patient soit séropositif puisse conditionner votre comportement professionnel ? »

A cette question, les quatre infirmières que j'ai interrogé ont répondu « non ». L'infirmière de pédiatrie a même ajouté « *qu'au pire des cas* », si elle changeait de comportement, ce serait plus pour un changement positif que pour autre chose. Toutes sont catégoriques : le fait qu'un patient soit séropositif ne peut pas conditionner leur propre comportement professionnel.

« Pensez-vous que le fait qu'un patient soit séropositif puisse conditionner le comportement professionnel de vos collègues ? »

A cette question, toutes s'accordent pour répondre « oui ». Sans faire de généralités car tout le monde ne réagit pas pareil, toutes les infirmières interrogées pense que le fait qu'un patient soit séropositif peut conditionner le comportement professionnel de certaines de leur collègues.

L'infirmière de chirurgie gynécologique, tout comme celle de pédiatrie, pense qu'il y a certaines de leurs collègues qui feront tout pour ne pas approcher ces patients ou qui ne voudront pas s'en occuper. L'infirmière de chirurgie l'explique par la peur irrationnelle. « *La peur que ça leur saute dessus...* ». L'infirmière de pédiatrie explique cet état de fait par la réflexion que chacun des infirmiers peut avoir eu du patient séropositif.

Les infirmières de dermatologie, de neurologie et de pédiatrie sont d'accord pour dire que le fait que leurs collègues soient peu ou pas confrontées au patient séropositif puisse expliquer un changement de comportement professionnel de leur part. L'éloignement de la maladie est pour l'infirmière de dermatologie une raison qui vient justifier la non préparation du professionnel de santé infirmier à l'accueil du patient séropositif. Pour l'infirmière de dermatologie et celle de neurologie, le contraste est flagrant par rapport à ce qu'elles appellent « *la grande époque* » de la maladie. Ne pas avoir souvent de patients séropositifs explique selon elles un retour de la peur du patient. Nous en revenons ici à la peur de l'inconnu qui motive des conduites d'auto protection ou d'évitement. Les infirmières d'aujourd'hui sont moins confrontées au VIH contrairement à « *la grande époque* » et donc sont moins préparées à aborder un patient séropositif.

3°) Synthèse globale de l'enquête.

La recherche du niveau de connaissance de l'infirmière interrogée par rapport au VIH/SIDA nous a montré qu'il existe deux types d'acquisition des connaissances importants à retenir. Le premier est obtenu par apport théorique brut d'une infirmière diplômée après 1992.

Le second est obtenu sans apports théoriques bruts mais par évolution et actualisation de l'infirmière au contact du patient. Ces dernières acquisitions sont faites « sur le tas ». Dans un cas comme dans l'autre, il ressort des entretiens effectués que la connaissance de la pathologie est le point de départ des représentations du professionnel infirmier.

La recherche des représentations du VIH/SIDA des infirmières interrogées nous a renseigné sur la connaissance de la maladie virale de chacune d'entre elle, de la conscience de la gravité de l'infection et de la conscience de la morbidité qui y est associée. La vision de la maladie par ces infirmières est souvent néanmoins relativisée : le VIH/SIDA reste « une maladie comme les autres ». La représentation de la pathologie s'est avérée une idée conceptualisée issue de l'enseignement concernant l'infirmière qui a étudié l'affection au cours de ses études. Cette représentation contraste de celle des autres infirmières qui ont une conception de la maladie qui a évolué en fonction du vécu professionnel qu'elles en ont eu. Elles se sont elles-mêmes faites une idée de la pathologie en l'absence d'apport théorique.

Pour les infirmières qui ressentent des appréhensions quand elles réalisent des soins auprès d'un patient séropositif, ces appréhensions restent relatives à l'idée qu' « *il ne faut pas se contaminer* ». Les connaissances théoriques en matière de VIH/SIDA se sont alors révélées à double tranchant : d'une part, il est vrai que la connaissance de la maladie peut aider l'infirmier à apprivoiser la pathologie, mais d'autre part, la connaissance de la pathologie peut aussi rendre l'infirmière plus méfiante à l'égard de l'affection. Dans les deux cas, il semble que le temps et l'expérience auprès des patients séropositifs sont des facteurs de résilience de cette appréhension.

S'il existe pour les infirmières interrogées des raisons justifiant des appréhensions d'un collègue à l'abord des soins au patient séropositif, elles sont toujours liées à la peur de la contamination. La gêne et l'angoisse de ne pas pouvoir aider le patient tel que nous le voudrions constituent aussi un motif d'appréhension. Selon elles, l'appréhension de l'abord du patient séropositif est également lié à la méconnaissance de la pathologie et de ses modes de contamination : cette raison pourrait d'ailleurs être responsable d'une certaine « psychose collective » et expliquer certains comportements aberrants des équipes de soins à l'égard des patients. Le fait qu'une infirmière ne soit que rarement confrontée au patient séropositif constitue aussi une raison de ses appréhensions car l'inconnu reste terrifiant. Enfin, les infirmières pointent du doigt à différent niveau qu'il existe une peur irrationnelle du patient séropositif. Cette peur est certainement issue d'un inconscient collectif ou non.

Le vécu des infirmières que j'ai interrogé nous a offert un panel de situations qui illustre les difficultés que peut rencontrer un infirmier dans son exercice professionnel auprès du patient séropositif. Nous avons pu alors relever une situation d'incompréhension entre un soignant et sa patiente, des situations de prises en charge aberrantes (le patient séropositif n'est pas un patient contagieux), des situations de soins difficiles où le soignants qui reste humain avant tout ressent tristesse et impuissance, et enfin une situation avec un sentiment d'échec de l'infirmière dans son rôle. Cette dernière situation nous a démontré que le vécu d'un soignant et que ses échecs personnel peuvent provoquer un réveil de son professionnalisme et un réajustement de ses attitudes personnelles et professionnelles.

La recherche d'un changement de techniques professionnelles à l'abord du patient séropositif s'est révélée infructueuse : le patient séropositif est, selon les infirmières interrogées, un patient comme un autre ne justifiant pas de changement de techniques professionnelles. A juste titre, plusieurs d'entre elles m'ont confié que nous ne connaissions pas obligatoirement le statut sérologique des patients dont nous nous occupons, qu'il restait donc logique de considérer tout le monde comme « *potentiellement contaminé* » et qu'il fallait ainsi utiliser les mêmes précautions pour tous les patients, sérodiagnostiqués positif au VIH ou non. Nous avons appris par ailleurs que la séropositivité pouvait en revanche être le moteur d'une amélioration des techniques de soins dans une équipe par la proposition de techniques

différentes et plus sécurisantes.

Concernant leur comportement professionnel, nous avons pu nous apercevoir qu'aucune des infirmières interrogées estime avoir son comportement professionnel conditionné par le diagnostic positif au VIH d'un patient. En revanche, toutes reconnaissent, sans généraliser à l'ensemble de leurs collègues, que le comportement professionnel d'un infirmier peut être conditionné par la séropositivité au VIH d'un patient. Elles évoquent des tactiques d'évitement ou de refus de leurs collègues toujours avec en arrière de ces tactiques, la mise en relief d'une peur irrationnelle non expliquée. Une infirmière pense cependant que l'approche d'un patient séropositif peut être conditionnée par la réflexion que chaque soignant a pu avoir de la pathologie. Ce conditionnement est aussi expliqué par l'éloignement actuel de la pathologie par les professionnels infirmiers. Le fait de n'être, de nos jours, que très peu confronté aux patients séropositifs dans les unités hospitalières entraînerait un retour de la peur. Nous revenons ici aux peurs irrationnelles. L'inconnu reste terrifiant. Dans l'habitude, l'infirmier semble trouver un certain confort et une sécurité qui se retrouvent brisés dès l'instant où une pathologie très rarement ou pas du tout rencontrée bouleverse son quotidien.

A l'issue de cette analyse, nous pouvons alors dire que la séropositivité d'un patient hospitalisé pour toute autre pathologie que le VIH semble bien, pour certains infirmiers, influencer leur attitude et leur pratique professionnelle.

VI) CONCLUSION

En quoi la séropositivité d'un patient hospitalisé pour toute autre pathologie que le VIH peut-elle influencer l'attitude et la pratique professionnelle d'un infirmier ?

Les connaissances théoriques de la pathologie, qui facilitent quand même la préparation de l'infirmier pour l'accueil et la prise en charge des patients séropositifs, peuvent le rendre plus méfiant à l'égard du patient. Les représentations, qui découlent aussi de l'apport théorique initial de l'affection, semblent être pour beaucoup dans l'approche qu'un infirmier peut avoir d'un patient séropositif. La peur reste une constante qui influe aussi sur ce comportement. Bien qu'irrationnelle et inexplicable car certainement issue d'un inconscient collectif, dans la plupart des cas, elle doit être vaincue pour permettre l'efficacité d'une bonne prise en charge. Il n'est en aucun cas besoin pour le soignant de s'exposer inutilement : les précautions standard doivent être appliquées pour chaque soin, patient sérodiagnostiqué positif au VIH ou non. La non prévalence des patients séropositifs au sein des structures hospitalières explique aussi très bien les changements de comportement du professionnel de santé. Il faut apprendre à maîtriser ses peurs de l'inconnu et conscientiser que changer son attitude ou ses pratiques soignantes à l'abord d'un patient séropositif n'est pas une attitude professionnelle : ce n'est pas ce qui est attendu d'un professionnel de santé. Il faut penser que ce n'est certainement pas ce qu'attend un patient atteint de l'affection par le VIH et que cela peut créer beaucoup plus de dégâts que de bonnes choses dans sa prise en charge. Après tout, une personne séropositive en fin de vie n'a-t-elle pas le droit d'être accompagnée comme tout autre patient ? C'est-à-dire sans peurs, sans recul... Le comportement et l'attitude de certains infirmiers semblent conditionnés par le vécu ou le non vécu qu'ils ont pu avoir auprès des patients séropositifs. L'expérience reste le meilleur appui sur lequel le professionnel de santé peut compter. Encore faut-il prendre le recul nécessaire par rapport à cette expérience... Se remettre en question, apprendre à se délimiter en tant que professionnel, s'actualiser et enfin reconnaître ses limites en tant que soignant semblent les attitudes les plus favorables afin de réaliser une bonne prise en charge du patient. Savoir se dépasser et faire preuve d'abnégation restent également des attitudes positives afin de ne pas tomber dans ce genre d'attitudes qui

peuvent se révéler extrêmement néfastes, voir même délétères, pour le patient souffrant de l'affection par le VIH.

La conscience professionnelle de l'infirmier, qui reste dépendante de l'individu, est alors mise à l'épreuve concernant la volonté d'amélioration de ses prises en charge auprès du patient séropositif.

Annexe 1 : Tableau vierge de retranscription des entretiens

	Infirmière n°1, âge Service	Infirmière n°2, âge Service
Année du diplôme ?		
Enseignement du VIH ?		
Représentations du VIH/SIDA ?		
Des appréhensions lors des soins ?		
Voyez-vous des raisons d'appréhender les soins?		
Des situations de soins qui vous ont interpellées ?		
Changement des habitudes de pratiques ?		
Le VIH conditionne-t-il votre comportement professionnel ?		

Annexe 2 : Retranscription de l'entretien test

	Infirmière-test, 26 ans, Médecine digestive
Année du diplôme ?	« En 2004, il y a quatre ans. »
Enseignement du VIH ?	« Oui, tout à fait lors du module infectieux : il y avait une partie qui abordait le VIH/SIDA. »
Représentations du VIH/SIDA ?	<ul style="list-style-type: none"> • « C'est une maladie transmise par voie sexuelle ou par contamination sanguine » • « il y a une autre voie de transmission dont je ne me souviens plus » • « C'est une maladie ou il y a peu de traitement » • « il n'y a pas de traitement qui guérissent la personne. »
Des appréhensions lors des soins ?	<ul style="list-style-type: none"> • « Oui, bien sûr il y a toujours un risque » • « Le risque de contamination surtout par piqûres accidentelles qui reste présent par rapport à la formation que j'ai reçue et aux AES »
Voyez-vous des raisons d'appréhender les soins ?	<ul style="list-style-type: none"> • « Oui, bien sûr qu'il y a des raisons pour lesquelles un soignant peut avoir peur d'un patient séropositif ! » • « par rapport au risque d'AES » • « surtout pour les personnes qui n'ont pas vraiment reçu un enseignement sur le VIH/SIDA, qui n'ont peut-être pas vraiment reçu la même formation que les dernières infirmières » • « Peut-être pas par rapport à la peur de l'attraper elles-mêmes (qui peut expliquer aussi cette appréhension des soins) » • « par rapport peut-être aussi par peur de le transmettre à une personne de leur entourage... »
Des situations de soins qui vous ont interpellées ?	<ul style="list-style-type: none"> • « Des situations de soins, moi, j'en ai pas vécu » • « Pour des soins tout à fait banals où il n'y avait pas forcément besoin de gants ni rien et que les soignants en prenaient que ce soit pour faire une toilette, apporter un plateau ou le retirer, servir un patient et tout » • « Des couverts et des plateaux qui sont jetés une fois que les patients s'en sont servis... » • « J'avoue que ça m'a choquée parce que c'est pas parce que l'on va jeter un plateau... enfin... il n'y a aucun risque en manipulant un plateau... »
Changement des habitudes de pratiques ?	<ul style="list-style-type: none"> • « Les changer, peut-être pas mais par contre... [...] ou alors si je les change c'est vraiment inconsciemment mais faire beaucoup plus attention qu'à une personne dont on sait qu'elle n'a pas le VIH/SIDA. » • « Faire plus attention au moment où l'on pique, et

	faire beaucoup plus attention au patient, à soi et aux autres personnes qui peuvent être présentes dans la chambre du patient. »
Le VIH conditionne-t-il votre comportement professionnel ?	<ul style="list-style-type: none"> • « Oui, je pense qu'effectivement le fait d'avoir un patient séropositif puisse conditionner mon comportement professionnel. » • « au niveau de ses soins... simplement le fait de faire euh... toujours pareil... de faire plus attention au niveau des soins invasifs... » • « Après, sur des soins non invasifs, je ne pense pas que mon comportement professionnel change étant donné qu'il n'y a pas de risques. » • « Je pense que mon comportement professionnel sera changé à partir du moment où il existe un risque pour moi. »

Annexe 3 : Analyse du pré test

En ce qui concerne la forme, l'entretien s'est bien passé et les réponses sont parfaitement adaptées aux questions que j'ai pu poser. Mon ton est resté neutre et je pense que mon interlocutrice est restée à l'aise tout au long de cette entrevue. J'ai cependant vu que le terme de représentations lui a posé un problème de compréhension : j'ai alors du reformuler ma question plus simplement pour qu'elle puisse y répondre. Ceci sera à prendre en compte lors de mes prochains entretiens... J'ai également pu m'apercevoir que certaines de mes questions demandaient quand même beaucoup de réflexion de la part de mon interlocutrice : les nombreux « euh... » en sont une preuve. Il sera donc aussi à prévoir une reformulation des questions si la personne ne les comprend pas ou des relances si la personne bloque dans le processus de communication de ses idées... Nous pouvons ajouter que ma grille d'utilisation de l'entretien s'adapte bien aux questions que j'ai pu poser.

En ce qui concerne le fond de l'entretien, il est trop tôt à ce stade de l'enquête pour apporter des réponses claires à la question de recherche initiale et ce n'est pas avec un seul entretien que je peux déterminer en quoi la séropositivité d'un patient hospitalisé pour toute autre pathologie que le VIH peut influencer l'attitude et la pratique professionnelle d'un infirmier. Cependant, je vois déjà se profiler des réponses qui semblent intéresser mon sujet : un infirmier n'est-il pas conditionné lui-même à avoir peur du VIH par l'enseignement qu'il en a reçu ? La peur qu'il a du VIH n'est-elle pas simple résultante d'une volonté de surprotection de son entourage ? Les notions de changement de pratiques *inconscient* ou conscient si risque déterminé par le soignant restent aussi à approfondir et à analyser...

Mon outil dans sa trame serait donc intéressant pour répondre à la question de recherche.

Annexe 4 : Retranscription des entretiens avec les infirmières de chirurgie gynécologique et de dermatologie

	Infirmière n°1, 47 ans, Chirurgie gynécologique.	Infirmière n°2, 44 ans, Dermatologie.
Année du diplôme ?	_ « 1984. »	_ « J'ai eu mon diplôme en 1985. »
Enseignement du VIH ?	_ « Très léger parce que le VIH/SIDA, on a commencé à en parlé vers 1981 donc c'est arrivé en plein moment de nos études et on a pas vraiment approfondi la question à ce moment là donc peu, peu, très peu... »	_ « Pas du tout. »
Représentation du VIH/SIDA ?	_ « un virus qui a touché toute une génération entre autres les jeunes qui sont privé d'une liberté, d'un plaisir de la vie et c'est malheureux... » _ « C'est une maladie grave et pour moi c'est surtout très grave dans les pays pauvres parce qu'ils n'ont absolument aucune prise en charge et ça continue à se développer, c'est triste... Quand on voit la Chine, quand on voit l'Afrique, quand on voit l'Asie, c'est surtout à eux que je pense quand je pense au SIDA... » _ « Je pense aussi aux européens mais bon, eux, pour moi, ils ont quand même plus de chance parce qu'ils ont la prévention qui est mise en place, il y a des traitements... alors qu'il y a des pays qui ont absolument rien... »	_ « Pour moi, c'est... euh... c'est une maladie... euh... comme une autre, déjà à la base ! Et ça, je pense qu'il faut avoir de la pratique pour s'en rendre compte puisqu'au départ on a une appréhension. » _ « C'est considéré un peu comme une maladie... euh... c'est une maladie qui fait peur pour beaucoup de soignant et c'est au fur et à mesure de la pratique qu'on s'aperçoit que c'est en fait quelque chose qu'il faut traiter comme toute autre maladie. »
Des appréhensions lors des soins ?	_ « Je n'ai aucune appréhension parce que les soins que je fais à un malade souffrant du SIDA, je... les précautions, je les prends pour les autres donc à partir du moment où on fait attention, où on met des gants mais ces gants je les mets pour les autres pareil... » _ « J'évite de recapuchonner les aiguilles et je les mets dans les containers... » _ « La précaution que je vais prendre, c'est que bon, on va le noter sur le dossier que tout le monde... voilà... même si tout le	_ « Actuellement je n'ai plus d'appréhensions. J'en ai eu au départ de mon exercice professionnel mais c'est vrai que j'ai dépassé ce stade et actuellement je n'ai plus d'appréhensions. » _ « C'était... euh... bien la peur de se piquer, la peur de... la méconnaissance de la maladie. Je pense que c'est ça qui entraîne beaucoup de réticence de la part des soignants... » _ « En fait, la méconnaissance de cette pathologie qui fait que on considère ces gens un peu comme des personnes

	<p>monde doit faire attention, que tout le monde fasse un peu plus attention... »</p> <p>_ « Moi personnellement, dès que j'en ai un a soigner... non... ce que je fais avec elle, je le fais avec les autres. »</p>	<p>à part... euh... qu'il est difficile de toucher... Le contact physique est difficile. Mais bon petit à petit on dépasse tout ça. Et en fait, y'a beaucoup, beaucoup de choses à faire avec ces patients, y'a un gros accompagnement à faire. Pour moi, l'expérience que j'ai eue avec des patients VIH m'a beaucoup marquée. »</p>
<p>Voyez-vous des raisons d'appréhender les soins?</p>	<p>_ « des raisons oui car il y a le risque de contamination et c'est une maladie grave mais... on peut-être confronté à d'autre maladie qui sont graves aussi alors pas plus pour le SIDA que d'autres maladies... »</p> <p>_ « ou peut-être la gêne que l'on peut ressentir, l'angoisse de ne pas pouvoir aider ces gens-là comme on voudrait... »</p> <p>_ « On ressent les mêmes difficultés parfois pour la prise en charge des cancéreux. Pour moi c'est pareil... »</p>	<p>_ « Oui, comme je l'ai dit précédemment, c'est la méconnaissance de la maladie et notamment des modes de contamination. »</p> <p>_ « Je crois qu'il y a certain soignant qui éprouvent une répulsion à s'approcher de personnes séropositives... Alors l'expliquer... je ne sais pas mais c'est vrai que j'ai connu des collègues qui appréhendaient. Mais moi aussi au départ j'avais cette appréhension. »</p>
<p>Des situations de soins qui vous ont interpellées ?</p>	<p>_ « Oui une fois... »</p> <p>_ « La femme savait qu'elle était séropositive et il y a eu cette grossesse qui a été mise en route et... euh... ça m'a interpellée par rapport au partenaire qui a été avec elle, les risques qu'ils ont pu prendre quoi... lui qui n'était pas forcément au courant, qui n'était pas au courant parce qu'elle me l'avait dit... Voilà ! Mais je ne juge pas... Ca m'a interpellée mais je ne juge pas ! »</p>	<p>_ « Peut-être une fois je me suis retrouvée... bon il y a le côté soin qui est important mais il y a aussi le côté relationnel, l'aide psychologique que l'on peut apporter et c'était dans une conversation avec une patiente qui était assise sur son lit, qui était en train de manger des gâteaux qu'elle avait éparpillé un peu partout sur son lit et qui m'a dit : « <i>Viens t'asseoir à côté de moi puis on va parler...</i> », puis elle m'a proposé des gâteaux et c'est vrai que la je ne savais plus ce qu'il fallait faire, j'étais complètement dépassée... Parce que c'est vrai qu'en quelque part, j'appréhendais de manger ces gâteaux... Je me disais... Alors que ça aurait été un patient autre je l'aurais fait... Et je me suis forcée à manger les gâteaux ! (Rires nerveux) Et c'est tout bête comme situation mais c'est vraiment la fois où je me suis trouvée complètement à côté par rapport à une prise en charge... Mais j'avais tellement peur qu'elle s'en rende compte et en fait elle s'en est rendue compte... Elle m'a dit : « <i>Tu hésites</i></p>

		<p><i>parce que j'ai le SIDA. » et lui ai dit : « Bin oui... »... Mais je pense que l'honnêteté joue pour beaucoup et elle l'a compris et elle m'a dit : « Mais t'es pas obligée... »... Voilà. »</i></p> <p><i>_ « Alors c'était dans les années 90. A l'époque on a eu beaucoup de SIDA hospitalisé et bon c'est vrai qu'aujourd'hui avec la trithérapie on en voit beaucoup moins mais il y a eu beaucoup, beaucoup de personnes qui sont décédées dans ces années-là. Cette patiente était... C'était une découverte d'un SIDA chez une dame qui déjà avait une quarantaine d'années et lorsque ça s'est produit elle était assise sur son lit, en tailleur, en petite culotte avec ses gâteaux... et voilà quoi ! Elle avait besoin de parler mais j'étais complètement... euh... j'étais naze.</i></p> <p><i>_ Et vous l'expliquez comment ?</i></p> <p><i>_ C'était... euh... je crois que c'était un dégoût de manger ces gâteaux...</i></p> <p><i>_ Et pourtant vous l'avez fait ?</i></p> <p><i>_ Oui je l'ai fait parce que... euh... Mais je pense que c'est comme ça que petit à petit on grandit et on avance... »</i></p> <p><i>_ « c'est vrai que ça paraît tout bête comme situation mais je me suis... euh... aussi dans ma pratique oui, ça c'est important quand même, je me suis piquée un jour en faisant des hémocultures à une patiente HIV+ en fin de vie... et je pense que j'ai été moins... euh... moins paniquée par le fait de me piquer que le jour où j'ai dû manger ces gâteaux... (Rires nerveux)...</i></p> <p><i>_ Et pourtant ça c'est passé avant ou après ?</i></p> <p><i>_ Je pense que ça s'est passé... les gâteaux devaient être après... »</i></p> <p><i>_ « Et comment avez-vous vécu votre AES ?</i></p> <p><i>_ Bin sur le coup ça a été ... euh... c'est vraiment le choc quoi ! C'est... euh... on a l'impression que... je crois qu'on réalise même pas, on réalise pas</i></p>
--	--	---

		<p>ce qui nous arrive... C'est même pas la panique, c'est carrément euh... je sais pas... complètement tétanisée mais après... euh... j'ai pris sur moi. A chaque fois que j'avais un contrôle, j'avais un peu peur du résultat... oui, peur... mais je m'étais fait à l'idée que ça pouvait arrivé et puis de toute façon, dans la mesure où on fait ce métier, on sait très bien que l'on encoure aussi des risques...</p> <p><i>_ Vous avez été bien prise en charge ? Vous avez pris une trithérapie préventive ?</i></p> <p><i>_ J'ai pas voulu la prendre. On me l'a proposée mais j'ai pas voulu la prendre parce que j'ai pensé que de toute façon ça ne me servirait pas à grand-chose... alors pourquoi... je ne sais pas mais c'est vrai que je ne l'ai pas prise. »</i></p>
<p>Changement des habitudes de pratiques ?</p>	<p><i>_ « Non... Comme j'ai dit toute à l'heure, non, parce que les précautions on doit les prendre pour tout le monde, quoi... donc... euh... non je change pas vraiment mes pratiques... »</i></p> <p><i>_ « Pour faire quoi ? Mettre double gant ? Non... S'il y avait un problème, je sais pas si... C'est vrai que ça arrive... Nous on y est quand même peu confronté donc... euh... je sais pas... »</i></p> <p><i>_ « J'ai travaillé dans une clinique privée et c'était en 86-87... On commençait à bien parler du SIDA et il existait déjà le système vacutainer... Donc dans la clinique ou j'étais, je me suis battue pour obtenir le système vacutainer et qu'on arrête de piquer avec des aiguilles sur lesquelles on découpait des tubulures de perf, on adaptait les tubulures de perf... C'était autre chose comme soin, c'était une technique... Alors on piquait et on remplissait par déclive dans le tube... et alors là, le sang, pour le coup, on avait plein les mains... Il fallait vraiment avoir une bonne</i></p>	<p><i>_ « Non... non, puisque de toute façon tout soin doit être fait dans les mêmes conditions puisque tout patient peut être potentiellement porteur d'une affection quelconque. Donc non, je ne change pas ma pratique de soin. »</i></p>

	<p>dextérité pour ne pas en avoir partout alors qu'avec le vacutainer, c'est déjà une prévention importante, quoi ! Je m'étais battue pour ça et j'avais obtenu ça, après un moment... C'est bien plus cher certes bien sûr que de découper des tubulures de perf et que de prendre des aiguilles... »</p>	
<p>Le VIH conditionne-t-il votre comportement professionnel ? Celui de vos collègues ?</p>	<p>_ « Oui, je pense que ça peut conditionner... Je parle pas spécialement de mes collègues infirmières... »</p> <p>_ « Y'en a j'en suis sûre, qui feront tout pour ne pas rentrer dans la chambre... »</p> <p>_ « Certainement la peur... La peur que ça leur saute dessus... (Rires) Tout simplement, je pense que c'est ça... Oui, j'en reste persuadée que pour certaines de mes collègues, ça conditionne leur comportement... »</p> <p>_ « <i>Et vous ?</i> Non. »</p>	<p>_ « Non, je change pas mon comportement par rapport à un patient séropositif. »</p> <p>_ « Mes collègues je pense qu'aujourd'hui, on s'est éloigné un peu de la maladie... Depuis que la trithérapie existe, il y a beaucoup moins de patients... Donc c'est vrai que je vois mes collègues beaucoup plus jeunes qui ont... il y en a même certaines qui n'ont jamais pris en charge un patient séropositif... Donc, je crois qu'on a un peu perdu de vue aussi... Je pense que la maladie peut refaire peur aujourd'hui alors que dans les années 90, on était arrivé à l'intégrer dans nos soins. On était à l'aise avec ces patients et aujourd'hui on a reperdu un peu de ça parce qu'on en a beaucoup moins... C'est ce que je ressens un peu... »</p> <p><i>_ Donc si le comportement professionnel de vos collègues pourrait changer, ce serait par rapport à ça : le fait d'y être peu souvent confronté...</i></p> <p>_ Peu souvent exposé oui... Et de ce fait, bon, bin c'est vrai que le patient qui arrive séropositif tout de suite est peut-être classé un peu... euh... à part. Et c'est vrai que c'est la pratique qui fait que... qu'on s'habitue aussi... »</p>

Annexe 5 : Retranscription des entretiens avec les infirmières de neurologie et de pédiatrie

	Infirmière n°3, 44 ans, Neurologie.	Infirmière n°4, 35 ans, Pédiatrie.
Année du diplôme ?	_ « 1986. »	_ « En 1997. »
Enseignement du VIH ?	_ « Euh... très très succinct... C'était tout à fait le départ de la maladie en fait... Sur une heure à peu près... »	_ « Oui... euh... On a abordé le VIH avec prise en charge des patients, tout ce qui était au niveau biologique, les recherches, tout ce qui était au niveau sérologique, les mesures d'hygiène à prendre, qu'est ce qu'on met en place dans un service par rapport au personnel... voilà... Bon on avait abordé les protocoles qui étaient en place au CHU de C... »
Représentation du VIH/SIDA ?	_ « Pour moi c'est encore une maladie mortelle... à long terme... C'est une maladie comme une autre... mortelle... comme peut l'être un cancer peut-être, je sais pas... »	_ « C'est une maladie virale qui entraîne... enfin... qui maintenant grâce à des traitements améliore quand même très bien les conditions de vie des gens. » _ « C'est des patients, c'est des personnes tout à fait normales qui ont une vie vraiment bien améliorée par les traitements... euh... hélas, avec encore des décès et des personnes qui vont en mourir... » _ « Il y a quand même un confort de vie, c'est des personnes qui sont tout à fait comme tout le monde et qui n'ont pas de marques particulières... »
Des appréhensions lors des soins ?	_ « Non aucune. »	_ « Oui, il y a toujours une appréhension. » _ « Je ne pense pas que ce soit par rapport au malade lui-même, je pense que c'est plus... enfin... on a peur de... on se dit qu'il faut quand même prendre les mesures, nous, pour ne pas se contaminer... » _ « Après je veux dire, le patient en lui-même il ne me fait pas peur... Ça ne me fait pas peur de rentrer dans la chambre... Je veux dire... Ça va pas me sauter dessus... » _ « Il faut être vigilant sur les règles d'hygiènes parce que ce serait quand même dommage de se contaminer et que eux sont déjà dans une situation

		<p>ou ils... Enfin je pense, c'est une interprétation personnelle mais il ont déjà un sentiment de... euh... Peut-être pas de culpabilité, je ne sais comment dire... ou ils ont déjà le regard de l'autre en se disant comment on est jugé parce qu'on est séropositif alors si nous on arrive en plus avec un regard d'appréhension, une attitude d'appréhension, on est pas à l'aise, ce n'est pas notre rôle... »</p> <p>_ « Oui, il y a quand même une appréhension, mais qu'on essaye de garder pour soi et puis qui passe avec le temps parce qu'on va apprendre à entrer en contact avec le patient, à discuter... et puis voilà... On va apprendre à mettre nos gants, à faire nos soins et puis voilà... »</p> <p>_ « Je pense que c'est peut-être plus au début, au moment de... la première rencontre... Après quand le patient on le prend en charge tous les jours, c'est différent, c'est comme tous les patients, on va le prendre en charge avec patience et avoir une relation d'écoute, une relation d'aide qui va s'instaurer et puis voilà... il n'y aura pas de souci... »</p>
<p>Voyez-vous des raisons d'appréhender les soins?</p>	<p>_ « Y'a pas de raison. Y'a pas de moyen de précautions avec un patient séropositif ou non... On est pas censé connaître le statut sérologique de toutes les personnes... Il n'y a aucune raison d'appréhender les soins. »</p>	<p>_ « Il y a peut-être de la méconnaissance... enfin... Est-ce que les soignants, malgré des cours qu'ils ont pu avoir, est-ce qu'ils connaissent bien la maladie?... Par un manque de connaissance... »</p> <p>_ « Est-ce que aussi... enfin peut-être dans le c., c'est peut-être plus spécifique car on en rencontre très peu... donc euh... finalement, c'est le fait de ne pas y être confronté très souvent à ces patients-là... »</p> <p>_ « Là, c'est sûr qu'il y a une appréhension. Et puis on ne sait plus ce qu'il faut mettre en place... donc euh... il y a une appréhension qui va être exagérée au niveau de la toilette... enfin... Ca va être au-delà du soin technique, ça va passer sur les soins de nursing... des changes, du soin d'hygiène corporelle... Alors est-</p>

		<p>ce que aussi les formations des soignants, est-ce que quand on est ASH ou AS, est-ce que la formation la connaissance suffisante ? Peut-être que le niveau de formation joue... euh... Ca peut. Pourquoi pas ? Je pense qu'une infirmière va peut-être moins appréhender que l'ASH ou l'AS par manque de connaissance sur la pathologie. »</p>
<p>Des situations de soins qui vous ont interpellées ?</p>	<p>_ « Des situations qui sont difficiles oui, c'est toujours difficile de soigner des patients jeunes en fin de vie... C'est triste. »</p>	<p>_ « Mise en difficulté non. Interpellée oui parce que... ça reprends ce que je disais... ou les équipes... et bien en fait, on ne sait pas ce qu'il faut mettre en place. Quand arrive un patient séropositif, et bien il y a une panique au niveau de l'équipe et on se dit... qu'est ce qu'il faut mettre en place comme... enfin on va presque aseptiser la pièce, on va mettre les sacs rouges... »</p> <p>_ « C'est même pas des protocoles, c'est des mesures que l'on utilise que pour les gens qui sont contagieux. Voilà, on les traite comme des gens contagieux ! Ca résume... On fait pas sortir le linge, on laisse les sacs, les déchets ne sortent pas de la chambre, on conditionne tout dans la chambre et on fait sortir après, enfin il faudrait trouver le protocole pour les contagion... les gens se mettent dans cette démarche là... »</p> <p>_ « Je trouve ça terrible pour les patients parce que déjà qu'il sont obligé de vivre avec la maladie et bien en plus on les stigmatise en leur collant en plus le sac à déchet, le linge qui sort pas, on sort les masques... enfin c'est vraiment le branle bat de combat dans les équipes alors qu'il n'y a vraiment aucune raison de mettre tout ça en place ! »</p> <p>_ « Evidemment quand on refait un lit, si c'est un patient qui va être amené à saigner, si il y a des pansements, des écoulements de sécrétions biologiques, il est bien évident qu'on met des gants pour tous les patients ! Il n'y a aucune... euh... il n'y a rien</p>

		<p>de particulier mais les agents ont souvent cette appréhension là et je pense que c'est plus, comme je disais, au niveau des ASH et au niveau des AS. »</p> <p>_ « Après au niveau infirmier, sûrement mais... Si l'infirmière est tout seule, elle va pas avoir quelqu'un a qui demander ou alors elle va aller demander au cadre... Elle va aller demander : « <i>oui le patient là est séropositif, est-ce qu'il faudrait mettre ?...</i> » et souvent le cadre va répondre : « <i>non, il n'y a pas besoin...</i> ». Mais il y a quand même cette appréhension, ça, c'est des choses les plus aberrantes... »</p> <p>_ « Sinon par rapport à des soins, je vois pas de choses très particulières et des situations qui ont posé problèmes, non. »</p>
Changement des habitudes de pratiques ?	_ « Non... Non, non... »	_ « Moi non, je mets des gants systématiquement pour piquer... euh... quelque soit le patient parce qu'il y a des patients dont on ne connaît pas le statut sérologique et qu'il faut mettre des gants tout le temps... Après c'est les histoires des services... soit il y a des protocoles particuliers comme quoi il faut mettre des masques ou des choses comme ça mais non, c'est le port de gant minimum... voilà. »
Le VIH conditionne-t-il votre comportement professionnel ? Celui de vos collègues ?	<p>_ « Bin, le mien je ne pense pas. Je vois juste par rapport à mon expérience... je ne vois pas en quoi ça peut le modifier... »</p> <p>_ « D'autres collègues qui ont moins côtoyé de SIDA, surtout à la grande époque, je pense que ça peut être problématique oui... »</p> <p>_ « Je suis passé dans d'autres services ou ça avait été mal vécu... »</p>	<p>_ « pour moi, je pense que non, enfin, je dis pas que je ne vais pas y penser : il y a un moment où ça interpelle, où on se dit bon... et puis avec du bon sens, je pense que mon travail sera le même et que je ne vais pas changer d'habitudes. Je crois qu'au contraire même ! Je vais le changer peut-être dans le sens positif où je vais me dire que cette personne là à déjà ça à prendre en charge, ça a porter et donc... euh... d'être le plus naturelle possible, au contraire être plus... enfin... je vais pas dire être plus sympa (rires)... on est gentil avec tout le monde mais être plus avenant, être plus protecteur, je sais pas... enfin... »</p>

		<p>essayer d'être une personne beaucoup plus à l'aise... »</p> <p>_ « Après par rapport à mes collègues, je pense... C'est pareil, y'en a qui vont en parler, d'autres qui vont pas en parler et puis ça revient à ce que je disais tout à l'heure, y'en a qui vont partir dans l'excès... Elles vont changer leurs attitudes ou alors elles vont peut-être pas aller vouloir s'en occuper non plus... Elles vont demander à ce que ce soit quelqu'un d'autre car elles ont des appréhensions... »</p> <p>_ « Je pense pas tout le monde mais tout dépend de la réflexion qu'on a eu dessus : est-ce qu'on en a eu souvent dans le service ? Là aussi, le fait de ne pas avoir de patients séropositifs souvent, et bien je pense qu'on a pas du tout... enfin... ça modifie l'attitude... Y'a un moment de réflexion... je pense qu'il y a un moment où toute l'équipe se dit « <i>Qu'est-ce qu'on fait ?</i> ». Si on en a tout le temps, bon, c'est rodé... mais comme toute pathologie qu'on a rarement, il y a toujours une interrogation mais là moi je pense que oui... peut-être pas tout le monde mais il y en a qui vont changer leur attitude professionnelle. »</p>
--	--	---

Annexe 6 : Bibliographie

Livres

- DE LACLOS (Choderlos), Les liaisons dangereuses, le livre de poche, n°354.
- MENDES-LEITE (Rommel), BANENS (Maks), Vivre avec le VIH, édition calmann-lévy.
- PASCAL (Annie), FRECON VALENTIN (Eliane), Diagnostics infirmiers, interventions et résultats, 3^{ème} édition, p.270.
- La Bible.

Ouvrages juridiques et dictionnaire

- Code de la santé publique français, 21^{ème} édition, Dalloz, 2007.
- Décret de compétence infirmière n° 2004-802 du 29 Juillet 2004 relatif aux devoirs de l'infirmier envers ses patients, Article R4312-25.
- Dictionnaire pratique du français, Hachette, 1987.

Revues

- Infection par le VIH et SIDA, ARCAT-SIDA, édition 1999.

Sites internet

- DESCAMPS (Marc-Alain), Les représentations sociales, <http://www.europsy.org/marc-alain/represoc.html>.
- Institut de Veille Sanitaire (INVS), Surveillance des contaminations professionnelles par le VIH, le VHC et le VHB chez le personnel de santé, [http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/intranetobject-accesparreference/tf%20158/\\$file/tf158.pdf](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/intranetobject-accesparreference/tf%20158/$file/tf158.pdf).