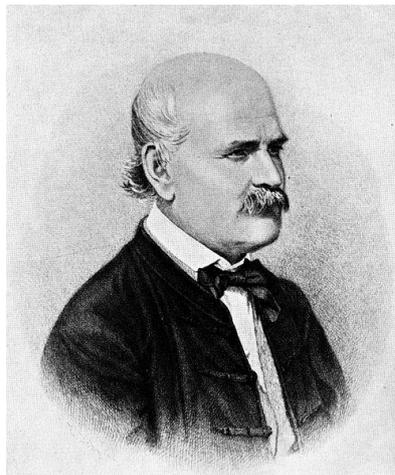


ECOLE D'INFIRMIERS ANESTHESISTES

Enric BILLIN

**MONTRE-MOI TON CHARIOT DE SOINS, JE TE
DONNERAI TA REPRESENTATION DE L'HYGIENE**

TRAVAIL D'INTERET PROFESSIONNEL POUR LE DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER ANESTHESISTE
PROMOTION 2010 – 2012



Centre Hospitalier Régional et Universitaire de LILLE

Remerciements.

Je remercie Madame BOUDIGUET pour sa patience, sa disponibilité et ses bons conseils pour réaliser ce travail.

Je remercie Monsieur GERARD, cadre supérieur de l'hôpital de Lens, qui m'a guidé dans cet exercice.

Je remercie Madame CHASSEUR pour ses précieux conseils sur l'outil traitement de texte.

Je remercie ma famille et mes amis pour leur soutien moral et logistique durant ces deux années.

Je remercie mes camarades de promotion pour les avis et conseils échangés qui permettent d'avancer.

Introduction	1
Cadre conceptuel	3
1 LES REPRESENTATIONS	8
1.1 Définition de la représentation	9
1.2 Représentation individuelle.....	10
1.3 Représentation collective.....	10
1.4 Représentation sociale.	10
2 Ma représentation personnelle de l'hygiène	11
2.1 Rôle et pratique de l'infirmier(e) anesthésiste	11
2.2 Représentation sociale de l'hygiène chez l'infirmier(e) anesthésiste	11
2.3 Représentation collective de l'hygiène chez l'infirmier anesthésiste.....	12
2.4 Représentation individuelle de l'hygiène chez l'infirmier anesthésiste...	14
2.5 Les contraintes	15
2.5.1 La contrainte « temps ».....	15
2.5.2 La contrainte « matériel ».....	15
2.5.3 La contrainte « manque de connaissance »	15
2.5.4 La contrainte « manque de volonté »	16
3 LES VIGILANCES SANITAIRES	17
3.1 Materiovigilance.....	19
3.1.1 Définition	19
3.1.2 Organisation de la materiovigilance.....	19
3.1.3 Déclaration des incidents de materiovigilance	19
3.2 Pharmacovigilance	20
3.2.1 Définition	20
3.2.2 Organisation de la pharmacovigilance.....	20
3.2.3 Déclaration	21
3.3 Nosovigilance	21

Enquête	21
4 Problématique :	25
5 Choix de l'outil :	26
6 Population choisie :	27
7 Moyen de diffusion de l'enquête	27
8 Analyse de l'enquête	28
9 SYNTHESE DE L'ANALYSE	47
 Bibliographies	 48
 Annexes	 49

Introduction.

Les récents problèmes sanitaires médiatisés (implants mammaires PIP, Médiator®, sans oublier l'affaire du sang contaminé et les infections ostéo-articulaires complexes de la clinique des sports) nous rappellent qu'être soigné n'est pas seulement un bénéfice, cela implique parfois des risques. Ces dommages liés aux soins sont définis comme événements indésirables.

Certains événements indésirables sont responsables d'une hospitalisation, d'une prolongation de la durée d'hospitalisation, d'une incapacité de sortie de l'unité de soins ou même entraînent des risques vitaux. On parle alors d'événements indésirables graves. Sur les 6,5 millions d'interventions chirurgicales réalisées chaque année en France, il y aurait 60 000 à 95 000 complications graves¹ survenant pendant ou au cours de ces interventions.

L'enquête nationale sur la survenue de ces événements indésirables graves associés aux soins (Etude ENEIS de 2004) montre que près de la moitié de ces événements serait évitable. C'est-à-dire qu'ils ne seraient pas survenus si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de la survenue de cet événement.

Tout ceci nous amène à réfléchir sur la qualité des soins que nous réalisons.

L'institute of medicine définit, en 1998, le soin de qualité quand celui-ci est :

- Efficace,
- Efficient,
- Conforme aux données actuelles des sciences,
- Adapté au patient et à ses choix,
- Sûr.

C'est sur ce dernier critère que portera mon travail.

Le dictionnaire ROBERT DE POCHE désigne le terme « sûr » par quelque chose qui ne présente pas de danger, et donc par extension donne le terme sécurité.

Pendant mes périodes de stage au bloc opératoire, j'ai eu l'impression que l'hygiène n'était pas le souci premier chez certain(e)s infirmier(e)s anesthésistes que j'accompagnais. Les pratiques n'étaient pas les mêmes chez tous, certains avaient le souci de nettoyer tout ce qui n'était pas à usage unique et qui avait été en contact avec le patient, d'autres ne semblaient pas s'en préoccuper. De plus j'ai pu observer que les dates d'ouvertures des flacons d'antiseptique ou de solution hydro alcoolique n'étaient pas souvent notées.

Aussi, l'organisation, l'entretien et la traçabilité du chariot de soins en salle d'intervention me paraissaient négligés. Ce chariot de soins est pourtant le point de départ de la plus part des gestes de notre pratique professionnelle. Ainsi, le premier maillon de notre chaîne de soins peut être source de contaminations et donc, au final, d'infections nosocomiales avec toutes ces conséquences pour le patient et pour l'établissement (augmentation du coût de la prise en charge par allongement de l'hospitalisation).

1

« Engageons-nous pour des soins plus sûrs » Docteur VERHEYDE, le 24 novembre 2011

Je suis convaincu que tous les agents souhaitent garantir la sécurité du patient, et non l'inverse, et donc qu'ils ne veulent pas provoquer des infections liées aux soins. Je m'interroge alors sur la représentation de la sécurité des soins de la part de l'infirmier(e) anesthésiste en orientant le sujet sur l'hygiène et les vigilances (pharmacologiques et matérielles).

Dans une première partie, je développerai les concepts de la représentation. En m'appuyant sur ces définitions, j'exposerai ma représentation personnelle de l'hygiène. Enfin j'expliquerai les vigilances pharmacologique, matérielle et infectieuse.

La seconde partie dégagera une problématique à partir du cadre conceptuel. L'enquête et son analyse tenteront d'apporter des réponses aux questions soulevées.

Cadre conceptuel.

1 LES REPRESENTATIONS²

1.1 Définition de la représentation

Pour Serge MOSCOVICI, la représentation est «un concept fondamental qui permet d'étudier les comportements et les rapports sociaux sans les déformer»³.

Jean CLENET définit la représentation, construite par une personne ou un collectif, comme « le lien, le rapport le plus intime avec l'organisation et l'environnement dans lequel elle se situe ».

Enfin, Michel DENIS estime que les représentations construites par l'individu lui permettent de régler sa conduite. Les contenus des représentations agissent comme des grilles de lecture et des grilles d'actions.

Il en résulte que la représentation de l'hygiène, chez l'infirmier anesthésiste, va dicter son attitude, son comportement quotidien dans son environnement qu'est le bloc opératoire,

Alex MUCCHIELI⁴ définit l'attitude comme «un état d'esprit ou prédisposition générale psychologique envers quelque chose. Cette prédisposition oriente dans un sens toutes les interactions avec l'objet en question».

L'état d'esprit de l'infirmier anesthésiste, face à l'hygiène, influence donc l'impact de celle-ci dans la pratique quotidienne,

Les représentations concernent l'individu mais aussi, comme le sous-entend Jean CLENET, les individus dans un groupe identifié. Ces groupes sont représentés à différents niveaux.

D'une part des personnes qui se reconnaissent dans un mouvement, une identité, formant une société. On parlera de représentation sociale.

Puis les personnes qui appartiennent à un groupe distinct mais attaché à une société. On parle ainsi de représentation collective.

² [Daimon.free.fr/mediatrices/representations.html](http://daimon.free.fr/mediatrices/representations.html)

³ Serge MOSCOVICI, Les représentations sociales, 1989

⁴ Alex MUCCHIELI, La psychologie sociale, page 14

1.2 Représentation individuelle.

Pour Jean CLENET⁵, les représentations individuelles sont « ce qu'un sujet a pu intérioriser d'une situation vécue, ce qui pour lui « fait sens » et donne sens à ses actions. Elles sont fondées sur des expériences singulières et sont construites de manière tout autant singulière dans un environnement qui devient alors singulier ».

Elles constituent un tout cohérent et personnel, et lui servent à organiser son action.

Cette définition désigne, pour le domaine étudié, l'infirmier anesthésiste en tant qu'individu.

1.3 Représentation collective.

Michel DENIS⁶ explique : « Ces représentations comportent une spécificité individuelle mais également un noyau commun partagé par la plupart des esprits humains participant de la même culture. Elles désignent les représentations partagées par un groupe social en terme de contenu essentiellement ».

Cette définition désigne les infirmiers anesthésistes qui travaillent ensemble dans un même service.

1.4 Représentation sociale.

Alex MUCCHIELI⁷ définit la « représentation sociale comme un objet mental, une forme de savoir pratique consistant en une intégration spécifique des informations possédées sur un fait. C'est une base de connaissance socialement élaborée et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social ».

Cette définition désigne la profession d'infirmier anesthésiste où les rôles sont définis dans un cadre réglementaire connu par tous.

⁵ Daimon.free.fr/mediatrices/representations.html

⁶ Daimon.free.fr/mediatrices/representations.html

⁷ Alex MUCCHIELI, La psychologie sociale, page 94

2 Ma représentation personnelle de l'hygiène

C'est en m'appuyant sur les définitions des représentations que je vais exposer ma représentation personnelle de l'hygiène dans la profession d'infirmier(e) anesthésiste.

Le métier d'infirmier(e) anesthésiste est une spécialisation de la profession d'infirmier. L'infirmier(e) anesthésiste a en charge la sécurité du patient au cours de l'anesthésie, que celle-ci ait lieu au bloc opératoire ou en extra-hospitalier. Durant ses études, il approfondit la physiologie cardiaque, respiratoire, endocrinienne, hépatique ou encore rénale ; la pharmacologie concernant l'anesthésie, les matériels spécifiques, la surveillance et le maintien des fonctions homéostatiques du patient durant l'anesthésie, et l'anesthésie selon les différents terrains du patient ou selon les différents types de chirurgie.

2.1 Rôle et pratique de l'infirmier(e) anesthésiste

Le rôle de l'infirmier(e) anesthésiste est de travailler en collaboration avec le médecin anesthésiste-réanimateur dans la pratique de l'anesthésie et dans l'organisation plus générale de cette activité.

Il se charge d'effectuer les gestes concourant à l'anesthésie (dont la perfusion, l'intubation trachéale, la ventilation artificielle). Son rôle comprend également la vérification, la préparation et l'entretien du matériel d'anesthésie (matériorigilance).

L'infirmier anesthésiste assure la surveillance et l'entretien de l'anesthésie, le réveil, ainsi que certaines tâches transversales telles que l'hygiène en anesthésie, la pharmacovigilance et l'hémovigilance, comme tous les infirmiers, mais appliquées à l'anesthésie.

2.2 Représentation sociale de l'hygiène chez l'infirmier(e) anesthésiste

Par cette définition représentant l'infirmier(e) anesthésiste d'un point de vue social, j'entends que la spécialisation de l'infirmier(e) l'amène à la réalisation d'actes spécifiques (qui lui sont d'ailleurs exclusifs). C'est le seul à pouvoir les réaliser et c'est sa mission première au bloc opératoire.

L'hygiène est un élément « transversal » de sa pratique spécialisée. Cela ne signifie pas que l'hygiène est négligée mais qu'elle n'est pas la priorité absolue.

La priorité, en termes de contenu théorique, est la matériorigilance, la pharmacovigilance, les terrains spécifiques et les types de chirurgie.

De plus, le nombre restreint d'heures d'enseignement théorique consacré à l'hygiène, pendant les deux ans de spécialisation, pourrait amener à penser que l'hygiène n'est pas l'axe principal de cette formation, de cette activité.

Dans la chaîne de soins prodigués au patient durant son hospitalisation, l'hygiène est un souci permanent. D'autant plus que, dans les services de soins, le personnel paramédical prend en charge plusieurs patients simultanément. Le

risque de contamination inter-patient est donc maximal. Une étude IFOP⁸ (de 2006 sur 1004 personnes interrogées) démontre que la principale crainte des patients opérés est d'être victime d'une infection nosocomiale, devant la crainte de ne pas se réveiller.

On comprend alors que la préoccupation principale, dans le parcours de soins d'un patient, est la nosovigilance. Mais, qu'au moment de l'opération, cette priorité sera déclassée par l'infirmier(e) anesthésiste dont les impératifs sont autres.

J'en conclus que, de manière institutionnelle, de manière sociale, l'hygiène n'est pas la préoccupation première de la spécialité de l'infirmier anesthésiste au bloc opératoire.

2.3 Représentation collective de l'hygiène chez l'infirmier anesthésiste

Pour la représentation collective, je me pose les questions suivantes :

Quelle est l'influence du groupe (infirmier(e)s anesthésiste au sein d'un même bloc opératoire) sur l'individu?

L'individu a-t-il lui aussi une influence sur le groupe?

Quelles sont les limites de ces influences ?

Enfin, ces interactions se font-elles en permanence dans les deux sens?

Quand on est nouveau dans une équipe, on cherche à s'intégrer à celle-ci et à son organisation pour être accepté plus facilement. Aussi, il reste difficile pour une seule personne d'amener à la remise en question d'une organisation qui ne suscitait pas d'interrogation jusque-là. J'en ai fait l'expérience, en tant qu'infirmier, à chaque fois que j'arrivais dans un nouveau service.

Pour l'organisation d'un groupe, d'une équipe, la notion d'habitude intervient.

Alex MUCCHIELI⁹ parle lui de coutume. Il la définit comme « une façon d'agir établie par l'usage d'un ensemble d'individus, c'est une façon d'être à laquelle les membres de la société se conforment. L'imitation et la pression de conformation participent à la transmission des coutumes.

Les habitudes collectives deviennent des références de conduite, c'est-à-dire des règles et des normes non écrites assimilées comme des choses allant de soi par les individus qui les suivent sans les remettre en question.

Les coutumes, par le fait de leur répétition, de leur acceptation par un ensemble d'acteurs, de leur transmission comme modèle de comportement de référence sont donc des normes comportementales, c'est-à-dire des comportements jugés positivement et servent de référence aux conduites. »

Il ajoute, en évoquant l'imprégnation culturelle, « l'environnement, social et culturel, préexiste aux individus, s'impose à eux ».

Ainsi, s'il n'existe pas d'organisation quant au nettoyage du chariot de soins d'anesthésie en salle d'intervention, il sera difficile de demander un entretien régulier de l'ensemble de ces chariots.

Du moins à court terme car la représentation collective est un modèle dynamique, et le changement est possible selon certaines conditions.

⁸ www.ifop.com

⁹ Alex MUCCHIELI, La psychologie sociale, page 12

En effet, Alex MUCCHIELI stipule que le changement de mentalité est permis si :

- ➔ La situation exerce une pression sur le groupe pour qu'il existe un malaise et que cette pression soit ressentie par la majorité du groupe,

- ➔ Les acteurs ont connaissance des modèles socioculturels nouveaux, répondant aux nouvelles exigences, et sont suffisamment valorisés.

Il faut donc qu'il y ait une prise de conscience sur un problème donné et que les solutions proposées apportent un bénéfice.

Enfin, M. MUCCHIELI¹⁰ précise « qu'il est plus aisé de changer les idées et les normes d'un petit groupe qu'un individu isolé car les membres d'un groupe sont prêts à adhérer à des nouvelles normes si le groupe, dans son ensemble y adhère ».

Tout ceci nous laisse entendre que l'influence du groupe peut être forte sur l'individu et que le management passera par la gestion du personnel dans un axe collectif et pas seulement individuel.

Il ne reste alors que la représentation individuelle pour établir les limites de l'influence collective.

¹⁰ Alex MUCCHIELI, La psychologie sociale, page 52

2.4 Représentation individuelle de l'hygiène chez l'infirmier anesthésiste

Pour Alex MUCCHIELLI¹¹, « la pratique d'un métier inculque des attitudes liées à cette pratique ».

Pour illustrer ses propos, il prend en exemple les professions de pêcheur, de mineur et d'agriculteur. Ces professions développent des valeurs communes comme la superstition (par exposition permanente aux aléas de la nature), la persévérance (tous les efforts paient). Aussi, l'attitude professionnelle modifie le comportement personnel. Ainsi le mineur et le pêcheur feront preuve d'entraide et de solidarité car ces valeurs sont indispensables pour faire avancer le travail alors qu'elles seront moins présentes chez l'agriculteur (hormis quelques périodes, l'agriculteur travaille seul, de plus, la grêle pourra détruire les récoltes du champ voisin mais pas les siennes).

C'est en prenant ce modèle que je vais essayer de comprendre les comportements induits par la profession d'infirmier(e) anesthésiste.

L'infirmier(e) anesthésiste analyse des situations. Cette analyse amène à des actions qui ont le plus souvent un résultat à court terme. Il est donc, dans sa pratique courante, habitué à un système de projection à court terme.

Mais si une infection nosocomiale devait se développer dans les suites d'une intervention chirurgicale, son diagnostic ne se ferait qu'après l'intervention, l'infirmier(e) anesthésiste pourrait même ne pas en entendre parler. Par sa pratique, il n'est donc pas amené à projeter les résultats de ses actions à plus long terme. Cette conception pourrait donc diminuer l'expression de la représentation de l'hygiène chez l'infirmier anesthésiste et donc influencer son comportement.

Une des solutions pourrait être la prise de conscience, notamment par un échange avec l'infirmier de bloc opératoire dont la formation est très orientée sur l'hygiène.

Pour autant, en dehors de quelques périodes, l'infirmier(e) anesthésiste exerce seul sur un territoire social délimité (à la tête du patient). Il n'y a donc pas d'agent extérieur pour permettre une prise de conscience.

La représentation repose sur l'enseignement théorique de référence (contenu social) auquel l'infirmier(e) anesthésiste va confronter sa propre expérience.

Cela lui permet d'élaborer un modèle de travail qui va être soumis à l'influence collective.

Les limites de cette influence existeront à travers la conscience de l'individu, ce qui sera pour lui tolérable de ce qui ne le sera pas.

Je vais prendre l'exemple d'une injection à la seringue dans un robinet de perfusion.

Le médecin anesthésiste réanimateur enlève le bouchon du robinet, adapte sa seringue sans apposer de compresse imbibée d'antiseptique et repose le bouchon qu'il avait laissé sur le côté.

L'infirmier(e) anesthésiste peut être amené(e) à plusieurs comportements :

→ Comportement d'imitation : si le médecin le fait, c'est que ce n'est pas contraire aux bonnes pratiques,

→ Interpellation : c'est une conduite déviante qui expose à des risques infectieux.

¹¹ Alex MUCCHIELI, La psychologie sociale, page 30

C'est donc la conscience, la représentation individuelle de l'hygiène qui va guider sur l'un ou l'autre des comportements.

2.5 Les contraintes

Il n'y a pas que l'influence collective pour modifier le comportement individuel, il y a aussi les contraintes qui peuvent gêner l'expression de la représentation de l'hygiène par l'infirmier(e) anesthésiste.

2.5.1 La contrainte « temps ».

S'il l'organisation du service ne dédie pas un temps spécifique à l'entretien (par exemple des chariots d'anesthésie), l'agent pourrait ne pas réussir à réaliser les tâches spécifiques à l'hygiène.

Par exemple, réaliser l'entretien du chariot après la fin du programme opératoire pourrait amener l'agent à travailler en dehors de ses horaires de travail.

Autre exemple, le temps que l'infirmier(e) anesthésiste amène le patient en salle de réveil, installe ce dernier dans le lit, mette en route les appareils de surveillance, fixe les systèmes de drainage et réalise les transmissions, le nettoyage du bloc opératoire est réalisé et l'infirmier(e) anesthésiste regagne la salle en même temps que le patient suivant à opérer, parfois même il est déjà installé et monitoré. Il est admis par beaucoup de personnes que le nettoyage de salle inter-bloc s'arrête au matériel d'anesthésie. Les éléments de surveillance en contact avec les patients n'ont alors pas été nettoyés, sans que ce soit la volonté de l'infirmier(e) anesthésiste.

2.5.2 La contrainte « matériel ».

J'ai parfois rencontré, au cours de mes stages au bloc opératoire, une absence de matériel à proximité pour réaliser la décontamination des appareils de surveillance et surfaces de mes espaces de travail : pas de lingettes nettoyantes/désinfectantes (type WIP Anios®), pas de spray nettoyant/désinfectant, ni de bac contenant une préparation nettoyante/désinfectante. Même si ces éléments ne sont pas inaccessibles, cela nécessitera du temps (pas toujours accordé) et peut amener à une lassitude.

2.5.3 La contrainte « manque de connaissance ».

Même si nous sommes tous infirmier(e)s avant d'être infirmier(e)s anesthésistes, certaines personnes pourraient voir leurs connaissances en hygiène altérées. Notamment celles qui n'ont pas toujours travaillé dans l'ère actuelle de l'usage unique.

Nous pouvons aussi prendre l'exemple de l'utilisation de la solution hydro-alcoolique.

Quand elle arrivée dans l'hôpital où j'exerce, on devait obligatoirement se laver les mains après 3 applications de solution hydro-alcoolique. Maintenant plus on l'utilise, mieux c'est.

Des collègues estiment même qu'utiliser la solution hydro-alcoolique ne donnait pas le sentiment d'avoir les mains « propres ».

La modification des protocoles d'hygiène peut s'accompagner de confusion dans la représentation individuelle.

2.5.4 La contrainte « manque de volonté ».

Contrainte que je ne peux détailler avant d'avoir réalisé l'enquête auprès d'infirmier(e)s anesthésistes. Comme dit l'expression : il n'y a pire sourd que celui qui ne veut pas entendre.

Les conditions temps et matériels ne peuvent alors pas suffire à la réalisation des protocoles d'hygiènes, surtout des tâches difficiles (comme nettoyer l'intérieur des chariots de soins) qui peuvent être perçues comme peu gratifiantes. Ce problème de volonté peut-il traduire un manque d'autorité hiérarchique ?

Je me suis aussi demandé pourquoi le matériel d'anesthésie n'était nettoyé que par les infirmiers anesthésistes alors que ce n'est pas le cas pour le reste du matériel qui compose le bloc opératoire. Matériel pour lequel l'aide-soignant(e) et l'infirmier(e) de bloc opératoire travaillent ensemble.

Néanmoins je suis convaincu que le professionnel ne cherche pas à mal travailler.

3 LES VIGILANCES SANITAIRES¹²

En contrepartie de son financement public, l'hôpital doit rendre un service de qualité, au meilleur coût. Cette qualité se mesure notamment par rapport à des normes que l'hôpital doit respecter, en matière de matériel, de processus ou de qualification du personnel. Elle implique la mise en œuvre, dans chaque établissement, d'une démarche qualité.

En milieu hospitalier, la qualité se définit comme l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites, par l'engagement de la structure hospitalière et des professionnels dans des actions permanentes et systématiques d'amélioration du service rendu au patient. Dans un établissement de santé, mesurer la qualité consiste à vérifier régulièrement la conformité de l'organisation des soins, de l'accueil et autres, au regard de niveaux de performance préalablement définis.

Pour cela, la Haute Autorité de Santé a développé le système de certification et d'accréditation.

L'accréditation est un processus d'évaluation externe à un établissement de soins, effectué par des professionnels indépendants de l'établissement et de ses organismes de tutelle, et concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins sont réunies. L'accréditation est délivrée par une agence sanitaire indépendante : La Haute Autorité de Santé.

La Haute Autorité de Santé a ainsi mis en place le système de vigilance sanitaire. La vigilance sanitaire est un système de surveillance de santé publique, elle signale des événements indésirables et des incidents dans le but de prévenir les risques liés à l'utilisation des produits de santé.¹³

¹² <http://www.hopital.fr/Hopitaux/L-Hopital-comment-ca-marche>

¹³ http://www.cclinparisnord.org/REGION/NPC/USAGER010310/GDR_Perrin.pdf

Les Vigilances sanitaires



Vigilance sanitaire = l'information pour l'action

Chaque vigilance sanitaire est constituée d'un réseau national dont le point de départ est le professionnel de santé, en passant par des chaînes de correspondants et de structures à l'échelle locale puis régionale, qui font remonter l'information à l'instance nationale de contrôle.

Les champs des vigilances sanitaires sont :

- *Pharmacovigilance : défaut de qualité des médicaments,
- *Hémovigilance : produits sanguins labiles,
- *Matérovigilance : dispositifs médicaux,
- *Réactovigilance : dispositifs médicaux pour diagnostic in vitro,
- *Toxicovigilance : intoxications,
- *Nosovigilance/Infectiovigilance : Infections nosocomiales,
- *Biovigilance : Greffes de produits humains,
- *Cosmétovigilance : produits cosmétiques,
- *Identitovigilance : identification patient.

Il est rappelé que les professionnels de santé ont l'obligation de signaler tout événement ou incident dont ils sont témoins aux autorités sanitaires régionales ou nationales, directement ou par l'intermédiaire du correspondant local de l'établissement (L1413-14 CSP loi 2002-2003).

La non déclaration est passible de 4 ans de prison et/ou 76 000€ d'amende.

Cette partie du travail est axée sur la matériovigilance, la nosovigilance et la pharmacovigilance.

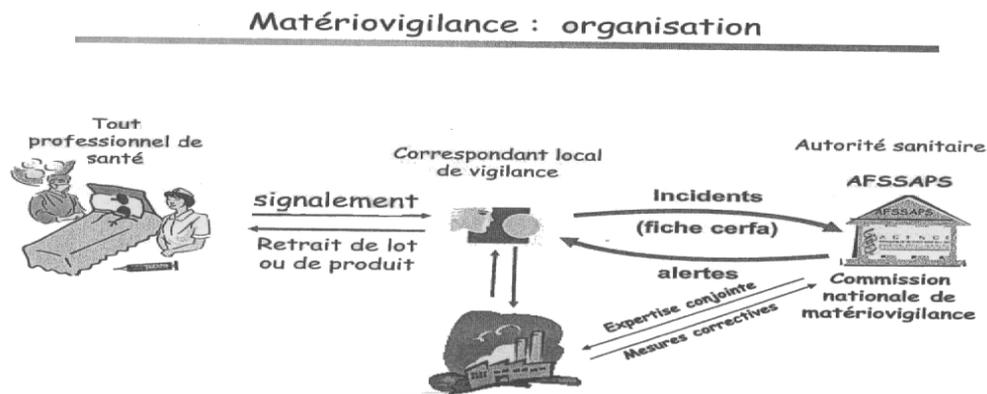
3.1 Materiovigilance

3.1.1 Définition

Elle a pour but la surveillance des incidents et des risques d'incidents pouvant résulter de l'utilisation des dispositifs médicaux après leur mise sur le marché.

Un dispositif médical correspond à tout instrument, appareil, équipement matière, produit (exceptés ceux d'origine humaine) ou autre article seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels intervenant dans son fonctionnement, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques.

3.1.2 Organisation de la materiovigilance



Tout professionnel de santé, observant un dysfonctionnement avec du matériel médical, doit le signaler auprès du correspondant local de son établissement. Celui-ci remplira la fiche de signalement (Cerfa) qui sera transmise à l'AFSSAPS. En partenariat avec le fabricant, une étude permettra de choisir la conduite à tenir, soit une correction sur le produit ou son utilisation, soit un retrait partiel ou complet par retour au service signalant.

3.1.3 Déclaration des incidents de materiovigilance

L'obligation est faite au personnel de santé de signaler tout événement ou incident dont il est le témoin aux autorités sanitaires régionales ou nationales, directement ou par l'intermédiaire du correspondant local de l'établissement. Là aussi, la non déclaration est sanctionnable par 4 ans de prison et/ou 76 000€ d'amende.

Le correspondant local de materiovigilance est un ingénieur biomédical et/ ou un pharmacien.

La déclaration est réalisée par l'intermédiaire du formulaire cerfa¹⁴ cité précédemment.

¹⁴ Annexe 1

Il est conseillé de conserver le dispositif médical et son emballage qui contient les informations importantes (numéro de lot/numéro de série).

Or, si le chariot de soins comporte, pour un produit donné, plusieurs numéros de lots sans les distinguer, la déclaration sera rendue difficile.

En effet, sans identification précise du numéro de lot incriminé, ce sera l'ensemble des numéros de lots, présent dans le chariot au moment de l'incident, qu'il faudra analyser. Ce qui aura pour conséquence une augmentation du temps de traitement de l'incident ainsi que de son coût.

Le comportement de l'infirmier(e) anesthésiste, dans sa façon d'utiliser et de ranger le matériel, a donc toute son importance.

3.2 Pharmacovigilance

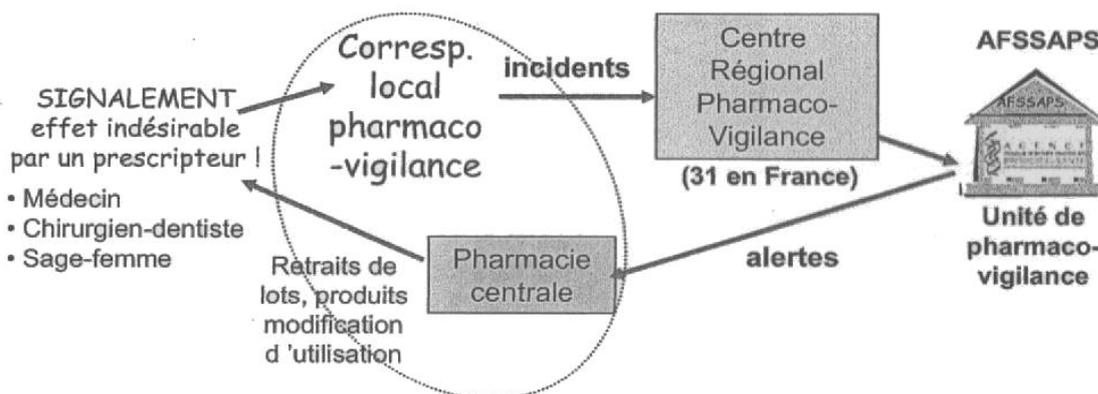
3.2.1 Définition

C'est l'ensemble des techniques d'identification, d'évaluation et de prévention du risque d'effets indésirables des médicaments mis sur le marché.

L'effet indésirable étant une réaction nocive ou non voulue, se produisant aux posologies normalement utilisées par l'homme.

Tout prescripteur ou paramédical ayant constaté un effet indésirable grave ou inattendu, susceptible d'être lié à un médicament doit faire une déclaration immédiate au centre régional de pharmacovigilance, même s'il n'est pas le prescripteur de ce médicament.

3.2.2 Organisation de la pharmacovigilance



Tout professionnel de santé, observant un dysfonctionnement lors de l'utilisation d'un médicament, doit le signaler au près du correspondant local de son établissement. Celui-ci remplira la fiche de signalement (Cerfa¹⁵) qui sera transmise à l'AFSSAPS par l'intermédiaire du centre régional de pharmacovigilance. En partenariat avec le fabricant, une étude permettra de choisir la conduite à tenir : soit une correction de l'utilisation, soit un retrait du lot incriminé jusqu'au retrait complet du produit.

¹⁵ Annexe 2

Le système national de pharmacovigilance assure le suivi du risque médicamenteux en situation thérapeutique réelle par :

- _L'identification des effets secondaires rares, non repérés pendant les essais cliniques avant Autorisation de Mise sur le Marché et commercialisation,
- _Réévaluation du rapport bénéfices/risques initialement établi lors de l'Autorisation de Mise sur le Marché,
- _Prise de décision adaptée et étayée par des preuves si un retrait temporaire ou définitif est nécessaire.

3.2.3 Déclaration

La déclaration se fait sur la fiche Cerfa prévue à cet effet.

Comme pour la matériovigilance, le comportement de l'infirmier(e) anesthésiste est primordial. En effet, la déclaration d'un incident pharmacologique requiert le nom du médicament, la posologie utilisée mais aussi son numéro de lot.

Aussi, ranger les médicaments en les mélangeant dans un compartiment, sans distinction des différentes dates de péremption, impose une vérification régulière de ces dates. Si le contrôle n'est pas rigoureux, il pourrait rester dans le compartiment de rangement des médicaments dont la date limite d'utilisation est dépassée.

Le risque d'utilisation de médicaments périmés est renforcé si le professionnel ne regarde pas la date de péremption avant chaque utilisation du médicament.

3.3 Nosovigilance

La nosovigilance est l'obligation réglementaire faite aux établissements de signaler en interne, et éventuellement en externe (aux autorités sanitaires et aux Comité de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN)) certaines infections associées aux soins dont les caractéristiques ont été arrêtées par les Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) de chaque établissement.¹⁶

Dans l'objectif de réaliser un état des lieux en matière d'infections nosocomiales et de garantir de la visibilité aux usagers sur ce même thème, la Haute Autorité de Santé a élaboré des études annuelles.

Ces analyses rétrospectives permettent de définir quels objectifs sont atteints, et de révéler ceux à atteindre.

Cet outil d'évaluation se nomme « Tableau de bord des infections nosocomiales ».

Qu'est-ce que le tableau de bord des infections nosocomiales¹⁷ ?

Il s'agit pour chaque établissement de santé de produire 6 indicateurs qui reflètent le niveau d'engagement des établissements dans la prévention des infections nosocomiales. Ces indicateurs sont publics et mis à la disposition des usagers.

La progression individuelle de l'établissement de santé sur plusieurs années et son positionnement par rapport aux établissements de même catégorie permettent de mieux approcher sa performance globale dans la gestion du risque infectieux.

¹⁶ www.ARS.SANTE.FR

¹⁷ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapportnational2010_2011def.pdf

Par ses effets d'émulation, d'incitation ainsi que d'accompagnement des établissements en démarche de progrès, le tableau de bord vise à l'amélioration globale de la qualité des soins et de la sécurité du patient.

Quels sont les 5 indicateurs du tableau de bord 2010 (publié en 2011) ?

- L'Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales : ICALIN (publié depuis 2004).

L'ICALIN objective l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement, les moyens qu'il a mobilisés et les actions qu'il a mises en œuvre. Ce score sur 100 points reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé et de ses personnels.

- L'Indicateur de Consommation de Solutions Hydro-Alcooliques : ICSHA (publié depuis 2005, actualisé en 2010) est devenu ICSHA 2.

L'indicateur ICSHA2 est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains, une mesure-clé de prévention de nombreuses infections nosocomiales. Il permet d'apprécier la mise en œuvre par les professionnels soignants des recommandations de pratiques de prévention.

L'ICSHA2, exprimé en pourcentage, est le rapport entre le volume de produits hydro-alcooliques consommé par l'établissement et son objectif personnalisé de consommation vers lequel les établissements doivent tendre. Celui-ci est déterminé à partir d'un référentiel national prenant en compte les types d'activités.

- L'indicateur de réalisation d'une SURVeillance des Infections du Site Opératoire : SURVISO (publié depuis 2005).

L'indicateur SURVISO rend visible l'engagement de l'établissement dans une démarche d'évaluation et d'amélioration des pratiques et de maîtrise du risque infectieux en chirurgie. Il s'intéresse à la mise en place par l'établissement d'une surveillance épidémiologique des patients après leur opération chirurgicale. Il ne permet pas de mesurer la fréquence des infections du site opératoire.

SURVISO indique la proportion des services de chirurgie de l'établissement qui se sont impliqués au cours de l'année dans une enquête épidémiologique.

En l'absence de surveillance des infections du site opératoire pour les établissements de santé ayant une activité de chirurgie ou d'obstétrique, les établissements de santé sont exclus du score agrégé.

- L'Indice Composite de bon usage des AnTiBiotiques : ICATB (publié depuis 2006).

L'ICATB objective l'organisation mise en place dans l'établissement pour promouvoir le bon usage des antibiotiques, les moyens qu'il a mobilisés et les actions qu'il a mises en œuvre. Ce bon usage associe des objectifs de bénéfice individuel pour le patient (meilleur traitement possible) et collectif (limitation de l'émergence de bactéries résistantes).

Ce score sur 20 points reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé, dans une stratégie d'optimisation de l'efficacité des traitements antibiotiques.

- Taux d'infections à Staphylocoque Aureus Résistant à la Méricilline SARM, index triennal.
- Le score agrégé.

La prévention des infections nosocomiales est un sujet complexe qui nécessite la mise en œuvre de nombreuses stratégies complémentaires. Seule l'interprétation de plusieurs indicateurs permet d'avoir une vision plus globale du niveau d'engagement des établissements de santé dans ce domaine.

C'est pourquoi le score agrégé inclut quatre indicateurs différents selon le type et l'activité des établissements (par exemple SURVISO ne concerne que les structures faisant de la chirurgie).

C'est une façon de lire différemment les quatre indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales en les rendant lisibles en une seule fois.

Pour les usagers, ce score agrégé offre par catégorie d'établissements un affichage simplifié des quatre indicateurs sous forme d'une classe de A à E et d'une note sur 100.

Le poids relatif de chaque indicateur dans ce score agrégé est fixé ainsi : ICALIN 40%, ICSHA2 30%, ICATB 20%, SURVISO 10%.

Selon moi, cet outil peut permettre aux professionnels d'avoir un retour sur la pratique professionnelle en termes d'hygiène.

Si les résultats sont bons ou encourageants, le professionnel pourra ressentir une valorisation du travail accompli.

Si au contraire ils pointent des défaillances, cela pourra conduire le professionnel et/ou son équipe à prendre conscience du problème, et l'interrogation est un bon début pour parvenir au changement.

De plus, l'évaluation annuelle permet de visualiser l'évolution des efforts réalisés chaque année.

Ces résultats sont facilement accessibles, mais, jusqu'à ce que je m'intéresse à ce sujet, je ne connaissais ni le tableau de bord des infections nosocomiales, ni les résultats de l'établissement où j'exerce.

C'est en se référant à ces données théoriques que nous allons dégager une problématique et réaliser une enquête pour apporter des réponses aux questions provenant de cette problématique.

Enquête.

4 Problématique :

A travers mes différents stages j'ai pu observer des comportements déviants concernant l'hygiène, que ce soit dans la préparation et la réalisation de gestes techniques mais aussi dans l'organisation et la tenue du chariot de soins en salle d'intervention. Cela m'a laissé penser que l'hygiène n'était pas une préoccupation majeure des infirmier(e)s anesthésistes.

Je me demande alors :

- Quelle est la représentation de l'hygiène chez l'infirmier anesthésiste ?
- Quels sont les freins au respect des protocoles d'hygiène, un manque de connaissances (ne sait pas), un manque de moyens (ne peut pas), un manque de volonté (ne veut pas) ?
- L'âge et l'ancienneté de la formation d'infirmier(e) anesthésiste peuvent-ils influencer les comportements ?
- Les pratiques diffèrent-elles selon le lieu d'exercice professionnel ?
- Quelle est l'influence du groupe sur l'individu, quelle est l'influence de l'individu sur le groupe ?

C'est à travers une enquête que je vais tenter d'apporter des réponses à ces questions.

5 Choix de l'outil :

Après réflexion sur les avantages et inconvénients des différents outils d'enquête, j'ai décidé d'utiliser le questionnaire.

Celui-ci assure l'anonymat, et de ce fait, une objectivité et une liberté dans les réponses.

J'avais initialement prévu de réaliser un questionnaire et une grille d'observation pour confronter les réponses du questionnaire. Seulement, la grille d'observation impose un observateur. Or, le fait d'être observé peut donner le sentiment d'être jugé et ainsi modifier le comportement. De plus, cette grille d'observation ne s'effectue que sur un instant « T » qui ne reflète pas obligatoirement le comportement habituel.

Aussi, pour donner du crédit à la grille d'observation, les personnes observées auraient dû être les mêmes que celles interrogées. Ceci demande davantage de temps de participation à la personne interrogée, et l'expose à un double jugement.

Certaines questions sous-entendent la réponse, mais je souhaitais une formulation simple, sans ambiguïté et basée sur la sincérité du répondant.

6 Population choisie :

Le questionnaire s'adresse aux infirmier(e)s anesthésistes uniquement.

7 Moyen de diffusion de l'enquête.

Dans le but d'obtenir le maximum de subjectivité de la part des questionnés, j'ai choisi de diffuser mon questionnaire par internet, via le site www.laryngo.com.

En effet, ce type de diffusion garantit un anonymat absolu, sans identification du service ou bloc opératoire. La personne peut alors répondre librement aux questions.

De plus, ce type de diffusion est basé sur le volontariat. Les infirmier(e)s anesthésistes ne se sentiront pas obligés de répondre pour faire « plaisir » à l'élève.

Enfin, le site laryngo.com est connu de la plus part des infirmier(e)s anesthésistes que j'ai rencontrés lors de mes stages.

Il y a une partie des questions qui permet d'apprécier la représentation de l'hygiène d'un point de vue global, comportemental (port du bijou, habitudes de service) et aussi à travers les moyens d'évaluation de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN, vigilances).

Une autre partie des questions évalue les actions individuelles en terme d'hygiène dans la pratique globale et celle liée à l'utilisation du chariot de soins.

Le questionnaire était en ligne du 19 février au 20 mars 2012.

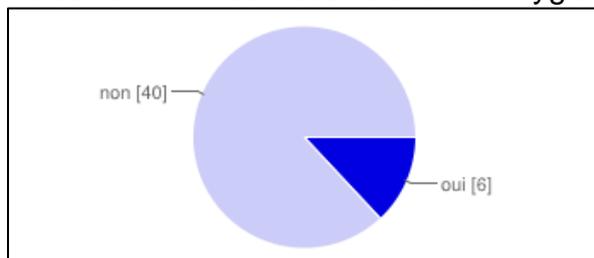
8 Analyse de l'enquête

Mon questionnaire a été visualisé 466 fois et j'ai obtenu 46 réponses, soit un taux de réponse de 9,8%. Ce qui me laisse sous-entendre que l'hygiène n'est pas un thème qui intéresse beaucoup les infirmier(e)s anesthésistes interrogés.

En comparaison, un collègue qui a utilisé le même moyen de diffusion, a obtenu plus de 50 réponses dès le premier jour de diffusion, le thème étant l'intubation difficile.

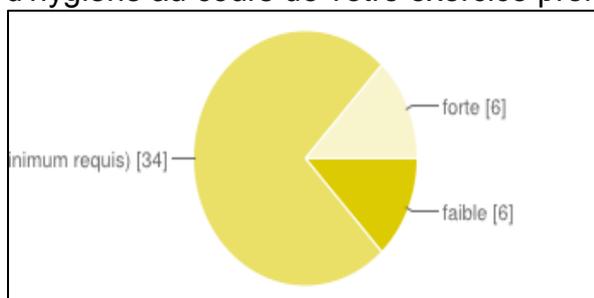
Représentation de l'hygiène.

Question 1 : Etes-vous référent en hygiène ?



oui	6	13%
non	40	87%

Question 4 : Comment qualifiez-vous votre implication dans les questions d'hygiène au cours de votre exercice professionnel ?



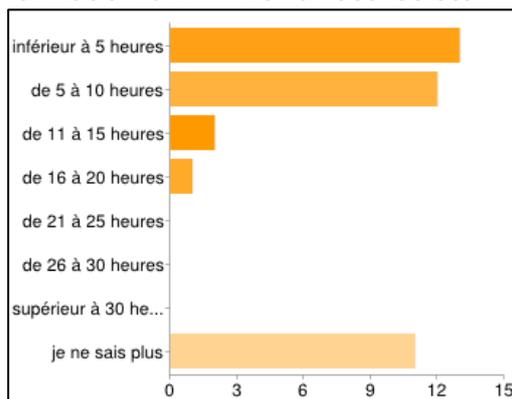
faible	6	13%
Normale (le minimum requis)	34	74%
forte	6	13%

A travers ces questions, je souhaitais définir l'investissement des professionnels en termes d'hygiène.

La majorité des interrogés (87%) ne sont pas référents en hygiène et estiment leur investissement sur les questions d'hygiène au minimum requis, montrant ainsi que l'hygiène n'est pas la préoccupation majeure de leur activité.

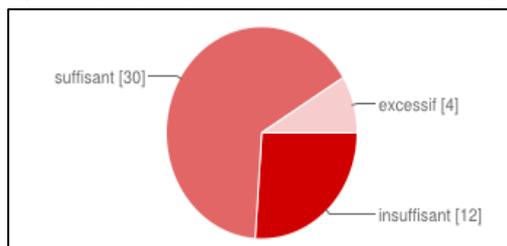
Aussi, 6% se sentent très investis. Ce chiffre correspond aux agents référents en hygiène. De plus, parmi les 6 les personnes qui se disent impliquées, 4 sont référentes hygiène, et une autre référente se sent peu impliquée dans les questions d'hygiène, peut-être ne lui laisse-t-on pas la place suffisante ...

Question 2 : Vous souvenez-vous du temps consacré à l'hygiène pendant la formation d'infirmier anesthésiste ?



inférieur à 5 heures	13	28%
de 5 à 10 heures	12	26%
de 11 à 15 heures	2	4%
de 16 à 20 heures	1	2%
de 21 à 25 heures	0	0%
de 26 à 30 heures	0	0%
supérieur à 30 heures	0	0%
je ne sais plus	11	24%

Question 3 : comment considérez-vous ce temps de formation ?



insuffisant	12	26%
suffisant	30	65%
excessif	4	9%

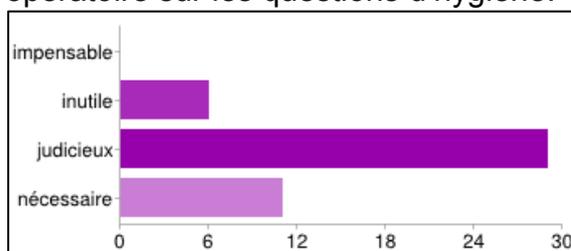
L'hygiène étant un module transversal, le temps consacré à cette discipline diffère d'une école à l'autre.

Pour 50% des personnes interrogées, le temps de formation à l'hygiène pendant les études d'infirmier(e) anesthésiste a été inférieur à 10h. Cependant, l'essentiel des répondants estime que la formation théorique en hygiène est suffisante.

4 personnes ont jugé ce temps de formation excessif, dont 2 inférieur à 10h de formation, 1 de 11 à 15 heures et 1 qui ne sait plus évaluer ce temps mais qui l'a trouvé excessif.

Les référents en hygiène ont estimé ce temps insuffisant.

Question 6 : J'ai demandé leur avis sur la collaboration avec l'infirmier(e) de bloc opératoire sur les questions d'hygiène.



impensable	0	0%
inutile	6	14%
judicieux	29	67%
nécessaire	11	26%

3 personnes n'ont pas répondu à cette question.

Seul 14% jugent cette collaboration inutile.

Elle est jugée comme intéressante pour une très grande partie, avec 67% de judicieux et 26% de nécessaire.

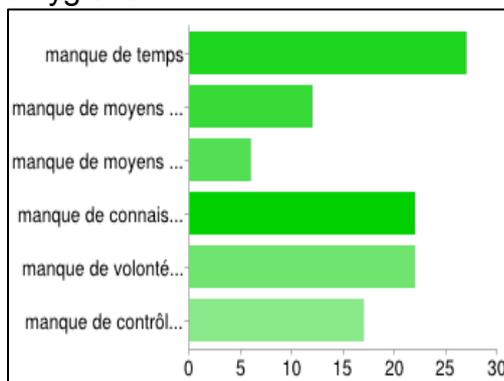
Les personnes qui ont justifié leur réponse ont précisé :

- Que les infirmier(e)s de bloc opératoire bénéficient d'une formation théorique bien supérieure à celle des infirmier(e)s anesthésistes (Diplôme Universitaire d'hygiène),
- Qu'elles connaissent mieux les protocoles et leur évolution,
- Qu'elles sont plus sensibles aux problèmes d'infections nosocomiales.

Bien que la question 3 ait révélé que le temps de formation théorique à l'hygiène était suffisant (donc suffisant pour une application pratique), 80% estiment que la collaboration sur les questions d'hygiène est intéressante car les infirmier(e)s de bloc opératoire ont plus de temps dédié à cette discipline, qui fait d'eux des spécialistes.

J'en conclus que, dans la représentation des personnes interrogées, les infirmier(e)s anesthésistes ne sont pas spécialistes en hygiène par manque de formation, mais que ce n'est pas l'objectif puisque le nombre d'heures consacré leur paraît suffisant

Question 5 : Quelles sont les contraintes à l'application des protocoles d'hygiène.



manque de temps	27	60%
manque de moyens humains	12	27%
manque de moyens matériels	6	13%
manque de connaissance des protocoles	22	49%
manque de volonté d'utiliser les protocoles	22	49%
manque de contrôle hiérarchique	17	38%

Avec cette question, je voulais définir de manière globale ce qui pouvait freiner les agents sur le respect des règles d'hygiène.

60% évoquent le manque de temps. En effet, très souvent il n'y a pas de temps dédié à l'hygiène dans l'organisation générale de l'activité de l'infirmier(e) anesthésiste. De plus l'agent subit la pression du programme à terminer. Avancer dans le programme opératoire serait alors plus important que l'application des protocoles d'hygiène.

Une minorité estime que c'est un problème de moyen humain (27%) ou matériel (13%).

Le cumul de ces 3 premiers critères nous donne 45 réponses.

La moitié des personnes interrogées met en avant un manque de connaissances (49%) et un manque de volonté (49%), et pour 38% un manque de contrôle hiérarchique.

Une fois de plus, malgré un temps de formation à l'hygiène considéré comme suffisant, des lacunes théoriques sont reconnues par les personnes interrogées.

Si on cumule ici ces critères comportementaux, nous avons 61 réponses.

Je déduis alors que la non application des protocoles d'hygiène est un problème de comportement plus que de moyens mis à disposition. A cela s'ajoute un

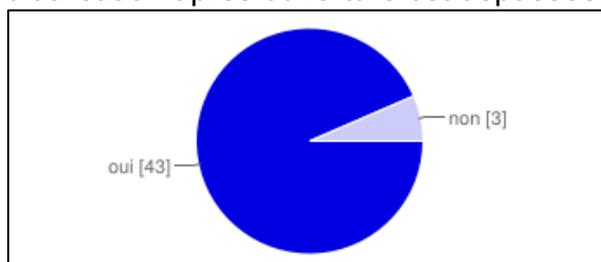
manque de contrôle hiérarchique, d'évaluation qui pourrait amener à une remise en question de sa pratique professionnelle.

Les questions suivantes vont évaluer l'organisation et l'entretien de l'environnement du chariot de soins au bloc opératoire.

Organisation et entretien du chariot de soins.

Au cours de mes stages au bloc opératoire, j'ai remarqué que les dates d'ouvertures des flacons d'antiseptique ou de solution hydro alcoolique étaient rarement notées. Je me suis alors demandé si les infirmier(e)s anesthésistes connaissaient l'intérêt de cette pratique.

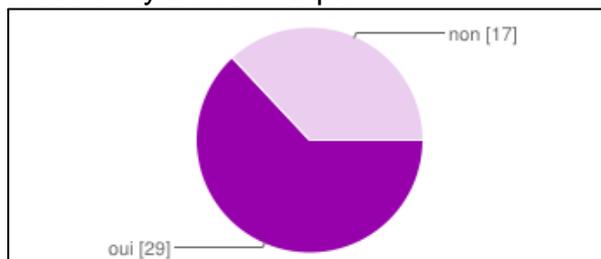
Question 7 : Selon vous, l'efficacité d'un antiseptique est-elle altérée si la limite d'utilisation après ouverture est dépassée ?



oui	43	93%
non	3	7%

La quasi-totalité des personnes ayant répondu savent que l'efficacité d'un antiseptique est altérée si la date limite d'utilisation après ouverture est dépassée.

Question 22 : Notez-vous les dates d'ouverture des flacons d'antiseptique ou de solution hydro alcoolique



oui	29	63%
non	17	37%

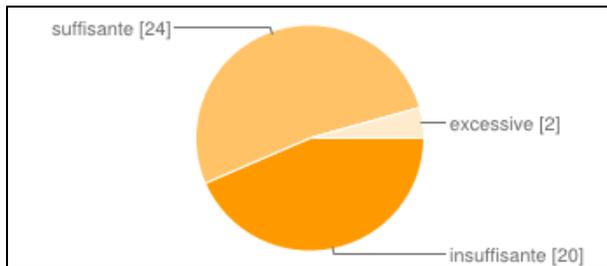
Bien que 93% des gens connaissent l'intérêt de noter les dates d'ouverture, il y a près de 40% qui ne les notent pas.

Ce n'est pas le manque de connaissances qui est responsable du non respect de cette règle d'hygiène. Peut-on supposer un manque de volonté ? Une difficulté pour noter la date sur les flacons (les flacons de Bétadine® n'offrent pas beaucoup d'espace ni de visibilité pour noter les dates dessus) ?

Question 8 : Comment estimez-vous la fréquence d'entretien du chariot de soins recommandée par les CCLIN SUD OUEST (2 fois par an)¹⁸ ?

insuffisante	20	43%
suffisante	24	52%

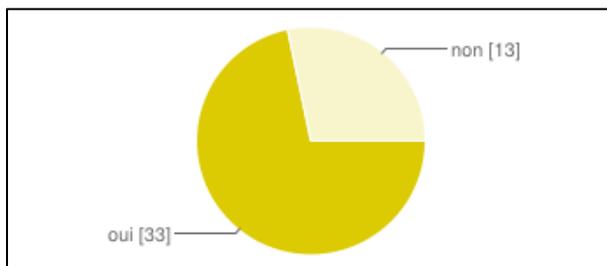
¹⁸ http://www.cclin-sudouest.com/recopdf/prep_medicaments.pdf, page 77.



excessive	2	4%
-----------	---	----

Une minorité trouve cette fréquence excessive (4%), suffisante pour 52%, et insuffisante pour 43%.

On peut alors s'attendre à avoir au moins 95% de réponses « oui » à **la question 22**, qui demande s'ils réalisent l'entretien du chariot de soins au moins 2 fois par an.



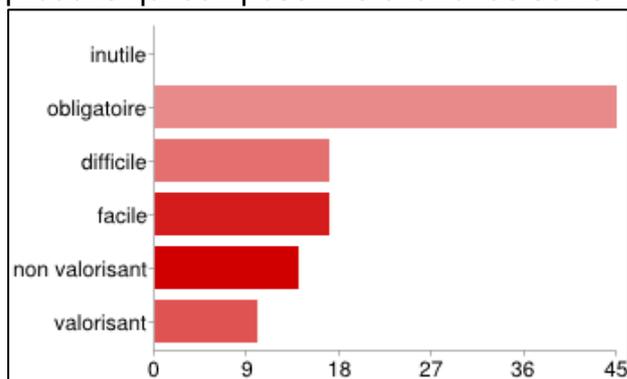
oui	33	72%
non	13	28%

Le résultat est assez différent, avec 72 % qui réalisent cet entretien au moins 2 fois par an.

Pourquoi ces 28% de réponses « non »? Non pas par manque de connaissances, mais ne peuvent-ils pas ? Ne veulent-ils pas ?

Les questions 9 et 11 vont tenter de comprendre ce comportement.

Question 9 : Comment qualifiez-vous la vérification des péremptions des produits qui composent le chariot de soins ?



inutile	0	0%
obligatoire	45	98%
difficile	17	37%
facile	17	37%
non valorisant	14	30%
valorisant	10	22%

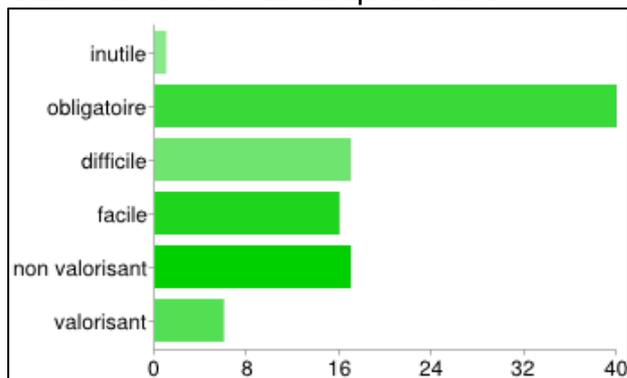
Les 98% de réponses « obligatoire » sont cohérents avec les questions précédentes, c'est quelque chose d'important dans les pratiques d'hygiène.

Tout le monde ne s'est pas exprimé sur les critères difficile/facile et valorisant/non valorisants, peut-être n'ont-ils pas compris qu'ils pouvaient donner plusieurs réponses à cette question, j'aurais peut-être dû scinder la question en 3.

Néanmoins, il y a le même nombre de réponses pour difficile que pour facile. Je n'ai alors pas de réponse « ne peuvent-ils pas ».

Il y a plus de personnes qui trouvent cette tâche « non valorisante ».

Question 11 : Comment qualifiez-vous le nettoyage du chariot de soins d'anesthésie de salle d'opération ?



inutile	1	2%
obligatoire	40	87%
difficile	17	37%
facile	16	35%
non valorisant	17	37%
valorisant	6	13%

Les réponses sont assez similaires à celle de la vérification des péremptions. Le plus souvent, les personnes interrogées ont donné les mêmes réponses aux questions 9 et 11.

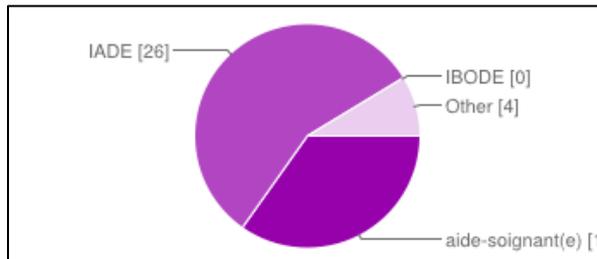
Une grande majorité la reconnaît obligatoire (87%), ici 1 personne l'a jugée inutile (cette personne a répondu obligatoire pour la vérification des périmés).

Dans les mêmes proportions elle est jugée comme difficile à 37% et facile à 35%.

Enfin les gens se sont davantage exprimés sur le côté non valorisant (37%) de cet acte.

A travers l'analyse de ces résultats, je comprends que l'entretien (nettoyage et vérifications des péremptions) du chariot de soins est reconnu comme important et obligatoire, mais que le frein à sa réalisation serait un manque de volonté car non valorisant.

Question 12 : Selon vous, qui devrait s'occuper de l'entretien du chariot de soins ?



aide-soignant(e)	16	35%
IADE	26	57%
IBODE	0	0%
Autre	4	9%

Sur les 4 personnes qui ont coché la case « Autre », 1 a précisé que c'était le rôle de l'élève infirmier anesthésiste (en ajoutant que c'était de l'humour) et 3 l'ont attribué à l'agent de service hospitalier car cette main d'œuvre est moins onéreuse et que c'est lui le spécialiste du nettoyage.

Les justifications pour la réponse « aide-soignant(e) » sont les mêmes que celles faites pour l'agent de service hospitalier, le côté économie ainsi que spécialiste du nettoyage. Cependant 3 personnes ont ajouté que c'était le rôle de l'aide-soignant(e) mais sous la responsabilité et avec l'infirmier(e) anesthésiste.

La majorité (57%) attribue le nettoyage à l'infirmier anesthésiste en évoquant que c'est son rôle de nettoyer son matériel, et qu'il connaît comment doit être organisé pour un usage aisé par l'ensemble des infirmier(e)s anesthésistes,

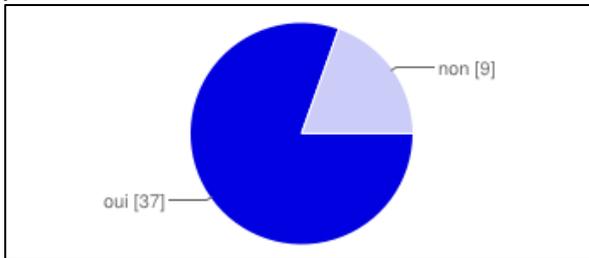
Les personnes qui ont délégué cette tâche sont essentiellement celles qui ont trouvé le nettoyage du chariot non valorisant.

Ainsi, même si l'entretien du chariot de soin peut s'avérer difficile et non valorisant, les infirmier(e)s anesthésistes interrogés le trouvent obligatoire et estiment que c'est une tâche qui leur revient.

Pharmacovigilance.

Les questions 10, 13 et 14 ont pour objectif d'évaluer l'organisation des médicaments dans le chariot de soin dans un souci de pharmacovigilance.

Question 13 : Selon vous, ranger les médicaments sans distinction des différentes dates de péremption expose-t-il au risque d'avoir des produits périmés dans le chariot de soins ?

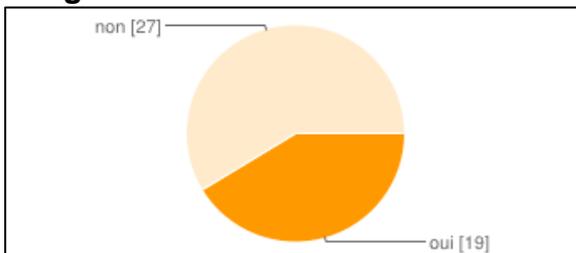


oui	37	80%
non	9	20%

80% des personnes interrogées reconnaissent que le risque d'avoir des produits périmés, dans le chariot de soins, est accru quand ils sont rangés sans distinction des différentes dates pour un même médicament.

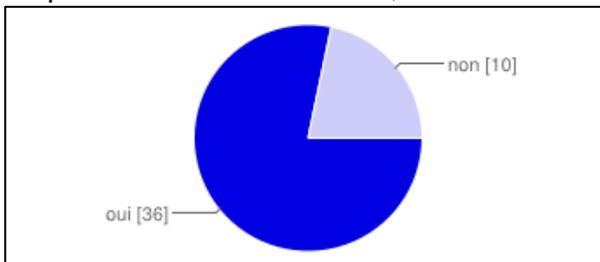
Pourtant, dans les faits, seuls 41% (voir question suivante) organisent leur chariot de soins de cette manière. Malheureusement je n'en ai pas exploité les raisons.

Rangez-vous les médicaments en distinguant les dates de péremption ?



oui	19	41%
non	27	59%

A la question « **regardez-vous les dates de péremption avant d'utiliser un produit (médicament ou dispositif stérile) ?** », nous avons un score similaire à la question 13 : 78% de oui, et 22% de non.



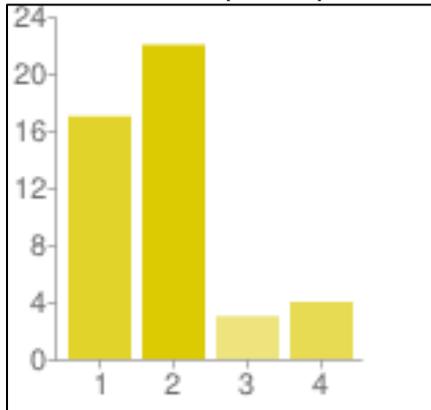
oui	36	78%
non	10	22%

Cependant, parmi les 10 personnes ayant répondu « non », à cette dernière question, 7 ne rangent pas les médicaments en distinguant les dates de péremption. Dans ce cas, comment être sûr que le médicament injecté n'est pas périmé ?

Ces 10 personnes ont pourtant reconnu, à la question 13, que ce comportement augmente le risque d'avoir des périmés.

A l'inverse, toutes les personnes qui ont estimé que le risque est nul quand on ne distingue pas les dates font partie de celles qui les vérifient avant utilisation. Ce qui peut se comprendre, car il n'est pas dangereux de ranger sans distinguer les dates puisqu'il y a vérification avant chaque utilisation. Il reste néanmoins que cette précaution peut être oubliée en situation d'urgence.

Question 10 : Sur une échelle de 1 à 4 (1 correspondant à une probabilité nulle et 4 à une probabilité forte) qualifiez la probabilité d'avoir déjà utilisé des produits dont la date de péremption était dépassée.



1	nulle	17	37%
2		22	48%
3		3	7%
4	forte	4	9%

Les personnes qui ne répondent pas 1 (probabilité nulle) définissent alors que le risque d'avoir déjà utilisé des produits périmés existe. Ainsi, 63% des sondés avouent avoir peut-être déjà utilisé des produits périmés. Pour la plupart, cette probabilité est faible (réponse 2), pour les autres elle est moyenne à 7% (réponse 3), et forte à 9%.

Sur les 17 personnes évaluant cette probabilité nulle,

oui	3	7%
non	43	93%

 15 regardent les péremptions des produits avant utilisation, ce qui peut justifier cette assurance.

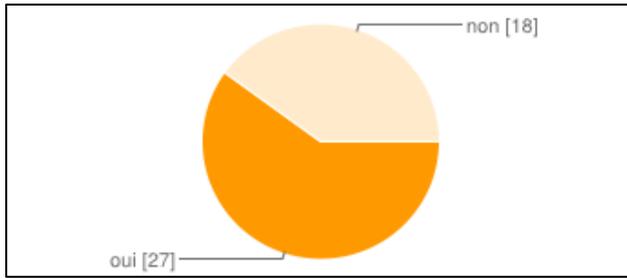
Sur les 29 personnes qui estiment le risque comme possible, 9 ne regardent pas les dates de péremption des produits avant utilisation. Bien qu'ils aient conscience du risque d'utiliser des produits périmés, ils ne vérifient pas les dates avant utilisation. De plus, ces personnes rangent les médicaments sans distinction des dates, il n'y a alors plus aucun moyen de s'assurer que le médicament injecté n'est pas périmé, exposant le patient à un risque.

Question 14 : Selon vous, ranger les ampoules d'un médicament, sans distinguer les numéros de lot, peut-il gêner la déclaration d'événements indésirables non connus en lien avec ce médicament ?

A travers mes différents terrains de stage, j'ai souvent vu les infirmier(e)s anesthésistes réapprovisionner le compartiment du médicament en posant les ampoules par-dessus celles déjà présentes.

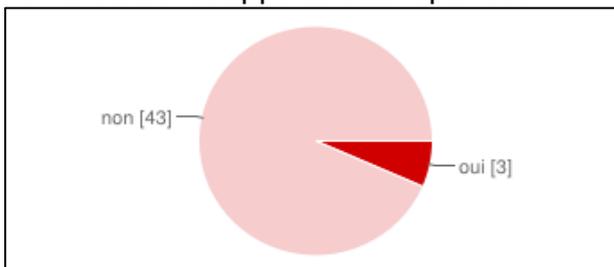
Au cours d'un de ces stages, lors d'un entretien de chariot, j'ai constaté qu'il y avait de nombreux numéros de lot différents mélangés ensemble. Pendant ce même stage, nous avons utilisé du Propofol® qui présentait une absence totale d'efficacité. Le médecin anesthésiste a alors demandé qu'on restitue ce lot de propofol® à la pharmacie. Mais l'identification précise de ce lot a été difficile car il y en avait 4 différents présents dans le chariot de soin.

La question a donc pour objectif de connaître la conscience ou non de ce problème par les infirmier(e)s anesthésistes.



La majorité (59%) des infirmier(e)s anesthésistes interrogés pensent que ce rangement, sans distinction des numéros de lot, complique la déclaration d'événement indésirable liée à l'utilisation des médicaments.

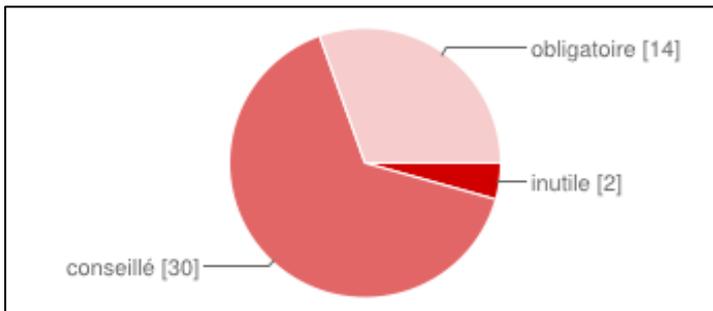
La question 22 qui demande s'ils rangent les médicaments en distinguant les numéros de lot apporte ces réponses :



oui	27	59%
non	18	39%

93% des sondés ne rangent pas les médicaments selon le numéro de lot. Mais c'est peut-être un problème organisationnel, un problème de matériel de rangement qui peut en être la cause.

Question 15 : Pour vous, établir la traçabilité de l'entretien du chariot de soins est :



inutile	2	4%
conseillé	30	65%
obligatoire	14	30%

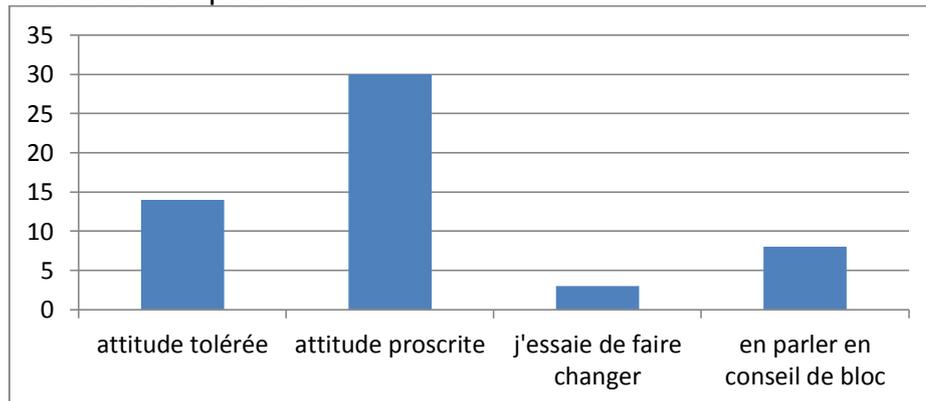
Seule 30% des personnes interrogées estiment cette traçabilité obligatoire. Pourtant, elle l'est réellement et permet d'optimiser l'entretien de l'ensemble des salles d'interventions. De plus, seul ce qui est noté peut être considéré comme réalisé.

Pour une majorité, cette action est conseillée.

Et 4% la trouvent inutile, n'y voient donc aucun intérêt. Ces 2 personnes estiment que l'entretien du chariot relève de l'aide-soignant(e).

L'hygiène en pratique

Question 16 : comment estimez-vous, en termes d'hygiène, le port de bijou par le personnel au bloc opératoire ?



c'est une attitude tolérée	14	30%
c'est une attitude proscrite	30	65%
c'est une attitude que j'essaie de faire changer	3	7%
c'est une attitude dont il faut parler en conseil de bloc	8	17%

Le port de bijou est strictement interdit pour le personnel soignant. Les unités opérationnelles d'hygiène hospitalière communiquent largement, preuves à l'appui, sur ce sujet.

Pourtant, j'ai souvent constaté que des infirmier(e)s anesthésistes et des médecins anesthésistes bravent cet interdit. Pourquoi ce comportement ?

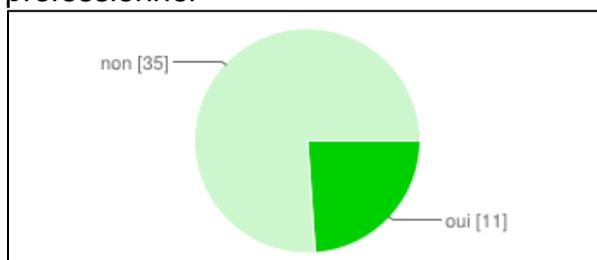
7 personnes ont donné 2 réponses dont une qui estime cette attitude comme tolérée et proscrite (exprime-t-il le souhait que ce soit toléré alors que proscrit jusqu'à présent ?), et les autres la jugeant proscrite et à évoquer lors de conseils de bloc.

1 personne s'implique de manière active sur ce sujet et a donné 3 réponses : c'est proscrit, à évoquer en conseils de bloc et c'est une attitude qu'elle essaie de faire changer.

Cependant la majorité (64%) admet savoir qu'il est interdit au personnel du bloc opératoire de porter bijou et/ou verni.

30% pensent qu'il y a une tolérance : peut-être que cette tolérance désigne l'alliance que je n'ai pas distinguée des autres bijoux.

Les réponses à cette question sont cohérentes avec celles de **la question 22** qui demande s'ils portent des bijoux et/ou verni au cours de leur exercice professionnel



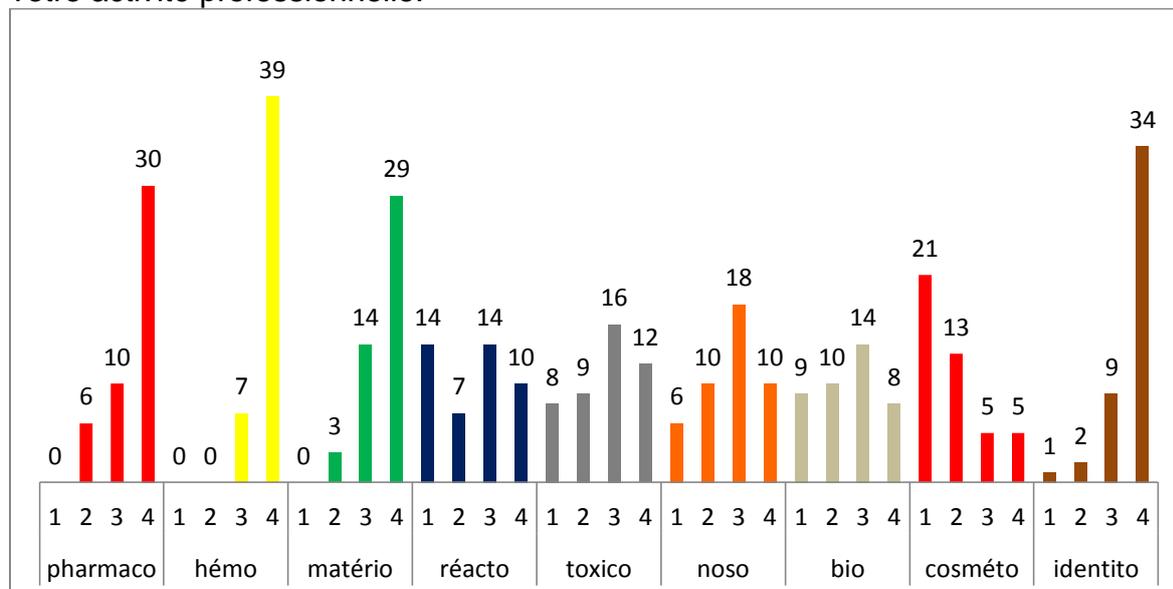
oui	11	24%
non	35	76%

En effet, 76% ne portent pas de bijoux et/ou verni, ce qui colle avec les 65% de réponse « proscrite ».

Ainsi les infirmier(e)s anesthésistes auraient, dans leur majorité, connaissance de cette interdiction et la respecteraient contrairement à ce que je pressentais. Certains vont même jusqu'à s'impliquer en essayant de faire changer cette attitude et d'autres aussi la dénonceraient en conseil de bloc.

Les vigilances

Question 17 : Sur une échelle de 1 à 4 (1 = pas important, 4 = très important), notez les vigilances suivantes selon le degré d'importance que cela occupe dans votre activité professionnelle.



Il apparaît assez clairement que la pharmacovigilance (30%), l'hémovigilance (39%), la matériovigilance (29%) et l'identitovigilance (34%) sont des vigilances importantes pour les personnes interrogées. Cela peut s'expliquer par le contrôle imposé dans ces domaines (check-list où figure le contrôle identitaire et matériel, les contrôles ultimes lors de transfusion) et, pour la pharmacovigilance, par une utilisation incontournable et exponentielle de médicaments.

Je suis surpris par les réponses de la cosmétovigilance. Nous n'utilisons pas de produits cosmétiques au bloc opératoire et 60% accordent de l'importance à cette vigilance. Peut-être ne connaissent-ils pas la cosmétovigilance. Aussi, plusieurs personnes ont attribué un 4 à toutes les vigilances, soit par méconnaissance des vigilances, soit pour répondre plus rapidement.

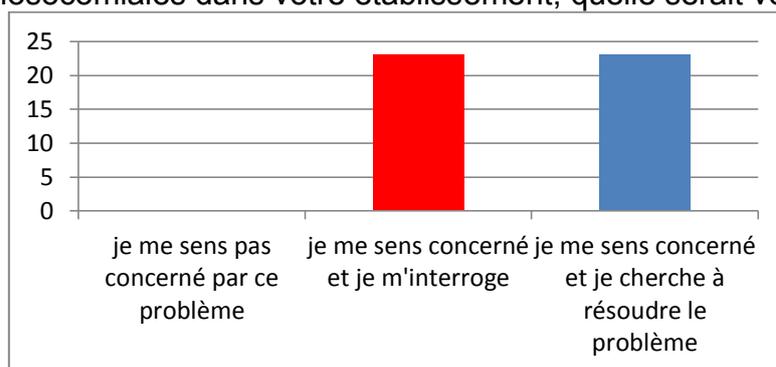
Il en est de même pour la toxicovigilance.

Les réponses pour la biovigilance sont assez variées mais je ne peux pas les analyser. En effet, je ne connais pas les activités opératoires des établissements des personnes interrogées, et même si ce n'est pas la majorité des blocs opératoires qui réalisent des greffes, je ne peux pas définir la compréhension ou non de cette vigilance.

La majeure partie des réponses 4 à la nosovigilance a été attribuée par les personnes qui ont coché 4 à toutes les vigilances. De plus, je me demande si je n'aurais pas dû utiliser le terme d'infectiovigilance plutôt que nosovigilance car les personnes qui ont répondu de manière cohérente (importance de la pharmacovigilance, l'hémovigilance, la matériovigilance et l'identitovigilance) ont accordé peu ou pas d'importance à la nosovigilance. Ne pouvant pas déterminer si c'est une incompréhension ou une considération à l'hygiène, je ne tirerai pas de conclusion sur cette vigilance.

Néanmoins, il ressort de cette question que les activités contrôlées (par la check-list ou test de compatibilité) sont identifiées comme étant importantes par les infirmier(e)s anesthésistes.

Question 19 : si une étude mettait en évidence un problème d'hygiène, d'infections nosocomiales dans votre établissement, quelle serait votre attitude ?



Je ne me sens pas concerné par ce problème	0	0%
je me sens concerné et je m'interroge sur ma pratique professionnelle	23	50%
je me sens concerné et je cherche à résoudre le problème avec mes collègues	23	50%

A travers cette question, je voulais savoir si une étude pouvait aider à une prise de conscience sur la qualité en termes d'hygiène.

Toutes les personnes interrogées seraient sensibles aux résultats de ce genre d'étude.

Pour une moitié, cette étude permettrait une remise en question.

Pour l'autre moitié, elle susciterait une mobilisation avec un désir d'actions pour changer ces résultats.

Ainsi, si une enquête pointe un dysfonctionnement en termes d'hygiène, tous les infirmier(e)s anesthésistes acceptent la remise en question.

Une enquête en termes de moyens et de résultats existe, c'est le tableau de bord des infections nosocomiales.

Les infirmiers connaissent-ils cette enquête ?

C'est avec la question 18 que j'ai essayé de répondre à cette question

Question 18 : citez quatre indicateurs institutionnels ou nationaux qui ciblent la gestion du risque infectieux, comme par exemple l'ICALIN qui est l'Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales.

31 personnes (soit 58%) n'ont pas donné de réponse à cette question.

Parmi les 15 personnes qui ont répondu, aucune n'a donné 4 bonnes réponses.

1 a donné une mauvaise réponse (IQ pass), 12 personnes ont 2 bonnes réponses (Consommation de solution hydro alcoolique, et infection des sites opératoires) et 2 personnes ont 3 bonnes réponses (solution hydro alcoolique, infection des sites opératoires et prescription d'antibiotiques).

Sur les 6 personnes qui estiment leur implication « forte » dans les questions d'hygiène, 4 n'ont pas apporté de réponse à cette question.

Celles qui ont répondu que le temps consacré à l'hygiène pendant la formation est excessif n'ont pas su répondre à cette question.

Je comprends à travers cette question que l'outil « tableau de bord des infections nosocomiales » n'est pas connu par la majorité des personnes interrogées, et qu'il ne l'est que partiellement pour les autres.

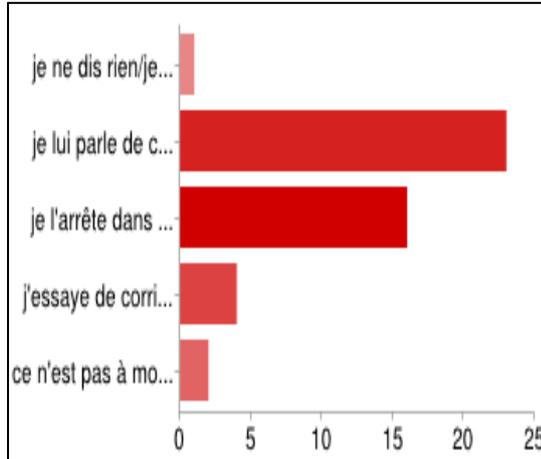
Pourtant tous ont reconnu que ce genre d'étude permet une remise en question.

Reste à savoir pourquoi cet outil est méconnu (Manque de diffusion, d'accessibilité, de communication de la part du cadre ?).

Représentation individuelle et collective.

Les questions 20 et 21 permettent de définir l'influence du groupe sur l'individu et sa réciprocité.

Question 20 : Comment réagissez-vous si vous constatez une faute d'hygiène de la part d'un professionnel (médecin anesthésiste, chirurgien, infirmier(e) de bloc opératoire, infirmier(e) anesthésiste) ?



je ne dis rien/je l'ignore	1	2%
je lui parle de cette faute	23	50%
je l'arrête dans son action	16	35%
j'essaye de corriger la faute dès qu'il est parti	4	9%
ce n'est pas à moi de réagir	2	4%

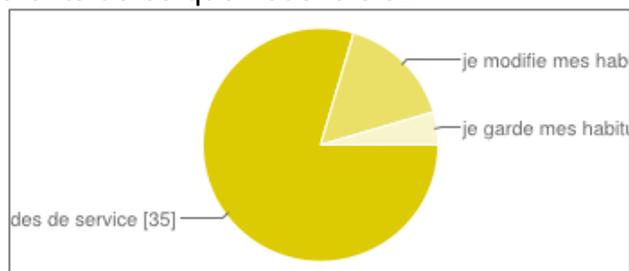
6% des sondés n'agissent pas face à cette situation dont 4% qui estiment que ce n'est pas à eux, infirmier(e)s anesthésistes, de réagir sur ce thème.

Une grande majorité (94%) réagit à cette faute. 50% en discutent avec la personne en question, et 9% corrigent l'erreur sans que l'auteur s'en aperçoive. Ainsi 59% vont laisser la faute d'hygiène se réaliser avec le risque d'infection pour le patient.

Il n'y a que 35% qui interviennent pour empêcher la faute d'hygiène de se produire.

La majorité des personnes interrogées a donc conscience des conséquences d'un manque d'hygiène pour le patient et agit pour les limiter.

Question 21 : Comment réagissez-vous face à des nouvelles habitudes de travail si vous intégrez un nouveau service/bloc opératoire dont les protocoles d'hygiène sont différents de ce que vous faisiez ?



Je m'adapte aux habitudes de service	35	76%
Je modifie mes habitudes de travail	7	15%
Je garde mes habitudes de travail	2	4%

4% des personnes interrogées résistent à l'influence du groupe et conservent leurs habitudes de travail.

15% réalisent un compromis en gardant en partie leurs habitudes mais acceptent des modifications pour se rapprocher de celles du service.

76% cherchent à s'approprier les nouvelles habitudes. Certains le justifient par le fait que cela facilite l'intégration, d'autres que les protocoles sont validés par les équipes d'hygiène et qu'il faut les appliquer, et une personne estime que la remise en question fait partie intégrante de la profession.

11 personnes ajoutent qu'elles acceptent d'appliquer les nouveaux protocoles s'ils restent cohérents aux bonnes pratiques professionnelles. Seulement, tout le monde n'a pas la même représentation des bonnes pratiques en hygiène.

A travers ces questions, je déduis qu'il est difficile de s'opposer à une personne, sur les questions d'hygiène, mais qu'il ne faut pas laisser faire.

Aussi, l'influence du groupe sur l'individu se montre supérieure à celle qu'exerce l'individu sur le groupe. Il est alors important d'évaluer les pratiques sur l'ensemble du personnel et non pas sur une seule personne. Si des modifications doivent être apportées, elles se feront à travers un changement dans le groupe et non pas à un niveau individuel.

Question 23 : Que proposez-vous pour améliorer l'application des protocoles d'hygiène, l'entretien et la traçabilité des chariots de soins ?

21 personnes (45%) ont fait des propositions :

Certains demandent plus de moyens :

→ Plus de personnel,

→ Du temps dédié à l'hygiène. Une personne rapporte que dans son service, un chariot par semaine est nettoyé et vérifié complètement et que ce temps est prévu dans l'organisation du service (cette personne a estimé, à la question 12, que ce rôle revenait à l'infirmier(e) anesthésiste).

→ L'arrêt de récupération d'heures imposée par le cadre dès que le programme opératoire est fini pour consacrer ce temps à l'hygiène et la matériovigilance.

D'autres personnes proposent des solutions d'organisation :

→ Ne pas surcharger le chariot, ce n'est pas une réserve, il doit contenir le nécessaire pour la journée,

→ Être consulté lors de l'achat de nouveaux chariots de soins pour évaluer leur ergonomie,

→ Une traçabilité de chariot qui ferait partie d'une fiche globale type « hygiène du site »,

→ Un cahier de traçabilité,

→ Une feuille de traçabilité qui serait collée au chariot de soins,

→ Intégrer l'hygiène dans la check-list,

→ Protocole plus applicable, moins contraignant vis à vis du travail à fournir.

D'autres encore proposent de la pédagogie :

→ Évaluation individuelle avec valorisation ou sanction,

→ Évaluation tous les 5 ans avec remise à niveau en guise de sanction,

→ Formation en interne,

→ Rappels par l'équipe opérationnelle d'hygiène, avec animations et informations sur l'incidence des infections nosocomiales,

→ Plus de communication,

→ Valorisation par une prime.

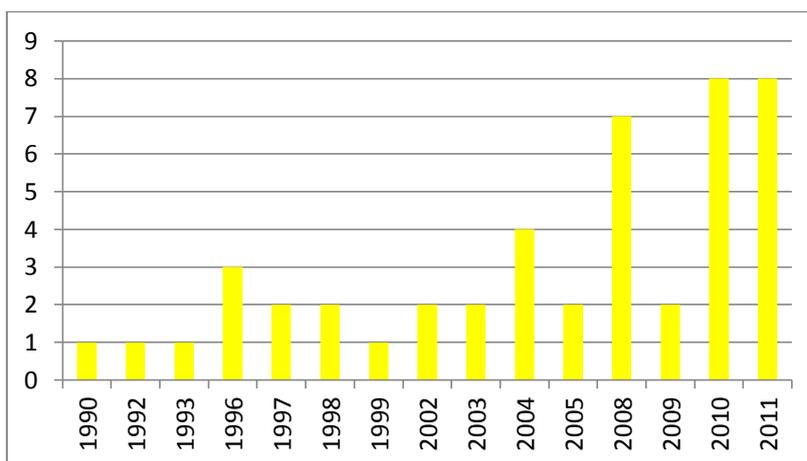
Enfin, des personnes critiquent le comportement :

→ De la bonne volonté,

→ Rendre les gens plus responsables.

Question 24 : En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ?

Avec cette question, je voulais savoir si l'ancienneté de l'enseignement de l'hygiène à l'école d'infirmiers anesthésistes pouvait influencer sur les pratiques en hygiène.



La moitié des répondants sont diplômés depuis moins de 4 ans.

La diversité des réponses selon l'année de diplôme ne me permet pas de tirer de conclusion.

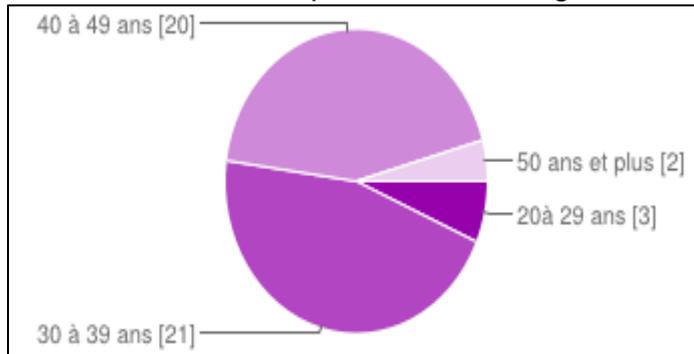
En effet, les « jeunes diplômés » ne connaissent pas plus le tableau de bord de infections nosocomiales que les diplômés moins récemment, ils ne le connaissent pas moins pour autant.

Aussi, aucun groupe ne se distingue sur la question du respect des procédures d'hygiène (port de bijoux, entretien du chariot de soin, organisation du chariot).

Enfin, la représentation de l'hygiène ne diffère pas selon l'année d'obtention du diplôme.

Toutefois, l'organisation du chariot dépend aussi du matériel mis à disposition et des habitudes du service, elle ne dépend donc pas de l'individu ni de son année de diplôme.

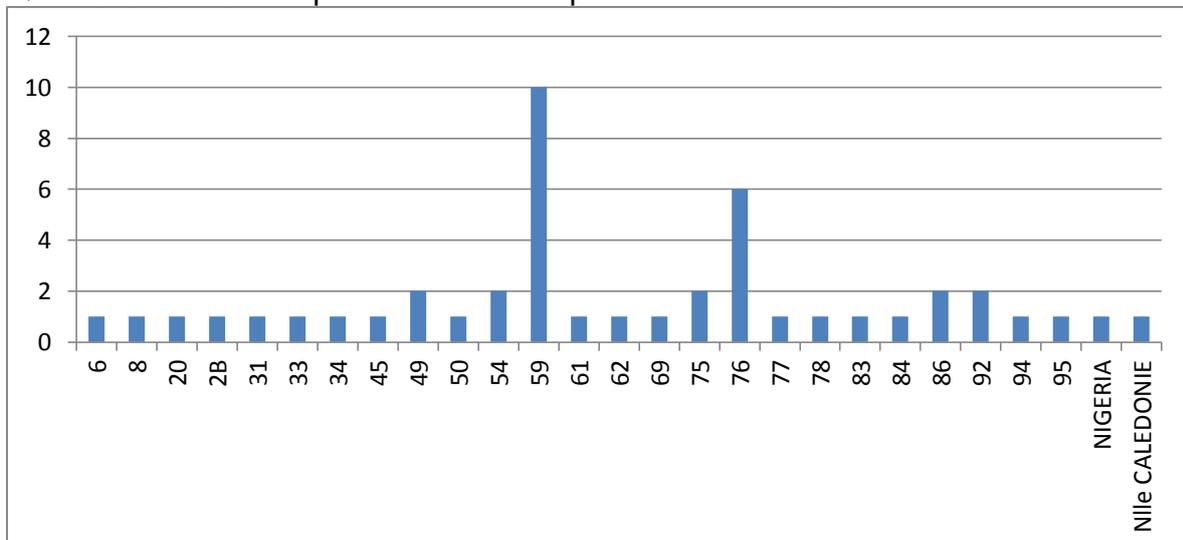
Question 25 : Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?



20 à 29 ans	3	7%
30 à 39 ans	21	46%
40 à 49 ans	20	43%
50 ans et plus	2	4%

2 groupes de répondants se distinguent : Les 30 à 39 ans et les 40 à 49 ans. La variété des réponses à l'enquête, au sein de chaque groupe, ne me permet pas de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse de l'influence de l'âge sur la représentation de l'hygiène. Je note cependant que ce sont essentiellement les 40-49 ans qui semblent avoir mal compris la question sur l'importance des différentes vigilances en cochant 4 pour chaque vigilance.

Question 26 : Dans quel numéro de département travaillez-vous ?



Le nombre d'heures dispensées au module transversal de l'hygiène n'étant pas le même dans toutes les écoles d'infirmiers anesthésistes, je supposais que la pratique de l'hygiène pouvait être différente d'un département à l'autre. Après réflexion, je reconnais qu'il serait réducteur de résumer une pratique à un département, on ne travaille pas forcément de la même manière à Dunkerque qu'à Maubeuge. Aussi, les départements ne sont pas suffisamment représentés pour que je puisse les comparer. Enfin, les réponses des personnes exerçant dans le département du Nord ne dégagent aucune similitude permettant une analyse, même pour la question sur le nombre d'heures d'enseignement sur l'hygiène.

9 SYNTHÈSE DE L'ANALYSE

D'après mon analyse, l'hygiène n'est pas le principal champ d'intervention de l'infirmier(e) anesthésiste. Aussi, celui-ci s'implique de manière modérée mais suffisante dans ce domaine. D'ailleurs ce comportement serait induit à l'école d'infirmiers anesthésistes avec un temps de formation à l'hygiène limité mais suffisant pour les besoins de la pratique professionnelle.

Les infirmier(e)s anesthésistes reconnaissent les infirmier(e)s de bloc opératoire comme les spécialistes de l'hygiène grâce à une formation beaucoup plus orientée dans ce domaine. Ils trouvent utile de faire appel à eux sur les questions d'hygiène. Mais accepteraient-ils leurs remarques ?

Enfin, ce n'est pas un manque de moyens qui limite le respect des règles d'hygiène mais un problème de comportement ou de volonté, car ce n'est pas valorisant à leurs yeux. A cela s'ajoute un manque de contrôle hiérarchique.

La plupart des interrogés a conscience de l'intérêt de l'entretien du chariot de soins (nettoyage et vérification des péremptions) pour les questions d'hygiène et de pharmacovigilance. Cependant, cette vérification n'est pas réalisée dans les mêmes proportions, cette tâche est désignée comme obligatoire mais non valorisante. Aussi, bien que la traçabilité de cette tâche soit réalisée dans la majorité des cas, peu de personnes l'identifient comme obligatoire. Pourtant, comme l'a dit le Docteur Marie-Dominique BESSE dans son intervention « Qualité en anesthésie » du jeudi 22 mars 2012, « la traçabilité est la première étape de la qualité ».

Bien que non valorisante, les infirmier(e)s anesthésistes s'attribuent cette tâche par conscience professionnelle.

Contrairement à ce que je pensais, les personnes interrogées notent les dates d'ouverture des flacons d'antiseptique car ils en connaissent l'intérêt.

En matière de pharmacovigilance, les infirmier(e)s anesthésistes interrogés connaissent l'enjeu du contrôle des dates de péremption des produits qui composent le chariot de soins. Aussi, ils regardent les limites de péremption avant chaque utilisation.

Toutefois, ils sont 63% à reconnaître avoir déjà pu utiliser un produit dont la date limite de péremption était dépassée.

Enfin, la majorité admet qu'il est utile de ranger les médicaments en distinguant les numéros de lot pour faciliter la déclaration d'événements indésirables. Pourtant peu de personnes réalisent cette méthode de rangement, mais je n'en ai pas déterminé les causes.

Pour ce qui est de l'hygiène dans la pratique professionnelle, le port de bijoux et/ou verni est peu tolérable (le peu de tolérance désigne peut-être l'alliance que je n'ai pas distinguée dans mon étude). Et contrairement à mes observations en stage, les infirmier(e)s anesthésistes ne portent ni bijou ni verni pour la plupart.

Dans l'ensemble, ils notent les dates d'ouverture sur les flacons d'antiseptiques car ils ont connaissance de la perte d'efficacité si celle-ci est dépassée.

Pour finir, bien que cette activité ne soit pas valorisante pour la majorité des sondés, le chariot de soins est nettoyé au moins deux fois par an et la traçabilité de cette activité est réalisée même si elle n'est pas connue comme obligatoire.

Les questions sur les vigilances, qui avaient pour objectif de classer la nosovigilance par rapport aux autres vigilances, n'ont pas été exploitables dans leur ensemble, soit par manque de compréhension de la question, soit par méconnaissance des différentes vigilances.

Malgré cela, il est ressorti que le tableau de bord des infections nosocomiales était peu ou mal connu par la plupart des interrogés. Or, ils ont admis que ce genre d'évaluation permettrait une remise en cause et un changement des pratiques professionnelles.

A travers cette enquête, il est ressorti que, pour les infirmier(e)s anesthésistes interrogés, il est difficile d'empêcher, de s'interposer pour arrêter une faute d'hygiène mais qu'il était important d'agir pour corriger cette erreur, soit par le dialogue, soit par une action après que le « fautif » soit sorti de la salle.

Aussi, ils préfèrent adopter les habitudes du service pour faciliter l'intégration (donc éviter les conflits) et également parce qu'ils font confiance aux protocoles établis par les représentants en la matière.

Ainsi la représentation collective se montre supérieure à la représentation individuelle.

L'âge, l'année de formation et le lieu d'exercice professionnel n'influenceraient pas la représentation de l'hygiène.

Les pistes évoquées pour permettre l'amélioration des pratiques en hygiène seraient : une formation continue en hygiène, un temps dédié pour les questions d'hygiène (entretien des chariots de soin), plus de personnel, inclure l'hygiène dans une check-list, une évaluation des pratiques d'hygiène avec sanction ou valorisation pour amener à plus de « bonne volonté ».

J'ajoute à cela, une liste qui référence, pour chaque nom de médicament présent dans le chariot de soins, la date de péremption la plus proche. Cette feuille serait rangée avec celle de la traçabilité de l'entretien du chariot de soins.

Réaliser un roulement en désignant chaque semaine (ou une autre fréquence) un infirmier(e) anesthésiste à un chariot de soins à entretenir.

Bibliographie.

- Jacky LEPRINCE, travail d'intérêt professionnel « règles d'hygiène lors de la préparation et l'administration de médicaments injectables en préhospitalier ».
- Alex MUCCHIELI, les représentations sociales.
- <http://www.hopital.fr/Hopitaux/L-Hopital-comment-ca-marche>.
- http://www.cclinparisnord.org/REGION/NPC/USAGER010310/GDR_Perrin.pdf.
- www.ARS.SANTE.FR.
- http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapportnational2010_2011def.pdf.
- Décision du 24 décembre 2010 fixant la forme, le contenu et les modalités de transmission de la fiche de déclaration d'incident grave, [ww.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).
- HYGIENE EN ANESTHESIE, 1997, EXTRAIT DES RECOMMANDATIONS DE LA SFAR.
- www.cclin-sudouest.com.
- Anne-Françoise PAUCHET-TRAVERSAT, Soins Infirmiers fiches techniques.
- <http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-38/ad382931.pdf>.
- <http://www.cclinparisnord.org/REGION/NPC/TdB2009.pdf>.
- <http://www.cclinparisnord.org/REGION/ActReg.htm#nord>.
- http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_Presse_-_Qualite_et_securite_des_soins.pdf.
- <http://www.infectio-lille.com/protocoles/ATS.pdf>.
- <http://daimon.free.fr/mediatrices/representations.html>.

Annexes.

Annexe 1 : Cerfa déclaration matériovigilance.

Annexe 2 : Cerfa déclaration pharmacovigilance.

Annexe 3 : Questionnaire.

Annexe 1
Cerfa déclaration matériovigilance.

**SIGNALEMENT
 D'UN
 INCIDENT ou
 RISQUE D'INCIDENT**

Cadre réservé à l'AFSSAPS
 Numéro
 Activité de
 Sous-commission
 Date d'émission
 Code d'envoi du signalement

DISPOSITIF MÉDICAL :
 Sous accord de l'exploitant le visa n'est pas
 prélevé dans les 10 jours de l'émission du
 signalement par l'ANCI-POSTAL ASSOCIATION

Code de la Santé publique : articles L. 5212-2,
 et 5212-14 à 15

L'émetteur du signalement

L'incident ou
 risque
 d'incident

Circonstances
 de survenue

Le dispositif
 médical
 impliqué

Conséquences
 cliniques
 constatées

Mesures
 conservatoires
 et actions
 entreprises

L'émetteur du signalement		Le dispositif médical impliqué (DM)	
Nom, prénom		Dénomination commune du DM	
Qualité		Dénomination commerciale, modèle, type, référence	
Adresse professionnelle		N° de série ou de lot	
code postal / commune		Version logicielle	
E-mail		Nom et adresse du fournisseur	
Téléphone / Fax		code postal / commune	
<input type="checkbox"/> Etablissement de santé - N° FINISS <input type="checkbox"/> Association d'utilisateur DM à domicile		Nom et adresse du fabricant	
<input type="checkbox"/> Fabricant / Fournisseur <input type="checkbox"/> Autre		code postal / commune	
L'émetteur de signalement est-il le correspondant national France ?		L'incident ou le risque d'incident	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Date de survenue / Lieu de survenue	
Si nécessaire : nom, qualité, téléphone, fax de l'utilisateur à contacter		Conséquences cliniques constatées	
Circonstances de survenue / Description des faits		Mesures conservatoires et actions entreprises	
Ce cas inclut toutes les descriptions des symptômes survenus au patient ainsi que les mesures de prise de mesures prises et le résultat de ces mesures (N.B.)		Le fabricant ou fournisseur est-il informé de l'incident ou risque d'incident ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Situation de signalement (de A à N)		Le fabricant ou fournisseur est-il informé de l'incident ou risque d'incident ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Annexe 2

Cerfa déclaration pharmacovigilance.

**DÉCLARATION D'EFFET INDÉSIRABLE
SUSCEPTIBLE D'ÊTRE DÛ À UN
MÉDICAMENT OU PRODUIT
MENTIONNÉ À L'ART. R.5121-150**

Art. L 5121-20 et R 5121-150 à R 5121-196 du Code de la Santé publique

Les informations recueillies seront, dans le respect du secret médical, informatisées et communiquées au Centre régional de pharmacovigilance (CRPV) et à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (afssaps). Conformément aux articles 34 et 38 à 43 de la loi n° 78-17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le CRPV et l'afssaps veilleront à préserver la confidentialité des données mentionnées sur cette déclaration. Par ailleurs, le patient dispose d'un droit d'accès auprès du CRPV, lui permettant d'avoir connaissance de la totalité des informations saisies le concernant et de corriger d'éventuelles données inexacts, incomplètes ou équivoques.

DÉCLARATION À ADRESSER AU
CRPV

Patient traité Nom (3 premières lettres) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Prénom (première lettre) <input type="text"/> Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Département de résidence <input type="text"/> <input type="text"/>	Date de naissance <input type="text"/> ou Age <input type="text"/> Poids <input type="text"/> Taille <input type="text"/>	S'il s'agit d'un nouveau-né, les produits ont été pris : <input type="checkbox"/> par le nouveau-né <input type="checkbox"/> lors de l'allaitement <input type="checkbox"/> par la mère durant sa grossesse. <input type="checkbox"/> Trimestre de grossesse : inscrire 1, 2, ou 3	Cachet du Praticien déclarant ou du Médecin désigné par le patient
Antécédents / Facteurs favorisants :			

Produits

Nom	Voie	Posologie	Début	Fin	Indication
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Un ou des produits ont-ils été arrêtés ? <input type="checkbox"/> Sans information <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N° N° N° N° N° N°	Un ou des produits ont-ils été réintroduits ? <input type="checkbox"/> Sans information <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N° N° N° N° N° N°
Disparition de la réaction après arrêt d'un ou des produits ? <input type="checkbox"/> Sans information <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N° N° N° N° N° N°	Réapparition de la réaction après réintroduction ? <input type="checkbox"/> Sans information <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N° N° N° N° N° N°
En cas d'administration de : médicament dérivé du sang ▶ indiquer son N° <input type="text"/>	
Nom du prescripteur	Numéro de lot du produit
Service hospitalier dans lequel le produit a été administré	Pharmacie qui a délivré le produit
En cas d'administration de : produits sanguins labiles ▶ préciser leur Dénomination, ainsi que leur Numéro de lot	

Effet Département de survenue <input type="text"/> <input type="text"/> Date de survenue <input type="text"/> Durée de l'effet <input type="text"/> Nature et description de l'effet : utiliser le cadre CI-APRES	Gravité <input type="checkbox"/> Hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation <input type="checkbox"/> Incapacité ou invalidité permanente <input type="checkbox"/> Mise en jeu du pronostic vital <input type="checkbox"/> Décès	Evolution <input type="checkbox"/> Guérison sans séquelle <input type="checkbox"/> Décès dû à l'effet <input type="checkbox"/> Décès sans rapport avec l'effet <input type="checkbox"/> Sujet non encore rétabli <input type="checkbox"/> Guérison avec séquelles <input type="checkbox"/> Décès auquel l'effet a pu contribuer <input type="checkbox"/> Inconnue
---	---	---

Annexe 3
Le questionnaire.

Question 1 Etes-vous référent en hygiène dans votre service ?

- oui
- non

Question 2 Vous souvenez-vous du nombre d'heures consacrées à l'hygiène durant la formation IADE ?

- inférieur à 5 heures
- de 5 à 10 heures
- de 11 à 15 heures
- de 16 à 20 heures
- de 21 à 25 heures
- de 26 à 30 heures
- supérieur à 30 heures
- je ne sais plus

Question 3 Comment considérez-vous le temps consacré à l'hygiène pendant la formation IADE ?

- insuffisant
- suffisant
- excessif

Question 4 Comment qualifiez-vous votre implication dans les questions d'hygiène au cours de votre exercice professionnel ?

- faible
- normale (le minimum requis)
- forte

Question 5 Quelles pourraient être, selon vous, les contraintes à l'application des protocoles d'hygiène ?

- manque de temps
- manque de moyens humains
- manque de moyens matériels
- manque de connaissance des protocoles
- manque de volonté d'utiliser les protocoles
- manque de contrôle hiérarchique

Question 6 Dans votre exercice de tous les jours, interroger les IBODE sur les questions d'hygiène serait pour vous :

- impensable
- inutile
- judicieux
- nécessaire

Justifiez votre réponse :

Question 7 Selon vous, l'efficacité d'un antiseptique est-elle altérée si la limite d'utilisation après ouverture est dépassée ?

- oui
- non

Question 8 Le CCLIN SUD OUEST recommande l'entretien des chariots de soins (nettoyage complet et vérifications des péremptions médicamenteuses) à 2 fois par an. Comment estimez-vous la fréquence de cette recommandation ?

- insuffisante
- suffisante
- excessive

Question 9 Pour vous, vérifier les péremptions des produits qui composent votre chariot d'anesthésie en salle est : (3 réponses possibles)

- inutile
- obligatoire
- difficile
- facile
- non valorisant
- valorisant

Question 10 Sur une échelle de 1 à 4, comment qualifiez-vous la probabilité d'avoir déjà utilisé des produits (médicament ou DMS) dont la date de péremption était dépassée ? (1 = nulle, 4 = forte)

- | | | | | | |
|-------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| nulle | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | forte |

Question 11 Selon vous, le nettoyage du chariot d'anesthésie en salle d'intervention est : (3 réponses possibles)

- inutile
- obligatoire
- difficile
- facile
- non valorisant
- valorisant

Question 12 Selon vous, qui devrait s'occuper du nettoyage du chariot d'anesthésie ?

- aide-soignant(e)
- IADE
- IBODE
- Autre :

Pourquoi ?.....

Question 13 Selon vous, ranger les ampoules d'un médicament donné (exemple Ephédrine ®), sans distinguer les dates de péremption augmente-t-il le risque d'avoir des périmés parmi ces ampoules ?

- oui
- non

Question 14 Selon vous, ranger les ampoules d'un médicament donné (exemple Ephédrine ®), sans distinction des numéros de lots, peut-il gêner la déclaration d'événements indésirables non connus en lien avec ce médicament ?

- oui
- non

Question 15 Pour vous, établir la traçabilité d'entretien des chariots de soins est :

- inutile
- conseillé
- obligatoire

Question 16 En terme d'hygiène, comment estimez-vous le port de bijoux (montre, bagues, bracelets...) et/ou vernis par le personnel du bloc opératoire ?

- c'est une attitude tolérée
- c'est une attitude proscrite
- c'est une attitude que j'essaie de faire changer
- c'est une attitude dont il faut parler en conseil de bloc

Question 17 Notez de 1 à 4 les items suivants, en fonction de l'importance que vous y attachez dans votre exercice professionnel (1=peu important, 4 = très important.

	1 (peu important)	2	3	4 (très important)
pharmacovigilance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hémovigilance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
matérovigilance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
réactovigilance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
toxicovigilance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nosovigilance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
biovigilance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cosmétovigilance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
indentitovigilance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question 18 Citez 4 indicateurs institutionnels ou nationaux qui ciblent la gestion du risque infectieux comme par exemple ICALIN qui est l'Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections nosocomiales :.....

Question 19 Si une étude mettait en évidence un problème d'hygiène, d'infections nosocomiales dans votre établissement, quelle serait votre attitude ?

- Je ne me sens pas concerné par ce problème
- je me sens concerné et je m'interroge sur ma pratique professionnelle
- je me sens concerné et je cherche à résoudre le problème avec mes collègues

Question 20 Comment allez-vous réagir si vous constatez une faute d'hygiène dans la pratique d'un professionnel (IADE, MAR, IBODE, Chirurgien) ?

- je ne dis rien/je l'ignore
- je lui parle de cette faute
- je l'arrête dans son action
- j'essaye de corriger la faute dès qu'il est parti

- ce n'est pas à moi de réagir

Question 21 Si vous devez changer de service/bloc opératoire, et que ce dernier a des protocoles d'hygiène différents de ce que vous avez l'habitude de faire, comment réagissez-vous face à ces nouvelles habitudes de travail ?

- Je m'adapte aux habitudes de service
- je modifie mes habitudes de travail
- je garde mes habitudes de travail

Justifiez votre réponse :

Question 22 : Dans les faits, au cours de votre exercice professionnel, réalisez-vous les actions suivantes ? Porter des bijoux et/ou vernis ?

- oui
- non

Noter les dates d'ouvertures des antiseptiques ou SHA ?

- oui
- non

Regarder les dates de péremption avant d'utiliser un produit (médicament ou DMS) ?

- oui
- non

Ranger les médicaments en distinguant les dates de péremption ?

- oui
- non

Ranger les médicaments en distinguant les numéros de lot ?

- oui
- non

Réaliser l'entretien du chariot au minimum 2 fois par an

- oui
- non

Réaliser la traçabilité d'entretien des chariots de soins

- oui
- non

Question 23 Que proposez-vous pour améliorer l'application des protocoles d'hygiène, l'entretien et la traçabilité des chariots de soins ?

.....

Question 24 En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'IADE ?

Question 25 Votre âge se situe :

- 20 à 29 ans
- 30 à 39 ans
- 40 à 49 ans
- 50 ans et plus

Question 26 Dans quel numéro de département travaillez-vous ?

Titre :

Montre-moi ton chariot de soins, je te donnerai ta représentation de l'hygiène.

Auteur :

Enric BILLIN

Mots clés :

représentations (sociales, collectives, individuelles), hygiène, chariot de soins, pharmacovigilance, materiovigilance, nosovigilance.

Méthodologie :

L'outil d'enquête utilisé est le questionnaire diffusé pendant un mois sur le site internet www.laryngo.com.

Questionnaire avec questions fermées et questions ouvertes.

Résumé :

Le chariot de soins en salle d'intervention est le point de départ de la majorité de nos soins. En effet, il est composé de médicaments, de dispositifs médicaux stériles, de flacons d'antiseptique...nécessaires à la réalisation de nos actes techniques.

Pourtant, lors de mes stages j'ai souvent constaté que ces chariots étaient négligés, aussi bien dans le nettoyage (tiroirs poussiéreux, présentant des tâches de liquide séché non identifiable), que dans la tenue du chariot de soins (réapprovisionnement, vérification des péremptions, et la traçabilité). Ce type de chariot augmente le risque d'infections nosocomiales, d'utilisation de produits périmés et rend difficile la déclaration d'événements indésirables liés à l'utilisation de matériel ou de médicaments. Tout ceci me laisse penser que l'hygiène est négligée par les infirmier(e)s anesthésistes. Je suis convaincu que les agents ne souhaitent pas véhiculer d'infections nosocomiales et qu'ils ont les connaissances nécessaires pour cela.

Mon enquête a fait ressortir que l'hygiène demeurerait une discipline importante mais non principale, dans l'activité quotidienne de l'infirmier(e) anesthésiste, car peu valorisante. L'infirmier(e) de bloc opératoire est considéré(e) comme spécialiste de l'hygiène et constitue une aide intéressante sur les questions d'hygiène.

Aussi, le tableau de bord des infections nosocomiales est peu ou mal connu. Pourtant, les répondants ont admis que cet outil peut amener à une remise en question et à un changement de la pratique professionnelle.

De plus, cette étude a révélé que l'influence collective est supérieure à l'influence individuelle.

Dans leur globalité, les personnes interrogées respectent les protocoles et recommandations d'hygiène.

L'hygiène est un processus dynamique qui évolue en fonction des avancées techniques et théoriques. Depuis la mise en évidence de l'importance du lavage des mains par le docteur Ignace Philippe SEMMELWEIS (portrait en couverture), la représentation de l'hygiène a radicalement changé.