

BARD Marie-Emmanuelle

LE RISQUE et L'IBODE

Une relation ambiguë



Travail d'intérêt professionnel d'infirmier de bloc opératoire
en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire

Promotion 2009-2011

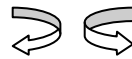
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE NANTES
Institut de Formation des Infirmiers Spécialisés
Ecole d'infirmiers de bloc opératoire
50, route de Saint-Sébastien
44093 NANTES CEDEX 1

GUILLOTON D.
GUILLE des BUTTES A-C.

BARD Marie-Emmanuelle

LE RISQUE et L'IBODE

Une relation ambiguë



Travail d'intérêt professionnel d'infirmier de bloc opératoire
en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire

Promotion 2009-2011

CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE NANTES
Institut de Formation des Infirmiers Spécialisés
Ecole d'infirmiers de bloc opératoire
50, route de Saint-Sébastien
44093 NANTES CEDEX 1

GUILLOTON D.
GUILLE des BUTTES A-C.

Un grand merci à toutes les personnes qui,
de près ou de loin, m'ont aidée à l'élaboration de
ce travail.

« Ce qui ne nous tue pas, rend plus fort »
Nietzche

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	2
<u>I- LES PHTALATES : UN RISQUE POTENTIEL AU BLOC OPERATOIRE ?.....</u>	4
• 1- Les phtalates au bloc opératoire.....	4
• 2- L'IBODE face aux risques professionnels : interrogations.....	6
• 3- L'IBODE et la prévention des risques professionnels au bloc opératoire : en théorie.....	7
○ a- Le bloc opératoire : une zone à risque ?.....	7
○ b- Le risque : histoire, définition, sociologie.....	8
○ c- L'IBODE : cadre règlementaire, risques professionnels.....	12
○ d- Le positionnement professionnel : proposition de définition.....	19
○ e- Les facteurs de prévention : de l'institution à l'humain.....	21
<u>II- L'IBODE ET LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS AU BLOC OPERATOIRE : EN PRATIQUE.....</u>	25
• 1- La méthode : observations, entretiens.....	25
• 2- Décomposition et mise en relation des données.....	27
<u>III- RENCONTRE ENTRE LA THEORIE ET LA PRATIQUE : des notions inexplorées ?.....</u>	31
CONCLUSION.....	36
REFERENCES BIBIOGRAPHIQUES.....	38
ANNEXES	
• Annexe n°1 : Glossaire	
• Annexe n°2 : Grille d'entretien	
• Annexe n°3 : Grille d'observation	
• Annexe n°4 : Check-list V-2011	

INTRODUCTION

Il n'est pas rare d'entendre que « *les cordonniers sont toujours les plus mal chaussés.* » Ce proverbe inspiré des essais de Montaigne est souvent utilisé lorsque nous n'appliquons pas à nous-mêmes ce que nous offrons aux autres. Cette maxime illustre les observations ayant initié le thème de ce travail c'est-à-dire le risque et l'Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat (IBODE).¹

Nous sommes aujourd'hui dans une « société du risque », où beaucoup de personnes recherchent la maîtrise de ce qui était à une époque considéré comme les aléas de la vie. Certains refusent la vieillesse, d'autres la maladie ou encore les mauvaises conditions de circulations liées à la neige. Mais pour certaines personnes comme moi, le problème se situe dans le refus d'une dégradation de la santé par l'utilisation massive de produits chimiques pour une plus grande rentabilité. Les phtalates, point de départ de ma problématique, en font partie. Mais au-delà de ça, c'est l'univers du risque professionnel qui m'a attiré. Pour ma part, il n'avait jamais fait partie de mes interrogations et j'avais le sentiment que pour un certain nombre de mes collègues infirmiers de bloc, diplômés ou non, il en était de même. C'est pour cela que j'ai souhaité savoir si, d'une part j'étais dans le vrai et si c'était le cas, les raisons de ces attitudes parfois contradictoires. Après m'être interrogée sur les différents aspects du problème, j'ai cerné le contexte dans lequel se situait le sujet de ce travail et analysé certains éléments conceptuels.

J'ai débuté par une définition et une description, versus risque, du bloc opératoire. En effet, selon le regard que chacun lui porte, le bloc peut être vu à travers le soin, les relations interprofessionnelles, la technicité et beaucoup d'autres. Mais dans le sujet qui nous occupe aujourd'hui, le contexte de risque est primordial et les différents thèmes abordés seront à un moment donné reliés au risque, professionnel ou non.

Dans un second temps, j'ai étudié le concept de risque et c'est à ce moment où je suis « rentrée dans la recherche » et où j'ai pris de la distance avec la situation problématique du départ. Notamment en prenant conscience que la perception du risque est personnelle et si pour moi la présence, à l'époque, de phtalates dans le Gel Hydro-Alcoolique (GHA) était inquiétante, pour une autre personne, il pouvait en être autrement. Il a été important également de définir la notion de risque réel et potentiel associée à la prévention et au principe de précaution, tout ceci dans un contexte historique. En effet, le risque est une notion récente datant du XIX^{ème} siècle et qui a fait suite à des mouvements sociaux liés aux mauvaises conditions de travail des ouvriers. A l'heure actuelle, le risque est partout, dans les médias, en médecine, dans la vie quotidienne et pour certains la prise de risque volontaire peut être une échappatoire à cette « société du risque ».

Le risque est également très présent dans le quotidien d'un IBODE.² C'est à la fois ce que j'ai souligné par les aspects réglementaires de la profession puis en détaillant les différents risques professionnels inhérents à la fonction d'IBODE. Il ne s'agit pas d'une simple énumération, j'ai souhaité expliquer à travers chaque risque les conditions d'exposition et les conséquences possibles sur la santé des professionnels en particulier de l'IBODE. Et même si la probabilité de survenue d'une de ces maladies ou troubles peut sembler faible, l'accumulation de l'exposition à travers le nombre et le temps est importante.

¹ Vous retrouverez la liste de toutes les abréviations en annexe n°1

² Le terme IBODE sera utilisé au masculin tout au long du document mais concerne indifféremment les deux sexes

Suite aux interrogations soulevées au début de ce document j'ai travaillé à l'élaboration d'une définition du positionnement professionnel. J'ai pensé qu'il pouvait avoir un impact sur la mise en œuvre des moyens de prévention des risques professionnels par l'IBODE.

Le positionnement professionnel fait partie, à mon sens, des facteurs intervenants dans la mise en place des moyens de prévention des risques professionnels au bloc opératoire. Je les ai développés afin de mettre en évidence tous les aspects du contexte et le rôle de l'IBODE pour chaque facteur. Nous allons des facteurs institutionnels aux facteurs humains, en passant par les facteurs économiques et organisationnels.

C'est après avoir étudié les facteurs humains et notamment le concept de groupe que j'ai souhaité approfondir mes recherches par l'intermédiaire d'entretiens et d'observations auprès d'IBODE. Ceux-ci allaient-ils pouvoir répondre à mes interrogations ? La réalisation d'entretiens, notamment semi-directifs, n'est pas chose facile lorsque nous n'en n'avons pas l'habitude mais il reste un outil d'enquête très intéressant pour mettre en évidence des aspects qui nous avaient échappés dans un premier temps. Cela a été possible par l'intermédiaire de l'analyse de ces données qui a mis également en évidence des discordances entre le discours théorique et les observations lors de la pratique professionnelle.

Ces discordances et les autres aspects révélés par l'analyse ont été mis en lien avec le cadre théorique développé en amont. Cette synthèse a permis de répondre à un certain nombre de questions mais en a également posé d'autres pour lesquelles un autre travail de recherche sera nécessaire.

Je souhaite préciser que j'ai pris beaucoup de plaisir, parfois dans la douleur, à l'élaboration de ce travail. Il m'a permis de découvrir que le travail de l'IBODE ne se limitait pas uniquement au bloc opératoire. J'ai également acquis de nouvelles connaissances dans des domaines que je n'aurais jamais pensé explorer un jour. Je vous souhaite, à tous et à toutes, une bonne lecture.

I. LES PHTALATES : UN RISQUE POTENTIEL AU BLOC OPERATOIRE ?

• 1- Les phtalates au bloc opératoire

Dès le 19^{ème} siècle, l'essor industriel a permis beaucoup de progrès dans de nombreux domaines. L'environnement a été modifié et cela questionne aujourd'hui. Les médias ont relayé certaines interrogations ce qui a entraîné pour ma part une réflexion sur mes habitudes de consommation, ma santé, mon alimentation ainsi que mon environnement professionnel. C'est probablement pour cela que je me suis sentie concernée par un évènement survenu au cours de mon exercice professionnel.

Printemps 2009, lors d'une pause, je discutais avec mes collègues infirmiers de bloc opératoire de la mise en place du gel hydro-alcoolique qui fait parti de la gamme des produits hydro-alcooliques (PHA), pour la friction chirurgicale des mains, par le service d'hygiène de l'établissement. Nous nous inquiétions d'éventuelles répercussions sur notre santé du fait de la présence, en grande concentration, d'alcool dans ce gel, principalement par inhalation de leurs vapeurs.

A ce moment, Pascal³, un collègue, intervient et nous interpelle en nous disant que le problème n'est peut-être pas là où l'on pense le trouver. Il nous parle alors de molécules de phtalates présentes dans la composition du GHA. La pause se terminant, chacun a repris son activité, ce qui a clos la conversation.

L'intervention de mon collègue m'ayant fortement intriguée, je fis rapidement des recherches sur internet. Je commençais par chercher une définition de ces phtalates. La première trouvée fût celle de l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) qui nous dit que : « *les phtalates sont de remarquables plastifiants du polychlorure de vinyle (PVC) auquel il confère toute la flexibilité voulue et facilite sa mise en forme ; cet usage représente de l'ordre de 90 % de leurs débouchés.* »⁴. Il existe de nombreux phtalates et l'un des plus incriminés et semble-t-il un des plus toxiques est le DEHP (Di-2-éthylhexyle). S'ils sont présents dans notre vie quotidienne (film alimentaire, produits cosmétiques, peinture, revêtement des sols, rideau de douche ...), nous les retrouvons également dans de nombreux dispositifs médicaux (DM). L'association Europharmat qui est une banque de données française en matière de DM, a formé un groupe d'étude et a pu lister les DM en contenant⁵.

Suite à une discussion avec un représentant de laboratoire pharmaceutique fabriquant des PHA, il semblerait que les phtalates ne figurent plus dans la composition de leur produit. Mais, s'il n'y a plus de phtalates dans les PHA, nous pouvons les retrouver dans la plupart des gants vinyles, or l'association vinyle/PHA est dangereuse. Je suis donc entrée en contact avec un représentant de l'INRS par l'intermédiaire d'un courriel et cette personne m'a répondu que « *Ces gels hydro-alcooliques contiennent cependant de l'éthanol ou de l'isopropanol⁶ ou un mélange de ces deux alcools ; ces deux alcools dégradent le polychlorure de vinyle (PVC) et peuvent ainsi faciliter la libération des phtalates renfermés dans le PVC, matière des gants vinyle.* »⁷

³ Prénom imaginaire utilisé pour la rédaction de ce document

⁴ INRS : *Le point des connaissances ED 5010* [en ligne] Paris, INRS 2^{ème} édition, avril 2004 [Réf. du 22/02/2010]. Disponible sur Internet : <http://www.inrs.fr>

⁵ EUROPHARMAT : *Dispositifs médicaux et phtalates* [en ligne]. [Sine loco] EUROPHARMAT, novembre 2009 [Réf du 15/05/2010]. Disponible sur Internet : <http://www.euro-pharmat.com>

⁶ INRS : *fiche toxicologique FT 66 Propan-2-ol* [en ligne]. Paris : INRS, 2009 [Réf du 14/05/2010]. Disponible sur Internet : <http://www.inrs.fr/fichetox>

⁷ Correspondance personnelle avec Mme Guilleux Anabelle représentant l'INRS du 22/04/2010

L'utilisation massive des gants vinyles en milieu hospitalier et agro-alimentaire a poussé l'INRS à mener une étude intitulée : « *Evaluation biologique de l'exposition professionnelle au phtalate de di (2-éthylhexyle) (DEHP) liée au port de gants vinyle.* »⁸ Celle-ci étant toujours en cours depuis 2009, je n'ai pu m'en procurer les résultats. Néanmoins, nombre d'études ont été effectuées depuis des années démontrant l'impact des phtalates sur la santé. Leurs résultats ont amené les autorités françaises à prendre des mesures. Tout d'abord, le « *Décret n° 2006-1361 du 9 novembre 2006 relatif à la limitation de l'emploi de certains phtalates dans les jouets et les articles de puériculture.* »⁹ Puis, en mars 2009, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) a publié des « *recommandations portant sur les phtalates dans les dispositifs médicaux* »¹⁰, celles-ci visant, si ce n'est leur interdiction, tout du moins leur limitation, l'information de l'utilisateur et la recherche d'alternatives. Dernièrement, V. Boyer, députée, a déposé un projet de loi visant à interdire l'utilisation de DM contenant des phtalates pour les femmes enceinte et les jeunes enfants en milieu hospitalier.

Mais qu'en est-il de leur impact sur notre santé ? Le niveau de toxicité des phtalates dépend du type de composé ainsi que de la voie d'exposition. L'inhalation, l'ingestion et la voie cutanée en étant les principales. Comme cité plus haut, le DEHP semble le plus incriminé mais aussi le plus utilisé dans l'industrie des dispositifs médicaux¹¹, donc le plus testé. Les études expérimentales réalisées sur des espèces animales et notamment les rongeurs ont montré principalement : une « *atrophie testiculaire, une atteinte hépatique, une baisse de la fertilité, une diminution du poids foetal, une augmentation de la masse des reins, une activité anti-androgène ainsi que des effets tératogènes (à des doses très élevées). L'exposition au DEHP et au DINP [Phtalate de mono-isononyle] a été associée à une augmentation de l'incidence d'adénome et de carcinome hépatocellulaire chez les rongeurs.* »^{12/13}

Si le potentiel cancérigène n'a pas été, en l'état actuel des connaissances, établi en ce qui concerne l'homme, il en est tout autrement des effets sur les organes reproducteurs, notamment chez le fœtus et le petit garçon. L'exposition aux phtalates et principalement au DEHP entraîne des problèmes de développement et de fertilité. Ce risque est fortement majoré lorsqu'il s'agit d'un enfant mâle né prématurément et nécessitant des soins de longue durée en milieu hospitalier. Les patients ayant accès à certains procédés médicaux (hémodialyse, transfusion, circulation extra-corporelle...) sont également considérés « à risque. »^{14/15/16}

S'il n'y pas à l'heure actuelle d'études probantes concernant les effets chez l'adulte, l'exposition aux phtalates est réelle. Elle est omniprésente dans la vie quotidienne et/ou professionnelle. C'est pourquoi les autorités de certains pays, par prudence, mettent en place

⁸ INRS : *Evaluation biologique de l'exposition professionnelle au phtalate de di (2-éthylhexyle) (DEHP) liée au port de gants vinyle* [en ligne]. Paris : INRS [Réf du 14/05/2010]. Disponible sur Internet : <http://www.inrs.fr/fichetox>

⁹ Décret n°2006-1361 du 9 novembre 2006 relatif à la limitation de l'emploi de certains phtalates dans les jouets et les articles de puériculture

¹⁰ AFSSAPS : *Recommandations portant sur les phtalates dans les dispositifs médicaux* [en ligne] Paris : AFSSAPS mars 2009 [Réf du 14/05/2010]. Disponible sur internet : <http://www.afssaps.fr>

¹¹ EUROPHARMAT : *Guide pratique sur les phtalates* [en ligne]. [Sine loco] EUROPHARMAT, février 2010 [Réf du 15/05/2010]. Disponible sur Internet : <http://www.euro-pharmat.com>

¹² INSTITUT NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE QUEBEC (INSPQ): *Les phtalates : état des connaissances sur la toxicité et l'exposition de la population générale* [en ligne]. Québec : INSPQ janvier 2004 [Réf du 15/05/2010]. Disponible sur Internet : <http://www.inspq.qc.ca>

¹³ INRS, *Le point des connaissances ED 5010* op. cit.

¹⁴ INRS, *Le point des connaissances ED 5010* idem.

¹⁵ EUROPHARMAT, op. cit.

¹⁶ INSPQ, op. cit.

des moyens pour limiter l'exposition de la population¹⁷. Ces moyens auront également pour effet de limiter l'impact des phtalates sur l'environnement. Il faut rester, malgré tout, prudent car les données concernant les alternatives à certains phtalates sont faibles.

Je fis donc part d'une partie de ces recherches à plusieurs collègues infirmiers(ères) et aides-soignantes, afin d'avoir leur avis sur la question. Personne, mis à part mon collègue Pascal, ne semblait avoir, ne serait-ce que de nom, entendu parler des phtalates. J'ai donc pu observer différents comportements : un désintérêt total pour certains, un questionnement pour d'autres, mais la personne ayant été la plus touchée fut une jeune collègue infirmière en début de grossesse. La remarque la plus fréquente a été que nous étions tellement entourés de produits toxiques dans notre travail et dans la vie, qu'un de plus ou de moins cela ne faisait guère de différence. Malgré tout, l'idée a cheminé dans certains esprits et certaines pratiques ont été quelque peu modifiées, notamment l'utilisation des gants non stériles à usage unique qui est plus réfléchi.

- **2- L'IBODE face aux risques professionnels : interrogations**

C'est à ce moment précis que j'ai pris conscience des risques qui m'entouraient dans l'exercice de ma profession d'infirmière de bloc opératoire et du peu d'intérêt que j'y avais porté jusque là. Un grand nombre de questions m'est venu depuis à l'esprit.

Ma première réaction a été de me demander pourquoi un produit si potentiellement toxique était si largement diffusé alors qu'il existe des alternatives. Son efficacité est-elle supérieure aux autres plastifiants ? Les études actuelles concernant les risques liés aux phtalates ne sont peut-être pas assez probantes ? Et donc qu'en est-il de l'avancée des études ? Est-ce une volonté politique, économique ? Et qu'en est-il de la législation en France et dans le reste du monde ?

J'ai parcouru de multiples études ou articles mettant en avant les risques liés à l'exposition aux phtalates pour certains patients mais qu'en est-il des soignants ? Le risque est-il réel ? Peut-on quantifier le niveau d'exposition ? Dans quelle mesure sommes-nous exposés ? Quels DM sont susceptibles d'en contenir ?

La découverte des propriétés des gants en vinyle a également accentué ma stupéfaction. Les gants non stériles utilisés au sein du bloc opératoire où je travaille sont en grande majorité en vinyle, les gants latex étant plus allergisants et ceux en nitrile, du fait d'un coût supérieur, réservés pour le lavage des instruments et autres DM non autoclavables. Les risques liés à la présence des phtalates dans leur composition n'est pas la seule chose remise en question : leur étanchéité, leur confort, les risques allergiques et l'impact sur l'environnement également. Dans quelle mesure devons-nous et pouvons-nous refuser ou limiter leur utilisation ?

Cette prise de conscience m'a amenée à m'interroger sur les autres risques liés à mon environnement professionnel : quels sont-ils ? Sont-ils tous identifiés ? Quelles sont les mesures de préventions associées ? Mais je crois que ce qui m'a le plus interpellée c'est cette absence d'intérêt que je portais à tout cela et qui semble être également le cas pour une partie de mes collègues. Est-ce un problème de connaissances ? Les Infirmiers de Bloc opératoires Diplômés d'Etat sont-ils plus sensibilisés que les autres personnels ? L'information est-elle suffisamment diffusée ? Les soignants vont-ils rechercher cette information ? Le « prendre soin » ne concernerait-il que le patient et pas le soignant lui-même ? Avons-nous une confiance aveugle envers l'autorité ? Ou peut-être refusons-nous inconsciemment de savoir pour ne pas avoir à les affronter ?

Parallèlement, je m'interroge sur ce qui influence la prise de conscience des risques professionnels et la mise en œuvre des moyens de prévention : est-ce la formation ?

¹⁷ INSPQ, idem.

L'expérience ? La personnalité ? Est-ce l'implication personnelle et notamment chez ma collègue enceinte, l'impact que peuvent avoir certains risques sur la santé de son bébé ?

Ce questionnaire m'amène à me demander **en quoi le positionnement professionnel influence l'IBODE dans la prévention des risques professionnels au bloc opératoire ?**

- **3- L'IBODE et la prévention des risques professionnels au bloc opératoire : en théorie**

C'est pourquoi j'ai souhaité développer les différentes notions énoncées dans cette question en commençant par le bloc opératoire, puis le risque d'un point de vue général avec la notion de prévention, suivi par l'IBODE incluant les différents risques professionnels inhérents à sa fonction, pour finir par le positionnement professionnel. J'ai choisi de présenter les risques professionnels dans le chapitre concernant l'IBODE car ils sont en lien direct avec sa fonction. Il m'a également semblé important d'aborder les différents facteurs intervenant dans la mise en place des moyens de prévention des risques professionnels au bloc opératoire.

- a- Le bloc opératoire : une zone à risque ?

Selon l'encyclopédie Larousse, un bloc opératoire est « *l'ensemble des locaux et des équipements nécessaires aux opérations chirurgicales.* »¹⁸ C'est un lieu fermé, une enceinte protégée où un nombre « restreint » de personnes est admis. Différentes disciplines s'y côtoient (médicales, chirurgicales, paramédicales...) L'accès y est règlementé et se fait le plus souvent par un code ou une carte magnétique.

Une fois le passage effectué, l'accès à la zone protégée se fait dans une tenue spécifique où tout signe distinctif est effacé. La tenue se compose d'un « *pyjama* » (terme très usité dans les blocs opératoires) de type tunique-pantalon souvent dans un tissu en polyester-coton ceci afin de limiter, l'aérobio-contamination, ainsi que la contamination du personnel par des micro-organismes et des liquides biologiques. Le mélange de polyester avec du coton est également important car il permet de réduire le risque incendie ; le polyester étant moins inflammable que le coton. Il est commun à l'ensemble du personnel quelle que soit sa fonction. Cette tenue se complète par le port d'une « coiffe » de type cagoule ou charlotte, d'un masque qui a également une fonction de protection pour le personnel (projection, inhalation de produits potentiellement toxiques) et enfin des sabots dédiés au bloc qui doivent être antidérapants afin d'éviter les chutes et antistatiques pour une meilleure isolation.

C'est, par ailleurs, un environnement technologique important de part l'utilisation de matériel anesthésique (respirateurs, appareils de monitoring...) et chirurgical (tables chirurgicales, amplificateur de brillance, générateur de bistouri électrique, laser, colonne de cœlioscopie, scialytique, caddies de stockage...). Les agents y manipulent des DM lourds comme certains ancillaires de chirurgie orthopédique, des produits non-médicamenteux de type formol, acide peracétique, alcool ainsi que les bouteilles de gaz type dioxyde de carbone, oxygène...

Tous ces éléments font du bloc opératoire une zone à risques à la fois pour le personnel, le patient et l'environnement.

La gestion de ces équipements et des risques relève des compétences de l'IBODE. Mais avant, il nous faut préciser le concept de risque.

¹⁸ LAROUSSE MEDICAL. *Le bloc opératoire* [en ligne]. [Sine loco] Larousse [Réf du 24/05/2010]. Disponible sur Internet : <http://www.larousse.fr/encyclopedie>

o b- Le risque : histoire, définition, sociologie

Selon le Petit Larousse Illustré, le risque est défini comme étant un « *danger, [un] inconvenient plus ou moins probable auquel on est exposé* »¹⁹. David Le Breton, anthropologue et sociologue français, professeur à l'université de Strasbourg, voit le risque sous un autre aspect, il dit que « *le risque est parfois le fait d'une passion singulière, d'une jouissance qui se mue en mode de vie.* »²⁰ Ulrich Beck, sociologue allemand et professeur à l'université de Munich, parle quant à lui, de « *dangers que l'on projette dans l'avenir.* »²¹ L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) propose deux définitions :

« *-situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements dont l'occurrence est incertaine ;*

-tout événement redouté qui réduit l'espérance de gain et/ou d'efficacité dans une activité humaine. »²²

Cela montre bien que le risque présente différents aspects et dépend vraiment de la perception de chacun. Elle oppose parfois l'angoisse et le plaisir. Par exemple, un incendie va provoquer chez la plupart des gens une panique et une angoisse intense mais chez les pompiers, le feu est souvent synonyme d'excitation engendrant une certaine jouissance lors du « combat ». Ces définitions ont évolué au fil des siècles. Jusqu'au XIX^{ème} siècle la notion de risque, en France, était liée à la peur qu'avaient les gens du jugement de Dieu, des catastrophes naturelles (sècheresse, tempêtes, incendie...), ils y voyaient une fatalité, un signe du destin. « *Toute adversité [était] intégrée à une perspective religieuse...* »²³ La déclaration d'indépendance des Etats-Unis en 1776 et la déclaration des droits de l'homme et du citoyen en France en 1789 mettent en avant la notion de sécurité du citoyen. Ceci entraîne une modification de la perception des catastrophes, de religieux en laïque. Mais le changement le plus important dans la notion de risque est lié à la modernisation engendrant l'accroissement des accidents liés aux activités industrielles. Les accidents touchant principalement des populations ouvrières défavorisées, il a fallu attendre la fin du XIX^{ème} siècle et de nombreux accidents et décès pour que naissent les premières revendications liées à la sécurité au travail. Celles-ci entraînant un climat social tendu. En 1898, il a été voté la première loi sur les accidents du travail qui change la notion de faute en risque. En effet, « *toute activité productive entraîne des « dangers inhérents », des « risques inévitables », qui échappent à la fois à l'ouvrier et au patron, qui ne peuvent être tenu pour fautifs. Ces risques doivent être courus, car l'industrialisation est nécessaire à la prospérité de chacun... Il devient ainsi possible de réparer le dommage sans pour autant stopper l'activité.* »²⁴ Ce créneau a été pris par les assureurs car si la faute était en charge de la justice, le risque est devenu celle des assureurs. Ceux-ci se sont basés à la fois sur « *la mise en place des statistiques administratives, d'une part, [et] le développement du calcul probabiliste, d'autre part [afin d'établir la] prévisibilité des accidents.* »²⁵

La valeur donnée à l'Homme a considérablement augmenté à l'après-guerre et c'est à ce moment qu'est née la sécurité sociale, les progrès de la médecine avec des notions de

¹⁹ PETIT LAROUSSE ILLUSTRÉ, Larousse, 1999, p 895

²⁰ LE BRETON D., Conduites à risque, PUF, 2007, p 39

²¹ BECK U., La société du risque, sur la voie d'une autre modernité, Champs-Flammarion, 2008, p 61

²² HAUTE AUTORITE DE SANTE. Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé [en ligne]. [Sine loco] HAS, 2003 [réf du 30/06/2010]. Disponible sur Internet : <http://www.has-sante.fr>

²³ LE BRETON D., idem. p 23

²⁴ PERETTI-WATEL P., La société du risque, Col. Repères, La découverte, 2010, pp8-9

²⁵ PERETTI-WATEL P., idem. p 9

prévention, ainsi que l'amélioration de la sécurité au travail par l'intermédiaire des syndicats.²⁶

Plusieurs catastrophes liées à l'industrialisation ont alerté l'opinion publique comme celle qui a touché « Villa Parisi », « *commune industrielle du Brésil, la plus polluée au monde [où, le 25 février 1984, se sont déversés] 700 000 litres de pétrole dans les marécages sur lesquels sont construites les baraques à pilotis de Villa Soco.* »²⁷ Bhopal, ville d'Inde, où des milliers de personnes ont péri suite à « *un nuage toxique échappé d'une usine chimique* »²⁸ le 3 décembre 1984. Et plus près de nous, la catastrophe nucléaire de Tchernobyl en Ukraine le 26 avril 1986 suivi de l'explosion de l'usine AZF à Toulouse le 21 septembre 2001 (30 morts et plus de 2000 blessés), puis de la fuite de pétrole dans le golfe du Mexique mi-avril 2010 et encore plus récemment les coulées de boues toxiques le 04 octobre 2010 en Hongrie... Les exemples ne manquent pas à travers le monde.

Ces catastrophes ont eu des conséquences humaines immédiates et à postériori, des conséquences sanitaires, écologiques, économiques et politiques qui ont entraîné une prise de conscience collective face aux risques industriels et à « *la vulnérabilité de l'homme.* »²⁹

Le risque zéro n'existant pas et chaque risque étant lié à plusieurs causes, il est difficile de contrôler et de prévenir tous les facteurs responsables de ces risques. C'est pourquoi il a été mis en place au début des années 1990 une politique de gestion des risques et des crises sanitaires qui, au niveau national, est gérée par la Direction Générale de la Santé (DGS). « *La gestion consiste à explorer les différentes solutions possibles et leurs conséquences puis de mettre en œuvre les mesures permettant de prévenir, réduire, réparer ou compenser les risques identifiés.* »³⁰

Dans le milieu hospitalier, la notion de gestion des risques a vraiment débuté en 1996 suite aux ordonnances Juppé³¹, avec la mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité par l'ANDEM (Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale) qui est devenue par la suite l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) et aujourd'hui l'HAS (Haute Autorité de Santé). Par le biais d'évaluation et d'accréditation, elle vise à l' « *amélioration de la sécurité des patients.* »³²

Parallèlement est apparu le principe de précaution visant principalement le domaine de l'environnement dont voici les deux principales références :

- La Déclaration de Rio en 1992 avec le principe n°15:

« *En cas de risque de dommages graves ou irréversibles, l'absence de certitude scientifique absolue ne doit pas servir de prétexte pour remettre à plus tard l'adoption de mesures effectives visant à prévenir la dégradation de l'environnement.* »³³

- La loi Barnier 95-101 de 1995 :

« *L'absence de certitudes, compte tenu des connaissances scientifiques et techniques du moment, ne doit pas retarder l'adoption de mesures effectives et proportionnées visant à*

²⁶ LE BRETON D., op. cit. p 25

²⁷ BECK U., op. cit. pp 78-79

²⁸ BECK U., idem. pp 79-80

²⁹ LE BRETON D., op. cit. p 25

³⁰ VIE PUBLIQUE. *Gestion des risques et des crises sanitaires* [en ligne]. [Sine loco] VIE PUBLIQUE, 2008 [réf du 29/06/2010]. Disponible sur Internet : <http://www.vie-publique.fr>

³¹ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

³² HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé* [en ligne]. [Sine loco] HAS, 2003 [réf du 30/06/2010]. Disponible sur Internet : <http://www.has-sante.fr>

³³ NATIONS UNIS. *Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement, principes de gestion des forêts* [en ligne]. [Sine loco] Organisation des Nations Unis, 1993 [réf du 10/09/2010]. Disponible sur Internet : www.un.org/french/events/rio92/rio-fp.htm

prévenir un risque de dommages graves et irréversibles à l'environnement à un coût économiquement acceptable. »³⁴

Nous pouvons donc penser que la prévention vise le risque « avéré » et la précaution, le risque « potentiel ».

Philippe Kourilsky, professeur au collège de France et membre de l'Institut de France et Geneviève Viney, professeur à l'Université de Paris I, ont défini, dans un rapport paru en 2000, ces deux types de risque.

La définition du risque avéré est assez simple car « *il concerne des dangers dont on sait qu'ils peuvent se manifester et dont on peut donc espérer calculer une probabilité de survenue.* »³⁵

La notion de risque potentiel est plus délicate à expliquer. Selon Kourilsky et Viney il s'agit d'un « *risque de risque* », d'une « *hypothèse de risque* ». Ils pensent que « *l'interprétation la plus pessimiste procédant de la conviction selon laquelle le pire finit toujours par arriver, comprend le risque potentiel comme un risque avéré immature, en attente de réalisation !* »

Ceci en notant que « *cette assertion est erronée car si beaucoup de risques avérés ont commencé par être potentiels, de nombreux risques potentiels n'ont jamais été avérés.* »³⁶. Ils

donnent en exemple, la création du chemin de fer, où le passage dans les tunnels pouvait faire craindre des répercussions sur la santé. Ceci n'a bien entendu pas été le cas. Au bloc opératoire, par exemple, le risque lié aux rayonnements ionisants est un risque avéré, reconnu, calculé dont il existe des moyens de prévention tels que les tabliers de plombs. En opposition au risque lié à la présence de phtalates dans les DM, où les conclusions scientifiques ne sont pas encore fermes, où de nombreuses études sont en cours. Dans ce cas, le principe de précaution est mis en place avec la limitation d'utilisation de DM contenant des phtalates chez les enfants et les femmes enceintes et la signalisation de leur présence sur les DM.

En matière de prévention, l'OMS a défini 3 niveaux : primaire, secondaire et tertiaire.

"La prévention primaire est l'ensemble des moyens mis en œuvre pour empêcher l'apparition d'un trouble, d'une pathologie ou d'un symptôme : information de la population, de groupes cibles ou d'individus (éducation sanitaire ou éducation pour la santé), vaccinations...;

La prévention secondaire vise la détection précoce des maladies, dans le but de les découvrir à un stade où elles peuvent être traitées.

La prévention tertiaire tend à éviter les complications dans les maladies déjà présentes. »³⁷

La prévention dont nous parlerons concerne essentiellement la prévention primaire, comme, par exemple, le port du tablier de plomb en matière de radioprotection ou bien le double gantage en prévention des accidents d'exposition au sang et liquides biologiques (AES). Mais la prévention secondaire est également présente au bloc opératoire sous la forme, entre autres choses, d'une surveillance médicale annuelle par la médecine du travail. La prévention tertiaire va plutôt concerner le reclassement professionnel suite à des problèmes de santé comme une allergie au latex.

Le risque se gère, se prévient mais pour qu'il soit identifié par la communauté scientifique, il doit se calculer et ce calcul a peu évolué depuis le XIXème siècle. La communauté scientifique se base essentiellement sur les statistiques combinées au calcul probabiliste qui rend « *donc possible d'estimer avec précision la probabilité d'occurrence d'un évènement qui n'est pourtant encore jamais arrivé.* »³⁸ C'est ce principe qu'utilisent actuellement les établissements de santé dans la gestion des risques et la démarche qualité. En effet, il existe

³⁴ Loi n°95-101 du 2 février 1995 relative au renforcement de la protection de l'environnement

³⁵ DUFOR B., *Epidémiologie et santé animale. Le principe de précaution* [en ligne]. [Sine loco] Ecole Nationale Vétérinaire de Belfort, 2002 [réf du 01/07/2010]. Disponible sur Internet : <http://aeema.vet-alfort.fr/public/pdf/revue/41.05.pdf>

³⁶ KOURILSKY P., VINEY G., cités par DUFOR B., idem p 28

³⁷ GRICHY J., *Intérêt de l'informatique pour la prévention* [en ligne]. [Sine loco] [éditeur inconnu], [réf du 16/10/2010]. Disponible sur Internet : www.urml-idf.org/urml/medec03/Dr_Grichy.pdf

³⁸ PERETTI-WATEL P., op. cit. p 12

des outils permettant d'évaluer les risques comme l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), les audits, la déclaration d'accidents ou d'incidents...afin de mettre en place les mesures qui s'imposent.

Mais nous nous rendons compte que pour l'individu, la perception du risque est multifactorielle. Il ne suffit pas ou plus qu'un risque soit identifié comme tel par la communauté scientifique pour que l'homme le perçoive également. La culture, le niveau social, la représentation personnelle, le niveau de connaissances et les intérêts de chacun sont autant de facteurs de perception du risque.

En effet, l'appréhension du risque va être différente selon les cultures et le niveau social. Par exemple, dans notre société occidentale, les procès intentés aux hôpitaux pour des complications, mêmes minimales, liées aux soins sont de plus en plus fréquents. Alors que dans beaucoup de pays d'Afrique, notamment centrale, l'accès au soin est beaucoup plus difficile et nous n'y retrouvons pas ou très peu ce genre de démarche alors que les risques d'infection ou autre sont supérieurs.

Selon Ulrich Beck, «*formation et rapport sensible à l'information permettent d'adopter de nouveaux comportements et de nouvelles stratégies de prévention.*»³⁹ L'accès à certaines données scientifiques facilité par Internet et la médiatisation de certaines informations vont entraîner chez certains des modifications de comportements. Cela a été le cas pour moi concernant les phtalates. En effet, suite à mes recherches, j'ai changé l'utilisation que je faisais des différents gants à usage unique. Concernant la formation, c'est identique, celle d'IBODE m'a permis d'identifier tous les risques inhérents à ma profession et surtout de les comprendre pour mieux les appréhender dans le futur.

La représentation personnelle d'un risque dépend en partie de notre propre histoire. Par exemple, un IBODE ayant été contaminé par le virus de l'hépatite C lors d'un soin, va avoir un regard différent sur la prévention des AES et plus favorablement pratiquer le double gantage et l'utilisation des lunettes de protection lors d'une intervention chirurgicale.

Le dernier facteur et non le moindre qui est développé ici concerne les intérêts personnels vis-à-vis d'un risque. En effet, un individu peut avoir conscience de celui-ci mais décider d'adopter des comportements pouvant être perçus comme contradictoires. Nous citerons en exemple, la crainte du rejet de l'équipe qui va pousser un soignant à ne pas utiliser de tablier de plomb lors de rayonnements ionisants car ce n'est pas d'usage dans ce bloc opératoire.

Et même si nous pouvons croire que c'est souvent la peur ou l'angoisse qui guide nos choix, pour certains la prise de risque peut être choisie, délibérée, voire procurer un certain plaisir, une excitation et devenir un mode de vie. Les adeptes des sports à sensations comme l'alpinisme, la formule 1, le parachutisme... vont chercher la performance mais également le sentiment de maîtriser leur vie, une singularité, une illusion de toute-puissance. C'est aussi une façon de sortir de système sécuritaire instauré dans notre société. La recherche de limites, frôler la mort pour se sentir vivant, la recherche de sensation physique etc...sont autant de motifs qui poussent certaines personnes à des prises de risque qui peuvent sembler inconscientes et inconcevables à d'autres. «*A vaincre sans péril on triomphe sans gloire* » disait Corneille.⁴⁰ C'est parfois le type de comportement que nous pouvons rencontrer dans les blocs opératoires, notamment chez les chirurgiens; les premières interventions chirurgicales ayant eu lieu sur les champs de bataille. Nous pouvons également penser que le sexe de l'individu joue un rôle. En effet, l'homme a toujours été valorisé pour sa témérité et sa vaillance et la femme pour sa prudence. Il semblerait donc logique de penser que les IBODE femmes se protègent plus que les IBODE hommes.

³⁹ BECK U., op. cit. p 64

⁴⁰ CORNEILLE cité par LE BRETON D., op. cit. p 131

Maintenant que nous sommes éclairés sur la notion de risque, nous allons étudier la fonction de l'IBODE dans la gestion des risques avec notamment l'identification des risques liés à l'activité de bloc opératoire et leurs conséquences.

○ c- L'IBODE : cadre règlementaire, risques professionnels liés à sa fonction

L'IBODE est, en premier lieu, un(e) Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat (IDE) exerçant dans le cadre du Code de la Santé Publique (CSP). Celui-ci indique dans l'article R4311-5 que : « *Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à **identifier les risques** et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement...* »⁴¹ En second lieu, cet(te) IDE doit avoir un minimum de 2 années d'expérience dans sa fonction pour prétendre à la formation d'IBODE. Cet(te) IDE expérimenté(e) s'engage ainsi dans une **spécialisation** dont les compétences relèvent de l'article D 4311-11 du CSP et dont le 1er alinéa concerne la « **Gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire.** »⁴²

Parallèlement, la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) et la DGS ont élaboré un référentiel d'activités et de compétences IBODE, qui pourra permettre aux infirmiers d'accéder à une spécialisation de bloc opératoire, soit par l'intermédiaire de la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE), soit par la formation.

Le référentiel d'activités donne tout d'abord une définition du métier : « *L'infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat est un professionnel spécialisé qui prend soin des personnes bénéficiant d'interventions chirurgicales, d'endoscopies et d'actes techniques invasifs à visée diagnostique et/ou thérapeutique. Il organise des soins et des activités en lien avec le geste opératoire, en pré, per et post interventionnel. Il met en œuvre des mesures d'hygiène et de sécurité en tenant compte des risques inhérents à la nature des interventions, à la spécificité des patients, au travail en zone protégée, et à l'utilisation de dispositifs médicaux spécifiques.*

Les infirmiers de bloc opératoire interviennent au sein d'une équipe pluri professionnelle dans toutes les disciplines chirurgicales en secteur opératoire, en salle interventionnelle, en endoscopie, en service de stérilisation, et d'hygiène. »⁴³

Ce même référentiel définit ensuite ses activités dont les alinéas 4 et 5 concernent notre sujet. Ces derniers nous énoncent que l'IBODE intervient dans la « **mise en œuvre de mesures de qualité et de sécurité au bloc opératoire et dans les secteurs associés** [dans la] **gestion d'équipements, de dispositifs médicaux et de produits au bloc opératoire et dans les secteurs associés.** »⁴⁴

Mais c'est en partie par la validation de compétences que l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire pourra s'effectuer. Elles sont, à ce jour, au nombre de 8 et la seconde se rapporte particulièrement au thème de ce document. Elle nous dit que l'IBODE doit pouvoir « **analyser la qualité et la sécurité en bloc opératoire et en salle d'intervention et déterminer les mesures appropriées.** »⁴⁵

⁴¹ CSP. Titre I^{er} : PROFESSION D'INFIRMIER OU D'INFIRMIERES.

Chapitre Ier : Exercice de la profession. Section I : Actes professionnels.

⁴² CSP, idem

⁴³ UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS D'INFIRMIERS(ERES) DE BLOC OPERATOIRE
DIPLOMES(EES) D'ETAT (UNAIBODE) : Document de travail DHOS/DGS Version 21, janvier 2009.
Référentiel d'activités [en ligne]. [Sine loco] UNAIBODE, février 2009 [Réf du 18/05/2010]. Disponible sur
Internet : <http://www.unaibode.fr> (Document non validé)

⁴⁴ UNAIBODE, Document de travail DHOS/DGS Version 21, janvier 2009 Référentiel d'activités, idem

⁴⁵ UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS D'INFIRMIERS(ERES) DE BLOC OPERATOIRE
DIPLOMES(EES) D'ETAT (UNAIBODE) : Document de travail DHOS/DGS Version 23, janvier 2009.

Mais si le métier d'IBODE est régi par ces textes, la réalité du terrain ne garantit pas toujours une mise en application. Celle-ci dépend de différentes composantes comme les facteurs institutionnels, économiques, organisationnels et humains qui seront développés ultérieurement.

En effet, le métier d'IBODE est assez récent. La création d'un certificat de bloc opératoire date du décret du 21 mai 1971 et celle du diplôme d'Etat d'Infirmière de Bloc Opératoire du 13 janvier 1992⁴⁶. Il semble donc logique que cette nouvelle profession ait des difficultés à trouver sa place dans un milieu où, pendant de nombreuses années, le chirurgien était seul responsable et décisionnaire et où l'infirmière, tout d'abord religieuse, exécutait de tâches considérées à l'époque comme subalternes. « *Que celles auxquelles étaient dévolues les tâches accessoires et périphériques deviennent de véritables partenaires de soins n'est pas encore acquis chez bien des opérateurs.* »⁴⁷ Le métier d'IBODE est complexe et nécessite, à la fois, des compétences techniques, psychologiques et relationnelles. Il est, en général, associé à un grand sens des responsabilités.

Celles-ci sont bien réelles mais là aussi l'IBODE doit se positionner. Comme le dit si justement Marie-Christine Pouchelle, anthropologue et directeur de recherches au CNRS (Centre National de la Recherche Scientifique), « *la posture du chirurgien comme héros solitaire, seul responsable, est désormais remise en question à bien des occasions.* »⁴⁸ Il est donc difficile mais nécessaire que l'IBODE affirme son identité professionnelle pour, à la fois, se protéger et protéger le patient.

Selon le CSP, la première activité exercée par l'IBODE ou l'étudiant IBODE est « *la gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire* ». Un grand nombre de ces risques concernent à la fois le patient opéré et/ou l'ensemble du personnel travaillant dans l'enceinte du bloc opératoire. Nous allons les développer ci après :

Les risques biologiques :

- Les risques liés à l'exposition au sang et liquides biologiques

Selon l'étude de SUMER⁴⁹ 2003, 94.7% des infirmier(ères) sont exposés(ées), par contacts cutanéomuqueux et/ou piqûres, à des agents biologiques et 84.9% ont une exposition à un accident d'exposition au sang humain.⁵⁰ Au bloc opératoire, le risque est également très important. « *Plusieurs études prospectives multicentriques françaises ou internationales montrent que 6,4 à 30,1% des interventions chirurgicales sont émaillées d'un AES.* »⁵¹ La première personne concernée est le chirurgien bien qu'il y ait une sous-déclaration importante.

L'IBODE quelque soit son rôle (circulant, instrumentiste ou aide-opératoire) lors d'une intervention est fortement exposé à un risque d'AES. Il l'est de part la manipulation d'aiguilles de sutures ou de ponction, de lames de bistouri, de broches, de liquides

Référentiel de compétences [en ligne]. [Sine loco] UNAIBODE, février 2009 [Réf du 18/05/2010]. Disponible sur Internet : <http://www.unaibode.fr>

⁴⁶ Décret n°92-48 du 13 janvier 1992 modifiant le décret n° 71-388 du 21 mai 1971 portant création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier de salle d'opération

⁴⁷ POUCHELLE M.C., *L'IBODE comme partenaire de soins*, InterBloc, septembre 2008, tome XXVII, n°3 p 181

⁴⁸ POUCHELLE M.C., idem

⁴⁹ Enquête menée par le ministère du travail pour évaluer les risques professionnels des salariés en France de juin 2002 à fin 2003.

⁵⁰ MINISTERE DU TRAVAIL DE LA SOLIDARITE ET DE LA FONCTION PUBLIQUE. *Les expositions aux risques professionnels par famille professionnelle, résultats SUMER 2003*. [En ligne]. [Sine loco] [éditeur inconnu] janvier 2007 [Réf. Du 04/04/2010]. Disponible sur Internet : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr>

⁵¹ BOUVET E. *Accidents d'exposition au sang au bloc opératoire* [en ligne]. Paris, 2002 [réf. Du 04/04/2010]. Disponible sur internet : www.bium.univ-paris5.fr p 37

biologiques, de pièces anatomiques... L'AES peut être direct ou indirect via le chirurgien ou un autre membre du personnel.

Malgré tout, il existe « moins de séroconversions professionnelles [Hépatite B, C, VIH] chez le personnel de bloc opératoire que chez les personnels d'hospitalisation malgré une plus grande fréquence de risque de survenue d'un AES. »⁵²

- Les risques liés à la contamination aéroportée

La contamination de particules d'origine humaine peut se faire également par voie respiratoire ou aérienne. La transmission se fera directement du patient au soignant (gouttelette ou air) ou par l'intermédiaire des fumées chirurgicales : « Les fumées sont par ailleurs constituées d'aérosols sanguins et de nombreuses particules de taille « respirables ». Elles véhiculent aussi des cellules viables et/ou morphologiquement intactes ainsi que des particules virales suite au traitement de tissus infectés par des Papillomavirus et par le VIH. »⁵³

Tout aussi alarmant, « il est démontré que les fumées d'électrocoagulation sont cytotoxiques et mutagènes : l'effet mutagène de la fumée d'1 gramme de tissu cautérisé est similaire à celui de la fumée de 6 cigarettes. »⁵⁴ Mais, il est encore rare de trouver des filtres pour fumées chirurgicales dans les blocs opératoires. La notion de toxicité n'est pas encore totalement répandue.

Les risques chimico-toxiques :

- Les risques liés aux gaz anesthésiques

Il est logique de penser que l'équipe d'anesthésie est la plus exposée à ce risque. Néanmoins si elle est en première ligne, personne en salle d'opération n'est épargné. L'exposition à ces gaz appelés, gaz anesthésiques résiduels (GAR) peut survenir de multiples façons :

« Des fuites de gaz peuvent se produire au cours du branchement initial et de la vérification du matériel d'anesthésie ou du système d'évacuation des gaz.

- Des GAR peuvent s'échapper au pourtour du masque d'anesthésie du patient.

- Le patient expire des GAR, parfois pendant plusieurs jours après une chirurgie.

- L'appareil d'anesthésie laisse échapper des gaz.

- Lors de la purge de ces systèmes, à la fin de l'intervention médicale. »⁵⁵

Cette liste n'est pas exhaustive et nécessite donc une grande vigilance de la part des équipes soignantes.

Les conséquences peuvent parfois être graves. « Parmi les effets attribuables à l'exposition à des GAR, on compte les suivants : étourdissements, état vertigineux, nausées, fatigue, céphalées, irritabilité et dépression. Les travailleurs exposés peuvent éprouver des troubles cognitifs, moteurs et de perception, et mettre ainsi en danger leur propre sécurité et celle des autres. Chez les travailleurs exposés, des effets graves peuvent être observés, tels qu'une stérilité, un cancer, des maladies du foie et du rein et, chez les travailleuses exposées de même que les conjointes des travailleurs, des cas d'avortement spontané et d'anomalies

⁵² BOUVET E., idem. p 38

⁵³ PHILIPPE C., les fumées au bloc opératoire : risque et prévention en coeliochirurgie, Interbloc, décembre 2009, n°4 p 259

⁵⁴ PHILIPPE C., idem

⁵⁵ CENTRE CANADIEN D'HYGIENE ET DE SECURITE AU TRAVAIL(CCHST). Dangers associés aux gaz anesthésiques résiduels [en ligne]. Canada : CCHST, avril 2002 [Réf du 20/05/2010]. Disponible sur Internet : <http://www.cchst.ca>

congénitales. »⁵⁶ Il est donc indispensable d'établir une maintenance rigoureuse des appareils et une surveillance constante.

- Les risques liés aux produits non médicamenteux

Le plus incriminé au sein du bloc opératoire est le formaldéhyde (formol). Il est depuis l'arrêté du 13 juillet 2006⁵⁷ inscrit sur la liste des produits Cancérogènes, Mutagènes ou toxiques pour la Reproduction (CMR). Si certains établissements de santé l'ont substitué pour d'autres fixateurs, un nombre important de personnel et notamment les IBODE continuent à les manipuler, pour fixer les pièces opératoires, tous les jours dans des locaux pour certains ventilés voire en salle d'intervention et avec une utilisation de gants, masques, protections de la tenue et lunettes de protection aléatoire.

Nous allons retrouver dans cette catégorie, les produits hydro-alcooliques, composés essentiellement d'alcool et souvent d'isopropanol. Outre le risque d'incendie et d'explosion de ces deux produits, l'isopropanol est un produit chimique reconnu toxique à forte dose⁵⁸. Il est irritant pour les yeux et les muqueuses, il agit à forte dose sur le système nerveux central et, par l'intermédiaire d'inhalation des vapeurs, il peut provoquer des sensations de dépression, des somnolences et des vertiges, voir un coma. Certains fabricants l'ont enlevé de la composition de leurs produits du fait, de la « *mauvaise presse* » qu'avait l'isopropanol. C'est en tous cas ce que m'a dit un représentant d'un de ces fabricants. Les PHA sont très utilisés dans les blocs opératoires, notamment par les IBODE lors de la désinfection chirurgicale des mains ainsi que dans la majorité des gestes d'hygiène des mains et dont le stockage n'est pas règlementé.

Les autres produits non-médicamenteux concernent les produits utilisés pour l'entretien des locaux et/ou du matériel. Les agents et aides-soignants semblent les plus concernés, mais selon l'organisation de chaque établissement, les infirmiers et/ou IBODE sont amenés à manipuler régulièrement ces produits. Ce sont essentiellement les produits détergents-désinfectants et les désinfectants de haut niveau de type acide peracétique qui est un liquide provoquant essentiellement des dermatites irritatives et/ou allergiques, voire des irritations du tube digestif et des voies respiratoires pour l'acide peracétique. Ce dernier est essentiellement utilisé pour la désinfection de haut niveau de DM non auto-clavables comme les endoscopes.

- Les risques liés aux produits irritants/allergisants

Les patients et surtout les personnels de santé dont les IBODE sont très fortement exposés à différents produits irritants et/ou potentiellement allergènes. Ils sont très variés. Nous retrouvons, les produits antiseptiques et désinfectants, les dispositifs médicaux contenant : du latex, des phtalates, du polyéthylène, l'oxyde d'éthylène utilisé comme mode de stérilisation de certains DM ainsi que les produits de vulcanisation servant à la fabrication des gants en caoutchouc.^{59/60} L'exposition prolongée et fréquente à l'un ou plusieurs de ces produits peut entraîner à la fois de problèmes de dermatoses type : dermatite, eczéma ou urticaire et plus gravement des phénomènes allergiques de type œdème de Quincke et nécessite parfois le reclassement professionnel de l'individu.

⁵⁶ CENTRE CANADIEN D'HYGIENE ET DE SECURITE AU TRAVAIL(CCHST).idem

⁵⁷ Arrêté du 13 juillet 2006 modifiant l'arrêté du 5 janvier 1993 fixant la liste des substances, préparations et procédés cancérogènes au sens du deuxième alinéa de l'article R. 231-56 du code du travail

⁵⁸ INRS, op. cit p 2

⁵⁹ INRS : *urticaires de contact d'origine professionnelle* [en ligne]. Paris : INRS, 2007 [Réf du 21/05/2010] Disponible sur Internet : <http://www.inrs.fr>

⁶⁰ INRS : *Dermatoses professionnelles aux antiseptiques et désinfectants* [en ligne]. Paris : INRS, 2001 [Réf du 21/05/2010] Disponible sur Internet : <http://www.inrs.fr>

Les risques physiques :

- Les risques liés aux rayonnements ionisants

L'utilisation d'un amplificateur de brillance délivrant des rayons X est très fréquente au sein des blocs opératoires, notamment en orthopédie-traumatologie et vasculaire. La législation précise que seuls les médecins et manipulateurs en radiologie peuvent délivrer des doses de rayons X. Dans les faits, il arrive très souvent que des infirmiers de bloc opératoire diplômés ou non s'en chargent. Cela augmente donc le risque d'irradiation externe du fait du manque, parfois total, de connaissances dans ce domaine. Et les moyens de protection de type lunettes plombées sont également rares au sein des blocs opératoires et souvent peu utilisés lorsqu'ils existent.

Le risque dépend essentiellement de la durée moyenne d'exposition ainsi que de la dose reçue. Les affections provoquées par les rayonnements ionisants sont répertoriées dans le tableau N°6 des maladies professionnelles comme les maladies hématologiques, dermiques, ophtalmiques, osseuses, pulmonaires⁶¹. Pour la femme enceinte, il existe des « effets tératogènes en fonction de l'âge de la grossesse et de la dose... [La] période de radiosensibilité maximale [s'étend] du 9^{ème} jour à la fin de la 8^{ème} semaine [de grossesse]. »⁶² C'est un des risques les plus connus et reconnus dans les blocs opératoires pour lequel il existe une formation obligatoire en regard de l'arrêté du 18 mai 2004⁶³. Or nous pouvons constater que la protection n'est pas généralisée chez tous les professionnels y compris les IBODE.

- Les risques liés aux rayonnements non ionisants (lasers) :

Encore peu utilisé il y a encore quelques années, le laser tend à se développer dans les blocs opératoires. Il s'agit d'une Lumière Amplifiée par Stimulation d'Emission de Rayonnements. Son utilisation n'est pas sans risque pour l'ensemble des personnes présentes dont l'IBODE. « Les risques sont fonction de la longueur d'onde, de la puissance transportée, de la durée d'exposition et du rayonnement primaire, réfléchi ou diffusé. »⁶⁴ Nous pouvons retrouver des brûlures cutanéomuqueuses voire des cécités si le faisceau atteint l'œil. Le laser engendre également des fumées dont les risques ont été évoqués précédemment. En dernier lieu, il demande l'utilisation de hautes tensions et de fortes densités d'où des risques électriques et d'incendie.

- Les risques liés à l'électricité :

Il est principalement lié à un défaut d'isolation des gaines et circuits et plus particulièrement lors de l'utilisation d'un générateur de bistouri électrique. Néanmoins, nous le retrouvons également lors de l'utilisation de monitoring par cathéter veineux, lorsqu'il y a présence de prises électriques défectueuses... La salle d'intervention est une zone où cohabitent tout un réseau électrique, des liquides et des gaz ce qui majore ce risque. Si l'électricité statique n'engendre pas de problèmes physiologiques directs, l'effet de surprise qui est lié peut entraîner un sursaut avec des mouvements brusques pouvant avoir des retentissements parfois graves. Par exemple, un chirurgien utilisant un bistouri électrique avec une gaine défectueuse peut provoquer des lésions graves au patient s'il a un mouvement brusque lié à une décharge électrique.

L'électrocution avec plus ou moins perte de connaissance et les brûlures internes ou externes sont les conséquences les plus fréquentes. Mais il ne faut pas oublier le risque de chute lié à la présence des fils au sol.

⁶¹ RENO B., radioprotection au bloc opératoire, janvier 2010, cours Ecole IBODE CHU Nantes

⁶² NAEL V., risques professionnels au bloc opératoire, janvier 2010, cours Ecole IBODE CHU Nantes

⁶³ Arrêté du 18 mai 2004 relatif aux programmes de formation portant sur la radioprotection des patients exposés aux rayonnements ionisants

⁶⁴ UNAIBODE, pratiques et références de l'infirmier(e) de bloc opératoire, Masson, 2003 (2^{ème} édition) p.25

- Les risques d'incendie et d'explosion :

Il est principalement lié à la présence d'un nombre important d'équipements électriques et de sources inflammables comme les gaz (oxygène, dioxyde de carbone, gaz anesthésiques...), les consommables (éther, alcool, PHA...), ou les DM en plastique avec des emballages carton, papier et également plastique. Les produits non-tissés dont les champs opératoires sont extrêmement inflammables et il faudra être d'autant plus vigilant lors de l'utilisation du bistouri électrique. Le plastique en plus d'être inflammable entraîne des fumées toxiques. Si les brûlures et l'asphyxie par les fumées sont les conséquences majeures d'un incendie, d'une explosion, les mouvements de panique et l'aveuglement par les fumées sont également à prendre en compte. Ceci est d'autant plus grave si cela se produit alors qu'une ou plusieurs interventions sont en cours. L'évacuation des patients devient alors très délicate.

- Les risques liés au traitement de l'air :

Une mauvaise conception ou un système de traitement d'air défectueux peut entraîner une contamination de l'air au bloc opératoire.

Nous pouvons retrouver des problèmes infectieux liés à la présence de micro-organismes diffusés par le système d'air et/ou par les micro-organismes présents dans le bloc opératoire mais non évacués.

- Les risques liés à l'éclairage :

Ils semblent accessoires mais est néanmoins présents. Le travail sous une lumière artificielle permanente avec des variations d'intensité est fatigant. L'éclairage « *est souvent mauvais : plafonds trop élevés, tubes néons qui clignotent, mauvais rendu des couleurs.... Il peut être excessif avec certains microscopes, scialytiques ou négatoscopes. La nature même des locaux est souvent en cause [comme par exemple les] coursives de blocs opératoires La fatigue visuelle en est la conséquence. Le port de lentilles de correction visuelle est parfois inconfortable quand s'ajoutent le dérèglement des systèmes de ventilation, la sécheresse de l'air et la surcharge infectieuse.* »⁶⁵ Un autre problème lié à l'éclairage mais de façon indirecte est le risque de traumatisme suite à un choc avec un scialytique positionné très bas.

- Les risques liés au bruit :

Le bruit n'est pas un risque à lui seul mais plutôt une nuisance permanente (bistouri électrique, alarmes de scope, de seringue électrique, bip, instruments posés sur la table d'instrumentation etc...) Si elle n'entraîne pas de problème majeur, elle peut accentuer une fatigue nerveuse déjà présente.

- Les risques liés à la température et à l'hygrométrie :

Comme le bruit, la température et le taux d'humidité (norme entre 45 et 65 %) ne sont pas des risques en tant que tels mais ils sont souvent responsables d'inconfort en salle d'intervention. L'IBODE circulante a souvent froid d'où des contractures musculaires, des rhinites, sinusites..., alors que l'infirmière instrumentiste a trop chaud d'où une déshydratation... Ce n'est donc pas simple de trouver un équilibre. Sachant qu'il faut prioritairement avoir à l'esprit le maintien de la température corporelle du patient, associé à la qualité de l'air.

- Les risques liés à la posture et la manutention

Le rapport SUMER 2003 montre bien que les infirmières subissent plus de « *contraintes posturales et articulaires (83.2%)* et de *manutention manuelle de charges (67.1%)*, »⁶⁶ que les autres familles de professionnels, bien que ce soit un problème très répandu chez beaucoup de

⁶⁵ INSTITUT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE DU TRAVAIL DE RENNES : Affections professionnelles rencontrées chez le personnel de santé [en ligne]. [Sine loco] [éditeur inconnu] Décembre 1997 [Réf. Du 04/042010]. Disponible sur Internet :

<http://www.med.univ-rennes1.fr>

⁶⁶ MINISTERE DU TRAVAIL DE LA SOLIDARITE ET DE LA FONCTION PUBLIQUE, op. cit. p9

salariés. Au bloc opératoire, nous ne sommes pas épargnés : manutention des patients, des tables d'interventions, des colonnes de coelioscopie, des conteneurs d'instrumentation, une mauvaise installation lors d'une instrumentation, les piétinements, une position debout prolongée, etc....

Lombalgies et Troubles Musculo-Squelettiques (TMS) sont les conséquences les plus fréquentes mais elles sous-entendent souvent des problèmes de « *stress [et] d'insatisfaction au travail.* »⁶⁷

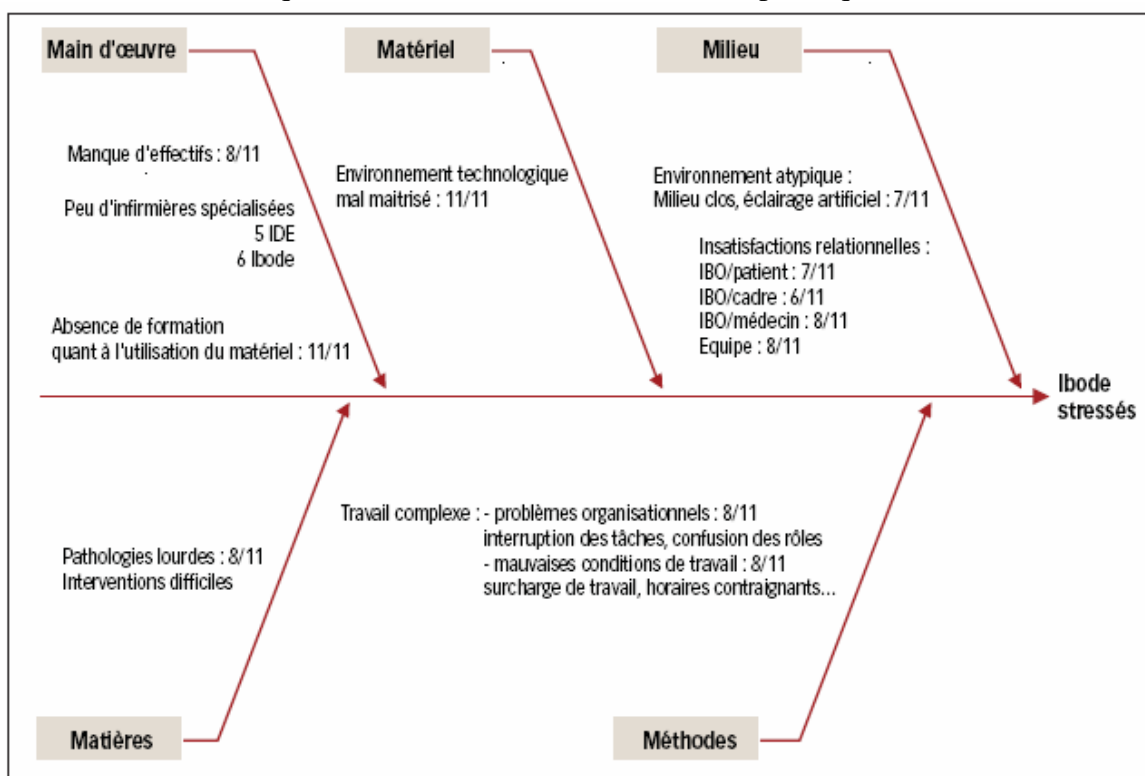
Les risques psycho-sociaux :

- Le stress et l'insatisfaction au travail

J'ai choisi de traiter ce risque en dernier non pas parce qu'il est secondaire, mais bien au contraire, parce qu'il est de plus en plus présent au bloc opératoire. Il potentialise considérablement la plupart des autres risques cités auparavant. Et une partie de ces risques potentialise le risque de stress et d'insatisfaction.

Le stress, selon la définition du guide Hachette est : « *l'ensemble des perturbations physiologiques et métaboliques provoquées dans l'organisme par des agents agresseurs variés (choc traumatique, chirurgical, émotion, froid, etc.)* »⁶⁸

En ce qui concerne le stress des IBODE, une étude⁶⁹ a été effectuée, sur le terrain, auprès de 11 infirmiers de bloc opératoire. Le résultat des entretiens est illustré selon le diagramme d'Ishikawa suivant. Il met en relation les causes et les effets autour de cinq thématiques : main d'œuvre, matériel, méthodes, milieu et matières.⁷⁰ Celui-ci montre les causes responsables de ce stress et surtout le lien qui existe entre ces causes et le stress provoqué.



Source : InterBloc, 2008, tome XXVII n°3, p 187

⁶⁷ NAEL V. *ibid.* 4 p 5

⁶⁸ LE DICTIONNAIRE DE NOTRE TEMPS, Hachette. 1992

⁶⁹ Les conditions dans lesquelles a été réalisée cette étude ne figuraient pas dans l'article cité

⁷⁰ GROLLAU E., *Les conditions de travail au bloc opératoire, source potentielle de stress et de dégradations relations relationnelles*, InterBloc, 2008, tome XXVII n°3, pp 186-188

Ce schéma nous montre, en ce qui nous concerne, que, pour la totalité des 11 infirmiers interrogés, un environnement technologique mal maîtrisé et l'absence de formation quant à l'utilisation du matériel sont responsables du stress de l'IBODE.

L'énumération de ces risques, bien que la liste ne soit pas exhaustive, montre bien la somme des phénomènes auxquels sont confrontés les patients opérés et le personnel soignant, en particulier, les IBODE au cours de leur journée de travail. Si chaque risque pris séparément peut paraître anodin, l'accumulation de tous ces risques comptabilisés sur des mois et des années d'exercice, est considérable et ne devrait pas être sous-estimée.

Au cours de mes différents stages, j'ai pu observer que beaucoup de mes collègues infirmiers de bloc opératoire n'utilisaient, peu ou pas, les mesures de prévention à leur disposition, surtout en matière de radioprotection et de prévention des AES. J'ai pu discuter de cela avec certains d'entre eux, de façon informelle. Il en est ressorti que pour les IDE, le manque de formation et d'information est presque toujours présent. L'information reçue est souvent floue et incomplète et ils n'ont pas toujours avec eux en salle une équipe sensible aux risques encourus, ainsi le conformisme est souvent de mise. Pour les IBODE, les jeunes diplômés semblent très sensibilisés, ils utilisent le plus souvent les moyens de prévention. Pour les plus anciens, l'inconfort lié au port de tablier de plomb associé aux problèmes de dos rencontrés chez beaucoup de soignants, font que les mesures de préventions sont peu suivies. Parallèlement, j'ai pu remarquer que dans les blocs où il y avait des manipulateurs en radiologie à temps plein, les mesures préventives étaient dans l'ensemble respectées. La notion de l'âge est aussi avancée. En effet, les plus jeunes semblent plus inquiets pour leur santé que leurs aînés. Concernant l'utilisation de produits toxiques, nous retrouvons plutôt un manque de connaissances sur la composition des produits manipulés et les effets sur la santé, quel que soit le niveau de formation. En revanche, le stress est présent chez l'ensemble du personnel infirmier, ce qui nuit probablement à la mise en place des moyens de prévention. Le diagramme précédent illustre parfaitement les causes de ce stress.

Nous pouvons nous rendre compte que malgré l'identification des risques professionnels et de leurs conséquences, un certain nombre de professionnels et notamment infirmiers ne mettent pas en place les mesures pour les prévenir.

Il est pensable que le positionnement professionnel de l'IBODE aurait un impact sur leurs mises en œuvre.

- d- Le positionnement professionnel : proposition de définition

Le positionnement professionnel n'est pas un concept en soi ce qui en rend difficile sa définition. S'il n'est pas encore très usité dans le domaine paramédical en dehors des cadres, il l'est plus dans celui du social mais reste tout aussi informel. Je vais malgré tout, en analysant des concepts et des définitions qui s'en rapprochent, vous donner ma propre définition. Celle-ci, il me semble, passe à la fois par une affirmation de soi et par l'existence d'une identité professionnelle.

L’Affirmation de soi : Selon le Nouveau Petit Robert, l'affirmation se définit comme l'« *action d'affirmer, de donner pour vrai un jugement (qu'il soit, dans la forme, affirmatif ou négatif) ; le jugement ainsi énoncé...Action, manière d'affirmer, de manifester de façon indiscutable (une qualité)[d'un individu].* »⁷¹ Nous pouvons donc expliquer l'affirmation de soi comme la possibilité d'exprimer sa personnalité, ses arguments, de pouvoir entrer en relation avec assurance et conviction. Depuis quelques temps, lorsqu'il est question d'affirmation de soi, il est utilisé un terme d'origine anglaise qui est l'assertivité et qui vient

⁷¹ LE NOUVEAU PETIT ROBERT. Op. cit. p 44

de 'to assert' : « *affirmer ses droits, admettre leur légitimité...se prononcer de façon sereine et constructive, même en l'absence de preuve tangible...donner son opinion sans réserve, souvent en face d'interlocuteurs hostiles.* »⁷² L'assertivité est très utile dans la vie courante mais dans le milieu professionnel elle devient nécessaire pour établir une communication adaptée avec l'ensemble des intervenants qu'ils soient hiérarchiques ou non. Elle met en relation les notions de responsabilité, de respect, d'autonomie, de droits, de maîtrise... « *Etre assertif c'est gérer sa vie professionnelle et être responsable de son propre comportement en se dotant de buts assertifs.* »⁷³ Savoir s'affirmer n'est pas forcément inné, de plus en plus de formations sont proposées pour développer ce trait de personnalité, notamment en matière de management mais il ne rentre pas encore, sous cette forme, dans la formation d'IBODE. Néanmoins, le module 4 de cette dernière qui concerne l'infirmière de bloc opératoire dans la maîtrise de sa fonction, permet de développer une identité professionnelle et de se positionner professionnellement par l'intermédiaire, entre autre chose, de cours de sociologie, de droits, de communication. Car, pour s'affirmer dans une équipe, il est important d'avoir une identité, notamment professionnelle.

L'Identité professionnelle : Selon Alex Mucchielli, ancien professeur universitaire en sociologie associant des postes à responsabilités, l'identité en sciences humaines est « *un ensemble de significations (variables selon les acteurs d'une situation) apposées par des acteurs sur une réalité physique et subjective, plus ou moins floue, de leurs mondes vécus, ensemble construit par un autre acteur. C'est donc un sens perçu donné par chaque acteur au sujet de lui-même ou d'autres acteurs.* »⁷⁴ Toujours selon A. Mucchielli, l'identité psychologique se construit en fonction de plusieurs référents : « *les référents matériels et physiques ...Les références historiques...Les référents psychoculturels...Les référents psychosociaux.* »⁷⁵

Transposée dans le domaine du professionnel, c'est-à-dire ce qui a attiré à l'exercice d'un métier, d'une profession, nous retrouvons ces mêmes éléments et notamment dans la profession infirmière. Les références historiques pèsent sur celle-ci. En effet, les premières infirmières étaient des nonnes exerçant bénévolement sous l'autorité médicale. Puis l'ascension rapide de la médecine a modifié les pratiques infirmières en délaissant quelque peu le rôle propre au profit des soins plus techniques mais sous prescription médicale. A l'heure actuelle, la tendance semble vouloir s'inverser du fait des nouveaux référentiels de formation, afin d'affirmer une identité professionnelle solide et reconnue.

Cela rejoint les référents psychosociaux. La profession infirmière est en quête de reconnaissance malgré ses compétences, son savoir, son statut, sa motivation. Un des obstacles ne serait-il pas la forte féminisation de la profession, alors que les professions médicales sont encore principalement masculines ? Les représentations sociales sont omniprésentes, l'homme incarnant l'autorité. Nous pouvons donc penser qu'il sera d'autant plus difficile pour l'IBODE de sexe féminin de s'affirmer auprès des chirurgiens de sexe masculin.

En matière de référents psychoculturels, la profession infirmière comprend un certain nombre de valeurs. Celle qui la caractérise le plus, à mon sens, est l'humanisme. En effet, l'infirmier exerce partout où l'Homme nécessite des soins. C'est à dire « *dans les hôpitaux et centres de santé ruraux, dans les écoles, sur les lieux de travail, dans des institutions, des foyers ou à domicile, dans les prisons, les zones de conflits et les camps de réfugiés.* »⁷⁶ Sur le plan

⁷² CHAUVIN D., *L'affirmation de soi*, ESF, mars 1998, p 48

⁷³ CHAUVIN D. idem. p 59

⁷⁴ MUCHIELLI A., *L'identité*, Coll que sais-je ? PUF, avril 2003, p 12

⁷⁵ MUCHIELLI A. idem. pp 44-45

⁷⁶ TRABACCHI G., *L'identité professionnelle*, soins, mai 2000, n°645, p 35

culturel, le « prendre soin » est en phase de revenir en opposition aux soins techniques. « *Se démarquer du modèle médical c'est affirmer une identité propre à sa culture.* »⁷⁷

Et pour ce qui est des référents matériels et physiques, l'infirmier a du mal à s'identifier, notamment au bloc opératoire où la tenue est identique à tous les acteurs, où les zones d'exercices se partagent.

Ces deux notions sont essentielles pour nous aider à comprendre ce que peut sous-entendre le positionnement professionnel mais afin de l'éclairer, une définition académique de la position et du positionnement est nécessaire. Selon le Nouveau Petit Robert, le positionnement est une « *attitude, prise de position. [Et la position un] ensemble des idées qu'une personne soutient et qui la situe par rapport à d'autres personnes.* »⁷⁸ Ces 2 notions associent la prise de position avec la notion d'interaction avec d'autres personnes.

L'analyse de toutes ces données et ma représentation personnelle me permettent d'établir une définition personnelle du **positionnement professionnel** :

C'est un choix d'actions réfléchi, argumenté, assumé et ajusté, sur la base d'une déontologie et d'une éthique. Il fait appel aux compétences. Le positionnement se construit et se modifie en fonction de la formation, des expériences personnelles et professionnelles, ce qui fait qu'il est propre à chacun. La légitimité de cette prise de position dépendra également du statut professionnel. Il incombera donc à l'IBODE de se positionner, de part sa formation, son statut et ses compétences, dans la gestion des risques au bloc opératoire.

- e- Les facteurs de prévention : de l'institution à l'humain

Dans la pratique il n'est pas simple de mettre en œuvre ce qui nous semble nécessaire et important. Nous allons donc analyser les différents facteurs intervenant dans la mise en place des moyens de prévention des risques professionnels au bloc opératoire.

- Facteurs institutionnels :

C'est l'Etat et en particulier le ministère de la santé qui fixe, en regard de différents critères, les budgets alloués aux établissements de santé. Ce qui fait que selon les choix et les priorités politiques, le budget concernant la prévention des risques va être plus ou moins important. Bien entendu chaque chef d'établissement décide, en concertation avec le Conseil d'Etablissement, de sa gestion. Il est donc clair que l'IBODE aura un champ d'action très restreint dans ce domaine.

- Facteurs économiques :

En fonction du budget, les services compétents déterminent les besoins et fixent les priorités. En matière de prévention des risques, il va s'agir de travaux d'aménagement, d'achat de matériel spécifique... L'IBODE n'aura, éventuellement, qu'un rôle consultatif dans ce domaine.

- Facteurs organisationnels :

Une fois le matériel acquis et/ou les travaux effectués, il est important dans l'organisation du bloc opératoire que soient mis en valeur ces éléments et que leur utilisation soit favorisée. Ceci par la formation, l'information, l'organisation du programme opératoire, par exemple en évitant de mettre plusieurs interventions nécessitant un amplificateur de brillance au même horaire s'il n'y a pas assez de moyens de protections pour tous les intervenants. L'emplacement des moyens de protection est également très important. Par exemple, si les

⁷⁷ BENEVEISE N., *A la recherche d'une identité perdue*, soins, mai 2000, n°645, p 71

⁷⁸ LE NOUVEAU PETIT ROBERT. Larousse. 2009. p 1974

lunettes de protection en prévention des AES sont au fond d'un carton dans un placard, les agents ne seront pas incités à les porter. Dans ce domaine l'IBODE peut se positionner à travers la traçabilité, la déclaration d'événements indésirables, il est en mesure également d'informer le cadre, voire la médecine du travail, le CHSCT⁷⁹, les syndicats en cas de dysfonctionnement. Mais en ce qui concerne l'organisation du bloc opératoire, le pouvoir décisionnel reste le domaine du cadre de santé.

- Facteurs humains :

Ils sont très nombreux et très influents dans la vie d'un groupe, notamment au bloc opératoire où l'Humain et les relations interhumaines occupent une très grande place. Nous aborderons donc les facteurs individuels qui concernent la perception individuelle du risque et le positionnement professionnel puis le concept de groupe avec les deux courants principaux ; le freudien et le lewinien afin de nous aider à mieux comprendre certaines attitudes.

La perception individuelle du risque

Comme je l'ai énoncé précédemment, la perception du risque par l'individu est multifactorielle (culture, histoire personnelle, niveau social...). Ce qui explique que, pour une même catégorie professionnelle, le comportement vis-à-vis des risques professionnels pourra être totalement différent. Nous pouvons revenir à la situation de départ et prendre le cas de ma collègue qui s'est sentie très concernée par la présence de phtalates dans les DM du fait de sa grossesse. Il est fort probable que son approche aurait été différente quelques mois plus tôt. Comme la perception individuelle du risque, je pense que le positionnement est une composante essentielle dans la gestion des risques.

Le positionnement professionnel

Comme expliqué précédemment, le positionnement professionnel est un facteur important pouvant influencer la gestion des risques professionnels. En effet, l'IBODE de part ses compétences, son expérience et son statut sera probablement plus à même d'avoir une démarche visant à analyser les risques afin d'adapter au mieux la prévention. Elle saura également trouver les arguments en rapport avec ses connaissances pour les transmettre aux autres membres de l'équipe.

Ces deux aspects sont essentiels mais c'est sans compter sur le fait que dans un bloc opératoire le travail se fait en équipe et que celle-ci semble avoir une grande influence sur les comportements. La notion d'équipe fait référence au groupe et c'est ce que nous allons aborder maintenant.

L'équipe

Au bloc opératoire, il existe un groupe et des sous-groupes que nous nommons équipes. L'ensemble est appelé : équipe pluridisciplinaire et à l'intérieure de celle-ci nous retrouvons des équipes médico-chirurgicales avec les médecins anesthésistes et les chirurgiens/opérateurs, des équipes paramédicales composées, du cadre de santé, de l'équipe aide-soignante, de l'équipe IDE/IBODE et de l'équipe IADE (Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat). Mais l'équipe n'est pas seulement une catégorisation liée à son statut, elle fait appel à d'autres notions que nous allons décrire. Nous parlerons du groupe dans sa théorie mais les liens avec la pratique seront axés sur l'équipe du bloc opératoire.

Jean Maisonneuve, professeur à l'université de Nanterre, considère le groupe « *comme un microsysteme psychosocial situé dans un cadre matériel et culturel.* »⁸⁰ D'un point de vue psychosociologique, le groupe peut être défini comme un ensemble comprenant au moins

⁷⁹ Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail

⁸⁰ MAISONNEUVE J., La dynamique des groupes, col. Que sais-je ? PUF, avril 2007, p 82

deux personnes, caractérisé, le plus souvent, par l'attrait d'un but commun et défini par des normes. Cet ensemble est constitué d'interconnexions et d'interdépendance entre les différents acteurs qui occupent une place différente selon leur rôle.

Le concept de groupe a fait et fait encore l'objet de nombreuses études et théories, mais afin de le cerner au mieux, il est important de comprendre les deux courants principaux. Le premier est freudien⁸¹ et aborde des notions psychanalytiques telles que le transfert, la résistance, les affects, l'identification, les fantasmes... Le second est lewinien⁸² et concerne les aspects dynamiques du groupe comme les jeux de forces et d'influence, tension, régulation, décision...

Dans le cadre de ce travail, nous n'aborderons que les aspects les plus en lien avec ce dernier. Dans le registre freudien, nous parlerons de l'affectif avec les notions de désir et d'identification. Dans le lewinien, seront évoquées les notions d'influence avec la résistance aux changements, le conformisme et la soumission.

Selon les premières théories dont celle de Freud, la relation est basée, de façon plus ou moins consciente, sur la combinaison entre le désir et l'identification. Le désir représentant l'attraction physique ou spirituelle pour l'autre et l'identification ce que Freud nomme comme « *l'idéal du moi* »⁸³ c'est-à-dire ce que nous voudrions être et non pas ce que nous voudrions avoir, en opposition avec le désir. Ces deux notions renvoient à l'image du père incarné dans un groupe par le chef, le leader, que l'on aime et qui nous sert de modèle⁸⁴. Il semble donc intéressant d'avoir ces données à l'esprit lorsque nous observons les comportements au bloc opératoire. Le chirurgien de sexe masculin paraît symboliser ce modèle dont il est bon de se faire aimer ou apprécier. Nous pouvons imaginer qu'il représente un modèle pour les infirmiers alors que le versant affectif concerne essentiellement les infirmières.

Lewin a, quant à lui, travaillé sur l'aspect dynamique du groupe dont les phénomènes d'influence. L'influence étant « *l'ensemble des empreintes et des changements que la vie sociale ou les relations avec autrui produisent sur les individus ou les groupes, qu'ils soient ou non conscients.* »⁸⁵ En premier lieu de la résistance au changement.

Lorsqu'un groupe se sent menacé dans son équilibre par un changement quel qu'il soit, il résiste. Son degré de résistance variera en fonction de la pression extérieure et du niveau de cohésion du groupe. Lewin a rapporté l'expérience de Balevas, psychosociologue et collaborateur.⁸⁶ Celle-ci a montré que selon le degré d'engagement et d'implication des membres, le niveau de résistance se modifiait et les changements de comportements et d'habitudes étaient plus faciles. Au bloc opératoire, c'est un phénomène que nous retrouvons très souvent. Par exemple lorsque le double gantage a été préconisé en prévention des AES, un certain nombre de soignants n'a pas appliqué ces recommandations. De même si une nouvelle IBODE arrive dans une équipe et veut imposer une nouvelle mesure préventive, celle-ci trouvera probablement une forte résistance de la part de ses collègues et devra modifier son approche pour faire changer les pratiques.

Autre aspect de l'influence, nous retrouvons le conformisme. Selon Jacques Codol, psychologue, « *le conformisme se manifeste par le fait qu'un individu modifie ses comportements, ses attitudes, ses opinions, pour les mettre en harmonie avec ce qu'il perçoit*

⁸¹ FREUD Sigmund : médecin neurologue et psychiatre autrichien, fondateur de la psychanalyse (1858-1939)

⁸² LEWIN Kurt : psychologue américain spécialisé dans la psychologie sociale et le comportementalisme (1890-1947)

⁸³ FREUD S. cité par MAISONNEUVE J. op. cit. p 72

⁸⁴ MAISONNEUVE J. op. cit. pp71-73

⁸⁵ PETIT LAROUSSE ILLUSTRÉ, op. cit. p 545

⁸⁶ BLANCHET A. TROGNON A., La psychologie des groupes, Col. Psychologie 128, Nathan, avril 2002, pp 49-50

être les comportements, les attitudes, les opinions du groupe dans lequel il est inséré ou il souhaite être accepté.»⁸⁷

C'est une attitude que nous retrouvons très fréquemment au bloc où les relations sont étroites et où il n'est pas toujours aisé de prendre et garder sa place. Prenons l'exemple du cadre de santé qui demande le port du dosimètre individuel constant. La majorité de l'équipe est contre pour des raisons quelconques mais une personne est pour. Il est fort probable que cette personne, par peur d'être rejetée par l'équipe, adopte la même conduite que les autres. L'expérience d'Asch en 1952 l'a démontrée⁸⁸. Son dispositif consistait à demander à des individus en situation de groupe de réaliser une tâche très simple : définir parmi trois traits celui qui était de longueur égale à un modèle. Une seule bonne réponse s'impose dans ce cas. Le groupe est, cependant, en majorité, composé de compères qui sont là pour donner tous la même mauvaise réponse, le comportement du seul sujet naïf de chaque groupe de 6 est alors observé. Contrairement aux attentes d'Asch, un sujet naïf sur 4 s'est conformé, et 38% des réponses ont été influencées. Cette expérience met en évidence le suivisme des individus qui se conforment non car ils sont convaincus mais par peur de se démarquer.

Autre expérience réalisée, celle de Stanley Milgram, socio-psychologue américain, concernant la soumission. Dans ce mot, nous pouvons y voir un rapport de pouvoir où l'individu détenant l'autorité amène l'autre à des actes pouvant être contraires à ses valeurs et qu'il va exécuter malgré cela. Cette expérience en est la parfaite illustration. Elle a démontré qu'un grand nombre de sujets se prêtant à l'expérience était prêt à délivrer des chocs électriques de très forte intensité sur simple ordre d'un « représentant scientifique. »⁸⁹

Cette soumission est de plus en plus rare au sein du bloc opératoire mais reste encore présente lors des rapports entre personnel paramédical et médical. Il n'est encore pas rare de voir des chirurgiens refuser catégoriquement que l'IBODE circulante prenne le temps de se protéger contre les irradiations alors qu'elle manipule l'amplificateur de brillance et se trouve près de la source. Ceci sous le motif, le plus souvent, de perte de temps. Tout ceci montre bien la complexité des relations auxquelles l'IBODE est dépendant.

En résumé, ma recherche consiste à comprendre ce qui influence l'IBODE dans la prévention des risques professionnels au bloc opératoire. Suite à une problématique, un questionnaire et une observation, nous avons donc défini le bloc opératoire ainsi que la fonction de l'IBODE et tous les risques professionnels auxquels il peut être confronté. Nous avons ensuite développé le risque et insisté sur le fait que sa conception dépend principalement de la perception que chacun en a. Force est de constater que, dans la pratique, l'IBODE ne se protège pas de façon systématique. La suite de ce document s'est basée sur le développement des différents facteurs pouvant influencer l'IBODE dans cette démarche. Les facteurs institutionnels, économiques et organisationnels ne nécessitent peu ou pas l'intervention de l'IBODE. Et même si tous ces facteurs sont favorables à la prévention des risques professionnels, nous pouvons constater que leur utilisation n'est pas effective. L'IBODE travaillant au sein d'une équipe, je me suis penchée sur les facteurs humains qui sont omniprésents et semblent intervenir dans beaucoup de domaines. Nous avons abordés les facteurs individuels puis le concept de groupe. C'est ce dernier que j'ai choisi d'analyser par l'intermédiaire d'observations et d'entretiens auprès d'IBODE pour comprendre **en quoi l'équipe influence l'IBODE dans la prévention des risques professionnels au bloc opératoire ?**

⁸⁷ CODOL J.P., cité par WIKIPEDIA, *le conformisme*, [en ligne]. [*Sine loco*] [éditeur inconnu] sept 2010 [réf du 12/09/2010]. Disponible sur <http://fr.wikipedia.org/wiki/Conformisme>

⁸⁸ BLANCHET A. TROGNON A., op. cit. pp 52-53

⁸⁹ DUGUE-LAMY L., *sociologie des organisations*, cours dispensé à l'IFIS de Nantes, janvier 2010

II. L'IBODE ET LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS AU BLOC OPERATOIRE : EN PRATIQUE

- **1- La méthode : observations, entretiens**

En matière de méthodologie, j'ai opté à la fois pour des entretiens⁹⁰ et des observations⁹¹. Ceci afin de confronter la théorie et la pratique. J'ai, par ailleurs, demandé l'autorisation auprès des directeurs de soins et des cadres de santé concernés, d'effectuer ses recueils. Ces derniers ont été réalisés auprès d'IBODE du secteur public, ce qui n'est que pur hasard.

Les 4 observations ont eu lieu au sein d'un bloc accueillant des urgences notamment en traumatologie. Elles impliquent 2 IBODE, elles-mêmes entretenues ultérieurement (entretiens n°2 et n°4). Ces observations ont eu lieu lors d'interventions de chirurgie traumatologique sans notion d'urgence vitale de type fracture du poignet ou de malléole. Elles nécessitaient toutes de la radioprotection du fait de l'utilisation d'un amplificateur de brillance. La charge de travail dans le service n'était pas excessive. Les 2 IBODE impliquées ne connaissaient pas le sujet de ma recherche et ne se savaient pas observées. L'ambiance était relativement tranquille, sans stress excessif, bien qu'il soit de rigueur d'éviter toute perte de temps lors d'une intervention. Seule la dernière observation se déroulait dans un contexte particulier. En effet, il s'agissait de l'évaluation d'une étudiante et l'1 des 2 IBODE faisait partie du jury. Du point de vue chirurgical, il s'agissait de personnes différentes à chaque observation (2 praticiens hospitaliers et 2 internes). L'équipe pluridisciplinaire, présente en salle, était composée de 4 à 7 personnes. Ces observations ont eu pour but de mettre en parallèle l'utilisation de moyens de prévention par l'IBODE avec le type de climat et de relation existant entre l'équipe chirurgicale et l'IBODE pendant l'intervention.

Les entretiens, quant à eux, ont été réalisés au nombre de 6 et ont été menés de façon semi-directive avec des questions ouvertes telles que : « parlez-moi du risque » ou « parlez-moi de votre arrivée dans cette équipe ». Ceci afin de cibler précisément les notions prioritaires exprimées par les IBODE et également d'en noter, parfois, leur absence. Pour 4 d'entre eux, ce type de questions les a un peu déstabilisés, entraînant des rires et des silences. Le profil des personnes entretenues est détaillé dans le tableau ci-dessous.

Entretien	Sexe	Age	Expérience IDE	Expérience IBODE	Type de bloc	Expérience dans ce bloc	Nombre IBODE/IDE
N°1	Masculin	42 ans	10 ans	5 ans	Polyvalent+ référent	9 ans	19/25
N°2	Féminin	50 ans	27 ans	11 ans	Urgences	6 mois	5/17
N°3	Masculin	44 ans	22 ans	15 ans	Urgences	15 ans	19/25
N°4	Féminin	45 ans	22 ans	20 mois	Urgences	20 mois	5/17
N°5	Féminin	40 ans	17 ans	12 ans	Spécialisé	1 an	4/3
N°6	Féminin	33 ans	13 ans	9 ans	Spécialisé	3 ans	4/3

⁹⁰ Grille d'entretien. Cf : annexe n°2

⁹¹ Grille d'observation. Cf : annexe n°3

J'ai choisi de m'entretenir avec 6 IBODE dont 2 hommes afin de montrer si la perception du risque et la place dans l'équipe avait un rapport avec le sexe de l'IBODE. Ces 2 hommes travaillent sur le même site mais pas dans le même service. Ils sont les seuls IBODE hommes dans leur bloc respectif.

L'âge, l'expérience professionnelle et l'ancienneté dans leur lieu de travail actuel ont été également des critères déterminants afin d'évaluer l'influence de ces éléments dans le positionnement professionnel et la place dans l'équipe de ces IBODE. Nous retrouvons donc des parcours professionnels très hétéroclites. La plus jeune en âge à 33 ans mais une expérience dans le métier d'IBODE de 9 ans. Une autre à 45 ans mais seulement 20 mois d'expérience IBODE. La « doyenne » a 50 ans, 11 ans d'expérience IBODE mais seulement 6 mois d'exercice dans le bloc où elle travaille. 2 d'entre eux ont une expérience du secteur privé. 2 ont eu une autre expérience professionnelle avant d'intégrer la profession infirmière (ambulancier, aide-soignant), alors que pour d'autres, l'intégration dans les blocs s'est faite dès leur diplôme infirmier. Pour les 2 IBODE hommes, nous pouvons voir que se sont eux qui travaillent dans leur bloc depuis le plus longtemps (9 et 15 ans).

Le choix des blocs a été également réfléchi. J'ai souhaité réaliser mes entretiens dans 2 sites différents, au sein de bloc polyvalent, spécialisé ou accueillant de l'urgence avec des équipes de tailles différentes. Ceci afin d'évaluer l'influence de ces critères dans la place accordée à la prévention des risques professionnels ainsi que dans l'intégration de l'IBODE. Le bloc spécialisé n'emploie que 3 IDE et 4 IBODE alors que les blocs d'urgence et polyvalent comptent entre 22 et 44 agents infirmiers. Par contre, le bloc de 22 infirmiers ne compte que 5 IBODE, alors que celui de 44, en a 19.

Chaque entretien a duré de 27 à 50 minutes avec une moyenne de 35 minutes. Ils ont été enregistrés avec l'accord des IBODE. Le temps donné est celui enregistré. La durée globale se situe entre 45 et 60 minutes.

Ils se sont déroulés, pour 5 d'entre eux, dans leur bloc respectif et sur leur temps de travail. Le N°5 a été réalisé dans un lieu public à la demande de la personne. Nous étions assises l'une à côté de l'autre avec une consommation dans une ambiance détendue. Les N°1, 2 et 3 se sont déroulés dans un bureau fermé où il était noté sur la porte « ne pas déranger ». Nous étions en face à face mais sans bureau pour nous séparer. L'ambiance était également détendue voir drôle en ce qui concerne l'entretien N°3. Le 4^{ème} s'est déroulé dans un couloir du bloc qui, en règle générale, est peu passager mais qui, cette fois-ci, l'a été. Ceci a, malgré tout, peu entravé la bonne marche de l'entretien. Nous étions assises l'une en face de l'autre, en décalée. En ce qui concerne l'entretien N°6, les conditions étaient moins favorables. La charge de travail au sein du bloc est telle que cette personne fait des heures supplémentaires tous les jours et donc pour ne pas reculer la date de l'entretien, elle m'a demandé de venir en fin d'après-midi. A mon arrivée, j'ai senti que l'ambiance était un peu tendue mais elle souhaitait vraiment faire l'entretien. Nous allions commencer quand une « urgences » a requis sa présence. Après quelques minutes, elle est revenue, nous nous sommes préparées un café pour la détendre et avons pu commencer l'entretien. Il lui a fallu quelques minutes pour rentrer dans le vif du sujet car les premières réponses étaient vraiment orientées vis-à-vis de la situation présente. La suite de l'entretien s'est déroulée dans de bonnes conditions malgré le passage de quelques personnes car, à défaut de mieux, nous étions installées dans la salle de pause.

Ce qui relie tous ces entretiens et observations c'est l'accueil que j'ai reçu, tant de la part des cadres de santé que des IBODE qui ont su se rendre disponibles pour participer à ce travail.

J'ai ensuite retranscrit les différents entretiens puis les ai classés par thème afin d'en effectuer l'analyse en regard de mon cadre conceptuel. Ce travail ne fait référence qu'au corpus recueilli.

- **2- Décomposition et mise en relation des données**

Le risque ne semble pas être une notion prioritaire pour ces IBODE ou tout du moins les risques professionnels. La majorité d'entre eux m'a principalement parlé des risques pour leur entourage (collègues, famille) ou les patients. Il a fallu recentrer les entretiens pour qu'ils me parlent des risques concernant leur propre santé. Ont été cités, principalement les risques d'AES, ceux liés à l'exposition aux rayonnements. Néanmoins, 2 IBODE ont évoqués le risque juridique comme étant le risque professionnel qu'elles craignent le plus. C'est une notion que je n'avais pas fait apparaître dans mon cadre conceptuel mais qui semble de plus en plus présente dans la pratique infirmière. Un autre élément égaye cette notion de « non-priorité » du risque professionnel. Lors de mes observations, j'ai pu remarquer que dans 3 cas sur 4, l'IBODE n'avait pas utilisé les moyens de protection mis à sa disposition pour se protéger. Il s'agissait dans 2 cas de radioprotection. En effet, l'IBODE était la seule personne non protégée dans la salle. Dans le 3^{ème} cas, l'IBODE a manipulé des objets souillés sans gant.

En ce qui concerne la perception du risque, il est unanimement perçu comme un danger pouvant entraîner des conséquences que se soit d'un point de vue personnel ou professionnel. 2 IBODE ont parlé de « bouffées d'adrénaline » dans certains cas mais cela reste exceptionnel.

La prise de risque est dans la grande majorité calculée, la prudence est unanime même si le risque n'est pas synonyme de peur, « *la peur n'évite pas le danger* » m'a-t-on répété à plusieurs reprises. Comme le dit un des IBODE, « *j'aime bien foncer, mais je fonce pas comme ça* ». Toute prise de risque est réfléchie et anticipée. Anticipation et maîtrise du risque sont leurs mots-clés. Si les sports dits à risque sont souvent pratiqués par des hommes, dans le métier d'IBODE la prise de risque ne semble pas être une question de sexe. En effet, les 2 IBODE hommes entretenus sont plutôt très prudents. « *Je suis pas un fonceur dans l'âme, j'aime bien avoir des sécurités* », me disait l'un d'entre eux. Le second dit être à « *classer dans les prudents.* » « *Je suis un garçon mais c'est pas mon truc* » a-t-il rajouté. Il est tout de même important de noter que se sont ces 2 mêmes personnes qui ont parlé de « bouffées d'adrénaline » quelques minutes avant tout en revenant très vite dans le registre de la prudence.

Si la plupart disent maîtriser et ne pas avoir « peur » des risques professionnels, je me rends compte que lorsque j'évoque les accidents ou incidents qui ont été engendrés par ces mêmes risques, le discours se modifie et les pratiques changent. Par exemple, une IBODE me dit ne pas penser particulièrement aux risques d'AES ou d'exposition aux radiations car pour elle, « *si tu prends toutes les précautions, y a pas de raisons pour que ça se produise* ». En revanche, le premier risque cité par cette même personne a été le risque juridique lié à une faute professionnelle. « *Je suis obnubilée par le compte des compresses...l'identité des patients, de ne pas se tromper de côté, ça ça me fait extrêmement peur* », me disait-elle. Cela peut sembler incohérent car le risque d'erreur peut être, en théorie, maîtrisé, notamment avec la check-list mis en place par l'HAS depuis janvier 2010. Mais au cours de l'entretien j'ai appris qu'elle avait eu des problèmes suite à un compte de compresses où elle était impliquée alors qu'elle n'a jamais subi d'AES ou « *d'exposition physique à un risque* ». Un élément significatif, concerne les autres IBODE qui m'ont clairement dit avoir modifié leurs pratiques après avoir subi un AES. Ceci par l'utilisation du double gantage ou de lunettes de protection. Parallèlement, nous pouvons noter que la personne observée qui ne portait pas de gant, lors de la manipulation d'objets souillés, n'a jamais été confrontée à un AES. Somme toute, les pratiques impliquent, entre autres choses, la prévention.

La prévention semble être le maître mot en matière de risque, « *c'est naturel* », mais là encore, les IBODE m'ont essentiellement parlé de la prévention des risques pour le patient ou leurs collègues. Ils évoquent la prévention primaire par les protections individuelles mais pas du tout de la prévention secondaire et tertiaire. Par contre, si les moyens et les procédures de prévention sont identifiés, les conséquences de leur non respect sont parfois plus floues. En effet 2 d'entre eux m'ont dit ne pas vraiment connaître les conséquences sur la santé, des rayonnements. Pour au moins l'une d'entre eux, le port du tablier de plomb n'est pas systématique, chose que j'ai également noté lors des 2 observations la concernant. Dans un premier temps, la majorité m'a dit ne pas être particulièrement impliquée dans la mise en œuvre de moyens de préventions. Mais au cours des entretiens, j'ai remarqué qu'il n'en était rien. La plupart du temps cela concerne la formation des nouveaux arrivants, notamment les internes, aux risques d'AES et la protection radio. 2 IBODE disent s'être impliquées plus profondément pour modifier pour l'une, une procédure obsolète et pour l'autre une architecture défaillante. Si elles ont été soutenues par le cadre de santé de leur bloc, il n'en a pas été de même pour les autres instances. Pour la première, c'est : « *pas de réponse* » et pour la seconde : « *on m'a répondu que c'était aux normes* » puis « *silence radio.* » Dans ces 2 cas cela a entraîné une grande insatisfaction et une démotivation certaine des 2 IBODE. Dans l'ensemble les IBODE pensent que le choix des moyens de prévention, leur mise en place et leur gestion relèvent plus du rôle de cadre que de celui d'IBODE. Malgré tout, les infirmiers entretenus sont unanimes pour dire que la formation d'IBODE a eu un impact important concernant l'identification, la gestion des risques qu'ils soient professionnels ou non et leur prévention. La plupart n'avaient pas conscience du milieu dans lequel ils travaillaient : « *je n'y pensais pas* », « *je n'en n'avais pas conscience* », « *ma formation m'a bien aidée, parce qu'elle m'a positionnée, elle m'a rassurée.* » Néanmoins, je me suis rendue compte que pour ceux dont la formation datait, les connaissances n'étaient pas forcément mises à jours. Nous retrouvons ici les 2 IBODE qui constataient leur méconnaissance des conséquences liées à l'exposition aux rayonnements ionisants. La plupart ont parlé du cadre de santé comme facteur d'influence organisationnel dans le domaine de la prévention des risques, mais seulement 3 sur 6 ont évoqué le rôle de l'institution d'un point de vue économique. Parmi ces personnes, nous retrouvons les 2 IBODE les plus impliquées dans la prévention. Quant aux facteurs humains, les avis sont partagés. Pour certains, « *la prévention c'est une affaire d'équipe* » et pour d'autres c'est : « *je pense d'abord à moi et après aux autres.* » Mais une chose les réunit tous c'est qu'il semblerait que la formation d'IBODE leur ait apporté des connaissances et un savoir être leur permettant de s'affirmer auprès des différents membres de l'équipe en matière de prévention. L'un d'entre eux me disait, « *maintenant, je prends mon temps* » et une autre « *tu arrives à dire, non attendez, je prends des gants.* » Pour faire le parallèle avec les observations que j'ai effectuées, il est vrai que dans les 4 situations où l'IBODE ne s'est pas protégée, l'atmosphère en salle était plutôt calme et l'ambiance assez détendue, donc il apparaît que dans ces cas précis la décision de se protéger était pleinement personnelle. Pour l'une d'elle, les risques étaient clairement identifiés dans son entretien mais elle m'a dit ne pas être très vigilante quant à la prévention des AES et en effet, la situation observée a montrée qu'elle manipulait des objets souillés sans gant. Elle n'a, par ailleurs, jamais subi d'AES dans son parcours professionnel. Pour l'autre il s'agit plutôt d'un défaut d'information concernant l'impact des rayonnements sur la santé. Mais une chose est sûre c'est que l'IBODE évolue au sein d'une équipe et doit y « *trouver sa place.* »

L'intégration dans un nouveau lieu de travail est importante et pour 5 de nos interrogés, celle-ci s'est plutôt bien passée. Chacun a su dénicher son « *arme* » pour trouver « *une vraie place* ». Pour l'un, cela a été l'humour, une autre, l'observation : « *j'essaie de voir*

comment je peux appréhender ces gens-là. » Pour une autre « *c'était un choix perso de venir ici.* » Les 2 derniers ont plutôt fait preuve de diplomatie. Pour 4 d'entre eux les relations restent plutôt bonnes actuellement mais pour la 5^{ème}, « *l'équipe a changé à 90% en moins de 2 ans* » ce qui a entraîné des difficultés. Celles-ci ont été mises en avant par l'IBODE de l'entretien N°5 pour qui l'intégration « *a été super dur, même plus que ça* » et à qui il a fallu un an avant de dire « *non* ».

Le métier d'IBODE se pratique nécessairement au sein d'une équipe et les relations interprofessionnelles sont parfois un peu tendues notamment avec les chirurgiens. Ils m'ont parlé de « *la malhonnêteté chez certains* » ou qu'ils « *sont très exigeants* », « *parfois ça clash* ». Mais mise à part l'IBODE qui a eu des problèmes d'intégration, les autres vivent bien le travail en équipe au sein de leur bloc actuel. Ils m'ont parlés d' « *une bonne cohésion d'équipe* », « *d'une très bonne collaboration entre tout le monde* » ou bien encore « *d'une équipe ouverte, dynamique* ».

Dans l'équipe, 5 sur 6 ont réussi à trouver une place qui leur satisfait après une période plus ou moins longue. « *On arrive quand même à trouver sa place* » me disait l'un d'entre eux. La dernière y est presque arrivée au bout d'un an. La plupart signale la présence de leaders avec lesquels, soit ils temporisent : « *oui il y a des leaders...des personnalités un peu plus fortes mais je m'y accroche pas trop, je vais pas contre* ». Soit c'est le conflit : « *chacun est bien ancré avec des personnalités qui sont assez fortes qu'on peut pas déraciner...Quand on propose un changement, c'est forcément refusé.* » Quand ils parlent d'équipe, l'ensemble fait tout d'abord référence à l'équipe infirmière qu'elle soit IDE ou IBODE puis dans un second temps sont associés les aides-soignants puis les autres membres comme le cadre de santé, les chirurgiens, les médecins anesthésistes. Par contre aucun n'a fait référence aux infirmiers anesthésistes. Concernant les éléments psychanalytiques du groupe, il ne m'a pas été permis au cours des entretiens et des observations de déceler les notions de désir et d'identification. Néanmoins, les phénomènes d'influence sont présents mais différents selon les personnes, leur personnalité et leur perception. Le conformisme fut l'option pour 2 d'entre eux. « *Je me suis plus adapté à l'équipe d'ici, à leur façon de travailler* ». « *C'est moi qui me suis plus adapté.* » La soumission n'a pas été évoquée. Par contre, la résistance aux changements paraît ne pas être présente au sein des blocs des personnes interrogées. « *Il n'y a pas de résistance aux changements.* » « *J'ai pu proposer des choses.* » « *On discute beaucoup entre nous, on émet nos idées, elles sont ouvertes aux changements.* » Voici les propos de 5 IBODE. Ce qui m'a surpris c'est que la 6^{ème} IBODE a tenu un discours diamétralement opposé à celui de sa collègue travaillant dans le même bloc. Pour la première, « *C'est une petite équipe où il est très difficile de s'impliquer...Quand on propose quelque chose c'est forcément refusé...Tu peux rien changer...L'équipe infirmière n'est pas du tout soudée...Les chirs sont très exigeants.* » Tandis que pour sa collègue arrivée 2 ans plus tôt qu'elle, « *ce qui est bien c'est qu'on est une petite équipe...Je suis venue là par choix, pour l'équipe qui est ouverte dynamique compétente avec une entraide à tous les niveaux...J'ai apporté des choses, les gens sont ouverts aux changements.* » Les 2 sont arrivées avec le statut d'IBODE mais la première est arrivée à une période difficile pour le service lors des nombreux mouvements de personnel alors que sa collègue connaissait le service et l'équipe par le biais de remplacements successifs. Est-ce l'explication ? En ce qui concerne mes observations, je n'ai pas noté de pression quelconque de la part de l'opérateur sur les IBODE qui pourrait expliquer qu'elles ne se soient pas protégées dans 3 cas sur 4. Le climat en salle était professionnel et amical. Dans une situation, le chirurgien n'a pas prévenu qu'il « *tirait* » mais l'IBODE ne s'est pas pour autant protégée des rayonnements suivants. Dans le cas de la personne n'ayant pas mis de gant pour manipuler des objets souillés, il est possible que la situation d'évaluation de l'étudiante ait engendré un peu de stress. Il s'agissait d'un compte inexact d'aiguilles en fin d'intervention. Mais, justement, le fait qu'il manque une aiguille

aurait dû, d'après toute logique, l'inciter à se protéger. Il est à noter par ailleurs que cette même IBODE reconnaît qu'en matière de prévention des AES, elle « *ne fait pas tout comme il faut* » alors que sa formation d'IBODE date de moins de 2 ans et qu'elle dit qu'avant la formation, elle n'avait pas « *conscience* » des risques.

S'il y a un point où tous les entretenus sont fermes et unanimes, c'est que la formation d'IBODE leur a permis de s'affirmer de part l'acquisition de connaissances et d'un savoir être. « *On peut argumenter, être un peu plus fort par rapport au chirurgien.* » « *J'ai prouvé à un chirurgien.* » « *C'est vrai qu'avant d'être IBODE je n'aurais pas osé, j'étais beaucoup trop timide.* » Toutes ces remarques montrent bien l'importance de l'affirmation de soi dans l'exercice du métier d'IBODE. Mais l'identité professionnelle a également un rôle à jouer. A ce niveau là, la formation leur a permis de la construire mais il semblerait qu'elle passe, en partie, par la reconnaissance des chirurgiens. L'un d'entre eux me disait que « *le diplôme, les chirurgiens malgré tout, même si on pense qu'ils s'en fichent, ils le reconnaissent. T'es mieux reconnu quand même.* » Cette reconnaissance est accentuée par le statut que peut occuper l'IBODE au sein du bloc. 3 IBODE sur les 6 interrogés sont référents dans un domaine spécifique (matériel ou référent d'une spécialité). L'un d'entre eux me disait en rigolant : « *je suis le référent bloc urgence et les chirurgiens, ils me connaissent, ils savent à qui ils ont à faire.* » Un autre aspect de l'identité professionnelle est important à souligner. Il semblerait que le sexe de l'IBODE joue un rôle dans les relations entre ce dernier et les chirurgiens. Un des IBODE hommes me le disait clairement. « *Ça change, ça aide énormément, faut pas se le cacher, ça aide. C'est pas les mêmes relations, même avec les chirurgiens femmes. C'est pas du tout le même contact, on peut plus facilement faire passer des choses.* » Les propos de son collègue sont plus nuancés. « *Les relations avec certains chirurgiens sont peut-être plus aisés.* » Mais quelles que soient les relations ou le statut de chacun, ils m'ont tous affirmé qu'ils n'avaient pas de problème pour se positionner professionnellement.

Comme je l'ai souligné dans le premier paragraphe de cette analyse, le risque juridique semble de plus en plus présent dans la pratique IBODE. En effet, 4 personnes m'ont cité ce risque dont 2 l'ont fait en première ligne et en le soulignant à plusieurs reprises au cours de l'entretien. Quand je leur ai demandé de me parler des risques professionnels, l'une m'a répondu que « *c'est le risque de se retrouver devant les tribunaux.* » Pour enchaîner un peu plus tard en me disant qu'elle « *pense qu'actuellement on a intérêt à se couvrir énormément, à ne pas croire que les gens peuvent être gentils.* » Une autre tient le même discours en notant que « *le risque qui [lui] semble le plus grave, c'est qu'un patient porte plainte.* » Nous continuons l'entretien et parlons de protection type laser ou AES mais elle reste dans un discours très généraliste et quand je lui demande quelle est sa position « *par rapport à [SA] protection,* » elle me répond immédiatement « *juridique ?* » Et c'est un thème qui est encore revenu à 2 ou 3 reprises. Pour la première personne, elle ne semble pas avoir eu de problème de cet ordre pendant sa pratique alors que la seconde a été impliquée lors d'une intervention, mais qui n'a pas abouti à des poursuites judiciaires.

Un autre point important également abordé dans le premier paragraphe, c'est le fait que lorsque je leur parle des risques professionnels, la grande majorité me parle des risques pour le patient, leurs collègues ou leur entourage. Et même s'il y a protection individuelle, c'est souvent fait dans l'intérêt de quelqu'un d'autre. Par exemple cette IBODE qui élève seule ses enfants et qui me dit être « *prudente dans tous ses déplacements* » car elle a peur de ne plus pouvoir s'occuper de ses enfants. Elle me fait remarquer plus tard que, du fait de sa pratique dans un bloc d'urgence, « *on voit des choses dramatiques, on est un peu plus prudent les uns envers les autres...on prend conscience qu'il faut faire attention aux gens...on pense*

toujours d'abord aux autres. » Une des IBODE observée et qui se protège peu en matière de prévention des AES, insiste par contre sur le fait qu'il « *faut évacuer ses déchets pour éviter que quelqu'un se pique.* » Les 2 hommes mettent en avant que, le fait d'avoir des enfants accentue leur prudence, mais une fois de plus dans l'intérêt des enfants. « *Je suis assez vigilant...c'est une déformation professionnelle, par rapport à mes enfants sur les risques domestiques.* » Ces comportements sont-ils spécifiques à la profession d'IBODE ?

Maintenant que les différents entretiens ont été analysés, je vais faire la synthèse de toutes ces données en regard du cadre conceptuel.

III. RENCONTRE ENTRE LA THEORIE ET LA PRATIQUE : des notions inexplorées ?

En quoi l'équipe influence l'IBODE dans la prévention des risques professionnels au bloc opératoire ? C'est la question que je me suis posée suite à l'élaboration du cadre conceptuel. Si la prévention des risques semble au cœur de la profession IBODE, la prévention des risques professionnels est un sujet sur lequel ils s'expriment peu. Ils citent les plus connus et reconnus comme les risques liés aux rayonnements, les risques d'AES ou le risque juridique que je n'avais pas abordé d'un point de vue théorique. Mais comme nous l'avons vu lors du chapitre les évoquant, leur nombre et leur diversité sont nettement supérieurs. Il y a donc peut-être déjà un obstacle à la prévention du fait de l'identification de ces risques même si tous expriment que la formation d'IBODE leur a apporté des connaissances dans ce domaine. Le contenu de la formation et/ou l'appropriation des connaissances est peut-être en cause.

Un point essentiel, c'est la notion de perception individuelle du risque. En effet, il a été clairement identifié lors des entretiens et observations, que le comportement des IBODE en matière de prévention des risques professionnels était en lien direct avec leur perception individuelle du risque. C'est peut-être ce qui explique le peu d'intérêt ou au contraire dans le cas de ma collègue enceinte un fort intérêt, porté à la présence des phtalates dans certains dispositifs médicaux. Le risque étant encore potentiel et peu identifié au sein des blocs opératoires ou lors de la formation IBODE.

Les phénomènes de groupe avec leurs influences sont des éléments connus qui ont été mis en évidence par de nombreuses études et observations. Malgré cela, la majorité des IBODE interrogés n'a pas de manière consciente et volontaire exprimé d'influence forte dans la prévention des risques professionnels ou tout du moins leur positionnement professionnel leur permet de se placer vis-à-vis de ces influences.

Pour en revenir au risque juridique exprimé par les IBODE, il est vrai qu'il y a encore quelques années, dans l'esprit de beaucoup de professionnels de santé, lorsqu'il y avait un incident ou accident au cours d'une intervention, le chirurgien était le plus souvent le seul responsable et le patient devait prouver qu'il y avait eu faute. Il en est autrement à l'heure actuelle. D'une part, depuis la loi du 04 mars 2002 concernant le droit des malades, notamment l'article 16, les établissements de santé ont créé « *une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge [et celle-ci] a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge.[...] Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de*

*ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes.*⁹² » Cette loi a considérablement modifié les comportements, d'une part des usagers, mais aussi des professionnels de santé. En effet, afin de garantir la sécurité des patients lors d'une intervention chirurgicale, la traçabilité de certains actes est obligatoire et l'utilisation de la check-list fortement recommandée depuis le 1^{er} janvier 2010⁹³. La charge de coordonnateur de cette dernière est souvent dévolue à l'IBODE ce qui lui donne une responsabilité supplémentaire. Cela en sachant que le corps médical et chirurgical n'est pas toujours coopérant donc l'IBODE doit en permanence se positionner. D'autre part, le droit reconnaît une responsabilité à l'IBODE du fait de sa fonction et des ses compétences régies par le CSP, en particulier dans la « *gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire.* »⁹⁴ Celle-ci doit donc rester vigilante dans l'exécution des actes. Le chirurgien n'est plus le « *héros solitaire, seul responsable.* »⁹⁵ Les responsabilités sont désormais partagées. En effet, selon l'article 121-1 du code pénal : « *nul n'est responsable pénalement que de son propre fait.* »⁹⁶ Donc si le chirurgien est lui-même responsable de ses actes, l'infirmière est « *responsable des actes qu'elle pratique, mais également de la bonne gestion du matériel, de l'hygiène et de la surveillance générale du patient.* »⁹⁷ La formation d'IBODE et la médiatisation de certains procès concourent probablement à cette prise de conscience et à cette « *peur* » exprimée par certains IBODE. Cet aparté était nécessaire afin de tenter d'expliquer la montée du risque juridique auprès des IBODE, mais il ne nous éclaire guère sur les comportements des IBODE face aux risques professionnels. Si nous avons vu que la formation, la perception individuelle du risque et l'équipe influençaient ces IBODE, il me semble qu'un domaine important n'a pas été exploré dans ce travail. Il est indéniable que les IBODE sont fortement impliqués dans la prévention du risque pour le patient, pour les collègues et également dans le domaine privé, de leur entourage. Cependant, lorsque nous abordons la sphère intime, notamment leur propre santé et sa prévention, le dialogue est plus difficile, les réponses détournées. Il m'a même semblé que pour certains, c'est une question qu'ils ne se sont jamais posée. L'IBODE occulterait-il sa propre santé au profit des autres ? C'est ce que je vais maintenant développer à travers le concept de don.

Je vais d'abord présenter de façon schématique le concept de don d'un point de vue historique puis vous proposer une interprétation à travers les courants de pensée de M. Mauss, de P. Bourdieu et celui de J. Derrida. Cela étant posé, j'établirai un lien avec le métier d'infirmière à son origine.

Pendant l'Antiquité, le don était du ressort de la riche société romaine qui, à travers une munificence notamment lors des jeux du cirque, leur permettait d'asseoir leur statut social. « *Celui qui veut faire respecter son autorité [...] distribue en abondance une richesse dont il faut qu'elle semble couler de source, à profusion et de façon ininterrompue.* »⁹⁸ Nous retrouvons ces usages jusqu'au XVIII^{ème} siècle. Le don était jusque alors fondé en majorité sur la suffisance des riches donateurs. Le christianisme veut se défendre de ces pratiques et n'accepte plus que le don soit associé à l'orgueil. L'église organise des contestations « *au nom de l'humilité, de la pureté et l'inconditionnalité de l'amour charitable (de l'agapé).* »⁹⁹ Ce qui a peu à peu détruit l'image païenne du don orgueilleux. Dans la société moderne, le don est plutôt attribué au domaine de la sphère privée alors que, de la sphère publique naît

⁹² Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

⁹³ Cf annexe n°4

⁹⁴ CSP, op. cit.

⁹⁵ POUCHELLE M.C., op cit.

⁹⁶ Code pénal. Partie législative. Livre 1^{er} : dispositions générales. Titre II : de la responsabilité pénale. Chapitre 1^{er} : dispositions générales

⁹⁷ DEVERS G., La responsabilité de l'infirmière de bloc opératoire, Objectif soins, avril 2010, n°185, p12

⁹⁸ CAILLE A. Don, intérêt et désintéressement, Col. Recherches. La découverte, 2005, p16

⁹⁹ CAILLE A. idem. p 18

l'intérêt. Alain Caillé, sociologue français, nous dit qu' « *en dehors de la sphère privée et du domaine des croyances individuelles, le don s'est absorbé dans la logique de la redistribution exclusivement, en principe, conformément à la logique de l'intérêt.* »¹⁰⁰ Cela nous montre bien la complexité du concept de don qui, selon l'époque et les convictions de chacun, peut engendrer une tout autre interprétation.

Si le Petit Larousse Illustré définit le don comme étant l' « *action de donner quelque chose que l'on possède* », les sociologue, anthropologue et philosophe que nous évoquerons par la suite proposent chacun une interprétation plus approfondie mais souvent compliquée à délimiter. Le premier est Marcel Mauss, anthropologue français du début du XXème siècle pour qui, du don, relèvent 3 obligations : « *donner, recevoir et rendre.* »¹⁰¹ Cette hypothèse semble encore de nos jours, agencer les relations humaines. Par ailleurs, les nombreuses personnes ayant étudié les écrits de Marcel Mauss ont noté qu'il n'avait jamais proposé de définition du don. Cela montre une fois de plus à quel point ce concept est difficile à analyser. Pour Pierre Bourdieu, sociologue français du XXème siècle, « *il existe des intérêts désintéressés, que dans nombre de situations, il est objectivement intéressant d'être subjectivement le plus désintéressé possible.* »¹⁰² Cela questionne sur la notion d'agapé (le don pur) que met en avant le christianisme. Est-il vraiment possible de donner sans intérêt, qu'il soit conscient ou non ? C'est ce que semble penser Jacques Derrida, philosophe français du XXème siècle qui va plus loin et qui explique que pour lui « *pour qu'il y ait don, il faut que le donataire ne rende pas, n'amortisse pas, ne s'acquitte pas, n'entre pas dans le contrat, n'ait jamais contracté de dette [...] Pour qu'il y ait don il faut qu'il n'y ait pas de réciprocité, de retour, d'échange, de contre-don ni de dette. [Il va plus loin en disant que] le don comme don devrait ne pas apparaître comme don : ni au donataire ni au donateur. [Pour en conclure par le fait que] s'il n'y a pas de don, il n'y a pas de don, mais s'il y a don, gardé ou regardé comme don par l'autre, il n'y a pas de don non plus.* »¹⁰³ Cette hypothèse est très déroutante et va à l'encontre de ce qui a été écrit notamment par Marcel Mauss. Alain Caillé, auteur du livre dont je tire la plupart des références de ce chapitre et Jacques T. Godbout, sociologue français et coauteur de *l'esprit du don* en 1992 proposent une définition *restreinte* du don. « *Qualifions de don toute prestation de bien et de service effectuée, sans garantie de retour, en vue de créer, nourrir ou recréer le lien social entre les personnes.* »¹⁰⁴ Cette définition, l'hypothèse de Marcel Mauss du don basée sur « *donner, recevoir, rendre* » et certains écrits de Dominique Bourgeon, sociologue, Directeur des soins et coordonnateur du Département des Instituts de Formation du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes m'ont aidée à faire le lien entre le don et le métier d'infirmière.

Il est primordial pour effectuer ce lien de retracer l'histoire de la profession infirmière. Comme en matière de don, il existe 2 aspects de l'histoire de l'infirmière. L'aspect religieux dont nous parlerons peu et l'aspect laïc sur lequel nous nous attarderons plus. Si les religieuses ont occupées une place prépondérante dans le soin des personnes malades, l'histoire nous montre qu'elles n'étaient pas seules et ce dès l'Antiquité. Nous retrouvons plusieurs catégories de personnages, essentiellement des femmes. Elles étaient choisies parmi les vieilles femmes, les veuves ou les orphelines. Certaines étaient également dotées de tares mentales ou physiques. Les traits communs pour toutes ses femmes sont l'isolement et plus ou moins le rejet. Leur nombre s'est vu considérablement augmenté lors de la laïcisation des hôpitaux parisiens en 1877. Selon Dominique Bourgeon « *l'empreinte ou la marque du malheur porte les pas de ces indigentes auprès du lit des patients : l'infirmier naît infirme,*

¹⁰⁰ CAILLE A. *ibid.* p 25

¹⁰¹ MAUSS M cité par CAILLE A. *ibid.* p 244

¹⁰² CAILLE A. *ibid.* p 21

¹⁰³ DERRIDA J. cité par CAILLE A. *ibid.* p.p 264-265

¹⁰⁴ GODBOUT J et CAILLE A. cités par CAILLE A. *op. cit.* p 247

infirmes physique et/ou social. »¹⁰⁵ Dans certaines structures, l'infirmier est recruté au sein des patients. Comme à l'hospice général de Tours où, en 1854, il était noté dans le règlement pour le service intérieur que « *les infirmiers et infirmières sont choisis par le directeur et pris, autant que possible, parmi les individus valides et capables de l'hospice.* »¹⁰⁶ Ceci nous montre bien le rapport étroit entre patient et soignant et que la frontière est mince pour passer de l'un à l'autre. Certaines grandes figures du soin illustrent cette idée. Léonie Chaptal en est l'exemple parfait. Après une enfance malade, toute sa vie est jonchée de souffrances liées à une santé très fragile. Malgré cela, elle développera par différentes actions, dont la création de la maison-école d'infirmières privées de Paris, la profession infirmière jusqu'à son décès en 1937 à l'âge de 61 ans.

Micheline Wenner, cadre infirmier et Docteur en sociologie, s'est interrogée sur les motivations des infirmières dans le choix de leur profession à travers leur histoire de vie. Dominique Bourgeon nous en fait une analyse dans son ouvrage : « *Don, résilience et management.* » Il en ressort que pour un grand nombre de ces 40 soignantes interrogées, nous retrouvons dans l'histoire familiale des drames tels qu'une mort accidentelle ou une maladie. En effet, Dominique Bourgeon s'interroge et demande : « *le malheur prédispose-t-il pas à une vocation soignante ?* »¹⁰⁷ « *La compulsion à soigner l'autre ne serait qu'une tentative de se porter soi-même assistance au regard d'un passé douloureux,* »¹⁰⁸ c'est du moins ce qu'en déduit D. Bourgeon après la lecture des travaux de Yolande Papetti-Tisseron psychanalyste et formatrice de travailleurs sociaux. Pour certains soignants, le choix du métier d'infirmier leur permet de donner à des inconnus ce qu'ils n'ont pas pu donner à un proche malade. Nous pouvons donc penser qu'un sentiment de culpabilité peut habiter certains d'entre eux du fait d'être vivant et en bonne santé, alors qu'un père, une mère ou un enfant sont décédés. « *Avec le christianisme, la maladie devient source de rédemption.* »¹⁰⁹ Est-il envisageable de poser l'hypothèse que les IBODE qui ne se protègent pas peuvent relever de ce cas de figure ? Cette culpabilité plus ou moins conscientisée peut entraîner chez certains soignants un phénomène de résilience. Ils se doivent d'être forts et de rendre par le contre-don développé par Marcel Mauss, ce que la vie leur a donné. Une jeune femme de 20 ans, candidate au concours d'entrée en IFSI et faisant partie des 40 soignantes de l'étude de Micheline Wenner, illustre tout à fait le lien entre le métier d'infirmière et le don de soi. Elle nous dit que « *les infirmières se donnent beaucoup à eux,*¹¹⁰ [qu'] *elles sont reconnues pour ce qu'elles font [...]. L'infirmière se donne vraiment aux autres.* »¹¹¹ C'est exactement le ressenti que j'ai eu lors des entretiens et observations que j'ai effectués auprès des IBODE. Ils sont conscients des risques, qu'ils soient professionnels ou civils. Ils se disent prudents et dans l'anticipation. Ils affirment ne pas avoir de problème de positionnement professionnel. Ils ont pour la plupart les moyens matériels de se protéger. Il est vrai que pour les professionnels ayant été confrontés aux conséquences de certains risques, leur perception et leur attitude vis-à-vis de ceux-ci sont différentes. Malgré cela, les observations effectuées sont un peu discordantes et surtout, lors des entretiens il m'a été assez difficile de faire parler ces IBODE sur leur protection personnelle. Ces derniers ont souvent eu tendance à ramener la prévention au patient, à leur collègue, leur famille alors que les questions étaient clairement ciblées sur la protection individuelle.

¹⁰⁵ BOURGEON D., *Don, résilience et management*, Col. Fonction cadre de santé, Lamarre 2007, p 3

¹⁰⁶ Règlement pour le service intérieur de l'hospice général de Tours. p 93 cité par BOURGEON D., idem p 4

¹⁰⁷ BOURGEON D., *ibid.* p 13

¹⁰⁸ BOURGEON D., *ibid.* p 13

¹⁰⁹ BOURGEON D., *Le don et la relation de soin : historique et perspectives...*, Recherche en Soins Infirmiers, juin 2007, n°89, p.10

¹¹⁰ Elle parle des patients

¹¹¹ BOURGEON D., *op. cit.* p 80

N'ayant pas de données concernant leur histoire de vie, je ne peux donc pas donner de conclusions formelles mais seulement m'interroger sur un lien éventuel entre l'histoire personnelle de ces IBODE et leur conduite en matière de protection individuelle des risques professionnels.

CONCLUSION

J'ai parcouru un long chemin depuis le moment où j'ai choisi de réaliser ce travail sur la découverte, me concernant, de la présence de phtalates dans les dispositifs médicaux et l'indifférence relative d'une partie de mes collègues à ce sujet. Ce détail, si je peux le formuler ainsi, cachait en réalité un problème plus général. J'ai, en effet, pris conscience à ce moment là de mon environnement de travail et des risques qu'il comportait. Le manque d'intérêt exprimé par certains collègues m'a également questionné. C'est pour cela que j'ai souhaité examiner certaines notions et concepts pour m'éclairer dans mes recherches en pensant dans un premier temps que le positionnement professionnel pouvait influencer l'IBODE, dans la prévention des risques professionnels au bloc opératoire.

Pour cela, j'ai commencé par situer le bloc opératoire comme zone à risque pour ensuite étudier le concept de risque qui m'a vraiment permis de prendre du recul vis-à-vis de ma situation de départ et « d'entrer dans la recherche ». J'ai suivi l'évolution du risque par l'étude de son historique et compris pourquoi, certains auteurs comme Ulrich Beck, nous situent dans « *la société du risque* ». La notion de perception individuelle du risque m'a fait réaliser que, si pour moi la présence de phtalates dans les dispositifs médicaux était potentiellement grave, pour d'autres, l'intérêt peut se situer ailleurs. Le risque peut, au contraire, être synonyme de plaisir et non de danger. Une question de sexe ? Il semblerait que non du moins chez les IBODE.

Cibler les compétences IBODE sur le risque a montré l'omniprésence de ce dernier et donc la légitimité du positionnement professionnel de l'IBODE. Le détail des risques professionnels était pour moi important pour en prendre toute la mesure. L'éclairage de la notion de positionnement professionnel était nécessaire car elle est encore peu développée.

Par la suite, il m'a semblé utile de cerner tous les facteurs influençant la prévention des risques afin de déterminer celui qui me paraissait le plus influant pour l'IBODE. J'ai donc pensé que, si le positionnement professionnel avait sa place, celle de l'équipe pouvait, de part l'étude de la dynamique des groupes, être prépondérante. C'est pour cela que j'ai souhaité réaliser des observations et entretiens pour le vérifier.

Ce qui est ressorti de cette enquête auprès des IBODE c'est que les risques sont assez bien identifiés malgré, pour certains, un petit manque d'actualisation des connaissances. Le risque juridique auquel je n'avais pas fait référence auparavant semble de plus en plus présent dans les esprits et dans les blocs. Par contre la perception individuelle du risque et l'histoire personnelle ou professionnelle a modifié les pratiques de certains mais principalement dans le domaine où ils ont été touchés. En revanche, contrairement à ce que j'avais avancé comme questionnement, les IBODE disent ne pas avoir de problème de positionnement professionnel du fait en partie de la formation IBODE. Ils accordent toutefois une certaine influence de l'équipe mais plutôt dans l'organisation générale et non pas dans la protection individuelle. Ces remarques sont issues des entretiens car en ce qui concerne les observations, j'ai retrouvé une discordance flagrante dont je n'ai pas vraiment défini d'origine précise sauf peut être si l'hypothèse du don se vérifie.

En résumé, nous avons des IBODE formés et informés, soucieux des risques, dont le cœur de leur métier est la gestion de ces risques et qui se définissent eux même comme prudents, ils ne semblent pas avoir de problème pour s'affirmer auprès des autres membres de l'équipe infirmière ou chirurgicale et là, je rentre dans une salle où il y a émission de rayonnements ionisants et j'observe que tout le monde porte un tablier de plomb sauf l'IBODE !!! Cette constatation et une analyse plus approfondie des entretiens m'ont orienté vers le concept de

don. Est-ce que l'IBODE ne serait pas en position de don ou de contre-don lorsqu'elle ne se protège pas ?

Je pense qu'il serait intéressant d'orienter une nouvelle recherche pour déterminer si l'histoire infirmière nous poursuit encore au XXI^{ème} siècle, et connaître l'influence de l'histoire de vie des IBODE dans leur conduite en matière de prévention des risques professionnels.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

OUVRAGES GENERAUX

- DICTIONNAIRE DE SOCIOLOGIE*, Le Robert Seuil, 1998
- LE DICTIONNAIRE DE NOTRE TEMPS*, Hachette. 1992
- LE NOUVEAU PETIT ROBERT*. Larousse. 2009
- LE PETIT LAROUSSE ILLUSTRÉ*, Larousse, 1999

LIVRES

- BECK U., La société du risque, sur la voie d'une autre modernité, Champs-Flammarion, 2008
- BLANCHET A. TROGNON A., La psychologie des groupes, Col. Psychologie 128, Nathan, avril 2002
- BOURGEON D., Don, résilience et management, Col. Fonction cadre de santé, Lamarre 2007
- CAILLE. A. Don, intérêt et désintéressement, Col. Recherches. La découverte, avril 2005
- CHAUVIN D., L'affirmation de soi, ESF, mars 1998
- LE BRETON D., Conduites à risque, PUF, 2007
- MAISONNEUVE J., La dynamique des groupes, col. Que sais-je ? PUF, avril 2007
- MUCHIELLI A., L'identité, Col. Que sais-je ? PUF, avril 2003
- PERETTI-WATEL P., La société du risque, Col. Repères, La découverte, 2010
- UNAIBODE*, pratiques et références de l'infirmier(e) de bloc opératoire, Masson, 2003 (2^{ème} édition)

ARTICLES

- BENEVISE N., A la recherche d'une identité perdue, soins, mai 2000, n°645, p71
- BOURGEON D., Le don et la relation de soin : historique et perspectives..., Recherche en Soins Infirmiers, juin 2007, n°89, p.p 4-14
- DEVERS G., La responsabilité de l'infirmière de bloc opératoire, Objectif soins, avril 2010, n°185, p12
- GROLLAU E., Les conditions de travail au bloc opératoire, source potentielle de stress et de dégradations relations relationnelles, InterBloc, 2008, tome XXVII n°3, pp 186-188
- PHILIPPE C., les fumées au bloc opératoire : risque et prévention en cœliochirurgie, Interbloc, décembre 2009, n°4 p259
- POUCHELLE M.C., L'IBODE comme partenaire de soins, InterBloc, septembre 2008, tome XXVII, n°3, p181
- TRABACCHI G., L'identité professionnelle, soins, mai 2000, n°645, p35

DOCUMENTS ELECTRONIQUES

-AFSSAPS : *Recommandations portant sur les phtalates dans les dispositifs médicaux* [en ligne]. Paris : AFSSAPS mars 2009 [Réf du 14/05/2010]. Disponible sur internet : <http://www.afssaps.fr>

-BOUVET E. *Accidents d'exposition au sang au bloc opératoire* [en ligne]. Paris, [éditeur inconnu] 2002 [réf. Du 04/04/2010]. Disponible sur internet : www.bium.univ-paris5.fr

-CENTRE CANADIEN D'HYGIENE ET DE SECURITE AU TRAVAIL(CCHST). *Dangers associés aux gaz anesthésiques résiduels* [en ligne]. Canada : CCHST, avril 2002 [Réf du 20/05/2010]. Disponible sur Internet : <http://www.cchst.ca>

-CODOL J.P., cité par WIKIPEDIA, *le conformisme*, [en ligne]. [Sine loco] [éditeur inconnu] sept 2010 [réf du 12/09/2010]. Disponible sur <http://fr.wikipedia.org/wiki/Conformisme>

-DUFOUR B., *Epidémiologie et santé animale. Le principe de précaution* [en ligne]. [Sine loco] Ecole Nationale Vétérinaire de Belfort, 2002 [réf du 01/07/2010]. Disponible sur Internet : <http://aeema.vet-alfort.fr/public/pdf/revue/41.05.pdf>

-EUROPHARMAT : *Dispositifs médicaux et phtalates* [en ligne]. [Sine loco] EUROPHARMAT, novembre 2009 [Réf du 15/05/2010]. Disponible sur Internet : <http://www.euro-pharmat.com>

-EUROPHARMAT : *Guide pratique sur les phtalates* [en ligne]. [Sine loco] EUROPHARMAT, février 2010 [Réf du 15/05/2010]. Disponible sur Internet : <http://www.euro-pharmat.com>

-HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé* [en ligne]. [Sine loco] HAS, 2003 [réf du 30/06/2010]. Disponible sur Internet : <http://www.has-sante.fr>

-INRS : *Dermatoses professionnelles aux antiseptiques et désinfectants*[en ligne]. Paris : INRS, 2001 [Réf du 21/05/2010] Disponible sur Internet : <http://www.inrs.fr>

-INRS : *Le point des connaissances ED 5010* [en ligne]. Paris : INRS 2^{ème} édition, avril 2004 [Réf. du 22/02/2010]. Disponible sur Internet : <http://www.inrs.fr>

-INRS : *Evaluation biologique de l'exposition professionnelle au phtalate de di (2-éthylhexyle) (DEHP) liée au port de gants vinyle* [en ligne]. Paris : INRS [Réf du 14/05/2010]. Disponible sur Internet : <http://www.inrs.fr/fichetox>

-INRS : *urticaires de contact d'origine professionnelle* [en ligne]. Paris : INRS, 2007 [Réf du 21/05/2010] Disponible sur Internet : <http://www.inrs.fr>

-INRS : *fiche toxicologique FT 66 Propan-2-ol* [en ligne]. Paris : INRS, 2009 [Réf du 14/05/2010]. Disponible sur Internet : <http://www.inrs.fr/fichetox>

-*INSTITUT NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE QUEBEC (INSPQ): Les phtalates : état des connaissances sur la toxicité et l'exposition de la population générale* [en ligne]. Québec : INSPQ janvier 2004 [Réf du 15/05/2010]. Disponible sur Internet : <http://www.inspq.qc.ca>

-*INSTITUT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE DU TRAVAIL DE RENNES : Affections professionnelles rencontrées chez le personnel de santé* [en ligne]. [Sine loco] [éditeur inconnu] Décembre 1997 [Réf. Du 04/04/2010]. Disponible sur Internet : <http://www.med.univ-rennes1.fr>

-*LAROUSSE.FR.La profession, Le statut, La place* [en ligne]. [Sine loco] Larousse [Réf du 08/09/2010]. Disponible sur Internet : <http://www.larousse.fr>

-*LAROUSSE MEDICAL. Le bloc opératoire* [en ligne]. [Sine loco] Larousse [Réf du 24/05/2010]. Disponible sur Internet : <http://www.larousse.fr/encyclopedie>

-*MINISTERE DU TRAVAIL DE LA SOLIDARITE ET DE LA FONCTION PUBLIQUE. Les expositions aux risques professionnels par famille professionnelle, résultats SUMER 2003* [en ligne]. [Sine loco] [éditeur inconnu] 01/2007 [Réf. Du 04/04/2010]. Disponible sur Internet : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr>

-*NATIONS UNIS. Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement, principes de gestion des forêts* [en ligne]. [Sine loco] Organisation des Nations Unis, 1993 [réf du 10/09/2010]. Disponible sur Internet : www.un.org/french/events/rio92/rio-fp.htm

-*UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS D'INFIRMIERS(ERES) DE BLOC OPERATOIRE DIPLOMES(EES) D'ETAT (UNAIBODE) : Document de travail DHOS/DGS Version 21, janvier 2009. Référentiel d'activités* [en ligne]. [Sine loco] UNAIBODE, février 2009 [Réf du 18/05/2010]. Disponible sur Internet : <http://www.unaibode.fr>

-*UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS D'INFIRMIERS(ERES) DE BLOC OPERATOIRE DIPLOMES(EES) D'ETAT (UNAIBODE) : Document de travail DHOS/DGS Version 23, janvier 2009. Référentiel de compétences* [en ligne]. [Sine loco] UNAIBODE, février 2009 [Réf du 18/05/2010]. Disponible sur Internet : <http://www.unaibode.fr>

-*VIE PUBLIQUE. Gestion des risques et des crises sanitaires* [en ligne]. [Sine loco] VIE PUBLIQUE, 2008 [réf du 29/06/2010]. Disponible sur Internet : <http://www.vie-publique.fr>

AUTRES

DUGUE-LAMY L., sociologie des organisations, cours dispensé à l'EIBO (Ecole des Infirmiers de Bloc Opératoire) du CHU de Nantes, promotion 2009-2010, le 04 janvier 2010

NAEL V., risques professionnels au bloc opératoire, cours dispensé à l'EIBO du CHU de Nantes, promotion 2009-2010, le 07 janvier 2010

RENOU B., radioprotection au bloc opératoire, cours dispensé à l'EIBO du CHU de Nantes, promotion 2009-2010, le 21 janvier 2010

ANNEXES

GLOSSAIRE

- AES** : Accident d'Exposition au Sang et aux liquides biologiques
- AFSSAPS** : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
- ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- ANDEM** : Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale
- CHSCT** : Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail
- CMR** : Cancérogènes, Mutagènes ou toxiques pour la Reproduction
- CNRS** : Centre National de la Recherche Scientifique
- CSP** : Code de la Santé Publique
- DEHP** : Di-2-EthylHexyle Phtalate
- DGS** : Direction Générale de la Santé
- DHOS** : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
- DM** : Dispositif Médical
- EPP** : Evaluation des Pratiques Professionnelles
- GAR** : Gaz Anesthésiques Résiduels
- GHA** : Gel Hydro-Alcoolique
- HAS** : Haute Autorité de Santé
- IADE** : Infirmier(ère) Anesthésiste Diplômé(e) d'Etat
- IBODE** : Infirmier (ère) de Bloc Opératoire Diplômé(e) d'Etat
- IDE** : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat
- INRS** : Institut National de Recherche et de Sécurité
- PHA** : Produit Hydro-Alcoolique
- PVC** : PolyChlorure de Vinyle
- SHA** : Solution Hydro-Alcoolique
- TMS** : Troubles Musculo-Squelettiques
- VAE** : Validation des Acquis de l'Expérience

GRILLE D'ENTRETIEN

Grille d'entretien

Thème : les risques professionnels

Question de départ :

En quoi le positionnement professionnel influence l'IBODE dans la prévention des risques professionnels au bloc opératoire ?

Recueil de données :

Age :

Sexe :

Année diplôme IDE :

Année du diplôme IBODE :

Date arrivée dans ce bloc :

Nombre d'IDE/IBODE :

Thèmes

La perception individuelle du risque :

- Représentation
 - Danger
 - Plaisir

- Vécu
 - Prise de risque
 - recherche de limite,
 - d'identité,
 - une question de sexe
 - Incidents/accidents
 - personnel,
 - entourage
 - conséquences sur les pratiques professionnelles

La prévention :

- Connaissances
 - Moyens
 - Procédures
- Implication et mise en œuvre
- Impact de la formation
- Facteurs d'influence
 - Institution/économique
 - Organisationnel
 - Humain

L'équipe

- Intégration
 - A l'arrivée
 - A ce jour
- Vécu
- Interconnexion/interdépendance
 - Place dans le groupe
 - Leader
 - Appartenance à un groupe, lequel ?
 - Désir/identification
 - Jeux de force et d'influence
 - Conformisme
 - Soumission
 - Résistance aux changements

Positionnement professionnel

- Affirmation de soi
- Identité professionnelle

GRILLE D'OBSERVATION

Moyen prévention	IBODE		CHIR		Interne		Autre		Motif
	o	n	o	n	o	n	o	n	

Type relation	Chir			IBODE				INT			AUTRE			Commentaire
	Ibode	int	autre	Ibode	chir	int	autre	Ibode	chir	autre	Ibode	chir	int	
Professionnelle														
Amicale														
Complice														
Empathique														
Intime														
Autoritaire														
Dédaigneuse														
Indifférente														
Soumission														
Respectueuse														
Insolente														
Humour														
Autre														

CHECK-LIST V-2011

Identification du patient
Étiquette du patient ou
Nom, prénom, date de naissance

CHECK-LIST

« SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version 2011 - 01



Identité visuelle
de l'établissement

Bloc : _____ Salle : _____

Date d'intervention : _____ Heure (début) : _____

Chirurgien « intervenant » : _____

Anesthésiste « intervenant » : _____

Coordonnateur(s) check-list : _____

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE	
Temps de pause avant anesthésie	
1	L'identité du patient est correcte : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
2	L'intervention et site opératoire sont confirmés : <ul style="list-style-type: none"> • idéalement par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
3	Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / intervention et non dangereux pour le patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
4	La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Non*
5	L'équipement / matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié et ne présente pas de dysfonctionnements <ul style="list-style-type: none"> • pour la partie chirurgicale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • pour la partie anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <li style="font-size: x-small;">Acte sans prise en charge anesthésique <input type="checkbox"/> N/A
6	Vérification croisée par l'équipe de points critiques et mise en œuvre des mesures adéquates : Le patient présente-t-il un : <ul style="list-style-type: none"> • risque allergique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* • risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Oui* • risque de saignement important <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE	
Temps de pause avant incision	
7	Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe, en présence des chirurgien(s) – anesthésiste(s) / IADE – IBODE / IDE <ul style="list-style-type: none"> • identité patient confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • intervention prévue confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • site opératoire confirmé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • installation correcte confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • documents nécessaires disponibles (notamment imagerie) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A
8	Partage des informations essentielles, oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (<i>Time out</i>) <ul style="list-style-type: none"> • sur le plan chirurgical <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationnalité, etc.) • sur le plan anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* Acte sans prise en charge anesthésique <input type="checkbox"/> N/A (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.)
9	L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Non*

N/A : quand l'événement Non Applicable pour cette intervention
N/R : quand le critère est Non Recommandé pour cette intervention

APRÈS INTERVENTION		
Pause avant sortie de salle d'opération		
10	Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : <ul style="list-style-type: none"> • de l'intervention enregistrée, <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A • de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A • si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A <small>Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention, cochez N/A</small> 	
11	Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe entre les équipes chirurgicale et anesthésiste <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*	
DÉCISION CONCERTÉE EN CAS DE NON-CONFORMITÉ OU DE RÉPONSE MARQUÉE D'UNE *		
SELON PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT		
Attestation que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe		
Chirurgien	Anesthésiste / IADE	Coordonnateur CL

LE RÔLE DU COORDONNATEUR CHECK-LIST, SOUS LA RESPONSABILITÉ DU (DES) CHIRURGIEN(S) ET ANESTHÉSISTE(S) RESPONSABLE(S) DE L'INTERVENTION, EST DE NE COCHER LES ITEMS DE LA CHECK-LIST QUE
 (1) SI LA VÉRIFICATION A BIEN ÉTÉ EFFECTUÉE, (2) SI ELLE A ÉTÉ FAITE ORALEMENT EN PRÉSENCE DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE CONCERNÉS ET
 (3) SI LES NON-CONFORMITÉS (MARQUÉES D'UNE *) ONT FAIT L'OBJET D'UNE CONCERTATION EN ÉQUIPE ET D'UNE DÉCISION QUI DOIT LE CAS ÉCHÉANT ÊTRE RAPPORTÉ DANS L'ENCART SPÉCIFIQUE.

