

Les attitudes du personnel hospitalier face au sida

Françoise Dubois-Arber¹, Dominique Hausser¹, Felix Gutzwiller²

¹ Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

² Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Zürich

La Suisse est le pays européen où la prévalence du sida est la plus élevée en Europe (1159 patients déclarés = 0,18% au 31.12.89) [1]. Par conséquent, le personnel hospitalier peut s'attendre à ce que les malades du sida fassent de plus en plus partie de son univers professionnel.

Les autorités sanitaires ont mis en place une stratégie de lutte contre le sida où la prévention joue un rôle prépondérant. Un des volets de cette stratégie consiste à prévenir la contamination par le VIH en milieu hospitalier; des recommandations dans ce sens ont été édictées à plusieurs reprises, les dernières datant de 1988 [2]. Ces recommandations sont calquées sur celles adoptées aux Etats-Unis [3, 4, 5].

Le risque de transmission du VIH lors de piqûre par du matériel contaminé est actuellement estimé entre 2 et 5% et le risque de transmission par contact de liquides corporels contaminés avec les muqueuses dans le cadre de l'activité de soins est encore controversé [6].

L'étude rapportée ici a été effectuée dans le cadre de l'évaluation des campagnes de prévention du sida en Suisse [7]. Elle avait pour but principalement:

- d'évaluer l'impact des messages de prévention chez le personnel hospitalier sous deux aspects (vie professionnelle et vie privée): connaissances acquises, attitudes et comportements face à la prévention et à l'égard des patients, perceptions (adéquates ou inadéquates) du risque de contamination en milieu professionnel et non-professionnel, résistances à l'adoption de mesures de protection dans la vie professionnelle ou personnelle.
- de décrire les diverses problématiques en relation avec le sida chez le personnel hospitalier pour apporter une contribution à la mise en place des services de prévention et de formation continue dans les hôpitaux tels qu'ils existent déjà dans les hôpitaux de Lausanne et Zurich (mandat pour la Suisse délivré par l'Office fédéral de la santé publique).

Méthode

La population-cible de l'étude est l'ensemble des professions médicales et paramédicales soignantes qui a des contacts régulier avec les patients.

Il s'agit d'une enquête qualitative réalisée auprès d'un

échantillonnage ciblé en fonction de l'intensité de la confrontation du personnel hospitalier avec le problème du sida. Les services dans lesquels ont eu lieu l'investigation ont été choisis en fonction de:

- a) l'hôpital (universitaire, cantonal non universitaire, régional) et par là-même de la vocation d'établissement de référence pour une affection telle que le sida,
- b) du service (séjour/traitement/investigations contre accueil/intervention de courte durée),
- c) la spécialisation (ou non) du service dans la prise en charge de malades du sida ou de patients séropositifs.

Seize services d'hôpitaux des cantons de Genève, Vaud, Fribourg, Neuchâtel, Jura, Valais, Berne, Zurich ont été contractés. Un service a refusé de participer à l'étude, 2 autres ont accepté, puis renoncé pour des raisons techniques (temps, absence du chef de service au moment prévu pour l'enquête). Ce sont finalement le personnel de treize services (lits de médecine, lits de chirurgie, lits de gynécologie/obstétrique, urgences ou admissions, soins intensifs, salles d'opération, divisions de maladies infectieuses ou services spécialisés dans le traitement de malades du sida) qui ont participé à l'enquête.

Deux types d'instruments étaient employés simultanément:

- entretiens de groupe (3–12 personnes du même service, appartenant au personnel soignant) de type semi-directif suivant un guide d'entretien qui portait sur le problème du sida tel qu'il est vécu dans le service ou dans l'hôpital (informations reçues, directives existantes, attitudes et comportements face à la prévention, aux patients, besoins ressentis en information ou en soutien)
- questionnaires individuels auto-administrés anonymes remplis avant et après l'entretien de groupe, portant sur des questions de connaissances sur le sida (1^{er} questionnaire), d'attitudes et de comportements face au risque de contamination professionnelle ou non-professionnelle tels que peurs, hiérarchisation des risques, nombre de partenaires, usage du préservatif, etc (2^e questionnaire).

Les entretiens ont eu lieu pendant l'horaire normal de travail dans les hôpitaux-mêmes. Ils étaient menés par

deux équipes de deux chercheurs, médecins et sociologues, et enregistrés sur magnétophone avec l'accord des participants.

Les participants étaient soit volontaires, soit désignés par les équipes ou les responsables d'équipes en fonction des disponibilités existantes en personnel.

Le collectif ainsi constitué compte 83 personnes dont $\frac{3}{4}$ de femmes (55 infirmiers(ères), 13 médecins ou stagiaires-médecins, 11 infirmiers(ères) assistant(e)s, élèves-infirmiers(ères) ou autres professions paramédicales, 4 personnes ont omis de mentionner leur profession). Les âges sont répartis comme suit: < 20 ans: 1, 20-27 ans: 42, 30-39 ans: 28, 40-49 ans: 9, 50 ans et plus: 1, âge inconnu: 4.

17% des participants n'avaient jamais rencontré de malade atteint du sida dans leur activité professionnelle, 45% avaient soigné 1-5 malades, 18% 6-20, 19% plus de 20.

Il est ainsi possible de repérer diverses tendances de réactions et surtout de répertorier et analyser des situations données (plus ou moins fréquentes).

Résultats

Connaissances

Les connaissances sur les modes de transmission étaient abordées dans le premier questionnaire individuel. 9 modes de transmission étaient proposés: relation sexuelle, échange de matériel d'injection, transfusion en Suisse, piqûre de moustique, serrer la main à un malade du sida, soin de plaie, intervention chirurgicale, en mangeant une fondue, baiser sur la bouche. Pour chacun de ces modes de transmission, il fallait choisir entre 5 appréciations sur la fréquence de la transmission pour ce mode (la transmission du VIH se fait): très fréquemment, fréquemment, rarement, très rarement, jamais (table 1).

On constate une bonne homogénéité de réponses justes pour les modes de transmission par voie sexuelle, par échange de matériel d'injection. La même homogénéité se retrouve pour les modes de transmission «en serrant la main d'un malade», «en mangeant une fondue».

La transmission par les moustiques (non documentée à ce jour) est admise par 13 personnes et 7 ne se pronon-

cent pas. La transmission par baiser sur la bouche (jamais documentée non plus) est admise par 18 personnes, 8 ne se prononçant pas.

On observe une grande dispersion des réponses concernant des modes de transmission touchant directement la sphère professionnelle (transfusion, soin de plaie, intervention chirurgicale). Ceci témoigne d'une incertitude persistante sur ces problèmes; c'est particulièrement le cas de la transmission pendant une opération et la transmission en faisant un soin de plaie (jamais documentée à ce jour). La question de la sécurité actuelle (quoique l'année n'ait pas été précisée dans la question) des transfusions en Suisse est loin de faire l'unanimité chez le personnel hospitalier.

42% des personnes interrogées pensent avoir couru par le passé des risques de contamination par le VIH. La grande majorité d'entre elles mentionne un risque professionnel comme seul risque. 3 personnes mentionnent un risque sexuel. 51% des interviewés pensent qu'ils pourraient être contaminés dans le futur, la majorité mentionnant que ce serait dans l'exercice de la profession.

35% des personnes interrogées disent avoir peur d'attraper le VIH. Le degré de confrontation avec la maladie modifie la peur exprimée. Elle est moins fréquente chez ceux qui n'ont jamais vu de malade du sida (22%), elle augmente chez ceux qui ont vu de 1-5 malades (37%), elle est la plus fréquente chez ceux qui en ont vu de 6-20 (47%) et redevient plus rare chez ceux qui ont vu plus de 20 malades (31%).

Sur l'ensemble du collectif, 4 personnes ont mentionné avoir eu, durant les 6 derniers mois, des relations sexuelles occasionnelles en dehors d'une relation stable. Ce sont 2 hommes et 2 femmes, tous âgés de moins de 30 ans (= 9% parmi les personnes interrogées de cette classe d'âge). L'une a toujours utilisé des préservatifs, deux parfois, une jamais. Ces résultats sont proches de ceux que l'on retrouve dans la population générale de cet âge [8].

60% des gens interrogés ont déjà expérimenté le préservatif, la majorité d'entre eux pour des motifs de contraception.

28% des professionnels interrogés ont fait le test de dépistage des anticorps anti-VIH.

Tab. 1. Connaissance des modes de transmission du VIH chez le personnel hospitalier

	très fréquemment N	fréquemment N	rarement N	très rarement N	jamais N	pas de réponse N
La transmission se fait:						
- par relation sexuelle	70	8	1	0	0	4
- par échange de matériel d'injection	64	10	2	1	3	3
- par transfusion, en Suisse	2	8	20	32	14	7
- en faisant un soin de plaie	1	4	17	41	14	6
- lors d'une intervention chirurgicale	1	1	19	36	19	7
- en mangeant une fondue	0	1	0	2	75	5
- en serrant la main d'un malade du SIDA	2	0	0	0	76	5
- en s'embrassant sur la bouche	0	2	1	15	57	8
- par piqûre moustique	3	1	0	9	63	7

Représentations du sida

Les représentations et attitudes face au sida ont été abordées principalement dans les discussions de groupe. La majorité des discussions a débuté sur un mode très rationnel qui aurait pu faire penser que le sida à l'hôpital ne posait que peu de problèmes, voire aucun. C'est dans la dynamique de l'interview que sont apparus les questionnements individuels et collectifs. Les représentations peuvent être ramenées à quatre types principaux, qui parfois coexistent chez les mêmes personnes et témoignent d'une grande ambivalence face au sida:

- Le sida est une maladie mortelle et «honteuse» (acquise et transmissible par des comportements réprouvés socialement: certaines orientations ou pratiques sexuelles, certaines relations comme l'adultère ou la prostitution, la toxicomanie). Ce type de représentation à forte charge émotionnelle est exprimé souvent indirectement. Il a une conséquence spécifique au milieu hospitalier: la compassion (empathie) à l'égard du patient n'est plus au premier plan et est remplacée par de la distanciation ou même par un rejet. Il est souvent implicite dans le discours que les séropositifs ou les malades sont responsables (donc «coupables») de ce qui leur arrive. En revanche, le personnel hospitalier se considère comme une victime potentielle innocente.
- Le sida est lié à l'appartenance à deux groupes «à risque» (toxicomanes et homosexuels). Cette représentation rassure en faisant croire que la séropositivité peut être présumée plus ou moins facilement par l'anamnèse ou l'aspect du patient. Elle est en contradiction avec ce que le personnel a appris (et exprime aussi à d'autres moments) par l'information reçue, à savoir que le sida est lié à des comportements ou des situations à risque.
- Le sida est une maladie (grave) comme une autre (maladie grave).
- N'importe qui peut être séropositif.

Attitudes de peur

Les réponses sur les modes de transmission, obtenues par questionnaire, sont adéquates et «raisonnées» même si elles ne sont pas toujours très précises. En contraste, des peurs de contamination en milieu hospitalier, souvent irrationnelles, sont exprimées dans les discussions de groupe.

Il apparaît que, avant d'avoir été en contact direct avec un séropositif ou un malade, le personnel hospitalier se préoccupe peu du problème du sida à l'hôpital et est assez indifférent aux directives existantes sur les précautions à prendre pour la manipulation du matériel susceptible d'être contaminé. Parfois la comparaison est faite avec l'hépatite B: les gens savent où sont les directives (dans un classeur d'hygiène hospitalière), mais de là à les appliquer Le fait que finalement n'importe qui puisse potentiellement être séropositif est peu présent dans les esprits et des mesures universelles de précaution ne sont pas envisagées (même

l'abstention de recapuchonner les aiguilles après usage ne se fait pas partout ...).

Après les premiers contacts avec les séropositifs ou malades hospitalisés, viennent les peurs de contamination, parfois très fortes (penser à une contamination à chaque injection, craindre de se contaminer en faisant le lit d'un malade, prendre la tension avec des gants, par exemple). Ces craintes génèrent des demandes de sécurité absolue (port de gants, masques, lunettes, isolement des malades, demande de tester les patients à l'entrée à l'hôpital). Certains responsables d'antennes sida dans les hôpitaux universitaires parlent d'un véritable harcèlement de questions de la part de services nouvellement en contact avec des patients séropositifs ou malades du sida.

Les craintes diminuent avec le temps et le contact avec la réalité de la maladie: le malade du sida ou le séropositif redevient un malade (menacé ou atteint d'une maladie grave) comme un autre. Les aspects de soin et de prise en charge reviennent au premier plan et ce sont ces problèmes-là qui peuvent constituer éventuellement une charge particulière (en général d'ordre émotionnel) pour les soignants. La séropositivité en tant que risque pour le soignant n'est plus qu'une caractéristique d'un patient parmi d'autres dont il faut tenir compte pour certains gestes seulement. Il n'y a alors plus de demande de protection absolue mais une demande d'information et de formation.

Les attitudes sont aussi différentes selon le type de service: le personnel des services «de passage» (salle d'opération, urgences) où il se fait beaucoup de prises de sang, d'injections et de travail avec du matériel tranchant, dans des situations où il faut agir vite, réagit au sida sur un modèle maladie contagieuse: peur de l'attraper, peur de l'inconnu (le séropositif n'est pas identifiable). Il cherche à reconnaître les patients «à risques», au risque de les stigmatiser («*J'ai eu des échos de ce bonhomme et c'était mon droit de me protéger. Je lui ai dit: ici on met des gants pour pas mal de gens*»). Les précautions universelles sont jugées difficiles à mettre en pratique et la tendance serait plutôt au jugement «à la tête du client» (l'aspect «convenable» ou pas, la coupe ou la couleur des cheveux, les boucles dans le nez ou les oreilles, l'âge, les cicatrices d'injection, etc) ou «selon la réputation» ou selon le diagnostic (fièvre de longue durée chez un patient jeune, pneumonie, etc).

Dans les services de lits, le personnel adopte plutôt face au sida un modèle maladie mortelle (cancer). La personne est plus importante que le risque qu'elle représente; c'est la prise en charge qui est perçue comme étant le problème principal, les aspects d'éthique professionnelle aidant à mieux relativiser le risque de contamination et à diminuer les peurs. C'est aussi dans ce type de services que des discussions au sein des équipes ont lieu, pour essayer de faire face aux tensions émotionnelles causées par des prises en charge souvent difficiles: comment aider un patient qui est dans une phase de déni de sa maladie, comment soula-

ger les angoisses de quelqu'un de jeune confronté à l'idée de sa propre mort qui présente en même temps d'intenses sentiments de culpabilité (par exemple une mère séropositive avant la naissance d'un enfant qui a de grands risques d'être contaminé), comment gérer les rapports avec l'entourage d'un patient qui cache son état à une partie de ses proches et pas à d'autres ... Ces situations complexes éveillent des réflexions approfondies chez le personnel qui tendent à éloigner la peur de contamination mais apportent des sentiments de malaise et d'incertitude sur les capacités de répondre aux besoins des patients.

Les attitudes sont aussi différentes suivant la fonction des hôpitaux. Les grands hôpitaux (universitaires ou cantonaux) sont confrontés depuis longtemps au sida et le sont d'une manière plus intensive ou continue (en tout cas les services de médecine, chirurgie, pédiatrie, dermatologie, gynécologie-obstétrique). L'information s'y est faite plus tôt, la réflexion a pu se développer et on rencontre un niveau de conscience collectif des problèmes posés par le sida, actuellement et dans l'avenir, parfois impressionnant (surtout dans les services de lits).

Attitudes de stigmatisation

Des attitudes de stigmatisation ont été rencontrées: elles se font essentiellement à l'encontre des toxicomanes (considérés comme des malades difficiles, imprévisibles, peu compliants, accordant et inspirant peu de confiance, parfois franchement évoqués comme des cas perdus de toutes façons). Les homosexuels paraissent moins rejetés (estimés plus conscients, connaissant parfaitement leur maladie, discrets et compliants) bien qu'un malaise soit perceptible lorsqu'il est fait mention dans les discussions de groupe de questions touchant à l'orientation sexuelle.

Des refus de s'occuper de patients séropositifs ou malades, des efforts pour éviter d'avoir à le faire, pour éviter tout risque de contamination, ont été décrits (ils ne concernaient jamais personnellement les interviewés): ce n'est certainement pas fréquent actuellement, mais ça existe. Ces attitudes entraînent la désapprobation des groupes de discussion mais aussi des «justifications»: elles sont le fait de femmes enceintes ou essayant de l'être, d'hommes ou de femmes ayant charge de famille. Ces situations n'ont fait que rarement l'objet de discussions d'équipe, sont tolérées voire admises, reconnaissance implicite de l'existence d'un risque de contamination non négligeable auquel il serait légitime de se soustraire dans certaines conditions.

Attitudes face au risque de contamination

Les peurs engendrent une surestimation du risque professionnel où le risque perçu devient beaucoup plus grand que le risque réel. Les travailleurs hospitaliers ont de la peine à relativiser le risque de contamination professionnel, à le considérer sous son aspect probabiliste; par exemple ce risque n'est pas comparé à d'au-

tres risques, professionnels ou non, acceptés couramment et en particulier est peu mis en relation avec le risque sexuel de contamination par le VIH. C'est la contamination par voie cutanée ou muqueuse qui est traitée de la manière la plus irrationnelle et conduit à des exagérations, y compris dans la description des conditions de travail, sorte d'auto-justification de craintes: «*en salle d'accouchement, on a les mains dans le sang toute la journée, on en a plein partout*», «*c'est un milieu assez sanglant*». Mais la description des mesures de protection prises fait apparaître que la seule différence entre un accouchement «avant le sida» et «maintenant», c'est le port de lunettes; le tablier de protection, le masque, les gants préexistaient ... Mêmes considérations sur les petites blessures aux mains («*tout le monde en a*»), les écorchures, les petites dermatoses: elles sont souvent mises en avant comme un risque important alors que chacun admet travailler selon des normes d'hygiène usuelles: on fait attention de ne pas se salir les mains, de ne pas toucher des plaies, des pansements souillés, etc à mains nues. Ce sont dans les services «de passage» (admissions, urgences) et ceux où potentiellement (salle d'opération, salle d'accouchement) il existe le plus de contact avec du sang ou des liquides corporels, que le terme de profession «à risque» ou «à haut risque» de contamination par le VIH a été mentionné.

L'attitude face au risque (mieux documenté, même s'il est faible) de contamination par piqûre accidentelle ou coupure avec un instrument tranchant est très ambivalente: à la fois on reconnaît que le port de gants ne protège pas vraiment de ce genre d'incident et on ne parle que de ça (combien de paires porter, avec «qui» en employer, où et dans quelles circonstances). La réflexion sur ce problème (piqûres et gants) est peu présente: notamment sur quelques questions déterminantes: est-ce que les accidents sont fréquents, dans quelles circonstances surviennent-ils, comment faire pour ne pas se piquer, que faire si ça arrive?

On rencontre toutefois dans certains groupes (plutôt dans les hôpitaux d'une certaine importance), des personnes, en général celles avec la plus longue expérience, qui témoignent d'une vision sereine de la relativité des risques: «*ça va être un risque inhérent à notre métier comme les hépatites (comme le conducteur de trolleybus prend aussi des risques dans son métier); on a tout ce qu'il faut pour diminuer les risques au maximum*» «*il faut essayer de dédramatiser car certaines personnes se protègent trop*».

D'une façon générale, le risque de contamination par le virus de l'hépatite B ne fait pas aussi peur que celui concernant le VIH, sans même que soit mentionnée la possibilité de vaccination. Le parallèle avec des conséquences parfois mortelles (hépatite fulminante, hépatite chronique agressive, cancer hépatique) d'une contamination professionnelle par le virus de l'hépatite B n'est pas fait. L'impression qui se dégage de ce qui est dit au sujet de l'hépatite B fait penser que ce problème a été plutôt sous-estimé par le passé. En

effet, il y a une relative insouciance face à l'hépatite B, même évoquée historiquement chez ceux qui sont maintenant vaccinés ... ou contaminés.

Est-il important de savoir qui est séropositif et qui ne l'est pas parmi les patients hospitalisés? Il existe à ce sujet encore, une grande ambivalence chez le personnel hospitalier et des positions divergentes. Ceux qui ont le plus peur d'une contamination (surtout le personnel des urgences, de la salle d'opération) aimeraient connaître le statut sérologique des patients, donc éventuellement tester tout le monde, pour pouvoir se protéger. Parallèlement ils se rendent bien compte de l'existence d'un délai pour obtenir un résultat de test, du délai entre infection et séroconversion et (beaucoup moins souvent) du fait que la connaissance du status sérologique d'un patient ne modifie pas forcément le risque d'accident par piqûre. Ils pencheraient alors pour l'adoption de protections universelles qui rendent obsolète la nécessité de tester, mais qui sont difficiles à mettre en pratique systématiquement (situations d'urgence, y penser à chaque fois). De plus, ceux qui sont avides de «savoir», sont beaucoup moins prêts à assumer les conséquences de ce savoir pour le malade: lui annoncer qu'il est séropositif, faire face à des situations de crise déclenchées par l'annonce d'une séropositivité.

Ceux qui ont moins (ou pas) peur de la contamination, notamment ceux qui ont déjà eu des contacts avec des patients atteints de sida qui ont permis de dédramatiser la situation, ressentent moins le besoin de «savoir» pour se protéger que celui de «savoir» pour mieux aider le patient à rompre son isolement, pour l'accompagner ou simplement pour connaître tous les aspects médicaux de leur patient, au même titre qu'ils préféreraient savoir quand un patient est alcoolique ou toxicomane afin d'être attentifs aux problèmes inhérents à ces situations à l'hôpital (risque de delirium, risque de «manque»). Très souvent cependant la réaction est: *«ça n'apporte rien de plus en matière de sécurité de connaître le status sérologique d'un patient, mais quand même ... on aimerait bien le savoir, s'il est séropositif»*. Presque toutes les personnes interrogées, même dans les services où il semble n'y avoir plus aucun problème avec le sida trouveraient normal qu'un patient qui se sait séropositif l'annonce (mais à qui?). Ils trouvent que cela leur est dû au nom d'un risque professionnel potentiel.

Attitudes face au secret médical

Le personnel hospitalier a l'habitude du secret médical, parfois largement partagé, via les dossiers médicaux, les dossiers infirmiers (cardex) et les discussions formelles ou informelles au sujet des patients. Il a donc tendance à sous-estimer deux aspects: les phénomènes de bouche à oreille au sein du personnel (si ce n'est la sortie de l'information à l'extérieur de l'hôpital) et le risque de rejet du séropositif qui existe encore dans la société actuellement.

Dans plusieurs groupes, des remarques très claires ont

été faites au sujet de la «perméabilité» du secret de fonction (*«les premiers cas de séropositifs, tout le monde en parlait; moi, si j'avais été séropositif, je serais allé me faire soigner ailleurs; ça me faisait mal pour la personne»*).

Les soignants, par éthique professionnelle, revendiquent de ne jamais stigmatiser les patients, ce qui est certainement vrai dans l'ensemble, et ne perçoivent donc pas l'existence de réels problèmes actuels de rejet à l'encontre des séropositifs à l'extérieur de l'hôpital. Tout naturellement, pour eux, l'anonymat (concernant la séropositivité) tombe à l'entrée à l'hôpital. Quant au secret partagé sur la séropositivité du patient, il fait l'objet de débats: qui peut le partager? les médecins, les infirmières, le personnel de maison, le personnel de laboratoire? Ces discussions concernent toujours le risque de contamination, donc la proximité entre le personnel et le patient; l'intérêt du patient n'est pas mentionné.

Formation et information du personnel hospitalier

Des attitudes de ressentiment, des sentiments d'injustice sont parfois exprimés par le personnel hospitalier. Certains professionnels considèrent que, sur les problèmes du sida, la population générale est aussi bien informée qu'eux (ce qui représente peut-être une première dans le domaine de la prévention ...). Or, ils estiment avoir droit, en tant que professionnels de la santé, à une information plus étoffée en qualité (précision) et en quantité (touchant de multiples domaines tels que l'épidémiologie, la clinique, la prévention, les problèmes de prise en charge). Ils justifient en partie ce droit à un «plus» de formation par le risque particulier qu'ils courent en tant que professionnels. Ils soupçonnent parfois les autorités sanitaires et les responsables hospitaliers de leur cacher des informations, en particulier d'ordre épidémiologique (prévalence locale du VIH).

Certains, surtout des responsables infirmiers, ont mené une réflexion sur les problèmes que posent les précautions universelles (coût, perte de temps, fausse sécurité, etc) et aimeraient disposer d'estimations de prévalence des porteurs de VIH chez les patients hospitalisés. Ils revendiquent d'être considérés comme des partenaires responsables, capables d'adapter leur comportement de prévention au travail en se fondant sur des données épidémiologiques précises.

Les demandes exprimées par le personnel soignant vont dans le sens d'une meilleure information (sur la clinique de la maladie, sur les développements de la recherche, sur l'épidémiologie, notamment régionale du virus, sur les risques réels encourus par le personnel et les moyens d'y faire face) et d'une meilleure formation sur la prise en charge des séropositifs et des malades, l'accompagnement.

De nombreux problèmes concernant l'information à l'hôpital relative au sida et la formation du personnel ont été mentionnés:

- Les changements de consignes au cours du temps: ceux qui ont vécu depuis le début de l'épidémie les inévitables tâtonnements dans les consignes de protection pour le personnel soignant dans les hôpitaux se sont sentis peu sécurisés et ont eu parfois l'impression que l'information circulait mal, que leur risque spécifique était peu pris au sérieux. La stabilisation des consignes de protection (dans les grandes lignes elles n'ont pas changé depuis 1987) les rassure, surtout quand cette stabilisation s'est faite sur des mesures de protection moins sévères qu'au début de l'épidémie (abolition de l'isolement).
- Le consensus sur les mesures à prendre: si dans la plupart des hôpitaux il existe un ensemble de recommandations à suivre en ce qui concerne la prévention de la contamination par le VIH, en général inspirées des recommandations de l'Office fédéral de la santé publique, ce n'est pas encore le cas partout. Il existe des différences non négligeables dans les directives entre les différents établissements mais aussi entre les différents services d'un hôpital quand ce n'est pas à l'intérieur d'un même service entre les différents médecins, par exemple. Ces incohérences augmentent les sentiments d'insécurité et d'incertitude chez le personnel et peuvent même être source de conflits. Autre situation où le consensus fait souvent défaut: que faire en cas d'accident (piqûre, coupure, etc)? Plusieurs situations ont été décrites où il existait une confusion totale sur les mesures à prendre (notamment en ce qui concerne le test: qui tester, patient et/ou soignant, dans quelles conditions, après quel délai). Ces hésitations donnent au personnel un sentiment d'incertitude supplémentaire, les découragent de déclarer les incidents, voire les culpabilisent (d'être peureux, de déranger pour rien, de causer un désagrément au patient).
- L'accès à l'information: beaucoup se plaignent d'avoir dû rechercher eux-mêmes de l'information sur le sida. A cet égard on constate une différence entre ce que dit le personnel interrogé et ce que la direction de soins infirmiers, médecins-responsables, avancent: notamment le fait qu'il y a eu beaucoup d'informations et que le sida ne pose pas de problèmes à l'hôpital. En fait l'information paraît mal circuler. Dans tous les hôpitaux visités, il y a eu à un moment ou à un autre, une information au personnel sous forme de conférence, lettre, circulaire ou page supplémentaire au classeur des maladies infectieuses. De plus, souvent, des discussions approfondies ont eu lieu au niveau des directions médicales, infirmières, des responsables d'hygiène hospitalière. Mais les conférences avaient lieu le soir, les feuilles se noyaient dans les classeurs, les discussions restaient à un niveau supérieur de la hiérarchie.
- La rotation intense du personnel nécessitant la répétition fréquente des informations: Dans les groupes interrogés, il n'y avait aucune homogénéité, y compris à l'intérieur d'un même service, dans l'information reçue, du fait des différences d'ancienneté dans le service.
- Le moment de l'information: Les demandes d'informations sont fortes dès que survient le moindre événement lié au sida qui peut être: le premier malade, le premier traitement à l'AZT, le premier accouchement de mère séropositive. Ces événements donnent lieu à de nombreuses discussions, souvent informelles, au sein des services. Si les cas de séropositivité ou de maladie sont fréquents, il s'installe une certaine routine. Sinon les besoins d'information ressurgissent à chaque nouvelle mise en situation, quand les incertitudes réapparaissent: il existe un besoin de répétition de confirmation de l'actualité des mesures prises.
- L'écoute des besoins et remarques du personnel: L'information circule surtout de haut en bas.
- Le lieu où se fait l'information: L'équipe, le service, le lieu de travail sont des lieux plus propices que le classeur que personne n'ouvre ou la conférence en-dehors des heures de travail.
- La forme sous laquelle sont accessibles les informations: Dans certains services ou hôpitaux, il existe des protocoles détaillés sur les précautions à prendre dans telle ou telle situation, quels types de détergents employer, etc. Il est apparu que ce mode de présentation décourage ceux qui aimeraient s'informer, particulièrement s'il s'agit de personnes peu à l'aise dans la langue locale ou peu accoutumées à ce mode de transmission de l'information, comme le personnel de nettoyage ou technique.

Discussion

La confrontation avec l'épidémie de sida est un phénomène nouveau pour le personnel hospitalier, les maladies transmissibles graves ne faisant plus partie du champ de son expérience professionnelle. Le stress causé par cette situation nouvelle paraît en général bien assumé, particulièrement celui lié à la prise en charge de patients jeunes atteints d'une maladie mortelle. Toutefois, ce stress pourrait devenir ponctuellement trop grand et pourrait conduire à l'épuisement («burning out») de certaines équipes, comme le montrent certaines expériences faites dans des hôpitaux américains [9] et ceci d'autant que des craintes mal maîtrisées persisteraient.

Les données recueillies par cette étude, si elles ne permettent pas de quantifier l'ampleur des phénomènes liés au sida chez le personnel hospitalier, ont permis d'identifier des problèmes trop souvent méconnus par les responsables de santé et qui ont été rencontrés aussi dans d'autres pays confrontés au sida: la relative impréparation des professionnels de santé à affronter cette problématique nouvelle [10,11], les

Il paraît avoir été insuffisamment tenu compte par les directions de plusieurs problèmes:

craintes qu'elle suscite [12,13] qui peuvent conduire à des attitudes d'ostracisme [14,15]. Le sida est aussi l'occasion de reformuler une réflexion sur l'éthique médicale [16].

Les divergences nombreuses au sein du monde médical [17] sur la façon d'appréhender la problématique sida, les débats passionnés [18, 19], font apparaître la nécessité d'un consensus face au sida au sein des soignants, dans l'intérêt notamment des patients qu'ils ont (auront) à prendre en charge.

En Suisse, le sida a aussi fait l'objet de nombreuses discussions. Les plus contradictoires ont eu lieu parmi les médecins et concernaient les problèmes de dépistage et de risque professionnel, que cela soit sous forme de lettres à l'éditeur ou d'articles dans la presse professionnelle [20]. Au sein de la profession infirmière, la plupart des réflexions (publiés) ont porté sur les soins au patient [21].

L'essentiel des propositions que l'on peut faire pour résoudre les problèmes qui ont été détectés réside dans la gestion de l'information destinée au personnel hospitalier et dans l'écoute des problèmes qu'il rencontre:

- Améliorer l'information spécifique pour le personnel hospitalier, notamment celle qui touche au risque professionnel (de sida et d'hépatite B), de façon à ce que les progrès de la recherche dans ce domaine puissent être diffusés rapidement et largement. Ne pas craindre d'être très précis.
- Encourager la recherche dans le domaine du risque professionnel en milieu hospitalier (par ex: prévalence des accidents par piqûre, des accidents opératoires).
- Développer le réseau de «répondants sida» capables d'intervenir à la demande des hôpitaux quand des problèmes se posent, pour le soutien des équipes.
- Encourager les hôpitaux à être très attentifs aux demandes qui viennent de la base, à reprendre souvent l'information sur le thème du sida, à profiter des occasions qui se présentent (cas hospitalisés) pour le faire, en insistant sur les aspects d'éthique professionnelle sans culpabiliser les gens pour leurs peurs.
- Sensibiliser le personnel hospitalier à la petitesse du risque professionnel de contamination par le VIH et au préjudice potentiel pour les malades que pourraient entraîner des attitudes d'hyperprotection du personnel par ailleurs inutiles. Rappeler l'importance du risque sexuel (privé) de contamination.

Résumé

Une enquête menée en Suisse parmi le personnel soignant de 13 services hospitaliers confrontés à des degrés divers au phénomène du sida a mis en évidence la persistance de fortes craintes de contamination professionnelle par le VIH et l'existence d'une difficulté pour les personnes à relativiser les risques courus au travail ou dans la vie privée. Cette situation peut engendrer des difficultés dans la prise en charge des patients et pourrait être modifiée par une meilleure gestion de l'information relative au sida dans les hôpitaux.

Zusammenfassung

Einstellungen des Spitalpersonals zu Aids

Angehörige des Spitalpersonals, die in unterschiedlichem Masse mit dem Aids-Problem konfrontiert sind, wurden in 13 Spitälern der Schweiz mündlich befragt. Die Studie zeigt, dass das Spitalpersonal immer noch stark eine HIV-Ansteckung durch beruflichen Kontakt befürchtet. Im weiteren haben diese Personen Schwierigkeiten das berufliche Risiko gegen jenes des Privatlebens richtig einzuschätzen. Diese Einstellungen können im Umgang mit Patienten problematisch werden, könnten aber wohl durch bessere Aids-Information in den Spitälern verändert werden.

Summary

Attitudes of the Hospital Staff Regarding Aids

Caregivers of 13 hospital services in Switzerland – confronted at various degrees with the aids problem – have been interviewed. The study indicates that hospital caregivers still strongly fear an HIV infection through professional contacts. At the same time they have difficulties to balance correctly risks at work against risks in their private lifes. The attitudes of caregivers might negatively influence patient care. They could, however, be modified by a better management of aids related information in hospitals.

Bibliographie

- [1] Sida-Information. Bulletin OFSP 90; no 3: 25.
- [2] Recommandations pour le personnel médical et paramédical pour prévenir les infections transmises par le sang (hépatite B, VIH, etc). Bulletin OFSP 88;no 11: 121.
- [3] Recommendations for Prevention of VIH Transmission in Health-Care Settings. Supplement MMWR 1987; 36: 35–185.
- [4] Update. Universal Precautions for Prevention of Transmission of Human Immunodeficiency Virus, Hepatitis B Virus, and Other Bloodborne Pathogens in Health Care Settings. MMWR 1988; 24: 377.
- [5] Guidelines for Prevention of Transmission of Human Immunodeficiency Virus and Hepatitis B Virus to Health-Care and Public-Safety Workers. Recommendations and Reports. MMWR, 1989; 25: 446
- [6] Update. Acquired Immunodeficiency Syndrome and Human Immunodeficiency Virus infection among health care workers. MMWR 1988; 37: 229–239.
- [7] Dubois-Arber F, Lehmann Ph, Hausser D, Gutzwiller F. Evaluation des campagnes de prévention du sida en Suisse. (Deuxième rapport de synthèse) Décembre 1988. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive,1989,102 p. (Cah Rech Doc IUMSP, no 39).
- [8] Zeugin P.: Evaluation des campagnes de prévention contre le sida en Suisse: «Repräsentative Befragung bei Personen zwischen 17 und 30 Jahren zur Kondom Benützung». Janvier 1988. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive,1988,60 p. (Cah Rech Doc IUMSP, no 23.1).
- [9] Nathan Link R, Feingold AR, Charap MH, Freeman K, Shelow SP. Concerns of medical and pediatric officers about acquiring aids from their patients. Am J Public Health 1988; 78: 455–459.
- [10] Milne RIG, Keen SM. Are general practitioners ready to prevent the spread of VIH. BMJ 1988; 296: 533–537.
- [11] Gordin FM, Willoughby AD, Levine LA, Gurel L, Neill KM Knowledge of aids among hospital workers. Behavioral correlates and consequences. Gower Academic Journals 1987; 1: 183–188.
- [12] Richardson JL, Lochner T, McGuigan K, Levine AM. Physician attitudes and experience regarding the care of patients with acquired immunodeficiency syndrome (aids) and related disorders (ARC). Med Care 1987; 25: 675–685.
- [13] Gerbert B, Maguire B, Badner V, Altman D, Stone G. Why fear persists. Health professionals and aids. JAMA 1988; 260: 3481–3483.

- [14] Kelly JA, St. Lawrence JS, Hood HV, Smith Jr S, Cook DJ. Nurses' attitudes toward aids. *J Contin Educ Nurs* 1988; 19: 78-83.
- [15] Kelly JA, St. Lawrence JS, Smith Jr S, Hood HV, Cook DJ. Stigmatization of aids patients by physicians. *Am J Public Health* 1987; 77: 789-791.
- [16] Arras JD. The fragile web of responsibility. aids and the duty to treat. *Hastings Cent Rep* 1988; 18 (suppl.): 10-20.
- [17] Boyton R, Scambler G. Survey of general practitioners' attitudes to aids in the North West Thames and East Anglian regions. *BMJ* 1988; 296: 538-540.
- [18] Goldman B. Doctors divided. aids and the physicians at San Francisco General. *Can Med Assoc J* 1988; 138: 736-741.
- [19] Ponsford G. Aids in the OR. A surgeon view. *Can Med Assoc J* 1987; 137: 1036-1039.
- [20] Hoffmann R. Die VIH-Infektion auf der Chirurgischen Klinik. Allgemeine Probleme und Schutzmassnahmen. *Schweiz. Rundschau Med* 1988; 77: 1186-1188.
- [21] Soins Infirmiers Mars/avril 1988; 2.

Adresse pour correspondance:

Dr med Françoise Dubois-Arber
Institut universitaire de médecine sociale et préventive
Bugnon 17
CH-1005 Lausanne