

RÉDUIRE LE RISQUE D'EXPOSITION AU SANG ET AUX LIQUIDES ORGANIQUES EN MILIEU PÉRIOPÉRATOIRE EN PASSANT PAR L'ÉQUIPE

Auteurs :

Carolyn Moore, inf., GCertInfectContN (UniSA), GDipAdEdTrain (UNE), gestionnaire de la prévention des infections, St Vincent's Private Hospital (Melbourne), VIC, Australie.

Karen-leigh Edward, inf., IA, B.S.Inf. (Monash) GDipPsychology (Monash) M.Sc.S. (RMIT) Ph. D. (RMIT), professeure agrégée en soins infirmiers, Unité de recherche en soins infirmiers, Australian Catholic University/St Vincent's Private Hospital (Melbourne), VIC, Australie.

Karolin King, inf., GCertPerioperative Nursing (ACU), conseillère en enseignement (Periop), St Vincent's Private Hospital (Melbourne), VIC, Australie.

Jo-Ann Giandinoto, inf., B.S.Inf. (ACU), BBS (LaTrobe), adjointe à la recherche, Unité de recherche en soins infirmiers, Australian Catholic University/St Vincent's Private Hospital (Melbourne), VIC, Australie.

RÉSUMÉ :

Introduction : Malgré les risques substantiels que comporte l'environnement chirurgical, les travailleurs en soins de santé à l'échelle mondiale ne se conforment que très peu au port de l'équipement de protection individuelle (ÉPI) en salles d'opération (SOP) et dans les unités de soins postanesthésiques (USPA). Le manque de sensibilisation et l'accès limité à l'information au sujet des précautions appropriées afin de prévenir l'exposition contribuent au maintien des comportements à risque élevé au sein des équipes en milieu périopératoire.

Objectif : L'objectif de ce projet était d'évaluer les taux actuels de respect du personnel relativement à l'utilisation de l'ÉPI et de développer et mettre en œuvre un programme éducatif afin que le personnel en milieu périopératoire d'un important hôpital privé (450 lits) s'y conforme davantage.

Méthode : Un échantillon de commodité d'infirmières en soins périopératoires a été invité à remplir un questionnaire.

Résultats : Quatre-vingts (80) infirmières autorisées (inf. aut.) ont été invitées à participer (taux de réponse de 69 %), pour une taille de l'échantillon de n=55. Les questionnaires incomplets ne faisaient pas partie de l'analyse finale, laissant n=31 questionnaires complets. Il y avait un groupe d'éducation (n=14) et un groupe témoin (n=17). Entre les groupes, la formation scolaire, le type de travail et le contact avec les patients se ressemblaient beaucoup. Parmi celles ayant répondu avoir été victimes d'une exposition professionnelle, seulement 20 % ont signalé un incident. Les deux groupes ont identifié leur gestionnaire et leur équipe comme étant les deux éléments avec lesquels ils discutaient fréquemment des pratiques de travail plus sécuritaires et qui les soutenaient. L'ÉPI a été déterminé comme essentiel,

par contre les participants ont signalé qu'ils ne disposaient pas de suffisamment de temps pour toujours respecter les précautions universelles (groupe d'éducation 15 %; groupe témoin 25 %).

Conclusions : L'équipe et un bon leadership ont été identifiés comme étant des éléments essentiels pour le maintien des connaissances professionnelles et du soutien permettant de réduire les risques en milieu périopératoire.

INTRODUCTION

La nature du milieu périopératoire et les conditions dans lesquelles ont lieu les interventions chirurgicales augmentent les risques d'exposition professionnelle (comme les éclaboussures de sang) et d'exposition aux virus à diffusion hématogène acquis professionnellement pour le personnel périopératoire.¹ Malgré les risques considérables d'exposition en

L'objectif de ce projet était d'évaluer les taux actuels de respect du personnel relativement à l'utilisation de l'ÉPI et de développer et mettre en œuvre un programme éducatif afin de sensibiliser le personnel en milieu périopératoire pour qu'il s'y conforme davantage.

milieu chirurgical,^{2,3} le port d'équipement de protection individuelle approprié en salles d'opération (SOP) et dans les unités de soins postanesthésiques (USPA) est faible à l'échelle mondiale² Osborne.⁴ s'est penchée sur le degré d'application quant à l'utilisation de l'ÉPI chez les infirmières en service interne en Australie et ses conclusions ont révélé que, contrairement à d'autres études, les répondants évaluaient leur taux de conformité relativement au port de lunettes de protection comme très élevé, soit 86 %. L'étude d'Osborne comportait toutefois une limite, à savoir que cette dernière se concentrait sur les infirmières occupant le rôle d'infirmières en service interne. Ce taux de conformité élevé est différent lorsqu'on le compare à d'autres résultats.⁵ qui indiquent que 67 % des blessures subies par les travailleurs en soins de santé en services anesthésiques et en unités de soins postanesthésiques (USPA) ont été causées par des éclaboussures, parce que le personnel ne portait pas les lunettes de protection appropriées. Cet écart pourrait peut-être être attribué au rôle et aux différences perçues du risque entre les infirmières en service interne (en bloc opératoire) et les infirmières travaillant en services anesthésiques et en unités de soins postanesthésiques (USPA) quant aux éclaboussures.⁶

L'étude a permis de déterminer que l'éducation constituait un aspect important pour sensibiliser davantage et faire respecter des normes en matière de lutte contre les infections, comme le port de l'ÉPI. Toutefois, la documentation omet d'indiquer la durée de temps durant laquelle le personnel se conforme aux normes du port de l'ÉPI⁷ après avoir assisté à la formation/au développement professionnel sur l'ÉPI.^{3,8,9} L'éducation n'est pas le seul facteur favorisant le respect de comportements autoprotecteurs; un certain nombre de facteurs propres à la personne, à l'organisme et à l'environnement favorisent, permettent et renforcent ces comportements protecteurs.¹⁰ L'influence de l'organisme, comme la communication, la rétroaction des autres

membres du personnel et l'acceptation sociale de la direction et de l'équipe, y compris le climat de sécurité du bloc influencent l'acceptation du personnel et son respect du port de l'ÉPI.¹⁰ L'équipe en SOP et en USPA peut avoir une influence sur le respect individuel lié à l'ÉPI. Les équipes appuyant et encourageant une culture de respect/de sécurité sont plus susceptibles de présenter un taux de conformité plus élevé en général.¹¹ Les superviseurs et le personnel de gestion qui appuient une culture de travail sécuritaire et donnent l'exemple de comportements conformes sont plus susceptibles d'influencer leur personnel afin que ce dernier se conforme à des pratiques sécuritaires de travail.¹² Parmi les autres obstacles au respect du port de l'ÉPI, nous retrouvons souvent : le manque de temps, la perception que le patient semble un risque faible, l'ÉPI interfère avec les soins ou l'indisponibilité de l'ÉPI.¹³

L'objectif de ce projet était d'évaluer les taux actuels de respect du personnel relativement à l'utilisation de l'ÉPI et de développer et mettre en œuvre un programme éducatif afin de sensibiliser le personnel en milieu périopératoire pour qu'il s'y conforme davantage. L'objectif général de cette étude était d'aider le personnel à évaluer les risques et à sélectionner adéquatement l'ÉPI en : (a) élaborant et en offrant une formation sur les pratiques exemplaires en prévention des infections au personnel en SOP; (b) augmentant les connaissances du personnel en SOP en matière d'évaluation des risques et de sélection de l'ÉPI; et (c) en identifiant si le personnel se conformait davantage aux normes relatives à l'ÉPI six mois après la formation. À la suite de cette étude, on s'attend aux résultats suivants : (a) élaboration et distribution d'une formation sur les pratiques exemplaires en prévention des infections pour le personnel en SOP; (b) hausse des connaissances du personnel en SOP en matière d'évaluation des risques et de sélection de l'ÉPI; et (c) taux de conformité d'au moins 80 % au sein de la SOP et des USPA quant au respect des normes relatives à l'ÉPI six mois après la formation.

Site participant

Le site participant était un important hôpital privé en région métropolitaine, doté de 450 lits et employant 1 100 infirmières et sages-femmes. L'hôpital est équipé d'un total de 23 salles d'opération dans trois sites et plus de 36 000 cas sont traités en salle d'opération par année. Parmi les principales spécialités, notons : les services orthopédique, neurochirurgical, obstétrique, gastro-intestinal, cardiaque, oreilles, nez et gorge et de chirurgie plastique.

Méthode

Un échantillon de commodité d'infirmières en soins périopératoires a été invité à remplir un questionnaire. On fournissait à chaque participant à l'étude une enveloppe scellée qui comprenait une lettre d'information à l'intention des participants, un formulaire de consentement et un lien

vers un sondage en ligne. L'intervention éducative comportait une brochure d'information divisée en modules et des auto-évaluations sous forme de jeux-questionnaires liés à l'ÉPI à l'intention du personnel travaillant en SOP et dans les USPA. Ces derniers se fondaient sur des données probantes et avaient été révisés par des pairs. La trousse éducative avait été placée dans la moitié des enveloppes et distribuée à la moitié des participants. Les participants étaient affectés au hasard soit à un groupe d'éducation (groupe d'intervention) ou à un groupe non éducatif (groupe témoin). La randomisation était réglée par le choix des participants d'une enveloppe scellée contenant soit la trousse éducative et la trousse d'information soit la trousse d'information seulement. Les chercheurs ne savaient pas quels participants faisaient partie du groupe d'intervention. On demandait aux participants de fournir une adresse électronique pour faire un suivi dans six

mois afin de remplir le même sondage en ligne une deuxième fois. Les sondages étaient remplis en ligne de façon anonyme. Le premier sondage (point de référence) était effectué immédiatement avant la formation sur l'ÉPI (offerte seulement au groupe d'intervention). Tous les participants ont rempli le même questionnaire en ligne. Pour le deuxième sondage (six mois après la formation), tous les participants ont rempli un deuxième questionnaire à remplir soi-même (le même contenu que le premier questionnaire). Ce dernier a été analysé pour comparer les comportements conformes par rapport au premier questionnaire pour les participants des deux groupes. Le questionnaire comportait des outils fiables et valides pour évaluer les pratiques par rapport aux précautions universelles et les perceptions des employés relativement au programme de sécurité de leur employeur.¹¹ Les données recueillies incluaient des caractéristiques axées sur

Comité de révisions

Si vous souhaitez vous joindre au comité de révisions de l'AIISOC, veuillez faire parvenir un courriel à journal@ornac.ca pour obtenir plus d'information.

Betty Barrett, inf., B.S.Inf., CSP(C), gestionnaire du bloc opératoire à l'Hôpital régional Chinook et spécialiste du contenu pour l'élaboration du curriculum du programme de soins périopératoires au Collège Lethbridge, Lethbridge, AB.

Audrey Cook, inf., CSP(C), B.S.Inf., B.Sc., B.A., infirmière en service général, Hôpital régional South Shore, Bridgewater, N.-É.

Chris Downey, inf., B.Sc.Inf., CSP(C), M.Sc., IPAC, infirmière première assistante (TP), Hôpital Hotel Dieu, Kingston, ON

Margaret Farley, inf., CSP(C), membre du corps enseignant à temps partiel pour le programme de soins périopératoires de l'école polytechnique de la Saskatchewan, Regina, SK.

Kimberly Ferguson, inf., B.Sc.inf., IASO, gestionnaire du programme de services chirurgicaux, BC Children's Hospital, Vancouver, C.-B.

Donna Gramigna, inf., B.Sc.inf., CSP(C), infirmière clinicienne enseignante au VIHA Regional, Hôpitaux Royal Jubilee et Victoria General, Victoria, C.-B.

Trudy Hebb, inf., B.Sc.inf., ICM, CSP(C), chargée de cours pour le programme de soins périopératoires, Registered Nurses Professional Development Centre, Halifax, N.-É.

Antoniette Labricciosa, inf., B.Sc.Inf., M.Ed., CSP(C), infirmière en service général, Mount Sinai Hospital et Trillium Health Centre, membre du corps enseignant au Collège Centennial, Toronto, ON.

Diana Mabbett, inf., B.Sc.Inf., CSP(C), TRDM, gestionnaire en chirurgie avec hospitalisation, chirurgie ambulatoire et consultation préadmission, Hôpital Queen Elizabeth II, Grande Prairie, AB.

Alicia Oucharek, inf., B.Sc.Inf., M.S.Inf., CSP(C), infirmière en service général –

salle d'opération, Hôpital St. Paul, Saskatoon, SK.

Karin Page-Cutrara, inf., M.S.Inf., membre du corps enseignant, École des sciences infirmières, Université York, Toronto, ON.

Sarah Pelletier, inf., B.Sc.Inf., CSP(C), IPAC, Quinte Healthcare Corporation (QHC), Belleville, ON.

Joan Porteous, inf., B.S.Inf., CSP(C), (retraîtée) ancienne infirmière enseignante, salle d'opération pour adultes, Health Sciences Centre, Winnipeg, MB.

Sue Styles, inf., M.S.Inf., CSP(C), chargée de cours en soins périopératoires, Collège régional Grande Prairie, Grande Prairie, AB.

Lesia Yasinski, inf., B.S.Inf., M.Sc.A., gestionnaire des initiatives en soins infirmiers, Winnipeg Regional Health Authority, Winnipeg, MB.



le personnel (c.-à-d., des variables démographiques), des variables liées au travail (c.-à-d., le nombre de patients vus et le nombre d'heures travaillées dans une semaine typique); l'autodéclaration du respect des précautions universelles à l'aide d'une échelle de conformité à 12 éléments bien caractérisés¹⁴; des caractéristiques axées sur le patient (c.-à-d., le type de patient et le niveau de soins); des facteurs propres à l'organisation (c.-à-d., la formation en prévention des infections) et la perception du programme de sécurité de l'employeur.¹¹ Le comité de déontologie de l'hôpital a autorisé la réalisation de l'étude.

Résultats

Quatre-vingts (80) infirmières autorisées (inf. aut.) ont été invitées à participer à cette étude pilote. Le taux de réponse de 69 % a produit un échantillon final de n=55. Les questionnaires incomplets ne faisaient pas partie de l'analyse finale, laissant n=31 questionnaires complets pour la collecte de données tirées du premier sondage. Ce nombre est passé à 17 sondages complets pour la deuxième collecte de données effectuée après l'intervention, avec un taux d'abandon élevé de 45 %.

Lors du premier sondage, il y avait un groupe d'éducation (n=14) et un groupe témoin (n=17). Entre les groupes, la formation scolaire, le type de travail et le contact avec les patients se ressemblaient beaucoup. Parmi les participants ayant répondu avoir été victimes d'une exposition professionnelle, seulement 20 % ont signalé l'incident à leur employeur/gestionnaire. Les deux groupes ont identifié que le fait de discuter régulièrement des pratiques sécuritaires de travail au sein d'un environnement leur offrant du soutien avait des effets positifs sur leur respect du port de l'ÉPI. L'ÉPI a été déterminé comme essentiel, par contre les participants ont signalé qu'ils ne disposaient pas de suffisamment de temps pour toujours respecter les précautions universelles (groupe d'éducation 15 %; groupe témoin 25 %).

Lors du deuxième sondage (six mois après la formation) auprès du groupe d'éducation n=7 et du groupe témoin n=10, on a constaté que les deux groupes avaient indiqué se conformer davantage aux précautions universelles (100 % ont signalé toujours respecter les précautions universelles). Dans le groupe

d'éducation, on a observé une baisse du lavage des mains après le retrait des gants (79 % à 71 %) et une baisse à se conformer au port des lunettes de protection lorsqu'il y avait des possibilités d'éclaboussures (100 % à 86 %). De plus, on a observé que les participants étaient davantage sensibilisés aux systèmes pour les soins à la suite d'une exposition dans le groupe d'éducation (86 % à 100 % étaient sensibilisés) et dans le groupe témoin (20 % à 30 % étaient sensibilisés). L'ÉPI était facilement accessible la majorité du temps pour les deux groupes.

On a observé une amélioration dans la communication au sujet de l'ÉPI avec les infirmières gestionnaires d'unités dans le groupe d'intervention et le groupe témoin (voir Image 1, en pourcentage).

Le personnel infirmier faisant partie du groupe d'intervention éducative a signalé une réduction de la communication au sujet de l'ÉPI parmi ses pairs tandis que les infirmières faisant partie du groupe témoin ont signalé une augmentation de la communication au sujet de l'ÉPI parmi leurs pairs (voir Image 2, en pourcentage).

Image 1 : Communication au sujet de l'ÉPI avec les infirmières gestionnaires d'unités

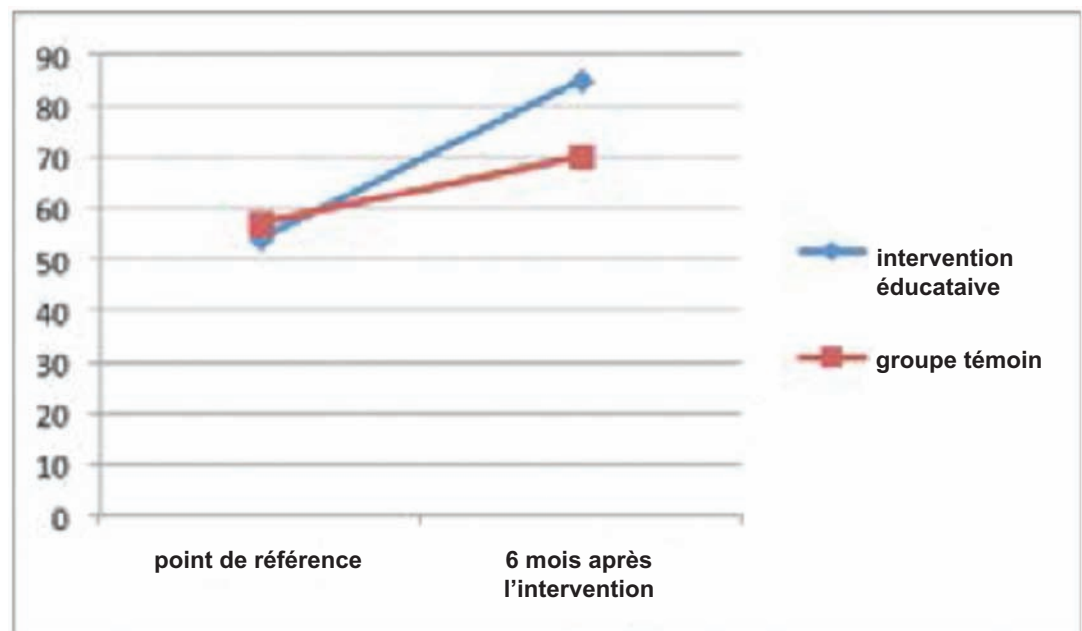
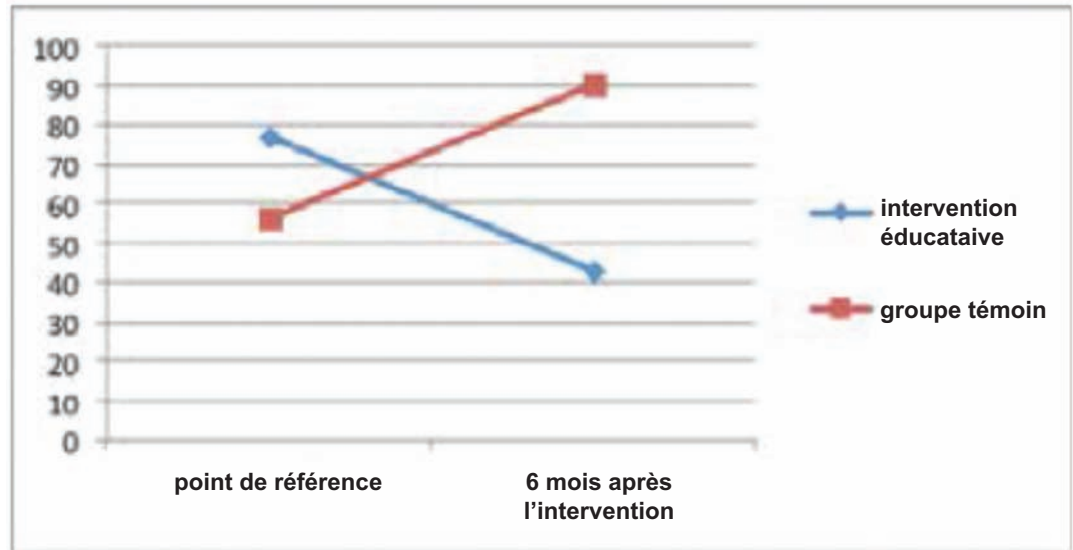


Image 2 : Les membres de l'unité se soutenant les uns les autres dans leur communication au sujet de l'ÉPI



Discussion

Les conclusions ont révélé que la formation avait des effets positifs sur le respect du port de l'ÉPI en milieu périopératoire, où les deux groupes s'autoévaluaient comme se conformant à 100 % lors du deuxième sondage. Les conclusions ont également dévoilé que le leadership et l'équipe constituaient des éléments importants pour améliorer les comportements conformes à l'ÉPI en milieu périopératoire. Curieusement, on a observé une réduction du soutien des collègues après la formation liée à l'ÉPI. La raison de cette réduction est inconnue, cependant elle peut être possiblement attribuée au fait qu'après la formation, la responsabilité du soutien passe des collègues (soutien informel) au personnel de gestion (soutien formel). Cette conclusion semble confortée par une sensibilisation accrue envers les protocoles à suivre après un incident/une exposition dans les deux groupes. L'ÉPI a été déterminé comme essentiel, par contre les participants ont signalé lors du premier sondage qu'ils n'avaient pas toujours suffisamment de temps pour respecter les précautions universelles. L'éducation avait un impact positif sur les comportements conformes révélant à long terme un taux de conformité accru. Il est particulièrement préoccupant de constater que le personnel exposé à des

éclaboussures et des gouttelettes de sang et de liquides organiques faisait preuve de comportements omettant de signaler ces incidents.

Le leadership et le soutien de l'équipe sont essentiels pour améliorer le respect du port de l'ÉPI

Dans les conclusions de cette étude, le gestionnaire et l'équipe ont été identifiés comme étant des éléments importants pour communiquer des pratiques plus sécuritaires de travail et offrir du soutien lié à l'utilisation de l'ÉPI. Les activités telles la surveillance des expositions, le soutien des gestionnaires et la formation de l'équipe quant à l'ÉPI et aux précautions universelles favorisaient une meilleure culture du respect quant à l'utilisation de l'ÉPI.¹⁵ Les connaissances liées au soutien offert au personnel après un incident/une exposition sont essentielles pour sensibiliser le personnel. Tout de suite après une exposition à du sang ou un liquide organique, il est très important que les procédures de suivi appropriées soient suivies; que l'incident soit signalé immédiatement aux membres du personnel appropriés afin qu'un suivi adéquat et en temps opportun s'effectue. En cas d'exposition, la gestion après l'exposition fait partie intégrante du programme de sécurité en milieu de travail. L'employeur doit

s'assurer que le travailleur en soins de santé exposé peut obtenir tout le soutien dont il a besoin à la suite de l'incident.¹⁶

L'éducation a fait une différence dans le respect du port de l'ÉPI

L'éducation a eu un impact positif sur le respect du port de l'EPI quand le personnel a signalé ne pas avoir assez de temps pour toujours respecter les précautions universelles. Les pratiques en soins de santé à l'échelle internationale reconnaissent l'utilisation de l'éducation pour prévenir et maîtriser les infections associées aux soins de santé.¹⁷ Une analyse de la documentation disponible examinant le rôle de l'éducation sur le respect des normes en matière de lutte contre les infections a été menée et a révélé que même si l'éducation peut accroître les connaissances, elle n'améliore pas nécessairement les pratiques.⁷ Cette lacune dans les connaissances nécessaires à la pratique a été identifiée dans la présente étude. En effet, même si le personnel a signalé posséder des connaissances accrues au sujet de l'ÉPI, les contraintes de leur environnement de travail (c.-à-d., l'impression de manquer de temps pour respecter le port de l'ÉPI) faisaient en sorte qu'il ne respectait pas les normes liées au port de l'ÉPI. Cette conclusion confirme les conclusions d'Atack et de Luke¹⁸, où les participants ayant terminé la formation en ligne sur les compétences en prévention des infections ont signalé que la possibilité de transférer ce qu'ils avaient appris dans la pratique était prédite par le soutien que la personne aura l'impression de recevoir de la part de son organisme. Dans la présente étude, l'éducation favorisait la communication au sujet de l'ÉPI entre le personnel et les cadres, ce qui pourrait s'expliquer par le fait que l'éducation aide également à sensibiliser le personnel et que ce dernier se sent peut-être plus à l'aise à discuter des questions liées à l'ÉPI avec le personnel de gestion.

L'analyse de la documentation a également révélé qu'il existe très peu de documents se penchant sur les effets à long terme de l'éducation sur le respect des pratiques favorisant la prévention des

infections. Une étude menée par Panhotra et coll.¹⁹ a examiné les effets de l'éducation pour améliorer les comportements de lavage des mains et cette dernière a révélé que, sur une période de trois ans, les effets des programmes de formation continue avaient eu comme résultat une augmentation significative de la conformité chez le personnel en soins de santé. Les chercheurs ont toutefois noté que les effets durables découlent d'une combinaison de plusieurs interventions (c.-à-d., de cours, de démonstrations, de documents écrits, d'affiches de rappel, de documents pédagogiques) plutôt que d'une seule intervention, qui a eu un effet limité. Une autre étude²⁰ a révélé que les programmes éducatifs ont engendré une hausse significative des pratiques d'hygiène des mains chez les professionnels de la santé en service néonatal. Les chercheurs ont conclu que les résultats provenaient non seulement du programme éducatif de 30 minutes, mais aussi du fait que la prévention des infections était dorénavant un enjeu important pour le personnel dans ce domaine et que la rétroaction positive pouvait avoir fait en sorte que le personnel se conforme davantage au port de l'ÉPI. Les chercheurs ont conclu que dans les environnements cliniques complexes, il peut être difficile d'isoler l'éducation comme principale raison pour apporter des changements aux comportements ainsi que les effets sur le respect du port de l'ÉPI dans cette étude. Il se peut aussi que leurs conclusions soient dues à d'autres facteurs de l'environnement qui ne pouvaient être évalués ou vérifiés.

Les incidents d'exposition ne sont pas toujours signalés

Parmi les répondants ayant indiqué avoir subi une exposition professionnelle, seulement 20 % avaient signalé l'incident. Les conclusions de cette étude concernant le taux d'incidents non signalés sont préoccupantes et ce taux pourrait être lié à un certain nombre de facteurs. Il est alarmant de constater que les infirmières avaient tendance à ne pas signaler les incidents attribuables aux obstacles organisationnels potentiels ou réels (c.-à-d., réponse médiocre de la part de l'équipe de gestion, aucune politique

Le fait de ne pas signaler ces graves blessures de travail constitue un important problème qui est courant chez les travailleurs en soins de santé pour un certain nombre de raisons, y compris la peur de perdre son emploi, la stigmatisation et le manque de connaissances des protocoles de signalement.²¹

Les limites de cette étude tiennent de la petite taille de l'échantillon qui a des répercussions sur la généralisation des conclusions.

claire lors de l'incident et (ou) après l'incident) et des obstacles personnels (c.-à-d., peur d'être stigmatisées et (ou) vote de méfiance des pairs et des gestionnaires, expérience antérieure où l'équipe de gestion n'a pris aucune mesure, normalisation de l'événement). Par contre, les infirmières avaient recours au soutien d'autres membres du personnel (soutien informel) plutôt que d'utiliser les structures formelles de soutien, si elles étaient offertes.

Le fait de ne pas signaler ces graves blessures de travail constitue un important problème qui est courant chez les travailleurs en soins de santé pour un certain nombre de raisons, y compris la peur de perdre son emploi, la stigmatisation et le manque de connaissances des protocoles de signalement.²¹ Une étude menée par Winchester et Tomkins²² examinait les perceptions des travailleurs de la santé face aux risques de contracter une infection à diffusion hématogène en milieu de santé et les obstacles potentiels à signaler de tels incidents. Ils ont constaté que la majorité des travailleurs de la santé (soins dentaires) s'inquiétait de contracter un virus à diffusion hématogène, surtout ceux qui avaient été plus souvent exposés à de tels patients et, même si la plupart (92 %) des participants étaient d'accord pour dire qu'il était important de signaler les incidents d'exposition aux liquides organiques, seulement 58 % avaient signalé de tels incidents. La présente étude a aussi fait état d'expositions non signalées et comme le suggère Winchester et coll.²², l'utilisation de l'éducation pour sensibiliser davantage le personnel et l'utilisation d'un système électronique universel de signalement pourraient améliorer le taux de signalement. Il arrive souvent qu'en milieu clinique, les risques liés à l'exposition, comme les blessures par piqûre d'aiguille, ne soient pas signalés pour plusieurs raisons, y compris : le manque de temps et l'impression que le risque de transmission est faible au moment de l'exposition. Une blessure par exposition peut être un événement traumatisant, ayant des effets

psychologiques à long terme sur les travailleurs de la santé dont le fonctionnement quotidien pourrait être affecté par des symptômes d'anxiété et de dépression.²² D'autres études ayant recours à des méthodes qualitatives pourraient être utilisées afin d'établir les raisons pour lesquelles les professionnels de la santé en milieu clinique ne signalent pas de tels incidents.

Limites

Les limites de cette étude tiennent de la petite taille de l'échantillon qui a des répercussions sur la généralisation des conclusions. Le type d'échantillon (échantillon de commodité) a également des répercussions sur la généralisation d'autres infirmières spécialisées du milieu périopératoire. En outre, étant donné que la plupart des signalements ont été faits par la personne ayant subi une exposition, ces derniers pourraient avoir été influencés par de nombreux facteurs de confusion inconnus qui n'ont pas été expliqués dans la présente étude. De plus, parce que les participants ont déclaré eux-mêmes s'être conformés au port de l'ÉPI, cela pourrait les influencer à répondre positivement à la question du respect du port de l'ÉPI compte tenu du fait que c'est une attente de leur organisation, mais en pratique, il se peut qu'ils ne respectent pas toujours le port de l'ÉPI. Les données associées aux participants ne faisant pas partie de l'étude ou qui ont abandonné l'étude n'ont pas été recueillies.

La trousse éducative a été offerte sous forme de brochure écrite aux fins de faisabilité et pour préserver l'anonymat. La présentation d'information sous forme écrite pourrait restreindre le style d'apprentissage des participants qui préfèrent peut-être d'autres modes d'apprentissage, comme les modules en ligne, les démonstrations pratiques (face-à-face) ou les cours. Les chercheurs n'ont obtenu aucune confirmation que les participants du groupe d'éducation avaient rempli la brochure éducative (c.-à-d., qu'ils avaient lu et complété les devoirs d'auto-évaluation). D'autres

Réimprimé avec l'autorisation du Australian College of Operating Room Nurses (ACORN). Publié à l'origine dans le ACORN Journal, volume 27, numéro 3 (printemps 2014) pages 8 -14.

Les normes de l'AIISOC relatives à cet article figurent dans la publication *Normes, lignes directrices et énoncés de positions pour la pratique de soins infirmiers périopératoires autorisés* (1^e édition) de l'Association des infirmiers et infirmières de salle d'opération du Canada (AIISOC) d'avril 2013, section 2, p. 116; normes 2.15.13 et section 4, p. 252-253; normes 4.10-4.10.8.

études pourraient examiner le potentiel d'apprentissage de telles trousse éducatives en demandant aux participants de démontrer qu'ils en ont tiré un apprentissage (c.-à-d., par un examen ou une évaluation des compétences). La trousse d'apprentissage n'a pas été évaluée.

Les participants qui se sont portés volontaires pour cette étude ont peut-être une affinité/un intérêt pour le respect du port de l'ÉPI. Le simple fait de remplir un questionnaire lié à l'ÉPI peut les avoir davantage sensibilisés, ce qui les a incités à se conformer au port de l'ÉPI. Lors du deuxième sondage, le respect du port de l'ÉPI peut avoir découlé de facteurs extérieurs qui ne pouvaient pas être vérifiés (par exemple, accréditation de l'hôpital ou membre du personnel victime d'une exposition).

Conclusions

Le soutien de l'équipe et un bon leadership ont été identifiés comme des éléments essentiels pour encourager le maintien des connaissances professionnelles et du soutien en ce qui a trait à la réduction des risques en milieu périopératoire. Les conclusions de la présente étude suggèrent que le leadership était essentiel à l'amélioration du respect du port de l'ÉPI en milieu périopératoire et qu'une étude du type de leadership et de ses répercussions sur le port de l'ÉPI serait intéressante. L'ÉPI, tout particulièrement les lunettes de protection, est essentiel à la protection de tout le personnel en milieu périopératoire contre les expositions professionnelles. La présente étude a révélé un degré de non-signalement des incidents d'exposition subis par le personnel, qui comporte des implications organisationnelles et personnelles.

Remerciements à l'auteure

Cally Mills, inf., B.S.Inf. (ECU), GDipPeriop (Deakin), MAdvNurPrac (Melb), chercheuse universitaire, unité de recherche en soins infirmiers, Australian Catholic University/St Vincent's Private Hospital (Melbourne).

RÉFÉRENCES

1. Osborne S (2003). Perceptions that influence occupational exposure reporting. *AORN Journal*, Vol. 78, No. 2, pp. 262-72.
2. Chan MF, Ho A & Day MC (2008). Investigating the knowledge, attitudes and practice patterns of operating room staff towards standard and transmission-based precautions: results of a cluster analysis. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 17, No. 8, pp. 1051-62.
3. Gammon J, Morgan Samuel H & Gould D (2008). A review of the evidence for suboptimal compliance of healthcare practitioners to standard/universal infection control precautions. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 17, No. 2, pp. 157-67.
4. Osborne S (2003). Influences on compliance with standard precautions among operating room nurses. *American Journal of Infection Control*, Vol. 31, No. 7, pp. 415-23.
5. Hunt J & Murphy C (2004). Measurement of nursing staff occupational exposures in the operating suite following introduction of a prevention programme. *Healthcare Infection*, Vol. 9, No. 2, pp. 57-63.
6. Mills C, Moore C & Edward K-L (2011). Not just gloves. *ACORN Journal*, Vol. 24, No. 4, pp. 14-8.
7. Ward DJ (2011). The role of education in the prevention and control of infection: a review of the literature. *Nurse Education Today*, Vol. 31, No. 1, pp. 9-17.
8. Hinkin J, Gammon J & Cutter J (2008). Review of personal protection equipment used in practice. *British Journal of Community Nursing*, Vol. 13, No. 1, pp. 14-9.

9. Ganczak M & Szych Z (2007). Surgical nurses and compliance with personal protective equipment. *Journal of Hospital Infection*, Vol. 66, No. 4, pp. 346–51.
10. Moore D, Gamage B, Bryce E, Copes R, Yassi A, & other members of the BCIRPSG (2005). Protecting health care workers from SARS and other respiratory pathogens: Organizational and individual factors that affect adherence to infection control guidelines. *American Journal of Infection Control*, Vol. 33, No. 2, pp. 88–96.
11. Gershon RRM, Karkashian CD, Grosch JW, Murphy LR, Escamilla-Cejudo A, Flanagan PA et al. (2000). Hospital safety climate and its relationship with safe work practices and workplace exposure incidents. *American Journal of Infection Control*, Vol. 28, No. 3, pp. 211–21.
12. Brevidelli MM & Cianciarullo TI (2009). Psychosocial and organizational factors relating to adherence to standard precautions. *Revista de Saúde Pública*, Vol. 43, No. 6, pp. 907–16.
13. Osborne S (2003). Influences on compliance with standard precautions among operating room nurses. *American Journal of Infection Control*, Vol. 31, No. 7, pp. 415–23.
14. Gershon RRM, Vlahov D, Felknor SA, Vesley D, Johnson PC, Delcios GL et al. (1995). Compliance with universal precautions among health care workers at three regional hospitals. *American Journal of Infection Control*, Vol. 23, No. 4, pp. 225–36.
15. Neo F, Edward K-L & Mills C (2012). Current evidence regarding non-compliance with personal protective equipment-an integrative review to illuminate implications for nursing practice. *ACORN: The Journal of Perioperative Nursing in Australia*, Vol. 25, No. 4, p. 22.
16. Centres for Disease Control and Prevention (CDC) (2013). Updated US Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis MMWR 2005 [Internet]. Vol. 54, No. RR09, pp. 1–17. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5409a1.htm>.
17. Ward D (2006). Infection control. Compliance with infection control precautions in primary care. *Primary Health Care*, Vol. 16, No. 10, pp. 35–9.
18. Atack L & Luke R (2008). Impact of an online course on infection control and prevention competencies. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 63, No. 2, pp. 175–80.
19. Panhotra B, Saxena A & Al-Arabi A-GA (2004). The effect of a continuous educational program on handwashing compliance among healthcare workers in an intensive care unit. *British Journal of Infection Control*, Vol. 5, No. 3, pp. 15–8.
20. Helder OK, Brug J, Looman CW, van Goudoever JB & Kornelisse RF (2010). The impact of an education program on hand hygiene compliance and nosocomial infection incidence in an urban neonatal intensive care unit: an intervention study with before and after comparison. *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 47, No. 10, pp. 1245–52.
21. Wald J (2009). The psychological consequences of occupational blood and body fluid exposure injuries. *Disability & Rehabilitation*, Vol. 31, No. 23, pp. 1963–9.
22. Winchester S, Tomkins S, Cliffe S, Batty L, Ncube F & Zuckerman M (2012). Healthcare workers' perceptions of occupational exposure to blood-borne viruses and reporting barriers: a questionnaire-based study. *Journal of Hospital Infection*, Vol. 82, No. 1, pp. 36–9.