

Faculté de santé publique

Accidents d'exposition au sang au bloc opératoire : Connaissances, pratiques et facteurs organisationnels influençant les comportements de prévention et de déclaration chez les infirmiers du groupe HELORA.

Mémoire réalisé par

Antonio Maccione

Promoteur

Patrice Gobert

Année académique 2025-2026

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Accidents d'exposition au sang au bloc opératoire : Connaissances, pratiques et facteurs organisationnels influençant les comportements de prévention et de déclaration chez les infirmiers du groupe HELORA.

Mémoire réalisé par

Antonio Maccione

Promoteur

Patrice Gobert

Année académique 2025-2026

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements :

La réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible sans le soutien et l'accompagnement de plusieurs personnes auxquelles j'adresse mes sincères remerciements.

Je tiens tout d'abord à exprimer ma gratitude à Monsieur Gobert, mon promoteur, pour sa disponibilité, ses conseils avisés et la confiance qu'il m'a accordée tout au long de ce travail. Ses orientations ont été précieuses pour structurer ma démarche et affiner ma réflexion.

Je remercie également l'ensemble des infirmiers et infirmières de bloc opératoire du groupe HELORA qui ont accepté de consacrer de leur temps à répondre au questionnaire. Sans leur participation, cette étude n'aurait pu voir le jour.

Enfin, j'adresse mes remerciements les plus chaleureux à ma famille, pour son soutien indéfectible et sa patience tout au long de ce parcours. Leur encouragement constant a été une source de motivation essentielle dans les moments les plus exigeants de ce travail.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant-e-s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Intelligence artificielle

L'IA a été sollicitée exclusivement pour la correction linguistique, la mise en forme structurelle du document et l'optimisation de la fluidité rédactionnelle, afin d'en assurer la clarté sans altérer le contenu original.

Table des matières

1. Introduction :	1
2. Définir et contextualiser les AES :	2
2.1 Définition et typologie.	2
2.2 Risques infectieux et conséquences des AES.	3
3. Les précautions standard et dispositifs sécurisés :	4
3.1 Principe des précautions standard.	4
3.2 Dispositifs sécurisés.	5
3.3 Equipement de protection individuelle (EPI).	5
4. Déclaration des AES :	6
4.1 Importance du signalement.	6
4.2 Sous déclaration des AES : causes, obstacles et impact.	7
4.2.1 Facteurs individuels et psychologiques.	7
4.2.2 Influence de la culture professionnelle.	8
4.2.3 Facteurs organisationnels et systémiques.	8
4.2.4 Formation initiale.	8
5. Conduites à tenir post-exposition :	9
6. Spécificité du bloc opératoire :	12
6.1 Données épidémiologiques.	12
6.2 Risques liés aux gestes techniques et à la coactivité.	12
6.3 Stress, charge mentale et environnement contraignant.	13
7. Modèle explicatif du comportement :	13
7.1 Le modèle de croyances relatives à la santé (Health belief model HBM).	13
7.2 La théorie du comportement planifié (Theory of planned Behavior TPB).	14
7.3 Le modèle connaissances, attitudes, pratiques (CAP).	15
8. Question de recherche, objectifs et pertinence :	15
8.1 Question de recherche.	15

8.2 Objectifs de la recherche.	16
8.2.1 L'objectif général.	16
8.2.2 Objectif spécifique.	16
8.3 Pertinence et contribution attendue.	16
9. Méthodologie :	17
9.1 Type d'étude et justification du design méthodologique.....	17
9.2 Cadre théorique.....	17
9.3 Terrain de l'étude.....	18
9.4 Démarches auprès des différents sites.	18
9.5 Données qualitatives.	19
9.5.1 Objectif.	19
9.5.2 Population et échantillonnage.	19
9.5.3 Outil de collecte des données.....	20
9.6 Données quantitatives.	20
9.6.1 Objectif.	20
9.6.2 Population et échantillonnage.	21
9.6.3 Outil de collecte des données.....	21
9.7 Analyse des données.....	23
9.8 Limites de l'étude.	24
10. Résultats :	25
10.1 Profil socio-démographique des répondants.....	25
10.2 Formation et connaissances relatives aux AES.	28
10.2.1 Formation reçue sur les AES.	28
10.2.2 Accessibilité de la procédure AES et précautions standard.	29
10.2.3 Connaissances relatives aux AES.	30
10.3 Contexte de travail : stress, urgence et perception du risque.....	31
10.4 Attitude, perception du risque et auto-efficacité.	33

10.5 Pratiques effectives, AES vécus et déclaration.	35
10.5.1 Prévalence des AES et pratique de déclaration.....	35
10.5.2 Pratiques de port des EPI et d'utilisation des dispositifs sécurisés.....	38
10.6 Facteurs organisationnels, culture professionnelle et soutien.....	39
10.7 Analyses bivariées exploratoires.	42
10.7.1 Score de connaissances sur les AES et déclaration.	43
10.7.2 Perception du soutien de l'encadrement et déclaration.	44
10.7.3 Pression temporelle en urgence et fréquence du port des EPI.	44
10.7.4 Ancienneté au bloc opératoire et déclaration des AES.	44
10.7.5 Effet de la formation reçue sur le score de connaissances.	45
11. Discussion :	46
11.1 Rappel des principaux résultats.	46
11.2 Profil de l'échantillon.	47
11.3 Un niveau de formation insuffisant et des connaissances inégales.	48
11.4 Des pratiques de prévention fragilisées par la pression au travail.....	50
11.5 Une sous-déclaration importante, entre facteurs individuels et barrières organisationnelles.	51
11.6 Des attitudes positives, mais qui ne se traduisent pas toujours en actes.	53
11.7 Le soutien de l'encadrement : un facteur clé pour la déclaration.	53
11.8 Limites de l'étude.	54
11.9 Recommandations.	55
12. Conclusion et perspectives :	57
13. Bibliographie :	59
14. ANNEXES :	61

Abréviations :

AES : Accident d'Exposition au Sang

EPI : Équipement de Protection Individuelle

HBM : Health Belief Model (Modèle de croyances relatives à la santé)

TPB : Theory of Planned Behavior (Théorie du comportement planifié)

CAP : Connaissances, Attitudes, Pratiques

VHC : Virus de l'Hépatite C

VHB : Virus de l'Hépatite B

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

PPE : Prophylaxie Post-Exposition

ETP : Équivalent Temps Plein

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CSS : Conseil Supérieur de la Santé

CE : Conformité Européenne (marquage CE)

ICANE : Infirmier(e) Chargé(e) de l'Accompagnement des Nouveaux Engagés et/ou des stagiaires

ISO : Organisation Internationale de Normalisation

SIPPT : Service Interne de Prévention et de Protection au Travail

SEPPT : Service Externe de Prévention et de Protection au Travail

CPPT : Comité pour la Prévention et la Protection au Travail

ISP : Institut Scientifique de Santé Publique

GERES : Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants

1. Introduction :

Au sein des institutions de soins, le bloc opératoire représente l'un des environnements professionnels les plus exposés aux accidents d'exposition au sang (AES).

Les études révèlent que 6 à 30 % des interventions chirurgicales donnent lieu à, au moins, un AES¹, plaçant les professionnels du bloc opératoire face à des risques quotidiens de contamination par des agents pathogènes transmissibles par le sang (VIH, VHB, VHC).

En Belgique, la surveillance nationale menée entre 2003 et 2009 dans 73 institutions hospitalières a documenté que 19,7 % des AES sont survenus au bloc opératoire.

En France, les données du GERES de 2019 confirment que les infirmiers de bloc opératoire présentent le taux d'incidence le plus élevé, avec 13,1 accidents percutanés pour 100 ETP², soit près de quatre fois plus que les infirmiers de services généraux (3,3 accidents percutanés pour 100 ETP).

Ces chiffres, déjà alarmants, ne reflètent qu'une partie de la réalité. En Belgique, 49,5 % des accidents par piqûre et 99,3 % de ceux par éclaboussure ne font l'objet d'aucune déclaration officielle³, rendant, par-là, l'ampleur réelle du phénomène largement sous-estimée.

Pourtant, les deux dernières décennies ont été marquées par des avancées significatives en matière de prévention avec le développement des dispositifs médicaux sécurisés, la généralisation des protocoles de précautions standard, le renforcement des formations et la consolidation des cadres réglementaires, notamment par la transposition en Belgique de la directive européennes 2010/32/EU⁴ via l'arrêté royal du 17 avril 2013⁵.

Malgré ces progrès, les taux d'AES demeurent préoccupants.

En France, 14 624 AES ont été recensés en 2015, et le GERES constate que le taux d'accidents percutanés chez les infirmiers ne semble plus diminuer depuis cette date, stagnant à 3,6 pour 100 ETP en 2019 (contre 3,9 pour 100 ETP en 2015).

Plus alarmant encore, 28,6 % des accidents percutanés survenus en 2019 auraient pu être évités par le simple respect des précautions standard.

Ce décalage entre les recommandations, la formation et les pratiques interroge les mécanismes sous-jacents :

- Comment les professionnels perçoivent-ils les risques ?
- Quels facteurs organisationnels influencent leur capacité à appliquer les mesures de protection ?
- Quels déterminants individuels et socioculturels façonnent leurs comportements quotidiens ?

Dans ce contexte, cette recherche exploratoire vise à comprendre les mécanismes qui sous-tendent la persistance des AES au bloc opératoire, afin d'identifier les leviers d'action pertinents pour renforcer la sécurité des professionnels de santé.

Ce mémoire s'inscrit dans une démarche de recherche appliquée, nourrie par mon expérience professionnelle au bloc opératoire. En tant qu'infirmier circulant et instrumentiste, j'ai été confronté à la réalité des AES, à leur banalisation dans la pratique quotidienne, et aux difficultés rencontrées par les professionnels pour appliquer systématiquement les mesures de prévention ou déclarer les accidents.

Ces constats de terrain ont été renforcés par un évènement dans l'établissement où je suis employé, à la suite de la publication d'une revue de direction mettant en avant une augmentation des déclarations d'accidents pouvant entraîner des AES.

Ces différents éléments ont motivé la présente recherche.

2. Définir et contextualiser les AES :

2.1 Définition et typologie.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2005) définit un AES comme tout contact avec du sang ou des liquides biologiques contenant du sang, survenant dans un contexte professionnel, par effraction cutanée ou par projection sur une muqueuse ou sur peau lésée.⁶

Cette définition inclut les expositions percutanées (piqûres, coupures), les projections oculaires ou buccales, ainsi que les contacts avec des lésions cutanées préexistantes.

Il convient de distinguer les blessures à risque infectieux impliquant un liquide biologique potentiellement contaminé de celles sans risque de contamination (ex : coupure avec un instrument propre), qui ne nécessitent pas de prise en charge spécifique et ne sont donc pas comptabilisées comme AES.

Les AES peuvent concerner l'ensemble des catégories professionnelles au sein d'une institution de soins. Dans le cadre des soins médicaux, les contacts avec du sang ou des liquides biologiques sont fréquents et les circonstances d'exposition sont variées. Parmi les principales situations à risque, on retrouve :

- Les effractions cutanées : on distingue majoritairement les piqûres et les coupures.
- Les projections sur les muqueuses : principalement oculaires et buccales.
- Les contacts sur peau lésée : sur une peau présentant des lésions, le contact avec du sang ou des liquides biologiques peut entraîner un risque.
- Les morsures.
- Autres liquides biologiques à risque : même en l'absence de sang visible, certains liquides sont considérés comme potentiellement contaminants (liquide-céphalo rachidien, sécrétions génitales, liquide amniotique, ...).

2.2 Risques infectieux et conséquences des AES.

L'exposition est considérée comme grave si les liquides sont contaminés par des agents pathogènes. Plus d'une cinquantaine de micro-organismes peuvent être transmis par voie sanguine. Mais les plus fréquemment impliqués en milieu hospitalier sont :

- Le virus de l'hépatite C (VHC).
- Le virus de l'hépatite B (VHB).
- Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Les probabilités de transmission varient selon le type d'exposition et l'élément pathogène concerné. Le tableau ci-dessous représente les risques moyens de transmission après un accident percutané ou un contact cutané-muqueux :

Virus	Risque moyen après accident percutané	Risque moyen après contact cutané-muqueux
VIH	0,32 %	0,03 %
VHC	1,8 %	NC
VHB	6-30 % (Ag HBe-/+)	NC

(Source : BEH, 2019 ; n°24-25, étude Barostat 2016).

Face au risque élevé de transmission du VHB, la vaccination contre ce virus a été rendue obligatoire en Belgique par l'arrêté royal du 29 avril 1999⁷ pour tous les professionnels de santé exposés au sang.

Les conséquences des AES peuvent être immédiates ou différées, et concernent à la fois la santé physique et mentale. Elles peuvent également avoir un impact sur la sphère professionnelle et privée du soignant.

A court terme, l'exposition à un agent infectieux génère une anxiété aiguë liée à la peur de la contamination. La période d'attente des résultats sérologiques est souvent marquée par un stress important. La mise en place d'une prophylaxie post-exposition, notamment une trithérapie antirétrovirale en cas de risque VIH, peut entraîner des effets secondaires physiques.

A long terme, les conséquences médicales peuvent inclure des développements de pathologies chroniques, nécessitant un suivi médical à vie.

En cas de séroconversion, le professionnel peut être confronté à une altération durable de sa qualité de vie.

Sur le plan psychosocial, les AES peuvent engendrer des troubles anxieux, des épisodes dépressifs, un sentiment de culpabilité ou d'isolement. Ces répercussions peuvent également affecter la trajectoire professionnelle, avec un risque de désengagement, de perte de confiance, voire une reconversion professionnelle.

3. Les précautions standard et dispositifs sécurisés :

3.1 Principe des précautions standard.

Les précautions standard sont des mesures d'hygiène universelles à appliquer pour tout soin, quel que soit le statut infectieux du patient. Elles visent à prévenir la transmission croisée de micro-organismes et à protéger les professionnels de la santé contre les expositions accidentelles.

Selon le CSS (2011, actualisé en 2014), ces précautions incluent :

- Hygiène des mains : friction hydroalcoolique ou lavage à l'eau et au savon en cas de souillures visibles.
- Port de gants : systématique en cas de risque de contact avec du sang, des liquides biologiques, des muqueuses ou une peau lésée.
- Port de lunettes, masque et surblouse : en cas de risque de projection.
- Utilisation de matériel à usage unique lorsque c'est possible ou correctement stérilisé.

- Élimination immédiate et sécurisée des objets piquants ou tranchants dans des containers adaptés.
- Interdiction de recapuchonner les aiguilles après usage.

Ces mesures doivent être intégrées dans les protocoles institutionnels et faire l'objet de formations régulières auprès des professionnels.

3.2 Dispositifs sécurisés.

Les dispositifs médicaux à sécurité intégrée sont conçus pour réduire les risques de blessure percutanée en intégrant un mécanisme de protection automatique ou manuel.

Leur usage est rendu obligatoire dans les établissements de soins belges par l'arrêté royal du 17 avril 2013, en application de la directive européenne 2010/32/UE.

Parmi les dispositifs recommandés, on retrouve :

- Les aiguilles rétractables ou avec capuchon de sécurité.
- Les cathéters avec système de verrouillage sécurisé.
- Les lames de bistouri à retrait automatique.
- Les systèmes de prélèvement sous vide avec protection intégrée.

Ces différents dispositifs doivent porter le marquage "CE", être conformes aux normes ISO, et faire l'objet d'une traçabilité dans le service. Leur mise en œuvre doit être accompagnée d'une formation à l'utilisation, d'un suivi des incidents et d'une évaluation de l'adhésion du personnel.

3.3 Equipement de protection individuelle (EPI).

En Belgique, la protection des travailleurs exposés au risque d'AES est encadrée par un dispositif légal strict, articulé autour du code du bien-être au travail et de la transposition de la directive européenne 2010/32/UE. Cette directive impose aux employeurs la mise en place de mesures organisationnelles et techniques, incluant la fourniture et le port d'EPI.

Les établissements de soins sont ainsi légalement tenus de garantir :

- La disponibilité systématique des EPI en quantité et qualité suffisantes (gants, masques, lunettes, surblouses, visières, ...).
- La formation initiale et continue des professionnels à leur utilisation correcte et à leur rôle dans la prévention des AES.

Le non-respect de ces obligations expose l'employeur à des sanctions administratives et engage sa responsabilité en cas d'accident professionnel.

Pour les professionnels, le port correct des EPI constitue une mesure de réduction du risque reconnue par le droit du travail. Un accident survenu en l'absence d'équipement peut, selon les circonstances, interroger la part de responsabilité partagée.

En pratique, la politique institutionnelle relative aux EPI doit figurer dans le plan de prévention et faire l'objet d'un suivi régulier (audit, évaluation des pratiques, ...) conformément aux directives belges et européennes. Cette approche vise à garantir la sécurité des soignants tout en respectant les standards légaux en matière de protection contre les risques biologiques.

4. Déclaration des AES :

Le signalement des AES revêt une importance cruciale à plusieurs niveaux, tout d'abord pour la prise en charge médicale immédiate, ensuite en tant qu'obligation légale et administrative et, enfin, il s'inscrit dans une stratégie de prévention globale au sein des établissements de soins.

4.1 Importance du signalement.

L'objectif principal du signalement rapide est de permettre une intervention médicale immédiate afin de limiter les risques de transmission d'éléments pathogènes.

Il permet la mise en œuvre rapide d'un traitement prophylactique post exposition (PPE) et la réalisation des examens biologiques nécessaires. L'évaluation du risque repose sur le type d'exposition, la nature du liquide biologique, et le statut infectieux du patient source.

En plus de son rôle médical, le signalement répond à des obligations administratives et légales qui vont s'effectuer auprès de plusieurs entités.

Une déclaration doit dès lors être effectuée :

- Au service interne ou externe de prévention des travailleurs (SIPPT/SEPPT), permettant d'identifier d'éventuels manquements ou non-respects des procédures ayant contribué à la survenue de l'accident, ce qui va permettre de proposer des mesures correctives et préventives.

- Au conseiller en prévention/médecin du travail compétent pour le suivi médical et psychologique de la personne.
- A l'assurance couvrant les accidents de travail, souscrite par l'employeur, permettant de reconnaître l'AES comme accident professionnel et ainsi introduire des demandes d'intervention en cas de maladie professionnelle.

Ces démarches s'inscrivent dans le cadre du plan de prévention institutionnel, piloté par le comité pour la prévention et la protection au travail (CPPT). Les données recueillies sont essentielles pour l'évaluation continue des risques et l'adaptation des stratégies de prévention.

4.2 Sous déclaration des AES : causes, obstacles et impact.

Malgré des protocoles institutionnels et des recommandations nationales, la sous déclaration des AES demeure un phénomène préoccupant dans les établissements de soins. Elle compromet non seulement la prise en charge médicale du professionnel exposé, mais aussi la qualité des données épidémiologiques et l'efficacité des stratégies de prévention.

La prévalence de ce phénomène a été relatée dans une étude belge menée par Leens (2008)⁸ dans 25 hôpitaux belges et révèle que :

- 49,5 % des piqûres ne sont pas déclarées
- 99,3 % des projections ne font l'objet d'aucune notification officielle.

Ces chiffres sont corroborés par des travaux européens (Perry et Jagger, 2003), qui soulignent que la majorité des expositions ne sont pas signalées, en particulier lorsqu'elles sont perçues comme mineures ou sans risque immédiat.⁹⁺¹⁰

4.2.1 Facteurs individuels et psychologiques.

La perception du risque joue un rôle central dans la décision de déclarer ou non un AES.

De nombreux professionnels ne perçoivent pas de danger réel, notamment lorsque :

- La blessure est jugée superficielle ou minime
- Le patient source est connu ou considéré comme sain.
- L'AES est perçu comme une banalité du quotidien professionnel.

Les freins psychosociaux sont également déterminants :

- Sentiment de culpabilité, associé à la perception de l'AES comme une faute professionnelle.

- Peur de conséquences négatives sur l'évaluation ou la sécurité de l'emploi.
- Crainte du jugement des pairs ou de la stigmatisation.
- Angoisse liée à la possibilité d'être infecté.
- Dénier de l'incident, surtout si le patient source est séropositif.¹¹

4.2.2 Influence de la culture professionnelle.

La culture du soin peut renforcer la banalisation des AES. Ils sont souvent vécus comme une fatalité, un « risque du métier » inhérent à la profession. Cette normalisation est accentuée lorsque des soignants expérimentés eux-mêmes sous-estiment le risque, influençant les plus jeunes à ne pas déclarer l'accident.

La hiérarchie implicite et les modèles professionnels jouent un rôle dans la non-déclaration, en particulier dans les services à forte pression comme le bloc opératoire.¹²

4.2.3 Facteurs organisationnels et systémiques.

Les contraintes institutionnelles sont également à l'origine de la sous déclaration,

- La complexité des démarches administratives : formulaires multiples, délais, manque de clarté.
- La charge de travail élevée : un AES survenu en période de stress ou de garde est moins souvent déclaré, par peur de ralentir le travail ou de mettre ses collègues en porte-à-faux.
- Méconnaissance des procédures : certains professionnels ignorent les protocoles ou les délais pour la PPE.
- Absence de culture de sécurité : lorsque le signalement n'est pas valorisé, il est perçu comme inutile ou secondaire.¹³

4.2.4 Formation initiale.

En Belgique, la formation des infirmiers responsables de soins généraux inclut l'enseignement des précautions standard, de la prévention des infections nosocomiales et de la gestion des AES.

Ce cursus est abordé dans le module d'hygiène hospitalière des écoles. Les étudiants sont sensibilisés à la manipulation sécurisée des objets perforants, à l'utilisation des collecteurs et à la déclaration des accidents. Cette formation est complétée par des stages cliniques en milieu hospitalier, où les pratiques de prévention sont mises en œuvre.

5. Conduites à tenir post-exposition :

Premières mesures :

Il s'agit des mesures à prendre immédiatement sur le lieu même de l'accident :

- Accident percutané : lavage (eau + savon) puis antiseptique. A noter qu'il est important de laisser s'écouler le sang hors de la lésion mais certainement pas en comprimant volontairement car cela augmente les risques de contamination.
- Projection sur des muqueuses : rinçage immédiat abondant à l'eau ou au liquide biologique durant au moins 5 minutes.

Faisant suite à ces mesures une déclaration du travailleur accidenté sera à effectuer.

En ce qui concerne la PPE, le CSS belge dans sa note n°8429 a mis en place un tableau décisionnel des démarches à suivre :

Figure 1 : procédure à suivre en cas d'AES.

AVIS 8429 : Annexe 03 : Procédure à suivre en cas d'AES

I. Premiers soins, déclaration, évaluation du risque

1. Rôle de l'agent
- Premiers soins effectués directement après l'AES
- Déclaration : le travailleur accidenté s'est rendu directement dans le service défini pour la déclaration de l'AES
2. Rôle du médecin en charge de l'AES
2.1 Ouverture d'un dossier AES / registre des AES
2.2 Evaluation du risque de contamination :
- Description de l'AES (date, lieu, circonstances,...)
- Site d'exposition
- Matériel impliqué (aiguille creuse, scalpel,...)
- Liquide biologique concerné (sang, LCR, urine,...)
2.3. Prévention des AES
Immunité de l'agent vis-à-vis de l'hépatite B
- Connue de l'agent
- Non connue de l'agent mais disponible dans le dossier informatisé
- Agent se dit vacciné mais « non répondant »
- Si immunité non connue et non disponible : dosage des anticorps anti-HBs en routine
Respect des précautions générales au moment de l'AES
- Port de gants
- Port de lunettes de protection
2.4 Patient source
Patient-source connu
A. Statut VIH :
- Positif
- Négatif (date du test)
- Inconnu ou absence de sérologie récente :
- Faire prélever une sérologie en urgence (avec accord du patient si il est capable de le donner)
- Récupérer le résultat (idéalement dans les 2 à 4 heures)
B. Statut Hépatite B :
- Positif
- Négatif (date du test)
- Inconnu ou absence de sérologie définie localement en fonction du risque représenté par le patient-source :
- faire prélever une sérologie (Ag HBs) en routine (avec accord du patient si il est capable de le donner).
C. Statut Hépatite C :
- Positif
- Négatif (date du test)
- Inconnu ou absence de sérologie récente : faire prélever une sérologie (Ac anti-HCV) en routine (avec accord du patient si il est capable de le donner)

II. Arbre décisionnel en fonction des risques spécifiques

1. Evaluation du risque VHB

Statut vaccinal du travailleur accidenté	Prévention chez la victime selon le statut du patient source		
	Ag HBs positif	Ag HBs négatif	Inconnu ou non accessible
Non vacciné	IgHB* et initier vaccination	Initier vaccination	Initier vaccination
Vacciné, répondeur connu Ac HBs ≥ 10 mUI/ml	Pas de traitement	Pas de traitement	Pas de traitement
Vacciné, non répondeur connu Ac HBs < 10 mUI/ml	IgHB X 2 ** ou IgHB et réinitier vaccination	Pas de traitement	Si source à haut risque***, traiter comme si Ag HBs+
Vacciné, réponse inconnue	Doser les Ac HBs: - si ≥ 10 : pas de traitement - si < 10 : IgHB * rappel vaccinal (contrôler les Ac HBs ultérieurement)	Pas de traitement Réévaluer la vaccination	Doser les Ac HBs: - si ≥ 10 : pas de traitement - si < 10 : rappel et contrôler les Ac HBs après 2 mois

* : Immunoglobulines anti-hépatite B : 500 UI en une injection IM.

** : 2 doses de 500 UI à un mois d'intervalle si le travailleur accidenté est non répondeur à 2 cycles de vaccination (7 doses)

*** : source à haut risque de VHB : Homme homosexuel ou bisexuel, histoire d'infection sexuellement transmissible, multiples partenaires sexuels, (ex) prisonnier, consommation de drogues intraveineuses, prostitution, rapports sexuels en groupe (plus de 3 individus), déficient mental institutionnalisé, provenance d'une zone de prévalence intermédiaire ou haute de portage d'Ag HBs : <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2010/chapter-2/hepatitis-b.aspx#849>

2. Evaluation du risque VHC

Actuellement, il n'y a pas de prophylaxie post exposition efficace contre le VHC.

Un suivi biologique et clinique sera assuré chez le travailleur accidenté afin de détecter précocement l'infection par le VHC pour en permettre une prise en charge optimale par un hépatologue.

3. Evaluation du risque VIH

Exposition percutanée à des liquides biologiques présentant des risques élevés.

(Liquides biologiques à risques élevés : sang, sperme, sécrétions génitales, liquides péricardique, pleural, céphalo-rachidien, péritonéal, amniotique et autres avec présence visible de sang).

Origine	Type d'exposition		
	A risque élevé : Aiguille creuse à haut débit sang visible sur accessoire ponction profonde aiguille introduite dans une artère ou une veine	A risque moyen : Aiguille pleine scalpel	A faible risque : Ponction superficielle Autres situations
HIV avec charge virale détectable ou manque d'informations récentes sur la charge virale	Recommandé	Recommandé (3)	A envisager (4)
HIV avec charge virale stable et confirmée indétectable	Recommandé	A envisager (4)	A envisager (4)
Statut HIV inconnu mais appartenant à un groupe (1) / une zone (2) à haute prévalence	Recommandé si un test rapide VIH de la source n'est pas disponible	Recommandé si un test rapide VIH de la source n'est pas disponible	A envisager si un test rapide VIH de la source n'est pas disponible
Statut HIV inconnu et appartenant à un groupe (1) / une zone (2) à prévalence faible ou inconnue	A envisager si un test rapide VIH de la source n'est pas disponible	A envisager si un test rapide VIH de la source n'est pas disponible	Déconseillé
Aiguille abandonnée dans un établissement de soins de santé	A envisager dans les établissements dans lesquels l'exposition à des personnes infectées par le VIH est probable	A envisager dans les établissements dans lesquels l'exposition à des personnes infectées par le VIH est probable	Déconseillé

(1) Groupes à haute prévalence:

- hommes homo- et bisexuels
- drogués par voie IV
- prostitué(e)s
- relations sexuelles à plusieurs (plus de 3 individus)

- antécédents d'infection(s) sexuellement transmissibles
- partenaires sexuels multiples
- (ex) prisonniers

(2) Zone à haute prévalence de HIV : $> 2\%$ dans la population générale (voir <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/tools/aidsinfo/countryfactsheets/>)

(3) Envisager d'arrêter le traitement ou de continuer par une double thérapie INTI en cas de charge virale indétectable au moment de l'exposition

(4) Une double thérapie INTI peut être utilisée

III. Suivi

Les tableaux ci-dessous représentent le set minimum à respecter.

1. Risque VHB

Suivi du travailleur accidenté avec risque de contamination par le VHB			
	Examen clinique	Cytolyse	sérologie VHB
Baseline	X	X	Rem.1
4 semaines	X	X	
8 semaines			Rem.2
6 mois	X	X	Rem.3

Rem. 1 : Ac HBs si statut vaccinal non connu.

Rem. 2 : Contrôle Ac HBs 2 mois après la première dose de vaccin chez le travailleur vacciné avec réponse inconnue, dont les Ac HBs lors de l'AES étaient < 10 mUI/mL, lorsque la source est inconnue ou non accessible.

Rem. 3 : La sérologie de contrôle doit se faire idéalement 2 mois après la dernière dose de vaccin s'il a été administré chez un travailleur non vacciné, non répondeur ou dont la réponse vaccinale est inconnue. Pour s'assurer de l'absence de contamination par le VHB, doser également l'Ag HBs et les Ac HBc.

2. Risque VHC

Suivi du travailleur accidenté avec risque de contamination par le VHC			
	Examen clinique	Cytolyse	sérologie VHC
Baseline	X	X	(X)
4 semaines	X	X	Rem 1
6 mois	X	X	X

Rem. 1 : ou PCR VHC ARN si le patient-source est positif.

Entre 4 semaines et 6 mois, si les signes cliniques apparaissent, des contrôles supplémentaires pourront être réalisés.

(X) : Dans certains cas, il pourrait être nécessaire de déterminer le statut sérologique du travailleur accidenté. Selon la procédure existante, le médecin qui prend en charge le suivi de l'AES (infectiologue, interniste, médecin du travail) déterminera la nécessité ou non de réaliser une sérologie VHC chez le travailleur accidenté.

Notons qu'en l'absence de sérologie de départ, si un tube adéquat a été prélevé, il peut être utilisé par le laboratoire de sérologie pour déterminer a posteriori le statut du travailleur accidenté.

Exposition des muqueuses à des liquides biologiques présentant des risques élevés

Exposition	Origine	Type d'exposition à des liquides à risques importants (sang, sperme, sécrétions génitales, liquides péricardique, pleural, céphalo-rachidien, péritonéal, amniotique et autres avec présence visible de sang)		
		Muqueuse ou peau non intacte		Peau intacte
		Exposition durant plus de quelques minutes à une quantité significative de liquide à risque élevé	Exposition très brève à une faible quantité de liquide à risque élevé	
muco-cutanée	HIV avec charge virale détectable ou manque d'informations récentes sur la charge virale	Recommandé	Recommandé (3)	Déconseillé
	HIV avec charge virale stable et confirmée indétectable	Recommandé	A envisager (4)	Déconseillé
	Statut HIV inconnu mais appartenant à un groupe (1) / une zone (2) à haute prévalence	Recommandé si un test rapide VIH de la source n'est pas disponible	A envisager	Déconseillé
	Statut HIV inconnu et appartenant à un groupe (1) / une zone (2) à prévalence faible ou inconnue	A envisager si un test rapide VIH de la source n'est pas disponible	Déconseillé	Déconseillé

(1) Groupe à haute prévalence

- Hommes homo- et bisexuels

- drogués par voie IV

- Prostitué(e)s

- relations sexuelles à plusieurs (plus de 3 individus)

- antécédents d'infection(s) sexuellement transmissibles

- partenaires sexuels multiples

- (ex) prisonniers

(2) Zone à haute prévalence de HIV : > 2 % dans la population générale (voir <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/tools/aidsinfo/countryfactsheets/>)

(3) Envisager d'arrêter le traitement ou de continuer par une double thérapie INTI en cas de charge virale indétectable au moment de l'exposition

(4) Une double thérapie INTI peut être utilisée.

3. Risque VIH

Suivi du travailleur accidenté avec risque de contamination par le VIH				
	Examen clinique	Hémogramme	Cytolyse	sérologie VIH
Baseline	X	X	X	(X)
2 semaines		X	X	
6 semaines	X	X		X
3 mois				X
6 mois	X			X
12 mois	X			Rem. 1

Rem 1: en cas de contamination par le VHC, si la source est co-infectée VIH-VHC

(X) : Dans certains cas, il pourrait être nécessaire de déterminer le statut sérologique du travailleur accidenté. Selon la procédure existante, le médecin qui prend en charge le suivi de l'AES (infectiologue, interniste, médecin du travail) déterminera la nécessité ou non de réaliser une sérologie VIH chez le travailleur accidenté. Notons qu'en l'absence de sérologie de départ, si un tube adéquat a été prélevé, il peut être utilisé par le laboratoire de sérologie pour déterminer a posteriori le statut du travailleur accidenté.

4. Suivi du travailleur accidenté si la source est inconnue

Suivi dans le cadre de l'AES, en fonction du risque					
	Examen clinique	Tests de cytolysse	Sérologie VIH	Sérologie VHC	Sérologie VHB
Baseline	X	X	(X)	(X)	Rem. 1
4 – 6 semaines	X	X	X	Rem. 2	Rem. 3
3 mois			X		
6 mois	X	X	X	X	Rem. 4
12 mois			Rem. 5		

Rem. 1 : Ac HBs si statut vaccinal non connu.

Rem. 2 : PCR VHC ARN.

Rem. 3 : Contrôle Ac HBs 2 mois après la première dose de vaccin chez le travailleur vacciné avec réponse inconnue, dont les Ac HBs lors de l'AES étaient < 10 mUI/mL, lorsque la source est inconnue ou non disponible ou positive.

Rem. 4 : Contrôle Ac HBs 2 mois après la dernière dose de vaccin s'il a été administré chez un travailleur non vacciné, non répondeur ou dont la réponse vaccinale est inconnue.

Rem. 5 : en cas de contamination par le VHC

(X) : Dans certains cas, il pourrait être nécessaire de déterminer le statut sérologique du travailleur accidenté. Selon la procédure existante, le médecin qui prend en charge le suivi de l'AES (infectiologue, interniste, médecin du travail) déterminera la nécessité ou non de réaliser une sérologie VIH ou VHC chez le travailleur accidenté. Notons qu'en l'absence de sérologie de départ, si un tube adéquat a été prélevé, il peut être utilisé par le laboratoire de sérologie pour déterminer a posteriori le statut du travailleur accidenté.

IV. Déclaration de l'AES au SIPP/SEPP, à la médecine du travail et à l'organisme assureur.

6. Spécificité du bloc opératoire :

Le bloc opératoire constitue un environnement hospitalier à haut risque d'AES.

Cette spécificité s'explique par la conjonction de facteurs techniques, humains et organisationnels qui se traduisent par une prévalence élevée d'accidents percutanés et de projections de liquides biologiques chez les professionnels de santé.

6.1 Données épidémiologiques.

Selon les données de surveillance de l'Institut scientifique de santé publique (ISP), le bloc opératoire apparaît en deuxième position parmi les lieux hospitaliers à risque d'exposition au sang :

- Chambre du patient : 39,6 %.
- Quartier opératoire : 16,2 %.
- Zone hors chambre : 10,3 %.
- Urgences : 6,7 %.
- Soins intensifs : 3,9 %.
- Quartier accouchement : 1,9 %.¹⁴

Par ailleurs selon le GERES, entre 6,4 % et 30,1 % des interventions chirurgicales sont maillées d'au moins un AES^{15,16}, parmi les AES déclarés au bloc opératoire :

- 67 % sont des piqûres.
- 19 % sont des projections.
- 10 % sont des coupures.

Les infirmiers de bloc opératoire sont particulièrement exposés, en raison de la manipulation d'instruments souillés, de containers à déchets tranchants, ou de lames de bistouri.

6.2 Risques liés aux gestes techniques et à la coactivité.

Au bloc opératoire, la manipulation constante d'instruments tranchants dans un espace restreint, combinée à une coactivité intense entre chirurgien, anesthésiste et infirmiers, augmente significativement le risque d'AES.

Les phases critiques telles que la fermeture pariétale ou le nettoyage post-opératoire sont particulièrement propices aux accidents, en raison d'une baisse de vigilance et de la présence de matériel souillé.

Les gestes simultanés, les échanges d'instruments non sécurisés et les mouvements imprévus, notamment en situation d'urgence, peuvent compromettre l'application des mesures de sécurité.

6.3 Stress, charge mentale et environnement contraignant.

Le bloc opératoire est un lieu de forte pression psychologique, où les professionnels doivent gérer des interventions longues, complexes, parfois vitales. La fatigue, les événements imprévus et la succession rapide d'actes réduisent la vigilance et la capacité à appliquer les mesures de prévention.

Les contraintes spatiales, la nécessité de réutiliser rapidement le matériel et la pression temporelle sont autant de facteurs aggravants dans ce contexte.¹⁷

7. Modèle explicatif du comportement :

La prévention des AES ne repose pas uniquement sur des dispositifs techniques ou des procédures institutionnelles. Elle dépend aussi fortement des comportements individuels et collectifs des professionnels de santé. L'apprentissage et l'application de méthodes de travail sûres sont essentielles pour prévenir les AES, mais impliquent souvent une modification profonde des comportements et une discipline rigoureuse.

Plusieurs modèles théoriques issus de la psychologie de la santé permettent de comprendre les déterminants de l'adoption ou du non-respect des mesures de prévention.

7.1 Le modèle de croyances relatives à la santé (Health belief model HBM).

Le HBM^{18,19}, développé dans les années 1950, est l'un des modèles les plus utilisés pour comprendre les comportements de santé préventifs. Ce modèle part du principe que l'adoption d'un comportement préventif dépend de la perception individuelle du risque et des bénéfices associés à l'action. Il repose sur six constructions principales :

La perception de la susceptibilité : la personne doit se sentir personnellement exposée au risque. Dans le contexte des AES, cela correspond à la perception qu'ont les professionnels de leur propre vulnérabilité face aux accidents percutanés ou aux projections.

La perception de la gravité : la perception des conséquences potentielles du problème. Pour les AES, cela inclut la conscience des risques de transmission, ainsi que les conséquences.

Les bénéfices perçus : les mesures de protection doivent être perçues comme efficaces. Si les professionnels doutent de l'utilité et de l'efficacité des EPI, leur adoption sera compromise.

Les barrières perçues : les obstacles pratiques ou organisationnels peuvent freiner l'application des mesures

L'auto-efficacité : la confiance dans ses capacités à appliquer correctement et de manière efficace les comportements préventifs. Un professionnel qui doute de sa capacité à utiliser correctement un dispositif de sécurité ou qui manque de formation spécifique sera moins enclin à l'adopter.

Les incitations à l'action : les facteurs déclencheurs qui motivent l'adoption du comportement (formation, affiches de sensibilisation, ...).

7.2 La théorie du comportement planifié (Theory of planned Behavior TPB).

Le TPB²⁰, développé par Ajzen (1985), propose une approche complémentaire au HBM en mettant l'accent sur l'intention comportementale comme prédicteur direct du comportement. Il postule que l'intention d'adopter un comportement dépend de trois facteurs principaux :

L'attitude : évaluation positive ou négative du comportement envisagé, fondée sur les croyances personnelles et les conséquences anticipées. Dans notre contexte, l'attitude envers les bonnes pratiques reflète la croyance qu'elles sont utiles et qu'elles n'entravent pas la qualité des soins.

Les normes subjectives : perception des attentes sociales, c'est à dire la pression perçue par l'entourage (collègues, supérieurs, ...) à adopter ou non le comportement.

Au bloc opératoire, si la culture d'équipe tolère les raccourcis ou le non-respect des précautions standard, les infirmiers seront moins enclins à adopter des comportements sécuritaires, même s'ils les jugent, personnellement, importants.

Le contrôle comportemental perçu : perception de la facilité ou de la difficulté à adopter le comportement, en fonction des ressources disponibles et des obstacles anticipés.

7.3 Le modèle connaissances, attitudes, pratiques (CAP).

Le modèle CAP est largement utilisé en santé publique pour évaluer les comportements de santé et concevoir des interventions éducatives.

Ce modèle part du principe que les connaissances influencent les attitudes, qui, à leur tour, déterminent les pratiques effectives

Les connaissances correspondent à l'information et aux faits que les individus possèdent sur un sujet donné.

Les attitudes reflètent le sentiment, les croyances et l'évaluation de l'individu à l'égard d'un comportement.

Les pratiques représentent les comportements effectifs observés ou auto-rapportés.

Toutefois des études montrent l'existence d'un "gap" entre connaissances et pratiques : Des professionnels peuvent posséder des connaissances adéquates sans pour autant adopter les bons comportements.

Ce décalage souligne l'importance de facteurs contextuels (organisationnels, matériels, culturels, ...) qui influencent les pratiques au-delà de la seule connaissance et des attitudes.

8. Question de recherche, objectifs et pertinence :

8.1 Question de recherche.

A partir du développement de la problématique et de la théorie, cette recherche exploratoire vise à répondre à la question de recherche suivante :

“Quelles sont les connaissances, les pratiques de prévention et de déclaration, les facteurs organisationnels ou humains qui influencent les comportements face aux accidents d'exposition au sang chez les infirmiers de bloc opératoire du groupe HELORA ?”.

Cette question s'appuie sur les modèles théoriques exposés précédemment pour explorer le continuum allant des connaissances théoriques aux pratiques effectives.

8.2 Objectifs de la recherche.

8.2.1 L'objectif général.

Explorer les déterminants individuels et organisationnels des pratiques de prévention et de déclaration des AES chez les infirmiers du bloc opératoire du groupe HELORA.

8.2.2 Objectif spécifique.

Evaluer les connaissances des infirmiers concernant les risques liés aux AES, les précautions standard, les procédures de déclaration et la prise en charge post exposition.

Analyser les pratiques de prévention : application des précautions standard, utilisation des dispositifs sécurisés, gestion des objets tranchants dans différents contextes de soins.

Examiner les pratiques de déclaration : facteurs influençant la décision de déclarer ou non, perception des procédures de déclaration.

Identifier des facteurs organisationnels : disponibilité et accessibilité des dispositifs de protection, charge de travail, formation continue, soutien managérial.

Explorer les facteurs humains : perception des risques, attitudes face à la prévention, auto-efficacité perçue, influence des pairs et de la culture d'équipe, normes professionnelles implicites.

8.3 Pertinence et contribution attendue.

Cette recherche s'inscrit dans une démarche de recherche appliquée ancrée dans la réalité du terrain.

En documentant les facteurs spécifiques qui influencent les comportements dans mon contexte professionnel, elle permettra de :

- Mieux comprendre l'écart entre recommandations et pratiques effectives dans le contexte belge.
- Identifier des leviers d'actions adaptés au contexte local.
- Orienter les actions de prévention et de formation vers les besoins réels des professionnels.
- Contribuer à l'amélioration de la sécurité au travail des infirmiers de bloc opératoire.

9. Méthodologie :

9.1 Type d'étude et justification du design méthodologique.

Cette recherche repose sur une étude quantitative transversale, précédée d'entretiens exploratoires à visée d'élaboration d'outil. La phase quantitative constitue le cœur analytique de l'étude ; les entretiens préparatoires ont eu pour unique finalité l'affinement et la contextualisation du questionnaire et n'ont pas fait l'objet d'une analyse qualitative formelle.

Dans un premier temps, des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de professionnels ressources (un conseiller en prévention et des infirmiers de bloc opératoire). Cette phase a permis de mieux cerner le contexte local, les perceptions, les pratiques et les freins liés à la prévention et à la déclaration des AES dans les blocs opératoires, et d'adapter en conséquence les dimensions et items du questionnaire aux réalités du terrain HELORA.

Dans un second temps, une enquête quantitative par questionnaire auto-administré a été réalisée auprès de l'ensemble des infirmiers de bloc opératoire du groupe HELORA, afin de mesurer les connaissances, attitudes et pratiques en lien avec la prévention et la déclaration des AES, d'en estimer la distribution au sein de la population étudiée et d'identifier d'éventuelles associations statistiques entre variables d'intérêt.

9.2 Cadre théorique.

La construction des outils s'appuie sur les trois modèles décrits lors de la phase d'introduction.

Le modèle CAP permet de structurer les outils autour de trois dimensions centrales :

- Les connaissances sur les AES.
- Les attitudes vis-à-vis des risques, de la gravité perçue, des bénéfices et des barrières à la prévention et à la déclaration.
- Les pratiques effectives de prévention (EPI, dispositifs sécurisés, ...) et de déclaration.

Le HBM éclaire plus finement sur les attitudes et les perceptions en introduisant les notions de susceptibilité perçue (sentiment d'être exposé à un AES), de gravité perçue (conséquences redoutées), de bénéfices perçus par les mesures de prévention et de barrières perçues (manque de temps, complexité de la procédure, banalisation, ...).

Le TPB apporte lui des notions de normes sociales et de contrôle comportemental perçu.

9.3 Terrain de l'étude.

L'étude se déroulera dans les blocs opératoires du groupe HELORA, constitué de la fusion récente (Juin 2023) de plusieurs institutions : le Pôle hospitalier Jolimont et le CHU Ambroise Paré. Cette nouvelle entité représente le plus grand réseau hospitalier de Wallonie et se trouve en phase de convergence organisationnelle, d'harmonisation des protocoles et de mutualisation progressive des ressources.

Ce contexte est caractérisé par une forte coactivité entre les membres du personnel du quartier opératoire et les contraintes temporelles importantes (urgences, interventions longues, ...).

Les blocs opératoires accueillent plusieurs disciplines chirurgicales (digestive, orthopédique, cardiaque, neurochirurgicale, gynécologique, ...) ce qui offre une diversité de contextes et de pratiques.

La prise en compte de l'ensemble du groupe HELORA permet de capter la richesse et la variabilité naturelle découlant de la fusion récente, en termes d'organisation de travail, de disponibilité du matériel, de culture d'équipe et d'état de convergence des protocoles, sans opérer de comparaisons inter sites formelles.

Ce terrain est donc pertinent car il représente un risque élevé d'AES.

9.4 Démarches auprès des différents sites.

Le groupe HELORA étant issu d'une fusion récente, un certain nombre de procédures administratives et de circuits décisionnels ne sont pas encore totalement uniformisés entre les différents sites. Cette situation a nécessité une approche individualisée auprès de chaque site afin de déterminer la procédure la plus appropriée pour l'introduction de la recherche.

Dans un premier temps, j'ai contacté les ICANE de chaque site du groupe. L'objectif de ces échanges était de mieux connaître les démarches internes à suivre pour l'introduction du projet, notamment les circuits de validation et les interlocuteurs concernés.

Sur base de ces informations recueillies, un dossier complet de présentation de projet a été transmis pour approbation aux différentes directions des sites du groupe HELORA.

Une fois la validation obtenue, les ICANE m'ont mis en contact avec les responsables des blocs opératoires de chaque site. Ces échanges ont permis de définir, en concertation avec

eux, les modalités les plus adaptées pour la diffusion du questionnaire auprès des infirmiers de leurs équipes, dans le respect des contraintes organisationnelles propres à chaque service.

9.5 Données qualitatives.

9.5.1 Objectif.

La phase qualitative exploratoire poursuit plusieurs objectifs complémentaires :

- Explorer et documenter la manière dont les AES sont actuellement perçus, gérés et déclarés au bloc opératoire
- Identifier les obstacles à la prévention effective et les facilitateurs à la déclaration des AES
- Affiner et adapter le contenu du questionnaire quantitatif en fonction des thèmes émergents et du vocabulaire utilisé par les professionnels de terrain.

Cette phase qualitative se limite aux entretiens exploratoires réalisés avant l'élaboration du questionnaire.

9.5.2 Population et échantillonnage.

L'échantillon qualitatif exploratoire est composé d'idéalement 3 participants :

Une personne ressource impliquée dans la gestion institutionnelle des AES au niveau du groupe HELORA. Ces professionnels apportent une perspective épidémiologique et une vision des politiques et des procédures institutionnelles.

Critère d'inclusion : être impliqué dans la gestion institutionnelle des AES et avoir une connaissance du fonctionnement du groupe.

Un à deux infirmiers de bloc opératoire exerçant au sein du groupe HELORA, de préférence avec une certaine diversité en termes d'ancienneté (si possible un profil junior et un profil senior), afin de capter une variété de points de vue et d'expériences.

Critère d'inclusion : Infirmier circulant ou instrumentiste exerçant au sein d'un des blocs opératoires du groupe HELORA.

Critère d'exclusion : Etudiants infirmiers, personnel de salle de réveil, personnel ne travaillant pas directement dans les blocs opératoires du groupe (intérimaires).

Echantillonnage : L'échantillonnage est raisonné (purposive sampling). Les participants sont choisis pour la pertinence et la richesse de leur apport (rôle, ancienneté, expérience de terrain, ...) et si possible selon une certaine diversité de profils pour enrichir les perspectives.

9.5.3 Outil de collecte des données.

Les données qualitatives sont collectées à l'aide de guides d'entretien semi-directif élaborés spécifiquement pour cette étude (Annexe 1).

Un guide était destiné au personnel ressource impliqué dans la gestion institutionnelle des AES, et un second pour les infirmiers de bloc opératoire. Chaque guide était structuré en grands thèmes (perception des AES, pratique de prévention, obstacles et facilitateurs à la déclaration, contexte organisationnel), avec des questions ouvertes et des relances non directives permettant d'explorer les expériences et représentations des participants sans orienter leurs réponses.

Modalité de recueil : les entretiens sont réalisés en présentiel (en tête à tête) ou en visioconférence selon la disponibilité et la préférence des participants.

Chaque entretien dure 30 à 45 minutes environ et, avant entretien, toutes les modalités de consentement éclairé et d'information sont données aux participants.

Les questions sont formulées de manière ouverte, permettant une exploration libre des réponses. Des relances préparées permettent d'approfondir certains points ou d'obtenir des exemples concrets sans orienter les réponses.

Les entretiens sont enregistrés en audio avec l'accord explicite du participant, puis retranscrits intégralement. Une anonymisation stricte est appliquée lors de la transcription : aucun nom, prénom, élément permettant d'identifier la personne n'apparaissant.

9.6 Données quantitatives.

9.6.1 Objectif.

La phase quantitative vise à :

- Décrire précisément les connaissances, attitudes, pratiques des infirmiers de bloc opératoire face aux AES, selon le modèle CAP.
- Estimer la prévalence des AES vécus au sein de la population étudiée et la proportion d'infirmiers ayant déclaré l'évènement.

- Evaluer la fréquence et la régularité du port des EPI et l'utilisation des dispositifs sécurisés.
- Mettre en évidence certaines associations entre variables.
- Fournir des données quantitatives permettant une interprétation lors de la discussion, en articulation avec les éléments qualitatifs recueillis.

9.6.2 Population et échantillonnage.

Population cible : l'ensemble des infirmiers travaillant dans les blocs opératoires du groupe HELORA, qu'ils soient instrumentistes, circulants ou polyvalents en salle. Sont inclus les infirmiers en contrat permanent, temps partiel ou temporaire.

Critère d'inclusion : Être Infirmier diplômé (bachelier, breveté, avec spécialité bloc opératoire), exerçant dans un des blocs opératoires du groupe HELORA, être en activité au moment de l'étude, ainsi qu'accepter de répondre au questionnaire.

Critère d'exclusion : étudiants, personnel temporaire (intérimaire) ou occasionnel, infirmiers exerçant hors bloc opératoire (salle de réveil, aide de salle, ...), infirmier perfusionniste, infirmier anesthésiste (rare en Belgique).

Echantillonnage : L'échantillonnage est de type "convenance par saturation volontaire".

Une invitation à participer est diffusée à tous les infirmiers de bloc opératoire via les adresses électroniques internes, et via affichage d'un QR code dans les services. Ces invitations à répondre seront diffusées dans l'ensemble du groupe, sans distinction de site pour permettre de capter la variabilité naturelle des pratiques. L'objectif est de réunir au moins 50 répondants pour permettre des analyses descriptives et exploratoires.

9.6.3 Outil de collecte des données.

L'outil de collecte des données quantitatives est un questionnaire auto-administré, anonyme, au format électronique (Microsoft Forms), accessible via un lien web et un QR code (Annexe 2 + 2bis). Il a été développé selon un processus itératif en trois étapes :

- Une première version construite à partir de la revue de la littérature et du cadre théorique (AES, CAP, HBM, TPB).

- Un enrichissement et un ajustement du contenu à la suite des entretiens exploratoires (vocabulaire employé, clarification de certains items, ajout de dimensions liées au contexte du bloc opératoire HELORA).
- Un pré-test auprès de quelques infirmiers de bloc n'ayant pas participé aux entretiens, afin de vérifier la compréhension, la clarté et la pertinence des questions.

Le questionnaire est structuré en six sections principales :

- Données socio-démographiques et professionnelles
- Formation et connaissances (AES, PPE, précautions standard)
- Contexte de travail (urgence, pression temporelle, moments perçus comme à risque)
- Attitudes et perception du risque
- Pratiques de prévention et de déclaration (AES vécus, port des EPI, utilisation des dispositifs sécurisés, sous-déclaration)
- Facteurs organisationnels et culturels (procédure, accessibilité des EPI, soutien managérial, culture de sécurité).

Il comprend majoritairement des questions fermées à choix multiples, des échelles de Likert en 5 points et quelques questions ouvertes courtes permettant de préciser certaines réponses.

Le score de connaissances (0 à 5 points) a été calculé à partir de cinq items binaires couvrant les agents transmissibles, la nécessité de déclarer, le délai PPE, la vaccination VHB et le premier geste post-exposition. Chaque bonne réponse vaut 1 point ; une réponse incorrecte ou « Je ne sais pas » vaut 0. Les items sont listés en annexe avec le questionnaire.

La durée moyenne de complétion observée est de l'ordre de 7 à 10 minutes, afin de limiter le risque d'abandon en cours de questionnaire.

Le questionnaire a été diffusé via les adresses e-mail professionnelles de groupe des infirmiers de bloc opératoire et par affichage d'un QR code dans les services. Le message d'invitation rappelait les objectifs de l'étude, la durée du questionnaire, l'anonymat des réponses et le caractère volontaire de la participation. Le consentement éclairé était recueilli en début de formulaire, par une question obligatoire "J'accepte librement de participer à cette étude", conditionnant l'accès au reste du questionnaire.

La période de collecte des données s'étend du 10 février 2026 au 31 mars 2026.

9.7 Analyse des données.

Les entretiens exploratoires n'ayant pas fait l'objet d'une analyse qualitative formelle, cette section décrit exclusivement le traitement des données quantitatives.

Les réponses au questionnaire ont été exportées depuis Microsoft Forms vers un fichier Excel, puis importées dans le logiciel SPSS pour l'analyse statistique. Un dictionnaire de données (codebook) a été établi, reprenant pour chaque variable son libellé, son type, ses modalités de réponse et le codage utilisé.

L'analyse quantitative comprend dans un premier temps des statistiques descriptives : fréquences et pourcentages pour les variables catégorielles (sexe, ancienneté au bloc, type de formation, etc.), moyennes et écarts-types ou médianes et intervalles interquartiles pour les variables continues ou ordinales, selon leur distribution. Conformément à la nature ordinale des échelles de Likert, la médiane a été retenue comme principale mesure de tendance centrale. La moyenne et l'écart-type sont également rapportés à titre indicatif afin de faciliter la comparaison avec la littérature existante, tout en gardant à l'esprit le caractère approximatif de ces statistiques sur des données ordinales. Ces analyses descriptives permettent de cerner le profil des répondants, leur niveau de connaissances, leurs attitudes, leurs pratiques de prévention et de déclaration, ainsi que leur perception des facteurs organisationnels.

Dans un second temps, des analyses bivariées exploratoires sont réalisées afin d'examiner certaines associations entre variables, en lien avec les objectifs de l'étude, par exemple la relation entre le niveau de connaissances sur les AES et la complétude de la déclaration, entre la perception du soutien de l'encadrement et les pratiques de signalement, ou encore entre la pression temporelle en situation d'urgence et la fréquence du port des EPI. Selon la nature des variables et les effectifs dans les tableaux de contingence, des tests du chi-deux de Pearson ou, si nécessaire, des tests exacts de Fisher sont utilisés pour comparer des proportions. Pour les comparaisons de score entre deux groupes, des tests de Mann-Whitney ou des corrélations de Spearman sont mobilisés en fonction de la nature et de la distribution des variables. Pour comparer plus de deux groupes indépendants, notamment afin d'examiner l'effet du moment de la dernière formation AES sur le score de connaissances, un test de Kruskal-Wallis a été utilisé.

Compte tenu de la taille de l'échantillon et du recours à un échantillonnage de convenance, ces analyses ont un caractère essentiellement descriptif et exploratoire. Les résultats des tests statistiques sont interprétés avec prudence, en privilégiant la mise en évidence de tendances et d'associations plausibles plutôt que des inférences généralisables à l'ensemble de la population infirmière hospitalière.

9.8 Limites de l'étude.

Cette étude présente plusieurs limites inhérentes à ses choix méthodologiques, qu'il convient de prendre en compte lors de l'interprétation des résultats.

Concernant la phase qualitative exploratoire, l'échantillon était volontairement restreint à trois participants (un conseiller en prévention et deux infirmiers de bloc opératoire), ce qui ne permet pas d'atteindre une saturation théorique des thèmes. Ces entretiens avaient pour fonction principale d'affiner le contenu et le langage du questionnaire plutôt que de produire des résultats généralisables, ils ne font donc pas l'objet d'une analyse dans le chapitre des résultats.

Concernant la phase quantitative, l'échantillonnage est de type non probabiliste, par invitation volontaire adressée à l'ensemble des infirmiers de bloc opératoire du groupe HELORA. Ce mode de recrutement expose à un biais de sélection, les répondants pouvant être davantage sensibilisés aux questions de sécurité ou plus motivés que les non-répondants. Le taux de participation, potentiellement affecté par la charge de travail et la saturation face aux enquêtes, peut également influencer la représentativité de l'échantillon. Ces éléments limitent la généralisation des résultats au-delà du contexte étudié.

Par ailleurs, les données reposent entièrement sur des déclarations auto-rapportées, exposées aux biais de désirabilité sociale, notamment la surestimation des bonnes pratiques, ainsi qu'aux biais de mémoire, en particulier pour les AES survenus anciennement.

Enfin, l'étude se déroule dans un contexte de fusion organisationnelle récente au sein du groupe HELORA, où l'harmonisation des protocoles et des ressources est encore partielle. Cette hétérogénéité entre sites constitue une source de variabilité supplémentaire, tout en offrant une diversité de situations qui enrichit la portée exploratoire de l'analyse.

10. Résultats :

10.1 Profil socio-démographique des répondants.

Au total, 67 infirmiers de bloc opératoire du groupe HELORA ont participé à cette étude. La répartition entre les sites est inégale, reflétant la taille variable des équipes selon les établissements.

Le site de Kennedy concentre la part la plus importante des répondants (n = 24 ; 35,8 %), suivi de Jolimont (n = 14 ; 20,9 %), Constantinople et Lobbes (n = 9 ; 13,4 %), Warquignies (n = 6 ; 9,0 %) et Nivelles (n = 5 ; 7,5 %). Le site de Tubize n'a enregistré aucune participation. Aucune valeur manquante n'a été observée sur l'ensemble des variables du questionnaire.

Sur le plan de l'âge, la tranche 30-39 ans est la plus représentée (n = 28 ; 41,8 %), suivie des 40-49 ans (n = 17 ; 25,4 %), des 50 ans et plus (n = 12 ; 17,9 %) et des 21-29 ans (n = 10 ; 14,9 %).

La population étudiée est à prédominance féminine (n = 46 ; 68,7 %), les hommes représentent 29,9 % de l'échantillon (n = 20) et un répondant ayant sélectionné la modalité "autre / préfère ne pas répondre" (1,5 %).

Concernant le diplôme, les infirmiers bacheliers constituent la majorité (n = 40 ; 59,7 %), suivis des infirmiers brevetés (n = 17 ; 25,4 %) et des infirmiers spécialisés en soins péri-opératoires (n = 10 ; 14,9 %).

L'ancienneté au bloc opératoire est globalement élevée : la moitié des répondants (n = 34 ; 50,7 %) déclare plus de 10 ans d'expérience, tandis que seulement 7,5 % (n = 5) ont moins de 2 ans d'ancienneté.

Sur le plan professionnel, 83,6 % des répondants exercent comme infirmiers circulants (n = 56) et 67,2 % comme instrumentistes (n = 45), ces deux fonctions n'étant pas mutuellement exclusives.

Les disciplines chirurgicales les plus représentées sont la chirurgie générale/digestive (n = 46 ; 68,7 %), l'urologie (n = 37 ; 55,2 %) et la chirurgie gynécologique/obstétrique (n = 30 ; 44,8 %).

Les caractéristiques complètes de l'échantillon figurent dans les tableaux 1 et 2.

Tableau 1. Caractéristiques socio-démographiques et professionnelles des répondants (n = 67)

Variable	Modalité	n	%
<i>Répartition par site</i>			
Institution	Jolimont	14	20,9
	Kennedy	24	35,8
	Constantinople	9	13,4
	Lobbès	9	13,4
	Warquignies	6	9,0
	Nivelles	5	7,5
<i>Données socio-démographiques</i>			
Tranche d'âge	21–29 ans	10	14,9
	30–39 ans	28	41,8
	40–49 ans	17	25,4
	50 ans ou plus	12	17,9
Sexe	Femme	46	68,7
	Homme	20	29,9
	Autre / préfère ne pas répondre	1	1,5
Diplôme infirmier	Infirmier breveté	17	25,4
	Infirmier bachelier	40	59,7

	Infirmier spécialisé péri-opératoire	10	14,9
<i>Ancienneté au bloc opératoire</i>			
Années d'expérience	0–2 ans	5	7,5
	3–5 ans	14	20,9
	6–10 ans	14	20,9
	Plus de 10 ans	34	50,7

Note. N = 67. Aucune valeur manquante. Le site de Tubize n'a enregistré aucune participation.

Tableau 2. Fonction(s) exercée(s) et discipline(s) principale(s) au bloc opératoire (réponses multiples, n = 67)

Variable / modalité	n (réponses)	% d'observations*
<i>Fonction(s) au bloc opératoire</i>		
Infirmier circulant	56	83,6 %
Infirmier instrumentiste	45	67,2 %
<i>Discipline(s) chirurgicale(s) principale(s)</i>		
Chirurgie générale / digestive	46	68,7 %
Urologie	37	55,2 %
Chirurgie gynécologique / obstétrique	30	44,8 %
Chirurgie orthopédique / traumatologique	26	38,8 %

ORL / maxillo-facial / stomatologie	22	32,8 %
Ophtalmologie	14	20,9 %
Chirurgie cardiaque / vasculaire / thoracique	12	17,9 %
Neurochirurgie	10	14,9 %
Autre spécialité	5	7,5 %

*Note. * Pourcentages calculés sur N = 67. Les totaux dépassent 100 % (réponses multiples possibles).*

10.2 Formation et connaissances relatives aux AES.

10.2.1 Formation reçue sur les AES.

La majorité des répondants (n = 40 ; 59,7 %) déclare avoir reçu une formation sur les AES uniquement durant ses études initiales. Un quart de l'échantillon (n = 17 ; 25,4 %) indique n'avoir jamais bénéficié d'aucune formation à ce sujet. Seuls 7,5 % (n = 5) rapportent avoir reçu une formation au cours des trois dernières années, et 14,9 % (n = 10) ont été formés uniquement après leur entrée en fonction.

Ces catégories ne sont pas mutuellement exclusives, les répondants pouvant avoir coché plusieurs réponses.

Concernant le format de recyclage souhaité, les affiches et rappels visuels au bloc sont plébiscités par 62,7 % des répondants (n = 42), suivis des modules e-learning (n = 29 ; 43,3 %), des réunions en présentiel courtes (n = 18 ; 26,9 %) et des simulations (n = 10 ; 14,9 %)

Tableau 3. Formation reçue sur les AES et formats de recyclage souhaités (réponses multiples, n = 67)

Variable / modalité	n (réponses)	% d'observations*
<i>Type de formation AES reçue (choix multiples)</i>		
Pendant les études	40	59,7 %
Jamais reçue	17	25,4 %
Uniquement après entrée en fonction	10	14,9 %
Au cours des 3 dernières années	5	7,5 %
<i>Format de recyclage souhaité (choix multiples)</i>		
Affiches / rappels visuels au bloc	42	62,7 %
Module e-learning	29	43,3 %
Réunion en présentiel courte	18	26,9 %
Simulation / mise en situation	10	14,9 %

Note. * Pourcentages calculés sur N = 67. Les totaux dépassent 100 % (réponses multiples possibles).

10.2.2 Accessibilité de la procédure AES et précautions standard.

La procédure institutionnelle AES est déclarée clairement affichée et lisible par seulement 16,4 % des répondants (n = 11). Elle est jugée présente mais incomplète ou peu lisible par 7,5 % (n = 5), absente par 46,3 % (n = 31) et inconnue par 29,9 % (n = 20).

Concernant l'abord des précautions standard dans la pratique quotidienne, 10,4 % des répondants indiquent qu'elles ne sont jamais abordées (n = 7), 41,8 % qu'elles le sont parfois (n = 28), 23,9 % souvent (n = 16) et 23,9 % toujours (n = 16).

Tableau 4. Accessibilité de la procédure AES et abord des précautions standard (n = 67)

Variable	Modalité	n	%
Procédure AES affichée et accessible dans le service	Oui, clairement affichée et lisible	11	16,4
	Oui, mais incomplète / peu lisible	5	7,5
	Non, pas affichée	31	46,3
	Je ne sais pas	20	29,9
Précautions standard abordées régulièrement en pratique	Jamais	7	10,4
	Parfois	28	41,8
	Souvent	16	23,9
	Toujours	16	23,9

Note. N = 67. Aucune valeur manquante.

10.2.3 Connaissances relatives aux AES.

Le score de connaissances global sur les AES, calculé sur 5 points à partir des cinq questions de connaissance, s'établit à une moyenne de 3,54 (écart-type = 1,05 ; minimum = 0 ; maximum = 5).

Concernant la connaissance de la conduite à tenir en cas d'AES, 35,8 % des répondants déclarent la maîtriser entièrement (n = 24), 49,3 % partiellement (n = 33), 13,4 % expriment une incertitude (n = 9) et 1,5 % déclarent ne pas la connaître (n = 1).

Pour le délai de prophylaxie post-exposition (PPE), 47,8 % citent un délai inférieur à 24 heures (n = 32), 28,4 % le délai correct inférieur à 72 heures (n = 19) et 23,9 % déclarent ne pas connaître ce délai (n = 16).

Tableau 5. Connaissances relatives aux AES (n = 67)

Variable	Modalité	n	%
Score de connaissances /5	Moyenne ± écart-type	3,54 ± 1,05	
	Minimum – Maximum	0 – 5	
Connaissance de la conduite à tenir en cas d'AES	Non	1	1,5
	Pas sûr(e)	9	13,4
	Oui, partiellement	33	49,3
	Oui, entièrement	24	35,8
Connaissance du délai maximum pour débiter la PPE	< 24 heures (incorrect)	32	47,8
	< 72 heures (correct)	19	28,4
	Je ne sais pas	16	23,9

Note. N = 67. Aucune valeur manquante. La réponse correcte pour le délai PPE est < 72 heures (recommandations CSS belge).

10.3 Contexte de travail : stress, urgence et perception du risque.

Ce bloc de questions explorait la perception des infirmiers quant à l'influence du contexte de travail sur leur capacité à appliquer les précautions de sécurité.

Les trois items ont été mesurés sur une échelle de Likert en 5 points (1 = Tout à fait en désaccord ; 5 = Tout à fait d'accord). Les résultats sont présentés dans le tableau 6.

S'agissant de la pression ressentie lors d'interventions longues et complexes, 41,7 % des répondants se déclarent plutôt ou tout à fait d'accord avec le fait que cette pression limite leur

vigilance sur les précautions de sécurité (médiane = 3), tandis que 32,8 % expriment un désaccord et 25,4 % se positionnent de façon neutre.

Concernant la tendance à privilégier la rapidité au détriment du respect des procédures en situation d'urgence, 58,2 % des répondants se déclarent plutôt ou tout à fait d'accord (médiane = 4), contre 31,3 % en désaccord.

Enfin, 46,3 % des répondants perçoivent la phase de fin d'intervention (rangement, comptage, ...) comme des moments à risque accru d'AES (médiane = 3), tandis que 31,3 % expriment un désaccord.

Tableau 6. Perception de l'influence du contexte de travail sur les comportements de sécurité — Bloc 3 (n = 67)

Item	Tout à fait en désaccord (1)	Plutôt en désaccord (2)	Neutre (3)	Plutôt d'accord (4)	Tout à fait d'accord (5)	Médiane	Moyenne ± ET
Interventions longues/complexes : pression limitant la vigilance sur les précautions	7 (10,4 %)	15 (22,4 %)	17 (25,4 %)	21 (31,3 %)	7 (10,4 %)	3	3,09 ± 1,18
En urgence : tendance à privilégier la rapidité au respect des procédures (EPI)	7 (10,4 %)	14 (20,9 %)	7 (10,4 %)	28 (41,8 %)	11 (16,4 %)	4	3,33 ± 1,27
Fin d'intervention (rangement, comptage) :	2 (3,0 %)	19 (28,4 %)	15 (22,4 %)	20 (29,9 %)	11 (16,4 %)	3	3,28 ± 1,14

moment perçu à risque d'AES							
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

Note. N = 67. Aucune valeur manquante. Échelle de Likert : 1 = Tout à fait en désaccord ; 5 = Tout à fait d'accord. Les cellules indiquent n (%). La médiane est présentée comme mesure de tendance centrale, conformément au niveau de mesure ordinal des variables, la moyenne et l'écart-type sont rapportés à titre indicatif pour permettre les analyses corrélationnelles.

10.4 Attitude, perception du risque et auto-efficacité.

Ce bloc du questionnaire explorait les attitudes des infirmiers face aux AES à travers six items portant respectivement sur la susceptibilité perçue, la gravité perçue, l'auto-efficacité, la minimisation du risque liée aux piqûres mineures, la banalisation des AES et la perception de l'utilité de la déclaration. Les résultats sont présentés dans le tableau 7.

La grande majorité des répondants (79,1 % ; n = 53) se déclarent plutôt ou tout à fait d'accord avec le fait d'être personnellement exposés aux risques d'AES au bloc opératoire (médiane = 4).

La gravité perçue des conséquences d'un AES est également largement reconnue, avec 88,1 % des répondants en accord ou tout à fait en accord (médiane = 4).

De même, 77,6 % des répondants se déclarent capables d'appliquer correctement les mesures de prévention (médiane = 4), témoignant d'un niveau d'auto-efficacité perçue élevé.

À l'inverse, 82,1 % des répondants se déclarent en désaccord avec l'idée qu'une piqûre superficielle ou mineure n'expose pas à un risque infectieux grave (médiane = 1), ce qui reflète une bonne conscience du risque associé aux blessures apparemment bénignes.

La banalisation des AES comme "risque normal du métier" est majoritairement rejetée par l'échantillon, avec 71,7 % en désaccord (médiane = 2).

Enfin, l'utilité de la déclaration d'un AES est très largement reconnue : 91,1 % des répondants se déclarent tout à fait d'accord avec cette affirmation (médiane = 5), ce qui constitue le résultat le plus tranché du bloc.

Tableau 7. Attitudes, perceptions du risque et auto-efficacité — Bloc 4 (n = 67)

Item	Tout à fait en désaccord (1)	Plutôt en désaccord (2)	Neutre (3)	Plutôt d'accord (4)	Tout à fait d'accord (5)	Médiane	Moyenne ± ET
Sentiment d'être personnellement exposé au risque d'AES au bloc	—	4 (6,0 %)	10 (14,9 %)	25 (37,3 %)	28 (41,8 %)	4	4,15 ± 0,89
Conséquences d'un AES perçues comme graves	—	1 (1,5 %)	7 (10,4 %)	32 (47,8 %)	27 (40,3 %)	4	4,27 ± 0,71
Sentiment d'être capable d'appliquer correctement les mesures de prévention	—	7 (10,4 %)	8 (11,9 %)	30 (44,8 %)	22 (32,8 %)	4	4,00 ± 0,94
Une piqûre superficielle/mineure n'expose pas à un risque infectieux grave	34 (50,7 %)	21 (31,3 %)	5 (7,5 %)	7 (10,4 %)	—	1	1,78 ± 0,98
Un AES est une banalité du métier / risque normal du bloc	29 (43,3 %)	19 (28,4 %)	12 (17,9 %)	6 (9,0 %)	1 (1,5 %)	2	1,97 ± 1,06
Déclarer un AES est utile (pour ma santé	3 (4,5 %)	—	3 (4,5 %)	16 (23,9 %)	45 (67,2 %)	5	4,49 ± 0,94

et la prévention du service)							
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

Note. N = 67. Aucune valeur manquante. Échelle de Likert : 1 = Tout à fait en désaccord ; 5 = Tout à fait d'accord. Les cellules indiquent n (%). La médiane est présentée comme mesure de tendance centrale, conformément au niveau de mesure ordinal des variables, la moyenne et l'écart-type sont rapportés à titre indicatif. Pour les items à polarité négative (piqûre mineure, banalisation), une médiane basse indique un désaccord avec l'affirmation, donc une bonne perception du risque.

10.5 Pratiques effectives, AES vécus et déclaration.

Ce bloc constitue le cœur de l'analyse empirique. Il explore la prévalence des AES subis au cours de la carrière, le contexte d'exposition, les pratiques de déclaration et leurs déterminants, ainsi que les pratiques de port des EPI et d'utilisation des dispositifs sécurisés.

10.5.1 Prévalence des AES et pratique de déclaration.

Sur les 67 répondants, 62,7 % (n = 42) déclarent avoir déjà été victimes d'un AES au cours de leur carrière au bloc opératoire. Parmi eux, la majorité a subi 2 à 3 accidents (n = 23 ; 54,8 % des victimes), tandis que 26,2 % (n = 11) en ont subi un seul, 11,9 % (n = 5) plus de 5 et 7,1 % (n = 3) entre 4 et 5.

Concernant le contexte d'exposition, les AES sont survenus principalement pendant un geste opératoire (suture, incision, ...) pour 78,6 % des victimes (n = 33), suivi de la fin d'intervention/rangement (38,1 % ; n = 16), du nettoyage/évacuation du matériel (31,0% ; n = 13) et des gestes hors salle (21,4 % ; n = 9).

Les pratiques de déclaration révèlent une sous-déclaration notable : parmi les 42 répondants ayant vécu au moins un AES, 47,6 % (n = 20) déclarent avoir déclaré tous leurs accidents, tandis que 40,5 % (n = 17) reconnaissent que certains n'ont pas été déclarés, 9,5 % (n = 4) n'en ont déclaré aucun et 2,4 % (n = 1) ne s'en souvient pas.

Parmi les 22 répondants n'ayant pas déclaré la totalité de leurs AES, 21 ont pu préciser les raisons de leur non-déclaration ; le 22^e (codé "ne se souvient plus") ne disposait pas de souvenir précis permettant de documenter ces raisons. Les raisons exprimées par ces 21 non-déclarants (31,3 % de l'échantillon total) sont dominées par la blessure jugée superficielle ou mineure (81,0 % ; n = 17), le manque de temps/charge de travail et la procédure jugée trop complexe (57,1 % chacun ; n = 12), et le patient source considéré comme sain (42,9 % ; n =

9). La méconnaissance de la procédure est citée par 14,3 % (n = 3), et des raisons plus rares telles que la crainte de jugement ou la perception d'inutilité de la déclaration sont également évoquées (4,8 % chacune).

Tableau 8. AES vécus, contextes d'exposition et pratiques de déclaration (n = 67 sauf indication)

Variable	Modalité	n	%
<i>Prévalence des AES</i>			
A déjà été victime d'un AES au bloc	Oui	42	62,7
	Non	24	35,8
	Préfère ne pas répondre	1	1,5
Nombre d'AES subis (n = 42)	1	11	26,2 %*
	2 à 3	23	54,8 %*
	4 à 5	3	7,1 %*
	Plus de 5	5	11,9 %*
<i>Déclaration des AES (n = 42)</i>			
Déclaration de tous les AES subis	Oui, tous déclarés	20	47,6 %*
	Certains non déclarés	17	40,5 %*
	Aucun déclaré	4	9,5 %*
	Ne se souvient plus	1	2,4 %*

Note. * Pourcentages calculés sur n = 42 répondants ayant déclaré au moins un AES.

Tableau 9. Contextes d'exposition et raisons de non-déclaration (réponses multiples)

Variable / modalité	n (réponses)	% d'observations*
<i>Contexte(s) de l'AES (n = 42 victimes)</i>		
Pendant un geste opératoire (suture, incision...)	33	78,6 %
En fin d'intervention / lors du rangement	16	38,1 %
Lors du nettoyage / évacuation du matériel	13	31,0 %
Lors de gestes hors salle (perfusion, injection...)	9	21,4 %
<i>Raisons de non-déclaration (n = 21 non-déclarants)</i>		
Blessure jugée superficielle ou mineure	17	81,0 %
Manque de temps / charge de travail	12	57,1 %
Procédure de déclaration trop complexe	12	57,1 %
Patient source considéré comme sain	9	42,9 %
Méconnaissance de la procédure	3	14,3 %
Crainte de jugement ou de stigmatisation	1	4,8 %
Sentiment que la déclaration est inutile	1	4,8 %

*Note. * Pourcentages calculés sur le sous-groupe des 21 non-déclarants ayant pu documenter les raisons de leur non-déclaration (le 22^e non-déclarant, codé "ne se souvient plus", est exclu de ce sous-total). Les totaux dépassent 100 % (réponses multiples possibles).*

10.5.2 Pratiques de port des EPI et d'utilisation des dispositifs sécurisés.

Le port des EPI (gants, masque, lunettes/visière) lors des interventions est déclaré comme fréquent par la majorité des répondants : 44,8 % rapportent les porter souvent et 32,8 % toujours, soit 77,6 % déclarant un port régulier à systématique (médiane = 4). Seuls 3,0 % déclarent ne jamais ou rarement en porter.

Concernant l'utilisation des dispositifs sécurisés, 74,6 % déclarent les utiliser souvent (43,3 %) ou toujours (31,3 %) lorsqu'ils sont disponibles (médiane = 4). Par ailleurs, la disponibilité du matériel de protection est perçue comme satisfaisante par 71,7 % des répondants (souvent : 41,8 % ; toujours : 29,9 %) (médiane = 4).

Enfin, 50,8 % des répondants reconnaissent oublier parfois ou souvent certaines précautions lorsqu'ils sont pressés ou stressés (plutôt d'accord 47,8 % ; tout à fait d'accord : 3,0 %).

Tableau 10. Pratiques de port des EPI, utilisation des dispositifs sécurisés et oubli sous pression (n = 67)

Item	Jamais (1)	Rarement (2)	Parfois (3)	Souvent (4)	Toujours (5)	Médiane	Moyenne ± ET
Port des EPI lors des interventions	/	2 (3,0 %)	13 (19,4 %)	30 (44,8 %)	22 (32,8 %)	4	4,07 ± 0,80
Utilisation des dispositifs sécurisés disponibles	9 (13,4 %)	2 (3,0 %)	6 (9,0 %)	29 (43,3 %)	21 (31,3 %)	4	3,76 ± 1,30
Disponibilité du matériel de protection	2 (3,0 %)	6 (9,0 %)	11 (16,4 %)	28 (41,8 %)	20 (29,9 %)	4	3,87 ± 1,04

Note. N = 67. Aucune valeur manquante. Les cellules indiquent n (%). La médiane est présentée comme mesure de tendance centrale conformément au niveau de mesure ordinal des variables ; la moyenne et l'écart-type sont rapportés à titre indicatif.

Tableau 11. Oubli des précautions sous pression ou stress — item Likert (n = 67)

Item	Tout à fait en désaccord (1)	Plutôt en désaccord (2)	Neutre (3)	Plutôt d'accord (4)	Tout à fait d'accord (5)	Médiane	Moyenne ± ET
Il m'arrive d'oublier certaines précautions quand je suis pressé(e) ou stressé(e)	5 (7,5 %)	19 (28,4 %)	9 (13,4 %)	32 (47,8 %)	2 (3,0 %)	4	3,10 ± 1,09

Note. N = 67. Aucune valeur manquante. Échelle de Likert : 1 = Tout à fait en désaccord ; 5 = Tout à fait d'accord. Les cellules indiquent n (%). La médiane est présentée comme mesure de tendance centrale conformément au niveau de mesure ordinal des variables ; la moyenne et l'écart-type sont rapportés à titre indicatif pour permettre les analyses corrélationnelles.

10.6 Facteurs organisationnels, culture professionnelle et soutien.

Le dernier bloc explorait la perception des infirmiers quant aux facteurs organisationnels et culturels susceptibles d'influencer leur comportement face aux AES : charge de travail, soutien de l'encadrement, culture de sécurité, influence des pairs, confiance dans le système de déclaration et accessibilité du formulaire. Une question portait également sur l'estimation subjective du taux de déclaration des AES dans le service.

La charge de travail est perçue comme un frein relatif à l'application des mesures de prévention par une partie des répondants : 46,3 % se déclarent plutôt ou tout à fait d'accord avec le fait que leur charge de travail leur permet d'appliquer correctement les mesures de prévention (médiane = 3), tandis que 19,4 % expriment un désaccord.

Le soutien de l'encadrement pour signaler les AES est perçu positivement par les 67,1 % des répondants (médiane = 4).

La liberté de parole au sein de l'équipe concernant les AES est rapportée à 59,7 % des répondants (médiane = 4).

La perception de la valorisation de la déclaration par les pairs expérimentés est modérément partagée, 44,8 % des répondants se déclarent plutôt ou tout à fait d'accord avec le fait que les infirmiers expérimentés de leur service valorisent la déclaration des AES et encouragent les plus jeunes à adopter cette pratique (médiane = 3).

La confiance dans le fait que la déclaration n'aura pas de conséquences négatives est très largement exprimée, 92,6 % des répondants se déclarent plutôt ou tout à fait d'accord (médiane = 5).

Enfin l'accessibilité du questionnaire de signalement est perçue comme insuffisante par 40,3 % des répondants qui expriment un désaccord à cet égard (médiane = 3).

Concernant l'estimation subjective du taux de déclaration effectif des AES dans leur service, 32,8 % des répondants estiment que moins de 25 % des AES sont déclarés, et 37,3 % estiment ce taux entre 26 et 50 %. Au total 70,1 % de l'échantillon considèrent que moins de la moitié des AES font l'objet d'une déclaration officielle.

Tableau 12. Facteurs organisationnels, culture professionnelle et soutien — Bloc 6 (n = 67)

Item	Tout à fait en désaccord (1)	Plutôt en désaccord (2)	Neutre (3)	Plutôt d'accord (4)	Tout à fait d'accord (5)	Médiane	Moyenne ± ET
Ma charge de travail me permet d'appliquer correctement les	4 (6,0 %)	9 (13,4 %)	23 (34,3 %)	28 (41,8 %)	3 (4,5 %)	3	3,25 ± 0,96

mesures de prévention							
Je reçois du soutien de mon encadrement pour signaler les AES	5 (7,5 %)	1 (1,5 %)	16 (23,9 %)	24 (35,8 %)	21 (31,3 %)	4	3,82 ± 1,13
Dans mon équipe, on parle ouvertement des AES sans crainte de jugement	3 (4,5 %)	2 (3,0 %)	22 (32,8 %)	26 (38,8 %)	14 (20,9 %)	4	3,69 ± 0,99
Les infirmiers expérimentés valorisent l'importance de déclarer les AES	5 (7,5 %)	6 (9,0 %)	26 (38,8 %)	18 (26,9 %)	12 (17,9 %)	3	3,39 ± 1,11
J'ai confiance que déclarer un AES n'aura pas de conséquences négatives	1 (1,5 %)	2 (3,0 %)	2 (3,0 %)	18 (26,9 %)	44 (65,7 %)	5	4,52 ± 0,82
Le signalement est facilité par un formulaire clair et accessible	3 (4,5 %)	24 (35,8 %)	21 (31,3 %)	7 (10,4 %)	12 (17,9 %)	3	3,01 ± 1,17

Note. N = 67. Aucune valeur manquante. Échelle de Likert : 1 = Tout à fait en désaccord ; 5 = Tout à fait d'accord. Les cellules indiquent n (%). La médiane est présentée comme mesure de tendance centrale conformément au niveau de mesure ordinal des variables ; la moyenne et l'écart-type sont rapportés à titre indicatif pour permettre les analyses corrélationnelles.

Tableau 13. Estimation subjective du taux de déclaration des AES dans le service (n = 67)

Variable	Modalité	n	%
Proportion des AES effectivement déclarés selon les répondants	0–25 %	22	32,8
	26–50 %	25	37,3
	51–75 %	12	17,9
	76–100 %	2	3,0
	Je ne sais pas	6	9,0

Note. N = 67. Aucune valeur manquante.

10.7 Analyses bivariées exploratoires.

Cinq analyses bivariées exploratoires ont été réalisées afin d'examiner certaines associations entre variables, en lien avec la question de recherche. Les quatre premières portent sur les déterminants de la déclaration et du port des EPI. La cinquième porte spécifiquement sur l'effet de la formation reçue sur le niveau de connaissances (cf. section 10.7.5).

Compte tenu de la taille de l'échantillon (N = 67 ; sous-groupe de victimes d'AES : n = 42) et de l'échantillonnage de convenance, ces analyses ont un caractère exploratoire et aucun ajustement pour comparaisons multiples n'a été appliqué. Les résultats sont donc interprétés avec prudence, sans inférence causale.

Le seuil de significativité retenu est $p < 0,05$.

Pour le test de Mann-Whitney, la taille d'effet est calculée selon la formule " $r = |Z| / \sqrt{N}$ ".

Le tableau 14 présente une synthèse des quatre premières analyses, la cinquième est détaillée à la section 10.7.5.

Tableau 14. Synthèse des analyses bivariées exploratoires

Analyse	Test	Statistique	p	Taille d'effet	Conclusion
Score de connaissances /5 × Déclaration complète des AES	Mann-Whitney	U = 129,5 ; Z = -2,39	0,017	r ≈ 0,37 (modéré)	Significatif — association positive
Soutien de l'encadrement × Déclaration complète des AES	Mann-Whitney	U = 96,0 ; Z = -3,30	< 0,001	r ≈ 0,51 (modéré à fort)	Hautement significatif — association positive
Pression urgence/rapidité × Fréquence port des EPI	Spearman	rho = -0,308	0,011	rho = -0,31 (faible à modéré)	Significatif — corrélation négative
Ancienneté (≤5 ans vs >5 ans) × Déclaration complète des AES	Chi-deux / Fisher	$\chi^2 = 1,909$; Fisher p = 0,229	0,167	—	Non significatif

Note. Analyses 1, 2 et 4 : sous-groupe victimes d'AES (n = 42). Analyse 3 (Spearman) : ensemble de l'échantillon (N = 67). La variable AESDeclTous_bin est un recodage binaire : 1 = déclaration complète (tous les AES déclarés) ; 0 = sous-déclaration (certains non déclarés + aucun déclaré + ne se souvient plus). Aucune correction pour comparaisons multiples appliquée - analyses exploratoires. Seuil de significativité : p < 0,05.

10.7.1 Score de connaissances sur les AES et déclaration.

Une analyse comparative du score global de connaissances sur les AES (sur 5 points) a été réalisée entre les infirmiers ayant déclaré l'ensemble de leurs accidents (n = 20) et ceux présentant une sous-déclaration (n = 22), au moyen d'un test de Mann-Whitney. Les résultats indiquent un rang moyen de 26,0 dans le groupe déclarant systématiquement leurs AES, contre 17,4 dans le groupe présentant une sous-déclaration (U = 129,5 ; Z = -2,39 ; p = 0,017 ; r ≈ 0,37). Cette différence est statistiquement significative, avec une taille d'effet modérée, et

suggère une association positive entre le niveau de connaissances et la complétude de la déclaration des AES.

10.7.2 Perception du soutien de l'encadrement et déclaration.

Une analyse comparative de la perception du soutien de l'encadrement pour signaler les AES a été réalisée entre les infirmiers ayant déclaré l'ensemble de leurs accidents ($n = 20$) et ceux présentant une sous-déclaration ($n = 22$), au moyen d'un test de Mann-Whitney. Les résultats indiquent un rang moyen de 27,7 dans le groupe déclarant systématiquement leurs AES, contre 15,9 dans le groupe présentant une sous-déclaration ($U = 96,0$; $Z = -3,30$; $p < 0,001$; $r \approx 0,51$). Cette différence est hautement significative, avec une taille d'effet modérée à forte, et suggère une association positive entre la perception du soutien managérial et la complétude de la déclaration des AES.

10.7.3 Pression temporelle en urgence et fréquence du port des EPI.

Une corrélation de Spearman a été calculée entre la tendance déclarée à privilégier la rapidité au détriment des procédures de sécurité en situation d'urgence et la fréquence du port des EPI lors des interventions ($N = 67$). Les résultats indiquent une corrélation négative faible à modérée, statistiquement significative ($\rho = -0,308$; $p = 0,011$). Cette association suggère que les infirmiers qui déclarent davantage sacrifier les procédures de sécurité en situation d'urgence tendent à porter moins fréquemment leurs EPI lors des interventions.

10.7.4 Ancienneté au bloc opératoire et déclaration des AES.

L'association entre l'ancienneté au bloc opératoire et la complétude de la déclaration des AES a été examinée au moyen d'un test du chi-deux de Pearson, après regroupement de l'ancienneté en deux catégories (≤ 5 ans vs > 5 ans), sur le sous-groupe des victimes d'AES ($n = 42$). Les taux de sous-déclaration observés sont de 28,6 % chez les infirmiers ayant cinq ans d'expérience ou moins ($n = 7$), contre 57,1 % chez ceux ayant plus de cinq ans d'expérience ($n = 35$), soit un odds ratio non ajusté de 3,33 (IC 95 % : 0,57–19,59). Toutefois, cette différence n'atteint pas le seuil de significativité statistique ($\chi^2 = 1,909$; $df = 1$; $p = 0,167$; test exact de Fisher : $p = 0,229$), et l'intervalle de confiance très large reflète l'incertitude liée aux faibles effectifs. 50 % des cellules présentent un effectif théorique inférieur à 5, ce qui limite la fiabilité du test. Aucune association statistiquement significative entre l'ancienneté et la déclaration des AES ne peut donc être retenue dans le cadre de cette étude, bien que la tendance observée soit cliniquement plausible.

Tableau 15. Tableau croisé : ancienneté au bloc (≤ 5 ans vs > 5 ans) $\times$ déclaration complète des AES (n = 42)

Ancienneté	Sous-déclaration (0)		Déclaration complète (1)		Total
	n	%	n	%	
≤ 5 ans	2	28,6 %	5	71,4 %	7
> 5 ans	20	57,1 %	15	42,9 %	35
Total	22	52,4 %	20	47,6 %	42

Note. $\chi^2 = 1,909$ ($df = 1$; $p = 0,167$) ; test exact de Fisher : $p = 0,229$. 50 % des cellules ont un effectif théorique < 5 . Résultat non significatif au seuil $p < 0,05$.

10.7.5 Effet de la formation reçue sur le score de connaissances.

Une cinquième analyse bivariable a porté sur la relation entre la formation reçue sur les AES et le niveau de connaissances. Compte tenu du caractère ordinal de la variable « moment de la dernière formation » (jamais formé, études uniquement, après entrée en fonction, formation récente de moins de trois ans), trois tests complémentaires ont été conduits : un test de Mann-Whitney comparant les formés (n = 50) aux non formés (n = 17), un test de Kruskal-Wallis comparant les quatre catégories de moment de formation, et une corrélation de Spearman entre la récurrence de la formation et le score global de connaissances.

Aucun des trois tests n'atteint le seuil de significativité statistique (respectivement $p = 0,292$; $p = 0,487$; $p = 0,342$). Une tendance descriptive cohérente est néanmoins observable. Les infirmiers ayant bénéficié d'une formation récente (moins de trois ans, n = 5) présentent le rang moyen de score de connaissances le plus élevé (43,10), supérieur à celui des personnes formées pendant leurs études uniquement (35,46), après leur entrée en fonction (31,35) ou jamais formées (29,88). La faible taille du groupe « formation récente » (n = 5) limite toutefois la puissance des analyses, point repris dans la section Limites.

Tableau 16. Synthèse des analyses bivariées exploratoires sur l'effet de la formation

Analyse	Test	Statistique	p	Taille d'effet	Conclusion
Score de connaissances × Statut de formation (formés vs non formés)	Mann-Whitney	$U = 355,0$; $Z = -1,054$	0,292	$r \approx 0,13$ (faible)	Non significatif
Score de connaissances × Moment de la formation (4 groupes)	Kruskal-Wallis	$H = 2,434$; $df = 3$	0,487	—	Non significatif
Récence de la formation × Score de connaissances	Spearman	$\rho = 0,118$	0,342	$\rho = 0,12$ (faible)	Non significatif

Note. Pour le test de Mann-Whitney, la taille d'effet calculée selon $r = |Z| / \sqrt{N}$ donne $r \approx 0,13$ (faible). Aucune correction pour comparaisons multiples appliquée (analyses exploratoires). Seuil de significativité : $p < 0,05$.

11. Discussion :

11.1 Rappel des principaux résultats.

Cette étude avait pour objectif d'explorer les déterminants des comportements face aux AES chez les infirmiers de bloc opératoire du groupe HELORA. Les données recueillies auprès de 67 répondants permettent de dresser un tableau nuancé de la situation, articulé autour de quatre grands constats.

Le premier est le déficit de formation continue : un quart des répondants (25,4 %) n'ont jamais reçu de formation sur les AES, et moins d'un sur dix (7,5 %) en a bénéficié au cours des trois dernières années. Ce déficit touche une population pourtant expérimentée, ce qui signifie que pour de nombreux professionnels, les connaissances acquises en formation initiale n'ont jamais été actualisées.

Deuxième constat concerne la prévalence des AES et la sous-déclaration. 62,7 % des répondants ($n = 42$) déclarent avoir déjà vécu au moins un AES au cours de leur carrière. Parmi eux, 52,4 % n'ont pas déclaré la totalité de leurs accidents. Ces chiffres, à eux seuls, illustrent l'ampleur du phénomène que cette étude cherche à comprendre. La procédure post-

exposition est accessible via le système documentaire en ligne du groupe, mais reste peu visible dans le quotidien des équipes.

Troisième constat, et sans doute le plus frappant : malgré des attitudes favorables à la déclaration et une reconnaissance de l'utilité à 91,1 %, plus de la moitié des victimes d'AES n'a pas signalé tous leurs accidents.

Enfin, les analyses bivariées montrent que deux facteurs sont significativement liés à une déclaration complète des AES, le niveau de connaissances ($U = 129,5$; $p = 0,017$; $r \approx 0,37$) et le soutien perçu de l'encadrement ($U = 96,0$; $p < 0,001$; $r \approx 0,51$). Une corrélation négative significative est également observée entre la pression temporelle en urgence et le port des EPI ($\rho = -0,308$; $p = 0,011$). Ces résultats fournissent des pistes d'action concrètes, discutées dans les sections qui suivent.

11.2 Profil de l'échantillon.

Avant d'entrer dans l'interprétation des résultats, il paraît utile de s'arrêter un instant sur le profil des répondants, dans la mesure où certaines de leurs caractéristiques expliquent directement les résultats obtenus.

Les 67 infirmiers participants sont répartis sur six des sept sites du groupe HELORA.

Kennedy représente à lui seul 35,8 % de l'échantillon, une surreprésentation qui s'explique en partie par le fait que j'y travaille, ce qui a facilité la diffusion et l'accessibilité du questionnaire sur ce site, a contrario des autres sites qui ont demandé des intermédiaires supplémentaires pour les relances.

Le site de Tubize est totalement absent et les sites de Nivelles (7,5 %) et de Warquignies (9,0 %) restent peu représentés.

Cette inégalité est due aux tailles respectives des équipes présentes dans chacun des blocs et doit donc être gardée en tête lors de l'interprétation des résultats.

Sur le plan démographique, l'échantillonnage est à prédominance féminine (68,7 %), ce qui correspond à la composition habituelle des équipes infirmières en Belgique.

Les 30-39 ans sont la tranche d'âge la plus représentée (41,8 %), et les Bacheliers constituent la majorité (59,7 %).

Ces caractéristiques semblent compatibles avec le profil habituel des infirmiers de bloc opératoire en Belgique francophone, sans que la représentativité puisse être garantie compte tenu du recrutement volontaire et des participations inégales entre sites.

Ce qui frappe davantage, c'est le niveau d'expérience de l'échantillon, la moitié des répondants ont plus de 10 ans d'ancienneté au bloc. Pour beaucoup d'entre eux, la dernière formation sur les AES remonte donc aux années de cursus, sans qu'aucun recyclage n'ait été proposé depuis. Ce profil expérimenté est aussi celui qui, dans la littérature, tend à développer une certaine banalisation du risque. Les données de cette étude vont dans ce sens, 57,1 % de sous-déclaration chez les infirmiers de plus de 5 ans d'expérience contre 28,6 % chez les moins expérimentés, sans toutefois atteindre le seuil de significativité statistique, vraisemblablement en raison des faibles effectifs du sous-groupe.

La polyvalence professionnelle est également notable. 83,6 % des répondants exercent comme circulant et 67,2 % comme instrumentiste, ces deux fonctions n'étant pas mutuellement exclusives.

La diversité des disciplines pratiquées renforce ce constat, cette polyvalence est une réalité des blocs belges, et elle implique que les professionnels doivent sans cesse adapter leurs réflexes de prévention à des situations très différentes ce qui peut rendre plus difficile l'application systématique et uniforme des mesures de sécurité.

11.3 Un niveau de formation insuffisant et des connaissances inégales.

Le manque de formation continue sur les AES est l'un des résultats les plus clairs de cette étude.

La majorité des répondants (59,7 %) n'ont été formés qu'au moment de leurs études initiales, sans mise à jour depuis lors. Pour un quart, les répondants (25,4 %) déclarent n'avoir jamais été formés sur le sujet. Dans une population aussi expérimentée (la moitié avec plus de 10 ans d'ancienneté au bloc) cela signifie que les connaissances de départ remontent, pour beaucoup à très longtemps.

Ce constat prend tout son sens dans le cadre du modèle CAP, les connaissances sont supposées nourrir l'attitude, qui elle-même guide les pratiques. Le score moyen de connaissances obtenu dans cette étude est de 3,54/5, avec une forte variabilité (minimum 0, maximum 5). Ce niveau modéré et surtout très inégal entre les individus, laisse supposer des lacunes réelles pour une partie de l'effectif. Or, dans un contexte aussi exposé que le bloc

opératoire, ces lacunes ne sont pas anodines. Une méconnaissance des premiers gestes post-exposition ou des délais de prise en charge peut entraîner des conséquences directes sur la santé du professionnel.

La question du délai de la PPE illustre bien ces écarts. Seuls 28,4 % des répondants identifient le délai recommandé de moins de 72 heures. Une large majorité (47,8 %) indique un délai inférieur à 24 heures, ce qui reste dans les recommandations et ne constitue pas une erreur en soi, une prise en charge rapide étant toujours préférable. En revanche, 23,9 % déclarent ne pas connaître ce délai du tout, ce qui est plus préoccupant. C'est donc moins la surestimation de l'urgence qui pose un problème que la méconnaissance complète pour près d'un répondant sur quatre.

La question sur l'accessibilité de la procédure institutionnelle mérite aussi d'être nuancée. Dans le groupe HELORA, celle-ci est disponible via le système de gestion documentaire en ligne, mais elle n'est pas affichée physiquement dans le service. Cette distinction est importante, la procédure existe, mais la chercher en ligne dans l'urgence du moment au bloc opératoire n'est pas toujours réaliste. Le fait que 46,3 % des répondants déclarent qu'elle n'est pas affichée et que 29,9 % ne savent pas si elle existe confirme que sa visibilité reste insuffisante dans le quotidien des équipes. Des situations similaires ont été documentées dans d'autres contextes européens, où la méconnaissance pratique des procédures constitue un frein concret à la déclaration.^{9,12}

Les répondants savent d'ailleurs eux-mêmes ce dont ils auraient besoin, 62,7 % souhaitent des rappels visuels directement au bloc et 43,3 % un module e-learning. Ces formats, peu chronophages et adaptés aux contraintes du bloc, devraient guider la conception de futurs outils de sensibilisation. Il est intéressant de noter que les formats participatifs comme la simulation, pourtant reconnue comme efficace dans la littérature sur les formations aux gestes d'urgences, ne sont demandés que par 14,9 % des répondants, probablement en raison des contraintes de temps perçues. Cela souligne l'importance d'adapter les modalités pédagogiques aux réalités organisationnelles du terrain plutôt que de proposer des formations idéales mais peu réalistes.

Les analyses complémentaires sur l'effet de la formation apportent un éclairage intéressant. Aucun des trois tests réalisés (Mann-Whitney entre formés et non formés, Kruskal-Wallis sur les quatre catégories de moment de formation, et corrélation de Spearman avec la récurrence) n'atteint le seuil de significativité ($p = 0,292$; $p = 0,487$; $p = 0,342$). Autrement dit, dans cet

échantillon, le simple fait d'avoir reçu une formation à un moment donné ne suffit pas à garantir un meilleur niveau de connaissances. Ce résultat peut surprendre mais il s'explique probablement par l'effet de dégradation des acquis dans le temps. Avec 59,7 % des répondants formés uniquement durant leurs études initiales, parfois il y a plusieurs décennies et sans aucun rappel depuis, on comprend que les connaissances aient pu s'éroder. La littérature en pédagogie de la santé documente bien ce phénomène, les connaissances procédurales se perdent quand elles ne sont pas réactivées régulièrement. Une tendance descriptive mérite cependant d'être notée, les cinq répondants ayant bénéficié d'une formation récente obtiennent en moyenne un meilleur score que les autres. Le faible effectif de ce sous-groupe ne permet pas de conclure, mais la direction de l'effet va dans le sens attendu. Pour HELORA, la question pertinente n'est donc pas tant « faut-il former davantage ? » que « à quelle fréquence faut-il rappeler ? », et c'est précisément cette question de la périodicité du recyclage qui est reprise dans les recommandations.

11.4 Des pratiques de prévention fragilisées par la pression au travail.

Les pratiques déclarées de port d'EPI et d'utilisation des dispositifs sécurisés sont globalement satisfaisantes avec respectivement 77,6 % et 74,6 % des déclarants qui disent les utiliser souvent ou toujours. Ces chiffres sont cependant à prendre avec prudence, ils reposent sur des déclarations et le fait de s'auto évaluer positivement sur des pratiques de sécurité est une tendance connue dans la littérature (biais de désirabilité sociale).

Ce qui est plus révélateur, c'est que 58,2 % des répondants admettent tendre à privilégier la rapidité en urgence plutôt que le respect des procédures de sécurité et que 50,8 % reconnaissent oublier certaines précautions sous la pression ou en situation de stress. Ces chiffres reflètent une réalité bien connue au bloc opératoire, environnement exigeant où les interventions s'enchaînent et où la moindre urgence peut bousculer les automatismes les mieux installés. Les données du GERES¹⁵ confirment d'ailleurs que 6 à 30 % des interventions chirurgicales donnent lieu à, au moins, un AES, en lien notamment avec cette intensité de travail. Fournier et al. (2009)¹⁷ ont montré que la charge mentale propre au bloc affecte directement la vigilance des professionnels.

A cette pression organisationnelle s'ajoute une dimension souvent évoquée dans la littérature sur la culture de sécurité au bloc opératoire : la pression potentielle de la hiérarchie médicale, mais dont la mesure n'a pas été évaluée. Certaines dynamiques interprofessionnelles comme un chirurgien qui minimise un incident devant son équipe pourrait renforcer chez les

infirmiers la perception que l'accident ne mérite pas d'être déclaré. Bien que non mesurable dans ce questionnaire, cette hypothèse, documentée notamment par Druet-Cabanac et al. (2003)¹², mériterait d'être explorée dans une étude qualitative ciblée.

L'analyse de Spearman réalisée dans cette étude apporte un élément concret, plus un infirmier déclare avoir tendance à sacrifier les procédures en urgence, moins il porte fréquemment ses EPI ($\rho = -0,308$; $p = 0,011$). Cette corrélation est modérée, ce qui est attendu dans une étude de cette envergure mais sa direction est cohérente avec le modèle TPB qui postule que la perception de la difficulté à appliquer les mesures de sécurité dans des conditions difficiles réduit directement leur adoption. Cela signifie que des actions de sensibilisation individuelle ne suffisent pas, il faut également travailler sur les conditions organisationnelles qui génèrent cette pression.

Pour finir, 46,3 % des répondants identifient la phase de fin d'intervention comme des moments à risque élevé d'AES ce qui est cohérent avec les données épidémiologiques disponibles¹⁵. Ces phases sont souvent caractérisées par une baisse de vigilance après la tension de l'intervention, une manipulation accrue de matériel souillé et parfois une pression à libérer la salle rapidement. Elles constituent donc un moment critique qui devrait être spécifiquement ciblé dans la formation et les rappels visuels.

11.5 Une sous-déclaration importante, entre facteurs individuels et barrières organisationnelles.

La sous-déclaration des AES est au cœur de cette étude. Parmi les 42 répondants ayant vécu au moins un AES, 52,4 % n'ont pas déclaré la totalité de leurs accidents, dont 9,5 % n'en ont déclaré aucun. Ces chiffres rejoignent ceux de Leens (2008)⁸, qui rapporte que 49,5 % des piqûres belges ne font l'objet d'aucune notification et les constats européens de Perry et Jagger (2003)⁹.

Un chiffre mérite qu'on s'y arrête, 70,1 % des répondants estiment que moins de la moitié des AES sont déclarés dans leur service. Ceci n'est pas un chiffre sur ce que les infirmiers font eux-mêmes mais c'est ce qu'ils observent autour d'eux au quotidien. Autrement dit, la grande majorité des professionnels interrogés ont l'impression de travailler dans un environnement où ne pas déclarer est la pratique habituelle. Ce type de perception collective est particulièrement préoccupant car quand la non-déclaration est perçue comme la norme du service, elle cesse d'être vécue comme un manquement et devient simplement "ce qu'on fait

ici”. Dans le cadre du modèle TPB, c’est précisément ce mécanisme, la norme subjective perçue qui revient et perpétue les comportements de sous déclaration au-delà des cas individuels.

La raison de non-déclaration la plus fréquemment citée est la blessure jugée superficielle ou mineure (81 % des non déclarants). C'est là qu’intervient la notion de susceptibilité perçue du modèle HBM. Quand le risque est minimisé, la motivation à agir s’effondre. Or, le risque de transmission du VHB après accident percutané peut atteindre 6 à 30 % selon le statut sérologique du patient source¹⁴, quelle que soit l’apparence de la blessure. Cette minimisation du risque est d’autant plus problématique qu’elle peut se renforcer avec l’expérience, un professionnel qui a subi plusieurs AES “sans conséquence” peut progressivement intégrer que ces accidents sont sans danger, construisant ainsi une fausse sécurité. Cette tendance à sous-estimer le risque des blessures “mineures” a été documentée dans plusieurs contextes, notamment par Elmiyeh et al. (2004)¹¹ au Royaume-Uni.

Le manque de temps (57,1 %) et la complexité perçue de la procédure (57,1 %) viennent ensuite. Ces deux obstacles sont de nature organisationnelle. Ils, dépendent pas de la volonté individuelle des professionnels, mais du système dans lequel ils travaillent. Druet-Cabanac et al. (2003)¹² avaient déjà identifié la lourdeur administrative comme frein majeur à la déclaration dans les établissements de soins. Dans le cas spécifique du bloc opératoire, cette contrainte est amplifiée par le rythme des interventions. Entre deux interventions, le temps disponible est compté et une démarche administrative perçue comme complexe sera souvent remise à plus tard et finalement abandonnée. Le fait que 40,3 % des répondants de cette étude jugent le formulaire peu accessible vient renforcer ce constat.

L'analyse bivariée apporte un éclaircissement complémentaire sur le rôle des connaissances. Les infirmiers qui ont déclaré tous leurs AES ont un score de connaissance significativement plus élevé que ceux qui ne l’ont pas fait (rang moyen 26,0 vs 17,4 ; $U = 129,5$; $Z = -2,39$; $p = 0,017$; $r \approx 0,37$, effet modéré). Ce résultat illustre bien ce que le modèle CAP cherche à expliquer, les connaissances et les attitudes favorables ne garantissent pas automatiquement des pratiques cohérentes, mais elles y contribuent significativement. Autrement dit, former les professionnels n'est pas suffisant en soi, mais c'est une condition nécessaire que les données confirment empiriquement.

S'agissant de l’ancienneté, les données montrent une tendance intéressante. 57,1 % des infirmiers de plus de 5 ans d’expérience présentent une sous-déclaration, contre 28,6 % chez

les moins expérimentés. Cette différence va dans le sens d'une banalisation progressive des AES avec le temps, évoquée par Druet-Cabanac et al. (2003)¹². Toutefois, elle n'atteint pas le seuil de significativité statistique, le test exact de Fisher, plus adapté aux faibles effectifs de ce sous-groupe, donnant $p = 0,229$. Ce résultat doit être interprété avec prudence car le groupe des infirmiers de cinq ans d'expérience ou moins ne compte que sept individus, ce qui limite considérablement la puissance du test. Une étude avec un échantillon plus large serait nécessaire pour confirmer ou infirmer cette hypothèse.

11.6 Des attitudes positives, mais qui ne se traduisent pas toujours en actes.

L'un des paradoxes de cette étude est le suivant, 91,1 % des répondants reconnaissent l'utilité de déclarer un AES, 88,1 % perçoivent ses conséquences comme graves, et 79,1 % se sentent personnellement exposés aux risques. Autrement dit, les attitudes sont bonnes. Et pourtant, plus de la moitié des victimes n'ont pas déclaré tous leurs accidents. Ce décalage entre ce que les gens pensent et ce qu'ils font correspond précisément à ce que le modèle CAP appelle le gap connaissances-pratiques. Le modèle HBM aide à le comprendre, même quand les bénéfices d'un comportement sont reconnus, les barrières perçues, le manque de temps, les procédures complexes, la peur des conséquences, peuvent prendre le dessus, comme l'ont montré Voide et al. (2012)¹³ dans un contexte hospitalier suisse.

Un autre élément mérite attention concernant la dynamique d'équipe. 44,8 % des répondants indiquent que les infirmiers expérimentés de leur service valorisent la déclaration des AES et encouragent les plus jeunes à faire de même. Ce résultat est tout de même nuancé par la distribution des réponses assez équilibrée entre accord, neutralité et désaccord, ce qui suggère que cette culture positive de la déclaration n'est pas partagée de manière uniforme dans toutes les équipes. Dans le cadre du modèle TPB, les normes sociales perçues jouent un rôle important, là où les pairs expérimentés valorisent la déclaration, les plus jeunes tendent à adopter la même pratique. Là où la culture est absente ou ambivalente, la sous déclaration risque de continuer, comme le soulignent les travaux de Druet-Cabanac et al. (2003)¹².

11.7 Le soutien de l'encadrement : un facteur clé pour la déclaration.

Parmi les quatre analyses bivariées réalisées, c'est l'association entre le soutien perçu de l'encadrement et la déclaration complète des AES qui se révèle la plus forte ($U = 96,0$; $Z = -3,30$; $p < 0,001$; $r \approx 0,51$, effet modéré à fort). Les infirmiers déclarant systématiquement

leurs AES ont un rang moyen de soutien perçu de 27,7, contre 15,9 pour ceux présentant une sous déclaration. C'est le résultat le plus solide de cette étude.

Ce résultat fait directement écho au modèle TPB. Le soutien de l'encadrement fait partie des normes subjectives perçues, quand un cadre encourage activement le signalement, il envoie un message clair que déclarer est non seulement utile, mais attendu et valorisé. A l'inverse, un encadrement silencieux ou indifférent peut être perçu comme un signal implicite que la déclaration n'est pas vraiment nécessaire.

Il faut noter que 67,1 % des répondants déclarent globalement bénéficier d'un soutien positif de leur encadrement. Pourtant, la moitié des victimes d'AES n'ont pas tout déclaré. Cela montre que c'est la qualité et la visibilité du soutien qui comptent, pas simplement sa présence générale. Concrètement, un soutien managérial visible se manifeste par des gestes simples : féliciter un infirmier qui vient de déclarer un AES plutôt que de le questionner, organiser un temps de retour d'information sur les accidents survenus dans le service, ou encore vérifier régulièrement que la procédure est connue de tous. Ce sont ces signaux concrets, plus que les discours formels, qui construisent une culture de déclaration durable. Et ce soutien ne suffit pas à lui seul : il doit s'accompagner d'outils accessibles et d'une procédure simplifiée, comme le confirme le fait que 57,1 % des non-déclarants citent la complexité de la procédure comme frein.²¹

Dans le contexte de la fusion HELORA, il est probable que des cultures de sécurité hétérogènes coexistent encore entre les sites, certains établissements ayant peut-être développé des pratiques de signalement plus ancrées que d'autres avant le rapprochement. Cette hétérogénéité pourrait en partie expliquer la distribution équilibrée des réponses sur les normes subjectives observée dans les données. C'est précisément dans cette période de convergence organisationnelle que les recommandations de ce travail prennent tout leur sens, les pratiques et protocoles communs étant encore en construction, ce qui représente une opportunité concrète pour intégrer dès maintenant une culture de signalement forte dans les futurs standards du groupe.

11.8 Limites de l'étude.

Au-delà des limites méthodologiques anticipées lors de la conception de l'étude, la mise en œuvre et l'analyse des données ont mis en évidence plusieurs contraintes complémentaires qu'il convient de mentionner.

La première concerne la puissance statistique des analyses bivariées. Celles-ci ont été menées sur le sous-groupe des victimes d'AES ($n = 42$), effectif qui s'est révélé insuffisant pour

certaines analyses, notamment pour l'examen de l'association entre ancienneté et déclaration, où 50 % des cellules du tableau de contingence présentaient un effectif théorique inférieur à 5. Les résultats de ces analyses ont donc un caractère strictement exploratoire et ne permettent pas d'établir de conclusions généralisables. Cette limite de puissance s'applique également aux analyses portant spécifiquement sur l'effet de la formation. Le faible effectif du groupe « formation récente » ($n = 5$) restreint la capacité des tests de Mann-Whitney, de Kruskal-Wallis et de Spearman à détecter un effet réel mais de magnitude modeste. L'absence de significativité observée ($p = 0,292$; $p = 0,487$; $p = 0,342$) ne permet donc pas d'exclure l'existence d'une telle association. Les tendances descriptives identifiées, notamment le signal positif en faveur des formations récentes, méritent d'être testées sur un échantillon plus large avant d'en tirer des conclusions généralisables.

La deuxième limite tient au recodage de la variable dépendante principale. La variable « déclaration complète » a été construite comme une variable binaire regroupant des situations hétérogènes « certains accidents non déclarés », « aucun déclaré », ou « ne se souvient plus » sous une même modalité de sous-déclaration. Cette simplification, nécessaire pour les analyses, ne rend pas compte de la gradation réelle des comportements de déclaration.

La troisième limite concerne la représentativité interne de l'échantillon. La surreprésentation du site de Kennedy (35,8 % des répondants), liée à ma proximité professionnelle avec ce site et l'absence totale du site de Tubize introduisent un déséquilibre qui doit être gardé à l'esprit lors de l'interprétation des résultats. Les données ne peuvent pas être considérées comme également représentatives de l'ensemble des sites du groupe.

Enfin, bien que le contexte de fusion organisationnelle ait été identifié dès la conception comme une source de variabilité, son impact réel sur les pratiques et les cultures de sécurité entre sites n'a pas pu être mesuré directement dans cette étude. Une analyse comparative inter-sites aurait nécessité des effectifs par site suffisants pour être valide, ce qui n'était pas le cas ici.

11.9 Recommandations.

A partir des résultats de cette étude, quatre recommandations concrètes peuvent être formulées à destination du groupe HELORA.

Première recommandation : instaurer un recyclage régulier sur les AES.

Un quart des répondants n'ont jamais été formés sur les AES, et seuls 7,5 % ont bénéficié d'un recyclage récent. Il semble donc nécessaire de mettre en place une formation régulière sur ce sujet, intégrée au plan de formation institutionnel. Les formats plébiscités par les répondants sont en tête les affiches visuelles (62,7 %) suivis du e-learning (43,3 %), ils sont peu chronophages et facilement accessibles dans le contexte du bloc. Les priorités de contenu devraient être les premiers gestes post-exposition, les délais de la PPE et la procédure de déclaration.

Deuxième recommandation : améliorer la visibilité de la procédure AES au quotidien.

La procédure est accessible en ligne, mais elle reste peu visible dans le quotidien des équipes. Pour pallier à cela, il serait utile de la compléter par un affichage physique simplifié dans chaque salle opératoire sous forme de pictogrammes ou d'une checklist courte permettant un accès immédiat sans nécessiter une connexion. Cette mesure est conforme aux recommandations du CSS belge¹⁴ et particulièrement pertinente dans le contexte de fusion où l'harmonisation des pratiques est encore en cours.

Troisième recommandation : renforcer le rôle de l'encadrement dans la promotion du signalement.

Le résultat le plus fort de cette étude montre que le soutien de l'encadrement est fortement lié à la déclaration complète des AES ($p < 0,001$). Il est donc recommandé de sensibiliser les cadres de bloc à leur rôle actif dans cette démarche : encourager les déclarations, ne pas les vivre comme des fautes et communiquer sur les mesures prises suite aux signalements. Dans le cadre de la fusion HELORA, ce travail sur la culture managériale représente une opportunité réelle d'harmoniser les pratiques de signalement à l'échelle du groupe, en s'appuyant sur les sites qui ont déjà développé une culture de déclaration forte.

Quatrième recommandation : simplifier le formulaire et le circuit de déclaration.

57,1 % des non déclarants citent la complexité de la procédure comme frein et 40,3 % jugent le formulaire peu accessible. Un formulaire numérique simplifié, directement accessible depuis le poste de travail au bloc et dont la complétion ne prendrait que quelques minutes, permettrait de lever cette barrière.

12. Conclusion et perspectives :

Cette étude, menée auprès de 67 infirmiers de bloc opératoire du groupe HELORA, avait pour but d'explorer les déterminants des comportements face aux AES. Les résultats documentent un écart préoccupant entre des attitudes favorables à la prévention, largement partagées dans l'échantillon, et des pratiques de déclaration insuffisantes. Cet écart s'explique par une combinaison de facteurs : un déficit de formation continue, une procédure peu visible au quotidien, des conditions de travail génératrices de pression et un soutien managérial dont l'intensité perçue distingue significativement les déclarants des non-déclarants. La lecture combinée de ces résultats à travers les cadres du Health Belief Model, de la Théorie du Comportement Planifié et du modèle CAP confirme la pertinence d'une approche intégrée, articulant perceptions individuelles, normes sociales et contraintes organisationnelles.

Les deux leviers d'action les plus clairement identifiés par les analyses bivariées sont l'amélioration des connaissances et le renforcement du soutien de l'encadrement. Ce dernier, associé de façon statistiquement significative à la déclaration complète avec une taille d'effet importante, apparaît comme le facteur sur lequel il serait le plus judicieux d'agir en priorité.

Ces résultats, bien qu'exploratoires et limités à un contexte spécifique, trouvent des échos dans la littérature internationale et apportent un éclairage utile sur la situation du groupe HELORA à un moment charnière de son évolution institutionnelle. La fusion organisationnelle en cours représente précisément une opportunité de construire une culture de sécurité commune, en intégrant d'emblée dans les futurs protocoles les actions recommandées ici.

Sur le plan des perspectives de recherche, plusieurs pistes mériteraient d'être poursuivies. Une étude interventionnelle pourrait être envisagée après la mise en œuvre des recommandations, notamment après l'installation des supports visuels ou la simplification du formulaire de déclaration, afin de mesurer l'évolution effective des pratiques. Une approche qualitative centrée sur les non-déclarants permettrait par ailleurs d'explorer des mécanismes psychologiques plus fins que le format questionnaire ne permettait pas d'approfondir, tels que le rapport à l'erreur professionnelle, la culpabilité ou la crainte du jugement des pairs. Enfin, une étude comparative entre les sites du groupe HELORA, une fois la fusion pleinement stabilisée, permettrait de vérifier si les cultures de sécurité ont effectivement convergé et si les comportements de déclaration ont évolué dans ce nouveau cadre organisationnel.

À une échelle plus large, ce travail rappelle que la sous-déclaration des AES constitue un enjeu de santé publique qui dépasse le seul cadre hospitalier. Les constats dressés ici font écho à des observations documentées à l'échelle européenne et plaident pour une approche intégrée de la sécurité des soignants, combinant formation, organisation du travail et engagement du management, aussi bien au niveau institutionnel que dans les politiques de santé publique plus larges.

13. Bibliographie :

1. Bouvet E. Accidents d'exposition au sang au bloc opératoire. *e-mémoires Acad Natl Chir.* 2002 ; 1(4) : 37-39.
2. Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants (GERES). Accidents percutanés (APC) chez les infirmier(e)s des établissements de santé en 2019. Paris : GERES ; 2019. Disponible sur : <https://www.geres.org/wp-content/uploads/2023/07/BILANAPCIDE2019-DEF-3.pdf>
3. AFISO. Door het oog van de naald. Rapport sur les AES en Belgique. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.afiso.be/attachment/553587/>
4. Conseil de l'Union européenne. Directive 2010/32/UE du 10 mai 2010 portant application de l'accord-cadre relatif à la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire. *J Off Union Eur.* 2010 ; L134 : 66-72.
5. Belgique. Arrêté royal du 17 avril 2013 modifiant l'arrêté royal du 4 août 1996 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents biologiques au travail. *Moniteur belge.* 2013 ; 3 mai : 26168-26174.
6. Organisation mondiale de la santé. Prévention et prise en charge des accidents d'exposition au sang. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour le Moyen-Orient ; 2005. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204682/EMROPUB_2015_FR_1908.pdf
7. Belgique. Arrêté royal du 29 avril 1999. *Moniteur belge.* 1999. Disponible sur : https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-29-avril-1999_n1999012405.html
8. Leens E. Surveillance des accidents d'exposition au sang dans les hôpitaux belges, 2003-2007. Bruxelles : ISP ; 2008.
9. Perry J, Jagger J. Underreporting of needlestick injuries in Europe : causes and consequences. *Eur J Occup Health.* 2003.
10. Bahat H, Hasidov-Gafni A, Youngster I, Goldman M, Levzion-Korach O. The prevalence and underreporting of needlestick injuries among hospital workers : a cross-sectional study. *Int J Qual Health Care.* 2021 ; 33(1) : mzab009.

11. Elmiyeh B, Whitaker IS, James MJ, Chahal CAA, Galea A, Alshafi K. Needle-stick injuries in the National Health Service : a culture of silence. *J R Soc Med.* 2004 ; 97(7) : 326-327.
12. Druet-Cabanac M, Preux PM, Dumas JP, Mansourati J, Bouquet V, Lerat MF, et al. Underreporting of occupational blood and body fluid exposures in health care workers. *J Occup Health.* 2003 ; 45(3) : 172-176.
13. Voide C, Darling KEA, Kenfak-Foguena A, Cavassini M, Lazor-Blanchet C, Petignat C. Underreporting of needlestick and sharps injuries among healthcare workers in a Swiss university hospital. *Swiss Med Wkly.* 2012 ; 142 : w13523.
14. Conseil Supérieur de la Santé. Recommandations en matière de prévention des accidents d'exposition au sang et autres liquides biologiques dans les institutions de soins. Publication CSS n° 8429. Bruxelles ; 2011 (update 2014).
15. Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants (GERES). Fiche technique chirurgie. Paris : GERES. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.geres.org/wp-content/uploads/2016/11/ftchir.pdf>
16. Verbeek JH, Rajamaki B, Ijaz S, Sauni R, Toomey E, Blackwood B, et al. Personal protective equipment for preventing highly infectious diseases due to exposure to contaminated body fluids in healthcare staff. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 ; 7 : CD011621.
17. Fournier A, Degos L, Bollaert PE. Le syndrome d'épuisement professionnel au bloc opératoire. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2009 ; 28(9) : 789-793.
18. Rosenstock IM. Why people use health services. *Milbank Mem Fund Q.* 1966 ; 44(3) : 94-127.
19. Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model : a decade later. *Health Educ Q.* 1984 ; 11(1) : 1-47.
20. Ajzen I. From intentions to actions : a theory of planned behavior. In : Kuhl J, Beckmann J, éd. *Action control : from cognition to behavior.* Berlin : Springer ; 1985. p. 11-39.
21. Asante K, Novak P. Predicting nurses' safety compliance behaviour in a developing economy, using the theory of planned behaviour : a configurational approach. *J Adv Nurs.* 2024 ; 80(3) : 1097-1110.

14. ANNEXES :

Annexe 1 :

GUIDE D'ENTRETIEN RESPONSABLE PROTECTION TRAVAILLEURS

Objectif : Vision institutionnelle + freins systémiques

INTRODUCTION

- Contacter par e-mail
- Se présenter
- Présenter les différentes thématiques à aborder
- Expliquer les objectifs de cet entretien et ses modalités d'anonymat
- Droit d'enregistrement : Oui ou Non
- Lieu : Présentiel ou Distanciel
- Date :
- Durée d'entretien :

Bonjour,

Merci d'avoir accepté de participer à cet entretien.

Je mène un mémoire de master portant sur les accidents d'exposition au sang (AES) au bloc opératoire, et votre expérience institutionnelle/clinique est précieuse pour comprendre les pratiques actuelles et affiner mes outils.

L'objectif est d'identifier les réalités du terrain, les freins ou leviers à la prévention et à la déclaration et d'adapter au mieux un questionnaire destiné aux équipes de bloc opératoire.

Je vous précise que :

- **Votre participation est entièrement volontaire.** Vous pouvez refuser de répondre à toute question, demander une pause ou interrompre l'entretien à tout moment, sans avoir à vous justifier.
- **L'entretien sera enregistré en audio** uniquement pour faciliter la retranscription et éviter toute perte d'information importante. L'enregistrement sera détruit dès l'analyse, dans le respect des règles de confidentialité.
- **L'intégralité de ce que vous partagerez restera strictement anonyme et confidentiel.** Aucune donnée personnelle ni information permettant de vous identifier ou d'identifier un patient, un collègue ou un service ne sera conservée dans le travail final.
- Ce projet de recherche a reçu un avis favorable de l'établissement.
- En participant, vous confirmez avoir reçu et compris cette information et consentez à la réalisation de cet entretien.

Avez-vous des questions avant de commencer ?

Merci beaucoup pour votre confiance, nous pouvons débiter l'entretien.

Si vous voulez arrêter ou ajouter des précisions à n'importe quel moment, surtout n'hésitez pas à intervenir.

BLOC 1 : DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Q1. Portrait général des AES

"Pouvez-vous me donner un aperçu général de la situation des AES dans notre groupe hospitalier ?"

- Nombre d'AES déclarés annuellement
- Évolution (augmentation, stabilité, diminution ?)
- Blocs/services les plus concernés
- Types d'accidents (piqûres, coupures, projections)

Q2. Sous-déclaration perçue

"Pensez-vous que tous les AES sont déclarés ? A combien estimez-vous le taux de sous-déclarations ?"

- Estimation %
- Comment en êtes-vous conscient ?
- Différences selon les services

Q3. Procédures institutionnelles

"Décrivez les procédures de déclaration et prise en charge des AES"

- Circuit de déclaration (formulaire, contacts, délais)
- Accessibilité (affichage, formation, clarté)
- Suivi post-AES (prophylaxie, soutien psychologique)
- Analyse/retour d'expérience

Q4. Politique de prévention

"Quelle est la politique de prévention des AES dans le groupe hospitalier ?"

- Formations proposées (initiales, continues)
- Disponibilité des dispositifs sécurisés
- Campagnes de sensibilisation
- Budget alloué

BLOC 2 : FREINS À LA DÉCLARATION

Q5. Obstacles identifiés

"Quels sont les principaux obstacles à la déclaration des AES dans notre groupe hospitalier ?"

- Freins organisationnels (procédure complexe, charge de travail)
- Freins culturels (culture du silence, normalisation)

- Freins individuels (peur des conséquences, manque de connaissances)
- Freins matériels (manque de dispositifs)

Q6. Culture professionnelle

"Comment décririez-vous la culture professionnelle autour des AES dans les blocs ?"

- Perception du risque
- Réactions face aux déclarations
- Influence des seniors/anciens
- Tabous ou non-dits

Q7. Retours terrain

"Avez-vous reçu des retours de professionnels sur les difficultés ?"

- Témoignages concrets
- Plaintes récurrentes
- Suggestions d'amélioration

BLOC 3 : FACTEURS ORGANISATIONNELS

Q8. Charge de travail

"La charge de travail et l'organisation des blocs influencent-elles la prévention/déclaration ?"

- Pression temporelle
- Dotation en personnel
- Rythme de travail

Q9. Disponibilité matériel

"Les dispositifs de sécurité et EPI sont-ils toujours disponibles ?"

- Ruptures de stock
- Différences selon blocs
- Raisons des manques

Q10. Soutien managérial

"Comment qualifieriez-vous le soutien de l'encadrement ?"

- Implication des cadres
- Valorisation ou culpabilisation
- Communication sur prévention

BLOC 4 : PISTES D'AMÉLIORATION

Q11. Actions prioritaires

"Quelles seraient les actions prioritaires pour améliorer prévention et déclaration ?"

- Niveau individuel (formation, sensibilisation)
- Niveau organisationnel (procédures, matériel)
- Niveau culturel (normes, communication)

Q12. Spécificités groupe hospitalier

"Y a-t-il des spécificités propres à notre groupe hospitalier ?"

- Particularités locales
- Différences entre sites du réseau
- Contexte récent

BLOC 5 : POUR LE QUESTIONNAIRE

Q13. Thèmes essentiels

"Quels thèmes vous semblent comme essentiels à explorer dans un questionnaire aux infirmiers ?"

- Angles morts
- Questions sensibles
- Items à éviter

CLÔTURE

"Y a-t-il des éléments importants non abordés ?"

"Accepteriez-vous d'être recontacté si besoin de précisions ?"

GUIDE D'ENTRETIEN INFIRMIERS DE BLOC

Objectif : Vécu personnel, pratiques, perceptions, freins

INTRODUCTION

- Contacter par e-mail
- Se présenter
- Droit d'enregistrement : Oui ou Non
- Lieu : Présentiel ou Distanciel
- Date :
- Durée d'entretien :

Bonjour,

Merci d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je mène un mémoire de master portant sur les accidents d'exposition au sang (AES) au bloc opératoire. L'objectif est d'identifier les réalités du terrain, les freins ou leviers à la prévention et à la déclaration.

Je vous précise :

- **Votre participation est entièrement volontaire.** Vous pouvez refuser de répondre à toute question, demander une pause ou interrompre l'entretien à tout moment, sans avoir à vous justifier.
- **L'entretien sera enregistré en audio** uniquement pour faciliter la retranscription et éviter toute perte d'information importante. L'enregistrement sera détruit dès l'analyse, dans le respect des règles de confidentialité.
- **L'intégralité de ce que vous partagerez restera strictement anonyme et confidentiel.** Aucune donnée personnelle ni information permettant de vous identifier ou d'identifier un patient, un collègue ou un service ne sera conservée dans le travail final.
- Ce projet de recherche a reçu un avis favorable de l'établissement.
- En participant, vous confirmez avoir reçu et compris cette information et consentez à la réalisation de cet entretien.

Avez-vous des questions avant de commencer ?

Merci beaucoup pour votre confiance, nous pouvons débiter l'entretien. Si vous voulez arrêter ou ajouter des précisions à n'importe quel moment, surtout n'hésitez pas à intervenir.

BLOC 1 : PARCOURS ET CONTEXTE

Q1. Présentation

"Peux-tu te présenter brièvement ? Depuis combien de temps au bloc ? Quel(s) type(s) de chirurgie ?"

- Ancienneté totale et ancienneté au bloc
- Blocs/spécialités
- Type de contrat (optionnel)

Q2. Contexte de travail

"Comment se passe une journée type au bloc ? Comment décrirais-tu l'ambiance et le rythme ?"

- Nombre d'interventions
- Pression temporelle, urgences
- Charge mentale
- Relations d'équipe

BLOC 2 : EXPÉRIENCE AES

Q3. AES vécu ou non

"As-tu déjà vécu un accident d'exposition au sang au bloc ?"

Si OUI → Q4-6 | Si NON → Q7

Q4. Récit d'expérience

"Raconte-moi ce qui s'est passé. Comment cela a-t-il commencé ?"

- Contexte (type d'intervention, moment)
- Type d'accident
- Circonstances

Q5. Réaction et décision

"Qu'as-tu fait immédiatement après ? Qu'as-tu ressenti ? As-tu déclaré ?"

- Premiers gestes
- Émotions
- Décision de déclarer : oui/non/hésitation
- Si non : pourquoi ?

Q6. Conséquences et suivi

"Comment cela s'est-il passé ensuite ? Suivi médical ? Impact sur toi ?"

- Prophylaxie reçue
- Soutien reçu
- Impact psychologique
- Changement de pratiques

Q7. Observation chez les collègues

"As-tu observé des collègues subir un AES ? Qu'est-ce qui s'est passé ?"

- Fréquence perçue
- Réactions des victimes
- Réactions de l'équipe

BLOC 3 : CONNAISSANCES ET FORMATION**Q8. Formation initiale**

"Pendant ta formation, as-tu reçu un enseignement sur les AES ?"

- Existence de la formation
- Contenu (théorique, pratique)
- Pertinence perçue

Q9. Formation continue

"As-tu reçu une formation ou un rappel sur les AES depuis le travail au bloc ?"

- Fréquence
- Format
- Accessibilité

Q10. Connaissances risques

"Quels virus ou maladies penses-tu qu'on peut attraper via un AES ?"

- Agents cités
- Niveau de certitude
- Sources d'information

Q11. Connaissances procédures

"Sais-tu comment déclarer un AES dans notre groupe hospitalier ?"

- Connaissance du circuit
- Clarté perçue
- Où trouver information

BLOC 4 : FREINS À LA DÉCLARATION**Q12. Raisons générales**

"Selon toi, pourquoi certains AES ne sont pas déclarés dans ton service ?"

- Raisons citées spontanément

Q13. Freins personnels

"Toi personnellement, dans quelles situations hésiterais-tu à déclarer ?"

- "Blessure mineure" : c'est quoi pour toi ?
- Manque de temps
- Peur du jugement
- Complexité procédure

Q14. Peur des conséquences

"Si tu devais déclarer un AES, qu'est-ce que tu craindrais ?"

- Peurs professionnelles
- Peurs relationnelles
- Peurs identitaires
- Peurs administratives

Q15. Charge et urgence

"Quand le travail est très chargé ou en urgence, comment cela influence t'il la vigilance et la déclaration ?"

- Pression temporelle = oubli ?
- Urgence = priorité patient vs sécurité personnelle
- Fatigue = accidents plus fréquents ?

BLOC 5 : CULTURE D'ÉQUIPE

Q16. Culture du silence ou ouverture

"Dans ton équipe, comment parle-t'on des AES ? Ouvert ou tabou ?"

- Fréquence des discussions
- Réactions quand quelqu'un déclare
- Non-dits

Q17. Influence des seniors

"Les infirmiers expérimentés, c

Comment se comportent les infirmiers expérimentés face aux AES ? Cela t'influence-t 'il ?"

- Comportement observé
- Messages transmis
- Influence sur toi

- Résistance ou adhésion

Q18. Soutien encadrement

"Si tu avais un AES, penses-tu que tu aurais du soutien de la part du cadre/chef de bloc ?"

- Perception du soutien
- Exemples concrets
- Valorisation ou culpabilisation

BLOC 6 : FACTEURS ORGANISATIONNELS

Q19. Disponibilité matériel

"Les EPI et dispositifs sécurisés sont-ils toujours disponibles ?"

- Disponibilité perçue
- Ruptures observées
- Facilité d'accès

Q20. Accessibilité procédures

"Trouves-tu facilement les procédures de déclaration ? Sont-elles claires ?"

- Où les trouver ?
- Clarté des étapes
- Personne de ressource

BLOC 7 : SUGGESTIONS

Q21. Pistes d'amélioration

"As-tu idée de ce qui aiderait le plus pour réduire les AES et encourager la déclaration ?"

- Formation
- Organisation
- Culture

Q22. Spécificités du bloc

"Y a-t-il des particularités de ton bloc qui rendent la prévention/déclaration plus difficile ?"

- Contraintes spécifiques
- Différences avec autres blocs

CLÔTURE

"Y a-t-il quelque chose d'important qui, selon toi, n'a pas été abordé ?"

"Accepterais-tu d'être recontacté si j'avais besoin de précisions ?"

Annexe 2 :

Étude AES - Infirmiers Bloc Opératoire HELORA"

Cette étude porte sur les accidents d'exposition au sang (AES) au bloc opératoire chez les infirmiers du groupe HELORA. Elle s'inscrit dans le cadre d'un mémoire de master en Sciences de la Santé Publique.

Le questionnaire est anonyme, aucune donnée nominative ne sera collectée, et les réponses seront analysées uniquement de manière globale à des fins de recherche. La participation est volontaire, vous pouvez arrêter à tout moment sans aucune conséquence professionnelle.

* Obligatoire

1. J'accepte librement de participer à cette étude. *

☐ oui

☐ non

Données sociodémographique et professionnelles

2. Dans quelle institution travaillez-vous ? *

- ☐ Hôpital de La Louvière - Site Jolimont
- ☐ Hôpital de Mons - Site Kennedy
- ☐ Hôpital de Mons - Site Constantinople
- ☐ Hôpital de Lobbes
- ☐ Hôpital de Warquignies
- ☐ Hôpital de Nivelles
- ☐ Hôpital de Tubize

3. Quel est votre âge ? *

- ☐ 21 - 29 ans
- ☐ 30 - 39 ans
- ☐ 40 - 49 ans
- ☐ 50 ans ou plus

4. Combien d'années d'expérience avez-vous au bloc opératoire ? *

- ☐ 0 - 2 ans
- ☐ 3 - 5 ans
- ☐ 6 - 10 ans
- ☐ Plus de 10 ans

5. Quel est votre sexe ? *

- ☐ Femme
- ☐ Homme
- ☐ Autre / préfère ne pas répondre

6. Quel est votre diplôme ? *

- ☐ Infirmier breveté
- ☐ Infirmier bachelier
- ☐ Infirmier spécialisé en soins péri-opératoires

7. Fonction au bloc opératoire (cochez le(s) secteur(s) dans le(s)quel(s) vous travaillez le plus souvent). *

- ☐ Infirmier circulant
- ☐ Infirmier instrumentiste

8. Bloc opératoire / discipline principale (cochez le(s) secteur(s) dans le(s)quel(s) vous travaillez le plus souvent). *

- ☐ Chirurgie générale / digestive
- ☐ Chirurgie orthopédique / traumatologique
- ☐ Chirurgie cardiaque / vasculaire / Thoracique
- ☐ Chirurgie gynécologique / obstétrique
- ☐ Urologie
- ☐ ORL / maxillo-facial / stomatologie
- ☐ Neurochirurgie
- ☐ Ophtalmologie
- ☐ Autre

BLOC 2 : FORMATION ET CONNAISSANCES SUR LES AES*, EPI* ET PROCÉDURES

*(AES = accident d'exposition au sang, EPI = équipements de protection individuel)

9. Avez-vous déjà reçu une formation sur les AES ? (Plusieurs réponses possibles) *

- ☐ Jamais eu de formation
- ☐ Pendant mes études (précisez l'année dans "autre")
- ☐ Uniquement après mon entrée en fonction
- ☐ Formation reçue au cours des trois dernières années
- ☐ Autre

10. La procédure institutionnelle concernant les AES (déclaration, délais, contacts) est-elle affichée/accessible et lisible dans votre service ? *

- ☐ Oui, clairement affichée/accessible et lisible
- ☐ Oui, mais incomplète ou peu lisible
- ☐ Non, pas affichée
- ☐ Je ne sais pas

11. Les précautions standard (utilisation d'EPI, manipulation sécurisée des objets tranchants) sont-elles abordées régulièrement dans votre pratique quotidienne ? *

- ☐ Jamais
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent
- ☐ Toujours

12. Quel type de formation/recyclage te semblerait le plus adapté pour les AES au bloc ? (Plusieurs réponses possibles) *

- ☐ Réunion en présentiel courte
- ☐ Module e-learning
- ☐ Affiches / rappels visuels au bloc
- ☐ Simulation / mise en situation
- ☐ Autre

13. **Savez-vous quelle est la conduite immédiate à tenir en cas d'AES (premiers gestes, déclaration, délais) ? ***

- ☐ Oui, entièrement
- ☐ Oui, partiellement
- ☐ Non
- ☐ Je ne suis pas sûr(e)

14. **Connaissez-vous le délai maximum pour débuter une prophylaxie post-exposition (PPE) en cas d'AES ? ***

- ☐ <24 heures
- ☐ <72 heures
- ☐ 1 semaine
- ☐ Je ne sais pas

Questions de connaissances

15. Parmi les agents infectieux suivants, lesquels PEUVENT être transmis par un accident d'exposition au sang ? (Cochez toutes les réponses correctes) *

- ☐ VIH (virus de l'immunodéficience humaine)
- ☐ Grippe saisonnière
- ☐ COVID-19
- ☐ VHB (virus de l'hépatite B)
- ☐ VHC (virus de l'hépatite C)
- ☐ Tuberculose pulmonaire

16. Une piqûre mineure par une aiguille provenant d'un patient au statut sérologique inconnu ne nécessite ni déclaration ni évaluation médicale. *

- ☐ Vrai
- ☐ Faux
- ☐ Je ne sais pas

17. La prophylaxie post-exposition (PPE) pour le VIH doit débuter au maximum 72 heures après l'exposition. *

- ☐ Vrai
- ☐ Faux
- ☐ Je ne sais pas

18. La vaccination contre l'hépatite B protège à 100% et dispense de déclarer un AES lorsqu'il y a exposition avec un patient porteur du virus. *

- ☐ Vrai
- ☐ Faux
- ☐ Je ne sais pas

19. **Après une exposition cutanée, le premier geste est le lavage à l'eau et au savon. ***

- ☐ Vrai
- ☐ Faux
- ☐ Je ne sais pas

BLOC 3 : CONTEXTE DE TRAVAIL – STRESS, URGENCE ET PRESSION

20. Pendant les interventions longues ou complexes, je ressens une pression qui limite ma vigilance sur l'application des précautions de sécurité. *

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
☐	☐	☐	☐	☐

21. En situation d'urgence au bloc opératoire, j'ai tendance à privilégier la rapidité au respect strict des procédures de sécurité (EPI, dispositifs sécurisés). *

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
☐	☐	☐	☐	☐

22. Les moments de fin d'intervention (rangement, comptage, changement de salle) sont des moments où je me sens plus à risque d'AES. *

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
☐	☐	☐	☐	☐

BLOC 4 : ATTITUDES, PERCEPTIONS DU RISQUE ET AUTO-EFFICACITÉ

23. Je me sens personnellement exposé(e) au risque d'AES dans mon travail quotidien au bloc opératoire. *

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
☐	☐	☐	☐	☐

24. Selon moi, les conséquences d'un AES (infection, suivi médical, stress) sont graves. *

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
☐	☐	☐	☐	☐

25. Je me sens capable d'appliquer correctement les mesures de prévention au bloc opératoire. *

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
☐	☐	☐	☐	☐

26. Une piqûre superficielle ou mineure n'expose pas vraiment à un risque infectieux grave. *

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
☐	☐	☐	☐	☐

27. Un AES est une "banalité du métier" et fait partie des risques normaux du bloc opératoire. *

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
☐	☐	☐	☐	☐

28. Je pense que déclarer un AES est utile (pour ma santé et pour améliorer la prévention dans le service). *

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
☐	☐	☐	☐	☐

BLOC 5 : PRATIQUES EFFECTIVES, AES VÉCUS ET DÉCLARATION

29. Avez-vous déjà été victime d'un accident d'exposition au sang (AES) au cours de votre carrière au bloc opératoire ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je préfère ne pas répondre

30. Combien d'AES avez-vous subi au cours de votre carrière ? *

- ☐ 1
- ☐ 2 à 3
- ☐ 4 à 5
- ☐ Plus de 5

31. Lors de ton ou tes AES, le contexte principal était (plusieurs réponses possibles) *

- ☐ Pendant un geste opératoire (suture, incision, etc.)
- ☐ En fin d'intervention / lors du rangement des instruments
- ☐ Lors du nettoyage / évacuation du matériel
- ☐ Lors de gestes hors salle (perfusion, injection, etc.)
- ☐ Autre

32. Avez-vous déclaré TOUS les AES que vous avez subis ? *

- ☐ Oui, tous déclarés
- ☐ Non, certains n'ont pas été déclarés
- ☐ Non, aucun n'a été déclaré
- ☐ Je ne me souviens plus

33. Quelles en étaient les raisons ? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent) *

- ☐ Blessure jugée superficielle ou mineure
- ☐ Patient source connu et considéré comme sain
- ☐ Manque de temps / charge de travail
- ☐ Procédure de déclaration trop complexe
- ☐ Crainte de jugement ou de stigmatisation
- ☐ Peur de conséquences sur mon évaluation professionnelle
- ☐ Je ne connaissais pas la procédure
- ☐ Sentiment que la déclaration n'est pas utile
- ☐ Autre

34. À quelle fréquence portez-vous les EPI (gants, masque, lunettes/visière) lors des interventions au bloc opératoire ? *

- | Jamais | Rarement | Parfois | Souvent | Toujours |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

35. À quelle fréquence utilisez-vous les dispositifs sécurisés (aiguilles rétractables, lames automatiques) lorsqu'ils sont disponibles ? *

- | Jamais | Rarement | Parfois | Souvent | Toujours |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

36. Dans mon institution, les EPI et les dispositifs sécurisés sont systématiquement disponibles. *

- | Jamais | Rarement | Parfois | Souvent | Toujours |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

37. Il m'arrive d'oublier certaines précautions de sécurité quand je suis pressé(e) ou stressé(e) au bloc opératoire. *

- | Tout à fait d'accord | Plutôt d'accord | Neutre | Plutôt en désaccord | Tout à fait en désaccord |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

BLOC 6 : FACTEURS ORGANISATIONNELS, CULTURE PROFESSIONNELLE ET SOUTIEN

38. Ma charge de travail au bloc opératoire me permet d'appliquer correctement les mesures de prévention. *

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
☐	☐	☐	☐	☐

39. Je reçois du soutien et des encouragements de la part de mon encadrement (cadre, chef de bloc) pour signaler les AES. *

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
☐	☐	☐	☐	☐

40. Dans mon équipe, on parle ouvertement des AES sans crainte de jugement. *

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
☐	☐	☐	☐	☐

41. Les infirmiers expérimentés de mon service valorisent la déclaration des AES et encouragent les plus jeunes à adopter cette pratique. *

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
☐	☐	☐	☐	☐

42. J'ai confiance que déclarer un AES n'aura pas de conséquences négatives pour moi. *

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
☐	☐	☐	☐	☐

43. Le signalement des AES est facilité par la disponibilité d'un formulaire clair et accessible. *

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
☐	☐	☐	☐	☐

44. Selon vous, quelle proportion des AES sont effectivement déclarés ? *

- ☐ 0-25%
- ☐ 26-50%
- ☐ 51-75%
- ☐ 76-100%
- ☐ Je ne sais pas

Ce contenu n'a pas été créé ni n'est approuvé par Microsoft. Les données que vous soumettez sont envoyées au propriétaire du formulaire.

 Microsoft Forms

Annexe 2bis :

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon mémoire de Master en Sciences de la Santé Publique à l'UCLouvain, je mène une étude auprès des infirmier(e)s de bloc opératoire du groupe HELORA sur les accidents d'exposition au sang (AES), les pratiques de prévention et les facteurs influençant leur déclaration.

L'objectif de cette enquête est de mieux comprendre :

Vos connaissances, attitudes et pratiques face aux AES.

Les obstacles et facilitateurs à la prévention.

Les raisons possibles de la sous déclaration de certains AES.

Les besoins d'amélioration en termes de formation, d'organisation et de culture de sécurité.

Le questionnaire :

S'adresse aux infirmier(e)s travaillant au bloc opératoire (circulant ou instrumentiste) du groupe HELORA.

Est entièrement anonyme : aucune donnée nominative (nom, prénom, matricule, adresse email) n'est collectée.

Prend environ 7 à 10 minutes à compléter.

Les réponses seront analysées uniquement de façon agrégée, dans un but de recherche académique.

Vos droits :

La participation est **entièrement volontaire**.

Vous pouvez interrompre le questionnaire à tout moment, sans justification et sans aucune conséquence sur votre situation professionnelle.

Vos réponses, même critiques à l'égard de l'organisation, ne seront pas communiquées nominativement et ne pourront pas être utilisées contre vous.

Si vous acceptez de participer, il vous suffit de cliquer sur le lien ci-dessous ou de scanner le QR code et de lire le court texte d'information, puis de valider votre consentement avant de commencer le questionnaire :

[Étude AES - Infirmiers Bloc Opératoire HELORA" – Remplir le formulaire](#)



Pour toute question ou demande d'information complémentaire, vous pouvez me contacter à l'adresse électronique suivante : antonio.maccione@student.uclouvain.be

En vous remerciant vivement pour le temps consacré et votre contribution à cette étude.

