



DÉPARTEMENT DE L'INTÉRIEUR ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

Directeur : Professeur F. Paccaud

EVALUATION DES CAMPAGNES DE PREVENTION
CONTRE LE SIDA EN SUISSE

LES PERSONNELS HOSPITALIERS

RAPPORT FINAL 1988

Françoise Dubois-Arber, Dominique Hausser

Cah Rech Doc IUMSP no 39.6

CAHIERS DE RECHERCHES
ET DE DOCUMENTATION

Adresse pour commande : Institut universitaire de médecine
sociale et préventive
Bibliothèque
17, rue du Bugnon - CH 1005 Lausanne

Citation suggérée : Dubois-Arber F., Hausser D. - Evaluation des campagnes
de prévention contre le SIDA en Suisse : Les personnels
hospitaliers. Rapport final 1988. - Lausanne, Institut
universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 41 p.
- (Cah Rech Doc IUMSP, Nr 39.6). Prix : CHF 15.-.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	5
2. BUTS DE L'ETUDE	6
3. MÉTHODE	8
3.1 Population étudiée et échantillon	8
3.2 Collectif constitué	9
3.3 Instruments d'enquête :	9
3.4 Considérations générales sur la méthode utilisée	10
4. RÉSULTATS	11
4.1 Résultats obtenus par questionnaire individuel	11
4.1.1 Connaissances sur les modes de transmission du VIH	11
4.1.2 Représentations et attitudes	15
4.1.3 Comportements	15
4.2 Résultats obtenus par les interviews de groupe	16
4.2.1 Les représentations du SIDA	16
4.2.2 Les attitudes de peur et de stigmatisation	17
4.2.3 Estimation du risque couru de contamination par le VIH dans l'exercice de la profession	19
4.2.4 Risque de contamination par le VIH / par le virus de l'hépatite B	20
4.2.5 Les attitudes face au test de dépistage	20
4.2.6 Attitudes face à l'information	21
4.2.7 Attitude face au secret médical	22
4.2.8 L'ambivalence et l'incertitude	23
4.2.9 Comportements	23
5. INFORMATION ET FORMATION DU PERSONNEL HOSPITALIER	25
5.1 Données recueillies par questionnaire :	25
5.2 Données recueillies par interviews	26
5.2.1 Quelques problèmes rencontrés dans le domaine de l'information/formation	26
5.2.2 Demandes de la part du personnel	27
6. ROLE MULTIPLICATEUR DU PERSONNEL HOSPITALIER	29
7. CONCLUSIONS	30

8. RECOMMANDATIONS	32
ANNEXE : QUESTIONNAIRES	34
Questionnaire 1	34
Entretien / Discussion 1	36
Questionnaire 2	36
Entretien / Discussion 2	37
Fragebogen Spitalpersonal 1	38
Fragebogen Spitalpersonal 2	40
BIBLIOGRAPHIE	41

1. INTRODUCTION

L'apparition du SIDA, maladie en général mortelle, transmise par voie sexuelle et sanguine, a fait renaître de façon aiguë au sein des professions de la santé des réflexions sur le rôle des professionnels face à une pandémie. Ces réflexions touchent de multiples domaines : rôle des professionnels de la santé dans la prévention, attitudes face aux risques de contamination au travail, attitudes face aux malades gravement atteints, attitudes face à des personnes appartenant à des groupes marginalisés dans la société, éthique professionnelle (devoir de traiter¹, devoir de confidentialité, secret professionnel, égalité de traitement, etc).

On peut suivre dans la littérature médicale les préoccupations engendrées par le SIDA et constater que souvent les professionnels de la santé se sentent peu prêts à affronter cette problématique nouvelle^{2 3}, manifestent des craintes^{4 5} ou même de l'ostracisme^{6 7} (parfois dues à des connaissances insuffisantes sur la maladie et sa transmission⁸). Les divergences nombreuses au sein du monde médical^{9 10} sur la façon d'appréhender la problématique SIDA, les débats passionnés^{11 12}, font apparaître la nécessité d'un consensus face au SIDA au sein des soignants, dans l'intérêt notamment des patients qu'ils ont (auront) à prendre en charge.

En Suisse, le SIDA a aussi fait l'objet de nombreuses discussions au sein des soignants. Les plus contradictoires ont eu lieu parmi les médecins et concernaient les problèmes de dépistage et de risque professionnel^{13 14}. Au sein de la profession infirmière, l'essentiel de la réflexion (publiée) a porté sur la relation et les soins au patient¹⁵.

Les autorités sanitaires suisses ont édicté à plusieurs reprises des recommandations à l'intention du personnel médical et paramédical pour prévenir les infections transmises par le sang (les dernières datant de 1988).¹⁶ Ces recommandations sont calquées sur celles adoptées aux Etats -Unis¹⁷.

2. BUTS DE L'ETUDE

Le personnel hospitalier est confronté simultanément à plusieurs aspects du SIDA : il voit et verra de plus en plus de malades et de séropositifs dans l'exercice de sa profession. D'autre part, il appartient majoritairement aux classes d'âge les plus touchées par le SIDA (20-40 ans) et par certaines caractéristiques sociales (mobilité d'emploi, importance relative des célibataires par exemple), il peut être considéré comme plus exposé que la population générale au risque de contamination par le VIH par contacts sexuels. Il doit donc se situer par rapport à deux types de risques : un risque de contamination dans sa vie privée et un risque professionnel. En d'autres termes, il doit gérer les informations générales sur le SIDA et les consignes de prévention reçues dans le domaine de la vie non professionnelle et celles, très spécifiques et liées à son travail, acquises à l'hôpital.

La première hypothèse sous-tendant cette étude est que cette situation particulière engendrerait une difficulté à apprécier correctement le risque réel de contamination avec une surestimation du risque professionnel et une éventuelle sous-estimation du risque "privé".

On peut faire une deuxième hypothèse : que les attitudes et comportements adoptés par le personnel hospitalier, dans le domaine du contact social professionnel avec les malades et les séropositifs mais aussi dans la sphère non-professionnelle (comportements de protection dans la vie sexuelle, par exemple) pourraient avoir valeur d'exemple (en positif ou en négatif) pour la population.

Une appréciation erronée des risques peut avoir des conséquences non négligeables sur l'attitude envers le patient, sur les conditions de travail, mais aussi sur ce que la population perçoit du SIDA à travers ce qu'elle voit ou sait de ce qui se passe à l'hôpital ou chez les membres des professions soignantes. En effet, le personnel travaillant dans ce secteur est souvent considéré par le reste de la population comme une référence pour des problèmes touchant à la santé, jouit d'une certaine crédibilité comme "source d'information autorisée" et peut être considéré comme **leader d'opinion informel** dans ce domaine.

Cette étude est donc destinée à :

- évaluer l'impact des messages de prévention chez le personnel hospitalier sous les deux aspects de la vie professionnelle et de la vie privée : les connaissances essentielles sont-elles acquises ? Les attitudes et comportements de prévention sont-ils adéquats ? Observe-t-on des peurs infondées de contamination, des perceptions inadéquates du risque, des difficultés à estimer les poids relatifs des risques professionnels et des risques personnels ? Existe-t-il des résistances à l'adoption de mesures de protection dans la vie professionnelle ou personnelle, des demandes exagérées de protection ? Existe-t-il des réactions de rejet à l'égard des malades ou des séropositifs ? Pourquoi, le cas échéant ?

- décrire les diverses problématiques en relation avec le SIDA chez le personnel hospitalier. Ceci peut servir d'aide à la mise en place des services de prévention et de formation continue dans les hôpitaux tels qu'ils existent déjà dans les hôpitaux de Lausanne et Zürich (mandat pour la Suisse délivré par l'OFSP).

- évaluer le rôle possible de multiplicateur de messages de prévention de cette population : si ce rôle existe, va-t-il dans le sens d'un renforcement de l'action préventive ou au contraire d'un affaiblissement de cette action par la diffusion de contre-messages ?

3. MÉTHODE

3.1 Population étudiée et échantillon

Le choix s'est porté sur ceux dont on présume qu'ils sont le plus confrontés avec le SIDA / ceux qui sont potentiellement en contact, non seulement avec le virus mais aussi avec le patient porteur du virus / pour tenir compte de la dimension interpersonnelle de la confrontation (des études menées précédemment dans le cadre du programme d'évaluation des campagnes de prévention du SIDA en Suisse¹⁸ ont montré l'impact de la mise en situation : des sujets ayant une attitude générale non-rejetante à l'égard de séropositifs peuvent avoir des comportements d'évitement lorsqu'ils se trouvent en face d'une personne séropositive, par exemple).

La population-cible de l'étude est donc l'ensemble des professions médicales et paramédicales soignantes, c'est-à-dire le personnel qui est le plus en contact avec le patient.

L'enquête est de type qualitatif avec échantillonnage ciblé en fonction de l'intensité de la confrontation du personnel hospitalier avec le problème du SIDA. Les services dans lesquels ont eu lieu l'investigation ont été choisis en fonction

a) de la taille de l'hôpital (universitaire, cantonal non universitaire, régional) et par là-même de la vocation d'établissement de référence pour une affection telle que le SIDA.

b) de la fonction du service (séjour / traitement / investigations versus accueil / intervention de courte durée);

c) de la spécialisation du service dans la prise en charge de malades du SIDA ou de patients séropositifs.

L'enquête a touché les deux principales régions linguistiques.

Selon l'importance de l'hôpital considéré, les services suivants ont été choisis :

- hôpital universitaire : 3 services

- division des maladies infectieuses ou service spécialisé dans le traitement des malades du SIDA

- urgences ou soins intensifs ou salle d'opération

- service des lits de médecine, chirurgie ou gynécologie-obstétrique
- hôpital cantonal non universitaire : 2 services
 - urgences ou soins intensifs ou salle d'opération
 - service des lits de médecine, chirurgie ou gynécologie-obstétrique
- hôpital régional : 1 service
 - service des lits de médecine, chirurgie ou gynécologie-obstétrique.

3.2 Collectif constitué

L'enquête a eu lieu dans 13 services répartis dans les diverses catégories d'hôpitaux mentionnés dans les cantons de : Genève, Vaud, Fribourg, Neuchâtel, Jura, Valais, Berne, Zurich. Ces services étaient distribués de la façon suivante :

- hôpitaux universitaires : 2 services "spécialistes du SIDA", 2 services de gynécologie/obstétrique (comprenant à la fois des soignants des services de lits et des services d'intervention), 1 service de soins généraux de médecine, 1 service de chirurgie (urgences et salle d'opération)

- hôpitaux cantonaux non universitaires : 1 service de soins généraux de médecine, 1 service de chirurgie (urgences et salle d'opération), 1 service d'accueil (admissions/urgences)

- hôpitaux régionaux : 1 service de soins généraux de médecine, 1 service de médecine (urgences et service des lits), 2 services de chirurgie (service des lits et salle d'opération).

1 service a refusé de participer à l'étude, 2 autres ont accepté puis renoncé pour des raisons techniques (manque de temps, absence du chef de service au moment prévu pour l'enquête).

Le collectif ainsi constitué compte 83 personnes dont 3/4 de femmes (55 infirmiers(ères), 13 médecins ou stagiaires-médecins, 11 infirmiers(ères) assistant(e)s, élèves-infirmiers(ères) ou autres professions para-médicales, 4 personnes ayant omis de mentionner leur profession). Les âges sont répartis comme suit : <20 ans : 1, 20-29 ans : 42, 30-39 ans : 28, 40-49 ans : 9, 50 ans et plus : 1, âge inconnu : 4.

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

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

3.3 Instruments d'enquête :

Deux types d'instruments ont été employés simultanément :

- **entretien de groupe** (3-12 personnes du même service, appartenant au personnel soignant) de type semi-directif (discussion lancée sur certains thèmes selon un guide d'entretien) portant sur le problème du SIDA tel qu'il est vécu dans le service ou dans l'hôpital (informations reçues, directives existantes, attitudes et comportements face à la prévention, aux patients, besoins ressentis en information ou en soutien),

- **questionnaire individuel auto-administré anonyme** rempli avant et après l'entretien de groupe, portant sur des questions de connaissances sur le SIDA (1er questionnaire), d'attitudes et de comportements face au risque de contamination professionnelle ou non professionnelle tels que peurs, hiérarchisation des risques, nombre de partenaires sexuels, usage du préservatif, etc (2ème questionnaire),

Les entretiens ont eu lieu pendant l'horaire normal de travail dans les hôpitaux-mêmes. Ils étaient menés par deux équipes de deux chercheurs, médecins et sociologues et enregistrés sur magnétophone avec l'accord des participants.

3.4 Considérations générales sur la méthode utilisée

- le type d'échantillonnage des services retenu, "ciblé", destiné à obtenir une représentation de services de toute la Suisse et surtout de services avec divers degrés de confrontation avec le SIDA paraît pertinent, particulièrement en ce qui concerne le degré de confrontation à la maladie qui semble être un bon discriminant pour les attitudes et comportements rapportés. Un tel type d'échantillonnage ne permet pas d'affirmer que les observations recueillies se rapportent à l'ensemble du personnel des hôpitaux. Il n'est possible que de repérer des tendances et surtout de répertorier et analyser des situations données (plus ou moins fréquentes).

- la procédure choisie pour recueillir les données (questionnaire individuel portant sur les connaissances et des aspects de processus d'acquisition et de transmission de ces connaissances, suivi d'une discussion de groupe focalisée sur le thème SIDA et personnel hospitalier, puis d'un deuxième questionnaire individuel se rapportant aux attitudes et comportements) permet d'approcher l'articulation entre la perception des risques professionnels et personnels et les comportements associés en limitant les biais de suggestion. Dans certains groupes d'interviewés, des effets de leadership peuvent apparaître, qui nécessitent l'intervention des interviewers (donner la parole à tout le monde, par exemple).

- l'acceptabilité de l'enquête est bonne (forme et contenu).

4. RÉSULTATS

4.1 Résultats obtenus par questionnaire individuel

Ces données recueillies permettent quelques comptages qui doivent être interprétés en termes de tendance parmi les gens interrogés, la méthode d'échantillonnage n'autorisant pas une inférence statistique à la population mère.

4.1.1 Connaissances sur les modes de transmission du VIH

9 modes de transmission étaient proposés : relation sexuelle, échange de matériel d'injection, transfusion en Suisse, piqûre de moustique, serrer la main à un malade du SIDA, transmission lors d'un soin de plaie, lors d'une intervention chirurgicale, en mangeant une fondue, par baiser sur la bouche.

Pour chacun de ces modes de transmission, il fallait choisir entre 5 appréciations sur la fréquence de la transmission pour ce mode (la transmission du VIH se fait) : très fréquemment, fréquemment, rarement, très rarement, jamais. (tableau 1 et figure 1).

Tableau no 1 : **Connaissance des modes de transmission du VIH chez le personnel hospitalier**

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

On obtient une bonne homogénéité de réponses justes pour les modes de transmission **par voie sexuelle, par échange de matériel d'injection** (fig. 1a-b). La même homogénéité se retrouve pour les modes de transmission "**en serrant la main d'un malade**", "**en mangeant une fondue**". Toutefois 2 personnes pensent que la transmission se fait très fréquemment en serrant la main d'un malade (erreur de notation ?) et 3 personnes admettent un risque en mangeant une fondue... (fig. 1 c-d).

La transmission par les **moustiques** (non documentée à ce jour) est admise par 13 personnes et 7 ne se prononcent pas (fig. 1 e). La transmission par **baiser sur la bouche** (jamais documentée non plus) est admise par 18 personnes, 8 ne se prononçant pas (fig. 1 f). Ces réponses traduisent une lacune dans les connaissances et surtout suscitent des interrogations sur la capacité du personnel soignant à fournir des réponses claires à des personnes qui demanderaient des renseignements concernant les modes de transmission du virus.

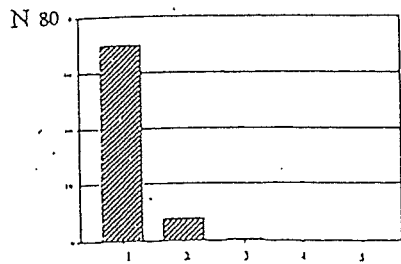
Les réponses concernant des **modes de transmission touchant directement la sphère professionnelle** sont plus inquiétantes : (fig. 1 g-i). On observe une grande dispersion des réponses qui témoigne d'une incertitude persistante sur ces problèmes. Ceci est particulièrement net pour la transmission **pendant une opération** et la transmission **en faisant un soin de plaie** (jamais documentée à ce jour). La question de la sécurité actuelle (quoique l'année n'ait pas été précisée dans la question) des **transfusions en Suisse** est loin de faire l'unanimité chez le personnel hospitalier et,

de ce fait, l'information transmise aux patients (par exemple ceux qui craignent une transfusion) pourrait être imprécise.

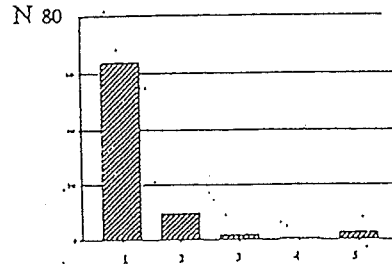
Figure 1 : Connaissance des modes de transmission.

La transmission du VIH se fait :

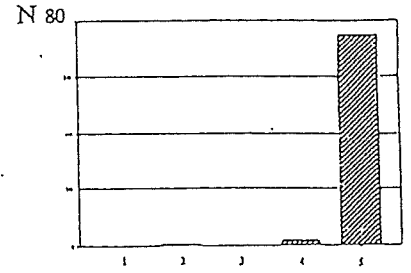
a) par relation sexuelle



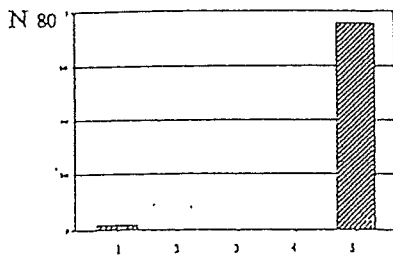
b) par échange de matériel d'injection



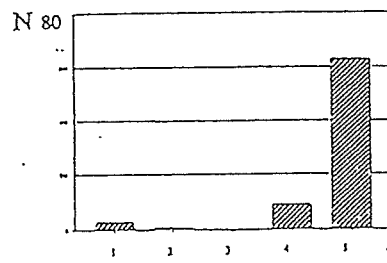
c) en mangeant une fondue



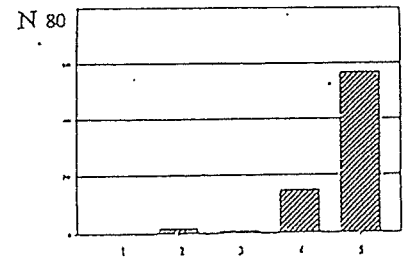
d) en serrant la main d'un malade



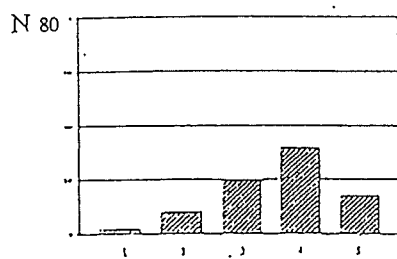
e) par piqûre de moustique



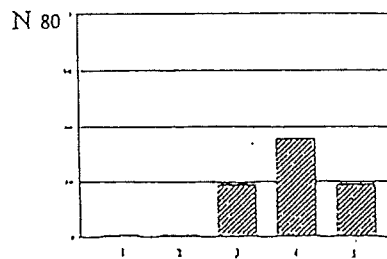
f) par baiser sur la bouche



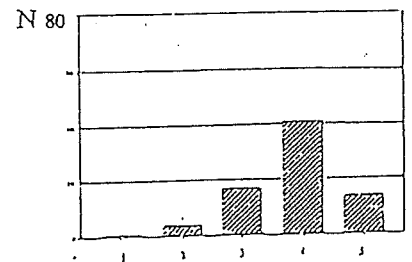
g) par transfusion sanguine en Suisse



h) lors d'une intervention chirurgicale



i) lors d'un soin de plaie



1 : très fréquemment, 2 : fréquemment, 3 : rarement, 4 : très rarement, 5 : jamais.

4.1.2 Représentations et attitudes

42 % (35 personnes) pensent avoir couru **par le passé** des risques de contamination par le VIH. La grande majorité d'entre elles mentionne un risque professionnel comme seul risque. 3 personnes mentionnent un risque sexuel (dont 2 comme risque venant après le risque professionnel par ordre d'importance), 1 personne un risque "privé" (mentionné aussi en 2ème position).

Si on pose la question de la contamination par le **VIH dans le futur** : "pensez-vous que cela pourrait vous arriver ?", 51 % (43 personnes) répondent par oui. A la question : " comment ?" la majorité mentionne un risque professionnel.

- 23 personnes ne mentionnent qu'un risque professionnel
- 10 personnes ne mentionnent qu'un risque sexuel ou "privé"
- 3 personnes mentionnent les 2 risques : professionnel puis privé
- 3 personnes mentionnent les 2 risques : privé puis professionnel.
- 4 personnes ne mentionnent pas la nature du risque.

A la question : " avez-vous **peur d'attraper le VIH?** ", 35 % des personnes interrogées répondent oui.

Il existe des différences dans la peur exprimée selon le degré de confrontation avec la maladie. La peur est la moins fréquente chez ceux qui n'ont jamais vu de malade du SIDA (22 %), augmente chez ceux qui ont vu de 1-5 malades (37 %), est la plus fréquente chez ceux qui en ont vu de 6-20 (47 %) et redevient moins fréquente chez ceux qui ont vu plus de 20 malades (31 %).

4.1.3 Comportements

Sur l'ensemble du collectif, 4 personnes ont mentionné avoir eu, durant les 6 derniers mois, des **relations sexuelles occasionnelles** en dehors d'une relation stable. Ce sont 2 hommes et 2 femmes, tous âgés de moins de 30 ans (= 9 % de relations sexuelles occasionnelles parmi les personnes interrogées de cette classe d'âge). L'une a utilisé des préservatifs toujours, 2 parfois, 1 jamais. Ces résultats sont proches de ceux que l'on retrouve dans la population générale de cet âge¹⁸.

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

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

33 % disent que le SIDA a changé quelque chose dans leur vie. La majorité mentionnent une augmentation des précautions (au travail). D'autres situent ce changement dans la vie relationnelle : restriction de la liberté sexuelle, sens des responsabilités vis-à-vis du partenaire, stabilité dans le couple, changement d'attitude face aux relations occasionnelles. D'autres enfin parlent de changement plus généraux : réorientation de la vie professionnelle, devoir d'information des autres gens, réflexion sur l'être humain et son environnement.

4.2 Résultats obtenus par les interviews de groupe

4.2.1 Les représentations du SIDA

Toutes les discussions de groupe ont mis fortement en évidence des **ambivalences** marquées tant dans les attitudes que les comportements face à la problématique SIDA en milieu hospitalier, qui ont leurs racines dans le système de représentations de cette maladie. Ces représentations sont souvent peu apparentes ou explicites, au moins dans le premier temps de la discussion. En effet, la majorité des discussions débute sur un mode très rationnel qui pourrait faire penser que le SIDA à l'hôpital pose peu ou plus de problèmes. C'est dans la dynamique de l'interview qu'apparaissent les questionnements individuels et collectifs, les véritables points clefs, fondés sur un système de représentations liées au SIDA, en partie commun à la population générale, en partie spécifique au milieu soignant :

- le SIDA est une **maladie mortelle et "honteuse"** (acquise et transmissible par des comportements répréhensibles socialement : certaines orientations ou pratiques sexuelles, certaines formes de relation comme l'adultère ou la prostitution, la toxicomanie). Ce type de représentation est exprimé souvent indirectement : *"l'anonymat (concernant les comportements à risque, le status sérologique) fait partie de l'intimité de la personne, mais au moment où cette personne rentre dans un milieu (l'hôpital) où elle est en contact avec des gens qui n'ont rien à voir avec ça (où ça est lourd de réprobation)"*... Ces représentations sont parfois attribuées à d'autres : *"si je me contamine (à l'hôpital) on dira : celle-ci elle s'est sûrement contaminée autrement... Comment voulez-vous vous défendre, prouver votre bonne foi?"*. Il est souvent implicite dans le discours que **les séropositifs ou les malades sont responsables** (donc "coupables") **de ce qui leur arrive**. En revanche, **le personnel hospitalier fait office de potentielle victime innocente**.

Ce type de représentation à forte charge émotionnelle a deux conséquences spécifiques au milieu hospitalier : d'une part **la compassion (empathie) à l'égard du patient n'est plus au premier plan** et est remplacée par de la distanciation ou même par un rejet, d'autre part il apparaît de la "suspicion" à l'égard du patient. Ce terme a souvent été utilisé en médecine pour désigner l'éventualité d'un diagnostic (suspicion de bronchite par exemple). Ici, et c'est nouveau, c'est le patient lui-même qui est suspect (ou louche, ou un cas douteux); il existe un jugement de valeur qui porte sur la personne.

- le SIDA est lié à l'**appartenance à 2 groupes à risque** (toxicomanes et homosexuels). Cette représentation rassure en faisant croire que la séropositivité peut être présumée plus ou moins facilement par l'anamnèse ou l'aspect du patient. Elle est en contradiction avec ce que le personnel "sait" (et exprime aussi) par l'information reçue, à savoir que le SIDA est lié à des comportements ou des situations à risque. Elle existe cependant (et vient contredire ce qui a été appris) parce qu'elle est confirmée par les faits : tous les malades et les séropositifs décrits par les personnes interviewées appartiennent effectivement encore à ces groupes. (le décalage entre le moment de l'infection et le moment d'apparition de la maladie et le fait que les notions de groupe à risque soient dépassées sont alors "oubliés"). .

Les représentations décrites jusqu'à présent, même si elles sont souvent attribuées à des tiers, existent bel et bien à l'hôpital. Elles sont souvent refoulées, en partie inconscientes. Elles ne doivent pas être prises à la légère parce qu'elles peuvent avoir des conséquences, sur l'estimation du risque personnel couru (erreur dans l'évaluation du risque professionnel), sur les comportements dans le travail (par exemple : hyperprotection ou abandon des

précautions universelles dans des situations inappropriées) et à l'égard du patient (par exemple : ostracisme).

- **le SIDA est une maladie (grave) comme une autre (maladie grave).**
- **n'importe qui peut être séropositif.**

Ces deux dernières représentations sont en fait plutôt des affirmations, d'acquisition plus récente (qui coexistent avec des représentations plus "négatives"), et témoignent d'un processus d'apprentissage ou de réflexion. Elles sont exprimées, avec des significations différentes à des moments particuliers dans les interviews, plutôt tout au début avant que les gens se détendent, acceptent de s'impliquer vraiment (affirmation superficielle, de type socialement acceptable et attendue) ou à la fin après 1 heure d'échanges nourris sur le sujet qui ont facilité la réflexion et amené à assumer vraiment cette conviction. *"On associe beaucoup le SIDA avec les drogués mais on peut se trouver confronté avec des tas de gens comme vous et moi qui peuvent être séropositifs. N'importe qui peut être séropositif"*.

4.2.2 Les attitudes de peur et de stigmatisation

- **Les craintes de contamination** : les réponses sur les risques, adéquates et "raisonnées" même si elles ne sont pas toujours très précises, obtenues par questionnaire (questions à choix multiples) contrastent avec les peurs de contamination en milieu hospitalier, souvent irrationnelles, exprimées dans les discussions de groupe.

Tous ceux qui ont vu un séropositif ou un malade ont passé par une phase de peur de contamination au travail qui est liée à l'intensité (nombre de malades vus) et au type (malade/séropositif) de la confrontation au SIDA.

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

Avec les premiers séropositifs ou malades hospitalisés, viennent les peurs de contamination, parfois très fortes (penser à une contamination à chaque injection, craindre de se contaminer en faisant le lit d'un malade, prendre la tension avec des gants, faire un examen avec des gants, par exemple). Ces craintes génèrent des demandes de sécurité absolue (port de gants, masques, lunettes, isolement des malades, demande de tester les patients à l'entrée à l'hôpital). Certains responsables d'antennes SIDA dans les hôpitaux universitaires parlent d'un véritable harcèlement de questions de la part de services nouvellement en contact avec des patients séropositifs ou malades du SIDA, ce qui conduit à l'appréciation suivante *"ce sont les services où il y a le moins de cas de SIDA qui posent le plus de problèmes"*.

Les craintes diminuent avec le temps et le contact avec la réalité de la maladie : le malade du SIDA ou le séropositif redevient un malade (menacé ou atteint d'une maladie grave) comme un autre. Les aspects de soin et de prise en charge reviennent au premier plan et ce sont ces problèmes-là qui peuvent constituer éventuellement une charge particulière (en général d'ordre émotionnel) pour les soignants. La séropositivité en tant que risque pour le soignant n'est plus qu'une

caractéristique d'un patient parmi d'autres dont il faut tenir compte pour certains gestes seulement. Il n'y a alors plus de demande de protection absolue mais une demande d'information et de formation.

Les attitudes sont aussi différentes selon le type de service : le personnel des services "**de passage**" (salle d'opération, urgences) où il se fait beaucoup de prises de sang, d'injections et de travail avec du matériel tranchant, dans des situations où il faut agir vite, réagit au SIDA sur un **modèle maladie contagieuse** : peur de l'attraper, peur de l'inconnu (le séropositif n'est pas identifiable). Il aurait tendance à vouloir reconnaître les patients "à risques", avec des possibilités de stigmatisation ("*J'ai eu des échos de ce bonhomme et c'était mon droit de me protéger. Je lui ai dit : ici on met des gants pour pas mal de gens*"). Les précautions universelles semblent difficiles à mettre en pratique et la tendance serait plutôt au jugement "à la tête du client" (l'aspect "convenable" ou pas, la coupe ou la couleur des cheveux, les boucles dans le nez ou les oreilles, l'âge, les cicatrices d'injection) ou "selon la réputation" ou selon le diagnostic (fièvre de longue de longue durée chez un patient jeune, pneumonie, etc). Dans ces services "de passage", le poids moindre porté sur l'aspect relationnel de la prise en charge pourrait conduire à des situations où, le nombre de patients séropositifs ou malades augmentant, les craintes pourraient l'emporter sur l'accoutumance au problème et susciter des tensions au sein du personnel.

Dans les services "soignants", c'est à dire les **services de lits**, le personnel adopte plutôt face au SIDA un **modèle maladie mortelle** (cancer). Il est en face d'une personne et plus seulement d'un risque. C'est la prise en charge qui est perçue comme étant le problème principal, les aspects d'éthique professionnelle aidant à mieux relativiser le risque de contamination et à diminuer les peurs. Cet accompagnement est souvent pris très au sérieux et les infirmières, par exemple, qui se sentent très quotidiennement près du malade et de ses proches aimeraient partager davantage cette fonction avec le médecin. C'est aussi dans ce type de services que des discussions au sein des équipes ont lieu, pour essayer de faire face aux tensions émotionnelles causées par des prises en charge souvent difficiles : comment aider un patient qui est dans une phase de déni de sa maladie, comment soulager les angoisses de quelqu'un de jeune confronté à l'idée de sa propre mort qui présente en même temps d'intenses sentiments de culpabilité (par exemple une mère séropositive avant la naissance d'un enfant qui a de grands risques d'être contaminé), comment gérer les rapports avec l'entourage d'un patient qui cache son état à une partie de ses proches et pas à d'autres.... Ces situations complexes éveillent des réflexions approfondies chez le personnel qui tendent à éloigner la peur de contamination mais apportent des sentiments de malaise et d'incertitude sur les capacités de répondre aux besoins des patients

Les attitudes sont aussi différentes en fonction de la taille des hôpitaux. Les grands hôpitaux (universitaires ou cantonaux) sont confrontés depuis longtemps au SIDA et le sont d'une manière plus intensive ou continue (en tout cas les services de médecine, chirurgie, pédiatrie, dermatologie, gynécologie-obstétrique). L'information s'y est faite plus tôt, la réflexion a pu se développer et on rencontre un niveau de conscience collectif des problèmes posés par le SIDA, actuellement et dans l'avenir, parfois impressionnant (surtout dans les services de lits) : risques de discrimination de certains patients ou catégories de patients, éthique professionnelle, attention aux besoins des patients, avantages et inconvénients des mesures de prévention proposées à l'hôpital, relativisation des risques de contamination professionnelle, etc.

- **Les attitudes de stigmatisation** existent essentiellement à l'encontre des toxicomanes (considérés comme des malades difficiles, imprévisibles, peu compliants, accordant et inspirant peu de confiance, parfois franchement évoqués comme des cas perdus de toutes façons). Les homosexuels paraissent moins rejetés (estimés plus conscients, connaissant parfaitement leur maladie, discrets et compliants) bien qu'un

malaise soit perceptible lorsqu'il est fait mention dans les discussions de groupe de questions touchant à l'orientation sexuelle.

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

4.2.3 Estimation du risque couru de contamination par le VIH dans l'exercice de la profession

Les peurs engendrent une surestimation du risque professionnel où le risque perçu devient beaucoup plus grand que le risque réel (une étude menée dans une cohorte de travailleurs hospitaliers qui avaient été exposés accidentellement à une piqûre ou une coupure avec du matériel infecté par le VIH a montré un risque de séroconversion de 5 %¹⁹).

Les travailleurs hospitaliers ont de la peine à relativiser le risque de contamination professionnel, à le considérer sous son aspect probabiliste; par exemple ce risque n'est pas comparé à d'autres risques, professionnels ou non, acceptés couramment et en particulier est peu mis en relation avec le risque sexuel de contamination par le VIH.

Le risque d'acquisition du VIH à l'hôpital semble d'autant plus surestimé qu'il apparaît comme mortel et imposé parce que professionnel, contrairement au risque privé qui serait assumé librement et en connaissance de cause ("*c'est ma profession, pas un passe-temps*" ou "*je fais ce métier d'accord, mais pas avec ce genre de risque*").

En fait, c'est la contamination par voie cutanée ou muqueuse qui est traitée de la manière la plus irrationnelle et conduit à des exagérations y compris dans la description des conditions de travail, sorte d'auto-justification de craintes : "*en salle d'accouchement, on a les mains dans le sang toute la journée, on en a plein partout, c'est un milieu assez sanglant*". Mais la description des mesures de protection, dans la même interview fait apparaître que la seule différence entre un accouchement "avant" et "maintenant", c'est le port de lunettes; le tablier de protection, le masque, les gants préexistaient... Mêmes considérations sur les petites blessures aux mains, les écorchures, les petites dermatoses ("*tout le monde en a*") : elles sont souvent mises en avant comme un risque important alors que chacun admet travailler selon des normes d'hygiène évidentes : on fait attention de ne pas se salir les mains, de ne pas toucher des plaies, des pansements souillés, etc., à mains nues.

Ce sont dans les services "de passage" (admissions, urgences) et ceux où potentiellement (salle d'opération, salle d'accouchement) il existe le plus de contact avec du sang ou des liquides corporels, que le terme de profession "à risque" ou "à haut risque" de contamination par le VIH a été mentionné.

L'attitude face au risque (mieux documenté, même s'il est faible) de contamination par piqûre accidentelle ou coupure avec un instrument tranchant est très ambivalente : à la fois on reconnaît que le port de gants ne protège pas vraiment de ce genre d'incident et on ne parle que de ça (combien de paires porter, avec "qui" en employer, où et dans quelles circonstances). La réflexion sur ce problème (piqûres

et gants) est peu présente, notamment sur quelques questions déterminantes : est-ce que les accidents sont fréquents, dans quelles circonstances surviennent-ils, comment faire pour ne pas se piquer, que faire si ça arrive? D'une manière générale, le débat sur les mesures de protection est souvent l'arbre qui cache la forêt. Il existe peu de réflexions sur d'autres questions liées à la relativisation du risque : rapport coûts/bénéfices de l'instauration de mesures de précautions universelles (notamment en ce qui concerne le port de gants), incidence de certaines mesures sur la qualité des soins (diminution de l'habileté, différences entre les soins ou alternative de traitements selon le status sérologique du patient) ou de la relation avec le patient.

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

4.2.4 Risque de contamination par le VIH / par le virus de l'hépatite B

D'une façon générale, le risque de contamination par le virus de l'hépatite B ne fait pas aussi peur que celui concernant le VIH, sans même que soit mentionnée la possibilité de vaccination. Souvent, le fait que la transmission du VIH soit plus difficile que celle du virus de l'hépatite B rassure. L'impression qui se dégage de ce qui est dit au sujet de l'hépatite B fait penser que ce problème a été plutôt sous-estimé par le passé.

Pour certains interviewés (rares), il est totalement inacceptable qu'un travailleur hospitalier puisse être contaminé dans le cadre de son travail **par le VIH** (ceci renvoie à la représentation de SIDA = maladie scandaleuse) ; il n'est pas question d'assumer ce risque même minime et il faudrait tout faire pour l'empêcher, (y compris prendre des mesures potentiellement nuisibles à la qualité des soins ou disproportionnées avec la magnitude du risque réel).

Rien de semblable en ce qui concerne l'hépatite B. Il est frappant par exemple que jamais, dans les discussions de groupe, le parallèle entre conséquences d'une contamination par le VIH et conséquences parfois mortelles (hépatite fulminante, hépatite chronique agressive, cancer hépatique) d'une contamination professionnelle par le virus de l'hépatite B n'ait été fait. De même, jamais n'a été évoquée la différence d'attitude du personnel hospitalier face à ces deux risques. En effet, il y a une relative insouciance face à l'hépatite B, même évoquée historiquement chez ceux qui sont maintenant vaccinés ...ou contaminés; il n'y a pas de remarques sur le fait qu'il n'y ait jamais eu de demandes de dépistage systématique du virus de l'hépatite B pour les patients qui entrent à l'hôpital ou qui vont avoir une opération; pas de réflexion sur le fait que le désir d'identification des patients "à risque" n'ait jamais été fort dans le cas de l'hépatite B, avec les stigmatisations qui s'y rattachent.

C'est peut-être dans le discours (ou l'absence de discours) sur l'hépatite B que l'on mesure le mieux le poids des tabous rattachés au SIDA.

4.2.5 Les attitudes face au test de dépistage

Est-il important de savoir qui est séropositif et qui ne l'est pas parmi les patients hospitalisés ? Il existe à ce sujet encore, une grande ambivalence chez le personnel hospitalier et des positions divergentes.

Ceux qui ont le plus peur d'une contamination (surtout le personnel des urgences, de la salle d'opération) aimeraient "savoir", donc éventuellement tester tout le monde, pour pouvoir se protéger. D'un autre côté ils se rendent bien compte de l'existence d'un délai pour obtenir un résultat de test, de l'existence d'un délai entre contamination et apparition d'une séropositivité et (beaucoup moins souvent) du fait que la connaissance du status sérologique d'un patient ne modifie pas forcément le risque d'accident par piqûre. Ils pencheraient alors pour l'adoption de protections universelles qui rendent obsolète la nécessité de tester, mais qui sont difficiles à mettre en pratique systématiquement (situations d'urgence, y penser à chaque fois). Curieusement, peu de gens doutent de la protection conférée par le port de gants, par exemple, face aux accidents par piqûre ou coupure et le concept de fausse sécurité (se croire protégé à 100 % par le port de gants avec le risque de diminution de la vigilance et de l'habileté à l'occasion de certains gestes techniques) n'est pas présent dans les esprits. Il serait peut-être plus juste de dire que beaucoup de personnes évitent de se poser cette question, génératrice d'angoisse (les gants ne protègent pas des piqûres qui sont les plus dangereuses : les plus profondes ou celles qui contiennent du sang).

De plus ceux qui sont avides de "savoir", sont beaucoup moins prêts à assumer les conséquences de ce savoir pour le malade : lui annoncer qu'il est séropositif, faire face à des situations de crise déclenchées par l'annonce d'une séropositivité. Ceux qui ont moins (ou pas) peur de la contamination, notamment ceux qui ont déjà eu des contacts avec des patients atteints de SIDA qui ont permis de dédramatiser la situation, ressentent moins le besoin de "savoir" pour se protéger que celui de "savoir" pour mieux aider le patient à rompre son isolement, pour l'accompagner ou simplement pour connaître tous les aspects médicaux de leur patient, au même titre qu'ils préfèrent savoir quand un patient est alcoolique ou toxicomane afin d'être attentifs aux problèmes inhérents à ces situations à l'hôpital (risque de delirium, risque de "manque"). Très souvent cependant la réaction est : *"ça n'apporte rien de plus en matière de sécurité de connaître le status sérologique d'un patient, mais quand même ... on aimerait bien le savoir, s'il est séropositif"*.

Notons enfin que rarement une réflexion approfondie sur l'attitude à adopter face au test a eu lieu dans les services (si l'on excepte les services spécialisés SIDA). Pour une grande part des interviewés, les échanges de réflexions à ce sujet lors de l'interview de groupe ont donné lieu à un questionnement intense et ont permis pour la première fois de mener un véritable raisonnement.

4.2.6 Attitudes face à l'information

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

Certains, plutôt des responsables infirmiers ont mené une réflexion sur les problèmes que posent les précautions universelles (coût, perte de temps, fausse sécurité, etc) et aimeraient disposer d'estimations de prévalence des porteurs de VIH chez les patients hospitalisés (*"On ne connaît pas notre risque d'avoir un contact avec*

un malade VIH+; si on disposait de données concrètes, ça changerait notre attitude de précaution : avec 1 séropositif pour 10 patients : précautions universelles, avec 1 séropositif pour 10'000 patients : précautions universelles injustifiées, le risque de se tuer en prenant l'avion pendant les vacances est plus grand"). Ils revendiquent d'être considérés comme des partenaires responsables, capables d'adapter leur comportement de prévention au travail en se fondant sur des données épidémiologiques précises. Ils trouvent que la banalisation, la dédramatisation faites par les autorités sanitaires est allée trop loin. (*"Ils veulent apaiser les esprits; pour le public général c'est une bonne chose, pas nécessairement pour nous"*).

4.2.7 Attitude face au secret médical

Presque toutes les personnes interrogées, même dans les services où il semble n'y avoir plus aucun problème avec le SIDA trouveraient normal qu'un patient qui se sait séropositif l'annonce (mais à qui ?). Ils estiment que cela leur est dû au nom d'un risque professionnel potentiel. Dans de rares cas, certains font même tout pour savoir si un patient est séropositif au cas où ils le soupçonneraient. (*"Au domicile, une infirmière a demandé à l'ami d'un patient qu'elle soupçonnait d'être séropositif : est-ce que vous pouvez m'assurer que si je me pique rien ne m'arrivera ? C'est comme cela qu'elle a réussi à savoir"*).

Le personnel hospitalier a l'habitude du secret médical qui n'en est d'ailleurs pas vraiment un à l'hôpital, car il s'agit plutôt d'un secret partagé, parfois largement, via les dossiers médicaux, les cardex et les discussions formelles ou informelles au sujet des patients. Il a donc tendance à sous-estimer deux choses : les phénomènes de bouche à oreille au sein du personnel si ce n'est la sortie de l'information à l'extérieur de l'hôpital et le risque de rejet du séropositif qui existe encore dans la société actuellement.

De fait, dans plusieurs groupes, des remarques très claires ont été faites au sujet de la "perméabilité" du secret de fonction (*" si on veut savoir ce que se passe à l'hôpital, il suffit de prendre le bus de 16 heures", "les premiers cas de séropositifs, tout le monde en parlait; moi, si j'avais été séropositif, je serais allé me faire soigner ailleurs; ça me faisait mal pour la personne"*).

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

Il est clair que les questions liées au secret professionnel sont aiguës dans la situation actuelle. Le SIDA est une maladie encore très dérangeante, ne suscitant pas la même compassion et solidarité que n'importe quelle autre affection de gravité comparable. Cet état des choses est susceptible d'évoluer. Là aussi, le SIDA joue le rôle de révélateur...d'un fait (la relativité du secret de fonction) dont les professions de la santé ne se souciaient plus exagérément.

Les médecins interrogés dans le cadre de cette étude (ils appartenaient surtout à des "antennes SIDA") sont en général opposés au fait de demander à être déliés du secret médical pour avertir le partenaire d'un séropositif. Ils jugent que la discussion avec le patient permet dans pratiquement tous les cas d'aboutir à ce que le

patient lui-même (ou avec l'aide de son médecin) annonce à son(ses) partenaire(s) la nature de son état ou prenne les mesures de prévention appropriées. Ceux qui s'occupent fréquemment de séropositifs ou de malades disent d'ailleurs que la situation où un séropositif cacherait son état à son partenaire stable est exceptionnelle.

4.2.8 L'ambivalence et l'incertitude

Les attitudes décrites existent souvent sous des formes contradictoires chez la même personne et peuvent être exprimées successivement sans que la contradiction soit remarquée par celui qui l'énonce. (dire n'avoir pas peur et exprimer par la suite une série de craintes, dire l'inutilité en général de savoir qui est séropositif et qui ne l'est pas et exprimer le besoin d'identifier les séropositifs). Ces ambivalences sont très fréquentes et doivent être remarquées et prises en compte. Elles n'apparaissent pas au début des entretiens et l'on pourrait croire à ce moment à un consensus rassurant mais réducteur (en général sur le thème "il y a eu des problèmes mais tout est résolu").

De même, l'incertitude et l'angoisse qu'elle suscite n'apparaissent pas tout de suite dans les interviews pour devenir évidentes ensuite. Cette incertitude se rapporte à de nombreux sujets : évolution de l'épidémie, efficacité des mesures de prévention, devenir des malades, magnitude du risque réel de contamination, etc. Elle semble très difficile à assumer, se nourrit et nourrit à son tour des craintes rampantes.

La situation de l'interview de groupe même de durée relativement brève a permis de mettre en évidence un fait (observé dans plusieurs groupes) : rarement les personnes interviewées avaient eu l'occasion de parler de leurs craintes, de leurs incertitudes, de donner leur avis, de le confronter à celui de leurs pairs. Ce type de situation a permis aussi aux groupes d'aller jusqu'au bout d'une réflexion en s'entraînant mutuellement, de se rendre compte de contradictions émises successivement, souvent pour les dépasser et arriver à un consensus après un véritable processus d'apprentissage (sans intervention orientée de la part des interviewers qui se bornaient à demander des précisions, à ne pas laisser un objet de discussion en suspens).

4.2.9 Comportements

Les changements de comportement décrits en rapport avec le SIDA sont surtout des changements dans l'activité professionnelle (prise de précautions, systématique ou non). Très rarement dans les discussions ont été faites des allusions au fait que les gens se sentaient "aussi" mais jamais "principalement" concernés par l'existence de risques de contamination dans leur vie privée. Aucune comparaison de risque n'est esquissée.

Les comportements de précautions au travail suivent de près les représentations qu'on a de la maladie et de l'estimation des risques de transmission et sont influencés par l'attitude des responsables de service : ceci aboutit à une très grande diversité dans les mesures prises par chaque individu...

Dans les services de lits qui sont confrontés depuis longtemps et fréquemment au problème, un certain consensus semble exister dans les équipes dans le sens de la dédramatisation, de la relativisation des risques et de l'universalité des mesures de protection pour un petit nombre de gestes. Le patient est considéré dans sa totalité, les problèmes psycho-sociaux liés au SIDA sont reconnus et pris en charge. Le dialogue s'établit, y compris parfois sur les attitudes des soignants à l'égard du patient (ce qu'il en voit, ce qu'il en ressent).

Dans les autres services, la situation est plus floue puisque rarement une réflexion collective a pu être menée, rarement les directives (quand elles existent) sont expliquées, justifiées ou discutées. Chacun fait (qu'il y soit invité ou non) ce qui lui semble approprié à chaque situation, ceci générant incertitudes, découragement voire déresponsabilisation (voir plus loin le problème de l'information).

5. INFORMATION ET FORMATION DU PERSONNEL HOSPITALIER

5.1 Données recueillies par questionnaire :

Les sources d'information sur le SIDA que mentionnent les personnes interrogées sont très diverses : ce sont dans l'ordre décroissant la presse (mentionnée par 82 % des participants), les brochures de l'OFSP et l'ASS (80 %), la télévision (70 %), la radio (52 %) qui leur ont apporté l'information générale.

En ce qui concerne d'autres sources d'information, 58 % mentionnent des discussions avec des collègues, 56 % des discussions avec d'autres gens en dehors de l'hôpital.

48 % ont participé à des séances d'information à l'hôpital, 39 % à des séances d'information dans le service même.

Les connaissances acquises appartiennent surtout aux domaines de l'épidémiologie, de la clinique et de la prévention du SIDA. Moins de la moitié des répondants ont reçu une formation/information se rapportant aux problèmes de soutien ou de prise en charge de patients.

Pour les directives concernant les mesures de précautions contre le SIDA : 80 % en ont reçu de l'hôpital, 59 % du service. 47 % ont reçu de l'information sur ce sujet par d'autres sources (séminaires, écoles d'infirmières, recherche personnelle).

En ce qui concerne les campagnes de prévention, les principaux messages retenus et évoqués spontanément sont la protection par le préservatif, la recommandation de non-échange de matériel d'injection, la fidélité. Les messages sur ce qui ne présente pas de risques de contamination, sur l'inévitable délai entre la mise en oeuvre de la prévention et l'apparition d'effets visibles, ne sont presque jamais mentionnés et on peut penser que c'est parce qu'ils vont de soi, posent peu de problèmes, seraient assimilés (cf. connaissances ?). Les messages restitués sont donc ceux qui interrogent ou qui concernent le plus les gens (préservatifs, fidélité, injections).

5.2 Données recueillies par interviews

5.2.1 Quelques problèmes rencontrés dans le domaine de l'information/formation

Les changements de consignes au cours du temps : ceux qui ont vécu depuis le début de l'épidémie les tâtonnements dans les consignes de protection pour le personnel soignant dans les hôpitaux (inévitables compte tenu de ce qu'on savait du SIDA dans les premières années de l'épidémie) se sont sentis peu sécurisés et ont eu parfois l'impression que l'information circulait mal, que le risque spécifique était peu pris au sérieux. Dans ce sens la stabilisation des consignes de protection (dans les grandes lignes elles n'ont pas changé depuis 1987) les rassure, surtout quand cette stabilisation s'est faite sur des mesures de protection moins sévères qu'au début de l'épidémie (abolition de l'isolement et des mesures l'accompagnant).

Le consensus sur les mesures à prendre : si dans la plupart des hôpitaux il existe un ensemble de recommandations à suivre en ce qui concerne la prévention de la contamination par le VIH, en général inspirées des recommandations de l'OFSP, ce n'est pas encore le cas partout. Il existe des différences non négligeables dans les directives entre les différents établissements mais aussi entre les différents services d'un hôpital quand ce n'est pas à l'intérieur d'un même service entre les différents médecins, par exemple. Ces incohérences augmentent les sentiments d'insécurité et d'incertitude chez le personnel et peuvent même être source de conflits. Exemple : conflit entre le laboratoire (ne pratiquant pas les précautions universelles) d'un hôpital et des services qui oublient de mentionner les tubes contenant du sang infectieux ou qui oublient de le mentionner systématiquement pour des examens pratiqués à plusieurs jours d'intervalle pour un même patient.

Plusieurs responsables infirmiers ont insisté sur l'intérêt pour un hôpital d'avoir ses propres normes, c'est à dire d'adapter les recommandations de l'OFSP à la situation locale (autant pour des raisons de légitimité que de crédibilité). Ceci fonctionne certainement bien sur place mais peut avoir des répercussions inattendues lorsque les personnels des différents établissements confrontent leurs expériences ou changent d'établissement. (*" dans l'hôpital x, ils donnent de la vaisselle à jeter aux malades du SIDA. Pourquoi puisqu'on dit que ça ne se transmet pas par la salive?"*)

Autre situation où le consensus fait souvent défaut : que faire en cas d'accident (piqûre, coupure, etc) ? Plusieurs situations ont été décrites où il existait une confusion totale sur les mesures à prendre (notamment en ce qui concerne le test : qui tester, patient et/ou soignant, dans quelles conditions, à quel intervalle). Exemples : un chirurgien dit à une infirmière inquiète parce qu'elle s'est piquée en retirant un cathéter à un jeune patient de passage : *"faites comme moi, n'y pensez pas"* et lui annonce quelques jours plus tard qu'il a fait tester le patient et qu'il était négatif ou : une infirmière blessée par une aiguille se présente à l'endroit prévu pour la déclaration des incidents de ce genre et se fait renvoyer par un assistant qui ne sait que faire. Ces cafouillages donnent au personnel un sentiment d'incertitude supplémentaire, les découragent de déclarer les incidents, voire les culpabilisent (d'être peureux, de déranger pour rien, de causer un désagrément au patient).

L'accès à l'information : beaucoup se plaignent d'avoir dû rechercher eux-mêmes de l'information sur le SIDA. A cet égard on constate une différence entre ce que dit le personnel interrogé et ce que la direction de soins infirmiers ou les médecins-responsables, avancent : notamment le fait qu'il y a eu beaucoup d'informations et que le SIDA ne pose pas de problèmes à l'hôpital. En fait l'information paraît mal circuler. Dans tous les hôpitaux visités, il y a eu à un moment ou à un autre, une information au personnel sous forme de conférence, lettre, circulaire ou page supplémentaire au classeur des maladies infectieuses. De plus,

souvent, des discussions approfondies ont eu lieu au niveau des directions médicales, infirmières, des responsables d'hygiène hospitalière. Mais les conférences avaient lieu le soir, les feuilles se noyaient dans les classeurs, les discussions restaient à un niveau supérieur de la hiérarchie. Il paraît avoir été insuffisamment tenu compte par les directions de plusieurs problèmes :

- Le tournus intense du personnel nécessitant la répétition fréquente des informations. Dans les groupes interrogés, il n'y avait aucune homogénéité, y compris à l'intérieur d'un même service, dans l'information reçue, du fait des différences d'ancienneté du personnel dans le service.
- Le moment de l'information. Selon un responsable d'unité spécialisée sur le SIDA, le meilleur moment est celui où un problème précis se pose motivant ainsi les gens à s'informer. Ainsi, dans un service où une patiente séropositive s'était plainte de l'isolement dans lequel elle avait été laissée, une vidéo a été tournée avec elle, où elle exprimait ses difficultés durant l'hospitalisation. La présentation de cette vidéo au personnel du service a rencontré une grande audience et a permis de mettre sur le tapis bon nombre de questions qui n'avaient pas pu être abordées jusque là.
- L'écoute des besoins et remarques du personnel. L'information circule surtout de haut en bas.
- Le lieu où se fait l'information. L'équipe, le service, le lieu de travail sont des lieux plus propices que le classeur que personne n'ouvre ou la conférence en-dehors des heures de travail.
- La forme sous laquelle sont accessibles les informations. Dans certains services ou hôpitaux, il existe des protocoles détaillés sur les précautions à prendre dans telle ou telle situation, quels types de détergents employer, etc. Il est apparu que ce mode de présentation décourage ceux qui aimeraient s'informer, particulièrement s'il s'agit de personnes peu à l'aise dans la langue locale ou peu accoutumées à ce mode de transmission de l'information, comme le personnel de nettoyage ou technique.

5.2.2 Demandes de la part du personnel

- Une meilleure information sur la clinique de la maladie, sur les développements de la recherche, sur l'épidémiologie du virus (notamment sur l'épidémiologie locale), sur les risques réels encourus par le personnel et les moyens d'y faire face.

- Une meilleure formation sur la prise en charge des séropositifs et des malades, l'accompagnement.

Ces demandes se font très fortes dès que survient le moindre événement lié au SIDA qui peut être : le premier malade, le premier traitement à l'AZT, le premier accouchement de mère séropositive ou simplement la participation à un groupe de discussion tel que celui proposé dans l'étude. Ces événements donnent lieu à de nombreuses discussions, souvent informelles, au sein des services. Si les cas de séropositivité sont fréquents, il s'installe une certaine routine. Sinon, les besoins d'information ressurgissent à chaque nouvelle mise en situation, quand les incertitudes réapparaissent : *"je sais que j'ai encore besoin d'informations pour que ce soit clair en moi, pour ne pas fantasmer sur la maladie. Après la journée d'information, j'étais au clair vraiment. Mais le temps passe et j'aurais besoins d'autres informations, même si ce sont exactement les mêmes, pour pouvoir exprimer les choses"*.

Il s'agit ici d'une demande de confirmation répétée des connaissances au sujet d'une maladie dont on sait qu'elle fait l'objet d'un effort de recherche exceptionnel susceptible d'aboutir à des changements rapides autant dans le domaine de la prévention que dans celui du traitement. Mais il y a aussi un besoin permanent d'être rassuré, d'être confirmé dans la justesse de l'approche du patient, d'avoir l'opportunité de faire état des questions que l'on se pose.

6. ROLE MULTIPLICATEUR DU PERSONNEL HOSPITALIER

Les professionnels interrogés se sentent peu multiplicateurs d'informations auprès de la population. Les questions que leur posent leurs proches ont plutôt pour objet de satisfaire des curiosités (savoir s'il y a beaucoup de cas de SIDA à l'hôpital, savoir "comment ça se passe", en savoir plus sur ces "drôles de clients") que d'obtenir des renseignements sur la prévention ou des conseils. Le personnel interrogé se sentirait pourtant apte à répondre à des demandes dans ce sens, tout en se trouvant insuffisamment compétent pour répondre à des questions sur l'évolution de l'infection et la clinique de la maladie, les traitements, etc. On retrouve ici ce besoin d'un "plus" de connaissances sur le SIDA par rapport aux connaissances générales partagées avec le public.

Certaines questions posées aux travailleurs par l'entourage concernent le risque professionnel : "*c'est dangereux où tu travailles ?*", "*au fond tu es à risque ?*". Dans ces cas la réponse donnée va plutôt dans le sens d'un risque non négligeable (profession "à risque"), non relativisé.

On peut dire que le personnel hospitalier, s'il est peu multiplicateur d'information, contribue cependant à la construction de l'image du SIDA dans la population par ce qu'il dit autour de lui du SIDA, des malades, de lui-même face à ce problème.

Deux types de questions sont souvent posées au personnel par les patients :

- sur le dépistage, au moment des examens d'entrée, pour savoir si le test est pratiqué de routine,
- sur la sécurité des transfusions, au moment de la pose d'une transfusion, pour savoir si ça ne comporte vraiment aucun risque et si les flacons sont vérifiés ...

7. CONCLUSIONS

- Le personnel hospitalier possède de **bonnes connaissances générales** sur les modes de transmission du SIDA et les moyens de prévention et se dit à même de remplir son rôle de multiplicateur et/ou d'éducateur dans le domaine de la prévention. Cependant, **sur certaines questions particulières** comme celles du risque de transmission du VIH dans le cadre de l'activité professionnelle et de l'absence de risque dans certaines activités de la vie quotidienne, les connaissances sont encore **imprécises** et doivent être améliorées. Ceci permettrait sans doute d'éviter des craintes de transmission infondées ou surestimées.
- **Des représentations du SIDA à forte charge émotionnelle et contradictoires** (maladie mortelle, transmissible au travers de comportements socialement réprouvés / maladie sexuellement transmissible susceptible de toucher tous ceux qui ont des activités sexuelles non protégées) **coexistent chez les individus et conduisent à des attitudes non moins contradictoires** (par exemple craintes fondées et infondées de contamination par le VIH dans l'activité professionnelle). Ces craintes sont en général très intériorisées et n'apparaissent pas forcément à l'examen superficiel. Il existe donc un risque certain de méconnaissance et par là-même de non prise en compte de ces peurs. Elles ont pourtant pour conséquence des attitudes et comportements à l'égard des patients qui pourraient aller à l'encontre de leur intérêt (baisse de la qualité des soins, discrimination de certaines catégories de patients, en particulier les toxicomanes). **Ce type d'attitudes ou de comportements contraires à l'éthique des professions médicales n'a heureusement été rencontré que rarement mais il ne doit pas être sous-estimé** : les représentations sur lequel il est fondé sont bien là même si elle n'ont que rarement l'occasion de s'exprimer, d'être comprises et dépassées. **Des problèmes pourraient donc apparaître en situation de crise** (augmentation rapide du nombre de malades dans un service, accident par piqûre, etc).
- On rencontre dans les hôpitaux de grandes **ambivalences dans la perception du risque professionnel** (en général surestimé alors que le risque "privé" semble sous-estimé). **La relativisation du risque se fait mal**. C'est pourquoi les premiers contacts avec les malades génèrent des peurs et parallèlement des demandes d'information et de formation (auxquelles la réponse donnée est généralement insuffisante, surtout en terme de continuité). **L'expérience du contact avec les malades et les séropositifs tend cependant à résorber craintes et ambivalences**. Ceci est surtout valable pour les services de soins continus (services de lits) et les consultations SIDA où l'aspect relationnel avec le patient a autant d'importance que les gestes techniques. Dans les services "de passage" (urgences, salles d'opération et d'accouchement) des craintes importantes (souvent non exprimées immédiatement) persistent et c'est dans ces services que l'on peut s'attendre à rencontrer des difficultés (demande

d'hyperprotection, demande de tests de routine) si des mesures (meilleure formation, meilleur soutien) ne sont pas prises.

Si le risque "privé" est sous-estimé, il n'est cependant pas oublié. En témoignent les réponses au questionnaire et les allusions pendant les discussions. **On ne peut pas dire que le personnel hospitalier soit obnubilé par le risque professionnel même si l'importance qu'il lui accorde peut être jugée trop grande. On ne peut affirmer non plus que la perception forte d'un risque professionnel empêche la perception d'un risque dans la vie privée (cf. hypothèses de départ).**

- la confrontation avec l'épidémie de SIDA est un phénomène nouveau pour le personnel hospitalier, les maladies transmissibles graves ne faisant plus partie du champ de son expérience professionnelle. Le stress causé par cette situation nouvelle paraît en général bien assumé, particulièrement celui lié à la prise en charge de patients jeunes atteints d'une maladie mortelle. Toutefois, ce stress pourrait devenir ponctuellement trop grand et pourrait conduire à l'épuisement ("burning out") de certaines équipes, comme le montrent certaines expériences faites dans des hôpitaux américains²⁰ (où des soignants expriment qu'ils préféreraient ne pas avoir à s'occuper de patients séropositifs ou atteints du SIDA s'ils en avaient le choix) et ceci d'autant que des craintes mal maîtrisées persisteraient.
- **La circulation de l'information, le mode de formation et d'encadrement du personnel en matière de SIDA sont encore trop souvent inadéquats pour permettre réellement une bonne prise en charge de la problématique SIDA qui soulagerait personnel et patient.**
- **Le personnel se sent peu multiplicateur d'informations et de messages de prévention même s'il se dit prêt à jouer ce rôle.** Les questions qu'on lui pose en dehors de l'hôpital sont surtout dictées par la curiosité ou certains aspects de "sensationnel". Sur un plan toutefois, il pourrait avoir (souvent à son insu) un rôle "négatif": en propageant l'idée qu'il court un grand risque de contamination. Ce type de message pourrait créer des confusions sur la contagiosité de la maladie et faire passer au second plan d'importants messages de solidarité (surtout si des préoccupations exagérées apparaissent chez les professionnels de la santé traditionnellement préoccupés par le bien-être d'autrui).

Le fait d'avoir traité du SIDA et uniquement du SIDA dans cette étude, détachant partiellement cette problématique de son contexte (il y a d'autres maladies à soigner à l'hôpital, d'autres situations non moins graves) peut donner l'impression que les difficultés (craintes, surcharge émotionnelle, ostracisme, confidentialité imparfaite, etc) sont exagérées. Elles sont simplement mises en évidence par ce type de recherche. S'il est vrai que "globalement", l'approche du SIDA à l'hôpital se fait actuellement de façon satisfaisante (il y a peu de "dérapages", il n'y a pas de "mauvais hôpitaux", il n'y a pas de "mauvaise profession"), des incertitudes demeurent, des questions non résolues, qui représentent un poids inutile tant pour le personnel que pour le patient et évitable pour autant qu'on en soit conscient. Une meilleure prise en compte de ces problèmes devrait pouvoir éviter des difficultés dans l'avenir.

8. RECOMMANDATIONS

- **Améliorer l'information spécifique pour le personnel hospitalier**, notamment celle qui touche au risque professionnel, de façon à ce que les progrès de la recherche dans ce domaine puissent être diffusés rapidement et largement. Ne pas craindre d'être très précis (quantification du risque en fonction des circonstances du contact et des circonstances épidémiologiques locales, par exemple).
- **Encourager la recherche dans le domaine du risque professionnel en milieu hospitalier** (par exemple : prévalence des accidents par piqûre, des accidents per-opératoires, examen attentif des circonstances dans lesquelles ces accidents se produisent). Cette recherche doit aboutir à la diffusion de recommandations visant à réduire les risques d'accident (par exemple en faisant largement connaître les circonstances où des accidents qui auraient pu être évités se sont produits).
- **Développer le réseau de "d'informateurs spécialisés SIDA"** capables d'intervenir à la demande des hôpitaux quand des problèmes se posent, pour le soutien des équipes et des patients.
- Encourager les hôpitaux (directions médicale et infirmière en particulier mais aussi les responsables d'équipes) à **être très attentifs aux demandes qui viennent de la base**, à reprendre souvent l'information sur le thème du SIDA, à profiter des occasions qui se présentent (cas hospitalisés) pour le faire, en insistant sur les aspects d'éthique professionnelle sans culpabiliser les gens pour leurs peurs. Au contraire il est favorable que ces peurs puissent être exprimées, comprises, discutées au sein des équipes pour qu'elles puissent ensuite être résorbées ou mieux assumées.
- **Utiliser différentes manières complémentaires de faire circuler l'information** (directives détaillées écrites, existant aussi sous forme simplifiée, éventuellement dans diverses langues; conférences, cours de formation, discussion dans les équipes, usage de matériel audiovisuel comme support aux discussions, etc.).
- **Replacer le risque professionnel de contamination par le VIH à son juste niveau** (risque faible ne justifiant pas n'importe quelle mesure) sans pour autant le banaliser ou le nier. Rappeler que ce risque peut être minimisé mais qu'il ne sera jamais nul quelles que soient les mesures prises, qu'il fait donc partie de l'environnement professionnel, comme de l'environnement "privé".
- **Sensibiliser le personnel hospitalier à la relativité du risque professionnel** (risque très petit par rapport à d'autres risques, professionnels ou non, couramment acceptés dans la vie quotidienne) et au préjudice potentiel pour les

malades que pourraient entraîner des attitudes d'hyperprotection du personnel par ailleurs inutiles.

- **Rappeler systématiquement l'existence d'un risque potentiel de contamination par le VIH existant dans la vie non professionnelle** en favorisant la réflexion sur les comparaisons de risque. Rappeler que, selon toute probabilité il y a déjà des travailleurs hospitaliers séropositifs contaminés par le virus en dehors de leur activité professionnelle.
- **Sensibiliser le personnel au risque dû à l'hépatite B.**
- **Ne pas banaliser le test.** En rappeler les implications pour le personnel en cas de découverte d'une séropositivité chez un patient (notamment le devoir d'offrir une prise en charge) et les implications pour le patient (poids psychologique + exposition à de multiples risques de rejet social en l'état actuel des choses). Etre très clair sur l'interdiction de faire des tests à l'insu du patient : si un test semble nécessaire, on peut toujours motiver la demande et profiter de ce moment pour offrir des informations et, le cas échéant, un soutien.
- **Susciter une réflexion sur le secret professionnel et le secret de fonction, qui dépasse le domaine du SIDA.**

ANNEXE : QUESTIONNAIRES

Questionnaire 1

1. Par quels canaux avez-vous reçu des informations sur le SIDA ?

- presse écrite
- radio
- TV
- brochures d'information
- séminaires
- séances d'information :
 - à l'hôpital
 - dans le service
 - autre
- discussion :
 - dans le service
 - avec des amis ou connaissances

2. Quelles informations avez-vous reçues ?

- aspects "cliniques" (signes, symptômes, ...)
- aspects épidémiologiques (mécanismes de transmission)
- aspects de santé publique/prévention
- aspects de prise en charge/soutien

3. Quels sont les messages des campagnes que vous avez entendus, remarqués ?

4. La transmission du VIH se fait :

	très fréquemment/fréquemment/rarement/très rarement/jamais				
- par relation sexuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- par piqûre de moustiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- par échange de matériel d'injection	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- en serrant la main d'un malade du SIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- en faisant des soins de plaies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- par transfusion, en Suisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- lors d'une intervention chirurgicale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- en mangeant une fondue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- en s'embrassant sur la bouche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Avez-vous reçu des directives en ce qui concerne le SIDA ?

- de l'hôpital oui/non
- du service oui/non
- autres sources oui/non
- ne sait pas

6. Combien de personnes malades du SIDA avez-vous personnellement vues?

0 / 1-5 / 6-20 / >20

7. Vous a-t-on posé des questions sur le SIDA dans votre entourage?

oui/non

Vous sentez-vous apte à répondre ?

oui/non

Si non, pour quelles raisons ?

8. Sexe : homme / femme

Age : < 20 / 20-30 / 30-40 / 40-50 / 50-60 / > 60

Profession :

Entretien / Discussion 1

- Se passe-t-il quelque chose en relation avec le SIDA dans votre service ?
- Quels sont les problèmes principaux ?
- Parlez-vous entre vous du SIDA, du VIH ?
- Avez-vous des patients malades /séropositifs aujourd'hui /dans le passé ?
- Cela vous pose-t-il des problèmes ? Comment les avez vous résolus ?
- Avez-vous eu une information ? de quel type ?
- Avez-vous reçu des directives de la direction, du "responsable de l'hygiène hospitalière" ?
- Qu'en pensez-vous?
- Vous-pose-t-on des questions relatives au SIDA ?
- Que pensez-vous du test ? de l'anonymat ?

Questionnaire 2

Personnellement :

1. Avez-vous peur d'attraper le VIH ?

oui/non

2. Pensez-vous avoir "couru des risques" de vous contaminer ?

oui/non

Si oui, énumérez lesquels : Classez-les par ordre d'importance (1 = le plus grand risque).

Si non, pensez-vous que cela pourrait vous arriver ?

oui/non

Et si oui, comment ?

3. Durant les 6 derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles occasionnelles en dehors d'une relation stable ?

oui/non

Si oui, avez-vous utilisé des préservatifs ?

toujours/parfois/jamais

4. Avez-vous déjà utilisé un préservatif dans votre vie ?

oui/non

Si oui: _ comme contraception

 _ comme protection des MST/SIDA

5. Avez-vous fait le test ?

oui/non

6. Le SIDA a-t-il modifié quelque chose dans votre vie ?

oui/non

Si oui, quoi ?

Entretien / Discussion 2

- Qu'est-ce qui devrait être changé ou/et amélioré dans votre service en regard du problème SIDA ?

- Pourquoi ?

- De quoi avez-vous besoin ?

Fragebogen Spitalpersonal 1

1. Ueber welche Kanäle haben Sie Informationen über Aids erhalten ?

- geschriebene Presse
- Radio
- TV
- Informationsbroschüren
- Weiterbildung
- Informationsveranstaltungen :
 - am Spital
 - in der Abteilung
 - anderes
- Diskussion :
 - in der Abteilung
 - mit Freunden oder Bekannten

2. Was für Informationen haben Sie erhalten ?

- über klinische Aspekte (Anzeichen, Symptome)
- über epidemiologische Aspekte (Uebertragungsmechanismen)
- über Aspekte der öffentlichen Gesundheit/Prävention
- über Aspekte der Betreuung/Begleitung

3. Welches sind die Botschaften der Kampagne, von denen Sie gehört haben, die Sie bemerkt haben ?

4. Die Uebertragung des HIV erfolgt durch

	sehr häufig	häufig	selten	sehr selten	nie
- sexuelle Beziehungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Insektenstiche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Spritzentausch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Händedruck mit einem Aidskranken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Wundbehandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Bluttransfusion in der Schweiz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- chirurgischen Eingriff	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Fonduessen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Zungenkuss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Haben Sie Direktiven bezüglich Aids erhalten ?

- vom Spital ja/nein
- von der Abteilung ja/nein
- von anderen Quellen ja/nein
- weiss nicht

6. Wieviele Aidskranken haben Sie persönlich gesehen ?

0 1-5 6-20 > 20

7. Hat man Ihnen in Ihrer Umgebung Fragen über Aids gestellt ?

ja/nein

Fühlen Sie sich befähigt, diese Fragen zu beantworten ?

ja/nein

Wenn nicht, weshalb ?

8. Geschlecht :

männlich/weiblich

Alter : < 20 / 20-30 / 30-40 / 40-50 / 50-60 / > 60

Beruf :

Fragebogen Spitalpersonal 2

Was Sie persönlich angeht ?

1. Haben Sie Angst, sich mit dem HIV zu infizieren ?

ja/nein

2. Glauben Sie, irgendwelchen Ansteckungsrisiken ausgesetzt gewesen zu sein ?

ja/nein

Wenn ja, wollen Sie sie bitte nach ihrer Wichtigkeit ordnen (1= grösstes Risiko).

Wenn nein, denken Sie, dass Ihnen das zustossen könnte ?

ja/nein

Wenn ja, wie ?

-
3. Hatten Sie in den letzten 6 Monaten gelegentliche Sexualkontakte ausserhalb der festen Beziehung ?

ja/nein

Wenn ja, haben Sie Präservative benutzt ?

immer / manchmal / nie

4. Haben Sie in Ihrem Leben jemals Präservative benutzt ?

ja/nein

Wenn ja :_ als Verhütungsmittel

_ als Schutz vor Geschlechtskrankheiten

5. Haben Sie den Test gemacht ?

ja/nein

6. Hat Aids etwas in Ihrem Leben verändert ?

ja/nein

Wenn ja, was ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Arras JD. The fragile web of responsibility : AIDS and the duty to treat. Hastings Center Report April/May 1988.
2. Milne RIG. and al. Are general practitioners ready to prevent the spread of HIV. British Medical Journal 1988; vol 296: 533-537.
3. Searle ES. Knowledge, attitudes and behavior of health professionals in relation to AIDS. Lancet 1, jan 1987: 26-28.
4. Richardson JL and al. Physician attitudes and experience regarding the care of patients with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) and related disorders (ARC). Medical Care August 1987; vol 25 no 8.
5. Gerbert B and al. Why fear persists : health professionals and AIDS. Jama Dec 1988; vol 260 no 23 : 3481-3483.
6. Kelly JA and al. Nurses' attitudes toward AIDS. J Contin Educ Nurs 1988; 19.
7. Kelly JA and al. Stigmatization of AIDS patients by physicians. AJPH July 1987; vol 77 no 7 : 789-791.
8. Gordin FM and al. Knowledge of AIDS among hospital workers : behavioral correlates and consequences. Gower Academic Journals Ltd : 0269-9370.
9. Boyton R and al. Survey of general practitioners' attitudes to AIDS in the North West Thames and East Anglian regions. British Medical Journal Feb 1988; vol 296.
10. Arnow PM and al. Orthopedic surgeon's attitudes and practices concerning treatment of patients with HIV infection. Public Health Reports March- April 1989; vol 104 no 2 : 121-129.
11. Goldman B. Doctors divided : AIDS and the physicians at San Francisco General. CMAJ April 1988; vol 138 : 736-741.
12. Ponsford G. AIDS in the OR : a surgeon view. CMAJ Dec 1987; vol 137.
13. Bulletin des Médecins Suisses : In Numéros 2,6,10,12,16,29,30-31 en 1988; numéros 2, 4, 5, 7, 8, 21 en 1989.
14. Hoffmann R. Die HIV-Infektion auf der Chirurgischen Klinik : Allgemeine Probleme und Schutzmassnahmen. Schweiz. Rundschau Med 1988; 77 no 44 : 1186-1188.
15. Soins Infirmiers Mars/avril 1988; no 2.
16. Bulletin OFSP 24.3.88 : Recommandations pour le personnel médical et paramédical pour prévenir les infections transmises par le sang (hépatite B, HIV, etc).
17. Recommendations for Prevention of HIV Transmission in Health-Care Settings. Supplement MMWR August 21st 1987; vol 36.
18. Hausser D., Lehmann Ph., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. (Rapport de synthèse) Décembre 1987. Lausanne, IUMSP. Cah Rech Doc IUMSP 1988; 23.
18. Zeugin P. Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse : Repräsentative Befragung bei Personen zwischen 17 und 30 Jahren zur Kondom Benützung. Lausanne IUMSP. Cah Rech Doc IUMSP 1988; 23.1.
19. Update. Acquired Immunodeficiency Syndrome and Human Immunodeficiency Virus infection among health care workers. MMWR, April 1988; vol. 37 no 15.
20. Nathan R and al. Concerns of medical and pediatric officers about acquiring AIDS from their patients. AJPH April 1988; vol 78 no 4.

EVALUATION DES CAMPAGNES DE LUTTE CONTRE LE SIDA EN SUISSE.

L'ensemble de l'évaluation, sur mandat de l'Office Fédéral de la Santé Publique, comprend les publications suivantes sous forme de Cahiers de Recherches et de Documentation de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive :

- 7 Hausser D., Lehmann Ph., Gutzwiller F., Burnand B., Rickenbach M. Evaluation de l'impact de la brochure tous ménages d'information sur le SIDA distribuée par l'OFSP. Octobre 1986. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 82 p.
- 16s.1 Lehmann Ph., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Evaluation de la campagne de lutte contre le SIDA de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) 1987-1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 20 p. + annexes.
- 16s.2 Lehmann Ph., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Evaluation de la campagne de lutte contre le SIDA de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) 1987-1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 102 p.
- 19 Hausser D., Lehmann Ph., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse (Rapport intermédiaire, juillet 1987). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 39 p.
- 23 Hausser D., Lehmann Ph., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. Décembre 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 96 p.
- 23.1 Zeugin P. - Kampagne zur AIDS-Prävention : repräsentative Befragung bei Personen zwischen 17 und 30 Jahren zur Kondom-Benützung (Erst- und Zweitbefragung). November 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 60 p.
- 23.2 Gurtner F., Zimmermann H.-P., Kaufmann M., Somaini B. - Sexualanamnese bei nicht verheirateten Praxispatienten : eine Sentinella-Studie. November 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, (non publié).
- 23.3 Di Grazia M. - Giovani e salute. Fattori di rischio e loro percezione soggettive : reclutamento 1987. Novembre 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, (non publié).
- 23.4 Schröder I, Mathey M.-C. - Befragung von Berufsschülern, Arbeitsgemeinschaft für Sozialforschung, Zürich. November 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 62 p.
- 23.5 Masur J.-B. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. Rapport de l'étude du groupe : Dragueurs(euses). Novembre 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 105 p.
- 23.6 Dubois-Arber F. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. Rapport de l'étude : les Homosexuels. Novembre 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 25 p.

- 23.7 Wülser H., Duvanel B. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. Rapport de l'étude : les Toxicomanes. Novembre 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 26 p.
- 23.9 Dubois-Arber F. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. Rapport sur la vente de préservatifs. Novembre 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 7 p.
- 23.10 Schröder I., Mathey M.-C. - Die Präventionskampagne STOP AIDS des Bundesamtes für Gesundheitswesen und der AIDS Hilfe Schweiz im Spiegel der Schweizer Presse : Analyse der Medienreporte. Novembre 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 106 p.
- 23.11 Mathey M.-C., Schröder I. - Kantonale Aktivitäten der Aidsprävention. Novembre 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 52 p.
- 23.12 Zeuglin P. - Kampagne zur Aids-Prävention : Befragung von informellen Meinungsbildnern. Novembre 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 75 p.
- 27 Lehmann Ph., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Protocole scientifique et programme de travail pour l'exercice avril 1988 - mars 1989 de l'évaluation des campagnes suisses de lutte contre le SIDA. Juillet 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 56 p.
- 28 Dubois-Arber F., Lehmann Ph., Hausser D., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention du SIDA en Suisse. Rapport intermédiaire. Juillet 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 31 p.
- 39 Dubois-Arber F., Lehmann Ph., Hausser D., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention du SIDA en Suisse. Deuxième rapport de synthèse. Décembre 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 103 p.
- 39a Dubois-Arber F., Lehmann Ph., Hausser D., Gutzwiller F. - Evaluation der AIDS-Präventions-Kampagnen in der Schweiz. Zweiter zusammenfassender Bericht. Dezember 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 106 p.
- 39b Dubois-Arber F., Lehmann Ph., Hausser D., Gutzwiller F. - Mandated by the Federal Office for Public Health. Shortened version of the Second Assessment Report regarding the Evaluation of the Swiss Preventive Campaigns against AIDS. December 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 42 p.
- 39.2 Zeuglin P. Enquête sur le comportement sexuel des jeunes adultes (17-30 ans). Décembre 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, (à paraître).
- 39.4 Resplendino J. La "zone". Décembre 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 83 p.
- 39.5 Fleury F. Les migrants. Décembre 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 85 p.
- 39.6 Dubois-Arber F., Hausser D. Les personnels hospitaliers. Décembre 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 42 p.
- 39.7 Mathey M.-C., Schröder I. Rekrutenschule und AIDS-Prävention. Schlussbericht 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 67 p.

- 39.8 Stricker M. Sex-Touristen. Schlussbericht 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 62 p.
- 39.9 Birchmeier B., Richard J.-E. Diffusion et répercussion de messages de prévention par les médias et Image du SIDA dans les médias. Décembre 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 105 p.
- 39.10 Mathey M.-C., Schröder I. Kantonale Strategien der AIDS-Prävention und - Bekämpfung. Schlussbericht 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 26 p.
- 39.13 Duvanel B., Wülser H. Les éducateurs et assistants sociaux. Décembre 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 42 p.
- 39.14 Masur J.-B. Les médecins praticiens. Décembre 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 40 p.
- 39.15 Masur J.-B. Services de test VIH. Décembre 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 31 p.
- 39.16 Hausser D. Programmes de formation d'intervenants dans le domaine du SIDA. Décembre 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 26 p.
- 39.18 Schröder I. Kulturmuster des Partnerschafts- und Sexualverhaltens und AIDS. Schlussbericht 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 25 p.
- 39.20 Weber-Jobé M., de Vargas D., Lehmann Ph. Image des préservatifs. Décembre 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 40 p.
- 47 Masur J.-B., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. Couples et séropositivité (VIH). I. Utilisateurs de drogues par voie intra-veineuse. Etude effectuée en collaboration avec l'OMS. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 48 p.