

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

(USTTB)

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2018-2019

REPULIQUE DU MALI
UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO STOMATOLOGIE

(FMOS)

THÈSE N°

TITRE

CONNAISSANCES, PERCEPTIONS ET PRATIQUES DU PERSONNEL DE SANTÉ DU CHU POINT G FACE A UN ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG

Présentée et soutenue publiquement le.... /...../...../

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie par :

Mr ALLAGNENAN DJIM-MADJI

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine

(DIPLÔME D'ÉTAT)

JURY

Président : Pr Samba DIOP

Membres : Dr Assétou FOFANA

Dr Bréhima A.DIALLO

Co-directeur : Dr Yacouba CISSOKO

Directeur : Pr Soukalo DAO

**DEDICACES ET
REMERCIEMENTS**

**Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G,
face à un accident d'exposition au sang**

DEDICAES

Je dédie ce travail.....✍

A DIEU LE PERE TOUT PUISSANT

Créateur du ciel et de la terre, celui par qui je peux tout faire, reçois l'honneur, la gloire, la louange et l'adoration d'éternité en éternité Amen !

Mon Dieu, les mots me manquent pour exprimer toute ma gratitude, ma reconnaissance pour tous tes biens fait dans ma vie. Même tout ce travail ne saurait être le reflet de ton incommensurable amour pour moi tellement il est immense. Pour cette nouvelle vie qui commence, Dieu :

Donnes à mes yeux la lumière pour voir ceux qui ont besoin de soins ;

Donnes à mon cœur la compassion et la compréhension ;

Donnes à mes mains l'habilité et la tendresse ;

Donnes à mes oreilles la patience d'écouter ;

Donnes à mes lèvres les mots qui réconfortent ;

Donnes à mon esprit le désir de partager ;

Donnes-moi oh Dieu, le courage d'accomplir ce travail ardu et fais que j'apporte un peu de joie dans la vie de ceux qui souffrent.

A mon Père et ma force : Mr DJIM-MADJI Ndémbaye Bernard

Papa, sans toi je ne serais pas ce que je suis aujourd'hui ; tu m'as inscrit à l'école et as été pour moi un conseiller(le soleil brille sur tout le monde pas de raison que les autres réussissent mieux que moi). Je te dois cette réussite. Ce travail est le fruit de tes efforts. Tu es un bon père pour moi ; je n'oublierai jamais ton assistance même dans les moments difficiles que tu traversais. Puis ce travail témoigné ta grandeur et ton amour pour moi et le mien pour toi. Que Dieu te prête longue vie, paix et santé ; qu'il éclaire nos chemins et fasse que je ne te déçoive jamais. Je t'aime papa.

**Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G,
face à un accident d'exposition au sang**

***A ma Mère bien-aimée : Mme DJIM-MADJI née MISROMTI
SANENGAR Clémence***

Maman, ma reconnaissance et mon affection pour toi sont si grandes; Merci pour l'éducation, l'amour et le soutien infaillible à mon égard. Tu as su m'inculquer des valeurs humanistes et sociales. Maman je te dois cette réussite. Ce travail est aussi le tien. A jamais mère, le fruit de tes entrailles que je suis t'es reconnaissant éternellement ; puisse Dieu t'accorder une longue vie afin que tu jouisses de tous les efforts entrepris sur ma modeste personne. Je t'aime maman.

***A mon frère Mbairassem DJIM-MADJI Génia et ma sœur Allataroum
DJIM-MADJI Fidélité***

Pour la part qui revient à chacun de vous pour la réussite de mes études. Votre soutien m'a beaucoup réconforté. Je n'exprimerai jamais assez trop fort tout l'amour et la reconnaissance que je ressens pour vous.

Je vous aime !

**Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G,
face à un accident d'exposition au sang**

REMERCIEMENT

Au Mali

Je n'exprime aucun regret d'avoir découvert ce merveilleux pays dans lequel j'ai trouvé amitié, fraternité et amour sans oublier bien sûr sa grande valeur de solidarité. Profonde gratitude à toi mon cher Mali.

Au Tchad

Ma chère patrie et berceau de l'humanité qui m'a vu naître.

A l'ensemble du corps professoral de la FMOS

Pour les enseignements de qualité qui nous ont été prodigués et pour l'humilité dont vous faites preuve tous les jours. Vous êtes pour nous des exemples et nous essayerons de garder cet esprit durant toute notre carrière.

A mon oncle : Allarakété SANENGAR

Oncle, celui par qui tout ceci est rendu possible. Merci infiniment pour les opportunités et les encouragements qui ne m'ont pas fait défaut au cours de ces années. Reçois toute ma reconnaissance et que Dieu vous rende au centuple vos bonnes œuvres.

A mon nana Djimnaya BENJAMIN

Je voudrais par ces mots t'adresser une mention spéciale, ma reconnaissance pour tous les sacrifices consentis. DIEU seul te le rendra. Longue vie à toi.

A mes oncles et tantes

Pour vos bénédictions inestimables. Je prie pour le repos de l'âme de ceux parmi vous qui nous ont quittés très affectueusement, et aussi une longue vie pleine de succès aux vivants.

A ma chère et tendre chérie : NDERBE Melom Christelle

Chérie, tu as toujours été là pour moi. Tes conseils, ta lucidité, ton réconfort et surtout ton amour inconditionnel ont été pour moi d'un grand apport. Je remercie Dieu le tout puissant de t'avoir mise sur mon chemin. Que Dieu bénisse notre relation et qu'il nous fasse grâce de voir des jours meilleurs

**Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G,
face à un accident d'exposition au sang**

ensembles.

Je prie qu'il t'accorde une longue et agréable vie.

Au Professeur Sounkalo DAO

Tout ce travail est votre œuvre. Je suis parvenu à cette étape parce que vous avez su guider mes pas. Mon cher maître cela ne surprend guère ceux qui ont eu le privilège de vous côtoyer. Votre rigueur scientifique, votre amour du travail bien fait, votre humanisme, votre discrétion enviable et votre modestie illustrent vos qualités d'homme de science.

Puisse Allah le TOUT PUISSANT me permettre de vous imiter. C'est l'occasion, mon cher maître de vous exprimer à mon nom propre et à celui de ma famille nos sincères remerciements.

Au Docteur Yacouba CISSOKO

Votre disponibilité, votre convivialité et le désir d'apprendre aux jeunes votre savoir médical m'ont beaucoup marqué. Vous m'avez initié et vous m'avez donné l'enthousiasme de la recherche. Plus qu'un mentor vous avez été un grand frère. Recevez par ce travail l'expression de mes sentiments les plus distingués.

A tous mes encadreur du service de Maladies Infectieuses:

Les docteurs Cissoko, JP, Soumaré, Assétou, Traoré, Issa, Sogoba, Magassouba, Ba...merci infiniment pour votre soutien, vos conseils. Chers Maîtres, les mots me manquent pour témoigner ma reconnaissance, non seulement pour l'intérêt que vous portez à ma personne et mon travail, mais aussi, la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de m'encadrer. Mon séjour dans le service m'a permis d'apprécier en vous vos éminentes qualités humaines et scientifiques.

Votre rigueur dans la démarche scientifique, et votre souci du travail bien fait.

Veillez accepter chers Maîtres, l'expression de notre profonde gratitude et notre considération.

**Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G,
face à un accident d'exposition au sang**

*A mes meilleurs amis : Taylord BETONOU, Pierrot GOILAO,
DANBAYOILA Basga, DAOUD Ousmane, ADOUMADJI Kouldjim, Sollers
DIGTOL, NDERBE Mélom Christelle*

L'amitié est un sentiment qui se vit et n'a pas besoin de se dire.

Les bons comme les mauvais moments qu'on a passés ensemble n'ont fait que consolider nos liens. Que Dieu vous bénisse mes frères d'autres mères.

A mes éléments Djelika COULIBALY et Youssouf Ag MED BAYE merci pour ces si bons moments passés à vos côtés tant sur le plan professionnel que sur le plan social. A vos côtés je puisais le courage pour avancer quand ça devenait difficile. Vous avez été d'une grande aide pour l'élaboration de ce travail qui est aussi le vôtre. Allah kah tnoyongonye.

A tous mes frères et sœurs de la communauté tchadienne du point G

Votre respect pour le grand frère ne m'a jamais manqué. En ces moments, j'ai pu mesurer toute l'affection fraternelle que vous avez pour moi. Je vous souhaite du succès dans vos projets et que Dieu vous Donne la force et le courage nécessaires de les réaliser.

A l'AEESTM

Vous êtes ancrés dans mon cœur pour tant de choses partagées ensemble. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

A ma cité l'OUA

Vous m'avez toujours considéré comme un membre de la famille depuis que je suis rentré dans cette cité. Merci pour l'acceptation de ma personne.

A mes cousins et cousines

J'ai appris avec vous que la tolérance, la solidarité, le partage, la taquinerie dans le respect sont les moyens de renforcement des liens de sang, de famille. Vous êtes et vous serez toujours un support moral. Grace à vous cette joie qui fait l'harmonie de la vie en famille ne m'a jamais manqué. Ce travail est le vôtre. Soyez assurés de mon profond attachement.

**Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G,
face à un accident d'exposition au sang**

A tous mes collègues internes de la 10^{ème} promotion au SMIT : Youssouf Ag MED BAYE, Djelika COULIBALY, Alassane SAMAKE, Fatoumata TRAORE, Irène Mariam KEITA, Oumar COULIBALY, Abdoulaye DJIRE, Zeinabou TOURE, WAANI SALMANA Jean, Anicet FOKA, Arnaud GBERI, Arouna MAIGA, NITCHIEU Tatiana, Med Lawal AG MOHAMED, Rachel DZIEWOOU

Une pensée spéciale à chacun d'entre vous!

A mon grand frère sûr de Bamako Olivier BEGUY vous m'avez appris l'humilité et la simplicité. Merci.

A tous ceux que j'ai omis de citer :

J'en ai sûrement oublié sur papier mais mon cœur, lui n'a rien oublié.

A toutes les personnes qui de près ou de loin auront participé d'une manière ou d'une autre à l'élaboration de ce travail, merci pour votre contribution.

**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Samba DIOP

- Maître de conférences en anthropologie médicale ;
- Maître de conférences en santé publique ;
- Enseignant chercheur en écologie humaine, en anthropologie et en éthique publique et sociale à la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS) ;
- Responsable de la section science humaine, sociale et éthique au CEREFO ;
- Membre du comité d'éthique institutionnel et national du Mali.

Honorable Maître,

C'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Véritable bibliothèque vivante, vous nous avez profondément marqué par votre personnalité, votre détermination pour un travail bien fait, votre simplicité et votre sens élevé de l'écoute.

En plus de vos qualités scientifiques, votre disponibilité associée à vos valeurs humaines font de vous un Maître apprécié de tous.

Veillez agréer cher Maître, l'expression de notre profonde reconnaissance et nos sincères remerciements. Qu'ALLAH vous accorde longue vie.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Docteur Bréhima Adama Diallo

- Spécialiste en santé Publique internationale ; Orientation santé et Développement ;
- Spécialiste en management et Gestion de ressource humaine ;
- Ancien médecin chef praticien au centre de santé de référence de la commune II ;
- Ancien chef de division Santé Publique à l'Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux ;
- Directeur Général Adjoint du CHU point G depuis 2018.

Cher maître,

Nous sommes honorés que vous avez accepté malgré vous multiples occupations de siéger à ce jury. Vous nous avez montré à travers ce travail quel homme de rigueur scientifique et humaine vous êtes. Votre esprit méthodique pour le travail bien fait, votre accueil, toujours courtois et affectif, votre disponibilité constante font de vous un maître admiré. Vos suggestions ont été pertinentes pour l'amélioration de la qualité de ce travail. Nous vous prions, cher maître d'accepter l'expression de notre profonde considération.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Assétou FOFANA

- Médecin infectiologue ;
- Praticien hospitalier au CHU point G ;
- Présidente du comité Technique d'Hygiène et de Sécurité du CHU point G ;
- Attachée de recherche ;
- Trésorière Générale de la SOMAPIT ;
- Membre de la SAPI et de la SPILF.

Chère maitre,

Vous nous avez marqué dès votre abord par votre simplicité, votre gentillesse et la joie de vivre que vous dégagez. C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations. La clarté de votre enseignement et votre sens élevé du devoir ont forcé notre admiration

Veillez accepté chère maître l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR

Docteur Yacouba CISSOKO

- Docteur en Médecine ;
- Titulaire d'un master en immunologie ;
- Spécialiste en infectiologie ;
- Maitre-assistant en infectiologie ;
- Membre de la Société Ouest Africaine des médecins (WACP).

Cher maître,

Votre modestie, votre courage, votre disponibilité et surtout votre souci constant pour le travail bien fait sont des qualités que vous incarnez.

Plus qu'un mentor vous avez été un grand frère, c'est l'occasion pour nous de vous exprimer notre profond respect et nos sincères remerciements. Cher maître, soyez rassuré de notre profonde gratitude. Que Dieu vous donne longue vie et plein de succès.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Soukalo DAO

- Professeur titulaire de maladies infectieuses à la FMOS ;
- Investigateur clinique au centre Universitaire de Recherche Clinique (URC) ;
- Investigateur clinique au Centre de Recherche et de Formation sur le VIH et la Tuberculose (SEREFO) ;
- Président de la Société Malienne de Pathologies Infectieuses et Tropicales (SOMAPIT) ;
- Membre de la Société de Pathologies Infectieuses de Langue Française ;
- Membre de la Société Africaine de Pathologie Infectieuse (SAPI) ;
- Chef de service du service des maladies infectieuses du CHU Point G.

Cher maitre,

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en nous confiant ce travail.

Nous avons été fascinés par votre grande simplicité, votre tendresse, votre rigueur scientifique. En aucun moment nous n'avons maqué de votre assistance. Vous avez fait grandir en nous le désir de devenir médecin à votre image.

Vos qualités humaines, sociales et scientifiques font de vous un maitre admirable. Veuillez trouver en cet ouvrage, cher maitre, toute notre gratitude et nous prions le bon Dieu qu'il vous accorde santé et longévité afin que plusieurs générations d'apprenants puissent bénéficier de près ou de loi de votre enseignement.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS :

3TC Lamivudine

ABC Abacavir

ADN Acide Désoxyribonucléique

AES Accident d'exposition au sang

APC Accident percutané

ARN Acide Ribonucléique

ARV Antirétroviraux

AZT Zidovudine

BW Bordett et Wassermann

CCM Contact cutané-muqueux

CHU Centre Hospitalier Universitaire

CSCOM Centre de santé communautaire

CSREF Centre de Santé de Référence

CHC Carcinome Hépatocellulaire

CNHU Centre National Hospitalier Universitaire

DASRI Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux

EFV Efavirenz

GERES Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux

HTLV Virus T-lymphotropique humain

INVS Institut National de Veille Sanitaire

IDV Indinavir

LPV/r Lopinavir/ritonavir

M1 Suivi à un mois

M3 Suivi à trois mois

M6 Suivi à six mois

**Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G,
face à un accident d'exposition au sang**

OMS Organisation Mondiale de la Santé

ONU Organisation des Nations Unies

ONUSIDA Programme commun des Nations Unies pour le Sida

PCR Polymérase Chain Réaction

SIDA Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

TDF Ténofovir disoproxil fumarate

TME Transmission Mère-Enfant

USA Etats Unis d'Amérique

VHB Virus de l'hépatite B

VHC Virus de l'hépatite C

VIH Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES ILLUSTRATIONS

**Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G,
face à un accident d'exposition au sang**

Liste des Tableaux

Tableau I : Estimation de la taille de la population d'étude	21
Tableau II: Répartition du personnel de santé selon la tranche d'âge	26
Tableau III : Répartition du personnel de santé selon le sexe	27
Tableau IV: Répartition selon le profil professionnel du personnel de santé	27
Tableau V: Répartition du personnel de santé selon le service	28
Tableau VI: Répartition selon l'expérience professionnelle du personnel de santé	29
Tableau VII : Répartition du personnel de santé selon leurs connaissances du sigle AES	29
Tableau VIII : Répartition du personnel de santé selon la connaissance de l'AES.....	30
Tableau IX : Répartition du personnel de santé selon leurs connaissances sur les principaux agents infectieux	30
Tableau X: Répartition du personnel de santé selon leurs connaissances sur les facteurs de risque.....	31
Tableau XI : Répartition du personnel de santé selon le type d'exposition	31
Tableau XII: Répartition selon le personnel de santé ayant reçu ou pas une formation sur les AES.....	32
Tableau XIII: Répartition du personnel de santé selon leur niveau de connaissance sur les AES.....	32
Tableau XIV : Répartition en fonction des sentiments du personnel de santé au moment de l'AES..	33
Tableau XV : Répartition du personnel de santé selon qu'ils aient fait ou pas un AES.....	33
Tableau XVI: Répartition du personnel de santé selon la déclaration ou pas l'AES	34
Tableau XVII : Répartition selon le personnel de santé qui procède au recapuchonnage des aiguilles	34
Tableau XVIII : Répartition personnel de santé en fonction du mode d'élimination des aiguilles.....	35
Tableau XIX: Répartition du personnel de santé selon la situation géographique des Collecteurs	35
Tableau XX: Répartition selon le port de gant	36
Tableau XXI : Répartition du personnel en fonction de la cause motivant le non port de gant.....	36
Tableau XXII : Répartition des victimes d'AES en fonction de l'âge	37
Tableau XXIII : Répartition des victimes d'AES en fonction du sexe	37
Tableau XXIV : Répartition des victimes d'AES en fonction de l'ancienneté	38
Tableau XXV: Répartition des victimes d'AES en fonction de la profession.....	39
Tableau XXVI : Répartition des victimes d'AES en fonction du service	40
Tableau XXVII : Répartition des victimes d'AES selon la fréquence de la survenue	41
Tableau XXVIII : Répartition des victimes d'AES selon les mécanismes de survenue	41
Tableau XXIX : Répartition des victimes d'AES en fonction du type de liquide biologique	42
Tableau XXX : Répartition des victimes d'AES selon les mesures d'asepsie appliquées	42
Tableau XXXI: Répartition des victimes d'AES selon le temps de contact avec l'antiseptique.....	43
Tableau XXXII: Répartition des victimes d'AES selon la déclaration et le délai de déclaration au chef de service.....	43
Tableau XXXIII : Répartition des victimes d'AES en fonction des raisons de la non déclaration de l'incident au chef de service	44
Tableau XXXIV : Répartition du personnel de santé en fonction de leurs suggestions pour prévenir les AES	44

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIERES

I-INTRODUCTION.....	1
II-OBJECTIFS.....	5
III-GENERALITES.....	7
1. Définition.....	7
2. Epidémiologie analytique.....	7
A. Principaux agents infectieux transmissibles lors des AES.....	7
a. Virus de l'immunodéficience humaine(VIH).....	7
b. Virus de l'hépatite B.....	10
c. Virus de l'hépatite C.....	12
B. Autres agents infectieux transmissibles.....	13
C. Facteurs de risques.....	13
3. Epidémiologie descriptive.....	14
A. Conduite à tenir en cas d'AES.....	17
B. Prévention des AES.....	18
IV-METHODOLOGIE.....	20
a) Cadre et lieu d'étude.....	20
b) Période et type d'étude.....	20
c) Population d'étude.....	20
d) Critère d'inclusion.....	21
e) Critère de non inclusion.....	21
f) Echantillonnage.....	21
g) Critère de définition.....	22
h) Technique de mesures de variables.....	22
i) Saisie et analyse des données.....	23
j) Les aspects éthiques.....	23
Diagramme de GANTT.....	24
V-RESULTATS.....	26
A. Résultat général sur les AES.....	26

**Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G,
face à un accident d'exposition au sang**

1. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des enquêtés.....	26
2. Connaissance du personnel de santé sur les AES.....	29
3. Perceptions et pratiques du personnel de santé devant un AES.....	33
B. Résultat des victimes d'AES.....	37
1. Catégorisation des victimes d'AES.....	37
2. Conduites tenues par les victimes après u AES.....	42
3. Suggestions des enquêtés pour prévenir les AES.....	44
VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	46
1. Caractéristiques sociodémographiques.....	46
2. Connaissance des professionnelles de santé sur les AES.....	48
3. Perceptions et pratiques des enquêtés sur l'AES.....	49
4. Catégorisation des victimes d'AES.....	50
5. Fréquence, mécanismes et liquides biologiques incriminés dans les AES.....	51
6. Conduites tenues par les victimes après un AES.....	51
7. Suggestions des enquêtés pour prévenir les AES.....	53
VII-CONCLUSION.....	55
VIII-RECOMMANDATIONS.....	56
IX-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	59
X-ANNEXES.....	62
Fiche d'enquête.....	63
Fiche signalétique.....	65

INTRODUCTION

I- INTRODUCTION

Le risque infectieux professionnel en milieu de soins est potentiellement présent à tous les niveaux. Au service des patients, le personnel soignant en oublie parfois qu'ils peuvent eux aussi être des malades potentiels. Dans leurs activités quotidiennes, ils pratiquent fréquemment des gestes pouvant les exposer à des risques infectieux. Trois mesures préventives simples pourraient améliorer la sécurité des patients et diminuer les risques infectieux liés aux gestes de soins :

- La couverture vaccinale optimale des soignants
- La bonne gestion des Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux (DASRI).
- La bonne gestion des Accidents d'Exposition au Sang (AES) qui est défini comme étant un contact percutané (par une piqure avec une aiguille, ou coupure avec une lame de bistouri ou tout objet vulnérant) ou tout contact cutanéomuqueux (par projection sur une peau lésée ou sur une muqueuse) avec du sang ou un liquide biologique contenant du sang ou potentiellement contaminant (1).

Parmi les risques rencontrés dans la pratique du médecin et liés aux soins, on retrouve les accidents d'exposition au sang ou AES (2). Les AES survenant chez le personnel soignant (médical, paramédical et de soutien) ont été rapportés par de nombreux auteurs à travers le monde (3,4).

En outre lors d'un accident d'exposition au sang, de nombreux agents pathogènes peuvent être transmis aux victimes. Les virus sont le plus souvent la cause que les bactéries, notamment ceux responsables chez le patient infecté d'un portage chronique : Virus de l'immunodéficience humaine (VIH), virus de l'hépatite B (VHB), virus de l'hépatite C (VHC). En milieu hospitalier, il existe des mesures d'hygiène visant à prévenir la transmission de l'infection d'un

Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G, face à un accident d'exposition au sang

malade à un autre, mais également des malades au personnel de soins ou de laboratoire (5).

La contamination professionnelle par le virus de l'hépatite B est un problème connue depuis longtemps et qui peut être efficacement jugulé par la vaccination. L'hépatite virale B a provoqué 1,34 million de décès en 2015, un chiffre comparable aux décès dus à la tuberculose et au VIH. Mais alors que la mortalité imputable à la tuberculose et au VIH baisse, celle due aux hépatites chroniques augmente. Il y a eu environ 1,75 million de nouveaux cas d'infection à VHC en 2015. On estime aussi qu'en 2015, il y'avait 257 millions de personnes, pour la plupart des adultes nés avant l'introduction du vaccin contre l'hépatite B, qui vivaient avec une infection chronique par le VHB.

En ce qui concerne la contamination professionnelle par le VHC le risque majeur (et peut être unique) est un contact parentéral avec du sang contenant celui-ci (6).

Il existe un risque très faible mais non négligeable d'infection par le VIH parmi les membres du personnel soignant ayant été exposé. Un rapport basé sur 25 études prospectives et incluant 6498 soignants ayant eu une exposition parentérale à du sang VIH positif situe le niveau du risque à 0,32% (21 infections). Le même rapport estime que le taux de transmission du VIH après une exposition muco-cutanée est de 0,03% (21 études, 2885 expositions muco-cutanées, une infection) (7).

Les principales voies de contamination sont sanguine, génitale et verticale (transmission mère-enfant).

Les infections transmissibles par le sang ont toujours suscité des inquiétudes au sein de la population et en particulier au sein du personnel soignant. Elles soulèvent les mêmes questions complexes, particulièrement depuis l'avènement de l'infection par le VIH.

Dans le monde, l'OMS estime à environ 2 milliards de personnes contaminées par le VHB dont plus de 350 millions ont une atteinte hépatique chronique (8).

Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G, face à un accident d'exposition au sang

L'infection chronique de 17 millions de personnes par le VHC (9). Le taux de décès par le VHC et le VHB a été estimé à respectivement 6,1 et 2,5 décès pour 100.000 habitants (10). En 2009, 16472 AES ont été recensés en France par l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) (11).

En Afrique : L'OMS a estimé que la prévalence de l'hépatite B, de l'hépatite C et du VIH en Algérie était respectivement de 11,5%, 2,6% et 1,3% (12).

Au CNHU de Cotonou, deux personnes sur cinq ont été au moins une fois victimes d'AES et les cas d'accidents répétés ont été fréquents (13).

Au Mali, comme dans la plupart des pays en voie de développement, l'insuffisance du matériel de protection en milieu de soins, le déficit d'information et la faible perception des risques liés aux AES chez les personnels soignants rendent complexe sa problématique (1). Pourtant les AES constituent une réelle menace pour les professionnels de santé à cause de la gravité des affections qu'ils engendrent. Le risque infectieux professionnel en milieu de soins est omniprésent (14,15). Au Mali, le document des normes et procédure de la prise en charge du VIH Sida (16) établi clairement les procédures de la prise en charge des AES.

Nous formulons l'hypothèse de recherche que le personnel de santé dans les structures sanitaires n'aurait pas une bonne connaissance de ces procédures, aurait une perception erronée des risques liés aux AES ainsi qu'une mauvaise pratique face aux AES.

Le but de ce travail sera d'évaluer les connaissances perceptions et pratiques des personnels de santé au CHU du Point G, face à une exposition au sang.

OBJECTIFS

II- OBJECTIFS

- **Objectif Général:**

Etudier les connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G, face à un accident d'exposition au sang et autres liquides biologiques.

- **Objectifs spécifiques:**

1. Décrire le profil sociodémographique et professionnel du personnel enquêté au CHU du Point G
2. Décrire les caractéristiques des expositions au sang et d'autres liquides biologiques dont ont été victime le personnel de santé au CHU du Point G.
3. Décrire les connaissances perceptions et pratiques du personnel de santé du CHU du Point G concernant les mesures pour prévenir les expositions au sang et autres liquides biologiques.
4. Décrire les connaissances perceptions et pratiques du personnel de santé du CHU du Point G sur les mesures post-exposition au sang et autres liquides biologiques.
5. Déterminer la fréquence du personnel de soin qui ont été exposé et qui ont été dépisté.

GENERALITES

III- GENERALITES

1) Définition AES

Un accident d'exposition au sang (AES) est défini comme étant un contact percutané (par une piqûre avec une aiguille, ou coupure avec une lame de bistouri ou tout objet vulnérant) ou tout contact cutanéomuqueux (par projection sur une peau lésée ou sur une muqueuse) avec du sang ou un liquide biologique contenant du sang ou potentiellement contaminant (1).

2) Epidémiologie analytique

A. Principaux agents infectieux transmissibles lors des AES

a. Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

➤ Agent causal

Le virus de l'immunodéficience humaine VIH appartient à la famille des rétrovirus. Un Rétrovirus est un virus qui possède l'équipement enzymatique nécessaire pour assurer la transcription de son ARN, support de l'information génétique en ADN. Cette transcription est réalisée par la transcriptase inverse. Il s'agit d'un Lentivirus, sous famille des Rétrovirus qui sont connus pour entraîner des maladies dégénératives (3).

➤ Modes de transmission du VIH

Les principales voies de contamination sont : la voie sanguine, la voie génitale ou sexuelle, la transmission mère-enfant (verticale) (4).

➤ Transmission sexuelle

La transmission sexuelle du VIH est le mode de contamination de loin le plus fréquent (supérieur à 90% à l'échelle mondiale). Cette transmission peut s'effectuer lors de rapports hétérosexuels ou homosexuels avec une personne contaminée. Certains facteurs locaux augmentent le risque : rapport anal, lésion génitale, saignement, coexistence d'une infection sexuellement transmissible. Un seul contact peut suffire. Les rapports oro-génitaux peuvent être contaminants.

Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G, face à un accident d'exposition au sang

Cependant nous vous décrivons ici quelques risques relatifs en cas d'exposition sexuelle :

Le risque de transmission du VIH en cas de rapport oral (fellation réceptive) est estimé à 0,04% ; en cas de rapport anal réceptif entre hommes (pénétration par un partenaire VIH +), est estimé à 0,82% et en cas de rapport vaginal est estimé à 0,1% (5).

➤ Transmission par le sang et ses dérivés

En France, l'ensemble des dons du sang est obligatoirement testé depuis août 1985. Le risque résiduel est très faible. Les dons d'organes ou de tout produit vivant humain sont également testés.

Le partage de matériel d'injection contaminé par du sang infecté explique l'épidémie dans les années 1990 en France chez les usagers de drogue par voie veineuse. A contrario, la politique de réduction des risques, avec en particulier la mise à disposition de seringue stérile, a permis de réduire considérablement l'incidence de l'infection à VIH chez les populations toxicomanes.

Au Mali pour minimiser les risques de maladies transmissibles par le sang et ses dérivés, l'état Malien a élaboré un arrêté N° 92-0779/ MSPAS-PF-CAB portant sur la réglementation de la transfusion sanguine. Il détermine les conditions de prélèvement, de préparation, de conservation et de distribution du sang et vise à réunir les conditions les meilleures garantissant la sécurité du donneur et du receveur.

Le sang, le plasma et leurs dérivés ne peuvent être prélevés que par le Centre National et les Centres Régionaux de transfusion sanguine.

Les produits sanguins sont préparés à partir de sang lui-même prélevé sur les donateurs volontaires apparemment sains, âgés de 18 à 60 ans.

Tout prélèvement de sang doit être précédé d'un examen médical, comportant un interrogatoire orienté sur le dépistage des maladies transmissibles, la mesure du poids et de la tension artérielle.

Tout sang prélevé est soumis aux examens biologiques obligatoires ci-après :

Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G, face à un accident d'exposition au sang

- Détermination du groupe ABO par deux techniques ;
- Détermination du rhésus
- Dépistage sérologique des maladies transmissibles par le sang (VIH, Ag HBS, BW, VHC).

Toute transfusion de sang, de plasma et de leurs dérivés doit être précédée d'un test de compatibilité (6).

➤ Transmission mère-enfant (TME)

Depuis le premier rapport du SIDA et grossesse en 1984 le nombre de cas est en progression constante (7). En France la transmission materno-foetale est devenue en 1996 le mode quasi exclusif de contamination chez l'enfant. La majorité des femmes atteintes était jeune et sans contraception. On estime 35000 femmes et à

1500 le nombre annuel de femmes séropositives enceintes (8).

La transmission mère-enfant(TME) a lieu surtout dans la période périnatale (fin de la grossesse, accouchement et allaitement). Elle est possible, mais beaucoup plus rare avec le VIH2. Plusieurs arguments plaident en faveur d'une contamination tardive en fin de grossesse, non seulement le fait que certains enfants aient de manifestations tardives mais surtout l'incapacité de détecter le virus par la PCR à la naissance, les enfants qui révéleront l'infection ultérieurement. Une étude menée sur une série de 100 fœtus montre que l'infection est exceptionnelle avant 20 semaines.

De nombreux paramètres peuvent influencer le risque de transmission : âge de la mère, les coïnfections maternelles, les modalités de l'accouchement, la présence de certains anticorps anti VIH. La contamination par l'allaitement maternelle a été prouvée en particulier par l'observance de mère contaminée par transfusion après l'accouchement et ayant transmis le virus à leur enfant alors qu'ils étaient nourris au sein. Le VIH a été isolé dans le colostrum et le lait de femmes séropositives. Le risque surajouté par l'allaitement maternel est estimé à 14% (9).

Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G, face à un accident d'exposition au sang

La fréquence de la transmission materno-foetale varie de 15 – 40% en fonction des continents : 15 – 20% en Europe, 16 – 30% aux Etats –Unis, 25 – 39% en Afrique en absence de mesure prophylactique (10). La gravité de la maladie chez la mère et sa charge virale plasmatique ont une influence sur le risque de la transmission. La TME peut être réduite par l'administration d'antirétroviraux chez la mère, soit à visée thérapeutique si l'état clinique ou biologique nécessite un traitement, soit uniquement prophylactique pour réduire la transmission au cours du dernier trimestre.

Actuellement, en France, grâce à ces mesures, le taux de transmission mère-enfant est inférieur à 2%. L'allaitement doit être proscrit dans les pays où cela est possible.

b. Virus de l'hépatite B (VHB)

➤ Agent causal

Le virus de l'hépatite B appartient à la famille des Hepadnaviridae. IL s'agit d'un virus à ADN constitué d'une capsidie et d'une enveloppe. Antigène HBs (AgHBs) correspond à l'enveloppe virale. La capsidie virale est associée à deux spécificités antigéniques (Ag HBs et Ag HBe). Le virion complet infectant (Particule de Dane) est composé de l'enveloppe entourant la capsidie. A l'intérieur de la capsidie se trouve l'acide nucléique viral et deux enzymes : une ADN polymérase et une protéine Kinase. Environ 2 milliards de personnes sont infectées par le VHB dont 350 millions d'infections chroniques, 1,1 million de décès par an et 5 à 10% des causes de transplantation hépatique (12).

Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G, face à un accident d'exposition au sang

➤ Modes de transmission

• Transmission parentérale

La virémie importante (jusqu'à 1.000.000.000 particules infectieuses par ml de sérum) explique la forte contagiosité et le mode de transmission essentiellement parentérale du virus de l'hépatite B (VHB) : sang et dérivés, injection parentérale (outre les polytransfusés, les hémodialysés, les toxicomanes intraveineux, certaines professions sont particulièrement exposées à la contamination : personnel médical et paramédical, surtout dans les unités d'hémodialysés et les laboratoires d'analyses). L'hépatite B est une maladie professionnelle chez les personnels soignants et la vaccination anti-VHB doit être exigée pour cette population.

• Transmission par voie sexuelle et salivaire

Elle est possible pour le VHB (sperme et sécrétions cervicovaginale). C'est donc une infection sexuellement transmissible. La salive additionnée de sang peut être à l'origine de transmission : brosse à dents...

• Transmission mère-enfant

Elle est grave : l'infection du nouveau-né expose à un risque très élevé de chronicité. Cette transmission peut être secondaire à une hépatite aiguë chez la mère dans le 3^{ème} trimestre de la grossesse ou dans la période néonatale, ou bien à la survenue d'une grossesse chez une femme infectée chronique. Il s'agit d'un contage périnatal. Le risque pour le nouveau-né d'être infecté par le VHB est faible en l'absence de répllication virale chez la mère, mais est d'environ 90% lorsqu'il y a présence d'Ag HBe chez la mère.

La contamination professionnelle par le virus de l'hépatite B dont-il est question ici est un problème connu depuis longtemps et qui est efficacement jugulé par la vaccination (12). Le VHB a été responsable de 190 décès du personnel soignant

Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G, face à un accident d'exposition au sang

aux USA en 1993 (13) et son taux de transmission après piqûre varie de 5-45% ; et ceci en fonction de la présence ou non de l'antigène HBs dans le sang du patient source (1).

c. Virus de l'hépatite C (VHC)

➤ Agent causal

Le virus de l'hépatite C appartient au groupe des flaviviridae. Il s'agit d'un virus à ARN. Le virus lui-même n'a pas été isolé : son génome a été identifié directement par une approche originale de biologie moléculaire aboutissant au clonage d'acides nucléiques présents dans un plasma infectieux. Le virus peut être détecté dans les cellules mononuclées du périphérique, et 65 à 85% des sujets infectés sont virémiques. La séroprévalence du VHC en France, dans la population générale adulte, est de moins de 1% (0,84%), soit environ 370000 personnes infectées dont 1/3 ignore encore leur infection (14).

➤ Modes de transmission du VHC

La contamination par le VHC se fait principalement par transfusion sanguine, usage de drogue mais aussi par du matériel, y compris médical, contaminé par du sang infecté.

La contamination après piqure accidentelle survient entre 1 et 10% des cas si la personne source est virémique. Ce risque impose donc, comme pour le VIH et le VHB, la mise en œuvre systématique, dans tous les lieux de soins, des « précautions standards » et d'une conduite à tenir spécifique en cas d'exposition accidentelle. Le risque de transmission de la mère à l'enfant est de 5%, multiplié par 4 en cas d'infection par le VIH. Le risque de transmission sexuelle considéré comme extrêmement faible chez les couples hétérosexuels stables, peut être augmenté en cas de rapports sexuels traumatiques et /ou chez les homosexuels masculins atteints par le VIH.

D'autres modes de transmission liés à l'utilisation de matériel non ou mal stérilisé avec effraction cutanée ou muqueuse ont été identifiés : endoscopies avec biopsie avant 1995, piercing, tatouage, acupuncture, mésothérapie,

Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G, face à un accident d'exposition au sang

percement des oreilles, sclérose de varices. Le mode de contamination du VHC reste inconnu dans 20 à 30% des cas.

Dans les pays industrialisés, l'infection par le VHC est responsable de 20% des hépatites aiguës, 70% des hépatites chroniques, 40% des cirrhoses décompensées, 60% des carcinomes hépatocellulaires(CHC) et conduit à 30% des transplantations Hépatiques (14).

B. Autres agents infectieux transmissibles

Les autres agents infectieux transmissibles lors des AES sont :

Parmi les virus on peut citer : HTLV, Virus de la fièvre jaune, Virus de la Dengue, Virus Ebola, Virus de la fièvre de Lassa, Virus Marburg, Virus Junin (FH d'Argentine), Virus Machupo (FH de Bolivie), Virus Sabia (FH Brésilienne), Virus de la fièvre Crimée Congo, Virus Guanarito (FH Vénézuélienne), Herpès simplex type 1, Virus Varicelle – Zona, Virus de la fièvre de la vallée du Rift, Virus Kyasamur, Chikungunya

Parmi les bactéries nous avons : *Streptococcus A, B hémolytique, Staphylococcus aureus, Brucella Spp, Leptospira icterohaemorrhagie, Mycobacterium leprae, Mycobacterium tuberculosis, Neisseria gonorrhoeae, Pasteurella multocida, Salmonella typhi, Rickettsia rickettsii*

Parmi les parasites nous avons : *Plasmodium (vivax, malariae, falciparum), Toxoplasma gondii, Trypanosoma SPP, Leishmania SPP* (15).

C. Facteurs de risque

En pratique de soins il n'y a pas de risque de contamination pour les virus, en cas d'AES le risque individuel varie en fonction de la gravité de l'AES et notamment de l'importance de l'inoculum viral. En pratique les accidents les plus graves sont ceux, ou :

La blessure est profonde,

La virémie du patient source est élevée,

L'aiguille (creuse pour injection et pleine pour suture) souillée de sang est utilisée pour un geste intraveineux ou intra artériel,

Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G, face à un accident d'exposition au sang

L'aiguille est visiblement souillée,

L'aiguille est de gros calibre.

Les accidents causés par une tierce personne peuvent également être graves car le mouvement de retrait de l'objet vulnérant est moins immédiat (17).

3-Epidémiologie descriptive

Depuis le premier cas documenté de séroconversion après exposition professionnelle au VIH en 1984 de nombreux pays industrialisés ont mis en place des systèmes nationaux et régionaux de surveillance des infections professionnelles par le VIH (18).

L'incidence réelle de l'infection professionnelle par le VIH n'est pas connue et est vraisemblablement plus importante que le nombre de cas rapportés, y compris dans les pays industrialisés d'où sont originaires les publications. L'incidence mondiale est sans doute beaucoup plus élevée, étant donné le faible nombre d'infections professionnelles rapportées dans les régions de forte prévalence où les systèmes de surveillance sont moins développés. Les cas d'infections professionnelles par le VIH sont généralement classés en "certains" ou "possibles". La définition d'un cas "certain" correspond à un cas pour lequel il existe une preuve de séroconversion (enregistrement d'un test anti-VIH positif et d'un test ultérieur négatif) associée entre temps à une exposition professionnelle précise à une source de VIH.

La définition des cas "possibles" implique le plus souvent la découverte d'une séropositivité chez un personnel de santé qui après investigation, ne présentait pas d'autre risque qu'une exposition professionnelle.

Le risque d'infection professionnelle par le VIH dépend de la prévalence de l'infection du virus dans la population et des conditions de travail. Plus de 94% (267/286) de l'ensemble des cas (certains et possibles) d'infections professionnelles répertoriées dans ce rapport proviennent de pays où les systèmes de surveillance sont bien développés et où, pour la plupart, la

Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G, face à un accident d'exposition au sang

prévalence du VIH est faible. Seuls les 5% (5/95) des cas certains ont été rapportés par des pays d'Afrique, alors que 7 des 8 cas possibles d'infections professionnelles par le VIH rapportés chez des personnels de santé au Royaume Uni ont travaillé dans des pays d'Afrique où la prévalence du VIH est forte (18). En Afrique, il existe très peu de données sur l'ensemble du continent. Cependant des données parcellaires existent sur certains pays, voire mêmes certains sites. Ces données sont essentiellement obtenues à partir des études sur les comportements, attitudes et pratiques. Le calcul de la fréquence s'est ainsi fait à partir de ces données (OMS, 2003).

En Afrique Australe, seulement deux cas de séroconversion professionnelle VIH documentés ont été rapportés en Afrique Sud, et en Zambie ;

On dispose essentiellement de données à partir d'enquêtes de perception du risque chez les soignants permettant de calculer la fréquence des AES de façon rétrospective (OMS 2003).

L'incidence des infections attribuables aux blessures percutanées a été modélisée sur la base de la probabilité de blessure, de la prévalence de l'infection, de la réceptivité du personnel soignant et du potentiel de transmission par voie percutanée. Le nombre de soignants en Afrique a été estimé à 1 622 000(0,21 à 0,30 % de la population totale). L'incidence retrouvée des AES à la suite d'une exposition percutanée était de 2,10/soignant/an. Le nombre de soignants exposés chaque année au VHC, VHB et VIH a été estimé de 90000, 354 000 et 227 000 respectivement. Il a été estimé que les expositions professionnelles percutanées étaient la source majeure d'infection par le VHC et le VHB parmi le personnel soignant, représentant environ 45% des infections VHC ou VHB parmi cette population soit 1580(intervalle de confiance : IC [200-5400]) infections pour le VHC et 9800(IC [1300-18800]) infections pour le VHB chaque année.

Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G, face à un accident d'exposition au sang

Le nombre total d'infections par le VIH survenues à la suite d'une exposition percutanée était estimé à 720 en Afrique (entre 20 et 3000). Le modèle utilisé, a évalué que 5% des infections par le VIH parmi les soignants pouvaient être attribuables à une contamination professionnelle. Ces infections professionnelles par le VIH sont probablement ignorées par le personnel soignant qui, comme d'autres adultes dans la population générale, peut aussi avoir des expositions sexuelles. Une enquête sur les AES conduite en 1993 dans 9 hôpitaux de Mwanza en Tanzanie a estimé l'incidence annuelle de l'infection par le VIH parmi le personnel de santé. En considérant une fréquence du VIH de 20% parmi les patients hospitalisés à Mwanza, l'incidence annuelle évaluée d'infection par le VIH en raison de l'exposition professionnelle était de 0,27%, par exposition percutanée. Parmi les chirurgiens, ce risque était encore plus élevé : 0,7% par an. L'incidence des AES apparaît variable selon les pays et les régions. Ainsi une étude conduite par le GERES en 2005 en Afrique de l'ouest (Cote D'ivoire, Mali, Sénégal) a estimé l'incidence des AES à 0,33 accident percutané (APC)/soignant/année dans les services de médecine et de soins intensifs, et à 0,44 contact cutanéomuqueux (CCM)/soignant/année en chirurgie. Djeriri et al estimaient l'incidence annuelle moyenne des AES à $1,5 \pm 4,3$ par personne dans une enquête multicentrique menée en 2000. Au Maroc auprès d'un échantillon représentatif de 420 soignants ; les AES étaient dominés par les piqûres qui représentaient 50 à 90% et par les projections/contacts cutanéomuqueux avec 5,7 à 15,3% des AES déclarés.

Les données rapportées sont assez disparates et contradictoires, justifiant des études standardisées sur l'épidémiologie des AES et des contaminations professionnelles en Afrique. Cependant, les AES en Afrique semblent représenter certaines particularités qu'il convient de connaître ou de reconnaître afin de mieux préciser des axes d'interventions souhaitables et pertinents (19,20).

**Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G,
face à un accident d'exposition au sang**

A-Conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang

La conduite à tenir après un accident de travail consiste:

Administrer immédiatement des premiers soins en cas d'accident percutané (lavage, antiseptique)

Consulter en urgence un médecin formé à la prise en charge des AES qui procédera à :

- L'évaluation du risque en fonction de la nature du liquide contaminant et de la gravité de la lésion ;
- La recherche du statut du patient source et de l'accidenté en respectant la confidentialité et le consentement éclairé ;
- La prescription éventuelle de la prophylaxie antirétrovirale ;
- Le suivi du traitement ARV et l'évaluation du statut vaccinal:

Enregistrer l'accident dans un registre spécifique, en cas d'accident professionnel, déclarer l'accident de travail auprès du chef de service et /ou du médecin du travail. Le traitement antirétroviral est proposé de préférence dans les 4 premières heures (au plus tard dans les 48h) pour une durée totale de 4 semaines. Il repose sur une trithérapie : AZT+3TC+IDV/r ou LVP/r ou EFV. Si contre-indication à l'AZT prescrire Ténofovir (TDF).

L'efavirenz est déconseillé lorsque le statut de la personne source n'est pas connu en raison du risque de survenue d'effets secondaires graves. Son utilisation est contre indiquée en cas d'infection à VIH2, de coinfection VIH1+2, au VIH1 du groupe O.

La surveillance du traitement est :

- Hebdomadaire et portera sur la clinique, l'évaluation de l'observance et des effets secondaires
- Biologique avec sérologies VIH, VHB, VHC (J0, M1, M3 après l'accident)
- Biologique avec sérologies hépatites virales B, C (J0, M1, M3 et M6 après l'accident).

Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G, face à un accident d'exposition au sang

NB : il est important de réaliser une sérologie VIH à la personne source et à la personne victime (48h) (21).

B-Prévention des AES

Elle repose sur :

- Les précautions standard : port de gants, lavage des mains, précautions lors de manipulation d'instruments potentiellement contaminés, ne pas recapuchonner les aiguilles, conteneurs spéciaux imperforables pour aiguilles et instruments piquants ou coupants, décontamination immédiate des instruments et surfaces souillés par du sang, précautions lors de la manipulation de tous les prélèvements biologiques au laboratoire.
- La mise à la disposition des soignants de matériels de sécurité : aiguilles protégées, boîtes de sécurité.
- La surveillance par la médecine du travail des AES déclarés : elle permet d'envisager en retour l'information et la formation en matière de prévention des principaux actes à risque.
- La formation des personnels et des étudiants des professions de santé (22).

METHODOLOGIE

IV- METHODOLOGIE

a) Cadre et lieu d'étude

Notre étude s'est déroulée au Centre hospitalier universitaire (CHU) du Point G situé au Nord de Bamako dans la commune III.

Il a été créé en 1906 pendant la période coloniale et dispose à ce jour 22 services techniques.... (les urgences, l'Anesthésie, la réanimation, le laboratoire d'analyse, la cardiologie, la pneumo-phtisiologie, la psychiatrie, la neurologie, l'urologie, l'hématologie, l'oncologie, l'imagerie, la gynéco-obstétrique, la rhumatologie, la néphrologie, la kinésithérapie, la chirurgie, la médecine interne, l'anatomo-pathologie, la maladie infectieuse, la gastro-entérologie, la médecine légale) spécialisés dans la prise en charge des maladies avec une capacité d'hospitalisation de 563 lits et environ 576 personnels de santé travailleurs et une pharmacie. A noter que le CHU du point G ne dispose pas de service de gastro-entérologie, de traumatologie ni même de pédiatrie.

b) Période d'étude et type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale avec un recrutement prospectif à visé évaluative portant sur les connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé du CHU du point G. Elle s'était déroulée du 1^{er} juillet au 30 septembre 2019.

c) Population d'étude

Il s'agit des personnels de santé exerçant une activité de soin donc courant un risque d'accident (d'exposition accidentelle) au sang. Ce personnel était constitué de : médecins, infirmiers, laborantins, sages-femmes, aides-soignants, agents de surface et d'étudiants stagiaires au CHU du Point G.

**Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G,
face à un accident d'exposition au sang**

Tableau I : Estimation de la taille de la population d'étude

Grade	Effectif	Pourcentage(%)
Médecin	156	27,1
Infirmiers	214	37,2
Aides-soignants	37	6,4
Technicien de laboratoire	11	1,9
Sages-femmes	18	3,1
Assistants médicaux	52	9
Affaires sociales	9	1,6
Administrateurs et les manœuvres	79	13,7
Total	576	100

Source : administration du CHU du Point G (Statistique à jour 12/12/2019)

d) Critères d'inclusion

Tout personnel de santé travaillant au CHU du point G hormis les administrateurs ayant donné leur consentement verbal éclairé de participer à l'étude.

e) Critères de non inclusion

- Personnel administratif du CHU de point G.
- Personnel de santé du CHU du point G n'ayant pas donné leur consentement pour participer à l'étude.

f) Echantillonnage

La taille de l'échantillon n'a pas été fixée au préalable, c'était une étude exhaustive où tous ceux qui ont répondu aux critères d'inclusion et qui ont accepté de participer à l'étude ont été inclus. Ce qui fait un effectif total de 229

Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G, face à un accident d'exposition au sang

personnels de santé sur un total de 576 attendu selon la liste disponible auprès de l'administration hospitalière soit un taux de participation de 39,7%.

g) Critère de définition

➤ Connaissances

Etait considérée comme ayant une bonne connaissance toute personne qui répond correctement à au moins sept (7) questions sur dix (10) dans la grille connaissance.

Une connaissance moyenne celle ayant répondu correctement à cinq (05) questions sur dix (10).

Celle ayant répondu correctement à moins de quatre (04) questions sur dix (10) était considérée comme ayant une faible connaissance.

➤ Perceptions

La perception était considérée comme bonne si la personne se sentait inquiété ou préoccupée vis-à-vis des AES.

Par contre elle était considérée comme mauvaise si le sentiment était l'indifférence, de la négligence.

➤ Pratiques

Considérée comme bonne pratique tout geste posé en respectant les règles de base établies.

La mauvaise pratique tout geste posé de manière indifférente, inconsiderée.

h) Technique de mesure des variables

L'enquêteur passait dans les différents services avec la fiche d'enquête pour recueillir les données du personnel soignant respectant les critères d'inclusion.

Cette fiche d'enquête comporte un questionnaire :

- Identification socioprofessionnelle des personnels de santé
- Circonstances de l'accident
- Moyens de prévention

Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G, face à un accident d'exposition au sang

– Réaction à l'accident

i) Saisie et analyses des données

- Les données saisies et analysées par le logiciel SPSS 22.0 et Microsoft Word 2013;
- Les références bibliographiques ont été traitées avec le logiciel ZOTERO 5.0.65 selon Vancouver.

j) Les aspects éthiques

Le recueil des données était fait avec le consentement libre et éclairé (verbal) de chaque personnel soignant au cours de notre étude. Grâce au questionnaire anonyme, l'identité du personnel soignant n'était pas révélée. Elle restait strictement confidentielle.

**Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G,
face à un accident d'exposition au sang**

Diagramme de GANTT :

Activités	Jan 2019	Fév. 2019	Mars 2019	Avril 2019	Mai 2019	Juin 2019	juillet 2019	Aout 2019	sept 2019	Oct. 2019	Nov. 2019	Déc 2019	Jan 2020
Protocole													
Revue de la littérature													
Enquête													
Généralités													
Analyse des données													
Correction de thèse													
Soutenance													

RESULTATS

V- RESULTATS

A-Résultat général sur les AES

De juillet à septembre 2019, sur 229 professionnels de santé du CHU point G ayant acceptés de prendre part à l'étude, 114 ont signalés avoir été victimes d'AES selon la répartition suivante : 72 Hommes et 42 Femmes. Soit une prévalence de 49,8%.

1. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des enquêtés

Tableau II: Répartition du personnel de santé selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage(%)
19-29 ans	169	73,8
30-39 ans	44	19,2
40-49 ans	11	4,8
50-60 ans	5	2,2
Total	229	100,0

La tranche d'âge la plus représentée était celle des jeunes comprise entre 19-29 ans avec un âge moyen de 27 ans et des extrêmes de 19 à 60 ans.

**Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G,
face à un accident d'exposition au sang**

Tableau III : Répartition du personnel de santé selon le sexe

Sexe	Fréquence	Pourcentage(%)
Homme	124	54,1
Femme	105	45,9
Total	229	100,0

La majorité du personnel enquêté était de sexe masculin soit 54,1%

Tableau IV: Répartition selon le profil professionnel du personnel de santé

Profil	Fréquence	Pourcentage(%)
Etudiant stagiaire	137	59,8
Infirmier	47	20,5
Médecin généraliste	11	4,8
Laborantin	6	2,6
Urgentistes	5	2,2
Sage-femme	5	2,2
Aides-soignants	5	2,2
Chirurgien	3	1,3
Infectiologue	2	0,9
Gynécologue obstétricien	2	0,9
Autres	6	2,6
Total	229	100,0

Etudiant stagiaire : médical et paramédical

Plus de la moitié du personnel de santé enquêté était constitué des étudiants stagiaires médical et paramédical

**Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G,
face à un accident d'exposition au sang**

Tableau V: Répartition du personnel de santé selon le service

Service	Fréquence	Pourcentage(%)
Urgences	48	21,0
Gynécologie-obstétrique	37	16,2
Anesthésie réanimation	28	12,2
Maladie infectieuse	25	10,9
Pneumologie	16	7,0
Urologie	15	6,6
Laboratoire	15	6,6
Néphrologie	11	4,8
Chirurgie	10	4,4
Neurologie	7	3,1
Pharmacie	6	2,6
Hématologie	5	2,2
Cardiologie	5	2,2
Médecine interne	1	0,4
Total	229	100,0

Le service des urgences était le plus représenté avec 21% suivi de la gynécologie obstétrique à hauteur 16,2 %.

**Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G,
face à un accident d'exposition au sang**

Tableau VI: Répartition selon l'expérience professionnelle du personnel de santé

Expérience	Fréquence	Pourcentage(%)
0-5 ans	161	70,3
6-10 ans	44	19,2
11-15 ans	21	9,2
16-20 ans	2	0,9
21 ans et plus	1	0,4
Total	229	100,0

L'expérience professionnelle [0-5 ans] était la plus représentée dans notre étude avec 70,3% de l'effectif.

2-Connaissances du personnel de santé sur les AES

Tableau VII: Répartition du personnel de santé selon leurs connaissances du sigle AES

Connaissance du sigle AES	Fréquence	Pourcentage(%)
Oui	165	72,1
Non	64	27,9
Total	229	100,0

La majeure partie du professionnel de santé connaissait la signification du sigle AES soit 72,1% des agents de santé.

**Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G,
face à un accident d'exposition au sang**

Tableau VIII : Répartition du personnel de santé selon la connaissance de l'AES

Définition AES	Fréquence	Pourcentage(%)
Bonne	64	27,9
Mauvaise	165	72,1
Total	229	100,0

Une grande majorité du personnel enquêté n'avait pas une connaissance pratique sur les AES

Tableau IX : Repartition du personnel de santé selon leurs connaissances sur les principaux agents infectieux

Agents infectieux	Fréquence	Pourcentage(%)
VHB,VHC,VIH	138	60,3
VIH	63	27,5
VHB	22	9,6
VHC	6	2,6
Total	229	100,0

Les agents pathogènes les plus redoutés par le personnel enquêté lors des AES étaient les VHB, VHC, VIH et ce dans **60,3%** des cas

**Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G,
face à un accident d'exposition au sang**

Tableau X: Répartition du personnel de santé selon leurs connaissances sur les facteurs de risque

Facteurs de risque	Pourcentage(%)
Recapuchonnage	82,4
Manque d'expérience	66,3
Situations de soins difficiles	89,0
Les sutures	80,3
Mauvaise élimination des déchets de soins	95,1

La mauvaise élimination des déchets de soins était le facteur de risque le plus évoqué soit 95,1%

Tableau XI : Répartition du personnel de santé selon le type d'exposition

Type d'exposition	Fréquence	Pourcentage(%)
Piqure	42	36,8
Projection sur muqueuse	36	31,6
Autres*	18	15,8
Projection sur peau lésée	11	9,6
Coupure	7	6,2
Total	114	100,0

* *liquide amniotique, salive, urine.*

Le type d'exposition le plus représenté était la piqure d'aiguille avec 36,8%.

**Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G,
face à un accident d'exposition au sang**

Tableau XII: Répartition selon le personnel de santé ayant reçu ou pas une formation sur les AES

Formation sur AES	Fréquence	Pourcentage(%)
oui	93	40,6
non	136	59,4
Total	229	100,0

Plus de la moitié du personnel enquêté n'avait pas reçu de formation sur les AES

Tableau XIII: Répartition du personnel de santé selon leur niveau de connaissance sur les AES

Connaissance	Fréquence	Pourcentage(%)
Bonne	65	28,4
Moyenne	133	58,1
Faible	31	13,5
Total	229	100,0

Plus de la moitié de nos sujets soit 58,1% avaient une connaissance moyenne sur les AES

Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G,
face à un accident d'exposition au sang

3-Perceptions et pratiques du personnel de santé devant un AES

Tableau XIV : Repartition en fonction des sentiments du personnel de santé au moment de l'AES

Sentiment	Fréquence	Pourcentage(%)
Peur	115	50,2
Inquiétude	108	47,2
Indifférence	6	2,6
Total	229	100,0

Peu de professionnels de santé enregistrés était indifférent aux AES soit 2,6% avec un peu plus de la moitié qui avaient peur

Tableau XV : Répartiton du personnel de santé selon qu'ils aient fait ou pas un AES

Victime AES	Fréquence	Pourcentage(%)
Oui	114	49,8
Non	115	50,2
Total	229	100,0

Prèsque la moitié soit 49,8% du personnel enquêté avait été victime d'AES.

**Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G,
face à un accident d'exposition au sang**

Tableau XVI: Répartition du personnel de santé selon la déclaration ou pas l'AES

AES déclaré	Fréquence	Pourcentage(%)
Oui	95	83,3
Non	19	16,7
Total	114	100,0

Une minorité 16,7% du personnel enquêté ne déclaraient pas leurs AES

Tableau XVII : Répartition selon le personnel de santé qui procède au recapuchonnage des aiguilles

Recapuchonnage	Fréquence	Pourcentage(%)
Oui	106	46,3
Non	123	53,7
Total	229	100,0

Environ 46,3% du personnel enquêté procédait au recapuchonnage de la seringue après utilisation de cette dernière.

**Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G,
face à un accident d'exposition au sang**

Tableau XVIII : Répartition personnel de santé en fonction du mode d'élimination des aiguilles

Elimination aiguille	Fréquence	Pourcentage(%)
Boite de sécurité	174	76,0
Poubelles	52	22,7
Salle de prélèvement	3	1,3
Total	229	100,0

La majeure partie du personnel de santé enquêté soit **76,0%** utilisait la boîte de sécurité comme moyen d'élimination des aiguilles .

Tableau XIX: Répartition du personnel de santé selon la situation géographique des Collecteurs (poubelles, boîte de sécurité)

Collecteurs proches	Fréquence	Pourcentage(%)
Oui	116	50,7
Non	113	49,3
Total	229	100,0

Dans la moitié des cas les collecteurs d'aiguilles étaient proches du personnel santé lors des actes de soins

**Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G,
face à un accident d'exposition au sang**

Tableau XX: Répartition selon le port de gant

Port de gant	Fréquence	Pourcentage(%)
Oui	195	85,2
Non	34	14,8
Total	229	100,0

La majorité du professionnel de santé portait des gants soit 85,2% lors des soins.

Tableau XXI : Répartition du personnel en fonction de la cause du non port de gant

Cause de non port de gant	Fréquence	Pourcentage(%)
Il n'y en a pas	24	72,7
L'acte n'est pas risqué	9	27,3
Total	34	100,0

Parmi les 34 personnes qui ne portaient pas de gant, **72,7%** ont évoqué la non disponibilité de cet équipement de protection.

B-Résultat des victimes d'AES

1-Catégorisation des victimes d'AES

Tableau XXII : Répartition des victimes d'AES en fonction de l'âge

Classes d'âge	Avez-vous été victime d'AES		Total
	oui	non	
19-29 ans	85(52,1%)	78	163
30-39 ans	18(36,7%)	31	49
40-49 ans	7(63,6)	4	11
50-60 ans	4(66,7)	2	6
Total	114(49,8)	115	229

Parmi les victimes d'AES, la tranche d'âge la plus représentée était celle de **19-29 ans** avec une fréquence de **52,1%**.

Tableau XXIII : Répartition des victimes d'AES en fonction du sexe

Sexe	Victime d'AES		Total
	oui	Non	
Masculin	72(56,70)	55	127
Féminin	42(41,17)	60	102
Total	114(49,8)	115	229

Parmi les victimes d'AES, le sexe masculin a prédominé avec **72** individus (**56,70%**).

**Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G,
face à un accident d'exposition au sang**

Tableau XXIV : Répartition des victimes d'AES en fonction de l'ancienneté

Ancienneté (ans)	Victime d'AES		Total
	Oui	Non	
0-5	82(51,2)	78	160
6-10	21(46,7)	24	45
11-15	10(47,6)	11	21
16-20	0	2	2
21 et plus	1(100)	0	1
Total	114(49,8)	115	229

Sur les 114 victimes d'AES, plus de la moitié soit **51,2%** avaient une ancienneté de fonction de située entre 0 et 5 ans.

**Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G,
face à un accident d'exposition au sang**

Tableau XXV: Répartition des victimes d'AES en fonction de la profession

Profession	Victime d'AES		Total
	Oui	non	
Chirurgien	1(33,3)	2	3
Infectiologue	2(100)	0	2
Laborantin	4(66,7)	2	6
Urgentistes	2(40)	3	5
Gynécologue-obstétricien	1(50,0)	1	2
Médecin généraliste	4(36,4)	7	11
Sage-femme	8(88,9)	1	9
Infirmier	18(38,3)	29	47
Etudiant stagiaire	66(49,6)	67	133
Aides-soignants	5(100)	0	5
Autres	3(50,0)	3	6
Total	114(49,8)	115	229

Selon les spécialités représentées dans notre étude, les infectiologues et les aides-soignants étaient les plus touchés soit (**100%**) des cas suivi des sages-femmes (88,9%) et des laborantins (66,7%). Les infirmiers ne représentaient que 38,3% des victimes d'AES.

**Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G,
face à un accident d'exposition au sang**

Tableau XXVI : Répartition des victimes d'AES par rapport au sujet exposé en fonction du service

Service	Victime d'AES		Total
	oui	Non	
Anesthésie-réa	12(42,8)	16	28
Cardiologie	2(40,0)	3	5
Chirurgie	11(68,7)	5	16
Gynécologie-obstétrique	18(48,6)	19	37
Hématologie	4(80,0)	1	5
Laboratoire	9(60)	6	15
Maladies infectieuses	11(45,8)	13	24
Médecine interne	0(00,0)	1	1
Néphrologie	6(54,5)	5	11
Neurologie	4(57,1)	3	7
Pharmacie	3(50,0)	3	6
Pneumologie	9(56,2)	4	16
Urgences	21(43,7)	27	48
Urologie	4(36,4)	7	11
Total	114(49,8)	115	229

Le service d'hématologie et de la chirurgie sont les plus touchés par les AES soit respectivement **80%** et **68,7%**

**Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G,
face à un accident d'exposition au sang**

Tableau XXVII : Répartition des victimes d'AES selon la fréquence de la survenue

Victimes d'AES		
Nombre de fois	Effectif	Pourcentage(%)
Moins de 3 fois	89	78,07
Plus de 3 fois	25	21,93
Total	114	100

Parmi les victimes d'AES **78,07%** ont fait moins de 3 fois d'accidents dans les six mois précédents.

Tableau XXVIII : Répartition des victimes d'AES selon les mécanismes de survenue

Mécanisme de survenue du dernier AES	Effectif	Pourcentage(%)
Piqûre	86	75,43
Autres	10	8,78
Projection sur muqueuse	9	7,90
Coupure	8	7,01
Projection sur peau lésée	1	0,88
Total	114	100

Le mécanisme de survenue du dernier AES le plus fréquemment évoqué par le personnel de santé victime d'AES était la piqûre par une aiguille souillée soit **75,4%**.

**Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G,
face à un accident d'exposition au sang**

Tableau XXIX : Répartition des victimes d'AES en fonction du type de liquide biologique

Type de liquide biologique	Victimes d'AES	
	Effectif	Pourcentage(%)
Sang	96	84,21
Liquide amniotique	8	7,01
Salive	4	3,50
Urine	6	5,26
Total	114	100

Le sang était le liquide biologique en cause le plus cité lors du dernier AES avec une fréquence de **84,21%**.

2-Conduites tenues par les victimes après un AES

Tableau XXX : Répartition des victimes d'AES selon les mesures d'asepsie appliquées

Mesures d'asepsie appliquées	Victimes d'AES	
	Effectif	Pourcentage(%)
Lavage abondant avec eau et savon	101	88,6
Application d'un antiseptique*	96	84,2
Rinçage	93	81,6

**alcool 70°, eau de javel ou Bétadine dermique*

Le lavage abondant avec de l'eau et du savon était la mesure d'asepsie la plus pratiquée avec une fréquence de **88,6%**.

**Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G,
face à un accident d'exposition au sang**

Tableau XXXI: Répartition des victimes d'AES selon le temps de contact avec l'antiseptique

Victimes d'AES		
Temps de contact	Effectif	Pourcentage(%)
Inférieur à 15 mn	101	88,6
Supérieur à 15 mn	13	11,4
Total	114	100

Seulement 11,4% des victimes d'AES ont un contact supérieur à 15mn

Tableau XXXII: Répartition des victimes d'AES selon la déclaration et le délai de déclaration au chef de service

Victimes d'AES			
Délai de déclaration		Effectif	Pourcentage(%)
Déclaration	en moins de 48h	89	93,6
	en plus de 48h	6	6,4
Pas de déclaration		19	16,7
Total		114	

Parmi les victimes d'AES, seulement (16,7%) n'avait pas déclaré leur accident.

**Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G,
face à un accident d'exposition au sang**

Tableau XXXIII : Répartition des victimes d'AES en fonction des raisons de la non déclaration de l'incident au chef de service

Raison de non déclaration d'AES	Victimes d'AES	
	Effectif	Pourcentage(%)
Ne pas savoir qu'il fallait déclarer	12	63,2
Procédure trop compliquée	4	21
Se sentir fautif	2	10,5
Ne pas savoir comment faire	1	5,3
Total	19	100

La majorité des victimes d'AES soit 63,2 % avaient dit ne pas savoir qu'il fallait déclarer

3-Suggestions des enquêtés pour prévenir les AES

Tableau XXXIV : Répartition du personnel de santé en fonction de leurs suggestions pour prévenir les AES

Suggestions	Fréquence	Pourcentage(%)
Respecter des mesures de précautions standards	101	44,1
Former sur les mesures préventives des AES	57	24,9
Rendre disponible des équipements de protection	37	16,2
Sensibiliser sur les risques liés aux AES	26	11,4
Vacciner contre les agents incriminés	8	3,5
Total	229	100,0

Prèsque la moitié de nos enquêtés soit 44,1% avait suggéré le respect des mesures de précautions standards.

**COMMENTAIRES ET
DISCUSSION**

VI- COMMENTAIRES – DISCUSSION

Les difficultés rencontrées lors de notre étude

Notre étude a noté une faible participation avec 39,7% de répondant (229 de sujets enquête sur un total de 576 attendu). Une information officielle provenant de l'administration de l'hôpital aurait pu nous permettre d'inclure tout le personnel soignant du CHU. La réticence de certains membres du personnel à répondre aux questions, avait conduit à de longues négociations et parfois à un refus de participer à l'enquête peut être par manque de perception de l'importance d'une telle étude pour la sécurisation de leur pratique professionnelle.

1) Caractéristiques sociodémographiques

a- Age

La tranche d'âge la plus représentée dans notre série était celle de 19 à 29 ans avec 73,8 %. Tandis que Daou A en 2008 au CHU du Point G et Kanté H en 2019 au CSRéf de la commune III avaient respectivement retrouvée 62,5% et 49,6% pour la même tranche d'âge (5,23). Notre fréquence plus élevée pourrait s'expliquer par le fait du rajeunissement progressif du personnel de santé dans nos structures.

b- Sexe

Le sexe masculin à représenter 54,1% du personnel enquêté durant notre étude. Ce résultat est comparable à celui que Ehui et al (24) ont retrouvé en côte d'ivoire en 2007 qui ont trouvé 51,6 % pour le même sexe. Cependant Ouologuem D en 2011 au CHU du Point G avait retrouvé un pourcentage plus élevé d'homme 64,3 % des cas (1). Le personnel de sante demeure masculin en majorité quand bien même on note une progression du nombre de femme dans ces groupes professionnels.

Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G, face à un accident d'exposition au sang

c- Profession

Plus de la moitié du personnel de santé enquêté était constituée d'étudiants stagiaires en médecine avec 59,8 %, nettement supérieur au résultat de Ouologuem D qui avait retrouvé 32,1 % de stagiaires en 2011(1). Quant aux infirmiers qui représentaient 20,5 % de notre échantillon, ce taux est inférieur aux 32,8% retrouvé par Kanté H en 2019 au CSRéf CIII (23). Ceci pourrait s'expliquer par l'augmentation du nombre des étudiants au fil des années à la faculté ainsi que par un pourcentage élevé des infirmiers recrutés dans les centres communautaires par rapport au CHU.

d- Service

Il est important de signaler que 73 % des AES étaient survenus dans les services de médecine et 27% dans les services de chirurgie. Ces fréquences sont supérieures à celles trouvés par Flora D (25) en 2006 soient 56% en médecine et 30,5% en chirurgie ainsi que Daou A en 2008 avec 50% médecine et 31,25 % chirurgie (5). Il semblerait que les AES soient plus fréquents dans les services de médecine. Ceux-ci s'expliqueraient par le fait que la manipulation des matériels de soins est plus fréquente dans ces services et aussi que les services de chirurgie ayant été les plus touchés par le passé auraient pris des dispositions.

e- Ancienneté

L'expérience professionnelle compris entre 0 à 5 ans était la plus représentée dans notre étude avec **70,3%** de l'effectif.

Notre résultat est semblable à celui de Camara S qui a retrouvé en 2010 un résultat **70,6 %** d'AES survenant dans les trois premières années qui suivent la prise de fonction (26).

Et contrairement à Dembélé M B qui a retrouvé **37,9%** pour la même tranche d'âge au cours de son étude en 2013 (27). Ceci pourrait s'expliquer par l'inexpérience du personnel de santé les premières années d'exercices.

Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G, face à un accident d'exposition au sang

2) Connaissance des professionnelles de santé sur les AES

La majorité du personnel de santé de l'étude soit **72,1%** savait ce que s'est qu'un AES. Ce résultat est inférieur à ceux trouvés par Kanté H en 2019 au CS Réf CIII et Dembélé M.B en 2013, qui représente respectivement **84%** et **80,5%** des colligés (23,27). Ce taux pourrait s'expliquer par le manque d'intérêt que les personnels de santé portent aux affiches collées aux murs et aux formations, ce qui sans aucun doute les impactent négativement.

La majeure partie des agents de santé pensaient qu'ils étaient exposés à un risque d'infection transmissible par le sang, 60,3% connaissaient les principaux agents infectieux (VIH, VHB, VHC) transmissibles lors des AES.

Ce résultat est inférieur à celui retrouvé par Dembélé M.B en 2013 dans 80,5% des cas (27). Ceci pourrait expliquer le manque de formation du personnel de santé dans notre structure sur les AES.

Les actes à risque les plus évoqués étaient la mauvaise élimination des déchets de soins, le recapuchonnage des aiguilles et les sutures, avec des taux respectifs de **95,1%**, **82,4%** et **80,3%**. Ces taux sont supérieurs à ceux retrouvés par Kanté H soit **80%** pour le recapuchonnage des aiguilles et **75,2%** pour les sutures (23). Cette différence dans la connaissance des actes à risque pourrait aussi s'expliquer par la formation du personnel qui varie selon les structures de santé. En effet, au Mali, le personnel évoluant dans les CHU ont un niveau de formation initiale plus élevée (il s'agit de médecins spécialistes, d'étudiants en médecine...) que ceux des districts sanitaires même si ces derniers bénéficient plus souvent de la formation continue à travers les ateliers.

Il ressort de notre étude que seulement **40,6%** du personnel de santé enquêté au CHU du Point-G avait reçu des formations spécifiques sur les AES. Ce résultat est comparable à celui trouvé par Dembélé M.B en 2013 (27) estimé à **39,1%** et légèrement au-dessus de celui trouvé par Kanté H en 2019 estimé à **34,4%** (23).

Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G, face à un accident d'exposition au sang

Ce faible taux de formation spécifique souligne la nécessité de la formation continue pour combler les attentes des prestataires de soins dans la mise à jour et le maintien de leurs connaissances.

3) Perceptions et pratiques des enquêtés avant l'AES

Ce travail a révélé que **46,3%** du personnel de santé pratiquait le recapuchonnage des aiguilles ce qui est similaire à Kanté H qui trouvait **40,8%** (23). Contrairement à l'étude menée par Dembélé M.B en 2013, aboutissant à **28,2%** (27). Cela pourrait être dû à une insuffisance dans le respect des précautions standards par le personnel de santé ou encore par une insuffisance dans le suivi de la mise en œuvre de ces précautions. Il serait donc nécessaire au-delà des formations de mettre à disposition des affiches au niveau des postes de soins pour rappeler les précautions standard et la mise en place d'un système d'évaluation des pratiques.

La présente étude a révélé que **85,2%** du personnel de santé portait systématiquement des gants. Ce résultat se rapproche de ceux de Kanté H en 2019 au CS Réf CIII et de Dembélé M.B en 2013 trouvant respectivement **90,4%** et **79,3%** (23,27). Ceci pourrait s'expliquer par la perception de cet équipement comme une barrière protectrice, et une relative disponibilité de ces gants qui sont prescrites systématiquement aux dans les structures de santé. Cependant la non disponibilité permanente de ces gant a été évoquée comme motif de l'absence de son utilisation : **72,7%** des enquêtés ont évoqué la non disponibilité des gants comme motif de ne pas en porter. Un taux comparable a été trouvé par Dembélé M.B en 2013 soit **69,4%** (27).

Dans notre étude le sentiment personnel des enquêtés vis-à-vis des risques liés aux AES était partagé : **50,2%** ressentaient la peur, **47,2%** de l'inquiétude, **2,6%** de l'indifférence. Par contre dans une étude tunisienne, leur sentiment vis-

Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G, face à un accident d'exposition au sang

à-vis des risques liés aux AES était partagé : **37%** ressentait la peur, **33%** une légère appréhension, **20%** de l'inquiétude et **10%** un détachement (28).

4) Catégorisation des victimes d'AES

Nous avons noté que **78,07%** du personnel de santé de l'étude a été victime **moins de 3 fois** comparativement à celui de Kanté H en 2019 qui a retrouvé **76,6%** de cas en **moins de 4 fois** (23). Dembélé M.B en 2013, avait trouvé une fréquence de **95,1%** pour les sujets ayant fait au moins 3 AES(27). Ces fréquences élevées indiquent l'importance de ces accidents et la nécessité de prendre les mesure pour leur prévention primaire et secondaire.

Dans notre étude, les sages-femmes étaient les plus représentées soit **88,9%** des victimes d'AES. Par ailleurs, dans l'étude de Kanté H en 2019, les infirmiers viennent en tête avec un taux de **46,8%** (23). Ces infirmiers représentent **38,3%** dans notre étude. Ce taux est comparable à ceux trouvés par Camara S en 2010 et Eholie S.P et al en 2002 , estimés respectivement à **35,3%** et **23,7%** (26,29).

Ce travail a révélé que **51,2%** des victimes d'AES avaient une ancienneté de fonction de **0-5 ans**. Ce résultat est inférieur à celui de Camara S en 2010 et Kanté H en 2019 qui trouvaient respectivement **70,6%** et **68,1%** (23,26).

Cela pourrait s'expliquer par l'importance de l'expérience professionnel dans la maîtrise des actes les rendant moins risqués. Cependant il faut signaler que dans nos structures, certains agents les plus chevronnés abandonnent les activités de soin au profit des plus jeunes s'exposant eux même moins au risque d'AES.

5) Fréquence, mécanismes et liquides biologiques incriminés dans les AES

Il ressort de cette étude que **49,8%** de personnels de santé ont été victimes

d'AES, un taux est inférieur à celui trouvé par Eholie S.P et al en 2002 en Côte d'Ivoire, estimé à **60%** (29). Ce faible taux pourrait s'expliquer par la sous déclaration des AES et le refus de participer à l'étude par certains agents de santé ou encore le non-retour des questionnaires.

Il apparaît dans ce travail que **75,43%** des personnels de santé ont été victimes d'AES par **piqure**. Ce résultat est comparable à celui trouvé par Kanté H en 2019 (**78,7%**) (23) et supérieur à ceux trouvés par Dembélé M.B en 2013 (27), Camara S en 2010 (26) et Eholie S.P et al en 2002 (29), s'élevant respectivement de **57,4%**, **53%** et **44,1%**. Cela explique le fort taux du recapuchonnage des aiguilles souillées. Cette étude indique que le sang était le liquide biologique le plus cité par **84,2%** des victimes d'AES. Ce résultat est comparable à ceux trouvés par Ouloguem D.S en 2011 et Dembélé M.B en 2013, estimés respectivement à **85,7%** et **87%** (1,27). Dans ces différentes études, le mécanisme de l'AES le plus fréquemment retrouvé et le produit biologique incriminé concordent. Les piqures et le sang permettent d'entrevoir les axes de la prévention qu'il faudrait renforcer, notamment les équipements avec dispositif auto-protecteur de sécurité, mais aussi les messages de sensibilisation à faire passer, notamment l'interdiction de recapuchonnage des aiguilles et leur élimination dans les conteneurs appropriés.

6) Conduite tenues par les victimes après l'AES

Le lavage abondant avec de l'eau et du savon était la mesure d'asepsie la plus pratiquée (**88,6%**) par des victimes d'AES suivi de l'application de l'alcool à 70° ou d'eau de javel diluée à 1/10è ou de la Polyvidone iodée solution

Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G, face à un accident d'exposition au sang

dermique avec **(84,4%)**. Ce taux est comparable à ceux trouvés par Ouloguem D.S en 2011 et Dembélé M.B en 2013 , variant de **85,7% à 95,1%** (1,27).

Quelques agents (soit **11,5%** des cas) avaient dépassé **15mn** pour l'application de mesures d'antisepsie ce qui est supérieur à celui de Daou A qui n'a trouvé qu'une personne dans son étude.

Il ressort de cette étude que **16,7%** des victimes d'AES n'ont pas déclaré l'incident au chef de service. Ce résultat est inférieur à ceux de Camara S en 2010 qui trouve **47%** (26), et Dembélé M.B en 2013, estimé **60,7%** (27). Et ceci est un fait nouveau car en 1983, Rabaud C en France constatait lors d'une enquête menée auprès de 1429 soignants, que **40%** des AES survenus au cours de l'année de l'étude n'étaient pas déclarés (30). Ceci montre une amélioration dans le processus de prise en charge des AES.

Ces faibles taux reflètent une sous déclaration qui est due peut-être à l'ignorance de certains personnels qui pensent qu'aucune prise en charge adéquate n'est offerte après déclaration. Il peut s'agir aussi d'une réticence des accidentés à connaître leur statut sérologique et celui du patient source. Certains disent qu'ils ne savent pas qu'il faille déclarer

Parmi ceux qui ont déclaré leur accident, **93,5%** l'ont fait en **moins de 48H** après l'incident. Ce résultat est comparable à celui trouvé par Dembélé M.B en 2013 (27), estimé à **100%** mais supérieur à Kanté H en 2019 (**66,7%**) (23). La déclaration précoce est le garant de l'efficacité d'une prophylaxie secondaire post exposition par les ARV. Cette déclaration doit donc être obligatoire. Cependant, une grande partie des victimes d'AES soit **61,76%** ont signalé la méconnaissance qu'il fallait déclarer comme leur raison de ne pas informer le chef de service. Ce résultat est supérieur à ceux trouvés par Kanté H en 2019 et Dembélé M.B en 2013 , estimé respectivement à **36,8%** et **37,8%** (23,27). Cette méconnaissance pourrait s'expliquer par l'absence d'affiche aux lieux de soins

Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G, face à un accident d'exposition au sang

avec les indications claires sur la conduite à tenir en cas d'AES, au-delà de la déclaration au supérieur hiérarchique, le ou les médecins référents doivent être nommément identifiés sur ces affiches pour permettre aux agents de les contacter en cas d'AES.

7) Suggestions des enquêtés pour prévenir les AES

La majorité des suggestions pour prévenir les AES étaient **le respect des mesures de précautions standards**, De Laroche et al en France en 2018 (31) sont parvenus à un résultat similaire ainsi que Kanté H en 2019 (23) . Cependant, le besoin de formation a aussi été évoqué et pourrait contribuer à améliorer le niveau de connaissance sur les AES chez le personnel soignant au CHU du Point G comme il en a été le cas dans l'étude de Dembélé M.B en 2013 à hauteur de **42%**(27).

**CONCLUSION ET
RECOMMANDATIONS**

VII- CONCLUSION

Cette étude a permis d'étudier les connaissances perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G, face à une exposition au sang. Les résultats obtenus prouvent que dans la plupart du temps les AES restent un problème de santé. Au total nous avons colligé 229 cas parmi les quelques 114 ont fait un AES.

Plusieurs des participants (40,6%) n'avaient pas eu de formation sur les AES, leurs sentiments personnels vis-à-vis des risques liés aux AES étaient partagé : certains ressentait de la peur (50,2%), de l'inquiétude (47,2%), d'autres de l'indifférence (2,6%).

Un nombre important de professionnel de santé prenait des précautions pour éviter les AES : le port des gants lors des soins (85,2%), l'élimination des aiguilles dans les boites de sécurité, ne pas recapuchonner les aiguilles souillées. Le sang (84,2%) est le liquide biologique le plus retrouvé chez les agents exposés aux AES, suivi du liquide amniotique, plus de la moitié (58,5%) des exposés n'ont pas déclarés leurs AES.

Une grande partie des enquêtés ont préconisé le respect des mesures de précautions standards et des formations comme des moyens de prévention d'AES bien vrai que plus de la moitié des participants n'avaient pas eu de formation sur les AES.

Malgré une connaissance moyenne (60,3%) des enquêtés sur les risques d'infection et les principaux agents infectieux transmissibles lors des AES, ils restent fréquents dans le CHU point G. Ceci appelle donc à plus d'investigations dans les structures de santé pour évaluer ces expositions au niveau national afin que des mesures idoines puissent être prises par les autorités.

VIII- RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous pouvons formuler les recommandations suivantes:

Au ministère de la santé et des affaires sociales

- La mise en place d'un système de déclaration des AES et d'un système d'information, de sensibilisation et d'éducation sanitaire sur les AES dans toutes les structures sanitaires ;
- Création d'un comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ;
- La création d'une unité de prise en charge des AES au service de maladies infectieuses ;
- Création d'un service de médecine de travail ;
- La formation et le recyclage des agents de santé sur les AES (déclaration, prise en charge et prévention) ;
- L'obtention de la gratuité de tous les bilans biologiques de suivis post exposition pour un bon suivi et une meilleure prise en charge des sujets victimes d'AES ;
- L'assurance d'une disponibilité permanente des matériels de protection dans toutes les structures sanitaires ;
- La proposition d'une politique de dépistage systématique du VIH, VHB, VHC à l'embauche et de routine pour tout travailleur des Hôpitaux.

Au personnel de santé

- Respecter les règles d'asepsie en général et immédiate après AES (lavage à l'eau et au savon, rinçage, application alcool ou eau de javel ou dakin)
- Déclarer obligatoirement tous les cas d'AES au chef de service ;
- Porter systématiquement les gants lors des soins ;
- Faire plus attention au moment des soins ;
- Ne pas recapuchonner les aiguilles ; les mettre dans des boîtes de sécurité.

**Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G,
face à un accident d'exposition au sang**

- Ne minimiser aucun accident d'exposition au sang que le sujet source soit VIH positif ou non ;
- Considérer toute source de liquide biologique comme potentiellement infectieuse ;
- Eviter la prescription des administrations parentérales tant que cela est possible.

**REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES**

Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G, face à un accident d'exposition au sang

IX- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ouologuem DS. Etude épidémiologique et pronostique des accidents d'exposition au sang dans le Service des maladies infectieuses, CHU du Point G. Thèse Med.Bamako;2011.100.
2. CCLIN Paris nord. Surveillance des Accidents d'Exposition au Sang. Résultat de la surveillance 2012.
http://www.cclinparisnord.org/AES/2012/rapportAES2012_CCPN.pdf.
3. InVS. Geres. Surveillance des accidents avec exposition au sang dans les établissements de santé français en 2005. Mal Infect. <http://www.invs.sante.fr>.
4. Beghdadli B, Ghomari O, Taleb M, Belhadj Z, Belabed A, Kandouci AB, Fanello S. Le personnel a risque d'accidents d'exposition au sang dans un CHU de l'ouest algérien. Sante Publique 2009 ; 22, n°3 :253-261.
5. Daou A. Evaluation des accidents d'exposition au sang chez le personnel de santé au CHU du Point G.Thèse Med.Bamako;2008.100.
6. ONUSIDA. Un long chemin reste à parcourir – combler les écarts, rompre les barrières, réparer les injustices. 2018.
http://www.unaids.org/sites/default/files/20180718_PR_miles-to-go_fr.pdf.
7. La source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite C. Le VIH au Canada : Guide d'introduction pour les fournisseurs de services ; <https://www.catie.ca/fr/vih-canada/1>.
8. OMS. Hépatite virale. Rapport du secrétariat. A62/22. 16 avril 2009.
9. OMS. La menace croissante de l'hépatite B et C dans la Région Méditerranéenne Orientale : appel à l'action. EM/RC56/R.5. Octobre 2009.
10. Pequignot F, Hillon P, Antona D, et al. Estimation nationale de la mortalité associée et imputable à l'hépatite C et à l'hépatite B en France métropolitaine en 2001. BEH 2008; 27:227-240.
11. Rapport INVS sur les AES --2009.
http://www.invs.sante.fr/content/download/33121/165495/version/9/file/rapport_AES_2009/pdf.
12. Rapiti E, Pruss-Ustun A, Hutin Y. Sharp's injuries. Assessing the burden of disease from sharps injuries to health-care workers at national and local levels. Environmental Burden of Disease Series, N°11. WHO protection of the human environment, Geneva 2005.
13. ZANNOU D M, ADE G, HOUNGBE F, FANOUS P, FAYOMI B et al. Facteurs épidémiologiques liés aux accidents d'exposition au sang en milieu hospitalier à Cotonou, Bénin. Med Afr Noire; 2006: 53-6.
14. L'Heriteau F. Les risques infectieux liés aux accidents exposant au sang (AES) et aux liquides biologiques. Revue Francophone des Laboratoires, novembre 2005,N°376 :37-43.

Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G, face à un accident d'exposition au sang

15. HAMZA R.L'infection hospitalière. Première édition. Tunis: MSP, DHMPE, 2003: 152-164.
16. HCNLS.Normes et protocoles de prise en charge antirétrovirale du VIH et du SIDA.Bamako.HCNLS.2016.
17. www.geres.org/docpdf/hg_03_at.pdf. 30 mai 2017
18. T R Harrison,Principes de médecine interne, 5ème édition française, Paris, 1995 ; 1410p.
19. Anon.Neediestick Transmission of HTLV III from a patient infected in Africa. Lancet 1934; 2(3416): 1376-77.
20. BOUVET E, BRUCKER G, ROUVEIX E, EHUI E, ABITEBOUL D, FAYOMI B et al. GERES, ESTHER. Manuel pratique de prévention et prise en charge des AES, FAYOMI B et al. Manuel pratique de prévention et prise en charge des AES. Ed : Février 2008 ; chapitre 1 .110 p Email :geres@geres.org-site :www.geres.org.
21. Politique et protocoles de prise en charge antirétrovirale du VIH et sida juin 2010p51.
22. CMIT. Accidents exposant au sang risque VIH, VHB et VHC. IN E. PILLY. Viractis plus Ed ;2010 :p 541-545.
23. KANTE H.Connaissances, attitudes et pratiques des personnels de santé face à un accident d'exposition au sang (AES) dans le CSREF et les CSCOM de la commune III du district de Bamako.Thèse Pharma.2019.127.
24. EHUI E, KRA O, OUATTARA I, EHOLIE S, KAKOU A, BISSAGNENE A, KADIO A.Prise en charge des accidents d'exposition au sang au CHU de Treichville, Abidjan (Cote d'Ivoire). Med, Mal Infect 37 (2007) S251- S256.
25. FLORA D. Étude sur les risques de transmission professionnelle du VIH-SIDA à l'hôpital du Point G. Thèse, Med, Bamako, 2006 ; 06M185.
26. CAMARA S.EVALUATION DES AES, CHEZ LE PERSONNEL DE SANTE AU CS Réf C-IV (Risque de transmission professionnel du VIH/SIDA).Thèse Med;Bamako.2010.92.
27. DEMBELE M B.Connaissances, attitudes et pratiques des personnels de santé face à un accident d'exposition au sang (AES) dans les services de sante (CSREF et CSCOM) de la commune I du district de BAMAKO.Thèse Med.2013. 91.
28. GZAA A , D.TRIKI , K.ABDELAH, M.N.DALY, T.BEN GHACHEM, H.KHOUNI, B.BELGACEM , R.HAMZA.« Connaissances, Attitudes, Pratiques » sur les accidents d'exposition au sang dans des structures de première ligne à Tunis. Rev Tun Infectiol, Oct 08, N°4, p10-17.
29. EHOLIE S, EHUI E, YEBOUE-KOUAME BY, SIMO TA, TANON A, COULIBALY-DACOURY C, et al. Analyse des pratiques et connaissances du personnel soignant sur les accidents d'exposition au sang à Abidjan (Côte d'Ivoire). Med Mal Infect 2002 ; 32 : 359-68.

**Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G,
face à un accident d'exposition au sang**

30. RABAUD C. Analyse du comportement du personnel soignant face aux accidents avec exposition au sang. Hygiènes 2003 ; XI (2) : 169-75.
31. De Laroche M, Pelissier G, Noël S, Rouveix E. Exposition à risque de transmission virale (AES). Rev de Méd Int [Internet]. 5 oct 2018; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0248866318307045>.

ANNEXES

Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G, face à un accident d'exposition au sang

Q16- Quand vous êtes victime d'un AES,

A-Avez-vous déclaré votre accident au chef de service : 1=Oui, 2=Non /___/

B-Si oui, dans quel délai : 1= Inférieur ou égal à 48h, 2= Supérieur à 48h /___/

C-Si non, pourquoi : 1=je me sentais fautif, 2=manque de temps, 3=procédure trop compliquée, 4=je ne savais pas comment faire, 5=je ne savais pas qu'il fallait déclarer,

6=autre raison à préciser : /_____ / /___/

C-PRATIQUES :

Q15-Après utilisation, que faites-vous des aiguilles souillées, vous les recapuchonnez :

1=Oui, 2=Non, /___/

Q16-Si vous éliminez les aiguilles et les lames de bistouri souillées, ou le faites-vous ?

/_____ /

Q17-Ces collecteurs sont-ils toujours situés juste à vos côté pendant l'acte de soin ?

1=Oui 2=Non /___/

Q18a-Portez-vous toujours des gants pendant les soins? 1=Oui, 2=Non /___/

Q18b-Si non, pourquoi ? : 1=Il n'y'en pas, 2=Vous êtes trop loin de l'endroit où ils se trouvent, 3=L'acte n'est pas risqué, 4=Ce patient n'est probablement pas infecté, 5= Autre /___/

Si Autre préciser /_____ /

Q19-Quelles précautions prenez-vous pour éviter la projection du sang ou autre liquide biologique contaminé sur les muqueuses ?/_____ /

Q20-

A-Avez-vous été victime d'une exposition, aux liquides biologiques d'un patient?

1=Oui, 2=Non /___/

B-Si oui, combien de fois : 1=une fois, 2=plusieurs fois /___/

C-Si oui, quel type d'exposition s'agit-il : 1=piqûre, 2=coupure, 3=projection sur muqueuse,

4=projection sur peau lésée, 5= autre à préciser/_____ / /___/

D-Si oui, quelle était la qualité du liquide biologique : 1=Sang, 2=Autre liquide biologique

contaminé à préciser /_____ / /___ /

E- Si oui, à quand remonte votre dernière exposition au sang ? /___ /

III- MESURES POST EXPOSITIONS

Q21-Mesures immédiates appliquées à la suite de l'accident :

A-Lavage abondant avec de l'eau et du savon : 1= Oui, 2= Non /___/

B-Rinçage : 1=Oui, 2= Non /___/

C- Application alcool 70° ou eau de javel ou Bétadine dermique : 1= Oui, 2= Non /___/

D-Temps de contact avec l'antiseptique :

1=Inférieur à 15 minutes, 2=Supérieur à 15minutes /___/

**Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G,
face à un accident d'exposition au sang**

Fiche signalétique

Nom : DJIM-MADJI

Prénom : Allagnenan

Titre de la thèse : connaissances, perceptions et pratiques des personnels de santé face à un accident d'exposition au sang (AES) dans le CHU Point G

Année académique : 2018 – 2019

Nationalité : tchadienne

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS)

Secteur d'intérêt : CHU Point G-santé publique

E-mail/N° de téléphone : ghislainallagnenan@yahoo.fr/ 00223 77 73 51 61

Résumé :

Le risque de transmission d'infections graves lors des AES constitue une menace réelle chez les personnels de santé du CHU Point G. Dans le souci de prévenir ces accidents dans ce CHU, une étude prospective de type transversal descriptif a été menée du 01^{er} juillet au 30 septembre 2019 dans le but d'étudier les connaissances, les perceptions et les pratiques des personnels de santé devant un accident d'exposition au sang (AES) dans le CHU Point G. Au total 229 personnels de santé ont participé à l'étude. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 19 à 29 ans. Les sages-femmes et infirmiers étaient les plus représentés. Une grande partie des enquêtés connaissait les AES et pensait qu'ils étaient exposés à un risque d'infections transmissibles par le sang. Le recapuchonnage des aiguilles d'injection était la circonstance de survenue des AES la plus fréquente selon les enquêtés. Un nombre important des enquêtés a préconisé le respect des mesures de précautions standards et des formations comme des moyens de prévention d'AES, bien vrai que plus de la moitié des participants n'avaient pas eu de formation sur les AES. Sur les 229 participants, 114 ont été victimes au moins une fois d'AES. La conduite à tenir devant un

**Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G,
face à un accident d'exposition au sang**

AES semble être moyennement connue par notre échantillon. La prise en compte des résultats et des recommandations de cette étude pourrait contribuer efficacement dans la prévention des AES chez les personnels de santé dans nos structures sanitaires.

Mots clés : Accidents - Exposition - Sang - Personnels de santé - Facteur de risque- Prévention

Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de santé au CHU du Point G, face à un accident d'exposition au sang

Summary

The risk of transmission of serious infections during BEA poses a real threat to the health staff of the CHU point G. In order to prevent these accidents in these health structures, a descriptive cross-sectional prospective study was conducted from 1st July 2019 to 30th September 2019 in order to study the knowledge, perceptions and practices of health personnel in front of a health facility. Blood exposure accident (BEA) in the CHU point G. A total of 229 health personnel participated in the study. The most represented age group was 19 to 29 years old. The midwives and nurses were the most represented. Many of the respondents knew about BEA and thought they were at risk for blood-borne infections. The recapping of the injection molds was the most common occurrence of BEA according to the respondents. A significant number of respondents advocated adherence to standard precautionary measures and training as ways to prevent BEA, although more than half of the participants had no training in BEA. Of the 229 participants, 114 were victims of BEA at least once. The behavior to be taken in front of an BEA seems to be moderately known by our sample.

Taking into account the results and recommendations of this study could contribute effectively to the prevention of BEA among health personnel in our health facilities.

Keywords : Accidents - Exposure - Blood - Personal Health - Risk Factor - Prevention

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !