

Connaissances et conduites pratiques du personnel soignant face aux Accidents avec Exposition au Sang par rapport au VIH/SIDA au Centre Hospitalier de Libreville.
Risque de transmission professionnelle du VIH en milieu hospitalier.

MINISTRE DE L'EDUCATION NATIONALE



UNIVERSITE DE BAMAKO

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Année Universitaire 2006 - 2007

N°.....

Thèse

**CONNAISSANCES ET CONDUITES PRATIQUES
DU PERSONNEL SOIGNANT FACE AUX
ACCIDENTS AVEC EXPOSITION AU SANG PAR
RAPPORT AU VIH/SIDA AU CENTRE
HOSPITALIER DE LIBREVILLE
RISQUE DE TRANSMISSION PROFESSIONNELLE
DU VIH EN MILIEU HOSPITALIER**

Présentée et soutenue publiquement le/.... /2007 à Bamako
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

Par Mademoiselle **AGBOGLA AURORE NOËLLE E.B.**

Pour obtenir le **Grade de DOCTEUR EN MEDECINE**
(Diplôme d'Etat)

JURY :

Président :

Pr. Alhousseini Ag MOHAMED

Membre :

Pr. FONGORO Saharé

Co-Directeur :

Dr. Sounkalo DAO

Directeurs de thèse :

Pr. Amadou DIALLO

Pr. TCHOUA Romain

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2006 - 2007

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA - PROFESSEUR
1^{er} ASSESSEUR : **DRISSA DIALLO** - MAITRE DE CONFERENCES
2^{ème} ASSESSEUR : **SEKOU SIDIBE** - MAITRE DE CONFERENCES
SECRETAIRE PRINCIPAL : **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** - PROFESSEUR
AGENT COMPTABLE : **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL** -
CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - ecurisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique, Chef de D.E.R.
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1.PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie, Chef de D.E.R.
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.

**Connaissances et conduites pratiques du personnel soignant face aux Accidents avec Exposition au Sang
par rapport au VIH/SIDA au Centre Hospitalier de Libreville.
*Risque de transmission professionnelle du VIH en milieu hospitalier.***

Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie. Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie - Réanimation

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MACALOU	Orthopédie/Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
Mr Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Bouraïma MAIGA	Gynéco/Obstétrique

2. D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie – Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie Chef de D.E.R.
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Mamadou KONE	Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr. Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie-Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F.M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie-Virologie
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie

**Connaissances et conduites pratiques du personnel soignant face aux Accidents avec Exposition au Sang
par rapport au VIH/SIDA au Centre Hospitalier de Libreville.
*Risque de transmission professionnelle du VIH en milieu hospitalier.***

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOGO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie Mycologie
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de DER
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie

**Connaissances et conduites pratiques du personnel soignant face aux Accidents avec Exposition au Sang
par rapport au VIH/SIDA au Centre Hospitalier de Libreville.
*Risque de transmission professionnelle du VIH en milieu hospitalier.***

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique, Chef de D.E.R.

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique

**Connaissances et conduites pratiques du personnel soignant face aux Accidents avec Exposition au Sang
par rapport au VIH/SIDA au Centre Hospitalier de Libreville.
*Risque de transmission professionnelle du VIH en milieu hospitalier.***

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
Mr Yaya KANE	Galénique

4. ASSISTANTS

Mr Saïbou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
--------------------	----------------

2. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAIGA	Santé Publique
--------------------	----------------

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

**Connaissances et conduites pratiques du personnel soignant face aux Accidents avec Exposition au Sang
par rapport au VIH/SIDA au Centre Hospitalier de Libreville.
*Risque de transmission professionnelle du VIH en milieu hospitalier.***

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N’Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souléymanne GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISS	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr. Lamine GAYE	Physiologie

**Connaissances et conduites pratiques du personnel soignant face aux Accidents avec Exposition au Sang
par rapport au VIH/SIDA au Centre Hospitalier de Libreville.
*Risque de transmission professionnelle du VIH en milieu hospitalier.***



DEDICACES

➤ **A Dieu notre père, a qui je rends toutes grâces.**

Je te rends infiniment grâce au Seigneur, pour ce que tu m'as accordé tout au long de ces années écoulées, la force, le courage, la patience et la santé nécessaire pour accomplir ce travail. Je te dédie cette œuvre et je proclame sans fin ce psaume de Victoire, de reconnaissance et d'amour :

Le seigneur est mon berger, je ne manquerai de rien.

Il me met au repos dans les prés d'herbes fraîches,

Il me conduit dans les sentiers de la justice à cause de son nom, il ranime mes forces, il me guide sur la bonne voie, parce qu'il est le berger d'Israël.

Même si je passe par la vallée obscure je ne redoute aucun mal, seigneur, car tu m'accompagnes.

Tu me conduis, tu me défends, voilà ce qui me rassure.

Face à ceux qui me veulent du mal, tu prépares un banquet pour moi.

Tu m'accueilles en versant sur ma tête un peu d'huile parfumée.

Tu remplis ma coupe jusqu'au bord.

Oui, tous les jours de ma vie, ta bonté, ta générosité me suivront pas à pas.

Seigneur, je reviendrai dans ta maison aussi longtemps que je vivrai.

Psaumes 23

➤ **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.

➤ **A tous les défunts de ma famille :**

En particulier

Gustave AFFOYON

Madeleine AFFOYON

Lucien AGBOGLA

Justine COSSA AFFOYON

Edouard YANSSOUNOU

Mathias SOUDE

In memoriam. De votre sommeil éternel,

continuez à me couvrir de vos bénédictions et de votre amour!

➤ **A mon père AGBOGLA Albert**

Tu es parti, je ne sais pour quelle raison.

Tu as gardé le silence durant tout ce temps.

Aujourd'hui ta fille a grandi,

Aujourd'hui ta fille est Médecin.

Saches que, ton absence quoi que ressentie, a été comblée

par maman qui a toujours été là pendant mes moments de joie et de tristesse.

J'espère qu'un jour tu liras ce travail.

➤ **A ma mère MEDENOUVO AFFOYON Joëlle Célestine**

Ton amour et ta dévotion envers tes enfants m'ont accompagnée jusqu'à ce jour. Ce travail est le fruit du grain que tu as semé. J'espère que tu en seras fière, car la bataille est gagnée. Que Dieu t'accorde longue vie pour que tu jouisses de ce fruit. Merci maman du fond du cœur.

➤ **A papa MEDENOUVO Aimé Théodore**

Dès que tu as su mon existence tu m'a apporté l'affection d'un père, cela m'a aidée à bien remplir mon rôle d'aînée dans notre famille. Ton assiduité dans le travail et ton bon raisonnement scientifique ont servi au bon déroulement de ce travail. Merci pour tout ce que tu as fait pour moi.

➤ **A mes cadettes : Larissa et Augusta MEDENOUVO**

Vous, dont la joie et les intrigues m'ont aidée à ne pas avoir la nostalgie de la famille. C'est avec vous que j'ai jaugé mes capacités intrinsèques d'aînée capable de guider les cadettes. Ce fut pour moi un grand test et une épreuve inoubliable, un essai que je crois aujourd'hui avoir transformé en réussite. Que ce travail réveille en chacune de vous la détermination, la volonté de réussir et surtout beaucoup de sagesse.

➤ **A mon cadet : Rolic MEDENOUVO**

Tu es l'unique garçon de la famille.

Cela ne devrait pas faire de toi un paresseux mais plutôt un combattant.

Accroche toi à tes études, car c'est le seul héritage que te laisseront les parents.

Que ce travail soit un bon exemple de réussite pour toi, car il n'est jamais trop tard pour bien faire.

➤ **A mon neveu : Youri**

Mon petit "You", tu as apporté un si grand sourire à la famille.

C'est un grand bonheur pour moi de te voir grandir.

Ma prière est que le seigneur bénisse ton avenir et que ce travail te donne une réelle envie d'aller toujours plus loin dans tes efforts.

Que Dieu veille sur toi.

➤ **A ma tante : SOUDE AFFOYON Léocadie**

Toujours présente à mes côtés pour me soutenir et surtout me prodiguer de bons conseils.

Tu es restée pour moi un bel exemple de courage et de réussite dans la famille. Privilégiant l'école devant toute chose, tu t'es toujours intéressée à mes résultats académiques : me félicitant quand ils étaient excellents, m'encourageant quand ils furent médiocres.

Le couronnement de ce jour est aussi ton œuvre.

Merci pour tout ce que tu as fait pour moi.

➤ **A mes oncles : Guy AFFOYON et Basile AFFOYON**

Tontons recevez toute ma reconnaissance pour tous vos soutiens au cours de mes études.

Que Dieu vous bénisse ainsi que vos familles.

➤ **A mes cousins et cousines et leurs enfants :**

Je vous dédie cette œuvre qui a été le fruit des joies et des peines passées ensemble.

➤ **A la famille NOUDEVIIWA et particulièrement à Madame**

AGBLEMON et son feu époux Félix AGBLEMON et leurs enfants

Recevez toute ma reconnaissance pour le soutien que vous m'avez témoigné au cours de mes études.

➤ **A toute ma famille maternelle et paternelle**

Merci pour avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

Merci pour vos prières et vos bénédictions.

Que le seigneur renforce davantage nos liens dans l'amour, la joie et la paix.



REMERCIEMENTS

➤ **A ma maman de Bamako TOURE Elise**

La providence m'a placée sur ton chemin. Femme au grand cœur, généreuse, maternelle, tu m'as adoptée comme ta fille dès mon arrivée au Mali.

Tout en étant attentionnée à mon évolution académique, tu as su m'intégrer dans la famille TOURE, tu as su combler une bonne partie du vide que je ressentais à l'absence des miens et loin de mes origines. Rien de si beau ni de trop grand ne suffirait à te dire ce que je ressens au plus profond de moi.

Reconnaissance sans fin Maman.

➤ **A papa DIALLO et sa famille**

La providence vous a placé sur mon chemin. Grâce à vous j'ai appris à aimer le Mali. Jamais je n'oublierai ces moments intenses passés en votre compagnie. Famille pieuse, vous êtes dotés d'un sens d'adoption incommensurable.

Infinie et sincère gratitude !

➤ **A Nana KODIO et sa famille**

Merci pour toutes vos prières et tout l'amour que vous m'avez témoigné, vous resterez gravée à jamais dans mon cœur.

Que DIEU vous bénisse.

➤ **A Madame DIALLO Fatoumata**

Toutes ces expériences que nous avons traversées ensemble font de toi une sœur pour moi aujourd'hui.

Merci pour ton soutien et pour tes conseils.

Que Dieu t'ouvre les portes de la réussite.

➤ **Au Docteur Jean – Loup Rey**

En dépit de vos multiples occupations, vous avez accepté de diriger cette thèse. Vos qualités humaines et votre dévouement m'ont beaucoup inspirée.
Merci Docteur.

➤ **Au Docteur KAZE Adonise**

Je rends grâce au Seigneur de m'avoir donné une amie comme toi à Bamako. Tu représentes pour moi à la fois une sœur, une amie, une confidente...
Merci de m'avoir soutenue durant tout mon parcours.
Que le seigneur te bénisse et comble tes désirs.

➤ **Au Docteur MOMO Nathalie**

Tu es une amie fidèle sur qui je peux compter.
Merci pour tes prières et ton soutien.
Que le Seigneur te bénisse et t'accorde tout ce que ton cœur désire.

➤ **Au Docteur ONDO Ingrid**

Tous ces moments que nous avons partagés ensemble seront pour toujours gravés dans cœur. Merci pour ton soutien.
Que Dieu t'ouvre les portes de la réussite.

➤ **Au Docteur LASSEGUE Désiré**

Vous m'avez encadré sur le plan pratique. Votre disponibilité et votre moral tout au long de mes stages m'ont beaucoup aidée.
Sincères gratitude.

➤ **Au Docteur OBIANG NDong Guy Patrick**

Les mots me manquent pour t'exprimer ma profonde gratitude pour la réalisation de ce travail.

Sincères remerciements.

➤ **Au Docteur MOUITY M'BOUMBA Alain**

Merci pour ton aide matérielle si précieuse.

➤ **Au Docteur BAGAPHOU Thierry**

Merci pour votre encadrement au service des urgences de la Fondation Jeanne Ebori. De vous j'ai beaucoup appris.

➤ **Au Docteur BETHA Germain**

Merci pour ton soutien

➤ **Au Docteur BALANDA Julien**

Merci pour ton soutien constant et ta considération à mon égard.

➤ **A tout le personnel du service de Cardiologie de la Fondation Jeanne Ebori**

Merci pour vos encouragements et votre disponibilité.

➤ **A MATHA Hans, MATHA Kwaou, Emmanuel, Djélika DICKO,**

S'il y avait une épitaphe à graver en indélébile dans ce travail, ce serait vos noms, tant votre aide m'a été d'une grande importance.

Une mention singulière pour MATHA Hans, pour son soutien constant et indéfectible.

Connaissances et conduites pratiques du personnel soignant face aux Accidents avec Exposition au Sang par rapport au VIH/SIDA au Centre Hospitalier de Libreville.
Risque de transmission professionnelle du VIH en milieu hospitalier.

Aussi un message de sympathie à Djélika DICKO,
pour son dévouement précieux.
Infinie reconnaissance.

➤ **Aux familles amies du Gabon :**

➤ **Familles : YARO, TCHINSIGA, AGBAHOUNGBA et MENSAN**

Merci pour votre soutien constant.

➤ **Aux biens aimables ami(e) s : Angèle, Linette, Alain, Franck, Malick SY, Mestre, Edith et Christian (au Mali)**

Amélie, Célestine et Marcelline (au Gabon)

Merci pour votre sympathie.

➤ **A ma terre d'accueil, le Mali et au Peuple Malien**

➤ **A la Communauté Gabonaise au Mali**

➤ **A tout le corps professoral**

➤ **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.

**Connaissances et conduites pratiques du personnel soignant face aux Accidents avec Exposition au Sang
par rapport au VIH/SIDA au Centre Hospitalier de Libreville.
*Risque de transmission professionnelle du VIH en milieu hospitalier.***



**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Alhousseini Ag MOHAMED

Prof. Titulaire en Oto-Rhino-Laryngologie et en chirurgie cervico faciale

**Chef du service d'Oto-Rhino-Laryngologie et en chirurgie cervico faciale à
l'hôpital Gabriel Touré**

**Ancien Vice Doyen de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-
Stomatologie (FMPOS)**

Président de l'Ordre National des Médecins du Mali

Président fondateur de la Société Malienne d'ORL

Chevalier de l'Ordre National du Lion du Sénégal

Chevalier de l'Ordre National du Mali

Cher maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations nous est allée droit au cœur.

Nous apprécions en vous l'homme de science modeste et vous restez un des espoirs de cette faculté.

L'assiduité et la rigueur dans le travail sont autant de qualités que vous cultivez chaque jour chez la jeune génération.

Permettez nous ici de vous exprimer notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Professeur Saharé FONGORO

Maître de Conférence en néphrologie

Cher maître,

Nous ressentons une vive émotion et une grande satisfaction en vous comptant parmi les membres du Jury.

Votre abord facile, votre esprit critique, votre objectivité et la spontanéité avec laquelle vous avez accepté d'être parmi nos juges ont largement contribué à renforcer la qualité de notre travail. Ce qui nous honore et nous permet d'apprécier la grandeur de votre personnalité.

Permettez nous cher maître de vous exprimer nos sincères remerciements et nos sentiments respectueux.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR

Docteur Sounkalo DAO

Infectiologue

**Assistant Chef Clinique à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie**

Cher maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant d'être le co-directeur de cette thèse.

Malgré vos multiples sollicitations vous avez accepté de diriger ce travail.

Votre amabilité, votre disponibilité, votre générosité, votre rigueur dans la démarche scientifique associées à vos valeurs humaines nous ont marquées.

Votre encadrement précieux a contribué à l'élaboration de cette thèse et nous vous présentons nos sincères remerciements.

Soyez rassuré cher maître de notre profonde reconnaissance.

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE
(Au Mali)**

Professeur Amadou DIALLO

Agrégé en Biologie

Vice-recteur de l'Université de BAMAKO

Cher maître,

Vous nous avez marqués par votre simplicité, votre joie de vivre et votre grande qualité de cœur.

Travailler à vos côtés nous a permis d'acquérir au fil du temps la grande expérience qui est la vôtre.

Permettez nous ici de vous exprimer notre profonde gratitude.

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE
(Au Gabon)**

Professeur TCHOUA Romain

Médecin Colonel des Forces Armées Gabonaises

Professeur titulaire d'anesthésie réanimation

Ancien Directeur général du Centre Hospitalier de Libreville

**Chef de service d'anesthésie réanimation de l'hôpital des Instructions de
l'Armée Militaire au Gabon**

**Directeur Général de l'hôpital des Instructions de l'Armée Militaire au
Gabon**

Cher maître,

En dépit de vos multiples occupations, Vous avez accepté de diriger cette thèse.
Au début j'étais un peu anxieuse, mais vos qualités humaines, votre dévouement
et votre rigueur dans le travail m'ont inspiré.

Permettez nous ici de vous exprimer notre profonde gratitude.



ABREVIATIONS

Connaissances et conduites pratiques du personnel soignant face aux Accidents avec Exposition au Sang par rapport au VIH/SIDA au Centre Hospitalier de Libreville.
Risque de transmission professionnelle du VIH en milieu hospitalier.

- ADN : Acide Désoxyribonucléique
- AES : Accident d'Exposition au Sang
- ARN : Acide Ribonucléique
- ARV : Antirétroviraux ou Antirétrovirales
- BOGO : Bloc Opératoire de Gynéco-Obstétrique
- CTA : Centre de Traitement Ambulatoire
- CDC : Centre of Disease Control
- CHL: Centre Hospitalier de Libreville
- CEMEF : Centre des Métiers de la Femme
- CEFOR : Centre de Formation professionnelle
- CHIR : Chirurgie
- CV : Charge Virale
- FJE : Fondation Jeanne Ebori
- IEC : Information, Education, Communication
- IM : Injection intramusculaire
- IV : Injection intraveineuse
- IP: Inhibiteur de Protéase
- IA: Injection intra artérielle
- PNLS : Programme National de Lutte contre le SIDA
- SC: Sous Cutanée
- SIDA: Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
- SRV : Sérologie Rétrovirale
- SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence
- USROC : Unité de Soins et de Recherche Opérationnelle et Clinique
- UV : Ultra Violet
- VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine
- VHB: Virus de l'Hépatite B
- VHC: Virus de l'Hépatite C



SOMMAIRE

Pages

1 – INTRODUCTION-----

-----1

2 - GENERALITES-----

5

2-1- Définition-----

6

2-2- Agents infectieux transmissibles par accident avec exposition au sang-----

6

2-3- Le réservoir des virus-----

14

2-4- Modes de contamination-----

14

2-5- Risque de transmission des virus pathogènes après un accident avec
exposition au sang-----

15

2-6- Facteurs de risque de transmission des accidents avec exposition au sang
par rapport au VIH/SIDA en milieu professionnel-----

17

2-7- Prise en charge des accidents avec exposition au sang par rapport au
VIH/SIDA-----

21

3 - METHODOLOGIE

34

3-1- Cadre de travail

35

3-2- Méthode d'étude

40

4 - RESULTATS

44

4-1- Effectifs du personnel de la santé ayant participé à l'enquête

45

4-2- Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés

46

4-3- Facteurs épidémiologiques liés aux accidents avec exposition
au sang chez le personnel de la santé

49

4-4- Connaissances du personnel de la santé sur les accidents avec exposition
au sang par rapport au VIH/SIDA

55

4-5- Types et circonstances de survenue des accidents avec exposition
au sang par rapport au VIH/SIDA

58

4-6- Conduite pratique du personnel après un accident avec exposition

au sang

60

4-7- Etude des conditions de travail

62

5 - DISCUSSION

65

5-1- Caractéristiques générales de la population d'étude

66

5-2- Facteurs épidémiologiques liés aux accidents avec exposition
au sang par rapport au VIH/SIDA chez le personnel soignant

68

5-3- Connaissances du personnel de la santé sur les accidents avec exposition
au sang par rapport au VIH/SIDA

71

5-4- Types et circonstances de survenue des accidents avec exposition
au sang par rapport au VIH/SIDA

74

5-5- Conduites pratiques du personnel soignant après un accident

**Connaissances et conduites pratiques du personnel soignant face aux Accidents avec Exposition au Sang
par rapport au VIH/SIDA au Centre Hospitalier de Libreville.
*Risque de transmission professionnelle du VIH en milieu hospitalier.***

avec exposition au sang

76

5-6- Conditions de travail du personnel soignant

77

6 - CONCLUSION

78

7 - RECOMMANDATIONS

81

BIBLIOGRAPHIE

84

ANNEXES



1. INTRODUCTION

Une exposition professionnelle, ou accident avec exposition au sang pour le VIH, est définie par un contact avec du sang ou un liquide biologique contaminé par le VIH lors :

- d'une piqûre avec une aiguille,
- d'une coupure avec un objet tranchant,
- d'un contact avec du sang ou un liquide contaminé sur une plaie, une peau non intacte ou une muqueuse [1].

Depuis l'avènement du VIH/SIDA, d'importantes mesures d'hygiène préventive et de sécurité professionnelle ont été initiées pour obtenir une nette réduction des accidents exposant au sang : port de gants, de masques et/ou de lunettes protectrices, utilisation de récipients pour l'élimination des objets piquants ou tranchants, non recapuchonnage des aiguilles... Malgré ces mesures, les accidents exposant au sang (AES) surviennent encore et fréquemment. Ainsi, de par le monde, l'ampleur du problème est sensiblement la même : les chiffres variant d'une étude à l'autre et d'un pays à l'autre.

En France, les dernières données épidémiologiques font état de 42 séroconversions VIH, dont 29 cas présumés et 13 cas documentés [2-3].

Aux Etats-Unis d'Amérique, en 1996, le Centre Américain de Contrôle des Maladies (CDC) d'Atlanta estimait à 50.000 le nombre d'exposition annuelle percutanée au sang pouvant survenir en milieu hospitalier avec 5.000 cas rapportés de VIH/SIDA [4, 5, 6].

Connaissances et conduites pratiques du personnel soignant face aux Accidents avec Exposition au Sang par rapport au VIH/SIDA au Centre Hospitalier de Libreville.
Risque de transmission professionnelle du VIH en milieu hospitalier.

En Afrique, en l'absence de dépistage systématique, le nombre de cas d'accidents exposant au sang par rapport au VIH/SIDA est sous-évalué. Les études menées dans deux hôpitaux marocains sur « Les connaissances et attitudes du personnel soignant face au sida et au risque de transmission professionnelle du VIH », ont montré que le risque de transmission professionnel du VIH au cours des soins est de 0,3 à 0,7% [7].

Au Mali, aucune étude n'a jusqu'ici été consacrée au sujet ou a fait l'objet d'une publication.

Au Gabon, très peu d'études ont été consacrées aux accidents avec exposition au sang. Celle réalisée par MOUITY, en 2005, a porté sur toutes les structures hospitalières de Libreville. Elle a révélé que les accidents avec exposition au sang touchent 22% des étudiants stagiaires en médecine [8].

Eu égard à cette situation, il nous a paru opportun de réaliser une enquête auprès du personnel de santé au Centre Hospitalier de Libreville (CHL), qui est l'hôpital de référence au Gabon, afin d'apprécier les niveaux de risque d'AES par rapport VIH/SIDA chez les professionnels de la santé.

Pour atteindre ce but, nous nous sommes fixé les objectifs suivants :

1. Objectif général :

- Evaluer le risque d'accidents avec exposition au sang par rapport au VIH/SIDA ainsi que les mesures prises au Centre Hospitalier de Libreville.

2. Objectifs spécifiques :

- Identifier les facteurs épidémiologiques liés aux accidents avec exposition au sang par rapport au VIH/SIDA parmi le personnel du Centre Hospitalier de Libreville (CHL).
- Evaluer le niveau de connaissance du personnel de la santé du CHL sur les AES par rapport au VIH/SIDA.
- Identifier les pratiques exposant aux AES par rapport au VIH/SIDA.
- Apprécier la pertinence de la conduite pratique du personnel de santé après ces accidents.



2. GENERALITES

2-1- DEFINITION

L'exposition accidentelle au sang est un contact avec du sang ou un liquide contenant du sang, des tissus, des fluides susceptibles de contenir un agent pathogène (bactérie, virus, parasite). Ce contact survient au cours d'un exercice professionnel ou non, lors d'une piqûre avec une aiguille, d'une coupure avec un objet tranchant ou par un contact sur une plaie, une peau intacte ou une muqueuse [9, 10, 11, 12]. Les trois principaux virus concernés par ces expositions sont les virus du SIDA (VIH) et des hépatites B et C.

Les accidents avec exposition au sang (AES) par rapport au VIH/SIDA représentent un souci majeur en terme d'accidents du travail pour les établissements médicaux. Il existe des mesures de prévention universelles et une mesure de prophylaxie par trithérapie pour le VIH [11, 12].

2-2. AGENTS INFECTIEUX TRANSMISSIBLES PAR ACCIDENT AVEC EXPOSITION AU SANG :

Ces agents infectieux sont pour la plupart des virus, des bactéries et des parasites.

Parmi les virus on peut citer le virus de l'hépatite A, B, C, D ; le virus du SIDA, etc...

Parmi les bactéries, nous avons les *Enterococcus*, le *Pseudomonas* etc...

Parmi les parasites nous avons les *Champignons*, les *Protozoaires* etc...

De tous ces agents infectieux transmissibles par le sang, les virus notamment le virus de l'hépatite B, l'hépatite C et le VIH sont déterminants de part les affections qu'ils engendrent.

2-2-1. Virus de l'Immunodéficience Humaine ou VIH [12, 13]

Les virus de l'immunodéficience humaine appartiennent à la famille des *Rétrovirus*. Ils sont définis par leur mode de réplication. Ces virus possèdent un Acide Ribonucléique (ARN) de haut poids moléculaire transcrit en un Acide désoxyribonucléique (ADN) grâce à une enzyme contenue dans le virion et caractéristique de cette famille : la transcriptase inverse. Deux types de virus ont été identifiés à ce jour : le VIH-1, répandu sur l'ensemble des continents, et le VIH-2, présent surtout en Afrique de l'ouest et lusophone.

Le VIH-1 est classé en trois groupes :

Le groupe M (Majoritaire) subdivisé en dix sous types de A à J ;

Le groupe O (Outlier) rencontré essentiellement au Gabon et au Cameroun

Le groupe N (ni M, ni O) isolé récemment au Cameroun.

2-2-1-1. Structure du VIH [14] (figure 1)

La structure du VIH comporte :

- Une **enveloppe virale** constituée d'une double couche lipidique et de deux sortes de glycoprotéines : gp 120 et gp 41. La molécule gp 41 traverse la bicouche lipidique tandis que la molécule gp 120 occupe une position plus périphérique : elle joue le rôle de récepteur viral de la molécule membranaire CD4 des cellules hôtes. L'enveloppe virale dérive de la cellule hôte : il en résulte qu'elle contient quelques protéines membranaires de cette dernière, y compris des molécules du CMH.

- Un **core viral** ou **nucléocapside**, qui inclut une couche de protéine p17 et une couche profonde de protéines p24.

- Un **génome** constitué de deux copies d'ARN simple brin associées à deux molécules de transcriptase inverse (p64) et à d'autres protéines enzymatiques (protéase p10 et intégrase p32).

2-2-1-1-2. Organisation génétique :

Le génome du VIH est un ARN simple brin d'approximativement 9200 paires de base. Les génomes du VIH1 et du VIH2 partagent entre eux globalement 42% d'homologie [15]

Comme tous les rétrovirus, les VIH possèdent trois gènes de structure qui vont coder pour les protéines structurales du virus [16,17].

Ces trois gènes sont :

- Le gène *gag* (regroup antigen) qui code pour les protéines internes (P25, P18, P15 pour le VIH1),
- le gène *pol* (polymérase) qui code pour la réserve transcriptase (protéase, polymérase, intégrase),
- le gène *env* (enveloppe) qui code les glycoprotéines d'enveloppe.

En plus de ces trois gènes habituels, la structure génétique des VIH est particulière par le très grand nombre de gènes régulateurs.

Ces gènes sont : *tat*, *rev*, *nef*, *vif*, *vpr*, *vpu*

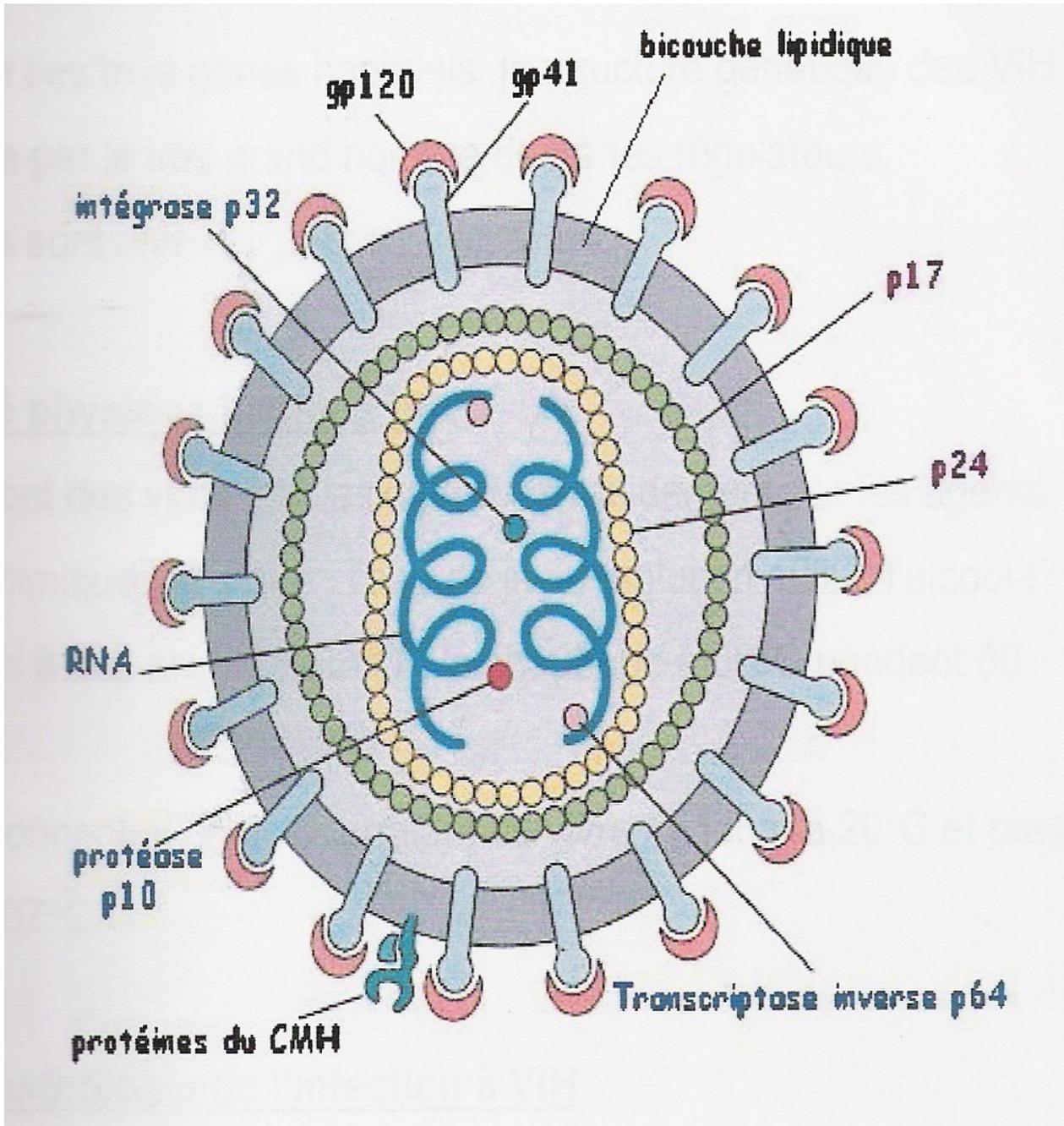


Figure 1 : structure du VIH [14]

2-2-1-1-3. Physiopathologie de l'infection à VIH :

Le VIH est, tout comme les autres virus, un parasite intracellulaire : isolé, la particule virale est inerte. Il ne nuit que lorsqu'il pénètre dans la cellule. Les infections virales débutent par la fixation des particules virales sur un récepteur membranaire des cellules cibles : c'est la molécule CD4 des lymphocytes T *helper* pour le VIH [18].

Bien qu'en faible quantité, le récepteur CD4 est présent à la surface membranaire de nombreuses autres cellules : monocytes/macrophages, les cellules dendritiques, cellules folliculaires ganglionnaires, cellules micro gliales du système nerveux central (SNC). Le VIH peut cependant infecter des cellules ne possédant pas la molécule CD4 : astrocytes, cellules hématopoïétique, hépatocytes [18].

2-2-1-1-4. Cycle de réplication du VIH (figure 2)

La réplication du VIH dans l'organisme a lieu dans de nombreux tissus (ganglions lymphatiques, intestin, thymus, cerveau, muscle, etc.) et/ou liquides biologiques (sang, liquide broncho alvéolaire, etc.), dans lesquels on retrouve les cellules cibles des VIH.

Les principales étapes du cycle de réplication du VIH sont communes à tous les rétrovirus [19].

Etape A (1) : fixation du virus sur les lymphocytes CD4.

Etape B (2) : correspond à l'absorption et à la pénétration du virus dans la cellule.

Cette étape nécessite la reconnaissance par l'enveloppe virale (gp 110/120) de molécules de surface cellulaire appelées récepteurs et corécepteurs du VIH.

Le récepteur de haute affinité pour le VIH a été identifié. Il s'agit de la molécule CD4.

Une dizaine de co-récepteurs ont été identifiés. Il s'agit notamment des molécules dont la fonction habituelle est de reconnaître des facteurs solubles connus sous le nom de chimiokines (substances chimiotractantes).

Parmi les corécepteurs du VIH, citons les molécules CXCR4 et CCR5 exprimées surtout par les macrophages et les lymphocytes T mémoire.

Etape C (3) : comporte plusieurs phases :

- la synthèse d'ADN proviral résultant de la copie de l'ARN viral grâce à la transcriptase inverse (RT) au sein d'un complexe de préintégration.
- L'intégration de l'ADN proviral au génome de la cellule hôte grâce à l'intégrase virale.

Les étapes suivantes conduisent à l'expression de nouvelles particules virales et dépendent du type et de l'état de la cellule infectée, il s'agit de :

Etape D (4) : qui est la transcription du provirus en ARN génomique par l'ARN polymérase II de l'hôte : le taux de cette synthèse est contrôlé par les protéines de régulation codées par les gènes tat et rev, cet ARN messenger viral migre alors du noyau vers le cytoplasme et est épissé en différents ARN messagers codant pour les protéines de régulation tat, rev et nef.

Etape E (5): c'est la synthèse des protéines virales à partir des ARN messagers viraux.

Etape F (6) : correspond à l'assemblage des polyprotéines virales et de l'encapsidation de l'ARN viral.

Cette dernière étape conduit à la maturation des protéines virales et à la formation de nouvelles particules virales qui bourgeonnent à la surface de la cellule avant d'être libérées dans le milieu extra cellulaire, prêtes à infecter de nouvelles cellules cibles.

Chacune de ces étapes constitue une cible potentielle pour une thérapeutique anti rétrovirale [20].

Connaissances et conduites pratiques du personnel soignant face aux Accidents avec Exposition au Sang par rapport au VIH/SIDA au Centre Hospitalier de Libreville.
Risque de transmission professionnelle du VIH en milieu hospitalier.

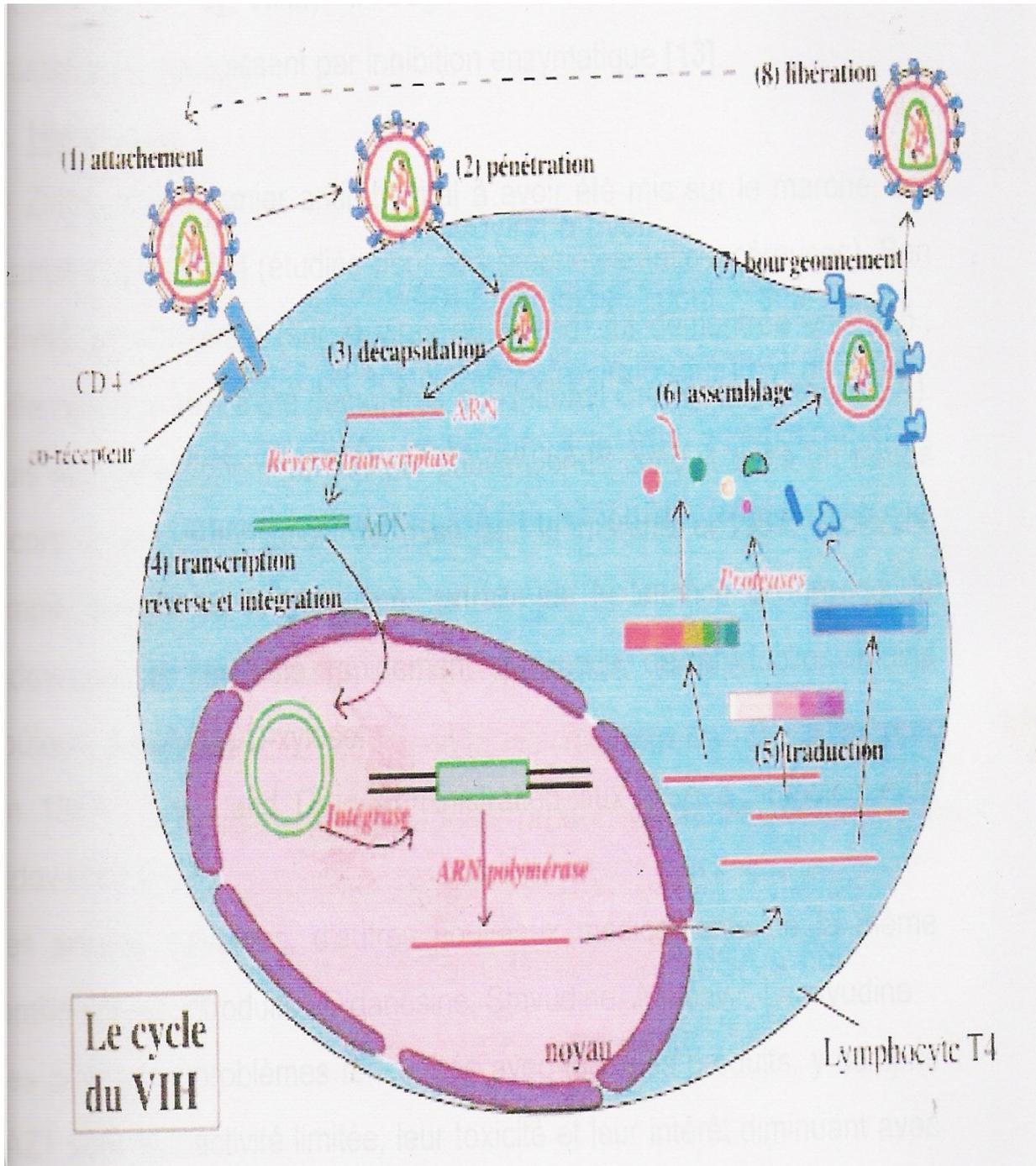


Figure 2 : cycle de repliquaton du VIH [21]

2-2-2-Virus de l'hépatite B ou VHB :

Le virus de l'hépatite B (VHB) est un virus à acide désoxyribonucléique (ADN) composé de deux parties : la particule centrale (core) et l'enveloppe (surface) qui portent chacune leurs spécificités antigéniques (HBs pour la surface, HBc et HBe pour le « core »).

2-2-3-Virus de l'hépatite C ou VHC

Le virus de l'hépatite C est un virus à acide ribonucléique (ARN).

2-3- LE RESERVOIR DES VIRUS

Le réservoir des virus est constitué par l'homme malade, porteur asymptomatique, convalescent.

- L'être humain héberge les virus dans le sang, le sperme , les sécrétions vaginales, le liquide céphalorachidien, le liquide synovial, le liquide pleural, le liquide péricardique et le liquide amniotique.

2-4 MODES DE CONTAMINATION [9]

Les virus se transmettent de la façon suivante:

- la contamination est directe par voie sexuelle. Elle se fait lors des relations sexuelles, hétérosexuelles ou homosexuelles, non protégées ;
- la transmission se fait également par voie sanguine ou parentérale. Elle survient lors des transfusions du sang ou de ses dérivés contaminés, lors

des échanges des seringues chez les utilisateurs de drogues intraveineuses ;

- la contamination peut se faire entre la personne mordue et la personne qui mord ;
- la transmission directe, verticale, se fait d'une mère à son produit de conception ;
- la transmission iatrogène est possible au laboratoire.

2-5-RISQUE DE TRANSMISSION DES VIRUS PATHOGENES APRES UN ACCIDENT AVEC EXPOSITION AU SANG (TABLEAU I)

Une quarantaine d'agents infectieux transmis par AES a été recensée, le virus de l'hépatite B chez les sujets non vaccinés, le virus de l'hépatite C et le VIH présentent le risque de contamination le plus élevé.

Le taux de transmission du VIH est nettement plus faible que pour le VHB. Il est de 3,2%. Ce faible taux est probablement dû au fait que la concentration de virus dans le sang des personnes infectées par le VIH est plus faible.

Le risque moyen de transmission après une exposition professionnelle à du sang contaminé est estimé à 30% pour le VHB, lorsque le patient – source a un Ag HBs positif, quel que soit le stade de l'infection (aiguë ou chronique).

Pour le VHC, il est d'environ 3% mais peut aller jusqu'à 10% si le sujet-source a un ARN VHC positif.

Pour le VIH il est de 0,3% en cas d'exposition percutanée, et de 0,09% après exposition de la muqueuse. Le risque après exposition cutanée est plus faible mais n'a pas été estimé. Il n'existe pas de données suffisantes pour évaluer le

Connaissances et conduites pratiques du personnel soignant face aux Accidents avec Exposition au Sang par rapport au VIH/SIDA au Centre Hospitalier de Libreville.
Risque de transmission professionnelle du VIH en milieu hospitalier.

risque de transmission après exposition à des tissus ou à d'autres liquides biologiques que le sang.

Tableau I : Quantification des risques de séroconversion selon le mode d'exposition à une personne source infectée par le sang : [18]

	VIH	Hépatite C	Hépatite B si la personne n'est pas protégée
Personnel soignant : piqûre avec une aiguille creuse	0,3%	< 3%	30%
Personnel soignant : projection de sang (œil, ...)	< 0,1%		
Echange de seringues (toxicomane intraveineux)	0,67%	Important	Important

2-6- FACTEURS DE RISQUE DE TRANSMISSION DES ACCIDENTS AVEC EXPOSITION AU SANG PAR RAPPORT AU VIH/SIDA EN MILIEU PROFESSIONNEL (TABLEAU II)

L'exposition professionnelle résulte d'une plaie percutanée (piqûre ou coupure) ou d'un contact d'une peau lésée avec du sang, ou tout autre fluide potentiellement contaminant, se produisant dans une structure de soins.

Les études épidémiologiques ont identifié les gestes incriminés suivants [9, 11, 12, 22, 23, 24] :

- Les piqûres : intra veineuse, intra artérielle, intra musculaire, sous cutanée avec des aiguilles souillées.
- Les coupures avec un objet tranchant souillé.
- L'exposition cutanéomuqueuse avec une grande quantité de sang sur les muqueuses ou sur la peau.

Certains actes sont peu ou pas à risque de contamination :

- les morsures ;
- la projection du sang sur une peau saine ;
- le contact avec un liquide non contaminant (salive, urines, crachats, sueurs, larmes, vomissements).

Connaissances et conduites pratiques du personnel soignant face aux Accidents avec Exposition au Sang par rapport au VIH/SIDA au Centre Hospitalier de Libreville.
Risque de transmission professionnelle du VIH en milieu hospitalier.

Les facteurs aggravant le risque de transmission sont :

- un instrument contaminé visiblement par du sang ;
- une procédure impliquant un instrument directement placé dans une veine ou une artère ;
- une aiguille creuse ;
- une blessure profonde ;
- une charge virale élevée (CV > à 10000 copies/ml) ;

TABLEAU II : Exposition professionnelle : estimation du risque [8]

	VIH+	Séro-statut indéterminé
Piqûre par aiguille (IV ou IA)	Risque estimé : 0,18-0,45% Traiter	Traiter en fonction de la prévalence estimée pour la population à laquelle appartient la source
Piqûre par aiguille (IM, SC) ou coupure avec un instrument tranchant	Risque estimé : 0,18-0,45% Traiter	Traitement non recommandé, Discuter risque et bénéfice
Exposition cutanéomuqueuse avec une grande quantité de sang sur une muqueuse ou une peau lésée	Risque estimé : 0,009-0,19% Traiter si exposition prolongée (>15mn)	Traitement non recommandé, Discuter risque et bénéfice
Autres : morsure, sang sur peau saine, faible quantité de sang (gouttes) sur peau lésée, contact avec liquide non contaminant (salive, urine...)	Traitement non recommandé, Discuter risque et bénéfice	Traitement non recommandé, Discuter risque et bénéfice

TABLEAU III : Répartition des contaminations professionnelles du VIH en fonction de la profession du personnel de la santé et du type d'infection d'après Lot et *al.* [3]

Profession du personnel de santé	Séroconversion documentée	Infection présumée
Infirmière	12	11
Aide-soignant(e)	-	2
Agent hospitalier	-	2
Anesthésiste	-	2
Réanimateur	-	2
Etudiant en Médecine	-	1
Interne en médecine	1	2
Biologiste	-	1
Chirurgien	-	1
Aide opératoire	-	1
Chirurgien Dentiste	-	1
Assistant(e) dentaire	-	1
Laborantin(e)	-	2
Total	13	29

2-7- PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS AVEC EXPOSITION AU SANG PAR RAPPORT AU VIH [25, 8]

Actuellement, la trithérapie est utilisée pendant 4 semaines. Le début du traitement prophylactique est conseillé 4 heures après l'exposition ou au plus tard 48 heures après l'accident.

L'exposition accidentelle au sang soumet particulièrement les soignants au risque potentiel de contamination par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH), présent dans le sang du sujet source [26]. Le risque après exposition percutanée au sang à l'infection est de 3% pour le VIH [9, 11, 12].

La mise en œuvre de façon systématique de l'organisation des soins et actes médicaux, en tenant compte des précautions universelles, permet actuellement de diminuer la fréquence de ces expositions [9]. L'évitabilité de ces accidents n'est cependant pas absolue.

La conduite à tenir après une exposition accidentelle en milieu de soins permet une prise en charge thérapeutique qui doit être précoce et adaptée [28]. Son efficacité dépend étroitement de la bonne information des personnels soignants, mais également d'une organisation minutieuse au sein des structures des soins capables de répondre en permanence à la sollicitation des personnels exposés [11, 12, 29].

2-7-1- Moyens

2-7-1-1- Agents physiques et chimiques

Le VIH est inactivé par la plupart des procédés physiques et chimiques utilisés en vue d'une désinfection ou d'une stérilisation [Tableau IV a et IV b]. De ce fait, les procédés usuels pour désinfecter les matériels ou les surfaces détruisent le VIH.

TABLEAU IV a : Inactivation du VIH [12]

Désinfectants Antiseptiques	Temps d'inactivation	Indication	Remarques
Dérivés chlorés Hypochlorite Na à 0,1% à 0,5%	15mn 1mn	Désinfection des surfaces	Attention à la date de péremption Corrosivité/métaux oxydables
Alcool Ethanol à 70%	1mn	Antiseptique	Volatile donc action brève
Ammonium quaternaire à 0,1%	10 à 30 mn	Antiseptique et Désinfection des surfaces	Conservation limitée
Halogène Produits iodés 4 à 10%	Rapide	Antiseptique	
Phénol	Rapide	Désinfectant	Non inhibés par substances interférentes, toxicité++, virucide discutée sur certains virus
Eau oxygénée à 0,6%	3mn	Antiseptique	Peu efficace
Chlorhexidine 1 à 2%	Rapide	Antiseptique	Virucide limitée sur certains virus
Aldéhydes Glutaraldéhydes 0,2% 2 % Formaldéhydes 0,1%	30mn 10mn 30mn à 1H	Désinfection des instruments Désinfection terminale des surfaces	Activité réduite par les protéines

TABLEAU IV b : Inactivation du VIH [11]

Agents physiques	Temps d'activation
UV	Inefficace
Rayons gamma	Inefficace
Chaleur 56° C (autoclave 121° C)	30mn <15mn
Dessiccation à température ambiante	3 à 7 j

2-7-1-2- Antirétroviraux

Tous les antirétroviraux utilisés dans le traitement de l'infection par le VIH peuvent théoriquement être utilisés pour la prévention des AES [tableau V]

TABLEAU V : Antirétroviraux actuellement disponibles [8]

Familles	Dénomination Commune Internationale
Inhibiteurs Nucléosidiques de reverse transcriptase	Zidovudine (ZDV, AZT) Didanosine (ddl) Zalcitabine (ddC) Stavudine (d4T) Lamivudine (3TC) Abacavir (ABC) Zidovudine/Lamivudine Zidovudine/Lamivudine/Abacavir
Inhibiteurs nucléotidiques de la reverse transcriptase	Tenofovir (TDF) Emtricitabine (TFC) TFC+TDF
Inhibiteurs non nucléotidiques de la reverse transcriptase	Nevirapine Delavirdine Efavirenz TMC 125
Inhibiteurs de protéase	Saquinavir (SQV) Ritonavir Indinavir Nelfinavir Amprenavir Lopinavir/Ritonavir Atazanavir

2-7-1-3- Nettoyage immédiat de la plaie [9, 11, 12]

En cas de piqûre ou de blessure accidentelle, faire un nettoyage immédiat à l'eau courante et au savon, rincer, puis faire une antiseptie : avec une solution d'hypochlorite de sodium à 12° chlorométrique diluée à 1/10^e, ou à défaut l'éthanol à 70°, ou une solution de polyvidone iodée dermique. Le temps de contact doit être d'au moins 5 minutes.

En cas de projection sur les muqueuses (en particulier les conjonctives), il faut rincer abondamment, de préférence avec du sérum physiologique sinon à l'eau avec un temps de rinçage d'au moins 5 minutes.

2-7-2- Evaluation des risques infectieux [9]

Cette évaluation doit se faire par l'un des médecins référents de l'établissement, ou le médecin du travail, ou le responsable des urgences.

La sévérité de l'exposition est liée notamment à la profondeur de la blessure et au type d'aiguille en cause :

- le risque est plus élevé avec une aiguille creuse à prélèvement ou une aiguille creuse à injection
- le risque est moins élevé avec une aiguille pleine
- le risque est faible après projection cutanéomuqueuse.

Avec le sang, le risque est plus élevé qu'avec les autres liquides biologiques.

Concernant le patient source, il est nécessaire de prendre en compte :

Connaissances et conduites pratiques du personnel soignant face aux Accidents avec Exposition au Sang par rapport au VIH/SIDA au Centre Hospitalier de Libreville.
Risque de transmission professionnelle du VIH en milieu hospitalier.

- son statut sérologique vis-à-vis du VIH, VHB et du VHC.
- ses ARN plasmatiques VIH, VHB et VHC.
- son stade clinique et immunologique de l'infection à VIH, VHB et du VHC.
- ses traitements antérieurs anti-VIH.

Si son statut n'est pas connu, il est important de le rechercher, avec son accord. Cette évaluation sera assurée à chaque fois que cela sera possible en liaison avec l'équipe clinique qui a en charge le patient source.

2-7-3- En cas d'accident de travail

L'accident doit être déclaré dans les 24 heures comme un accident de travail et dans les 48 heures comme un accident de service. Toute séroconversion professionnelle doit être vérifiée. Une sérologie VIH doit être pratiquée chez le soignant accidenté avant le 8^e jour. Si elle se révèle négative, un suivi biologique sera réalisé, en particulier au 3^e mois et avant la fin du 6^e mois.

2-7-4- Recommandations thérapeutiques [9]

2-7-4-1- Indications

L'indication de la chimioprophylaxie antirétrovirale après exposition est étendue à tous les types d'exposition.

2-7-4-2- Objectifs du traitement

Le traitement antirétroviral en cas d'AES répond aux objectifs suivants :

Connaissances et conduites pratiques du personnel soignant face aux Accidents avec Exposition au Sang par rapport au VIH/SIDA au Centre Hospitalier de Libreville.
Risque de transmission professionnelle du VIH en milieu hospitalier.

- permettre l'accès au traitement après exposition à tous ;
- mettre à profit ces traitements pour aider à renforcer ou rétablir les conduites préventives ;
- évaluer l'observance, la tolérance et l'efficacité des traitements.

2-7-4-3- Délai d'intervention

Pour une efficacité maximale, le traitement prophylactique doit idéalement intervenir dans les 4 heures qui suivent l'exposition, en particulier si :

- la personne source est atteinte d'infection par le VIH ;
- le statut sérologique de la personne source est inconnu, mais il existe des arguments pour suggérer une infection par le VIH ;
- la pratique exposante comporte un risque de transmission du VIH.

Le dispositif local mis en place doit permettre l'évaluation des demandes et l'orientation des personnes dans des situations d'urgence.

Le traitement prophylactique se discute dans les 48 premières heures. Au delà, il est recommandé de surveiller les marqueurs de primo infection.

2-7-4-4- Protocole thérapeutique

2-7-4-4-1- Choix du traitement

Le choix du traitement à administrer se fait au cas par cas, tenant compte en premier lieu des critères de gravité et du traitement éventuellement reçu par le patient source, tout en requérant l'acceptation du traitement par la personne exposée en faisant preuve de tolérance. Si le patient source est infecté, le médecin devra tenir compte des traitements ARV qu'il reçoit et qu'il a reçu et de leur efficacité virologique. Il est recommandé en situation d'échec virologique d'éviter de prescrire les traitements déjà prescrits [11, 12].

2-7-4-4-2- Traitement antirétroviral

Tous les antirétroviraux utilisés dans le traitement de l'infection par le VIH peuvent théoriquement être utilisés pour le traitement prophylactique. Plusieurs associations sont ainsi possibles ; seules devant être évitées l'administration de certaines molécules à cause du risque d'intolérance précoce, telles que l'éfavirenz, la névirapine, l'abacavir et certaines associations stavudine (d4T) + didanosine (ddl) et stavudine (d4t) + zidovudine (AZT).

Le régime le plus utilisé est l'association de:

- deux inhibiteurs nucléosidiques: zidovudine (AZT) + didanosine (ddl) ou zidovudine (AZT) + lamivudine (3TC) ou stavudine (D4T) + lamivudine (3TC).
- avec un inhibiteur de protéase : lopinavir/ritonavir ou Nelfinavir. C'est l'association la plus puissante qui est logique de discuter en priorité.

La durée du traitement est difficile à déterminer ; il existe un consensus actuel, des experts, qui est empirique, pour un traitement de 4 semaines (50).

2-7-4-4-3- Surveillance

La surveillance clinique concerne les traitements instaurés. Suivant les molécules, il faut prévenir les patients des effets indésirables attendus. Par ailleurs, il est recommandé de prévoir des consultations rapprochées de soutien et d'évaluation de cette tolérance (J7 ; J15). Cette surveillance permet également dans les cas défavorables de diagnostiquer une primo-infection clinique, très fréquente en cas de séroconversion. Les modalités de surveillance biologique diffèrent si la personne exposée est traitée ou non. On doit également prendre en compte l'exposition aux virus de l'hépatite B et C, vérifier la présence d'anticorps anti-HBs à un taux protecteur, supérieur à 10UI/L pour la personne exposée en cas de vaccination par le VHB.

Pour diagnostiquer une séroconversion par le VIH ou, à l'inverse, affirmer l'absence d'infection après l'arrêt du traitement, le suivi repose sur les examens suivants : la sérologie VIH initiale, 4 à 6 semaines après l'arrêt du traitement (le traitement peut décaler la séroconversion), faire la sérologie VIH, répétée dans les 3 mois qui suivent l'arrêt du traitement.

2-8- MESURES PREVENTIVES

2-8-1-Mesures universelles [9, 11, 12]

2-8-1-1-Le port de gants

Le port de gants est obligatoire pour tout risque de contact avec :

- un liquide biologique contenant du sang,
- une lésion cutanée,
- des muqueuses,
- du matériel souillé.

De manière systématique, si l'on est atteint de lésion cutanée, il convient de choisir un modèle de gants adapté à la tâche à effectuer.

Le port de gants ne dispense pas du lavage des mains ; les gants ne doivent être portés qu'un temps court et pour une tâche précise.

2-8-1-2- Le pansement

Le personnel soignant, en cas de plaie, doit protéger la lésion par un pansement.

2-8-1-3- Le lavement des mains

Le lavement des mains doit se faire :

- immédiatement avec du savon, suivi de désinfection en cas de contact avec du sang.
- systématiquement après chaque soin.

2-8-1-4- La protection

Connaissances et conduites pratiques du personnel soignant face aux Accidents avec Exposition au Sang par rapport au VIH/SIDA au Centre Hospitalier de Libreville.
Risque de transmission professionnelle du VIH en milieu hospitalier.

Il est nécessaire de porter des lunettes et une sur-blouse lorsqu'il y a un risque de projection (aspiration trachéo-bronchique, soins de trachéotomie, endoscopies, cathétérismes, chirurgie).

Choisir un masque anti-projection bien adapté au visage.

2-8-1-5- La manipulation

Il est conseillé de faire attention lors de toute manipulation d'instruments pointus ou tranchants, potentiellement contaminés.

2-8-1-6- Le recapuchonnage des aiguilles

Il est strictement déconseillé de désadapter les aiguilles des seringues ou des systèmes de prélèvement à la main.

2-8-1-7- L'utilisation d'un conteneur à aiguille

Il faut jeter immédiatement tous les instruments piquants ou coupants dans un conteneur spécial : une aiguille souillée est une aiguille jetée.

2-8-1-8- La décontamination immédiate

Connaissances et conduites pratiques du personnel soignant face aux Accidents avec Exposition au Sang par rapport au VIH/SIDA au Centre Hospitalier de Libreville.
Risque de transmission professionnelle du VIH en milieu hospitalier.

La décontamination immédiate à la solution d'hypochlorite de sodium diluée à 10% ou un autre désinfectant efficace est nécessaire sur les instruments utilisés et les surfaces souillées par du sang ou liquide biologique.

2-8-1-9- Au laboratoire

Les précautions déjà citées doivent être appliquées systématiquement. Les prélèvements doivent être transportés dans un tube ou flacon hermétiques, sous emballage étanche. Il est interdit de pipeter au moyen de la bouche. Ces mesures de base doivent être complétées par des mesures spécifiques à chaque discipline et par l'adoption de matériel de sécurité adapté.

2-8-1-10-La vaccination contre l'hépatite B

Le vaccin contre l'hépatite B doit être systématique pour le personnel soignant.



METHODOLOGIE



METHODOLOGIE

3-1 CADRE DE TRAVAIL

L'étude s'est déroulée au Gabon, précisément à Libreville, la capitale politique et administrative (figures 1 et 2). Cette ville connaît une activité économique avec de nombreuses sociétés, un port performant en eau profonde et un secteur commercial très développé. Sa population est estimée à 623.573 habitants au dernier recensement en 2003. Elle représente à elle seule 41% de la population gabonaise [30].

Libreville dispose de :

quatre grands hôpitaux :

- le Centre Hospitalier de Libreville (CHL),
- la Fondation Jeanne Ebori (FJE)
- l'Hôpital militaire,
- L'hôpital pédiatrique d'Owendo (HPO)

Chaque structure regroupe en son sein toutes les spécialités médicales et chirurgicales.

- Une université des sciences de la santé qui forme des médecins, des sages-femmes et des techniciens supérieurs de laboratoire et une école nationale d'action sanitaire qui forme des infirmiers (ères).

Par ailleurs, il y a une émergence de centres de formation privés du personnel paramédical (CEMEF, CEFOR, etc.).

Nous avons mené notre étude au Centre Hospitalier de Libreville, qui est l'hôpital de référence de la République du Gabon, faisant aussi office de centre hospitalo-universitaire.

**Connaissances et conduites pratiques du personnel soignant face aux Accidents avec Exposition au Sang par rapport au VIH/SIDA au Centre Hospitalier de Libreville.
Risque de transmission professionnelle du VIH en milieu hospitalier.**



Figure 3 : Situation géographique du Gabon dans l’Afrique.

Source : http://www.un.org/french/peace/africa/map_edit.htm (10/01/07)



Figure 4 : Situation géographique de Libreville dans le Gabon

Source : <http://www.africa-onweb.com/pays/gabon/carte.htm> (10/01/07)

3-1-2- Les structures d'accueil

Le C.H.L est un ensemble hospitalier regroupant en son sein :

- une unité de soins et de recherche opérationnelle et clinique (USROC) où se font des tests de dépistage du VIH
- un centre de traitement ambulatoire (CTA) qui dispose des anti- rétroviraux.
- un service d'infectiologie accueillant tous les patients atteints du VIH/SIDA
- un service de médecine interne (MED A)
- un service de gastro-entérologie (MED B)
- un service de cardiologie
- un service de neurologie
- un service des Urgences
- un service de Réanimation
- un service d'urologie disposant d'un bloc opératoire (CHIR A)
- un service de chirurgie viscérale disposant d'un bloc opératoire (CHIR B)
- un service de traumatologie orthopédique disposant d'un bloc opératoire (CHIR C)
- un service de gynéco obstétrique disposant d'un bloc opératoire et d'une salle d'accouchement qui réalise en moyenne 50 accouchements par jour
- deux services de maternité
- un service de consultations externes
- deux services de pédiatrie (A et B)
- un service de néonatalogie
- un laboratoire d'hématologie

Connaissances et conduites pratiques du personnel soignant face aux Accidents avec Exposition au Sang par rapport au VIH/SIDA au Centre Hospitalier de Libreville.
Risque de transmission professionnelle du VIH en milieu hospitalier.

- un laboratoire de biochimie
- un service de rééducation fonctionnelle
- un service d'endocrinologie
- un service d'oncologie
- un service de radiologie et d'imagerie médicale
- un service d'odonto-stomatologie
- un service d'ORL
- un service d'ophtalmologie
- un local abritant le service d'aide médicale d'urgence (SAMU)
- un centre d'hémodialyse.

3-2 METHODE D'ETUDE

3-2-1 Sujet d'étude

Il s'agit de toute personne travaillant au Centre Hospitalier de Libreville et reconnue comme personnel de santé, quel que soit l'âge, le sexe, le niveau d'étude, la nationalité. Le choix de cette population est motivé par son exposition fréquente au risque de transmission professionnelle au VIH et son rôle prépondérant dans la prévention des infections à VIH en milieu hospitalier.

Elle est représentée par les professionnels de la santé :

Les médecins et étudiants de 6^{ème} et 7^{ème} Année médecine considérés comme des médecins : 31,

les chirurgiens : 23,

les sages femmes : 23,

les infirmiers (ères) : 48

3-2-2 Cadre et lieu d'étude

L'enquête s'est déroulée au Centre Hospitalier de Libreville qui fait office de Centre hospitalo-universitaire. Les services suivants ont constitué le lieu de notre étude :

- Chirurgie A
- Gynéco Obstétrique
- Cardiologie
- Médecine A
- Neurologie
- Réanimation

- Urgences

3-2-3 Echantillonnage

Nous avons fait un échantillonnage exhaustif. L'effectif total du personnel de la santé ayant participé à l'étude est de 125 cas, en dehors des permissionnaires, des agents en congé administratif, des non disponibles et des malades.

Nous avons utilisé la méthode non probabiliste, notamment un échantillonnage de commodité. Nous avons en effet visité les services cités ci-dessus et contacté tout le personnel de la santé, permanents, stagiaires ou contractuels et qui sont disponibles pour participer à l'étude.

Nous n'avons pas inclus les administrateurs, les étudiants de la 1^{ère} à la 5^e année de médecine.

3-2-4 Type et Période d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective et transversale. Elle a couvert la période allant du 06 mars au 30 avril 2005.

3-2-5 Collecte des données

3-2-5-1 Technique de collecte des données

Nous avons procédé par questionnaire et par observation directe.

- Le questionnaire a été remis à chaque enquêté après une explication sur les objectifs de l'étude. Celui-ci a été rempli séance tenante en notre présence.
- Une observation directe a été faite dans les mêmes services et a permis d'apprécier la conduite pratique des professionnels de santé lors de l'exécution des tâches dans l'exercice de leur profession ainsi que les infrastructures et matériels disponibles. Pour ce faire nous passons à l'improviste dans les services pendant les heures de travail.

3-2-5-2 Outils de collecte de données

Le support de collecte de données est un questionnaire anonyme à questions fermées et ouvertes. Nous avons également utilisé une grille d'observation. Ces outils de collecte de données se trouvent en annexe.

3-2-6 Analyse des données

La saisie et l'analyse des données ont été faites avec le logiciel EPI-INFO (version 6.04 FR).

3-2-7 Considérations éthiques

Avant de commencer l'étude nous avons eu le consentement des responsables administratifs du CHL pour mener notre enquête. Nous avons mené des entretiens avec les surveillants de chaque service, en vue d'une ample explication sur les objectifs de l'étude. Au cours de notre passage, nous avons constaté dans les services qu'une affiche intitulée « conduite à tenir en cas d'AES » est mise en place. Elle a été envoyée par le PNLIS quelques mois avant. Pour qu'elle ne porte pas atteinte aux résultats de l'étude, nous avons procédé avec le consentement des surveillants à l'enlèvement de ces affiches. Elles ont été remises après la collecte des fiches d'enquête.



RESULTATS

4-1- EFFECTIF DU PERSONNEL DE LA SANTE AYANT PARTICIPE A L'ENQUETE :

Tableau VI : Répartition du personnel de la santé selon les services visités.

Service	Nombre	Pourcentage
B.O.G.O	38	30,4
REANIMATION	35	28
BLOC A	22	17,6
URGENCES	9	7,2
MEDECINE A	8	6,4
NEUROLOGIE	7	5,6
CARDIOLOGIE	6	4,8
Total	125	100

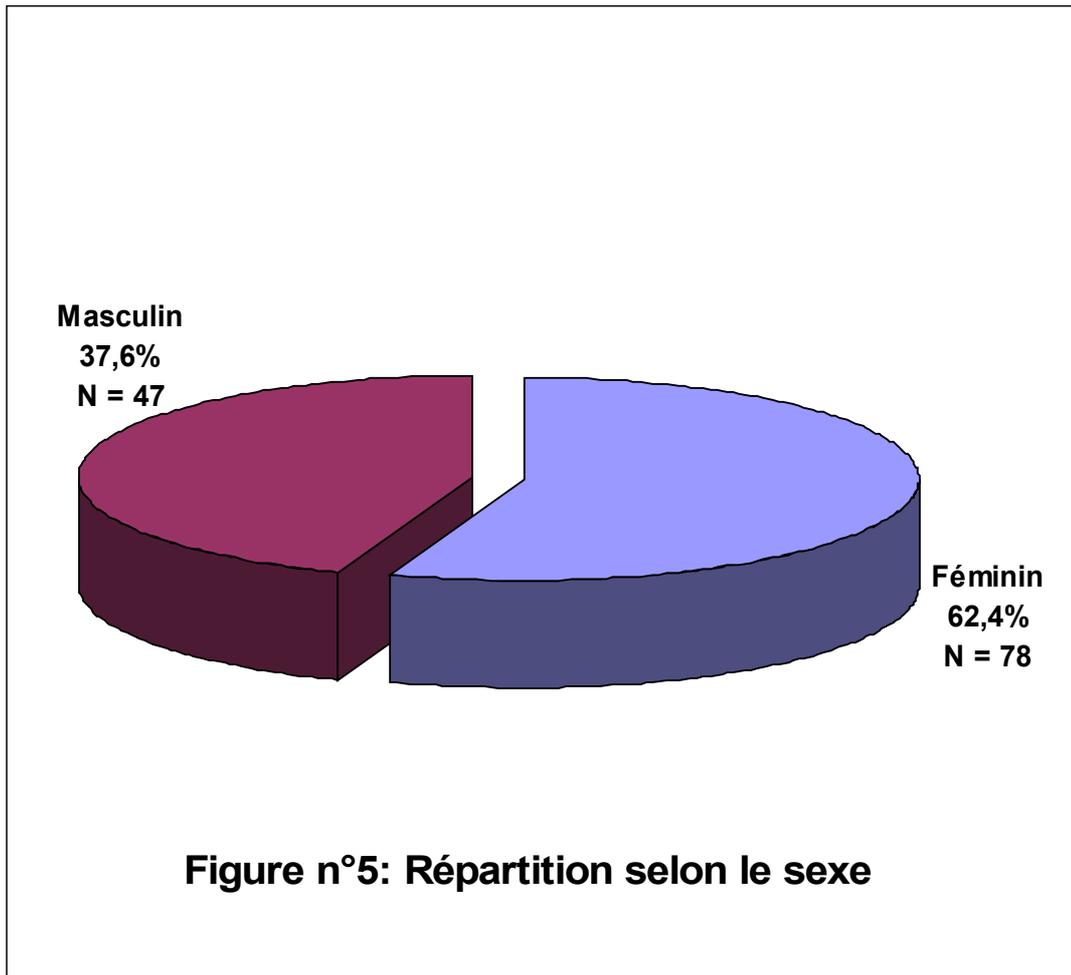
B.O.G.O : Bloc Opérateur de Gynéco Obstétrique

La majorité des personnes recrutées étaient issues des services du BOGO (30,4%).

4-2- CATACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

DES ENQUÊTES :

4-2-1- Répartition des professionnels de la santé selon le sexe



La population d'étude était à prédominance féminine (62,4%).

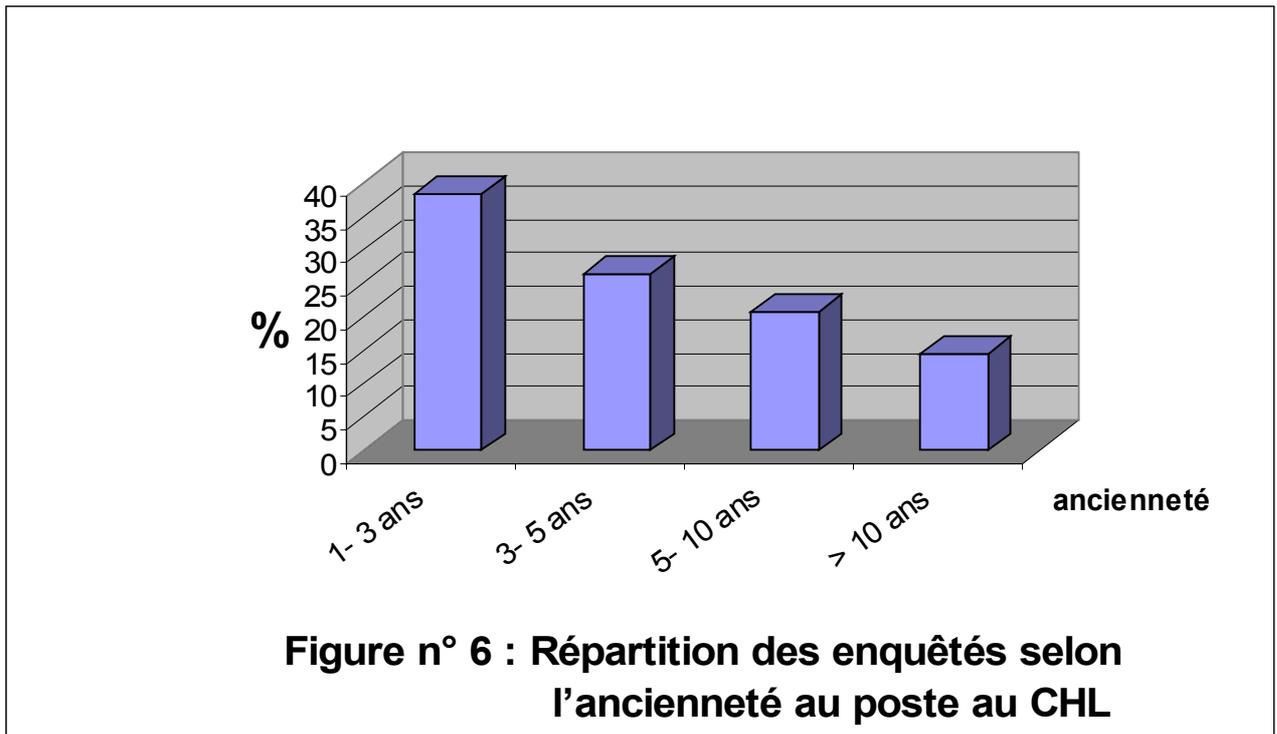
4-2-2- La catégorie professionnelle

Tableau VII : Répartition des enquêtés selon la profession.

Professions	Nombre	Pourcentage
INFIRMIERS	48	38,4
MEDECINS	31	24,8
CHIRURGIENS	23	18,4
SAGE-FEMMES	23	18,4
Total	125	100

Les infirmiers (ères) étaient majoritaires (38,4%) .

4-2-3- Ancienneté professionnelle au Centre Hospitalier de Libreville



La plupart des enquêtés avaient une ancienneté professionnelle inférieure à 5 ans.

4-3- FACTEURS EPIDEMIOLOGIQUES LIES AUX ACCIDENTS AVEC EXPOSITION AU SANG CHEZ LE PERSONNEL DE LA SANTE

4-3-1- Prévalence des accidents avec exposition au sang

Tableau VIII : Répartition du personnel de la santé du CHL victime d'AES.

Personnel de la Santé	Nombre	Pourcentage
VICTIME D'AES	48	38,4
NON VICTIME D'AES	77	61,6
Total	125	100

38,4% avaient avoué avoir été victimes d'accident avec exposition au sang au cours de leur carrière professionnelle.

4-3-2- Nombre d'accident avec exposition au sang survenu chez les victimes.

Tableau IX : Répartition des enquêtés selon le nombre de fois d'AES par rapport au VIH/SIDA.

Nombre de fois d'AES durant la carrière	Nombre	Pourcentage
1 fois	18	37,5
2 fois	17	35,4
3 fois	8	16,6
4 fois	2	4,2
5 fois	1	2,1
6 fois	1	2,1
10 fois	1	2,1
Total	48	100

Une victime a été exposée 10 fois.

4-3-3- Prévalence des accidents avec exposition au sang par rapport au VIH/SIDA selon le sexe.

Tableau X : Répartition de la prévalence des AES par rapport au VIH/SIDA selon le sexe.

Sexe	Nombre	pourcentage
FEMININ	27	56,3
MASCULIN	21	43,7
Total	48	100

Les victimes étaient en majorité de sexe féminin (56,3%).

4-3-4- Prévalence des accidents avec exposition au sang par rapport au VIH/SIDA selon la profession

Tableau XI : Répartition de la prévalence des AES par rapport au VIH/SIDA selon la profession.

Catégories Professionnelles	Nombre	Pourcentage
INFIRMIERS	18	37,6
CHIRURGIENS	14	29,2
MEDECINS	8	16,6
SAGE FEMMES	8	16,6
Total	48	100

Parmi les professionnels de la santé, les infirmiers (ères) étaient exposés à 37,6%.

4-3-5- Prévalence des accidents avec exposition au sang par rapport au VIH/SIDA selon les services visités

Tableau XII : Répartition des AES par rapport au VIH/SIDA selon les services.

Service	Nombre	Pourcentage
REANIMATION	16	33,3
B.O.G.O	16	33,3
BLOC CHIRURGIE A	12	25
URGENCES	3	6,3
MEDECINE A	1	2,1
NEUROLOGIE	0	0
CARDIOLOGIE	0	0
Total	48	100

N.B: B.O.G.O (Bloc Opératoire de Gynéco Obstétrique)

Les services chirurgicaux étaient impliqués à 58,3% (B.O.G.O : 33,3% et Bloc de Chirurgie A : 25%).

4-3-6- Prévalence des accidents avec exposition au sang selon l'ancienneté

Connaissances et conduites pratiques du personnel soignant face aux Accidents avec Exposition au Sang par rapport au VIH/SIDA au Centre Hospitalier de Libreville.
Risque de transmission professionnelle du VIH en milieu hospitalier.

professionnelle.

Tableau XIII : Répartition de la prévalence des AES par rapport au VIH/SIDA selon l'ancienneté au poste au CHL.

Ancienneté Professionnelle	Nombre	Pourcentage
[1-5 ANS [19	39,6
[5-10 ANS [10	20,8
[10-15 ANS [12	25
[15-20 ANS]	7	14,6
Total	48	100

La tranche d'ancienneté de [1-5 ans[était exposé à 39,6%.

**4-4- CONNAISSANCES DU PERSONNEL DE SANTE SUR LES
ACCIDENTS AVEC EXPOSITION AU SANG
PAR RAPPORT AU VIH/SIDA**

4-4-1- Connaissance de la définition : accident avec exposition au sang

**Tableau XIV : Connaissance du thème AES par rapport au VIH/SIDA
selon la profession**

Connaissance de la définition de l'AES Professions	Oui (Pourcentage)	Non (Pourcentage)	Total (Pourcentage)
CHIRURGIENS	16 (69,6)	7 (30,4)	23 (100)
MEDECINS	16 (51,6)	15 (48,4)	31 (100)
SAGE FEMMES	11 (47,8)	12 (52,2)	23 (100)
INFIRMIERS	21 (43,8)	27 (56,2)	48 (100)
Total	64 (51,2)	61 (48,8)	125 (100)

Les professionnels de la santé avaient une faible connaissance (48,8%) sur la définition des AES, plus particulièrement les infirmiers (ères) (56,2%).

4-4-2- Connaissance des virus pathogènes en cas d'accidents avec exposition au sang.

Tableau XV : Répartition des enquêtés selon les virus pathogènes au décours d'un AES.

Type de virus	Oui (Pourcentage)	Non (Pourcentage)	Total (Pourcentage)
VIH	123 (98,4)	2 (1,6)	125 (100)
VHB	117 (93,6)	8 (6,4)	125 (100)
VHC	103 (82,4)	22 (17,6)	125 (100)

La grande majorité du personnel de la santé enquêté connaissait les différents virus pathogènes en cas d'AES.

4-4-3- Connaissance des mesures d'hygiène universelle

Tableau XVI : Proportion des enquêtés par profession qui déclarent connaître les mesures d'hygiène universelle.

Connaissance des mesures d'hygiène universelle Professions	Oui (Pourcentage)	Non (Pourcentage)	Total (Pourcentage)
INFIRMIERS	42 (87,5)	6 (12,5)	48 (100)
MEDECINS	25 (80,6)	6 (19,4)	31 (100)
CHIRURGIENS	20 (86,9)	3 (13,1)	23 (100)
SAGE-FEMMES	21 (91,3)	2 (8,7)	23 (100)
Total	108 (86,4)	17 (13,6)	125 (100)

86,4% des professionnels de la santé connaissaient les mesures d'hygiène universelle.

4-5- TYPES ET CIRCONSTANCES DE SURVENUE DES ACCIDENTS AVEC EXPOSITION AU SANG PAR RAPPORT AU VIH/SIDA

4-5-1- Types d'accident avec exposition au sang par rapport au VIH/SIDA survenu chez les enquêtés victimes

**Tableau XVII : Types d'AES par rapport au VIH/SIDA lors du dernier
accident (Effectif=48).**

Types d'accident	Nombre	Pourcentage
Piqûre par aiguille souillée	35	73
Coupure par objet tranchant souillé	8	16,7
Projection du sang sur peau lésée ou sur les yeux	5	10,3
Total	48	100

Le type d'accident rencontré a été la piqûre par aiguille souillée (73%).

4-5-2- Mécanismes de survenue des accidents avec exposition au sang par rapport au VIH/SIDA chez les enquêtés victimes lors du dernier accident

Tableau XVIII : Mécanisme de survenu des AES par rapport au VIH/SIDA chez les enquêtés victimes d'AES (Effectif=48).

Types d'accident	Nombre par mécanisme	Pourcentage
Injection IV	18	37,5
Recapuchonnage d'aiguille souillée	9	18,7
Sutures	9	18,7
Autres mécanismes	8	16,7
Episotomie	1	2,1
Prélèvement pour dosage des gaz de sang	1	2,1
Injection IM	1	2,1
Ponction lombaire	1	2,1
Total	48	100

Les gestes responsables d'AES étaient l'injection intraveineuse (37,5%), le recapuchonnage d'aiguille souillée (18,7%) et les sutures (18,7%).

4-6-CONDUITE PRATIQUE DU PERSONNEL APRES UN ACCIDENT

AVEC EXPOSITION AU SANG

4-6-1- Conduite tenue dès la survenue d'un accident avec exposition au sang.

Parmi les enquêtés victimes, la totalité a déclaré avoir lavé immédiatement la surface du corps exposée puis, avoir fait une antiseptie.

4-6-2- Déclaration de l'accident avec exposition au sang par rapport au VIH/SIDA par les victimes

4-6-2-1- Fréquence des déclarants

13 victimes sur 48 ont déclaré leur accident soit 27,1%. Elles se répartissent comme suit :

- 1 Médecin
- 2 Chirurgiens
- 3 Sages Femmes
- 7 Infirmiers

4.6.2.2- Délais de déclaration

Avant 48 heures, il y a eu 10 déclarants dont :

- 1 Médecin
- 1 chirurgien
- 2 Sages Femmes
- 6 Infirmiers

Après 48 heures, il y a eu 3 déclarants dont :

- 1 Chirurgien
- 1 Sage Femme
- 1 Infirmier

4.6.2.3- Lieu de la déclaration

Les 13 déclarants ont tous déclaré leur accident dans le bureau du médecin référent, situé au CHL.

4.6.3- Prise en charge des victimes ayant fait la déclaration des accidents avec exposition au sang par rapport au VIH/SIDA

Les 13 déclarants ont bénéficié d'une sérologie VIH : le résultat a été négatif dans tous les cas.

Ces 13 déclarants ont eu un contrôle sérologique de trois (3) mois qui a été également négatif.

Une sage-femme a mentionné que la sérologie du patient source a été positive. Elle a donc bénéficié de la trithérapie pendant quatre semaines. Des contrôles sérologiques ont été réalisés respectivement trois et six mois plus tard. Les résultats ont été négatifs.

4-7- ETUDE DES CONDITIONS DE TRAVAIL

4-7-1- Les salles de soins des services médicaux et chirurgicaux

Observation directe dans les salles de soins des services médicaux et chirurgicaux.

4-7-1-1- Le local et les lavabos :

Les salles de soins sont dotées d'un lavabo, d'une paillasse carrelée en blanc. Elles constituent un bloc isolé. Elles sont ventilées ou climatisées.

L'espace de rangement est constitué d'un placard disposé contre un mur. On y trouve un lit qui n'est pas recouvert de drap. C'est sur ce lit que se font les pansements. Les chariots pour les pansements et les injections sont gardés dans les salles de soins.

4-7-1-2- Les conteneurs étanches pour les aiguilles :

Ils sont constitués de bouteilles d'eau minérale en plastique et servent à recueillir les aiguilles souillées désadaptées. Ces bouteilles sont rangées sur la paillasse ou sur les chariots.

4-7-1-3- Les poubelles :

Une bassine en plastique sert à recueillir d'abord les seringues, les compresses souillées et tout le matériel souillé avant d'être jetés dans la poubelle.

- Une poubelle rouge en plastique pour les ordures médicales souillées.
- Une poubelle noire en plastique pour les ordures médicales non souillées.
- Les poubelles à ordures ménagères sont à l'office (cuisine).

Les poubelles à ordures médicales et ménagères sont couvertes et vidées tous les matins par les aides-soignants.

4-7-2- Le matériel

4-7-2-1- Les gants :

Les gants en latex simples jetables manquent cruellement sauf dans les services de soins intensifs et de chirurgie.

Néanmoins, les gants de ménage existent.

4-7-2-2- Les blouses, les lunettes et les masques :

La blouse est personnelle. Les lunettes et les masques ne sont guère en usage.

4-7-2-3- Les désinfectants :

Les plus utilisés sont :

- L'hypochlorite de sodium à 12° chlorométrique dilué à 1/10^{ème}
- La solution d'hypochlorite de sodium
- L'éthanol à 70°c
- L'éthanol iodé
- Le polyvidone iodé
- La chlorhexidine
- L'éther

4-7-2-4- Le savon et les serviettes jetables :

Les savons liquides antiseptiques, à base de cétrimide, sont utilisés surtout dans les services de soins intensifs et de chirurgies. Lorsqu'ils viennent à manquer, le savon local, Agrogabon (type savon de Marseille), est fourni.

Il existe des serviettes jetables uniquement dans les services de soins intensifs et de chirurgie. Les autres services n'en sont pas dotés.



5. DISCUSSION

5.1 **CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION D'ETUDE**

5-1-1 Les services d'étude

Le regroupement par spécialité des services dans lesquels exercent les 125 enquêtés, montre une proportion élevée des participants en chirurgie (30,4%) et spécialité chirurgicale (17,6%) suivie des unités des soins intensifs (28%).

ASSERAY et all [31] ont trouvé, en outre, que les services d'exercice étaient dominés par la chirurgie dans 30,7% des cas d'une étude réalisée dans une trentaine d'hôpitaux du Nord Pas de Calais (France), en 1998.

Par contre, à Abidjan (Côte d'Ivoire), en 2002 [22], les spécialités médicales venaient en tête avec 46,6%, la chirurgie et spécialités chirurgicales 36%, et enfin les unités des soins intensifs dans seulement 5,6% des cas.

Il est évident que cette forte participation du personnel en chirurgie et spécialités chirurgicales d'une part, et celui des unités de soins intensifs d'autre part constatée dans notre étude, révèle à suffisance que dans ces services le personnel s'est senti beaucoup plus concerné par l'étude du fait même de son contact permanent avec le sang et les plaies opératoires.

5-1-2 La catégorie professionnelle

Le corps paramédical, en l'occurrence les infirmiers, est le plus représenté, avec un taux de participation de 38,4%. Ce résultat est conforme à celui de ASSERAY [31] et, il se rapproche aussi des travaux de EHOLIE [22] et de RABAUD [32].

Le taux de participation des médecins (24,8%) est plus important que celui des chirurgiens (18,4%). Cette participation des médecins est identique à celle notée dans une étude faite en Côte d'Ivoire par DOUMBIA et DIARRA [33]. Dans celle-ci 18% des médecins et 3,4% des chirurgiens avaient répondu.

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les chirurgiens sont moins nombreux que les médecins et les autres spécialités.

5-1-3 Le sexe

Les femmes (62,4%) ont beaucoup plus participé à l'étude que les hommes (37,6%).

Ce résultat se rapproche de celui de MOUITY [8] où les femmes sont représentées à 61,6% et les hommes 38,4%. C'est dire la faible participation des hommes.

5-1-4 Ancienneté professionnelle

Plus de la moitié des enquêtés ont moins de cinq ans d'ancienneté professionnelle. Ce qui nous amène logiquement à penser que les professionnels ayant une faible expérience sont donc les plus représentés.

5-2 FACTEURS EPIDEMIOLOGIQUES LIES AUX ACCIDENTS AVEC EXPOSITION AU SANG PAR RAPPORT AU VIH/SIDA CHEZ LE PERSONNEL SOIGNANT

5-2-1 Prévalence des accidents avec exposition au sang

Sur l'ensemble des 125 personnels de la santé questionnés, 48 avouent avoir été victimes d'accident avec exposition au sang au cours de leur carrière professionnelle, soit une prévalence de 38,4%.

5-2-2 Le nombre de fois que les accidents avec exposition au sang par rapport au VIH/SIDA sont survenus chez les victimes au cours de leur carrière professionnelle

Cette étude montre que 2 participants sur 5 ont été victimes d'un AES dans leur vie professionnelle, soit un taux d'environ 37,5%.

EHOLIE et coll [22] ont trouvé en 2002, en Côte d'Ivoire, 3 victimes sur 5, soit une prévalence d'AES de 60%.

L'étude de ASSERAY et all [31] révèlent qu'environ 1 personne sur 2 soit 50%, a été victime d'un AES.

Force est de constater que l'effectif des victimes aux AES est légèrement plus faible au CHL. Est-ce à dire que certaines déclarations seraient erronées, voire fantaisistes.

5-2-3 Prévalence des accidents avec exposition au sang par rapport au VIH/SIDA selon la profession, les services et le sexe

Les AES sont fréquents chez les infirmiers (ères) (37,6%). TARANTOLA et coll [29] ont trouvé un résultat similaire en 1999-2001 dans une étude menée dans trois pays d'Afrique de l'Ouest (Mali, Sénégal, Côte-d'Ivoire).

Les personnels exposés étaient des infirmiers (ères) dans 57% des cas. L'on peut observer le même constat dans bien d'autres études [22 ; 31 ; 29 ; 36 ; 37 ; 38].

Les infirmiers (ères) représentent la population majoritaire du personnel soignant qui dès l'accueil du patient en urgence doivent administrer les premiers soins prescrits par le médecin.

Il peut s'agir d'un prélèvement veineux pour les examens d'urgence, d'un abord veineux de sécurité, d'une injection intraveineuse, intramusculaire ou sous cutanée. Au cours de ces gestes, les aiguilles souillées sont recapuchonnées ou désadaptées.

Ce constat vient corroborer l'étude faite par EHOLIE et coll [22] qui expliquent cette prévalence d'AES chez les infirmiers (ères) car ils représentent le personnel hospitalier cible eut égard à la masse de travail élevée et les gestes de soins à haut risque.

Dans notre étude, la fréquence de survenue des AES, quoique liée à la profession, dépend aussi du service et du sexe.

Ainsi, les services les plus touchés par les AES sont : la chirurgie (B.O.G.O 33,3% + Bloc A 25%) et la réanimation 33,3%.

En 1998 dans une étude, ASSERAY et coll [31] montraient que les services les plus touchés par les AES étaient la réanimation (58,6%) et la chirurgie (52%).

Ce résultat nous paraît logique dans la mesure où en réanimation et en chirurgie les gestes sont souvent exécutés dans des situations d'urgence et toute l'attention est focalisée sur le patient plutôt que sur soi-même.

Par rapport au sexe, sur les 48 victimes des AES la majorité était de sexe féminin (56,3%). Ce résultat peut s'expliquer par le fait que dans l'effectif de départ le sexe féminin prédomine (62,4%). Ce qui d'ailleurs, nous avait amené à déduire qu'il y avait une plus grande participation des femmes à cette enquête.

5-2-4 Prévalence des accidents avec exposition au sang par rapport au VIH/SIDA selon l'ancienneté professionnelle

Les professionnels de santé victimes d'AES sont ceux qui ont une ancienneté professionnelle inférieure à 5 ans soit 60,4%.

Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les victimes sont une population jeune qui manque par conséquent d'expérience.

5-3 CONNAISSANCES DU PERSONNEL DE LA SANTE SUR LES ACCIDENTS AVEC EXPOSITION AU SANG PAR RAPPORT AU VIH/SIDA

5-3-1 Connaissance de la définition de l'Accident avec exposition au sang

Il apparaît dans notre étude que les chirurgiens (69,6%), les médecins (51,6%) sont plus informés sur la définition du thème « accident avec exposition au sang » que les infirmiers (ères) (43,8%) et les sages-femmes (47,8%).

HOUNTONDI [39] a montré, en 2002, à la maternité Lagune de Cotonou (Bénin), que la définition du même thème dépendait du niveau d'études des agents de la santé interrogés. Cependant, en général, il existe une faible connaissance des professionnels de la santé (48,8%) de la définition du thème « accident avec exposition au sang ».

Nous pouvons dire que le personnel de santé au CHL n'est pas bien informé sur la définition du thème « accident avec exposition au sang », malgré les affiches qui sont collées dans chaque service, sur les murs ou au-dessus des lavabos.

Ces résultats prouvent non seulement le désintérêt que les professionnels de santé accordent aux affiches, même si elles ont pour but de retenir l'attention mais aussi le manque de formation continue de santé au sein de l'hôpital.

5-3-2 Connaissance des virus pathogènes en cas d'accident avec exposition au sang

La grande majorité du personnel de santé enquêté connaît les différents virus pathogènes en cas d'AES. En dehors du VIH, qui est le plus connu du personnel de santé (98,4%), le VHB (93%) et le VHC (82,4%) sont eux aussi bien connus. Ces résultats prouvent que le personnel de santé du CHL est bien informé sur les différents virus pathogènes en cas d'AES.

Ces taux sont élevés par rapport à ceux retrouvés par SALIF, dans 3 pays d'Afrique de l'Ouest [35], qui affirme qu'en dehors du VIH, 34,1% du personnel de la santé pouvait citer un autre agent pathogène transmissible en cas d'AES.

5-3-3 Connaissance des mesures d'hygiène universelle

Dans notre étude, 86,4% déclarent connaître les mesures d'hygiène universelle pour éviter les AES. Ce taux est élevé en comparaison de celui objectivé par ASSERAY [31] soit 71% d'une part et, à celui trouvé par EHOLIE [22], soit 68,7% d'autre part.

L'essentiel n'est pas de les connaître mais de les mettre quotidiennement en pratique. TARANTOLA [40] affirme que l'observance, par exemple, de l'élimination immédiate des objets vulnérants dans un contenant adapté, ou le fait de ne jamais recapuchonner les aiguilles utilisées, auraient permis d'éviter peut-être pas tous les AES, mais certainement un grand nombre.

Connaissances et conduites pratiques du personnel soignant face aux Accidents avec Exposition au Sang par rapport au VIH/SIDA au Centre Hospitalier de Libreville.
Risque de transmission professionnelle du VIH en milieu hospitalier.

Concernant la connaissance de chaque mesure, il ressort de notre étude que des 10 mesures d'hygiène de précaution universelle, le port de gants pour tous risques de contact avec du sang ou du liquide biologique contaminé par du sang est le plus cité.

La connaissance des mesures de précaution universelle est un réel problème au CHL qui est l'hôpital de référence. Il nous paraît opportun de proposer ces mesures et de les porter à la connaissance du personnel soignant en réalisant, par exemple, des autocollants et en les distribuant à chaque agent de santé.

5-4 TYPES ET CIRCONSTANCES DE SURVENUE DES ACCIDENTS AVEC EXPOSITION AU SANG PAR RAPPORT AU VIH/SIDA

5-4-1 Types de survenue des accidents avec exposition au sang par rapport au VIH/SIDA chez les enquêtés victimes

Le type d'exposition survenue chez les victimes était la piqûre par aiguille souillée (73%). Ce résultat concorde avec la plupart des travaux antérieurs [22, 34, 38, 39,40, 41, 42].

Dans notre étude, le corps paramédical le plus exposé était les infirmiers (ères) qui sont appelés à exécuter les soins. Aussi est-il logique que le type d'AES le plus enregistré soit la piqûre par des aiguilles souillées.

5-4-2 Mécanismes de survenue des accidents avec exposition au sang par rapport au VIH/SIDA chez les enquêtés victimes

Par rapport au mécanisme de survenue des AES chez les enquêtés victimes, les gestes les plus fréquents responsables des AES sont l'injection intraveineuse (37,5%) le recapuchonnage des aiguilles (18,7%) et la suture (18,7%).

En 2000, KOSSOUOH [42] a indiqué le recapuchonnage des aiguilles souillées comme étant le mécanisme le plus en cause dans 46% des cas.

Connaissances et conduites pratiques du personnel soignant face aux Accidents avec Exposition au Sang par rapport au VIH/SIDA au Centre Hospitalier de Libreville.
Risque de transmission professionnelle du VIH en milieu hospitalier.

Pour AKA et coll [34], les trois mécanismes les plus fréquents pouvant engendrer un AES étaient le prélèvement veineux (22,9%), la pose de perfusion (22,1%) et l'injection intramusculaire (14,2%).

Le taux de survenue d'AES au cours de la suture dans notre étude est de 18,7%, LASCAUX [43], en France, en 2002, a révélé que 48% à 70% des AES chez les chirurgiens ont lieu lors des sutures.

Le faible taux de notre étude pourrait vraisemblablement être dû à la faible participation des chirurgiens à l'enquête (18,4%).

5-5 CONDUITES PRATIQUES DU PERSONNEL SOIGNANT APRES UN ACCIDENT AVEC EXPOSITION AU SANG

5-5-1 Conduite tenue dès la survenue d'un accident avec exposition au sang

Concernant la gravité potentielle par rapport à la réaction immédiate de la victime sur les lieux de l'accident, l'ensemble du personnel ayant eu un AES (100%) a pratiqué, en cas d'accident percutané, le lavage de la plaie à l'eau courante et au savon, puis a appliqué un antiseptique. Les antiseptiques les plus utilisés sont la solution d'hypochloride de sodium et le polyvidone iodé. Pour les accidents à type de projection de sang sur une muqueuse, en particulier celle de l'œil, ils pratiquaient simplement le rinçage à l'eau.

Dans la plupart des études consultées [37], nous constatons que le réflexe est presque acquis sur l'utilisation prioritaire d'un antiseptique après l'AES, et ceci malgré les taux élevés constatés.

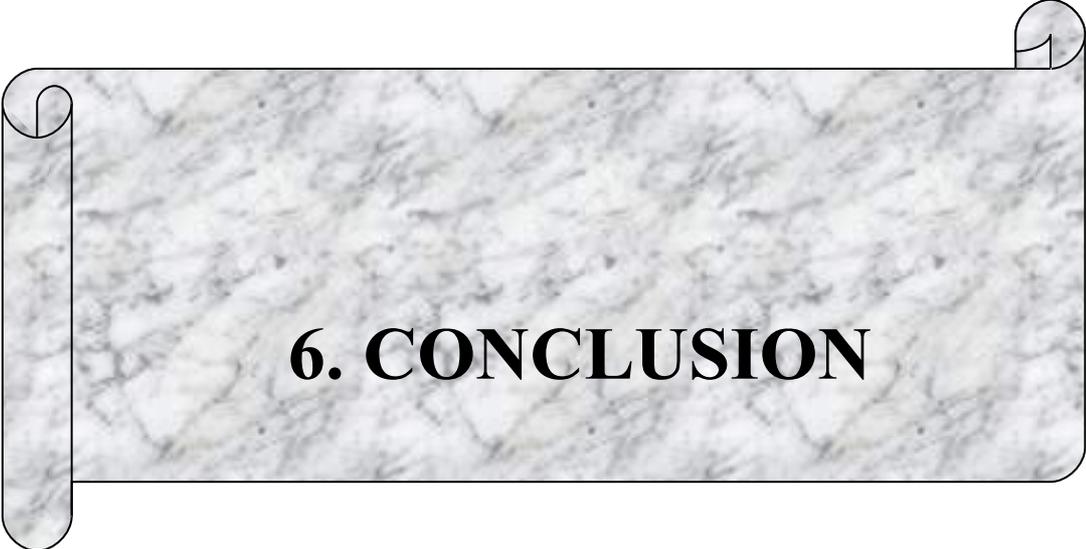
5-5-2 Déclaration de l'accident avec exposition au sang par rapport au VIH/SIDA par les victimes

Concernant la déclaration, 13 accidentés seulement l'on fait sur les 48 victimes, soit 27,1%. Ce faible taux reflète une nette sous déclaration qui est due peut-être à une méconnaissance de la structure de déclaration, 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.

5-6 CONDITIONS DE TRAVAIL DU PERSONNEL SOIGNANT

En général, les services de soins ne sont pas bien tenus et équipés. Quel que soit le service, il y a une insuffisance de matériel pour la gestion des déchets (aiguilles en particulier) et pour la protection individuelle (gants, blouses, désinfectants adéquats, serviettes).



6. CONCLUSION

Cette étude prospective et transversale réalisée de mars à avril 2005 sur les accidents avec exposition au sang par rapport au VIH/SIDA, nous à permis de constater que la survenue des AES par rapport au VIH/SIDA est un fait notoire dans le milieu hospitalier en général et au CHL en particulier. Le personnel de santé adopte des comportements à haut risque de contamination professionnelle et le problème auquel il est confronté reste la sous déclaration.

L'analyse des différents résultats fait ressortir que :

- plus du tiers du personnel de la santé dans notre étude ont été confrontés à un AES par rapport au VIH/SIDA ;
- le risque de survenue des AES par rapport au VIH/SIDA est plus élevé chez les infirmiers (ères) et les chirurgiens ;
- les professionnels ayant une ancienneté de 0 à 5 ans sont les plus touchés ;
- la plupart des victimes n'ont pas déclaré leur accident ;
- parmi les enquêtés victimes ayant déclaré l'accident aucune victime n'a été contaminé.
- la piqûre par aiguilles souillées est le type d'AES le plus fréquent ;
- les mécanismes les plus souvent en cause sont l'injection intraveineuse, le recapuchonnage des aiguilles souillées et les sutures ;
- les mesures de précaution standards sont connues par la plupart des enquêtés ;

S'agissant des comportements à risque, on note que :

- le port de gants n'est pas systématique ; de façon générale, les gants ne sont pas toujours portés car ils ne sont pas disponibles en quantité suffisante ;
- le recapuchonnage et la désadaptation des aiguilles souillées sont des habitudes courantes, voire réflexes ;
- tous les professionnels de santé ne se lavent pas systématiquement les mains avant et après les soins.



7. RECOMMANDATIONS

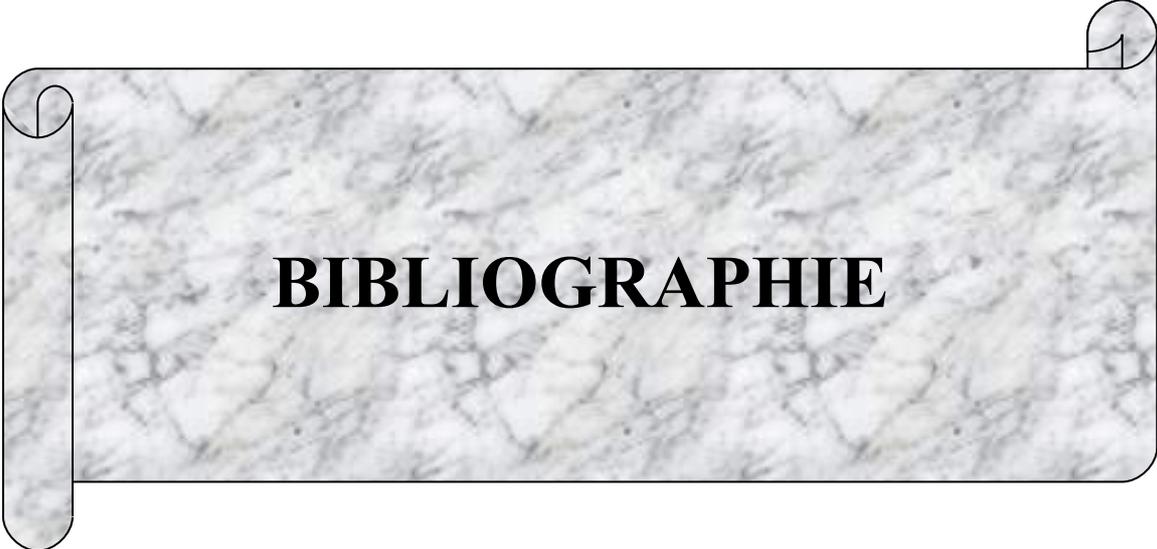
Au terme de notre étude, il nous paraît opportun, en vue de sécuriser le personnel de santé soignant dans nos structures sanitaires, de faire les recommandations suivantes à l'endroit :

des autorités sanitaires

- mettre en place une procédure légale de déclaration des AES dans le service médical du personnel au CHL ;
- indiquer au moins deux médecins référents joignables à tout moment pour les déclarations ; pourvoir ce service de fiches de déclaration pour documenter la fréquence des AES, leur gravité potentielle, le caractère évitable par le respect des mesures de précaution standards ;
- mettre en place un Kit comportant deux unités de test rapide (un pour le personnel de santé et un pour le patient source). En cas de séropositivité, un second prélèvement doit être envoyé au PNLS pour confirmation ou infirmation ;

aux responsables administratifs du Centre Hospitalier de Libreville

- développer des programmes d'IEC sur les AES, sous forme d'affiches, de dépliants, d'autocollants, ou tous autres supports visuels et sonores ;
- initier des programmes périodiques de formation en direction des diverses catégories professionnelles ; ces formations porteront sur :
 - l'existence des AES ;
 - les mesures de prévention ;
 - le circuit de déclaration en cas d'AES ;
 - la conduite à tenir en cas d'AES.



BIBLIOGRAPHIE

Connaissances et conduites pratiques du personnel soignant face aux Accidents avec Exposition au Sang par rapport au VIH/SIDA au Centre Hospitalier de Libreville.
Risque de transmission professionnelle du VIH en milieu hospitalier.

1. MALBEC

Conduite à tenir chez un soignant en cas d'accident avec exposition au sang (ou autre liquide biologique) in Protocole d'urgences médicales actualisées, 6, 2000, PUMA. Paru sur internet.

2. GERSHON RRM, KARKASHIAN FELKNOR C.

Universal precaution : an update. *Heart Lung* 1994 ; 23 : 352 – 8

3. LOT F., DE BENOIST AC., ABITEBOUL D.

Infections professionnelles par le VIH en France chez le professionnel de santé. *BEH* 1999 ; 18 : 60 -70

4. AIKEN LH, SLOANE DM, KLOCINSKI JL.

Hospital occupational exposure to blood : Prospective, retrospective and Institutional reports. *Am Public health* 1997 ; 87 : 103-7

5. BELL DM, GERBEDING JL.

Human Immunodeficiency Virus (HIV) post exposure management of healthcare workers. *Am J Med* 1996 ; 102 : 5

6. BELL DM.

Occupational risk of Human Immunodeficiency Virus infection in health care workers : overview. *Am J Med* 1997 : 102 : 9-15

7. LARAQUI C.H., TRIPOLI D., BAHHALI A. et al.

Analyse des pratiques, connaissances et attitudes et attitudes du personnel hospitalier face au risque de transmission professionnelle du VIH au Maroc. *Med Mal Infect* 2002 ; 32 : 307 –21

8. MOUITY. M'BOUMBA. GA

Connaissances, attitudes et comportements du personnel soignant vis-à-vis du VIH, VHB, VHC à Libreville (Gabon)
Thèse doct. Méd
Faculté des Sciences de la Santé de Libreville 2005

9. DARIOSECQ JM., TABURET A-M., GIRARD P-M.

Infection VIH. Mémento thérapeutique. Paris : Ed doin 2005

- 10. TARANTOLA . A, BOUVET. E**
Accident d'exposition au sang en milieu professionnel .In : Bouvet. E et Coll.
<<Accident d'exposition au VIH. Bases scientifiques et recommandations pour la prise en charge>> Bash Editions , Paris 1999 : 17 – 38
- 11. TUBIANA . R , BRUCKER .G**
Expositions accidentelles au VIH : prévention des risques professionnelles et règles de désinfection
In VIH Ed doin 2004 : 591-605
- 12. TUBIANA . R , BRUCKER . G ,BOUVET .E , CRICKX.B**
Accidents d'exposition au sang
ANN Dermatol Venereol 1997 ; 124 : 873 -7
- 13. BARRE-SINOUSI F.**
Les VIH, rappel virologique
Impact médecin-Guide infection à VIH 2001 ; 79-85
- 14. LA STRUCTURE DU VIH**
<http://www.inrp.fr/acces/immuno/html/structvih.htm>
- 15. A MAMETTE**
Virologie médicale à l'usage des étudiants et praticiens. 14^e édition 1992
- 16. BARRE SINOUSI**
Virologie fondamentale de l'infection VIH.
Paris : Doin, 2004 : 3-9
- 17. COFFIN JM**
Struture and classification of retrovirus in levy J A. The retroviridae New York: Plenum, 1992: 19-50
- 18. KLATZMANN D. BARRE SINOUSI F. NUGEYRE M.T. et al.**
Selective tropism of lymphadenopathy associated virus for helper-inducer T lymphocytes. *Science*, 1984: 225 : 59-63,
- 19. COMPETENCES DE COUNSELLING.**
En matières de VIH/SIDA accès sur la PTME, Bamako septembre 2003
- 20. CH. KATLAMA, G. PIALOUX, PM. GIRARD**
Traitements antir2troviraux. Paris/ doin, 2004, 229-330.
- 21. ONU/SIDA-OMS. Le point sur l'épidémie de SIDA, Décembre 2005**
<http://www.acdi-cida.gc.ca/sida.htm>

- 22. EHOLIE S. P., EHUI E., YEBOUET-KOUAME B. Y. et al.**
Analyse des pratiques et connaissances du personnel soignant sur les AES à Abidjan.
Méd Mal Infect 2002 ; 32 : 359 -68
- 23. ENNIGROU S., BEN AMEUR KHECHINE I., CHERIF A. et al.**
Analyse des connaissances, attitudes du personnel soignant face aux AES en chirurgie générale.
La Tunisie Médicale 2004 ; 82 : 493 – 505
- 24. MEUNIER O., DE ALMEIDA N., HERNANDEZ C., BIENTZ M.**
Accidents d'exposition au sang chez les étudiants en médecine.
Méd Mal Infect 2001 ; 31 : 527 - 36
- 25. CENTER FOR DISEASE CONTROL**
Provisional public health service recommandations for chemoprophylaxis after occupational exposure to HIV
MMWR 1996 ; 45 : 468 – 72
- 26. DELFRAISSY JF.**
Accidents d'exposition au risque de transmission du VIH. Rapport 1999. Paris :
Médecine Flammarion. 1999 : 197 – 214
- 27. PERRY J., JAGGER J.**
Mesures réglementaires et législatives mises en place aux Etats-Unis afin de prévenir les expositions professionnelles au sang.
Hygiènes 2003 ; 2 : 186 – 9
- 28. BOUVET E, CASALINO E.**
Anti HIV chemoprophylaxis for blood-exposure accidents. *Annales de médecine interne* 2000 ; 151: 283-90
- 29. TARANTOLA . A ; MIGUERES . B ; PREVOT MH , FLEURY.L ; BOUVET . E , et le GERES**
Pratiques de chimioprophylaxie après accident exposant au sang chez les personnels soignants dans 155 hopitaux français en 1998
Bull Epidemiol hebdo 1999 ; 43 : 179-81
- 30. MINISTERE DE LA PLANIFICATION DU GABON.**
Conseil des Ministères: dernier recensement général de la population et de l'habitat au Gabon 2003. *Quotidien d'information générale UNION* 2005 ; 8768 : 2
- 31. ASSERAY N., ALFANDARI S., VANDENBUSSCHE C., et al.**
Analyse des pratiques et connaissances sur les accidents d'exposition au sang. *Med. Mal Infect* 1998 ; 28 : 672-7

32. RABAUD C., LEPORI L.M., VIGNAUD M.C. et al.

Accidents avec exposition au sang (AES) au CHU de Nancy : Enquête sur le comportement du personnel vis-à-vis du risque de contamination par le VIH. *Méd Mal Infect.* 1996 ; 26 : 327-31

33. DOUMBIA S., BOUVET E., DIARRA J., et al.

Facteurs prédictifs de survenus d'accident d'exposition au sang (AES) au CHU de Treicheville (Abidjan- Côte d'Ivoire). In : Livre des résumés, XII^e Conférence Internationale sur le SIDA et les MST en Afrique, 2001 ; 12 BT3-1 : 221

34. AKA C., BOUVET E., BRUCKER G. et al.

Etude descriptive des 454 cas d'accident exposant au sang (AES) chez les personnes soignantes dans 3 pays d'Afrique de l'Ouest. In : Livre des résumés, XII^e Conférence sur le SIDA et les MST en Afrique 2001 ; 12 BT3-6 : 223

35. SALIF S., BOUVET E., CLAEYS P. et al.

Connaissance et pratiques à risque d'accident exposant au sang (AES) chez les soignants en médecine dans 3 pays d'Afrique de l'Ouest. In : Livres des résumés, XII^e Conférence Internationale sur le SIDA et les MST en Afrique, 2001 ; 12 BT3 - 4 : 222

36. ARNAUD T., ABITEBOUL D., AKA K., et al.

Comparaison du risque de contamination professionnelle par le VIH chez les infirmiers de médecine dans les pays d'Afrique. In : Livre des résumés Conférence sur le SIDA et les MST en Afrique 2001 ; 12 BT3-3 : 221-22

37. FANOU SP.

Les accidents d'exposition au sang (AES) : Niveau de risque chez les professionnels de santé au CNHU-HKM de Cotonou (BENIN)

Thèse doct. En Méd, Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou 2003 p 32-40

38. GERES.

Epidémiologie des AES. 2001 pages 22-26

39. HOUNTONDI J-P.Y.

Prévention de l'infection : Analyse de la situation à la Maternité Lagune de Cotonou (Bénin). Thèse doct. Med, Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou 2002 ; 993 : 132 p.

40. TARANTOLA A., FLEURY L., ASTAGNEAU P. et al.

Surveillance des cas d'accident exposant au sang : résultats du réseau (AES) Inter région Nord entre 1995 et 1997. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 1999 ; N° 25. p 20-22

Connaissances et conduites pratiques du personnel soignant face aux Accidents avec Exposition au Sang par rapport au VIH/SIDA au Centre Hospitalier de Libreville.
Risque de transmission professionnelle du VIH en milieu hospitalier.

41. Bilan de la surveillance des accidents d'exposition au sang

RFCLIN, 2001p 52-60

42. KOSSOUOH F.

Evaluation du niveau des risques chez les professionnels de la santé dans trois formations sanitaires à Cotonou. Mémoire N°227/IRSP/2000. 64p

43. LASCAUX A-S.

La prise en charge au risque d'infection par le VIH après accidents d'exposition au sang. *Médecine Thérapeutique*, 2002, spécial 1 (8) ; 69. – 73



ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

N° d'identification

Age :

Nationalité :

Gabonaise /

Etrangère /

Sexe :

Masculin /

Féminin /

Profession :

Chirurgien /

Médecin /

Infirmier (e) /

Sage Femme /

Niveau Scolaire :

Primaire /

BEPC /

Seconde /

Première /

Baccalauréat /

Supérieur /

CONTACT AVEC LE PATIENT

1. Connaissez-vous les mesures d'hygiène universelle ?

Oui /___/

Non /___/

2. Y a-t-il une affiche des mesures d'hygiène universelle dans votre service ?

Oui /___/

Non /___/

3. Respectez-vous ces mesures d'hygiène ?

Oui /___/

Non /___/

4. Combien avez-vous de formation continues sur les AES depuis que vous travaillez?

Aucune /___/

1 à 4 /___/

4 à 10 /___/

+ de 10 /___/

5. Si non, aimeriez-vous avoir des formations continues sur le VIH ?

Oui /___/

Non /___/

Connaissances et conduites pratiques du personnel soignant face aux Accidents avec Exposition au Sang par rapport au VIH/SIDA au Centre Hospitalier de Libreville.
Risque de transmission professionnelle du VIH en milieu hospitalier.

6. Pratiquez-vous les gestes suivants ?

	Gaz de sang	Injection Intra dermique	Injection Intra musculaire	Injection Intra veineuse	Injection Sous cutanée	Perfusion	Episiotomie	Ponction lombaire	Sutures
Souvent									
Parfois									
jamais									

7. Mettez-vous des gants pour pratiquer ces actes ?

	Gaz de sang	Injection Intra dermique	Injection Intra musculaire	Injection Intra veineuse	Injection Sous cutanée	Perfusion	Episiotomie	Ponction lombaire	Sutures
Souvent									
Parfois									
jamais									

8. Si vous ne mettez pas de gant, c'est parce que :

- Il n'y en pas /___/
- Vous êtes trop loin de l'endroit où ils se trouvent /___/
- L'acte n'est pas risqué selon vous /___/
- Ce patient n'est probablement pas infecté par le VIH /___/

9. Mettez-vous systématiquement des gants ?

Si le patient est infecté par le VIH/SIDA, je mets toujours des gants

Oui /___/

Non /___/

Si le patient n'est pas infecté par le VIH/SIDA, je mets toujours des gants

Oui /___/

Non /___/

Si je ne connais pas le statut sérologique du patient, je mets toujours des gants

Oui /___/

Non /___/

MATERIEL SOUILLE

10. Doit on récapuchonner les aiguilles de seringue après usage ?

Oui /___/

Non /___/

11. Où mettez-vous les aiguilles souillées ?

Dans les poubelles /___/

Dans des Bouteilles /___/

Dans des sacs à plastique /___/

Autres.....

12. Où mettez-vous le matériel souillé

Dans les poubelles /___/

Dans des sacs à plastique /___/

Dans des conteners /___/

Autres.....

13. Avez-vous des poubelles distinctes pour le matériel souillé et non souillé ?

Oui /___/

Non /___/

14. Que suggérez-vous pour améliorer la récupération des aiguilles souillées ?

.....
.....
.....
.....
.....

ACCIDENT AVEC EXPOSITION AU SANG

15. Comment définir un accident avec exposition au sang ? S'agit-il de toute exposition accidentelle à du :

Sang /___/

Liquide biologique contaminé par du sang /___/

Autres.....

16. Cet accident avec exposition au sang peut arriver lors d'une :

Coupure avec un objet tranchant /___/

Piqûre avec une aiguille souillée /___/

Projection sur des muqueuses ou sur une peau lésée /___/

17. Parmi les virus suivants quels sont les virus pathogènes en cas d'accident avec exposition au sang ?

Virus de l'Immunodéficience Humaine /___/

Virus de l'hépatite B /___/

Virus de l'hépatite C /___/

18. Avez-vous déjà été victime d'un accident avec exposition au sang ?

Oui /___/
Non /___/

Si non, passez à la question n° 28

19. Si oui, combien de fois :

.....

Par quels mécanismes ?

Coupure avec un objet tranchant /___/
Piqûre avec une aiguille souillée /___/
Projection sur des muqueuses ou sur une peau lésée /___/

Dans quel service ?

B.O.G.O. /___/
Bloc A /___/
Médecine A /___/
Neurologie /___/
Réanimation /___/
Urgence /___/

Dans quelle salle ?

Chambre d'hospitalisation /___/
Salle de soins /___/
Salle de réveil /___/
Box du maladie /___/
Salle de déchocage /___/
Salle de réa /___/
Autres.....

Quel était l'état du patient ?

Connaissances et conduites pratiques du personnel soignant face aux Accidents avec Exposition au Sang par rapport au VIH/SIDA au Centre Hospitalier de Libreville.
Risque de transmission professionnelle du VIH en milieu hospitalier.

Agité	/ <input type="checkbox"/> /
Conscient	/ <input type="checkbox"/> /
Inconscient	/ <input type="checkbox"/> /
Calme	/ <input type="checkbox"/> /
Autres.....	

Racontez les circonstances de l'accident :

.....

.....

.....

.....

20. Pour le dernier accident avec exposition au sang, était-ce en pratiquant :

Les gaz de sang	/ <input type="checkbox"/> /
Une injection intra dermique	/ <input type="checkbox"/> /
Une injection intra musculaire	/ <input type="checkbox"/> /
Une injection intra veineuse	/ <input type="checkbox"/> /
Une injection sous cutanée	/ <input type="checkbox"/> /
Une perfusion	/ <input type="checkbox"/> /
Une suture	/ <input type="checkbox"/> /
Une épisiotomie	/ <input type="checkbox"/> /
Une ponction lombaire	/ <input type="checkbox"/> /
En récapuchonnant une aiguille souillée	/ <input type="checkbox"/> /

21. Portez-vous des gants lors de cet accident ?

Oui	/ <input type="checkbox"/> /
Non	/ <input type="checkbox"/> /

22. Quel était le statut sérologique VIH/SIDA du patient ?

Connaissances et conduites pratiques du personnel soignant face aux Accidents avec Exposition au Sang par rapport au VIH/SIDA au Centre Hospitalier de Libreville.
Risque de transmission professionnelle du VIH en milieu hospitalier.

Positif /___/
Négatif /___/
Inconnu /___/

23. Quelle a été votre attitude après cet accident ?

Laver immédiatement la surface du corps exposée /___/
Faire une antiseptie /___/
Chercher la sérologie VIH/SIDA du patient /___/
Déclarer l'accident /___/
Contacter le médecin referant /___/
Autres.....

24. Avez-vous consulté un Médecin referant :

Avant 48 heures /___/
Après 48 heures /___/
Je n'ai pas consulté /___/

25. le médecin referant vous a-t-il prescrit un traitement aux ARV ?

Oui /___/
Non /___/

26. Pourquoi n'avez-vous pas déclaré l'accident ni consulté un spécialiste ?

Je n'ai pas eu le temps /___/
Je n'ai pas eu envie /___/
Je ne savais pas à qui m'adresser /___/
Autres.....

27. Avez-vous fait un contrôle de votre sérologie VIH/SIDA après :

3 mois /___/
6 mois /___/
Jamais /___/

28. Quelles sont les actions déconseillées en cas d'accident avec exposition au sang ?

- Mettre les antiseptiques /___/
- Pincer le lieu de piqûre /___/
- Faire saigner la zone d'exposition /___/

Je vous remercie pour votre aimable collaboration

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : AGBOGLA

Prénoms : AURORE NOËLLE E. B.

Connaissances et conduites pratiques du personnel soignant face aux Accidents avec Exposition au Sang par rapport au VIH/SIDA au Centre Hospitalier de Libreville.
Risque de transmission professionnelle du VIH en milieu hospitalier.

Titre de la thèse : **Connaissances et conduites pratiques du personnel soignant face aux Accidents avec Exposition au Sang par rapport au VIH/SIDA au Centre Hospitalier de Libreville.**
Risque de transmission professionnelle du VIH en milieu hospitalier.

Année universitaire : 2006 – 2007

Pays d'origine : Gabon

Lieu de soutenance : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie Bamako – Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Secteur d'intérêt : Maladies Infectieuses et Tropicales

Résumé

Objectifs : Evaluer les risques, les connaissances et les conduites pratiques du personnel soignant face aux accidents avec exposition au sang par rapport au VIH/SIDA, ainsi que les mesures prises au Centre hospitalier de Libreville, Gabon.

Méthodes : Il s'agit d'une enquête transversale (rétrospective et descriptive) allant de la période de 06 mars au 30 avril 2005. Nous avons procédé par un questionnaire anonyme et par une observation directe des différents services visités.

Résultats : Notre étude montre que sur les 125 personnels soignants enquêtés, 48 (38,4%) ont été victimes d'un accident avec exposition au sang. Les Infirmiers (ères) ont été exposés à 37,6% et les Chirurgiens à 29,2%. Les services de Chirurgie et de Réanimation ont été impliqués respectivement à 58,3% et 33,3%.

Le type de survenue des accidents avec exposition au sang par rapport au VIH/SIDA a été la piqûre par aiguille souillée (73%).

Les mécanismes responsables d'accidents avec exposition au sang par rapport au VIH/SIDA ont été : l'injection intraveineuse (37,5%), le recapuchonnage des aiguilles souillées (18,7%) et les sutures (18,7%).

Sur les connaissances du thème accidents avec exposition au sang par rapport au VIH/SIDA, nous avons noté une faible connaissance de ce thème chez le personnel soignant (48,8%) plus particulièrement les infirmiers (ères) (56,2%) et les sages femmes (52,2%). La grande majorité du personnel soignant a reconnu les différents virus pathogènes en cas d'accidents avec exposition au sang (98,4%) ainsi que les mesures d'hygiène universelles.

Sur les conduites pratiques du personnel soignant après un accident avec exposition au sang par rapport au VIH/SIDA la totalité (100%) a déclaré avoir lavé immédiatement la surface du corps exposée puis avoir fait une antiseptie.

Parmi les 48 victimes d'accidents avec exposition au sang par rapport au VIH/SIDA 13 ont déclaré l'accident. Et parmi les 13 déclarants, 10 ont déclaré l'accident avant 48 heures et 3 48 heures après. Le lieu de déclaration a été le bureau du Médecin referant situé au centre hospitalier de Libreville.

La prise en charge des déclarants ; parmi les 13 déclarants une sage femme a bénéficié de la trithérapie. A chacun des 13 déclarants, des sérologies rétrovirales ont été réalisées après la déclaration, trois et six mois après l'accident avec exposition au sang. Dans tous les cas les résultats étaient négatifs.

Aucun des déclarants n'a été contaminé.

Conclusion : Des progrès sont donc à réaliser au sein de nos hôpitaux par une volonté politique nationale d'information, de formation et de prévention sur les risques de transmission professionnelle du VIH en milieu hospitalier.

MOTS CLES : AES - VIH - Personnel soignant.

IDENTIFICATION SHEET

Name: AGBOGLA

First names: AURORE NOËLLE E.B.

Title of thesis: Knowledge and conduits practise of the personnel looking after the Accidents with Exposure to Blood compared to the VIH/SIDA in the Hospital complex of Libreville. Risk professional transmission of the HIV in medium hospital.

Academic year: 2006 - 2007

Country of origin: Gabon

Place of defence: Odonto-Stomatology and Pharmacy, Faculty of Medicine Bamako - Mali
Discharge point: Library of the Faculty of Medicine, Pharmacy and Odonto-Stomatology

Sector of interest: Infectious diseases and Tropical

Summary

Objectives: To evaluate the risks, knowledge and the conduits practise of the personnel looking after the accidents with exposure to blood compared to the VIH/SIDA, as well as the measurements taken in the Hospital complex of Libreville, Gabon.

Methods: It is about a transverse investigation (retrospective and descriptive) energy of the period of March 6 to April 30, 2005. We proceeded by an anonymous questionnaire and a direct observation of the various visited services.

Results: Our study shows that on the 125 surveyed looking after personnel, 48 (38,4%) were victims of an accident with exposure to blood. The Male nurses (eras) were exposed to 37,6% and the Surgeons with 29,2%. The services of Surgery and Reanimation were implied respectively to 58,3% and 33,3%. The type of occurred of the accidents with exposure to blood compared to the VIH/SIDA was the puncture by soiled needle (73%). The mechanisms

responsible for accidents with exposure to blood compared to the VIH/SIDA were: intravenous injection (37,5%), the recapuchonnage of the soiled needles (18,7%) and the joinings (18,7%). On knowledge of the topic accidents with exposure to blood compared to the VIH/SIDA, we noted a weak knowledge of this topic at the personnel looking after (48,8%) more particularly the male nurses (eras) (56,2%) and the wise women (52,2%). The large majority of the looking after personnel recognized the various pathogenic viruses in the event of accidents with exposure to blood (98,4%) as well as universal measurements of hygiene. On the conduits practise of the personnel looking after an accident with exposure to blood compared to the VIH/SIDA totality (100%) stated to have washed the exposed surface of the body immediately then to have made a antisepsy. Among the 48 victims of accidents with exposure to blood compared to the VIH/SIDA 13 declared the accident. And among the 13 informants, 10 declared the accident before 48 hours and 3 48 hours afterwards. The place of declaration was the office of the referring Doctor located at the hospital complex of Libreville. The assumption of responsibility of the informants; among the 13 informants a wise woman profited from the tritherapie. With each of the 13 informants, serology retrovirales were carried out after the declaration, three and six months after the accident with exposure to blood. In all the cases the results were negative. None the informants was contaminated.

Conclusion: Progress is thus to realize within our hospitals by a national political good-will of information, formation and prevention on the risks of professional transmission of the HIV in hospital medium.

KEY WORDS: AES - HIV - Looking after personnel.

Serment d’Hippocrate

En présence de mes maîtres de cette faculté et 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 donnerais mes soins gratuits à l'indigent et je 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 les 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 !