

ENQUETE « CONNAISSANCES - ATTITUDES PRATIQUES » SUR LES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG DANS DES STRUCTURES DE PREMIERE LIGNE A TUNIS

« KNOWLEDGES – PRACTICAL ABILITIES » STUDY ABOUT THE ACCIDENTAL BLOOD EXPOSURES IN FIRST LINES OF HEALTHY STRUCTURES IN TUNIS

A. GZARA*, D. TRIKI*, K. ABDELLAH*, M.N. DALY*, T. BEN GHACHEM*, H. KHOUNI*, B. BELGACEM*, R. HAMZA**.

* Service Régional des Soins de Santé de Base de Tunis.

** Service régional de l'Hygiène du milieu et de protection de l'environnement de Bizerte.

Correspondance :

Docteur Ahlem Gzara Zargouni

Service Régional des Soins de Santé de Base de Tunis
9, rue d'Oman, Tunis.

Tél : 94 25 88 99

E-mail : famille.zargouni@gnet.tn

Résumé

Les accidents d'exposition au sang (AES) constituent une menace réelle pour le personnel de santé. A notre connaissance, dans les deux circonscriptions sanitaires d'El Ouardia et de Djebel Jeloud, peu d'actions en matière de prévention des AES ont été mises en oeuvre. Nous y avons donc effectué une enquête « connaissances, attitudes et pratiques » (CAP) durant le mois d'avril de l'année 2007 dans le but d'évaluer la situation initiale, de mesurer le niveau global des connaissances et des pratiques du personnel exposé et d'aider à la définition d'un programme de formation et d'amélioration. Un questionnaire a été adressé à 49 personnes en utilisant la technique de l'interview directe. Les résultats ont montré une bonne connaissance du risque de contamination par les trois virus VHB, VHC et VIH. Le taux de vaccination contre l'hépatite B est de 59%. Le recapuchonnage des aiguilles, considéré comme un geste à risque, est une pratique retrouvée chez 58% des répondants. La conduite à tenir en cas d'AES semble être insuffisamment connue par notre échantillon. Ces résultats nous ont permis de mettre en place une démarche qui permet de renforcer la sensibilisation et d'améliorer la prise de conscience des professionnels de santé vis-à-vis des risques d'AES.

Mots-clés : Accident d'exposition au sang – Personnel de santé – Prévention – Facteurs de risque.

Summary :

Accidental Blood Exposures (ABE) represents a real threat to healthcare workers. To our knowledge, in the two sanitary districts of Ouardia and Djebel Jeloud, few actions, in terms of ABE prevention, have been conducted. As a result, we have carried out there a "knowledges-practical abilities (KPA) study during the month of april, 2007, in order to assess the initial situation, gauge the overall level of knowledge and practices of all the exposed personnel, and help define a training and improvement program. A questionnaire has been distributed to 49 people, using the technique of the direct interview. The results have shown a good knowledge of contamination risk by the three viruses HBV, HCV and HIV. The vaccination rate against B hepatitis is 59%. The resheathing of needles, considered as risk practice, has been identified among 58% of the people investigated. The police to follow, in case of ABE, seems to be insufficiently known. The results have enabled to set up an improvement procedure to reinforce the awareness and enhance the consciousness of the healthcare workers regarding ABE risks.

Key-words : Accidental blood exposure – Health care workers – Prevention – Risk factors

INTRODUCTION

L'accident d'exposition au sang (AES) désigne tout contact avec du sang ou un liquide biologique contaminé par du sang et comportant une effraction cutanée (piqûre, coupure) ou une projection sur une muqueuse ou une peau lésée (1). Le risque infectieux professionnel en milieu de soins est potentiellement omniprésent (2). Plusieurs agents sont susceptibles d'être transmis aux professionnels de la santé, dont la plupart sont véhiculés par le sang et les liquides biologiques (2). Le risque de transmission par des agents infectieux lors d'un AES, connu depuis longtemps pour le virus de l'hépatite B (VHB), et plus ou moins maîtrisé grâce à la vaccination, s'est brusquement rappelé à nos mémoires dans les années 1980 avec la découverte du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), et plus récemment avec l'identification du virus de l'hépatite C (VHC) en 1991, plaçant ainsi les AES au premier plan des préoccupations (3, 4, 5). A l'heure de la généralisation des précautions standard, le risque de transmission virale apparaît encore comme une lointaine statistique réservée à autrui, aux yeux de la majorité du personnel soignant (4). En l'absence de vaccin - sauf pour l'hépatite B - et de solutions radicales, la stratégie de lutte repose sur la sensibilisation du personnel. Cette démarche ne peut aboutir que si l'on dispose d'informations valides sur les connaissances, les attitudes et les pratiques du personnel en matière d'AES.

Dans les deux circonscriptions sanitaires d'El Ouardia et de Djebel Jeloud, peu d'actions ont été jusque-là réalisées en matière de prévention des AES. Nous nous sommes donc proposés de mener une enquête CAP qui a pour objectifs d'évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques du personnel exerçant aux dites circonscriptions vis-à-vis des AES et d'en déduire les actions à mettre en œuvre pour améliorer leur sécurité.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude transversale effectuée durant le mois d'avril de l'année 2007, auprès du personnel des deux circonscriptions sanitaires d'El Ouardia et de Djebel Jeloud, soit 9 centres de soins de santé de base (CSB). Le choix de la population cible a porté sur toutes les catégories professionnelles exposées au risque, travaillant dans tous les CSB des deux circonscriptions. Les médecins généralistes de la santé publique ont été exclus de l'étude puisqu'ils effectuent peu d'actes pratiques les exposant au sang. Les informations ont été recueillies au moyen d'un questionnaire anonyme comportant des questions soit fermées soit ouvertes, réparties en quatre domaines

distincts : caractéristiques socio-professionnelles, connaissances, attitudes et pratiques.

Afin de réduire le risque de diffusion du contenu du questionnaire parmi les personnes non encore interrogées, le recueil des données a été réalisé sur un temps très court (deux jours pour chaque CSB). Le questionnaire a été testé au préalable sur quelques professionnels pour évaluer la compréhension des questions, la qualité des réponses et estimer le temps pour chaque questionnaire. Ce dernier a été distribué à toutes les personnes présentes les deux jours de l'enquête parmi l'effectif total qui s'élève à 56 personnes, en utilisant la technique de l'interview directe, face à face, et en laissant un temps de réflexion pour chaque réponse. Cette enquête a été effectuée par cinq médecins relevant des deux circonscriptions. L'accord des deux chefs de circonscription avant le déroulement de l'enquête a été obtenu. Chaque fiche a été identifiée par un numéro, garantissant ainsi l'anonymat de la personne interrogée.

RESULTATS

1- Caractéristiques des personnes interviewées

Le nombre des répondants s'élève à 49 personnes, soit 87,5% de l'effectif total. L'âge moyen est de 48 ans avec des extrêmes de 33-59 ans. Le tableau I représente la répartition selon l'âge. Le sex-ratio est de 0,5. Une ancienneté professionnelle supérieure à 10 ans est retrouvée chez 94% des répondants. Les infirmiers représentent 49% de l'échantillon. La distribution de la population selon la catégorie professionnelle est représentée dans le tableau II.

Tableau I : Distribution des répondants selon l'âge

Tranche d'âge	Pourcentage des répondants
< 40 ans	10%
de 40 à 50 ans	72%
> 50 ans	18%

Tableau II : Distribution des répondants selon la catégorie professionnelle

Catégorie professionnelle	Pourcentage des répondants
Infirmier	49%
Aide-soignant	21%
Technicien supérieur	18%
Ouvrier	12%

2- Enquête proprement dite Antécédents d'AES

Près de 80% des répondants ont été victimes d'au moins un AES lors de leur pratique professionnelle. Les trois quart d'entre eux ont eu au moins trois AES. Tous les AES se résument à une piqûre ou à une coupure sur les mains lors de la pratique de sutures ou d'injections, ou plus rarement lors de la manipulation des déchets d'activités de soins. Aucun cas de projection sur le visage n'a été rapporté. Parmi les victimes d'AES, une seule a bénéficié d'un traitement spécifique à base de gamma-globulines anti-HBS.

Vaccination contre l'hépatite B

Parmi les personnes interviewées, 59% déclarent avoir été correctement vaccinées contre l'hépatite B. L'efficacité de la vaccination par un dosage des anticorps anti-HBS n'a été vérifiée chez aucun des répondants. Une seule personne (agent de nettoyage) avait consigné les dates des différents rappels sur son dossier médical.

Connaissances et attitudes sur la réalité de la transmission soigné-soignant

La majorité du personnel interrogé s'accorde sur la réalité de la transmission soigné-soignant. En outre, 82% avouent penser à ce risque au cours de leur pratique quotidienne et se sentent menacés. Leur sentiment personnel vis-à-vis des risques liés aux AES est partagé : 37% ressentent de la peur, 33% une légère appréhension, 20% de l'inquiétude et 10% un détachement.

Connaissances des agents infectieux transmis par le sang

Les principaux agents transmis par le sang, à savoir le VHB, le VHC et le VIH ne sont connus que par 84% des interviewés.

Connaissances sur les circonstances de survenue des AES

Les répondants déclarent que les AES surviennent essentiellement lors du recapuchonnage des aiguilles (84%), quand il y a plus de travail et/ou moins d'effectif (73%) ou quand l'employé est inexpérimenté (55%) (Tableau III).

Tableau III : Distribution des répondants selon les circonstances de survenue

Circonstances de survenue	Pourcentage des répondants
Lors du recapuchonnage des aiguilles	84%
Plus de travail/moins d'effectif	73%
Employé inexpérimenté	55%
Lors de l'élimination des déchets de soins	37%
Certaines situations de soins difficiles	31%

Connaissances et pratiques sur la conduite à tenir en cas d'AES

- La déclaration : 82% des répondants estiment que la déclaration doit être faite en cas d'AES. Le médecin chef de circonscription est la personne référent la plus citée (41%) ; viennent par la suite l'administration (37%), le médecin de travail (10%), le surveillant (6%) et le service des urgences (2%). Selon 32% des interviewés, la déclaration doit être faite dans un délai inférieur à 48 heures à l'administration en tant qu'accident de travail.

Cependant, 72% des personnes ayant eu un AES n'ont pas déclaré leurs accidents. Les principales raisons invoquées sont précisées dans le tableau IV et sont dominées par l'ignorance de la procédure de déclaration (70%).

- Les premiers soins : La plupart des répondants (94%) s'accordent sur la nécessité d'un nettoyage de la plaie après un AES, mais seulement 82% le font immédiatement après sa survenue, alors que les autres le font ultérieurement après avoir terminé les soins en cours. La perception du nettoyage de la plaie est variable selon les interviewés : 84% citent la désinfection, 24% évoquent un lavage abondant à l'eau et au savon, 20% citent le pansement de la plaie et 8% parlent de la provocation d'un saignement. La désinfection citée majoritairement doit être, selon les répondants, à base de plusieurs produits : la bétadine (34%), l'alcool blanc (31%), le dakin (27%), et l'eau de javel (8%) ; mais concernant le temps d'application du désinfectant sur la plaie, il n'y a que 13% de réponses correctes, la majorité le sous-estime.

- La prise en charge : La pratique d'un bilan biologique chez l'accidenté, la vérification de son état vaccinal et sa séroprophylaxie, ainsi que la sérologie du patient-source sont méconnues par la quasi-totalité des personnes interviewées.

Tableau IV : Distribution des répondants selon les raisons de la non-déclaration des AES

Raison de la non-déclaration	Pourcentage des répondants
Je ne savais pas comment faire	70%
Procédure trop compliquée	20%
Ce n'est pas grave	16%
Je me sentais fautif	14%
Cela ne sert à rien	12%
Manque de temps	4%

Prévention des AES

Le port de gants en cas de risque d'exposition au sang est une pratique respectée dans seulement 22% des cas selon les déclarations des interviewés. D'autre part, l'existence de lésions cutanées au niveau des mains ne semble pas être perçue comme une indication au port de gants.

Quant aux objets piquants/tranchants, 77% des répondants les élimineraient dans le collecteur prévu à cet effet. Cependant, 58% avouent recapuchonner les aiguilles systématiquement ou occasionnellement, avant leur élimination. Les modalités d'utilisation des collecteurs à aiguilles (emplacement près des soins, niveau de remplissage) ne sont pas toujours respectées. En effet, 31% des personnes interrogées avouent ne pas disposer du collecteur à proximité.

Degré de sensibilisation vis-à-vis des AES

La quasi-totalité des répondants (96%) déclarent n'avoir jamais reçu de formation en matière d'AES et ne connaissent pas les moyens de les prévenir. Tous souhaitent bénéficier de plus amples connaissances sur ce sujet.

DISCUSSION

Notre travail est basé sur une enquête « connaissances, attitudes et pratiques ». Les informations obtenues ne peuvent permettre d'affirmer une relation entre les connaissances, les attitudes et les pratiques. Nos résultats ont mis en évidence une discordance entre connaissances, attitudes et pratiques concernant le port de gants et la vaccination contre l'hépatite B. Le personnel de santé connaît les trois principaux agents infectieux transmis par le sang et leur gravité, il sait que la transmission est réelle et possible après un AES ; il est inquiet ou appréhende les risques liés aux AES ; cependant 78% d'entre eux déclarent ne pas porter systématiquement de gants et 59% seulement sont vaccinés contre l'hépatite B. Cette discordance démontre que la seule augmentation des connaissances n'est probablement pas suffisante pour améliorer les pratiques (4). De plus, les études par questionnaires renseignent sur les habitudes déclarées par les répondants et ne sont pas toujours en corrélation avec la réalité (4). Cependant, cette démarche descriptive permettrait de fournir aux planificateurs de programmes de prévention, des informations valides dont ils auraient besoin (3).

Les AES préoccupent par leur fréquence élevée. Dans notre étude, 80% des répondants ont été victimes d'au moins un AES. Une étude réalisée à Casablanca en 1998 a retrouvé un taux de 81%, alors qu'une enquête transversale à Abidjan en 1999 a montré des antécédents d'AES dans 60% des cas (3). L'étude d'Ennigrou et *al.* (3) dans un service de chirurgie générale à Tunis en 2002, a révélé que 39% du personnel interrogé ont eu au moins un AES au cours des 12 derniers mois. Une étude menée en 1997 dans cinq des plus grands hôpitaux de Tunisie a estimé l'incidence globale des AES à 4%, rejoignant celle enregistrée dans les structures de soins de l'Assistance Publique

des Hôpitaux de Paris (APHP) en 1994, et qui était de 4,25% (2).

Malgré un taux élevé d'AES, la vaccination contre l'hépatite B reste encore insuffisante. Nos résultats montrent que 59% seulement des personnes interrogées déclarent avoir été vaccinées contre l'hépatite B. Est-ce bien la réalité ou y a-t-il une méconnaissance de la protection reçue ? L'étude d'Ennigrou et *al.* (3) montre que les deux tiers des personnes interrogées sont vaccinés, de même qu'une enquête nationale française menée auprès de 5000 chirurgiens qui montre que 79,2% d'entre eux le sont (6). Toutefois, la vaccination ne signifie pas la garantie d'une immunité parfaite, car si le vaccin contre le VHB a prouvé son efficacité, il existe au plan individuel, des sujets faiblement, voire non répondeurs. Ceci dénote de la nécessité du dosage des anticorps anti-HBS (7). Ainsi, après trois injections, 97% des sujets vaccinés développeraient un taux d'anticorps protecteur (10UI/l) (7). Une étude rétrospective américaine réalisée dans 10 hôpitaux de court séjour, ayant inclus 595 soignants, avait montré que le tabagisme passif, le sexe masculin, l'âge supérieur à 40 ans et l'obésité constituaient des facteurs indépendants de mauvaise réponse au vaccin (7). En Tunisie, la vaccination contre l'hépatite B est régie par des textes réglementaires différents selon le secteur d'activité. C'est ainsi que dans le secteur public, la circulaire 35-92 du 4 Mai 1992 du Ministère de la Santé Publique recommande la généralisation de cette vaccination à l'ensemble du personnel de la santé non immunisé contre cette maladie, exerçant dans les établissements hospitaliers et sanitaires publics (8). Dans le secteur privé, l'arrêté du Ministère de la Santé Publique du 12 Avril 1994 rend obligatoire la vaccination contre l'hépatite B pour tout le personnel exerçant dans les services à risque notamment ceux du laboratoire, d'anesthésie-réanimation, d'hémodialyse et de chirurgie (9).

Les risques liés aux AES représentent pour les professionnels de la santé une menace réelle (3). Notre étude a révélé que les personnes interrogées connaissent la réalité de la transmission soigné-soignant et par conséquent la réalité des risques. Elle a également montré une bonne connaissance de la transmission sanguine du VIH, du VHC et du VHB (84%), ce qui rejoint les études de Binard (4) et d'Ennigrou (3). Ces trois virus constituent l'essentiel du risque de transmission à des soignants en cas d'AES en raison de leur prévalence et de la gravité des conséquences (5). Le risque de transmission virale est de 0,3% pour le VIH, 2 à 3% pour le VHC et de 10 à 30% pour le VHB (2, 3, 5). Les AES sont également préoccupants pour le potentiel de transmission d'agents encore méconnus (3).

Parmi les circonstances de survenue des AES, le recapuchonnage des aiguilles a été le plus fréquent (84%), suivi par la surcharge de travail et/ou la réduction de l'effectif (73%), l'inexpérience de l'employé (55%), lors de l'élimination des déchets de soins (37%) et enfin dans certaines situations de soins difficiles (31%). Dans l'étude menée à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris portant sur 1050 AES (10), les facteurs favorisant la survenue des AES étaient : un contexte de surcharge de travail (48,7%), soins d'un malade entrant ou amené en urgence (36,5%), une difficulté de l'abord vasculaire (29%), la survenue d'un AES chez un malade agité (24,3%), un effectif de personnels soignants insuffisant (24%) et enfin le phénomène d'interruption itérative des tâches (13,3%)

Les procédures de gestion des déchets d'activités de soins doivent être scrupuleusement respectées. Il s'agit essentiellement du tri qui doit se faire immédiatement et sur place au moment de la production du déchet. En effet, la mauvaise gestion de ces déchets, notamment leur manipulation par une tierce personne qui ne connaît pas leur contenu peut être à l'origine d'un AES aux conséquences graves (3).

La conduite à tenir en cas d'AES semble être insuffisamment connue par nos répondants, rejoignant les travaux de Rabaud (11) et d'Ennigrou (3). Notre étude met en évidence une sous déclaration des AES. En effet, 72% des victimes d'AES ne l'ont jamais déclaré. La sous déclaration des AES a été déjà relatée dans plusieurs travaux. Dès 1983, Hamory constatait lors d'une enquête menée auprès de 1429 soignants, que 40% des AES survenus au cours de l'année de l'étude n'étaient pas déclarés. De plus, 75% des AES survenus durant les années précédentes n'avaient pas donné lieu à une déclaration (11). Dans le travail de Lymer et al., 91% des AES n'étaient pas déclarés alors que ce taux était de 35% dans l'étude de Nelsing, malgré le fait qu'il s'agissait d'un service de maladies infectieuses prenant en charge des patients infectés par le VIH (11). La sous déclaration est un obstacle à une évaluation épidémiologique constante de l'incidence des AES. Elle empêche une prise en charge sérologique systématique, fait perdre à la victime d'une séroconversion le bénéfice de la reconnaissance de l'accident de travail et entraîne une perte de chance probable en retardant le traitement d'une éventuelle infection par le VIH, le VHC ou le VHB (3). Cette sous déclaration ne semble pas être en rapport avec une méconnaissance de la nécessité de sa notification puisque 82% des interviewés ont répondu qu'il fallait déclarer au plus vite ces accidents. Les personnes qui se blessent le plus

fréquemment sont celles qui déclarent le moins (11) ; ceci témoigne d'une lassitude face à la lourdeur des modalités de déclaration et de suivi des AES ou d'un certain fatalisme s'installant au fur et à mesure que les accidents s'accumulent.

Dans notre travail, la première cause évoquée pour expliquer la non déclaration était l'ignorance de la procédure (70%). La lourdeur de la procédure de déclaration dissuade aussi un grand nombre de victimes d'AES (20%). Ce problème a pu être mis en exergue dans d'autres études réalisées en France, mais aussi en Angleterre (11). Viennent ensuite d'hypothétiques certitudes quant à la non gravité de l'AES (16%), bien qu'aucun contrôle sérologique n'ait été effectué. Dans les études de Denis et al. en France et de Jeffe et al. aux USA, l'hypothétique certitude quant à la non-infection du patient source apparaissait comme une forte raison de non-déclaration (11). Le sentiment de culpabilité a été retrouvé chez 14% de nos enquêtés. Dans les études réalisées auprès d'étudiants en médecine, un petit nombre d'entre eux reconnaît ne pas déclarer par peur de jugement des autres ou par peur de susciter le rejet (11). Une vaccination contre l'hépatite B à jour, le plus souvent sans contrôle de l'efficacité vaccinale, rassure faussement quelques membres du personnel qui occultent les risques de l'infection par le VIH et le VHC (11).

Il existe une confusion entre le délai légal de déclaration à l'administration en tant qu'accident de travail (48 heures pour les salariés du secteur public) et la nécessité de contacter rapidement le médecin référent pour une éventuelle prise en charge prophylactique précoce (3).

Dans notre étude, le lavage abondant à l'eau et au savon n'a été cité que par 24% des répondants, alors qu'il l'était de 31% dans un service de chirurgie (3). L'utilisation prioritaire de désinfectant (84%) correspond aux recommandations en vigueur. Nous relevons, cependant, la méconnaissance de la désinfection à l'eau de javel (8%). Ce taux se rapproche de celui retrouvé par Ennigrou (11,5%) (3). Le pansement de la plaie n'est signalé que par 20% des enquêtés contre 21,2% dans l'étude d'Ennigrou (3). La provocation d'un saignement est une pratique encore retrouvée, elle a été citée par 8% des répondants. Cette attitude usuelle de faire saigner les blessures superficielles n'a aucune assise scientifique et pourrait être considérée comme à risque car elle transforme une lésion superficielle en lésion profonde. En outre, elle peut favoriser la dissémination de l'inoculum sanguin dans les tissus (13).

La quasi-totalité des interviewés semble méconnaître la prise en charge en cas d'AES, à savoir la pratique d'un bilan biologique chez

l'accidenté, la vérification de son état vaccinal et sa séroprophylaxie, ainsi que la sérologie du patient-source. Il existe des cas où la recherche d'informations concernant la sérologie du patient-source s'avère impossible, parce que le patient-source n'est pas identifié. Il s'agit le plus souvent de la piqûre par une aiguille dépassant d'un collecteur trop plein. En dehors de ces situations particulières qui représentent jusqu'à un tiers des cas dans certaines séries, la recherche du statut sérologique du patient-source n'est pas toujours réalisée (11).

Ainsi, les recommandations de prise en charge semblent être mal suivies dans notre contexte. Ceci est d'autant plus inquiétant qu'elles s'avèrent insuffisantes, puisqu'en France, à titre d'exemple, il est conseillé aux victimes de protéger leurs rapports sexuels durant les mois suivants une exposition accidentelle au VIH. Il est également conseillé d'éviter le don de sang par les personnes victimes d'AES durant les six mois suivant l'accident (11).

Notre étude a décelé une application insuffisante des précautions universelles rejoignant d'autres travaux (3). Le recapuchonnage des aiguilles est une pratique retrouvée chez 58% de nos enquêtés, ce qui se rapproche de l'étude de Bouvet et *al.* (3), pour qui le recapuchonnage reste un geste très habituel chez deux tiers des soignants. La formation spécifique réduit la fréquence du recapuchonnage de 17% selon Bouvet et de 24% selon Lert (3). Le recapuchonnage des aiguilles est une pratique plus souvent retrouvée chez les personnes ayant une ancienneté professionnelle de plus de dix ans (3). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les personnels les plus anciens se plient moins volontiers à cette précaution qui vient contrarier leurs habitudes (3). En effet, les habitudes et les gestes répétitifs sont extrêmement difficiles à modifier. Ils ont été acquis par l'individu pour répondre à certains impératifs, sans nécessairement inclure la notion de sécurité (3). Par contre, l'étude de Rabaud (11) rapporte que ce sont les personnels inexpérimentés qui respectent le moins les précautions comme le non-recapuchonnage des aiguilles et le port de gants. Des efforts de sensibilisation, en particulier au niveau de la formation initiale des soignants sont donc absolument nécessaires. Le respect absolu, d'emblée, de la recommandation du non-recapuchonnage des aiguilles et du port de gants est sans doute l'un des meilleurs garants de sa pérennisation (11). Notre étude a montré que le port de gants est une mesure respectée selon les dires des interviewés dans uniquement 22% des cas, contre 17% dans le travail de Rabaud (11) et variant entre 44,3% et 48,5% selon les différentes régions de France (14).

Le port de gants a une place importante dans la prévention des AES, les gants préviennent les contacts cutanés avec le sang et les liquides biologiques et réduisent l'inoculum lors d'une piqûre (15).

Le collecteur à objets piquants-coupants a été le premier matériel de sécurité mis en place lors de l'interdiction du recapuchonnage des aiguilles, dans le cadre des précautions universelles (16). Il est un élément essentiel de la protection des personnels (2, 16), mais il peut être en même temps perçu comme un objet dénué de prestige technique, apparenté à une simple poubelle et chargé d'une symbolique négative (déchets, insalubrité). Leur choix doit se faire selon des critères de sécurité (volume adapté, niveau de remplissage maximum visible, système anti-reflux, stabilité, étanchéité) (2). Afin d'optimiser leur utilisation, il est nécessaire de veiller à instaurer une gestion rigoureuse de ce matériel : approvisionnement permanent, emplacement au plus près des soins, élimination sans délai lorsque le niveau de remplissage est atteint (2). Selon notre étude, la nécessité d'avoir un collecteur à objets piquants-coupants sur les lieux de travail est une mesure connue. Cependant, seulement 77% des répondants élimineraient les aiguilles dans un collecteur. En revanche, les collecteurs, même s'ils sont présents, ne sont pas toujours à la bonne place. En effet, 31% des enquêtés avouent que le collecteur n'est pas situé au plus près des soins. Les travaux de la C.CLIN trouvent des chiffres variant de 18,6% à 45,7% (14).

Le risque de transmission soignant-soigné, que bien que très faible, est bien réel. D'ailleurs, des cas de transmission du VIH, du VHC et du VHB ont été rapportés dans la littérature. Ce risque existe quasi-exclusivement lors d'interventions chirurgicales, obstétricales ou dentaires (19).

En dehors de la vaccination contre l'hépatite B, primordiale, la prévention des AES et la prise de conscience du risque par le personnel restent la meilleure protection (3, 19, 20, 21). La baisse l'incidence des AES passe par le respect des précautions standard et la bonne utilisation de matériel sécurisé (17, 18). La prévention des AES s'intègre dans le cadre de l'amélioration des conditions de travail du personnel (2). La surveillance épidémiologique en est la clé de voûte (10, 14, 21). Elle constitue un complément indispensable aux efforts de prévention entrepris et permet d'identifier les circonstances de survenue des AES et de déterminer les actions à mettre en place (information-formation, organisation du travail, élaboration de protocoles de soins incluant la sécurité du personnel, choix de matériel) (2, 14, 21).

REFERENCES

- 1- Ben Jemaa A. Pathologies professionnelles en milieu de soins. Module de médecine de travail, DCEM3, 2004/2005
- 2- Hamza R. L'infection hospitalière. 1^{ère} édition. Tunis : MSP, DHMPE, 2003 : 152-164.
- 3- Ennigrou S, Ben Ameer Khéchine I, Chérif A, Najah N, Ben Hamida A. Analyse des connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant face aux accidents d'exposition au sang en chirurgie générale. Tunisie Med 2003 ; 82 (6) : 492-505.
- 4- Binard F, Capdenat-Raymond E. Le questionnaire connaissances, aptitudes et pratiques comme outil d'évaluation des pratiques professionnelles : A propos d'une enquête sur les AES dans un établissement de santé. Hygiènes 2006 ; XIV (5) : 326-34.
- 5- Tarantola A. Les risques infectieux après accident exposant au sang ou aux liquides biologiques. Hygiènes 2003 ; XI (2) : 87-95.
- 6- Johanet H, Tarantola A, Bouvet E, GERES. Moyens de protection au bloc opératoire et accident d'exposition au sang. Hygiènes 2000 ; VIII (2) : 107-12.
- 7- Gehanno J.-F. Vaccination des professionnels de santé contre l'hépatite B. Hygiènes 2003 ; XI (2) : 151-6.
- 8- Circulaire RT/MSP/DGS n° 35/92 du 4 mai 1992 relative à la vaccination du personnel hospitalier et sanitaire contre l'hépatite B et le tétanos.
- 9- Arrêté RT/MSP/DGS du 12 Avril 1994 relatif à la vaccination contre l'hépatite B pour tout le personnel exerçant dans les services à risque au sein des établissements sanitaires privés.
- 10- Caillard J.- F, Iwatsubo Y, Gehanno J.-F, Saurel D. Onze années de surveillance des AES à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris. Hygiènes 2003 ; XI (2) : 108-11.
- 11- Rabaud C. Analyse du comportement du personnel soignant face aux accidents avec exposition au sang. Hygiènes 2003 ; XI (2) : 169-75.
- 12- Johanet H. Accidents d'exposition au sang : Le point en chirurgie. Hygiènes 2003 ; XI (2) : 121- 4.
- 13- Casalino E. Prise en charge après accident exposant au sang. Hygiènes 2003 ; XI (2) : 190-6.
- 14- Parneix P, Branger B, Talon D, Tarantola A, Vincent A, L'héritau F. La surveillance des AES en France. Hygiènes 2003 ; XI (2) : 101-7.
- 15- Abiteboul D, Fargeot C, Deblangy C, Lucet J.-C. Le gant et les AES. Hygiènes 2003 ; XI (2) : 143-6.
- 16- Kosmann M.-J. Les collecteurs à objets piquants, coupants : Un matériel sécurisé essentiel et un risque paradoxal. Hygiènes 2003 ; XI (2) : 147-50.
- 17- Lamontagne F, Lolom I, Tarantola A, Deschamps J.-M, Bouvet E, Abiteboul D. Evolution de l'incidence des accidents exposant au sang chez le personnel infirmier hospitalier en France métropolitaine de 1990 à 2000 : Impact des mesures préventives et rôle des matériels sécurisés. Hygiènes 2003 ; XI (2) : 113-9.
- 18- Pellisier G, Lolom I. Les matériels de sécurité : un bénéfice prouvé, un cadre réglementaire à définir. Hygiènes 2003 ; XI (2) : 135-40.
- 19- Lot F, Desenclos J.-C. Epidémiologie de la transmission soignant/soigné : Risque lié aux VIH, VHC et VHB. Hygiènes 2003 ; XI (2) : 96-100.
- 20- Sow P.-S, Rachline A, Koumare A, et al. Risque et prévention des accidents exposant au sang dans des hôpitaux ouest africains. Hygiènes 2003 ; XI (2) : 125-7.
- 21- Bouvet E. La prévention des AES: Principes et organisation. Hygiènes 2003 ; XI (2) : 129-34.

QUESTIONNAIRE Fiche N°

CARACTERISTIQUES
SOCIOPROFESSIONNELLES

Profession : Technicien supérieur Infirmier
 Aide-soignant Ouvrier
 Age //
 Sexe : M F
 Ancienneté : 0-5 ans 5-10 ans >10 ans

CONNAISSANCES

C1 - Pour vous, que signifie le sigle AES ?
 Mauvaise réponse Accident d'exposition au sang Ne sais pas

C2 - Pensez-vous que vous êtes exposés à un risque d'infection transmissible par le sang ?
 Oui Non

C3 - Quels sont les principaux agents infectieux transmis par le sang lors d'un AES ?
 Hépatite A Hépatite C Syphilis Sida
 Tuberculose Hépatite B

C4 - Est-ce que la vaccination contre l'hépatite B vous met à l'abri de toute contamination venant de l'AES : Oui Non

C5 - Pour vous, après AES, quels sont les premiers gestes à faire ?

C5-1- Lavage abondant à l'eau et au savon
 C5-2- Désinfection avec quel produit ?-----

 pendant combien de
 temps ?-----

C5-3- Pansement de la plaie
 C5-4- Provocation d'un saignement

C6 - Pour vous, quelles sont les mesures à prendre en cas d'AES ?

C7 - Selon vous, quand survient un AES
 - Plus de travail et/ou moins d'effectif
 - Employé inexpérimenté
 - Certaines situations de soins difficiles
 - Lors du recapuchonnage des aiguilles
 - Lors de l'élimination des déchets de soins

ATTITUDES

A1 - Avez-vous reçu une formation sur les accidents d'exposition au sang :
 Oui Non

A2 – Aimeriez-vous bénéficier de plus amples connaissances sur ce sujet ?

Oui /_/ Non /_/

A3 – Quel est votre sentiment personnel vis-à-vis des risques liés aux AES ?

Peur /_/ Inquiétude /_/ Légère appréhension /_
Détachement /_/

PRATIQUES

P1 - Elaborez-vous une organisation des soins avant de commencer votre travail ?

Oui /_/ Non /_/

P2 - Après utilisation, que faites vous des aiguilles souillées ?

Les recapuchonner : Oui /_/ Non /_/ Parfois /_/

P3 - Si vous les éliminez, où le faites-vous ?

Dans un collecteur /_/ autre /_/

P4 - Ces collecteurs sont-ils toujours situés juste à côté de l'action des soins ?

Oui /_/ Non /_/

P5 - Portez-vous toujours des gants

- Pour réaliser tous les actes de soins :

Oui /_/ Non /_/

- Si vous êtes vous-mêmes porteurs de lésions cutanées : Oui /_/ Non /_/

P6 - Si vous êtes blessé et que vous donnez des soins, que faites vous en premier ?

- Continuer les soins /_/

- Nettoyer ma plaie /_/

P7-1- Avez-vous été victime d'accident d'exposition au sang : Oui /_/ Non /_/

P7-2- Si oui, combien de fois : 1 fois /_/ 2 fois /_/ 3 et plus /_/

P7-3- Si oui, quel type d'accident s'agit-il ? Piqûre /_/ Coupure /_/ Projection /_/

P8-1- Avez-vous déclaré votre accident : Oui /_/ Non /_/

P8-2- Si non, pourquoi ?

- je me sentais fautif /_/

- manque de temps /_/

- procédure trop compliqué /_/

- je ne savais pas comment faire /_/

- je ne savais pas qu'il fallait déclarer /_/

P9-1- Est-ce que la déclaration en cas d'AES doit se faire ? Oui /_/ Non /_/

P9-2- Si oui, à qui ?

P9-3- Dans quel délai ?

P10- Etes-vous vacciné contre l'hépatite B ?

Oui /_/ Non /_/

P11- Avez-vous eu un dosage des anticorps anti HBS ?

Oui /_/ Non /_/