



Article Original

Accidents d'Exposition au Sang : Connaissances et Impact de la Catégorie Professionnelle dans un Hôpital du Congo Brazzaville

Knowledge and impact of the professional category on blood exposure accidents in a regional hospital of Congo Brazzaville

Ebenguela Ebatetou-Ataboho^{1,2}, Clement Makele³, Sidney Frousse Christian Ngatali^{2,4}, Anicet Luc Magloire, Boumba^{2,5}, Donatien Moukassa^{2,6}

RÉSUMÉ

Objectif. Evaluer les connaissances du personnel soignant de l'Hôpital Général de Loandjili (HGL) sur les accidents d'exposition au sang. **Matériels et Méthodes.** Entre le 1^{er} décembre et le 15 janvier 2018, nous avons effectué une étude descriptive et transversale sous forme de questionnaire auto-administré anonyme standardisé. **Résultats.** 212 questionnaires valides ont été analysés (participation 69,9%). Le sexe féminin prédominait 57,7%, l'âge moyen était 43,2±8 ans, l'ancienneté moyenne de 13,7±6,5 ans. Les mécanismes de survenue des AES les plus connus étaient : la piqûre avec aiguille souillée (85,8%), le contact d'une blessure avec du sang (70,7%) et la coupure cutanée avec un objet tranchant (62,2%). Les connaissances sur la gravité des AES étaient insuffisantes. Seule la gravité de l'infection chez le patient source était connue comme facteur de gravité par 68,4% du personnel soignant. Les affections les plus redoutées étaient l'infection à VIH (98,1%), l'hépatite B (73,3%), l'hépatite C (58,5%). Les connaissances des premiers soins après un AES étaient médiocres. Le lavage à l'eau et au savon et la désinfection correcte de la plaie étaient connus respectivement par 27,3% et 39,3% du personnel soignant. Les connaissances étaient bonnes sur la recherche du statut sérologique, le suivi médical, la prophylaxie post exposition et la déclaration en cas d'AES. Les précautions universelles n'étaient connues que par 55,7% du personnel soignant. Les taux de connaissances des mesures de précautions universelles variaient entre 52,3% et 91,9%. De façon générale, le personnel médical de l'hôpital général de Loandjili a une meilleure connaissance sur les accidents d'exposition au sang que le personnel paramédical bien qu'elle parfois insuffisante dans certains cas (premiers soins et précautions universelles). **Conclusion.** Une collaboration étroite entre les services de médecine du travail, d'hygiène hospitalière, les directions des soins infirmiers, des affaires médicales est indispensable pour la conscientisation et l'amélioration des connaissances du personnel soignant en matière d'AES.

ABSTRACT

Objectives. To assess the knowledge of Loandjili General Hospital (LGH) caregivers about blood exposure accidents (BEA). **Materials and Methods.** This was a descriptive and cross-sectional study in the form of an anonymous standardized self-administered questionnaire. The study took place between December 1 and January 15, 2018 and 212 valid questionnaires were analyzed (69.9% participation). **Results.** The female sex predominated 57.7%, the average age was 43.2±8 years, the average seniority was 13.7±6.5 years. The most common mechanisms of BEA occurrence were: needle sticks with contaminated needles (85.8%), contact of an injury with blood (70.7%) and skin cuts with sharp objects (62.2%). There was insufficient knowledge about the seriousness of BEA. Only the severity of infection in the source patient was known as the severity factor by 68.4% of caregivers. The most feared conditions were HIV infection (98.1%), hepatitis B (73.3%), hepatitis C (58.5%). Knowledge of first aid after BSE was poor. Washing with soap and water and proper wound disinfection were known by 27.3% and 39.3% of nursing staff respectively. Knowledge was good on serological status testing, medical follow-up, post-exposure prophylaxis and BEA reporting. Universal precautions were only known by 55.7% of health care workers. Knowledge rates of universal precautions ranged from 52.3% to 91.9%. In general, medical staff at Loandjili General Hospital have a better knowledge of blood exposure accidents than paramedical staff, although it is sometimes insufficient in some cases (first aid and universal precautions). **Conclusion:** Close collaboration between the occupational medicine, hospital hygiene, nursing and medical affairs departments is essential for raising the awareness and improving the knowledge of the nursing staff with regard to BEA.

¹Service de Médecine du travail, Clinique TOTAL EP CONGO, Pointe-Noire, BP : 761, Congo.

²Faculté des Sciences de la Santé, Université Marien Ngouabi, Brazzaville, BP : 2672, Congo

³Service de réanimation, Hôpital Général de Loandjili, Pointe-Noire, BP : 8122, Congo

⁴Service de cancérologie et médecine interne, Hôpital Général de Loandjili, BP : 8122, Congo

⁵Service de laboratoire d'analyses médicales, Hôpital Général de Loandjili, BP : 8122, Congo

⁶Direction Générale, Hôpital Général Edith Lucie Bongo-Ondimba, Congo

Correspondances:
Docteur Ebenguela EBATETOU ATABOHO
Tel. 00.242.069741224.
E-mail : ebatetou@gmail.com

Mots clés : Accidents d'exposition au sang, connaissances, personnel soignant, catégorie professionnelle

Keywords: Blood exposure accidents, knowledge, caregivers, category

INTRODUCTION

Le risque infectieux chez le personnel des soins constitue un problème majeur de santé publique notamment dans les pays en voie de développement. En effet, les soignants sont exposés à différents types d'infection dont l'un des principaux réservoirs de germes peut être le patient porteur [1]. L'infection peut être transmise du patient au soignant par contact avec le sang, les liquides biologiques ou le matériel. Le terme d'accident d'exposition au sang (AES) regroupe habituellement cette contamination quel qu'en soit le liquide biologique ou le mécanisme.

La plupart des agents biologiques transmissibles présents dans le sang des patients peuvent être transmis lors d'un AES mais certains virus présents de façon chronique chez les porteurs tels que le virus de l'hépatite B (VHB), le virus de l'hépatite C (VHC) ou le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) constituent le risque majeur en raison de leur prévalence et de la gravité des conséquences qu'ils entraînent [2]. En milieu hospitalier, ces AES touchent entre autres le secteur des soins, les services de nettoyage et de gestion des déchets biomédicaux. Les virus qu'ils transmettent sont responsables de la plupart des infections professionnelles dans ce milieu, et mettent en danger la vie du personnel hospitalier. Les AES constituent l'un des aspects les plus préoccupants de la santé, et de la sécurité au travail et demeurent un souci constant pour les médecins du travail ayant en charge la surveillance du personnel des établissements de soins.

Au Congo, une étude réalisée au centre hospitalier et universitaire de Brazzaville (CHU-B) en 2015 a montré que le portage du virus de l'hépatite B est de 5,3%, et celui de l'hépatite C de 4,4% chez le personnel soignant [3]. Bien que l'origine professionnelle n'étant pas prouvée, cela ne permet pas de sous-estimer l'ampleur de la question dans un pays où l'hépatite B, l'hépatite C et le SIDA constituent un (ou des) problème de santé publique. Le risque infectieux est réel et omniprésent en milieu de soins au Congo au vue des conditions de travail dans les hôpitaux, du manque de réglementation en matière d'accidents d'exposition au sang, et de l'absence de loi rendant obligatoire la vaccination contre l'hépatite B pour le personnel soignant. Ce personnel qui tous les jours est en contact des malades, est-il suffisamment informé sur le risque infectieux découlant de ces accidents? Etant donné que le sujet est peu documenté, en faisant cette étude, nous nous sommes proposé d'évaluer les connaissances du personnel soignant de l'hôpital général de Loandjili (HGL) sur ces accidents professionnels, afin de proposer des actions d'information, d'éducation et de communication.

MATERIELS ET METHODES

Cadre, type et population d'étude

Il s'est agi d'une étude descriptive transversale réalisée du 1^{er} décembre 2017 au 15 janvier 2018, auprès du personnel soignant de l'Hôpital Général de Loandjili (HGL).

La population générale était constituée par tout le personnel soignant exerçant à l' HGL, présent dans leurs

services au moment du passage des enquêteurs et ayant rempli le questionnaire.

Méthodes d'étude

Procédure

Une enquête CAP (Connaissances, Aptitudes et Pratiques) a été réalisée uniquement dans sa composante « Connaissances ». Les données ont été recueillies sur un questionnaire anonyme auto administré. Le degré des connaissances sur les accidents d'exposition au sang a été évalué sur dix-neuf (19) questions de type fermé.

Variables d'étude

Les différentes variables d'études ont été : les paramètres épidémiologiques de la population d'étude (âge, sexe, ancienneté dans la profession, catégorie professionnelle et pôle d'activité) et les paramètres liés à la connaissance sur les AES (mécanismes de survenue, gravité, risques encourus, premier soins, suivi médical, statut sérologique du patient source, traitement prophylactique, déclaration et précautions universelles).

Critères de jugement

Ce sont des éléments qui nous ont permis de vérifier notre hypothèse de recherche qui était de savoir si le personnel soignant de l'HGL avait suffisamment de connaissances sur les accidents d'exposition au sang. Les réponses étaient de deux types : « juste » ou « fausse » aux questions évaluant leurs connaissances sur les AES.

Analyse statistique

Nous avons utilisé les logiciels de traitement de données Graphpad Prism version 5.0.0.288 et Microsoft Excel version 10 pour le traitement des données.

Le calcul des paramètres de position (moyenne) et de dispersion (minimum, maximum, variance et écart type) des variables quantitatives, ainsi que celui des fréquences pour les variables qualitatives ont constitué l'analyse univariée de notre étude.

L'analyse bivariée a été faite par le calcul des P-values avec le programme de comparaison de données qui utilise le test de χ^2 (Pearson ou Fisher) pour les variables qualitatives. La p-value permet d'affirmer qu'il existe une différence significative entre deux effectifs. Dans ce cas, sa valeur doit être inférieure ou égale à 0,05.

RESULTATS

Sur 780 agents de l'HGL, 374 faisaient partie du personnel soignant dont 303 avaient été sélectionnés en fonction des critères d'inclusion. Seuls 212 avaient rempli le questionnaire soit un taux de participation de 69,9%.

Paramètres sociodémographiques et professionnels

Nous avons représenté l'analyse univariée des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles de notre population d'étude dans le tableau I.

L'âge moyen était de 43,2±8 ans avec des extrêmes de 22 et 59 ans.

Le sex-ratio (F/H) était de 1,35 en faveur des femmes.

L'ancienneté moyenne était de 13,7±6,5 ans avec des extrêmes de 1 à 36 ans.

| Tableau I : récapitulatif des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------|------|
| | | Effectifs | (%) |
| Âges (ans) | | | |
| | 20-29 | 8 | 3,7 |
| | 30-39 | 69 | 32,5 |
| | 40-49 | 74 | 35 |
| | 50-59 | 61 | 28,8 |
| Total | | 212 | 100 |
| Sexe | | | |
| | Masculin | 90 | 42,5 |
| | Féminin | 122 | 57,5 |
| Ancienneté | | | |
| | 1-10 | 35 | 16,5 |
| | 11-20 | 139 | 65,6 |
| | >20 | 38 | 17,9 |
| Total | | 212 | 100 |
| Catégorie professionnelle | | | |
| | Médecin | 31 | 14,6 |
| | Chirurgien | 11 | 5,2 |
| | Infirmier | 109 | 51,4 |
| | Sage-femme/accoucheur | 18 | 8,5 |
| | Technicien de laboratoire | 17 | 8 |
| | Aide-soignant | 26 | 12,3 |
| Total | | 212 | 100 |
| Pôle d'activité | | | |
| | Médical | 58 | 27,3 |
| | Chirurgical | 22 | 10,4 |
| | Médocochirurgical | 55 | 26 |
| | Urgences-réanimation | 60 | 28,3 |
| | Laboratoire | 17 | 8 |
| Total | | 212 | 100 |

Paramètres liés aux connaissances sur les AES

Les mécanismes de survenue des AES

Sur les 212 participants à l'étude, 85,8% (n=182) connaissaient qu'une piqure avec une aiguille souillée par du sang ou un liquide biologique contaminé par du sang était un mécanisme de survenue d'un AES. Par contre, les réponses justes concernant les projections vers les yeux et la bouche étaient respectivement de l'ordre de 43,4% et 35,8%. Toutefois, les réponses justes aux autres types de mécanisme de survenue des AES variaient entre 60 et 70%. L'analyse bivariée des différences observées selon la catégorie professionnelle est représentée dans le tableau II.

| Tableau II : Connaissances des mécanismes de survenue des AES selon la catégorie professionnelle | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------|-------------|
| Mécanisme de survenue | % PPM (n=170) | % PM (n=42) | P |
| Projection dans les yeux | 40,6 | 54,7 | 0,096 |
| Piqure avec aiguille souillée | 86,5 | 83,4 | 0,601 |
| Contact d'une peau saine avec du sang | 73 | 78,6 | 0,456 |
| Projection dans la muqueuse buccale | 32,4 | 50 | 0,032 |
| Contact d'une blessure avec du sang | 65,3 | 92,8 | 0,0004 3 |
| Coupure cutanée avec objet tranchant | 61,8 | 64,3 | 0,762 |
| PPM : personnel paramédical ; PM : personnel médical | | | |

La gravité des AES

La gravité de l'infection chez le patient source était connue comme un facteur de risque que chez 68,4% des soignants (n=114). Il en est de même pour le type de matériel en cause et la profondeur de la blessure qui n'étaient connus que respectivement de 42,4% (n=90) et 37,7% (n=80) des soignants.

Alors que 73,1% des soignants (n=115) connaissaient que l'état vaccinal de l'exposé n'était pas un facteur de gravité d'AES.

Les réponses en fonction de la catégorie professionnelle sont assez identiques dans les 2 groupes.

Les risques encourus en cas d'AES

Les infections virales à VIH, VHB et VHC étaient connues comme risques encourus par les soignants, respectivement dans les proportions suivantes 98,1% (n=208), 73,3% (n=143) et 58,5% (n=124).

Cependant, le risque d'une hépatite virale C n'étaient pas connus 47% (n=80) de personnels paramédicaux versus 19% (n=8) des médecins avec une valeur de p=00096. Par contre pour le risque d'infection à VIH et Hépatite B, les réponses exactes et fausses étaient assez identiques selon les deux catégories professionnelles.

Les premiers soins en cas d'AES

Nous avons représenté dans le tableau III les connaissances des premiers soins en cas d'AES selon la catégorie professionnelle.

| Tableau III : Connaissances des premiers soins selon la catégorie professionnelle | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------|--------|
| Premiers soins | % PPM (n=170) | % PM (n=42) | P |
| Presser la plaie pour faire saigner | 64,7 | 83,3 | 0,02 |
| Désinfecter à l'eau de javel diluée au 1/10 | 68,2 | 61,9 | 0,434 |
| Désinfecter à l'alcool ou à la Bétadine | 12,4 | 9,5 | 0,61 |
| Laver à l'eau et au savon | 21,2 | 52,4 | <0,000 |
| Désinfecter à l'eau de javel pure | 91,2 | 85,7 | 0,3884 |
| Laver à l'eau seule | 81,8 | 88,1 | 0,327 |

La recherche du statut sérologique du patient après un AES

Sur l'ensemble des 212 soignants, 86,3% (n=183) connaissaient la nécessité de rechercher le statut sérologique du patient source. Trois médecins seulement et 39 personnels paramédicaux l'ignoraient (p=0,168).

Le suivi médical après un AES

La nécessité de suivi médical après un AES était connue par 86,8% (n=184) des soignants. Par contre, 37 paramédicaux et 5 médecins l'ignoraient (p=0,936).

La prophylaxie post exposition

Le traitement préventif post exposition en présence d'un patient séropositif au VIH ou de sérologie inconnue était connu par 79,2% (n=168) des soignants.

Par catégorie professionnelle, 44 paramédicaux (25,3%) versus 2 médecins ignoraient la nécessité d'une prophylaxie post exposition dans les conditions décrites ci-dessus (p=0,0029).

La déclaration d'AES

La nécessité de déclaration de l'AES était connue par 89,2% (n=189) des soignants.

Les réponses en fonction de la catégorie professionnelle sont assez identiques dans les 2 groupes.

Les mesures de précautions universelles

L'existence de précautions universelles en matière d'AES n'était connue que de 55,7% du personnel soignant (n=118). Par contre, sur les différentes mesures de précautions universelles, les taux de connaissance, variaient de 52,3% à 91,9%. Les détails sont représentés dans le tableau IV.

| Tableau IV : Connaissances des différentes mesures de précautions universelles selon la catégorie professionnelle | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------|-------|
| Mesures de précautions universelles | % PPM (n=170) | % PM (n=42) | P |
| Désadapter les aiguilles à la main après usage | 72,3 | 71,4 | 0,904 |
| Ne pas recapuchonner les aiguilles | 50 | 61,9 | 0,166 |
| Déposer après usage les objets piquants ou tranchants dans des conteneurs de sécurité | 91,8 | 92,9 | 1 |
| Mettre les gants s'il y a risque de contact avec le sang, des liquides biologiques ou du matériel souillé | 86,5 | 95,2 | 0,178 |
| Ne pas travailler au service lorsqu'on a des lésions cutanées au niveau des mains | 53,5 | 50 | 0,681 |
| Se laver les mains avant et après chaque soin | 88,8 | 92,8 | 0,578 |
| Décontaminer les surfaces ou objets souillés à l'eau uniquement | 79,4 | 81 | 0,824 |

DISCUSSION

Les AES constituent une préoccupation majeure du personnel soignant. Le taux de participation de 69,9% observé dans notre étude a témoigné l'intérêt qu'a accordé le personnel de cet hôpital sur le sujet traité, exprimant ainsi ses craintes et son désir à contribuer à l'amélioration des conditions de travail. En général dans ce type d'étude, le taux de participation dépasse les 50% [4, 5].

La population d'étude était relativement âgée, avec une moyenne d'âge de 43,2±8 ans. Des moyennes d'âge comparables ont été retrouvées dans certains travaux comme ceux de Mandana et al. : 43,8±11,2 ans [6] et de Younes et al. : 43 ans [7].

La prédominance féminine constatée dans notre série qui était de 57,5% a été relevée également dans la littérature [1, 4, 6, 7]. Cette prédominance est due au fait que certaine profession comme celle de sage-femme est majoritairement féminine et à la tendance à la féminisation des professions infirmière et aide-soignante. L'ancienneté moyenne dans notre série était de 13,7±6,5 ans proche de celle trouvée par d'autres auteurs [1, 7, 8].

La prédominance des infirmiers était également rapportée dans la littérature [1, 4, 5, 8, 9]. Il s'agit de la catégorie la plus importante dans un centre hospitalier.

Le pôle urgences et réanimation était le plus représentatif dans cette enquête (28,3%) suivi du pôle médical (27,3%) et du pôle médicochirurgical (26%). Bagny et al. au Togo avaient trouvé une prédominance du pôle médical (65,2%) suivi du laboratoire (17,7%) [8], Vikkey et al. au Bénin avaient retrouvé une prédominance du pôle chirurgical (27,2%) et du laboratoire (17,7%) [10]. Moussa Benboubker et al. à Fès au Maroc avaient trouvé une prédominance du pôle chirurgical (48,7%) [11]. Dans notre étude nous avons noté que le personnel soignant de l'HGL a une bonne connaissance de trois des principaux mécanismes de survenue des AES qui sont la piqure avec une aiguille souillée par du sang ou un liquide biologique contaminé par du sang (85,8%), le contact d'une blessure avec du sang (70,7%) puis, la coupure cutanée avec un objet tranchant (62,2%). Ce résultat est proche de celui de Bagny et al. concernant les deux premiers mécanismes qui avaient trouvé que, la piqure par aiguille souillée était connue par 100% des soignants et le contact d'une blessure avec du sang par 80% [8]. La piqure avec aiguille souillée est le mécanisme le plus fréquent et retrouvé dans la plus part des études publiées [1, 4, 5, 12]. Les projections oculaires et buccales connues respectivement que par 43,4% et 35,8% seulement des soignants tandis que dans les travaux de Bagny et al. la projection du sang sur les muqueuses étaient connues par 68,7% des soignants [8].

La gravité d'un AES est liée au risque de transmission virale. Les facteurs de gravité sont des critères d'évaluation du risque de transmission lors d'un AES. C'est ainsi que le GERES définit les AES graves comme ceux dont le risque de transmission virale est élevé [12]. Sur les trois principaux facteurs de gravité d'un AES, qui sont : la gravité de l'infection chez le patient source, la profondeur de la blessure et le type de matériel, seule la gravité de l'infection chez le patient source était connue par plus de la moitié du personnel soignant (68,4%). Les deux autres n'étaient connus que par moins de la moitié du personnel soignant. En dehors de ces trois principaux facteurs de gravité, la participation d'une tierce personne dans la survenue de l'accident bien que n'étant évoqué dans le questionnaire, constitue aussi un facteur de gravité même s'il est plus lié au traumatisme. Les connaissances sur la gravité des AES sont insuffisantes. Cela est dû à l'absence de formation initiale et continue sur les AES.

Dans notre enquête les trois infections dues au VIH, au VHB et au VHC étaient connues respectivement par 98,1%, 73,3%, et 58,5% du personnel soignant. Ces résultats étaient proches de ceux trouvés par Laraqui et al. (VIH 89,3% et hépatites 77,5%) [1]. Par contre ils étaient mieux que ceux de Ndiaye et al. qui avaient trouvé 36,4% pour le VIH, 29,6% pour le VHB et 23,3% pour le VHC [4]. Le personnel médical connaissait mieux le risque de contracter une hépatite C suite à un AES que le personnel paramédical. La diversité des connaissances acquises au cours des différentes formations de base dans la catégorie des paramédicaux et la différence du niveau d'instruction avec le personnel médical peuvent l'expliquer.

Lors de notre enquête, le lavage à l'eau et au savon a été cité par 27,32% du personnel soignant alors que Koné et al. avaient trouvé 68,8% [25], Saint Laurent et al. 50%

[13], et Gondo et al. 12,5% [14]. Quant à la désinfection le taux moyen des réponses justes était de 39,3%, tandis que Koné et al. avaient trouvé 21% [5], Saint Laurent et al. 96% [13].

Cette insuffisance de connaissances s'explique par le manque de formation continue ainsi que d'information et de sensibilisation sur la conduite à tenir en cas d'AES. Cette conduite à tenir devait être affichée dans les services ou les salles de soins pour que le personnel soignant puisse s'en approprier et la maîtriser.

Dans notre travail, la majorité (86,3%) du personnel soignant avait répondu que le statut sérologique du patient devait être recherché après un AES, ce résultat était proche de celui de Bagny et al. (87,8%) [8]. Ce résultat est encourageant car la connaissance du statut sérologique du patient permet de déterminer la suite de la conduite à tenir. 87% du personnel soignant dans notre étude avaient répondu qu'un suivi médical était nécessaire après un AES.

La prophylaxie post exposition (PPE) est actuellement le seul moyen de réduire le risque de contracter l'infection lors qu'une personne a été exposée au VIH, par conséquent, elle est considérée comme faisant partie de la stratégie globale visant à la prévention de la transmission du VIH [15].

Dans notre série, 79,2% des soignants interrogés avaient répondu qu'un traitement prophylactique devait être prescrit après un AES à partir d'un patient VIH. El Guazzar [16] avaient trouvé des taux plus bas chez les infirmiers de rabat soit respectivement 67% et 23%, Eholie et al. en Côte d'Ivoire avaient trouvé 42,5% de personnes favorables pour une PEP [9].

La différence des connaissances sur la nécessité de la prescription d'une PPE après un AES est liée à la catégorie professionnelle. Ce qui est logique du point de vue des connaissances, des fonctions et du niveau d'instruction qui diffèrent entre les deux catégories professionnelles.

Par contre la différence notée entre les médecins et les paramédicaux par Eholie et al. [9] n'était pas statistiquement significative. Malgré cela on a noté un taux de réponses justes de 74,4% du personnel paramédical dans toute sa diversité.

Dans notre étude 89,2% du personnel soignant toute catégorie confondue estimaient que tout AES devait être déclaré. Ce résultat est proche de ceux de la littérature : Eholie 84,6% [9].

Concernant les précautions universelles, 55,7% du personnel soignant préconisaient les connaître. Ce taux est légèrement inférieur à ceux retrouvés dans certaines études : 68,7% en Côte d'Ivoire [9], 68% au Sénégal [4], 80% en RDC [6]. Il était supérieur à celui trouvé au Bénin : 45,5% [10].

Les taux des connaissances des différentes mesures de précautions universelles variaient de 52,3% à 91,9%. Ces taux étaient proches de ceux retrouvés en Côte d'Ivoire (48,5% à 98%) et plus importants que d'autres en Tunisie (1% à 82%) [17].

Devant la gravité des conséquences d'un AES et les dépenses engendrées par la prise en charge du personnel atteint, des précautions universelles pour tout le personnel

sont nécessaires. La connaissance de ces mesures a un intérêt dans la prévention des AES et leurs conséquences à côté de la vaccination contre l'hépatite B et de l'utilisation du matériel sécurisé.

CONCLUSION

Le personnel soignant est quotidiennement exposé aux AES dans l'exercice de ses fonctions. L'évaluation des connaissances a permis de déceler les insuffisances du personnel soignant de l'HGL sur la connaissance des mécanismes de survenue des AES, de la gravité des AES, des risques liés aux AES, de la conduite à tenir en cas d'AES et des précautions universelles. Une bonne prévention et une meilleure prise en charge des AES passent par la maîtrise de ces connaissances qui elle passe par la formation, la communication et la sensibilisation. Dans cette optique le rôle du médecin du travail est primordial, lui qui a en charge la santé et la sécurité des travailleurs. Il doit bénéficier du soutien de l'employeur avec lequel ils doivent collaborer pour mettre en place une bonne politique de prévention des AES à l'hôpital.

CONFLITS D'INTERET

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. Laraqui O, Laraqui S, Tripoli D, Zahraoui M, Caubet A, Verger C, et al. Evaluation des connaissances, attitudes et pratiques sur les accidents d'exposition au sang en milieu de soins au Maroc. *Med Mal Infect* 2008 ; 38 : 658-66.
2. Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition des Soignants aux agents infectieux (GERES). Protection des soignants vis-à-vis des risques infectieux en milieux des soins : Guide pratique 2016 : 8-43.
3. Gassaye D, Bossali F, Atipo-Ibara B I et al. Séroprévalence des marqueurs des virus des hépatites B et C chez le personnel soignant du CHU de Brazzaville. *J Afr Hépatol Gastroentérol* 2015 ; 9(4) : 179-83
4. Ndiaye M., Cissokho Bèye D., Sow ML. Les accidents avec exposition au sang (AES) au CHNU de Fann, Dakar, Sénégal. *Cah Méd Inter Prof (CAMIF)* 2011-1
5. Koné MC, Mallé KK. Les accidents d'exposition au sang : connaissances et pratiques du personnel de santé d'un hôpital du mali : *bull Soc Path Exot* 2015 ; 108 : 369-372.
6. Mandana Bamberongama N, Losimba Likwela J. Connaissances, attitudes et pratiques des professionnels de santé face aux précautions standard en milieu hospitalier. *Santé Publique* 2013 ; 25(5) : 663-673.
7. Younes A, EL Bakkali M, Khadmouai A, Thami Ahami AO, Hamama S. Les accidents avec exposition au sang chez les soignants : connaissances, attitudes, pratiques et prévention dans la région de Gharb au Maroc. *Int J Innov Appl Stud* 2014 ; 7(2) : 557-70.
8. Bagny A, Bouglouga O, Djibril M, Lawson A, Laconi Kaaga Y, Hamza Sama D et al. Connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant sur le risque de transmission des hépatites B et C en milieu hospitalier au Togo. *Med Sante Trop* 2013 ; 23 : 300-303.
9. Eholie SP, Ehui E, Yebouet-Kouamé BY, Simo TA, Tanon A, Coulibaly-Dacoury C et al. Analyse des pratiques et connaissances du personnel soignant sur les accidents d'exposition au sang à Abidjan (Côte d'Ivoire), *Méd Mal Infect* 2002 ; 32 : 359-368.
10. Vikkey Hinson A, Lawin H, Gounonbpé F, Aguèmon B, Sossa CJ, Daddah D. Epidemical aspects of blood exposure

- accidents with the healthcare workers staff of a peripheral hospital in Benin. *IJRDO-Journal of Biological Science* 2016;2 :48-63.
11. Benboubker M, EL Marnissi B, Nhili A, EL Rhazi K. Connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis des précautions standard chez les soignants du centre hospitalier et universitaire Hassan II de Fès (Maroc). *EMHJ* 2017 ; 23(1) : 5-12.
 12. Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition des Soignants aux agents infectieux (GERES). Prévention et prise en charge des AES : manuel pratique. 2008 : 7-12
 13. Saint-Laurent P, Sarrazin D, Pik J, Kadi Z. Evaluation des pratiques et des connaissances des infirmiers vis-à-vis du risque d'exposition au sang : résultats d'une étude multicentrique en Picardie (2002). *Hygiène* 2005 ; 13(3) : 207-14
 14. Gondo D, Effoh Nd, Adjoby R, Konan J, Koffi SV, Diomandé FA et al. Connaissances, attitudes et pratiques (CAP) du personnel soignant sur les accidents d'exposition au sang (AES) dans 4 maternités d'Abidjan. *Rev Afr Anesth Med Urgences* 2016 ; 21(1) :16-20.
 15. Recommandations conjointes OMS/OIT sur la prophylaxie post-exposition (PPE) pour prévenir l'infection à VIH. Disponible sur : www.ilo.org/aids/Publications/WCMS_157088/lang--fr/index.htm (consulté le 17 avril 2018)
 16. Le Guerroué G, Pourriat JL. Accidents d'exposition au sang ou aux liquides biologiques. EMC (Elsevier Masson SAS Paris), 2009 ; 24-135-A-20.
 17. Ennigrou S, Ben Ameer Khechine I, Cherfif 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. *La Tunisie Médicale* vol : 82 N 06 2004 ; 492-505.