

Les accidents d'exposition au sang : connaissances et pratiques des personnels de santé d'un hôpital du Mali

Blood exposure accidents: knowledge and practices of hospital health workers in Mali

M.C. Koné · K.K. Mallé

Reçu le 21 août 2014 ; accepté le 11 août 2015
© Société de pathologie exotique et Lavoisier SAS 2015

Résumé Il s'agit d'une étude prospective réalisée en décembre 2012 auprès de 128 soignants de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou au Mali. Le but était d'évaluer leurs connaissances et pratiques sur les accidents d'exposition au sang (AES). L'âge moyen des soignants était de $35,4 \pm 9$ ans (extrêmes : 22 - 59 ans). Les infirmiers étaient prédominants avec 37,5 %. Les principaux agents infectieux transmissibles (VIH, VHB et VHC) étaient ignorés par 76,6 %. L'interrogatoire a révélé que, au cours des soins, 78,9 % portaient des gants et 36,0 % recapuchonnaient les aiguilles après usage. La notion de lavage et de désinfection après un AES était connue par 68,8 %. Le désinfectant appliqué était correct pour 21,9 % et le temps d'application pour 69,5 %. La consultation d'un médecin référent après un AES était obligatoire selon 32 %. Le délai de 48 heures pour déclarer l'AES était connu par 51,3 %. Parmi le personnel interviewé, 82 soignants (64,1 %) ont été victimes au moins d'un AES. Les étudiants étaient les plus exposés. Les piqûres étaient les plus fréquentes (73,2 %). Les AES constituent un problème majeur à l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. Le respect des précautions standards n'est pas de pratique courante. La prise en charge post-exposition n'est pas connue par tous. Les cas vécus montrent une mauvaise prise en charge des AES dans la structure.

Mots clés Accidents d'exposition au sang · AES · Personnel soignant · Observance · Contamination · Connaissances · Attitudes · Pratiques · Précautions standards · Bonnes pratiques de soins · Hôpital · Ségou · Mali · Afrique intertropicale

Abstract This is a prospective study conducted in December 2012 among 128 at the Nianankoro Fomba Hospital in Segou in order to assess their knowledge and practices on

Blood Exposure Accidents (BEA). The average age of caregivers was 35.4 ± 9 years (range: 22-59 years). The nurses were predominant with 37.5%. The definition of BEA was mastered by 43.8%. The main transmissible infectious agents (HIV, HBV and HCV) were ignored by 76.6%. Questioning revealed that during the treatment, 78.9% wore gloves and 36.0% recapped needles after use. The concept of washing and disinfection after BEA was known by 68.8%. The disinfectant applied was correct for 21.9% of the cases, the time of application for 69.5%. Consulting a referring physician after BEA was mandatory for 32% of them. The time limit of 48 hours delay for the declaration of BEA was experienced by 51.3%. Among staff interviewed 82 caregivers (64.1%) experienced at least one BEA. Students and nursing students were most at risk. Needle pricks were the most frequent (73.2%). BEA is a major problem in the Segou Nianankoro Fomba Hospital. Compliance with standard precautions is not of common practice. Post-exposure care is not widely known. The experienced cases show poor management of BEA in the structure.

Keywords Blood Exposure Accidents · BEA · Caregivers · Observance · Contamination · Knowledge · Attitudes · Practices · Standard precautions · Good care practices · Hospital · Segou · Mali · Sub-Saharan Africa

Introduction

Les accidents d'exposition au sang (AES) désignent tout contact percutané ou cutanéomuqueux avec du sang ou un produit biologique contenant du sang lors d'une piqûre, une coupure ou une projection. Ils constituent une menace réelle pour les soignants [3]. Le risque est lié à la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des virus des hépatites B et C [10]. La survenue des AES est favorisée par leur méconnaissance et le non-respect des précautions standards [4].

M.C. Koné (✉) · K.K. Mallé
Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou, Mali
e-mail : seybakone@yahoo.fr

Cette étude a été initiée pour évaluer les connaissances et pratiques du personnel soignant de l'Hôpital Nianankoro Fomba (HNF) de Ségou sur les AES.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective réalisée en décembre 2012 auprès du personnel soignant de l'HNF. L'HNF est un établissement public hospitalier de 2^e référence situé dans la région de Ségou au sud-ouest du Mali.

Toutes les catégories professionnelles impliquées dans les soins étaient représentées : les médecins, les étudiants, les assistants médicaux, les infirmiers, les sages-femmes, les techniciens de laboratoire et les aides-soignants. L'enquête a été réalisée dans tous les services impliqués dans les soins : la médecine interne, la pédiatrie, la gynécologie-obstétrique, les urgences, la réanimation, le bloc opératoire, la chirurgie générale, l'ophtalmologie, la traumatologie, le laboratoire, le cabinet dentaire et l'otorhinolaryngologie.

Les données ont été collectées sur un questionnaire lors d'une interview directe et analysées avec le logiciel SPSS 17.

Résultats

Au total 128 agents ont été interrogés sur un total de 156 soignants recensés (82,1 %) à l'HNF.

L'âge moyen des enquêtés était de $35,4 \pm 9$ ans (extrêmes : 22-59 ans). Les infirmiers étaient prédominants avec 37,5 %. Soixante-deux soignants (48,4 %) avaient une ancienneté professionnelle de moins de 5 ans (Tableau 1). Soixante-

Tableau 1 Aspects socioprofessionnels des soignants / <i>Socio-professional aspects of caregivers.</i>			
	Variabiles	Effectifs	%
Age	< 25 ans	6	4,7
	25-49 ans	107	83,6
	≥ 50 ans	15	11,7
Catégorie professionnelle	Médecins	31	24,2
	Etudiants	11	8,6
	Infirmiers	48	37,5
	Techniciens de laboratoire	5	3,9
	Sages-femmes	5	3,9
	Aides-soignants	28	21,9
Ancienneté professionnelle	< 5 ans	62	48,4
	5 - 10 ans	45	35,2
	> 10 ans	21	16,4

sept (52,3 %) ont déclaré être vaccinés contre le virus de l'hépatite B.

La définition d'un AES était maîtrisée par 43,8 %. Les principaux agents infectieux transmissibles (VIH, VHB et VHC) étaient ignorés par 76,6 %. La formation sur les AES a été reçue par 36,7 %. Environ 94,5 % souhaitaient bénéficier d'une formation ou d'un recyclage sur les AES.

Le port de gants était systématique chez 78,9 % lors des soins. Environ 2,3 % continuaient les soins après un AES sans nettoyer la plaie. En pratique, 25,8 % ré-capuchonnaient toujours les aiguilles après les soins et 10,2 % le faisaient quelques fois. Les objets coupants et piquants étaient éliminés dans un conteneur par 95,3 %. Ces conteneurs étaient proches des lieux de soins selon 77,3 %.

Le lavage de la plaie à l'eau et au savon était maîtrisé par 68,8 %. Le désinfectant appliqué était connu par 21,9 % et le temps d'application par 69,5 %. Après une coupure ou une piqûre, 25,8 % pressaient la plaie pour provoquer un saignement. Le pansement de la plaie était réalisé par 51,8 %. Selon 40,5 %, le chef hiérarchique devait être informé d'un AES. La consultation du médecin référent était obligatoire selon 32 %. Le délai de déclaration était de 12 à 48 heures pour 51,3 % et supérieur à 48 heures pour 49,7 %.

Au cours de leur pratique, 82 soignants (64,1 %) ont été victimes d'AES (Tableau 2). Parmi eux, 40,2 % ont été victimes d'un AES, 28,1 % de deux AES et 31,7 % de trois AES ou plus. Toutes les catégories professionnelles ont été victimes d'AES. Les étudiants étaient les plus exposés (Tableau 2). Les mécanismes en cause étaient : les piqûres (73,2 %), les projections (31,7 %) et les coupures (22,0 %). Les aides-soignants étaient les plus exposés aux piqûres (Tableau 3). Ces piqûres survenaient lors du recapuchonnage des aiguilles (63,4 %), lors d'une l'injection IM ou IV (61 %), de l'élimination des déchets (45,1 %) et des sutures (30,5 %). La déclaration de l'AES avait été faite par 6,1 % (5 victimes), 36,6 % ne savaient pas qu'il fallait déclarer, 29,3 % ne savaient pas comment faire, 19,5 % se sentaient fautifs et 14,6 % avaient peur d'une stigmatisation. Parmi les cinq victimes, 2,1 % ont consulté un médecin référent. Aucune séroconversion aux trois virus (VIH, VHB, VHC) n'a été retrouvée.

Discussion

Les réponses obtenues lors d'une enquête auprès du personnel soignant sur leurs connaissances et pratiques sur les AES ne sont pas toujours en corrélation avec les pratiques réelles.

Les AES semblent méconnus dans cette structure hospitalière, la définition d'un AES étant maîtrisée par 43,8 % contre 71,4 % au Sénégal [9]. Les principaux agents infectieux transmissibles (VIH, VHB et VHC) étaient ignorés par 76,6 % contre 16 % en Tunisie [6]. Ces trois virus

Catégories professionnelles	Effectif	AES		p
		Victimes	%	
Etudiants	11	9	81,8	0,01
Aides-soignants	28	22	78,6	
Infirmiers	48	33	68,6	
Médecins	31	16	51,6	
Techniciens de laboratoire	5	1	20	
Sages-femmes	5	1	20	
Total	128	82	64,1	

Catégories professionnelles	Piqûres			Coupures			Projections		
	Victimes	%	p	Victimes	%	p	Victimes	%	p
Etudiants	7	63,6	0,008	1	9,1	0,3	4	36,4	0,5
Aides-soignants	20	71,4		6	21,4		7	25	
Infirmiers	21	43,8		9	18,8		9	18,8	
Médecins	11	35,5		2	6,5		5	16,1	
Techniciens de laboratoire	1	20,0		-	-		-	-	
Sages-femmes	-	-		-	-		1	20	
Total	60	73,2		18	14,1		26	20,3	

constituent l'essentiel du risque de transmission lors des AES, tant par leur fréquence que par leurs conséquences pathologiques [10]. Cette méconnaissance des AES relève d'un manque d'information, confirmé par 63,3 %.

Les précautions standards ne sont pas suffisamment respectées. Le port de gants était systématique chez 78,9 % au cours des soins contre 22 % en Tunisie [6]. Les gants préviennent les contacts cutanés avec les liquides biologiques contaminants et réduisent l'inoculum lors d'une piqûre [1].

Les aiguilles étaient recapuchonnées par 36 % après les soins. Gzara [6] a trouvé 58 % de recapuchonnage après les soins en Tunisie. Le collecteur est le matériel de sécurité mis en place pour éviter le recapuchonnage des aiguilles et l'élimination des objets piquants-coupants [7]. Ces collecteurs étaient utilisés par 95,3 % des soignants dans notre étude. L'optimisation de l'utilisation des collecteurs repose sur leur mise en place à proximité des lieux de soins [7]. Dans notre structure, les collecteurs étaient proches des lieux de soins selon 77,3 %. Le respect des précautions standards dans la pratique quotidienne des soignants diminue la survenue des AES [8].

Environ 2,3 % de nos soignants continuaient les soins après un AES sans nettoyer la plaie. Le lavage de la plaie à l'eau et au savon était pratiqué par 68,8 % contre 84,5 % au Bénin [11]. La désinfection à l'eau de Javel était connue par 79,1 % et le temps d'application par 69,5 %. Le lavage correct et la désinfection immédiate permettent de diminuer le risque

de contamination [3]. Un soignant sur quatre pressait la plaie pour provoquer un saignement. Cette attitude favorise la dissémination de l'inoculum sanguin dans les tissus [3].

Nos soignants doivent être formés ou recyclés comme souhaité par 94,5 % d'entre eux, pour améliorer leurs connaissances sur les AES et les précautions standards. Cependant, les mauvaises pratiques chez les soignants ne sont pas forcément liées à la méconnaissance, mais plutôt à une forme d'indifférence ou de négligence. Les compétences théoriques sont déconnectées des compétences pratiques [2].

La prévalence de l'AES était de 64,1 % dans notre structure. Eholié [5] a trouvé 60 % en Côte d'Ivoire. Gzara [6] 80 % en Tunisie. Nos soignants doivent être formés et supervisés, car il existe un décalage entre les gestes et les connaissances théoriques même si elles sont bien maîtrisées par les soignants [2].

Toutes les catégories professionnelles ont été victimes d'AES, mais les étudiants étaient les plus exposés. Ceci suggère un renforcement des compétences de toutes les catégories professionnelles sur les précautions standard ainsi que la sensibilisation des étudiants avant leurs stages pratiques. Les théories relatives aux précautions standard sont acquises lors des études, alors que la pratique est acquise dans le quotidien des services hospitaliers, au contact des aînés, en suivant leurs routines et adaptations successives [2].

Dans notre structure les soignants étaient plus exposés aux piqûres comme en Côte d'Ivoire [5] et au Bénin [11].

Ces piqûres étaient plus fréquentes chez les aides-soignants. Leur exposition massive serait due à leur formation courte de six mois et basée sur les soins de nursing. À cause du manque de personnel, ils sont chargés de soins dont ils ne maîtrisent pas tous les gestes. Un accent doit être mis sur les AES au cours de leur formation. Les piqûres sont survenues lors du re-capuchonnage des aiguilles après injections intramusculaires ou intraveineuses comme au Bénin [11].

Les accidents survenus ont été déclarés seulement par 6,1 % à la hiérarchie, même si 40,5 % pensaient que cette déclaration était normale. Environ 2,3 % ont consulté un médecin référent, alors que 32 % savaient que c'était obligatoire. Selon Alessandro [2], il y a une dissociation entre les connaissances et les pratiques réelles des soignants. La déclaration de l'AES permet d'évaluer le risque de contamination, de faire une chimioprophylaxie antirétrovirale et le suivi sérologique. Le taux de déclaration était de 6,2 % au Bénin [11] et 15 % en Côte d'Ivoire [5]. Cette sous-déclaration chez nos soignants serait liée d'une part à la méconnaissance puisque 36,6 % ignoraient qu'elle était obligatoire et 29,3 % ne savaient pas comment faire et d'autre part à un sentiment de culpabilité (19,5 %) et de peur de stigmatisation (14,6 %). Les dysfonctionnements sont nombreux dans les pratiques des soignants et probablement liés à la négligence des recommandations [2].

Conclusion

Les AES sont fréquents et méconnus par le personnel soignant à l'HNF de Ségou. Les précautions standards ne sont pas toujours respectées. Les pratiques montrent une mauvaise prise en charge des AES dans la structure.

Les stratégies de prévention pour améliorer la sécurité des soignants doivent être orientées sur leur formation et un recyclage sur les AES, le respect des précautions standards, la supervision des soignants et la vaccination contre le virus de l'hépatite B.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Abiteboul D, Fargeot C, Deblangy C, et al (2003) Le gant et les AES. *Hygiènes* 11 (2) :143–6
2. Alessandro E (2012) Prévenir le risque infectieux à l'hôpital ? Réflexions anthropologiques autour des pratiques d'hygiène hospitalière dans un service de médecine au Niger. *Anthropologie et santé* [En ligne], consulté le 16 juillet 2015 [<http://anthropologie-sante.revues.org/835>]
3. Casalino E (2012) Les accidents d'exposition au sang en réanimation : épidémiologie, prévention et prise en charge. *Réanimation* 21(6):681–7
4. Doumbia S, Bouvet E, Diarra J, et al (2001) Facteurs prédictifs de survenue d'accident d'exposition au sang (AES) au CHU de Treichville (Abidjan, Côte d'Ivoire). In: livre des résumés, XXII^e Conférence Internationale sur le Sida et les MST en Afrique. 12(BT3-1):221
5. Eholié SP, Ehui E, Yebouet-Kouame BY, et al (2002) Analyse des pratiques et connaissances du personnel soignant sur les accidents d'exposition au sang à Abidjan (Côte d'Ivoire). *Méd Mal Infect* 32(7):359–68.
6. Gzara A, Triki D, Abdellah K, et al (2008) Enquête « Connaissances-Attitudes-pratiques » sur les accidents d'exposition dans des structures de première ligne à Tunis (Tunisie). *Rev Tun Infectiol* 2 (4):10–7.
7. Kosmann MJ (2003) Les collecteurs à objets piquants, coupants : Un matériel sécurisé essentiel et un risque paradoxal. *Hygiènes* XI(2):147–50.
8. Lamontagne F, Lolom I, Tarantola A, et al (2003) 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* XI(2):113–9
9. Ndiaye M, Cissoko Bèye D, Sow ML (2011) Les accidents avec exposition au sang (AES) au CHNU de Fann de Dakar (Sénégal). *CAMIP. info Revue de la santé au travail* 2011-1
10. Tarantola A (2003) Les risques infectieux après accident exposant au sang ou aux liquides biologiques. *Hygiènes* XI(2):87–95
11. Zannou DM, Adè G, Houngbè F, et al (2006) Facteurs épidémiologiques liés aux accidents d'exposition au sang en milieu hospitalier à Cotonou, Bénin. *Méd Afr Noire* 53(7):413–8