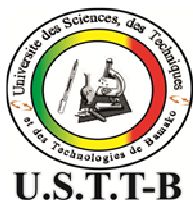


MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But -Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Année Universitaire 2012 - 2013

N°.....

**PRATIQUES ET ATTITUDES DES ETUDIANTS DE
LA FMOS RELIEES AU RISQUE DE
TRANSMISSION PROFESSIONNELLE DU VIH EN
MILIEU HOSPITALIER UNIVERSITAIRE : CAS DES
CHU DU POINT G, DE GABRIEL TOURE ET
D'ODONTOSTOMATOLOGIE**

Thèse

présentée et soutenue publiquement le/.... /2013 à Bamako

Par Mademoiselle LOMBO ZE MVONDO FRANCINE NATALIE

Pour obtenir le Grade de DOCTEUR EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

JURY

Président :

Pr.Soukalo DAO

Membres :

Dr. Sory Ibrahima DIAWARA

Dr. Bocar BAYA

Directeur de thèse :

Pr. Samba DIOP

DEDICACES

➤ **A Dieu le père tout-puissant :**

Je te rends grâce car tu as permis que je voie le jour et tu m'as donné le courage nécessaire, la force et la santé pour que j'accomplisse ce travail jusqu'au bout.

➤ **A maman chérie,**

Je suis très émue en ce moment où j'écris ces mots pour toi, je ne remercierai jamais assez le seigneur de m'avoir fait voir le jour de part tes entrailles ; merci d'avoir été la maman que tu es et la femme forte que tu es ,ce travail est le tien ,le fruit de tous tes sacrifices pour que nous tes enfants ayons les meilleures chances pour l'avenir ; toute ma vie ne suffirait pas pour te rendre le millième de ce que tu as fait pour moi, puisse Dieu te donner une meilleure santé et une longue vie.

➤ **A mon papa,**

Je sais que tu ne tiens plus sur tes pieds, tu as attendu ce moment avec impatience ; je te dédie ce travail en espérant qu'il t'honorera.

➤ **Ames grandes sœurs Alvine et Daline,**

Merci de m'avoir épaulée durant toutes ces années, les mots me manquent vraiment pour vous exprimer ma gratitude.

➤ **A mes grands frères Vieux et Stéphane,**

Vous avez toujours été là pour moi et m'avez protégé autant que possible ; je sais que je pourrais toujours compter sur vous. Merci pour tout.

➤ **A mon homonyme LOMBO,**

Malgré ma paresse d'apprendre ma langue maternelle qui a empêché que nous communiquons vraiment je sais que tes prières m'accompagnent et que tu es de tout cœur avec moi en ce jour.

➤ **A mes petites sœurs et frères : Danny, Prisca, Suzy, Cyrille, Gabrielle, trésor,**

Vous êtes sur mes pas et j'espère que je suis un modèle pour vous, soyez rassuré de mon attachement perpétuel pour vous.

➤ **A mes tantes et oncles,**

Merci d'avoir été là pour moi j'espère que ce travail vous fera plaisir.

➤ **A ma tata isabelle,**

Finalement on se ressemble en beaucoup de points, tu es comme une deuxième maman pour moi ; tu as toujours été celle qui m'appelle pour savoir comment je vais, soucieuse de l'avancée de mon travail ; je te dédie

ce travail et je te remercie beaucoup pour tout le soutien aussi financier que moral que tu m'as apporté.

➤ **A mes cousines et cousins et leur enfants,**

J'espère que le résultat de toutes ces longues années d'absence vous fera plaisir.

➤ **A mon neveu « toutou » Alex R,**

REMERCIEMENTS

- **A tonton Aloys,**
Merci pour l'aide et le soutien que tu as apporté à moi et ma famille.
- **A alain Nwaha,**
Tu étais là au début, merci de m'avoir aidé à trouver mon école ainsi que pour l'intérêt que tu portes à ma famille.
- **Au Pr Alhousseini AG MOHAMED,**
Merci de m'avoir trouvé une place au sein de cette faculté également pour la gentillesse et la compréhension que vous avez eu à mon égard.
- **A ma terre d'accueil le MALI et au peuple malien.**
- **A maman Rosine Mafoma,**
Merci de m'avoir accueilli en toute simplicité et d'avoir été une grande sœur pour moi, je pouvais compter sur toi en toute occasion. Tu es un modèle de femme et je te serai toujours infiniment reconnaissante pour ta générosité et ton grand cœur.
- **A la grande famille AEESCM**
- **A la promotion CESAR,**
Ma famille à Bamako c'est vous, je n'ai pas été tout le temps présente dans nos activités mais mon cœur y était ; merci pour tous les moments passés et j'espère que cette famille continuera même hors du Mali.
- **A toutes les autres promotions de l'AEESCM**
- **A mon « CD »,**
Tu n'as pas fini de me faire voir de toutes les couleurs, à me faire passer sans transition de l'énervement au sourire ; tous les rares moments passés avec toi ont néanmoins toujours suffi à me faire oublier mes peines .merci d'être là pour moi.
- **A mes sœurs de Bamako :** Natacha, Affia, Ornella
- **A mes fils de Bamako :** Christian, Mohammed , Cesar
- **A ZIBI franky,**
Le digne fils de sa mère, mon héritier, merci pour le soutien indéfectible que tu as eu à mon égard, tu as su m'accepter avec tous mes défauts et faire avec ; je te souhaite le meilleur et plein de courage pour la suite de tes études en espérant que notre relation restera toujours intacte quelque soit le lieu où on se trouve.

- **A MBAGA MC,**
Tu es comme une grande sœur pour moi, tu connais mes peines, mes peurs et mes joies ; merci pour tout tes conseils et ton soutien ; je te souhaite le meilleur.
- **A mon « partenaire » OMAM,**
Merci pour les fous rires, le réconfort et le soutien que m'apporte, mon seul regret est de n'avoir pas été proche de toi depuis ton arrivée à Bamako.
- **A Cyril MBASSI,**
Tu as été là pour moi quand j'ai eu le plus besoin pour ça je ne te remercierai jamais assez ; plus qu'un ami tu es un frère pour moi.
- **A mes amis du Camer :** Kaprisky, Tiphaine, Madona, Maria, Eba, Cedric ,Raissa , Danny.
- **A mes amis de Bamako :** YOUB's ,Natacha ITALEN, yannick TASSENG, steve TAMEU, Tatiana MBIAPA, Thierry TAKAM, Beatrice NAYO, nah DOUMBIA, gregory NGUEYEM , W. KOHPE ,FAMO roch, C. EKWALLA , Freddy EVA, ZEH emery, joseph NKOMO, Lucas EDU, ahmed GNAKADJA, D. MANI
Je vous dis merci pour votre sympathie et tous les moments passés avec vous resteront à jamais gravés dans ma mémoire.
- **Au personnel de l'amitié** particulièrement à : JC MARINI, Ildas, Pierre, Philippe, Christian, Diop, Inna, Djeneba, Ma pauline, Amadou, Alphonse, Oumar, Amara, Badré, Sory, Edwige.
- **A Caty,**
Merci pour tout le soutien que tu m'as apporté durant ces durs moments
- **A mes voisins :** Moise, Safi, Louvette, Israel, Dr CHAKA, Touami.
- **A Terence NDI et Cédric NGASSOP,**
Je ne vous oublierai jamais malgré le climat qu'il ya entre nous, vous avez été mes conseillers, mes frères, mes amis bref tout pour moi.
- **Un merci particulier à mes promotionnaires Michelle ZOUNA et AMOUNA Pulchérie,**
Merci pour la motivation et l'aide précieuse que vous m'avez apporté.
- **A TCHAHA Christian,**
Après la « pluie » c'est le beau « temps », je suis sûrement la seule à me comprendre ; merci pour ton aide et ton soutien pour l'accomplissement de ce travail.

➤ **Enfin à mon groupe d'étude : Patricia LISSOH et Eliane DJOMGUEM mes préférées,**

Merci de m'avoir accepté comme je suis avec ce sale caractère que j'ai ; grâce à vous j'ai toujours été à la page malgré mon absentéisme en cours à la faculté. On a passé de bons moments ensemble, merci pour le partage vous êtes de grandes femmes et je vous aime.



HOMMAGES AU MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Soukalo DAO

- **Professeur titulaire à la faculté de Médecine et Odonto-Stomatologie (FMOS)**
- **Président de la Société Malienne de Pathologies Infectieuses (SOMAPIT)**
- **Membre de la Société de pathologies Infectieuses de langue Française (SPILT)**
- **Investigateur Clinique au Centre de Recherche et de Formation sur le VIH/Tuberculose**
- **Chef de service des maladies infectieuses et tropicales du CHU Poing G**
- **Chef de DER de Médecine et des Spécialités Médicales**

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

Docteur Sory Ibrahim DIAWARA

- **MD**
- **MPH**
- **Médecin chercheur à la FMOS**

Cher maître,

Nous sommes très honorés de vous compter parmi les juges de ce travail. Vos suggestions ont été très pertinentes pour l'amélioration qualitative de ce travail.

Veillez accepter cher maître nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Baya Bocar

- **Praticien hospitalier au CHU du point G**
- **Assistant chercheur clinicien au CEREF**

Cher maître,

Nous ne saurions trouver assez de mots pour vous témoigner notre reconnaissance, non seulement pour l'intérêt que vous portez à ce travail, mais aussi la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de la juger.

Votre disponibilité, votre amour pour le travail bien fait, vos immenses qualités humaines font de vous un praticien admiré et respecté.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Samba DIOP

- **Enseignant chercheur en Anthropologie médicale**
- **Spécialiste en écologie humaine, anthropologie, éthique et bioéthique de la santé publique**
- **Membre du comité d'éthique de la FMOS, INRSP, CRLD, CNESS**

Cher maître,

Vous nous avez inspiré ce travail et vous nous en avez fourni les lignes directives, nous espérons être dignes de votre confiance.

Nous sommes fiers aujourd'hui d'avoir pu bénéficier de vos conseils et de votre soutien.

L'occasion nous est offerte de vous remercier de votre spontanéité, votre générosité, votre modestie, et votre rigueur dans un désir permanent de perfectionnement en tout travail scientifique que nous devons accomplir, car vous êtes vous-même un exemple qui fait de vous un professeur émérite.

Veillez accepter cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et nos sincères remerciements.

Puisse l'Eternel vous combler encore de beaucoup de grâce.



ABREVIATIONS ET SIGLES

Abréviations et sigles :

- **AES** : Accident d'Exposition au Sang
- **ARN** : Acide Ribonucléique
- **AZT** ou **ZDV** : Zidovudine
- **CDC**: Center for Disease Control
- **CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- **EDSM** : Enquête Démographique de la Santé Mali
- **FMOS** : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
- **GERES** : Groupe d'Etude sur les Risques d'Exposition des Soignants aux agents infectieux
- **IEC** : Information, Education, Communication
- **IST** : Infection Sexuellement Transmissible
- **LCR**: Liquide Céphalo-rachidien
- **PVVIH** : Personne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine
- **RR** : Risque Relatif
- **SIDA**: Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
- **TARV** : Traitement antirétroviral
- **VHB**: Virus de l'Hépatite B
- **VHC**: Virus de l'Hépatite C
- **VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine



SOMMAIRE

Introduction.....	1
I Justification et description de l'étude ..	4
II Problématique	5
III Objectifs de la recherche	10
IV Généralités	12
A- Cadre théorique	12
B-VIH.....	31
V Méthodologie.....	44
VI Résultats.....	51
VII Commentaires et discussion.....	77
VIII Conclusion et Recommandation.....	83
IX Annexes.....	87



INTRODUCTION

INTRODUCTION

Dans les années 80, l'apparition d'une nouvelle maladie créa un véritable chambardement dans le domaine de la virologie ; nul ne savait encore que 30ans après, l'épidémie d'infection par le VIH constituerait un problème de santé publique dans le monde avec plus de 33millions de personnes infectées [1].

Sans traitement efficace, le syndrome mortel se caractérise par le SIDA qui est la phase terminale de l'infection par le VIH due à de graves anomalies des défenses immunitaires [1].

Depuis 1996, l'avènement du traitement antirétroviral a permis de réduire la morbi-mortalité, rendant ainsi l'infection à VIH comme infection chronique avec une survie presque équivalente à celle des personnes non infectées si ce traitement est maintenu à vie et suivi parfaitement.

L'accès à ces traitements antirétroviraux et l'amélioration de l'accès aux soins dans nos pays en voie de développement ont vu s'accroître le nombre de personnes vivant avec le VIH pris en charge par le personnel sanitaire.

Au Mali, selon les estimations d'EPP/SPECTRUM Mai 2009 du SIDA au Mali, le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé à 78 090 dont 68 390 de 15 ans et plus et 9 700 de 0-14 ans en 2010.

Face à cette prise en charge des PVVIH qui comporte souvent des gestes invasifs comme les prélèvements, injections et autres, la crainte de la contamination, la gravité de la maladie SIDA, une réaction de peur a été provoquée chez le personnel sanitaire engendrant souvent des attitudes irrationnelles voir injustifiées comme l'isolement des malades, le refus de prodiguer les soins alors que la meilleure protection contre le SIDA ou toutes autres maladies infectieuses est de bien connaître le mode de transmission, d'apprécier le risque et de respecter les mesures de précaution et d'hygiène [2].

En milieu hospitalier ces mesures d'hygiène visent à prévenir surtout la transmission de l'infection d'un malade à l'autre, mais également des malades

au personnel de santé ou de laboratoire qui constitue la transmission professionnelle. Les virus les plus souvent mis en cause lors de cette transmission professionnelle sont le VHB, le VHC et le VIH.

Le VHB a été responsable de 190 décès du personnel soignant aux USA en 1993 [3] et son taux de transmission après piqûre varie de 5-45% et ceci en fonction de la présence ou non de l'antigène HBs dans le sang du patient source [4]. En ce qui concerne la contamination professionnelle par le VHC le risque majeur (et peut être unique) est un contact parentéral avec du sang contenant celui-ci. Il existe un risque très faible mais non négligeable d'infection par le VIH parmi les membres du personnel soignant ayant été exposé ; ainsi un rapport basé sur 25 études prospectives et incluant 6498 soignants ayant eu une exposition parentérale à du sang VIH positif situe le niveau du risque à 0,32% (21 infections) [5]. Ce même rapport estime que la fréquence de transmission du VIH après une exposition mucocutanée est de 0,03% (21 études, 2885 expositions mucocutanées, une infection). Dans une étude le Center for Disease Control d'Atlanta, [6] dégage cinq facteurs qui sont des variables indépendantes.

Il s'agit d'une blessure profonde, avec du matériel contenant visiblement du sang, fait par l'intermédiaire d'une aiguille creuse, sortant d'une artère ou d'une veine, le patient source ayant une charge virale élevée.

Les accidents d'exposition au sang et autres liquides biologiques sont de réel problème de santé publique en Afrique en raison de leur fréquence (1 soignant sur 2 en a déjà été victime) [7].

Ils se définissent comme étant tout contact accidentel avec du sang ou un liquide biologique contenant du sang et comportant soit une effraction cutanée (piqûre, coupure), soit une projection sur une muqueuse (œil, bouche) ou une peau lésée.

Les étudiants en soins infirmiers et hospitaliers ne sont pas en reste car faisant partie intégrante du personnel soignant.

Au Mali quelques études se sont appesanties sur le sujet des risques de transmission et les AES chez l'ensemble du personnel de santé [8, 9, 10, 11] ; il nous est apparu nécessaire de réaliser une étude qui aura pour centre d'intérêt ces étudiants de la FMOS lors de leur stage hospitalier afin d'apprécier leurs pratiques et leurs attitudes face à ces risque de transmission professionnelle du VIH.

I. JUSTIFICATION ET DESCRIPTION DE L'ETUDE :

Le Mali est considéré comme un des pays à faible taux de prévalence du VIH et du SIDA en Afrique subsaharienne comme le prouve l'EDSM 2006[12] qui montre un taux de prévalence de 1,3% dans la population générale.

Cette enquête montre également qu'une grande proportion de la population méconnaît leur statut sérologique, précisément que 7% des femmes et 8% des hommes âgés de 15 à 45 ans ont déclaré avoir effectué un test de dépistage et reçu leurs résultats [12]. La prévalence du VIH est plus élevée dans certaines couches de la population comme les professionnelles de sexe (35,3%), les vendeuses ambulantes (5,9%), les routiers (2,9%), les coxeurs (2,2%) et les aides ménagères (2,2%) [13].

Cependant le personnel de santé est en relation avec toutes ces couches de la population et le risque d'infection professionnelle du VIH dépend de la prévalence du VIH dans la population générale ainsi que des conditions de travail.

Devant des résultats d'études qui montrent souvent que les étudiants stagiaires sont très exposés aux risques de transmission professionnelle du VIH et ce taux bas de dépistage du VIH ,notre étude s'avère importante et il s'agira donc pour nous d'étudier spécifiquement le cas de ces stagiaires en milieu hospitalier qui représentent le corps médical de demain dans leurs pratiques et attitudes reliées à ces risques de transmission professionnelle du VIH et du SIDA.

II. PROBLEMATIQUE :

Depuis la découverte du VIH de même que la notification des premiers cas dans le monde, l'infection à VIH et le SIDA se sont hissés parmi les têtes de fil des problèmes majeurs de santé publique surtout dans les pays en voie de développement où malgré que l'accès au traitement antirétroviral se soit régulièrement élargi ces dernières années, les efforts de prévention des nouvelles infections à VIH sont restés à la traîne.

Des stratégies valables existent pour prévenir tous les modes de transmission du virus – transmission sexuelle, transmission mère-enfant et par le sang (y compris via la consommation de drogues injectables ou dans les milieux sanitaires).

Depuis le début de l'épidémie, de nombreuses mesures ont été prises pour assurer le maximum de sécurité aux soignants lors des soins aux personnes infectées par le virus du SIDA (gants, boîtes à aiguilles, matériel de sécurité...). Cependant le risque zéro en matière de transmission professionnelle n'existe pas et de ce fait les étudiants stagiaires des formations sanitaires qui parfont encore leur formation n'y sont malheureusement pas épargnés.

Nombreuses études incluant les étudiants en médecine ont montré qu'ils sont majoritairement vulnérables aux accidents d'exposition au sang par rapport au reste du personnel soignant ou que ceux-ci venaient directement après le personnel paramédical, pour nous il sera question d'étudier leurs pratiques et attitudes reliées à ces risques de transmission professionnelle du VIH et du SIDA.

1. Définition des concepts clés :

Attitude : attitude, est un concept qui est apparu dans la psychologie expérimentale allemande de la fin du XIXe siècle pour désigner des états neuropsychiques préparant et facilitant l'action. La notion d'attitude sert à expliquer de nos jours, le comportement d'un sujet en tenant compte de ses dispositions mentales. Elle désigne une disposition individuelle (mais partagée), interne (donc non observable directement), acquise, relativement stable, orientée vers un objet du monde social [14]. C'est donc à la suite de cette définition exprimée par Ferréol que nous considérons comme attitude, la manière dont un individu ou un groupe d'individus réagit ou se comporte devant une situation donnée.

Dans le cadre de la présente recherche, nous retenons que l'attitude est la manière dont les étudiants jugent la situation du risque de transmission par rapport à la réalité donnée.

Pratique : ce concept vient de l'étymologie grecque, "praxis" qui signifie "action". Le concept de pratique renvoie donc à celui d'activité concrète, antithétique à la théorie ou le discours. Nous considérons que la pratique concerne l'ensemble des activités, des faits concrets des individus ; de ce point de vue et au regard de notre thème de recherche lié au VIH/SIDA et les risques de transmission professionnelle les actes tels que la prévention, la conduite à tenir, les soins aux patients ... relèvent du domaine de la pratique.

Un accident exposant au sang (AES) : est défini comme tout contact avec du sang ou un liquide biologique contenant du sang et comportant soit une effraction cutanée (piqûre ou coupure) soit une projection sur une muqueuse (œil, bouche) ou sur une peau lésée.

Risque : probabilité qu'un évènement dangereux survienne, associée à la gravité de l'accident, de l'atteinte à la santé de la personne ou du dommage aux biens.

Malade du sida : malade qui a atteint le dernier stade d'évolution de l'infection par le VIH et présente les maladies opportunistes.

Séropositif : malade dont le sang contient des anticorps dirigés contre le VIH présent dans son organisme ; il peut être bien portant ou malade. Ce qui prouve qu'il est rentré en contact avec le VIH.

PVVIH : ce sont des individus séropositifs mais qui sont pour la plupart bien portant et mènent leurs activités normales, ce terme désigne également les malades du SIDA.

2. Revue documentaire :

Le risque de transmission d'agents infectieux lors d'un AES concerne l'ensemble des germes véhiculés par le sang ou les liquides biologiques (bactéries, virus, parasites et champignons). L'incidence réelle de l'infection professionnelle par le VIH n'est pas connue et est vraisemblablement plus importante que le nombre de cas rapporté aussi bien dans les pays industrialisés qu'en Afrique; En France, les dernières données épidémiologiques font état de 42 séroconversions VIH, dont 29 cas présumés et 13 cas documentés [15,16].

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 [17,18,19]. Une méta analyse de l'OMS en 2005 l'évaluait à 2.1 AES /personnel de santé/an pour l'ensemble du continent africain, contre 0.64 pour l'Europe de l'Ouest et 0.18 pour l'Amérique du Nord [20].

En Afrique ,les accidents d'exposition au sang sont sous-évalués , la stigmatisation et la discrimination liées au VIH et au SIDA pourraient être la cause car elles entraînent une peur de dépistage systématique chez les personnes concernées, condition obligatoire pour la prise en charge rétrovirale en cas d'accident d'exposition au sang ;Une étude récente conduite dans les hôpitaux de l'Afrique de l'Ouest estimait cette incidence à environ 1.8 /chirurgien/an, 0.6/infirmier /an et 0.3 médecin /an ; une piqûre par aiguille creuse contaminée étant en cause de 70% des cas [21].

Une injection sûre ne présente pas de risque pour le patient sur qui elle est administrée, n'expose pas celui qui l'administre à des risques évitables. Par sécurité d'une injection, on entend que les conditions que cela nécessite existent et que des pratiques à moindre risque sont suivies. Selon les estimations de l'OMS, chaque année, la pratique d'injections dans de mauvaises conditions provoque dans le monde 20 millions d'infections au virus de l'hépatite C et 260 000 infections au VIH. Selon les estimations, les infections chroniques acquises en 2000 à cause des injections effectuées dans de mauvaises conditions seront responsables de 9 millions de vie perdues (ajustées sur l'incapacité) entre 2000 et 2030[22].

Le SIDA se rapporte à des manifestations cliniques sévères pouvant être des infections opportunistes, des cancers secondaires et/ou des manifestations neurologiques, résultant de la défaillance du système immunitaire. Il est dû au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) [23]. Les premiers cas de SIDA ont été décrits en 1981 aux Etats-Unis [24].

Dans notre contexte et au Mali en particulier, A. DAOU[8]dans sa thèse de doctorat avait trouvé que les étudiants en médecine représentaient 50% des cas d'accidents d'exposition au sang, fait qu'il expliquait par le manque de formation sur les AES et autres liquides biologiques chez ces étudiants par rapport au reste du personnel soignant qui suivait des formations continues sur les AES.

D .B TRAORE [10] également dans son étude prospective sur les AES avait retrouvé que les étudiants en médecine représentaient 33,3% des cas d'AES.

D'autres études comme celles de MOYO DANY [8] et SIDY CAMARA [11] malgré qu'elles soulignent un taux d'AES élevés chez les infirmiers nous renseignaient également sur le fait que les étudiants en médecine étaient touchés avec des taux pouvant atteindre 23% [11].

Dans le reste du continent africain, ces risques de transmission professionnelle sont également mentionnés ; ainsi au Gabon une étude portant sur l'ensemble des structures hospitalières de Libreville [25] avaient montré que les étudiants en médecine représentaient 22% des cas d'AES ; Une étude sénégalaise [26] avait également classifié les catégories professionnelles face aux AES sans les quantifier et avait retrouvé que les étudiants stagiaires étaient les plus atteints après les infirmiers.

3. Hypothèses de recherche :

- Les étudiants de la FMOS en stage dans les CHU ont une connaissance moindre de la gestion des risques de transmission professionnelle du VIH ce qui les rend vulnérables.
- Les attitudes face au VIH, au SIDA et aux PVVIH des étudiants ne diffèrent pas du reste des praticiens hospitaliers.

III. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

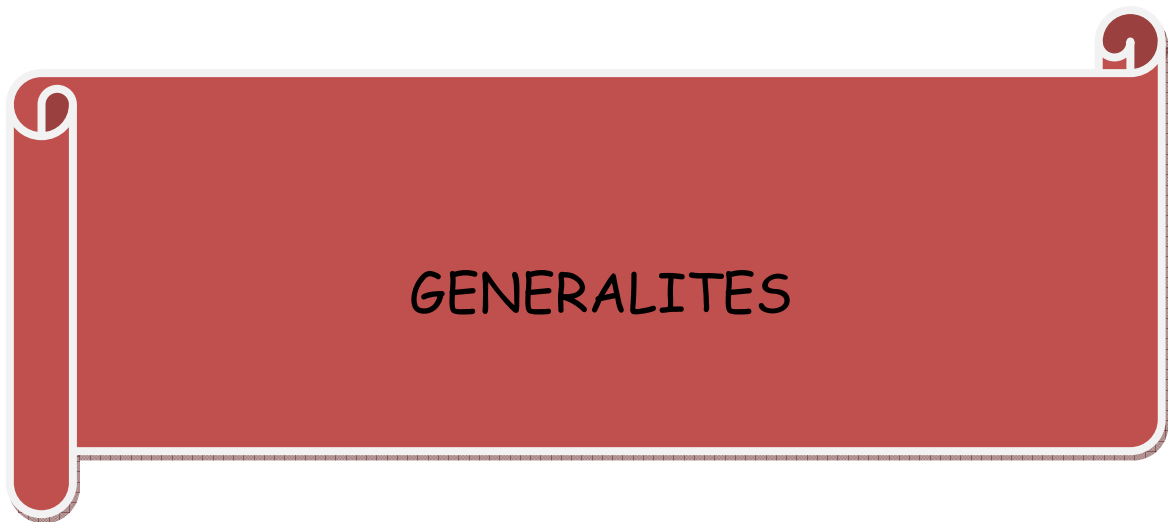
1) Objectif général :

• Etudier les pratiques et les attitudes face au VIH, au SIDA et à ses risques de transmission professionnelle chez les étudiants de la FMOS de la 2^e année à la 7^e année rencontrés en stage dans les CHU du point G, de Gabriel Touré et d'odontostomatologie.

2) Objectifs spécifiques :

• Déterminer le niveau de connaissances sur les risques liés à la transmission professionnelle du VIH.

- Déterminer les pratiques professionnelles à risque.
- Décrire les attitudes face à un malade séropositif.
- Décrire les attitudes en cas d'accident d'exposition au sang.



GENERALITES

IV. GENERALITES :

A. Cadre théorique :

1. Les infections nosocomiales :

"On appelle infection nosocomiale ou infection hospitalière toute maladie contractée à l'hôpital, due à des micro-organismes, cliniquement et/ou microbiologiquement reconnaissable qui affecte :

- Soit le malade du fait de son admission à l'hôpital ou des soins qu'il a reçu en tant que patient hospitalisé ou en traitement ambulatoire.
- Soit le personnel hospitalier du fait de son activité, que les symptômes de la maladie apparaissent ou non pendant que l'intéressé se trouve à l'hôpital " [27].

Ces infections nosocomiales constituent un véritable problème de santé publique ceci de part la qualité des soins et le coût de leur prise en charge ; grâce aux travaux de la fin du siècle dernier sur la découverte des microbes, sur l'asepsie et l'antisepsie, les risques d'infection lors de séjours hospitaliers ont diminué : la gangrène, le tétanos, les infections puerpérales, les grandes épidémies de typhus ou de choléra contractées à l'hôpital qui décimaient les patients, ont pratiquement disparu [27]. Toutefois l'infection hospitalière est toujours présente et a changé de visage, elle est plus insidieuse et les causes en sont nombreuses :

-La première et non la moindre est la dégradation et la négligence des pratiques de l'hygiène. Ceci s'explique en partie par l'impression de sécurité qu'a donnée l'apparition des antibiotiques, ces médicaments "miracles" des années 40, susceptibles de prévenir ou de résoudre tous les problèmes infectieux. Leur utilisation trop fréquente et mal contrôlée ainsi que les grandes capacités d'adaptation des bactéries, ont abouti à la sélection des germes très résistants chez l'homme et dans l'environnement hospitalier.

-Les avancées de la médecine et de la chirurgie sont également responsables de cette situation. Ils permettent de soigner et de maintenir en vie des patients de plus en plus fragiles, du fait de leur âge ou de la diminution de leurs défenses et donc beaucoup plus sensibles aux infections.

La plupart des infections nosocomiales sont le résultat de la réalisation d'un geste invasif chez le patient créant une ouverture de pénétration pour les micro-organismes. Ceux-ci sont présents sur la peau du patient, la main du personnel, le matériel ou dispositif invasif. Une autre possibilité est la transmission d'un agent infectieux pathogène d'un patient contagieux à un autre. Enfin un patient hospitalisé peut être infecté par un micro-organisme de l'environnement hospitalier, dans ce cas l'infection en rapport avec ce pathogène concerne essentiellement des patients fragilisés, en particulier des immunodéprimés.

2. Accident d'exposition au sang :

2.1 Définition :

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 [28].

Le risque de transmission d'agents infectieux lors d'un AES concerne théoriquement l'ensemble des germes véhiculés par le sang ou les liquides biologiques (bactéries, virus, parasites et champignons).

En pratique, le risque de contamination porte essentiellement sur le VHB, le VHC et le VIH, en raison de la prévalence importante des 3 virus et du fait qu'ils sont à l'origine d'une présence chronique de virus dans le sang. À

l'inverse, en l'absence d'AES, il n'existe, lors des soins, aucun risque de contamination par les virus VHB, VHC ou VIH.

Pour un individu, le risque infectieux lié aux AES augmente avec :

- La fréquence des AES ;
- La prévalence des infections VIH, VHC, VHB dans la population soignée;
- La gravité de l'AES, notamment la quantité de virus transmise lors de la contamination [1].

Les accidents avec exposition au sang (AES) par rapport au VIH/SIDA représentent un souci majeur en termes d'accidents du travail pour les établissements médicaux. Il existe des mesures de prévention universelle et une mesure de prophylaxie par trithérapie pour le VIH [29].

2.2 Epidémiologie des AES :

Des systèmes nationaux et régionaux de surveillance des infections professionnelles par le VIH ont été mis en place par de nombreux pays industrialisés depuis le premier cas documenté de séroconversion après exposition professionnelle au VIH en 1984 [30]. L'incidence réelle de l'infection professionnelle par le VIH n'est pas connue et est probablement plus importante que le nombre de cas rapportés, y compris dans les pays industrialisés d'où proviennent les publications. L'incidence mondiale est sans doute beaucoup plus élevée, étant donné le faible nombre d'infections professionnelles rapportées dans les régions de forte prévalence où les systèmes de surveillance sont moins développés. Les cas d'infections professionnelles par le VIH sont généralement classés en "certains " ou "possibles".

La définition d'un cas "certain" correspond à un cas pour lequel il existe une preuve de séroconversion (enregistrement d'un test anti-VIH négatif et d'un test ultérieur positif) associée entre temps à une exposition professionnelle précise à une source de VIH.

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

De la prévalence de l'infection du virus dans la population et des conditions de travail dépendent le risque d'infection professionnelle par le VIH. Plus de 94% (267/286) de l'ensemble des cas (certains et possibles) d'infections professionnelles enregistrés dans ce rapport proviennent de pays où les systèmes de surveillance sont bien développés et où, pour la plupart, la prévalence du VIH est faible. Seulement les 5% (5/95) des cas certains ont été rapportés pour les pays d'Afrique, alors que 7 des 8 cas possibles d'infections professionnelles par le VIH rapportés chez des personnels de santé au Royaume Uni ont travaillé dans des pays d'Afrique où la prévalence du VIH est forte [31]. Il y'a une absence marquée de données en provenance des pays du sous-continent indien et du sud-est asiatique. Nombreux de ces pays, présente une forte prévalence du VIH mais les systèmes de surveillance et de déclaration des infections professionnelles sont insuffisamment développés, voire inexistantes. Dans ces conditions, l'information publiée dans ce rapport ne peut donc être utilisée pour évaluer le risque professionnel.

Les infirmiers et les personnels de laboratoires cliniques représentent 71% (67/95) des cas certains et 43% (83/191) des cas possibles d'infections professionnelles par le VIH, alors que les chirurgiens et les dentistes n'en représentent respectivement que 1% (1/95) et 12% (23/191). Les médecins (y compris les étudiants en médecine et à l'exception des chirurgiens), comptent respectivement 12% (11/95) et 10% (20/191) des cas certains et des cas possibles [31].

Parmi les autres cas, 8 sont la conséquence d'une exposition cutanéomuqueuse et dans 2 cas l'exposition n'est pas précisée. Nombreuses de ces

expositions se sont produites pendant ou après une ponction veineuse ou autre intervention lors de laquelle un instrument a été placé directement dans une veine ou une artère du patient source (39 cas ; 40%) ; deux tiers (32/48) des patients sources dont le statut clinique était connu et qui avaient un SIDA déclaré.

L'analyse des données sur l'intervalle entre l'exposition et le premier test de recherche d'anticorps anti-VIH positif montre que plus de 95% des infections ont été découvertes lors d'un test réalisé dans les 6 mois qui ont suivi l'exposition. Les séroconversions plus tardives étaient rares bien que, dans 3 cas, le test réalisé 6 mois après l'exposition était négatif, la séroconversion étant survenue plus tard [31].

Les contaminations professionnelles par le VIH sont causées par des blessures percutanées avec du matériel souillé [32].

Selon l'échelle des risques de contamination accidentelle en fonction du poste occupé, les infirmiers se situent à un niveau élevé, compte-tenu du nombre important de gestes invasifs nécessaires dans l'exercice de leur profession, des situations d'urgence et des conditions parfois difficiles de leur réalisation. Parmi les modes de contamination par le VIH, les accidents des professionnels de santé sont un mode très secondaire. Au 30 juin 1995, 37 cas de séroconversions avaient été identifiés en France à la suite d'un accident professionnel [32]. De nombreuses sources d'information ont été exploitées pour ce recensement:

- Les déclarations obligatoires du SIDA,
- Les notifications des médecins de travail,
- Les déclarations d'accident de travail du régime général de la sécurité sociale.

Les médecins du travail des établissements de soins ont fait l'objet d'une enquête complémentaire en 1990 afin qu'ils déclarent les cas présumés de séroconversion professionnelle, de manière rétrospective et prospective. On acceptera que malgré toutes ces recommandations le recensement de

contamination professionnelle par le VIH en France n'est pas exhaustif. Il est toutefois nécessaire de signaler que parmi ces 37 cas d'infection à VIH, seulement 10 d'entre eux peuvent être attribués avec certitude à un accident professionnelle [32]. La preuve étant apportée par trois éléments : accidents avec un malade infecté par le VIH, sérologie négative au moment de l'accident se positivant entre 6^e semaine et 6^e mois après le contact, et aucun autre facteur de risque de contamination retrouvé par l'interrogatoire.

Pour les 27 autres patients, un de ces éléments manque mais aucun autre concernent : 19 infirmier(e)s, 2 médecins, 3 aides-soignants, 1 aide-opérateur, 2 étudiants en médecine, 1 chirurgien-dentiste, 1 biologiste, 1 chirurgien, 1 laborantin, 1 interne en médecine, 1 assistant dentaire et 1 personnel d'entretien, pour 2 cas la profession n'est pas connue. Les 10 cas prouvés d'infection professionnelle concernent des infirmières et ont eu lieu après une piqûre accidentelle le plus souvent au cours de prélèvements veineux.

Cependant, il convient de savoir que le nombre de cas de SIDA déclaré en France chez des personnes travaillant dans les professions de santé [32] représente 4% des cas de SIDA déclarés chez l'ensemble de personne exerçant une profession à risque. Les modes de transmission (homosexualité, toxicomanie, transfusion contact hétérosexuel...) retrouvés parmi le personnel soignant imitent ceux de la population générale, à l'exception de la toxicomanie moins souvent déclarée que dans les statistiques globales. En particulier, le pourcentage de cas de transmission indéterminée est lié à l'exercice professionnel en France, parmi l'ensemble des cas de SIDA il est de 0,1%.

Lors de la IX^e conférence internationale sur le SIDA à Berlin (juin 1993), C. Ciesielki du CDC [32] a exposé les caractéristiques des 36 cas de séroconversions professionnelles prouvées aux Etats-Unis et des 75 cas possibles. L'analyse détaillée des 36 cas montre la prédominance des infirmières (17/36) et des préleveurs de laboratoire (12/36) et souligne le risque des piqûres avec des aiguilles creuses contenant du sang lors d'un prélèvement sanguin ou

de manipulation d'une perfusion. Selon une enquête prospective entreprise depuis Août 1983 et incluant 312 établissements de soins américains, le taux de séroconversion après une exposition percutanée du sang infecté par le VIH est évalué à 0,36% ; les chiffres observés en Italie [32] concernant le risque d'infection professionnelle par le VIH sont comparables : après blessure accidentelle essentiellement la piqûre, le risque est évalué à 0,18% [32].

2.3 Risque de transmission des virus pathogènes après un accident avec exposition au sang :(Tableau I)

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

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

Le risque moyen de transmission du VHB est estimé à 30% en fonction de la présence ou non de l'antigène HBs dans le sang du patient source quel que soit le stade de l'infection (aiguë ou chronique). Il n'existe pas de données disponibles concernant ce taux par voie muqueuse ou par contact sur peau lésée ; il serait empiriquement dix fois supérieur à celui du taux par pique [3].

Pour le VHC, il est d'environ 3% mais peut aller jusqu'à 10% si le sujet-source a un ARN VHC positif [33].

Pour le VIH, le risque de transmission est prouvé pour le sang et potentiel mais jamais rapporté pour d'autres liquides biologiques contenant du sang : liquide pleural, péritonéal, amniotique, LCR, sperme ou sécrétions vaginales.

Le risque de transmission est évalué à 0,32 % (0,18 – 0,45) en cas d'exposition percutanée.

Le risque de transmission est évalué à 0,04 % (0,006 – 0,18) en cas de contact muqueux ou avec une peau lésée.

Le risque de transmission est considéré comme nul en cas de contact avec la salive, les urines, les fèces.

Pour le personnel soignant, le risque dépend de la prévalence de l'infection par le VIH dans la population générale, de la population de malades infectés pris en charge dans le service, de l'incidence des AES (souvent 10 à 30 % des infirmières concernées par un AES chaque année).

Selon la seule étude cas-témoins publiée sur ce sujet, le risque est significativement associé à :

- La charge virale du sujet source (élevée en cas de primo-infection ou à un stade évolué de la maladie : SIDA, infections opportunistes majeures évolutives) : Risque relatif (RR) = 6,4 (2,2-18,9).
- La quantité de sang injectée (aiguille creuse de gros calibre, effet piston) : RR = 5,1 (1,9-14,8).
- La profondeur de la blessure (saignement spontané, douleur, hématome) : RR = 16,1 (6,1-44,6).
- La présence de sang visible sur l'instrument à l'origine de la blessure : RR = 5,2 (1,8-17,7) [34].

TABLEAU I : Quantification des risques de séroconversion selon le mode d'exposition à une personne source infectée par le sang : [35]

	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

2.4 Prévention des AES :

2.4.1 Mesures universelles [36,29] :

C'est la prévention qui constitue la meilleure protection contre les accidents professionnels, elle passe par l'information des soignants.

2.4.1.1-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.

Systematiquement, 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.

2.4.1.2- Le pansement :

En cas de plaie le personnel soignant, doit protéger la lésion par un pansement.

2.4.1.3- Le lavement des mains :

Se laver les mains:

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

2.4.1.4- La protection :

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

Choisir un masque anti-projection bien adapté au visage.

2.4.1.5- La manipulation :

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

2.4.1.6- Le recapuchonnage des aiguilles :

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

2.4.1.7- 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.

2.4.1.8- La décontamination immédiate :

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.

2.4.1.9- Au laboratoire :

Les précautions déjà citées doivent être appliquées systématiquement. Les prélèvements doivent être transportés dans un tube ou flacon hermétique, 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.

2.4.1.10-La vaccination contre l'hépatite B :

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

2.4.2 Les moyens d'inactivations du virus :

2.4.2.1 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 II et III**]. De ce fait, les procédés usuels pour désinfecter les matériels ou les surfaces détruisent le VIH.

TABLEAU II: Inactivation du VIH [29]

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 à 2% Formaldéhydes 0,1%	30mn 10mn 30mn à 1H	Désinfection d'instruments Désinfection terminale des surfaces	Activité réduite par les protéines

TABLEAU III : Inactivation du VIH [29]

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

2.5 Conduite à tenir en cas d'AES :

2.5.1- Désinfection en urgence [37] :

En cas de piqûre ou de blessure accidentelle, ne pas faire saigner la plaie ; 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°, 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.

2.5.2- Avis médical :

Un avis médical est souhaitable pour l'évaluation du risque infectieux mais ne doit pas retarder la précocité de la prise en charge. Cette évaluation doit se faire par l'un des médecins prescripteur référent de l'établissement ou le major du service ; la nuit ou le week-end, il faut contacter l'équipe en charge 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 [38].

2.5.3- Le statut sérologique VIH du patient source

Si le statut du patient source n'est pas connu, une sérologie par un test rapide est recommandée avec l'accord de ce dernier, dans le respect de la confidentialité.

2.5.4- Indication du traitement post-exposition vis-à-vis du VIH (tableau IV) :

L'indication du traitement post-exposition vis-à-vis du VIH dépend, d'une part, du risque et de la nature de l'exposition et, d'autre part, du statut sérologique du patient source.

TABLEAU IV : Indications à un traitement post-exposition vis à vis du VIH (prophylaxie) [1]

Risque et nature de l'exposition	Patient source	
	Connu infecté par le VIH et test rapide positif	Sérologie inconnue
IMPORTANT Piqûre profonde, aiguille creuse, dispositif intra vasculaire (artériel ou veineux)	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée uniquement si patient source à risque*
INTERMÉDIAIRE <ul style="list-style-type: none"> • Coupure avec bistouri • Piqûre avec aiguille IM ou sous-cutanée • Piqûre avec aiguille pleine • Exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact > 15 min 	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie non recommandée
MINIME <ul style="list-style-type: none"> • Autres cas • Piqûres avec seringues abandonnées • Morsures ou griffures 	Prophylaxie non recommandée	Prophylaxie non recommandée

*** Sont considérés comme patients à risque : les patients de statut inconnu avec affection opportuniste majeure (toxoplasmose cérébrale, cryptococcose, tuberculose disséminée, maladie de Kaposi) ou avec des symptômes évocateurs d'infection VIH (diarrhée chronique, amaigrissement important, fièvre au long cours), les enfants nés de mère séropositive, les patients polytransfusés, les toxicomanes IV, les patients ayant de multiples partenaires homosexuels ou hétérosexuels et les patients sources refusant la sérologie VIH.**

2.5.5 -Déclaration de l'accident :

L'AES doit être déclaré par l'accidenté et le responsable paramédical du service ou le médecin prescripteur responsable du service ;cette déclaration doit être enregistrée sur le cahier d'infirmierie ou registre d'incidents infirmiers ouvert dans chaque site prescripteur de suivi des patients infectés par le VIH adultes et enfants et dans chaque site de dépistage.

3. Le secteur de santé :

Les responsabilités majeures en matière de lutte contre le VIH/SIDA sont un devoir qui incombe au secteur de la santé ce qui rend sa situation unique alors même qu'il est affecté par l'épidémie du VIH/SIDA, que l'on parle de la prévention de nouvelles infections ou des soins aux personnes atteintes. Le VIH diminue l'efficacité du personnel de santé de plusieurs manières. Partout dans le monde, le personnel qui soigne les patients ayant le VIH/SIDA supporte une tension beaucoup plus grande que les autres personnels de santé. Les raisons sont les suivantes : la peur de contracter le VIH auprès des patients avec lesquels ils sont en contact ; une « contamination » sociale (ostracisme et stigmatisation liés au fait de travailler avec des personnes qui ont le SIDA) ; le sentiment d'une insuffisance professionnelle due aux taux élevés de mortalité des patients. Ce personnel connaît également un « élargissement de son rôle » : on lui demande d'assumer des tâches pour lesquelles il n'est pas préparé, comme par exemple de conseiller des personnes et de prendre leur défense.

Cela est particulièrement difficile d'un point de vue psychologique lorsque patients et personnels appartiennent à la même communauté (ou parfois à la même structure de santé) et qu'ils sont susceptibles de bien se connaître. Le personnel peut également avoir des difficultés à s'occuper des traumatismes émotionnels des patients. Dans certains cas, au contraire, le personnel de santé peut éprouver de l'aversion ou une grande distance sociale à l'égard de patients

ou de clients comme les travailleurs du sexe ou les personnes qui ont une maladie sexuellement transmissible. Il peut avoir des objections religieuses, morales ou culturelles concernant les conseils qu'il est supposé donner, par exemple au sujet de l'utilisation des préservatifs ou des comportements sexuels.

Le personnel de santé se sent mal préparé pour faire face à certains dilemmes éthiques posés par l'épidémie du VIH. Dans la plupart des sociétés, on attend de lui qu'il garde confidentiels les résultats au test du VIH. Pourtant cette situation peut être délicate si le personnel sait que l'individu expose de façon répétée d'autres personnes au VIH par des rapports sexuels non protégés. Les ressources sont rares et un équilibre est nécessaire entre les besoins de tous les patients ; pourtant, le personnel peut trouver dur de renvoyer chez lui un patient pour lequel on ne peut pas faire grand-chose. Le personnel de santé peut être confronté à une pression des familles ou de ses collègues afin qu'il donne des soins « héroïques » aux patients mourants. Même le petit personnel doit souvent prendre des décisions difficiles, comme par exemple lorsque deux patients ont besoin en même temps de l'unique bouteille à oxygène disponible. Le personnel peut être soumis à une pression pour référer le patient au niveau supérieur du système de santé ou même à l'étranger. Ainsi il a du mal à décider de ce qui est « juste » notamment lorsque cela implique des dépenses de fonds publics, ou que des soins supplémentaires sont de toute évidence inutiles.

Le personnel de santé est lui-même touché par l'infection du VIH. Dans certains pays, des niveaux très élevés de séropositivité ont été enregistrés parmi les personnels de santé. Une étude pilote menée en Zambie a découvert que la mortalité chez les infirmières a été multipliée par 13 entre 1980 et 1991, pour atteindre 2,67%. En 1994, elle avait atteint 4%. L'absentéisme a également augmenté, passant d'environ 10% à 15% [37].

Les solutions au problème du VIH parmi le personnel de santé pourraient résider dans une meilleure information à l'égard des risques personnels aussi bien que professionnels. Elles devraient également résider dans le renforcement

des dispositifs de sécurité et leur respect, ainsi que dans l'acquisition d'un équipement de protection approprié aux tâches à hauts risques (par exemple des gants longs pour les accouchements). Des recherches plus approfondies sont nécessaires parmi le personnel de santé, sur les liens entre les risques professionnels et personnels et les taux élevés de VIH [37].

4. Ethique, droit et VIH/SIDA :

4.1 Normes des droits de l'homme et nature des obligations des Etats : [38]

En abordant le VIH/SIDA sous l'angle des droits de l'homme, il faut prendre en considération les obligations des Etats en matière de protection des droits de l'homme ; le VIH/SIDA montre l'indivisibilité des droits de l'homme car une lutte efficace contre l'infection exige que soient exercés les droits économiques, sociaux et culturels ainsi que les droits civiques et politiques. Cette lutte, qui se fonde sur les droits de la personne prend racine dans les concepts de dignité et d'égalité qui se retrouvent dans toutes les cultures et toutes les traditions ; les grands principes des droits qui sont essentiels pour que l'action des Etats contre le VIH/SIDA soit efficace sont énoncés dans divers instruments internationaux.

4.2-Droits pertinents dans le contexte du VIH /SIDA

Parmi les droits de l'homme pertinents dans le contexte du VIH/SIDA on peut citer notamment les droits suivants :

- Droit à la vie.
- Droit au meilleur état possible de santé physique et mentale.
- Droit à la liberté et la sûreté de la personne.
- Droit de circuler librement, Droit de chercher asile et de bénéficier de l'asile.
- Droit à la vie privée.
- Droit à la liberté d'opinion et d'expression et le Droit de recevoir et de répandre librement les informations.

- Droit à la liberté d'association.
- Droit au travail.
- Droit de se marier et de fonder une famille.
- Droit à l'égalité d'accès à l'éducation.
- Droit à un niveau de vie suffisant.
- Droit à la sécurité, à l'assistance et à la protection sociale.
- Droit de participer aux progrès scientifiques et aux bienfaits qui en résultent.
- Droit de participer à la vie publique et culturelle.
- Droit de ne pas subir des tortures et de ne pas être soumis à des peines au traitement cruel, inhumain ou dégradant.
- Droit des femmes et des enfants.

4.2.1-Droit à la vie privée :

Aux termes de l'article 17 du pacte internationale relatif aux droits civils et politiques, « nul ne sera l'objet d'immixtions arbitraires ou illégales dans sa vie privée ,sa famille son domicile ou sa correspondance, ni d'atteintes illégales à son honneur et sa réputation .Toute personne a droit à la protection de la loi contre telles immixtions ou de telles atteintes ».Le droit à la vie privée inclus diverses obligations concernant le respect de la vie privée sous son aspect physique, notamment l'obligation d'obtenir le consentement éclairé de la personne pour procéder à un dépistage du VIH ,ainsi que l'obligation de respecter le caractère confidentiel de toute information sur la situation sérologique d'une personne, le souci qu'à toute personne de préserver sa vie privée est particulièrement vif dans le contexte du VIH/SIDA ; tout d'abord parce qu'un dépistage obligatoire du VIH représente une intrusion et ensuite , en raison de la stigmatisation et de la discrimination qui vont de pair avec l'atteinte à la vie privée et à la confidentialité si l'infection est rendue publique.

Toutes informations recueillies au cours des tests de dépistage de don de sang ou de tissus doivent être strictement confidentielles. Les Etats ont le devoir de protéger le droit à la vie privée ; Ils sont donc obligés de veiller à la mise en place des mesures de sauvegarde adéquates pour garantir qu'aucun dépistage n'est effectué sans le consentement éclairé de la personne concernée, que le caractère confidentiel de l'information est protégé, notamment dans le contexte des services de santé et protection sociale et que les informations relatives à la situation écologique d'une personne ne sont pas communiquées à des tiers sans le consentement de cette personne.

Les Etat doivent aussi veiller à ce que les informations personnelles en rapport avec le VIH soient protégées dans la collecte et le traitement des données épidémiologiques, à ce que les individus soient protégés contre toutes immixtions arbitraires dans leur vie privée dans le contexte d'enquêtes et de publications.

Dans les sociétés et les cultures qui ont traditionnellement une plus grande place à la communauté, les patients seront peut-être plus facilement disposé à permettre que les informations confidentielles soient communiqué à leur famille ou leur communauté ; dans ce cas, cette communication profitera peut être à la personne concernées et cette confidentialité partagée pourra ne pas constituer une violation de l'obligation de confidentialité.

B. VIH :

1. Structure du VIH

Une **enveloppe virale** constituée d'une double bicouche 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 a 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 p 17 et une couche plus profonde de protéine p 24.

Un **génome** constitué de deux copies d'ARN simple brin associé à deux molécules de transcriptase inverse (p 64) et à d'autres protéines enzymatiques (protéase p 10 et intégrase p 32).

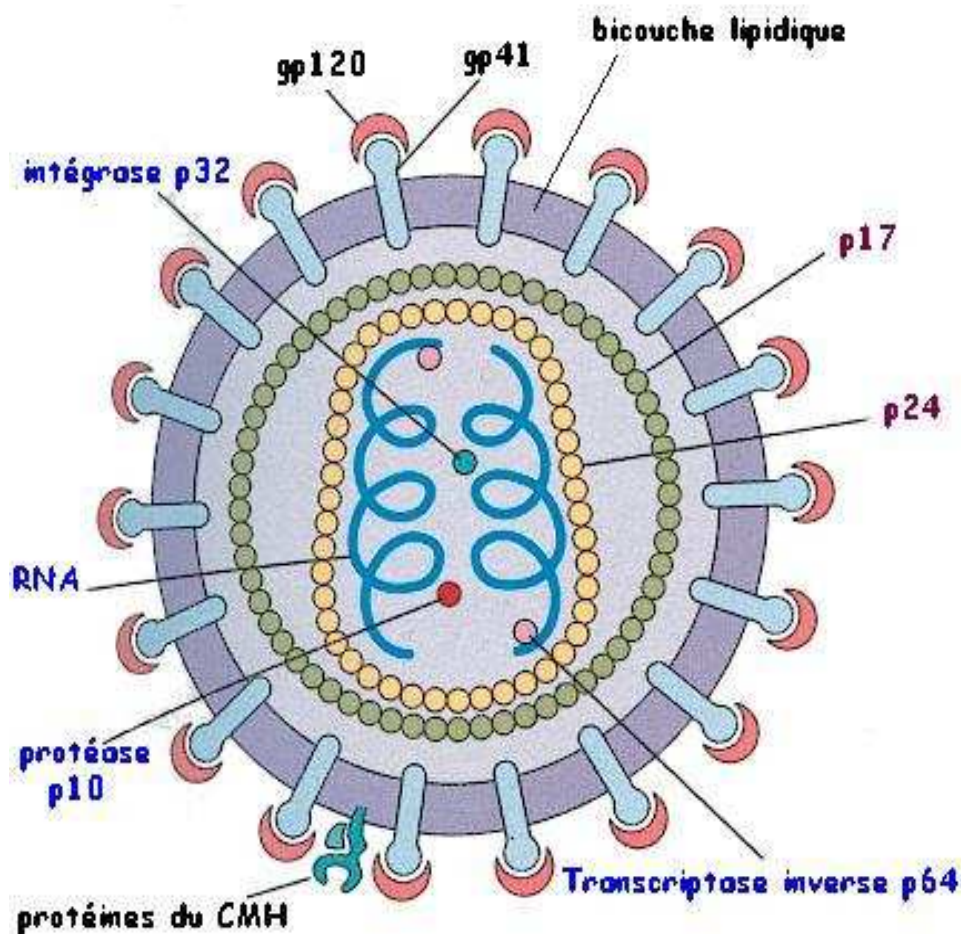


Schéma 1 : structure organisationnelle du HIV [39].

2. Mode de transmission :

2.1-Transmission sexuelle :

C'est actuellement le mode de transmission de l'infection par le VIH le plus répandu dans le monde : 85 à 90 % des infections par le VIH ont été acquises à l'occasion de rapports sexuels non protégés.

Dans les pays en développement, la transmission hétérosexuelle est prédominante et exponentielle.

Dans les pays développés, au début de l'épidémie, les personnes à pratiques homosexuelles étaient principalement touchées, mais actuellement la transmission hétérosexuelle progresse de façon inquiétante [40].

Au-delà des probabilités, le risque de transmission est en étroite corrélation avec *le type de rapport sexuel, la quantité de virus présente dans les sécrétions cervico-vaginales et le sperme, ainsi que de nombreux cofacteurs.*

La transmission sexuelle s'effectue lors de rapports anaux, de rapports vaginaux et plus rarement lors de relations oro-génitales.

Les rapports insertifs sont moins à risque que les rapports réceptifs. Les rapports anaux réceptifs sont ceux ayant le risque de transmission le plus élevé [41]:

_ La probabilité de transmission du VIH par rapport anal réceptif non protégé est estimée entre 0,3 et 3%.

_ La probabilité de transmission du VIH par rapport anal insertif non protégé est estimée entre 0,01 et 0,18%.

_ La probabilité de transmission du VIH par rapport vaginal réceptif non protégé est estimée entre 0,05 et 0,15%.

_ La probabilité de transmission du VIH par rapport vaginal insertif non protégé est estimée entre 0,03 et 0,09%.

_ Les rapports oraux-génitaux ne semblent pas dénués de risque : plusieurs publications rapportent des cas de transmission du VIH, essentiellement par fellation passive, non protégée avec éjaculation.

On peut citer également d'autres facteurs augmentant le risque de transmission sexuelle du VIH :

- _ Stade de l'infection du partenaire (plus la virémie est élevée, plus le risque est élevé)
- _ Rapports sexuels pendant les menstruations, ou rapports traumatiques avec saignement.
- _ Comportements sexuels individuels : multiplicité des partenaires....

2.2- Transmission sanguine :

L'injection de sang en provenance d'un sujet contaminé est susceptible de transmettre le VIH. Il peut s'agir d'échange de seringues entre usagers de drogue, d'un acte de soin ou d'Accident d'Exposition au Sang (AES) des professionnels de santé.

Chez les usagers de drogue par voie veineuse, le partage de seringue est un facteur de risque manifeste, mais également la fréquence des infections et l'ancienneté de la toxicomanie. Le libre accès au matériel d'injection (pharmacie, distributeur) permet de diminuer significativement les pratiques de partage de seringue donc le risque de contamination. Les usagers de drogues sont également exposés au risque de contamination par voie sexuelle.

Près de 40% des 3.000 hémophiles traités en France avant 1985 avaient été contaminés. Depuis 1985, les techniques d'inactivation virale appliquées aux facteurs de coagulation ont aboli tout risque de contamination. Le dépistage obligatoire des anticorps anti-VIH pour tout don de sang a considérablement diminué le risque de contamination lors de la transfusion des autres produits sanguins. Cependant le risque résiduel n'est pas nul notamment si le donneur est en phase de séroconversion : il était estimé en 1992 à un don infecté et sérologiquement négatif pour 600.000 dons.

Le risque de contamination professionnelle est estimé entre 0,2 et 0,3% après une exposition percutanée. Il semble corrélé au volume de sang inoculé, à la profondeur de la blessure, au stade de l'infection du patient. Il peut être réduit grâce à la sensibilisation des soignants à l'utilisation de boîtes à aiguilles ou systèmes de prélèvement sanguin à aiguille rétractable à l'absence de recapuchonnage des aiguilles et enfin à la prise des médicaments d'antirétroviraux en cas d'accident d'exposition au sang [42].

2.3- La transmission verticale :

Le risque de transmission materno-fœtale varie d'environ 20% dans les pays industrialisés à environ 35% dans les pays en voie de développement. Il est augmenté par le stade évolué de la maladie de la mère, la présence d'une IST. Une étude récente a démontré l'intérêt de la prise d'AZT par la mère pendant la grossesse et l'accouchement et par l'enfant dans les premières semaines de vie. Le risque de contamination du nouveau-né a été réduit significativement d'un facteur 3 (risque d'environ 8%). La transmission par l'allaitement maternel a été démontrée comme possible. Il est cependant toujours recommandé par l'OMS dans les pays en voie de développement du fait des qualités nutritionnelles et immunitaires du lait maternel et également du fait du coût élevé des produits de substitution [42].

3. Classification du sida (Tableau V, VI, VII) :

En 1982, le SIDA était défini comme une maladie touchant l'immunité à médiation cellulaire. En 1987, cette définition a été révisée et de nouvelles pathologies furent ajoutées : manifestations neurologiques, tuberculoses disséminées....

A partir de 1993, les CDC ont présenté une classification modifiée de l'infection par le VIH, divisée en trois catégories de sévérité croissante. Celle-ci

se fonde sur la numération des lymphocytes CD4+ ainsi que sur des paramètres cliniques.

TABLEAU V: Classification CDC de l'infection VIH pour les adultes et les adolescents révision 1993 [43].

Nombres de lymphocytes T CD4	CATEGORIES CLINIQUES		
	(A) Asymptomatique Primo-infection Lymphadénopathie généralisée persistante	(B) Symptomatique, Sans critères (A) ou (C)	(C) SIDA
> 500mm ³	A1	B1	C1
200-499 mm ³	A2	B2	C2
<200mm ³	A3	B3	C3

TABLEAU VI: Catégories cliniques selon les classifications et définitions du sida de 1993 [43].

_ Catégorie A	_ Catégorie C
<p>Un ou plusieurs des critères listés ci-dessous chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, s'il n'existe aucun des critères des catégories B et C.</p> <ul style="list-style-type: none"> -infection VIH asymptomatique ; -lymphoadenopathie généralisée persistante ; -primo-infection symptomatique. 	<p>Cette catégorie correspond à la définition du sida chez l'adulte.</p> <p>Lorsqu'un sujet a présenté une des pathologies de cette liste, il est classé définitivement dans la catégorie C.</p> <ul style="list-style-type: none"> -candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire ; -candidose de l'œsophage ; -cancer invasif du col ; -coccidioidomycose, disséminée ou extra pulmonaire ; -cryptococcose extra pulmonaire ; -cryptosporidiose intestinale supérieure à 1 mois ; -infection à CMV (autre que foie, rate, ou ganglions) ; -rétinite à CMV (avec altération de la vision) ; -encéphalopathie due au VIH ; -infection herpétique, ulcère chronique supérieur à 1 mois, ou bronchique, pulmonaire, ou œsophagienne ; -histoplasmosse disséminée ou extra pulmonaire ; -isosporidose intestinale (supérieure a
<p>_ Catégorie B</p> <p>Manifestations cliniques chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH ne faisant pas partie de la catégorie C et qui répondent au moins à l'une des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -elles sont liées au VIH ou indicatives d'un déficit immunitaire ; -elles ont une évolution clinique ou une prise en charge thérapeutique compliquée par l'infection VIH. <p>Les pathologies suivantes font partie de la catégorie B, la liste n'est pas limitative :</p> <ul style="list-style-type: none"> -angiomatose bacillaire ; -candidose oro-pharyngée ; 	

<p>-candidose vaginale, persistante, fréquente ou qui répond mal au traitement ;</p> <p>-dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome <i>in situ</i> ;</p> <p>-syndrome constitutionnel : fièvre ($\geq 38,5^\circ$) ou diarrhée supérieure à 1 mois ;</p> <p>-leucoplasie chevelue de la langue ;</p> <p>-zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome ;</p> <p>-purpura thrombocytopénique idiopathique ;</p> <p>-salpingite, en particulier lors de complications par des abcès tubo-ovariens ;</p> <p>-neuropathie périphérique.</p>	<p>1 mois),</p> <p>-sarcome de Kaposi ;</p> <p>-lymphome de Burkitt ;</p> <p>-lymphome immunoblastique ;</p> <p>-lymphome cérébral primaire ;</p> <p>-infection a <i>Mycobacterium avium</i> ou <i>kansasii</i>, disséminée ou extra pulmonaire ;</p> <p>-infection a <i>Mycobacterium tuberculosis</i>, quel que soit le site (pulmonaire ou extra pulmonaire) ;</p> <p>-infection à mycobactérie, identifiée ou non, disséminée ou extra pulmonaire ;</p> <p>-pneumonie à <i>pneumocystis carinii</i> ;</p> <p>-pneumopathie bactérienne récurrente ;</p> <p>-leuco-encéphalopathie multifocale progressive ;</p> <p>-septicémie a <i>Salmonella non typhi</i> récurrente ;</p> <p>-toxoplasmose cérébrale ;</p> <p>-syndrome cachectique du au VIH.</p>
--	--

Cette définition par les CDC est devenue la référence internationale, lorsque la mesure des lymphocytes CD4+ est possible en routine. Un patient ne peut appartenir simultanément à deux stades et ne peut jamais revenir à un stade antérieur lors de l'évolution de la maladie.

L'OMS a proposé une classification différente, scindée en quatre groupes, qui est devenue la plus utilisée :

TABLEAU VII: Classification en stades cliniques proposée par l'OMS [43].

Stade clinique 1 :

1. Patient asymptomatique.
2. Adénopathies persistantes généralisées.

Degré d'activité 1 : patient asymptomatique, activité normale.

Stade clinique 2

3. Perte de poids < 10% du poids corporel.
4. Zona au cours des 5 dernières années.
5. Manifestations cutané-muqueuses mineures (dermatite séborrhéique, prurigo, atteinte fongique des ongles).

6. Infections récidivantes des voies aériennes supérieures.

Degré d'activité 2 : patient symptomatique, activité normale.

Stade clinique 3

7. Perte de poids supérieure à 10% du poids corporel.
8. Diarrhée chronique inexpliquée pendant plus de 1 mois.
9. Fièvre prolongée inexpliquée (intermittente ou constante) pendant plus

de 1 mois.

10. Candidose buccale (muguet).
11. Leucoplasie chevelue buccale.
12. Tuberculose pulmonaire dans l'année précédente.
13. Infections bactériennes sévères.

Degré d'activité 3 : patient alité moins de la moitié de la journée pendant le dernier mois.

Stade clinique 4

14. Syndrome cachexique du VIH.
 15. Pneumopathie à *Pneumocystis carinii*.
 16. Toxoplasmose cérébrale.
 17. Cryptosporidiose, accompagnée de diarrhée pendant plus de 1 mois.
 18. Cryptococcose extra pulmonaire.
 19. Cytomegalovirose (CMV) touchant un autre organe que le foie, la rate ou les ganglions lymphatiques.
 20. Herpes cutanéomuqueux pendant plus de 1 mois ou viscéral quelle qu'en soit la durée.
 21. Leuco-encéphalite multifocale progressive.
 22. Toute mycose endémique généralisée (histoplasmosse, coccidioidomycose, par exemple).
 23. Candidose de l'œsophage, de la trachée, des bronches ou des poumons.
 24. Mycobactériose atypique, généralisée.
 25. Septicémie à salmonelles non typiques.
 26. Tuberculose extra pulmonaire.
 27. Lymphome.
 28. Sarcome de Kaposi (SK).
 29. Encéphalopathies à VIH
- Degré d'activité 4 : patient alité plus de la moitié de la journée pendant le dernier mois.

Cependant, en 2007, les critères de SIDA diffèrent encore selon les régions du monde, y compris dans les pays où les niveaux sanitaires sont semblables.

Ainsi aux Etats-Unis, le SIDA est défini par l'entrée du patient dans une catégorie A3, B3 ou C, alors qu'en Europe seule la catégorie C est considérée comme pouvant entrer dans la définition du SIDA [44].

4. Dépistage de l'infection par le VIH :

4.1-Dépistage :

Le test de dépistage du VIH est conseillé à toute personne ayant été confrontée à une situation à risque (rapports sexuels non protégés, de seringues usagées, transfusion sanguine avant 1985) et aux couples désireux de cesser d'utiliser des préservatifs.

4.2-Anonymat et confidentialité :

Le test de dépistage n'est pas obligatoire à titre individuel, et ne peut en aucun cas être réalisé sans l'accord du patient, à l'exception des dons de sang, d'organes, de tissus, de cellules, de sperme ou ovule et de lait, pour lesquels il est systématiquement et obligatoire. Il est par ailleurs proposé aux femmes enceintes et dans la batterie des tests pré-nuptiaux. Un test de dépistage peut se faire de façon anonyme dans les centres de dépistage ; s'il est réalisé sur prescription médicale, les résultats sont protégés par le secret professionnel et l'identité du patient reste donc strictement confidentielle.

4.3-Les types de tests:

Il deux types de test de dépistage : ceux qui recherchent dans le sang ou les tissus le virus lui-même (détection de ses protéines ou de son matériel génétique) ou encore tests non discriminatoires, et ceux qui détectent dans le

sang les anticorps anti-VIH (présence de tels anticorps signant la contamination par le virus) ou tests discriminatoires, qui apparaissent de trois à six semaines après la contamination (apparition qualifiée de séroconversion). Ces seconds tests permettent de déterminer le statut sérologique des patients : une personne est dite séropositive à l'égard du VIH lorsque le test de dépistage décèle dans son sang la présence d'anticorps anti-VIH ; elle est dite négative dans le cas contraire. Tout test positif ou un résultat douteux doit être contrôlé par une deuxième méthode [45].

Actuellement au Mali, il existe deux (2) types de tests :

Les tests rapides non discriminatoires : Détermine, Oraquick, Hemastrisp (Fast Ckeck), Double Check Gold.

Les tests rapides discriminatoires : Génie 2, Immunocoomb, les tests Elisa, Murex VIH 1.2.0, Vironostika.

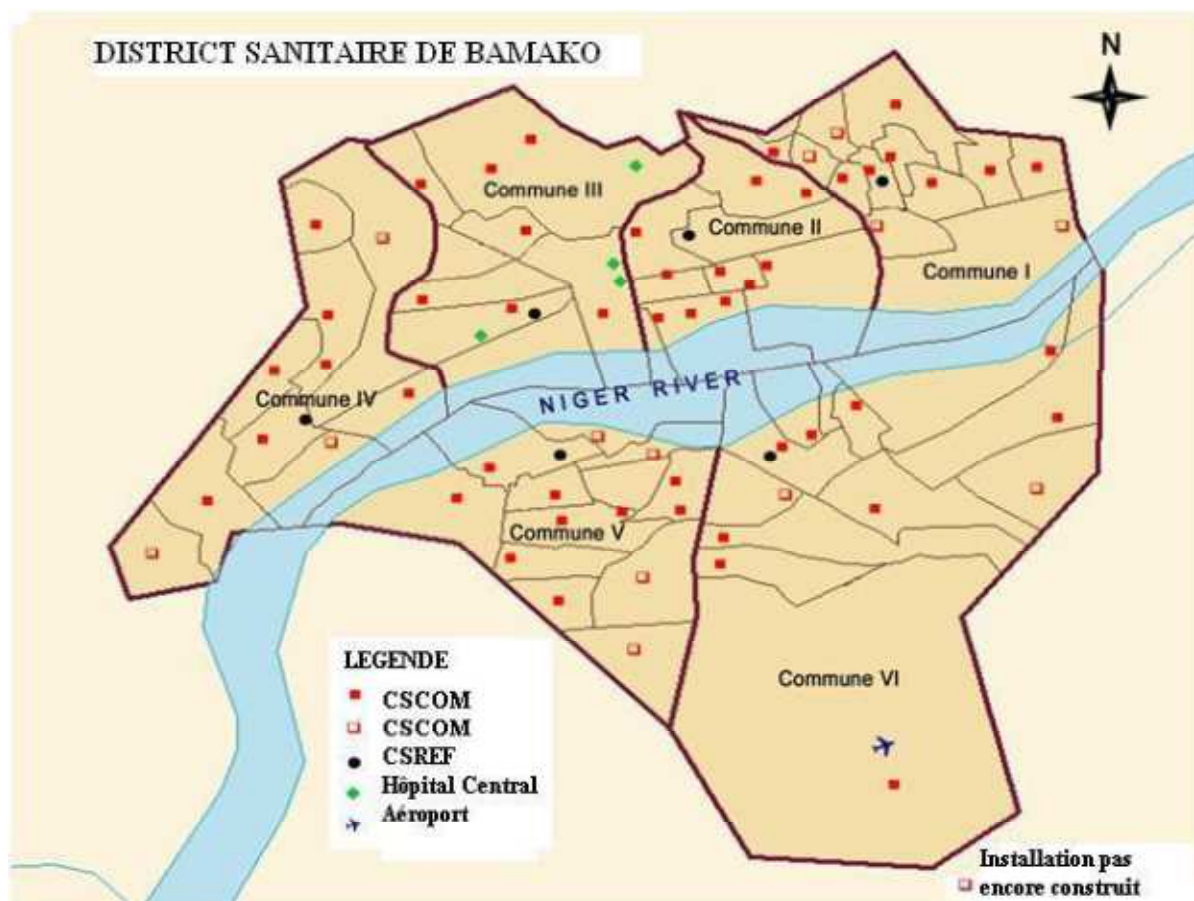
Avant d'annoncer à un individu qu'il est séropositif, il faut au moins que le résultat de deux tests soit positif : un test non discriminatoire positif et un test discriminatoire positif ou un test Elisa positif et un test rapide positif [42].



METHODOLOGIE

V. METHODOLOGIE

1. Cadre et lieu d'étude :



Source: DRS (2008)

Les Bamakois ont à leur disposition 52 centres de santé communautaire (CSCOM), six centres de référence (CSREF) et cinq hôpitaux tertiaires. Il n'y a pas d'hôpitaux secondaires à Bamako. Les hôpitaux tertiaires sont: l'hôpital Gabriel Touré (HGT); l'hôpital Point-G (HPG) et l'hôpital de Kati; et deux autres hôpitaux spécialisés, le centre national d'Odontostomatologie (CNOS) et l'institut d'ophtalmologie tropicale d'Afrique (IOTA). En outre, il existe un hôpital privé qui se spécialise dans la protection maternelle et infantile appelé l'hôpital Luxembourg pour la mère et l'enfant.

Notre étude intitulée « pratiques et attitudes des étudiants de la FMOS reliées au risque de transmission professionnelle du VIH en milieu hospitalier universitaire » s'est déroulée dans 3 hôpitaux dont celui du Point G, Gabriel Touré et odontostomatologie.

Une partie de notre étude s'est tenue au Centre hospitalier universitaire du Point G (CHU-PG) ; crée en 1906 lors de la période coloniale, il est situé sur la colline de Koulouba à 8km du centre-ville. C'est le centre médical le plus fréquenté. Il comporte les services :

D'anesthésie-réanimation, des urgences, d'anatomopathologie, de cardiologie, de chirurgie générale, d'urologique, de gynécologie-obstétrique, d'hématologie-oncologie, de médecine interne, de neurologie, de néphrologie, de maladies infectieuses et tropicales, de pneumologie, de psychiatrie, de rhumatologie, de radiologie et d'imagerie médicale et ainsi qu'un laboratoire et une pharmacie.

La deuxième partie de notre étude s'est tenue au Centre hospitalier universitaire Gabriel Touré (CHU-GT) qui est situé en plein centre de Bamako en commune III et représente le second hôpital après le Point G. C'est l'hôpital de référence en Pédiatrie, Gynéco-Obstétrique, en Oto-rhino-laryngologie ; Ancien dispensaire de Bamako, il fut érigé en hôpital et dénommé Gabriel Touré en 1959 à la mémoire d'un jeune médecin mort à la tâche.

Il comporte les services de : anesthésie-réanimation, cardiologie, chirurgie générale, chirurgie pédiatrique, chirurgie orthopédique et traumatologie, urologie, gastro-entérologie et hépatologie, gynécologie-obstétrique, diabétologie, dermatologie, neurochirurgie, oto-rhino-laryngologie, pédiatrie, urgences ,radiologie et imagerie médicale ainsi qu'un laboratoire et une pharmacie.

La troisième partie de notre étude s'est tenue au Le Centre hospitalier universitaire d'odontostomatologie (CHU-OS). Il est situé au quartier du fleuve de Bamako sur la rive gauche du fleuve Niger, rue Raymond Pointcarré, porte N°857.

C'est un centre hospitalier spécialisé en odontostomatologie ; centre de référence nationale, il a effectivement ouvert ses portes le 10 février 1986, et a été érigé en établissement public à caractère administratif (EPA) par la loi N°92-026/ABRM du 05 octobre 1992. Le CHU-OS est devenu établissement hospitalier public (E P H) par la loi N°03-23 ANKM du 14 juillet 2003.

Il a signé la convention hospitalo-universitaire le 12 décembre 2006 date à laquelle il est devenu CHU. Il a pour objectif d'améliorer l'état de santé des populations en matière de santé bucco-dentaire. Dans le cadre de l'accomplissement de ses missions, le centre assure des prestations diverses : Odontologie, Chirurgie, Oncologie Oro-faciale, Analyse Bio médicale, Cession de Médicaments Essentiels, Imagerie médicale.

2. Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale qui s'est déroulée de la période allant du 04 Avril au 17 Juin 2013.

3. Population d'étude :

Il s'agissait des étudiants de la FMOS de la 2^e année à la 7^e année qui allaient faire leur stage dans les 3 CHU choisis c'est-à-dire les CHU du Point G, Gabriel Touré, Odontostomatologie et qui ont été rencontrés dans les différents services y compris le laboratoire lors de nos différents passages.

3.1 -Critères d'inclusion

Ont été inclus tous les étudiants stagiaires des CHU du Point G, de Gabriel TOURE et d'odontostomatologie à partir de la 2^e année d'étude qui ont accepté de participer à notre enquête.

3.2-Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans notre étude tous les étudiants de la 1^{ere} année, les étudiants de la FMOS qui n'effectuaient pas de stage au moment de l'enquête, les autres membres du corps médical et paramédical ainsi que les étudiants qui n'ont pas accepté pas de participer à l'enquête.

3.3-Taille de l'échantillon

La formule de SCHWARTZ ci-dessous a permis de calculer le nombre de sujets nécessaires pour notre étude:

$$n = \frac{z^2pq}{I^2}$$

n : taille minimum de l'échantillon

p : pourcentage d'AES chez les étudiants en médecine au CHU du point G selon l'étude de A. DAOU [9] = 50%

q : 1-p= 50%

I : précision de la prévalence p. Nous avons fixé i à 7% (normale entre 2 et 10%)

z = 1,96

La taille minimale n de l'étude était de 196 étudiants

4. Outil et technique d'étude :

4.1-Approche quantitative

Cette approche nous a permis de collecter des données quantitatives à partir d'un questionnaire adressé aux étudiants; ce questionnaire était composé de 33 questions dont 26 questions fermées et 7 questions ouvertes qui s'articulaient autour des objectifs spécifiques : les connaissances sur les risques de transmission du VIH, les pratiques professionnelles à risque, les attitudes vis-à-vis des PVVIH et les attitudes face aux AES.

4.2-Démarche qualitative

Basée sur les techniques de discussion en focus group , elle a permis de collecter le maximum d'informations qualitatives nécessaires pour renforcer et mieux expliquer les données quantitatives ;cette technique a permis des entretiens avec trois groupes généralement constitués de 6 à 8 étudiants de la 2^e année à la 7^e année qui ont participé à l'enquête .Ces focus group ont permis d'échanger de façon approfondie avec les étudiants sur leur pratiques et leur attitudes reliées au risque de transmission du VIH en milieu hospitalier ;les différents focus group ont été enregistrés sur magnétophone puis transcrits pour besoin d'analyse .

4.3-éléments de justification

Concernant la justification sur la différence entre un malade séropositif et un malade du sida, nous avons considéré comme bonne justification que :

- un malade séropositif : celui qui présente des anticorps dirigés contre le VIH dans son organisme
- malade du sida : patient présentant des infections opportunistes.

4.4-examens de mise en évidence du VIH

Le nombre d'examens cités par les étudiants avait été comptés et acceptés s'il s'agissait de : Détermine, Oraquick, Hemastrisp (Fast Ckeck), Double Check Gold, Génie 2, Immunocoombs, les tests Elisa, Murex VIH 1.2.0, Vironostika.

5. Traitement et analyse des données

Les données recueillies ont été saisies et analysées sur le logiciel EPI info 6 version 3.5.3 à partir d'un masque de saisie conçu à cet effet ; Les résultats ont été présentés sous forme de tableaux et graphiques réalisés à partir du logiciel Excell 2007.

6. Considérations éthiques et déontologiques

Au cours de notre étude le respect des personnes enquêtées, l'anonymat et la confidentialité des réponses fournies ont été garantis ; toutes les personnes concernées ont été informées du but, des objectifs de l'étude à travers un message écrit à l'entête du questionnaire et lu avant l'administration de ce dernier.

De plus, chaque personne a donné son consentement verbal avant de répondre aux questions.

7. Diagramme de GANTT

Période Activités	Janvier 2013	Février 2013	Avril 2013	Juin 2013	Aout 2013	Septembre 2013
Recherche Bibliographique						
Rédaction Preliminaire						
Recrutement de L'échantillon						
Correction						
Rédaction Définitive						
Soutenance						



RESULTATS

IV. RESULTATS :

Tous les étudiants en stage dans les trois CHU qui ont accepté de participer à l'étude ; au total **215 étudiants**.

A. Résultats d'enquête

A1. Caractéristiques démographiques :

TABLEAU VIII: Répartition des étudiants selon le site d'étude

Site de l'étude	Effectifs	Pourcentages
Point G	100	46,5%
Gabriel Touré	94	43,7%
Odontostomatologie	21	9,8%
Total	215	100%

L'effectif des étudiants était plus élevé au **CHU du Point G** avec **46,5%**.

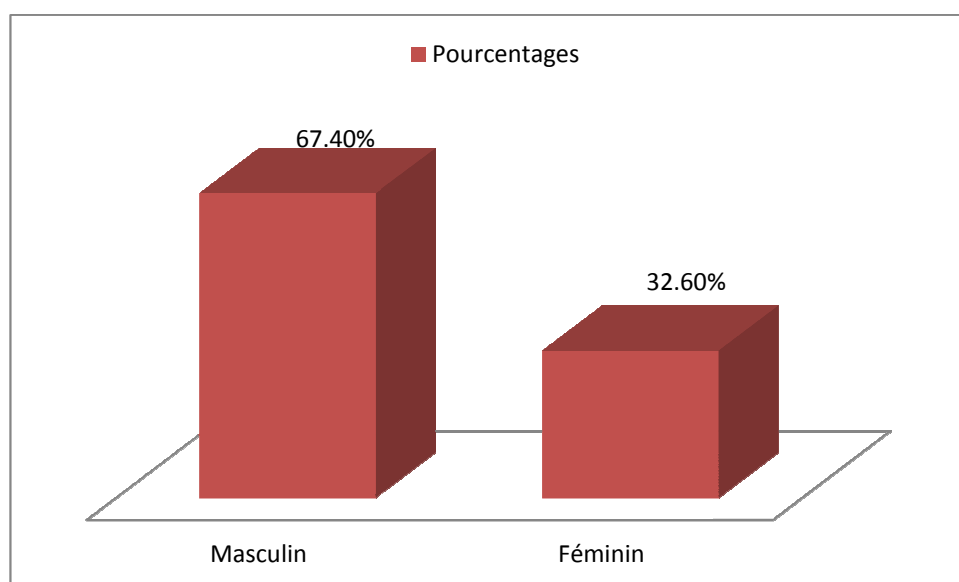


Figure1: Répartition des étudiants selon le sexe

Le sexe ratio (H/F) était de **2,07** en faveur des hommes.

TABLEAU IX : Répartition des étudiants selon la tranche d'âge

Age	Effectifs	Pourcentages
<20ANS	3	1,39%
20-24	72	33,49%
25-29	135	62,79%
≥30ANS	5	2,33%
Total	215	100%

La tranche d'âge de **25-29ans** était la plus représentée soit **62,79%** avec une moyenne d'âge de **25,31ans**.

TABLEAU X : Répartition des étudiants selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectifs	Pourcentages
2 ^{ème} A	7	3,3%
3 ^{ème} A	22	10,2%
4 ^{ème} A	44	20,5%
5 ^{ème} A	43	20,0%
6 ^{ème} A	38	17,7%
7^{ème} A	61	28,4%
Total	215	100%

Les étudiants les plus représentés étaient ceux de la **7^{ème} année** avec **28,4%**.

A2. Connaissances générales sur le VIH/SIDA :

TABLEAU XI : Répartition des étudiants selon l'existence d'une différence entre un malade séropositif et un malade du SIDA

Différence	Effectifs	Pourcentages
Oui	176	81,9%
Non	39	18,1%
Total	215	100%

Les étudiants qui affirmaient qu'il existe une différence entre un malade séropositif et un malade du sida étaient majoritaires soit **81,9%**.

TABLEAU XII : Répartition des étudiants selon leur justification sur l'existence d'une différence entre un séropositif et un malade du sida

Justification	Effectifs	Pourcentages
Bonne	70	39,8%
Mauvaise	106	60,2%
Total	176	100%

Sur les 176 étudiants qui affirmaient qu'il existe une différence entre un malade séropositif et un malade du sida, **39,8%** connaissaient vraiment cette différence.

TABLEAU XIII : Répartition des étudiants en fonction de ceux qui affirmaient que l'aspect clinique du patient permet le diagnostic du SIDA

Diagnostic clinique	Effectifs	Pourcentages
Oui	60	27,9%
Non	155	72,1%
Total	215	100%

L'aspect clinique du malade permettait le diagnostic du SIDA selon les étudiants dans **27,9%** des cas.

TABLEAU XIV : Répartition des étudiants selon les signes cités permettant d'affirmer cliniquement un sida chez un patient

signes cités	Effectifs	Pourcentages
Amaigrissement, diarrhée chronique, toux chronique	39	65,0%
Amaigrissement, diarrhée chronique, toux chronique, dermatose	10	81,7%
Amaigrissement, diarrhée chronique, toux chronique, dermatose, fièvre au long cours	11	18,3%
Total	60	100%

Sur les 60 étudiants interrogés **65%** ont cités 3 signes (amaigrissement, diarrhée chronique, toux chronique).

TABLEAU XV : Répartition des étudiants en fonction de ceux qui connaissent les examens de mise en évidence du VIH

Connaissance	Effectifs	Pourcentages
Oui	130	60,5%
Non	85	39,5%
Total	215	100%

Les étudiants qui affirmaient connaître les examens de mise en évidence du VIH représentaient **60,5%**.

TABLEAU XVI : Répartition des étudiants selon le nombre d'examens de mise en évidence du VIH cités

Nombre de test cités	Effectifs	Pourcentages
1	72	55,4%
2	38	29,2%
3	15	11,5%
4	3	2,3%
5	2	1,5%
Total	130	100%

Parmi les 130 étudiants qui affirmaient connaître les examens de mise en évidence du VIH, ceux qui ne connaissaient qu'un (1) seul examen étaient majoritaires avec **55,4%**.

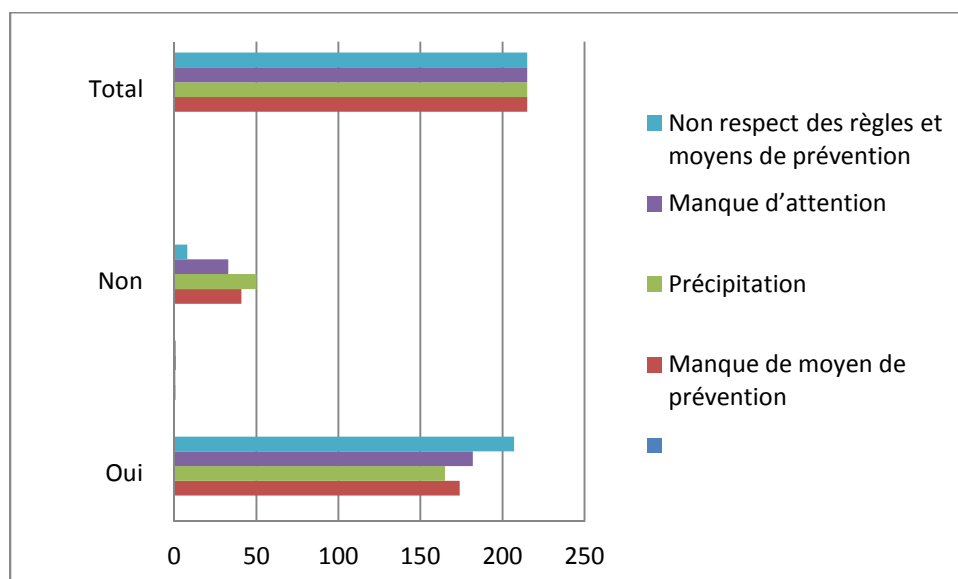


FIGURE 2 : Répartition des étudiants selon les facteurs favorisant l'exposition au risque de transmission du VIH

Le **non respect des règles et moyens de prévention** était le facteur favorisant le plus cité avec **96,3%**.

TABLEAU XVII : Répartition des étudiants selon les pratiques à risque de transmission du VIH en milieu hospitalier

Pratiques à risque	EFF	Oui		Non		Total
		EFF	%	EFF	%	
Injections ou pansements	211	98,1%	4	1,9%	215	
Interventions chirurgicales	206	95,8%	9	4,2%	215	
Changement de la literie du patient	13	6,0%	202	94,0%	215	
Simple contact	10	4,7%	205	95,3%	215	
Contact avec liquides de sécrétion du patient	99	46,0%	116	54,0%	215	

Les pratiques à risque les plus représentées chez les étudiants étaient les **injections ou pansements** avec **98,1%**.

TABLEAU XVIII : Répartition des étudiants en fonction de ceux qui connaissent les moyens d'inactivation du VIH

Connaissance des moyens d'inactivation	Effectifs	Pourcentages
Oui	89	41,4%
Non	126	58,6%
Total	215	100%

Les moyens d'inactivation du VIH étaient connus par **41,4%** des étudiants.

TABLEAU XIX : Répartition des étudiants selon les moyens d'inactivation cités

Moyens d'inactivation	Effectifs	Pourcentages
Désinfection	8	9,0%
Stérilisation	12	13,5%
Décontamination	47	52,8%
Désinfection+stérilisation	17	19,1%
Désinfection+décontamination	2	2,2%
Décontamination+stérilisation	3	3,4%
Total	89	100%

La **décontamination** avec **52,8%** était le moyen d'inactivation le plus cité par les 89 étudiants qui affirmaient connaître les moyens d'inactivation du VIH.

A3.Moyens utilisés pour la sensibilisation des étudiants face au risque de contamination intra hospitalière :

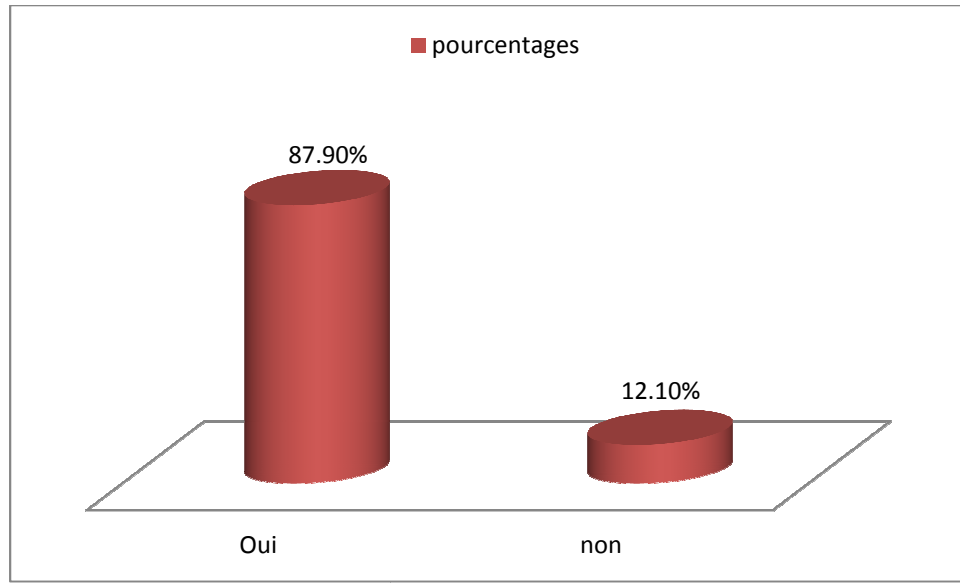


FIGURE 3 : Répartition des étudiants en fonction de ceux qui ont été sensibilisés ou non sur les risques de contamination intra hospitalière de VIH.

Les étudiants qui avaient été sensibilisés étaient les plus représentés avec **87,9%**.

TABLEAU XX : Répartition des étudiants selon le type de méthodes utilisées pour l'information sur le risque de contamination intra hospitalière du VIH

Méthodes utilisées	Oui		Non		Total
	EFF	%	EFF	%	
Affiches	135	71,4%	54	28,6%	215
Revue médicale	110	58,2%	79	41,8%	215
Discussion entre collègue	160	84,7%	29	15,3%	215
Note de service	40	21,2%	149	78,8%	215
Stage	138	73,0%	51	27,0%	215
Cassette vidéo	33	17,5%	156	82,5%	215
Media	123	65,1%	66	34,9%	215

Les étudiants avaient utilisé la **discussion entre collègue** à **84,7%**.

TABLEAU XXI : Répartition des étudiants en fonction de ceux qui pensent être sujets à risque pour la transmission du VIH

Pense être sujet à risque	Effectifs	Pourcentages
Oui	182	84,7%
Non	33	15,3%
Total	215	100%

Les étudiants qui pensaient être à risque pour la transmission intra hospitalière du VIH étaient majoritaires à **84,7%**.

A4. Attitudes des étudiants face aux PVVIH et les AES :

TABLEAU XXII : Répartition des étudiants en fonction de ceux qui demandent systématiquement une sérologie VIH à leur patient

Demande de sérologie	Effectifs	Pourcentages
Oui	51	23,7%
Non	164	76,3%
Total	215	100%

La demande systématique de la sérologie VIH était faite par **23,7%** des étudiants.

TABLEAU XXIII: Répartition des étudiants en fonction de ceux qui ont reçu une formation en *counselling* de dépistage

Formation	Effectifs	Pourcentages
Oui	26	51,0%
Non	25	49,0%
Total	51	100%

Sur les 51 étudiants qui demandaient systématiquement la sérologie VIH **26(51%)** ont reçu une formation en *counselling*.

TABLEAU XXIV : Répartition des étudiants en fonction de ceux qui ont fait le *counselling* pré-test

<i>Counselling</i> pré-test	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Oui	22	84,6%
Non	4	15,4%
Total	26	100%

Sur les 26 étudiants ayant reçu une formation en *counselling* 22(84,6%) avaient fait un *counselling* pré-test.

TABLEAU XXV : Répartition des étudiants en fonction de la nécessité du *counselling* pour le test de dépistage

Nécessaire	Effectifs	Pourcentages
Oui	148	68,8%
Non	14	6,5%
Ne sait pas	53	24,7%
Total	215	100%

Les étudiants qui pensaient que le *counselling* est nécessaire pour effectuer le test de dépistage étaient les plus représentés à 68,8%.

TABLEAUX XVI : Répartition des étudiants en fonction de ceux qui ont déjà pris en charge un séropositif

A pris en charge	Effectifs	Pourcentages
Oui	115	53,5%
Non	100	46,5%
Total	215	100%

Parmi les étudiants 53,5% avaient déjà pris en charge un séropositif.

TABLEAU XXVII : Répartition des étudiants en fonction de leurs attitudes envers une PVVIH

Attitudes	Oui		Non		Total
	EFF	%	EFF	%	
Doit être isolé	4	1,9%	211	98,1%	215
Doit avoir un temps d'écoute plus long	154	71,6%	61	28,4%	215
Doit avoir moins d'examens corporels	32	14,9%	183	85,1%	215

Les étudiants n'isolaient pas les patients séropositifs des autres malades dans **98,1%** des cas.

TABLEAU XXVIII : Répartition des étudiants selon qu'ils ont des réticences à dispenser les soins aux patients séropositifs

Réticences	Effectifs	Pourcentages
Oui	42	19,5%
Non	173	80,5%
Total	215	100%

Parmi les étudiants **19,5%** avaient des réticences à dispenser des soins aux patients séropositifs.

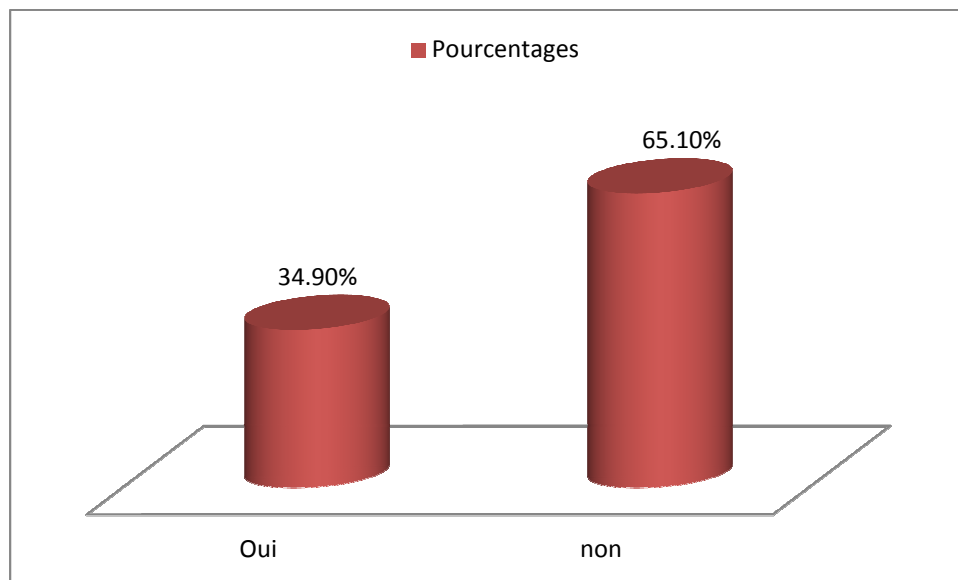


FIGURE 4 : Répartition des étudiants en fonction de ceux qui mentionnent le statut sérologique du patient sur la fiche de demande d'examen

Les étudiants qui mentionnaient le statut sérologique de leur patient sur la fiche d'examen représentaient **34,9%** de l'effectif.

TABLEAU XXIX: Répartition des étudiants en fonction de ceux qui gardent confidentiel les résultats de la sérologie de leur patient

Confidentiel	Effectifs	Pourcentages
Oui	16	7,4%
Non	199	92,6%
Total	215	100%

Parmi les étudiants **92,6%** garderaient confidentiel les résultats.

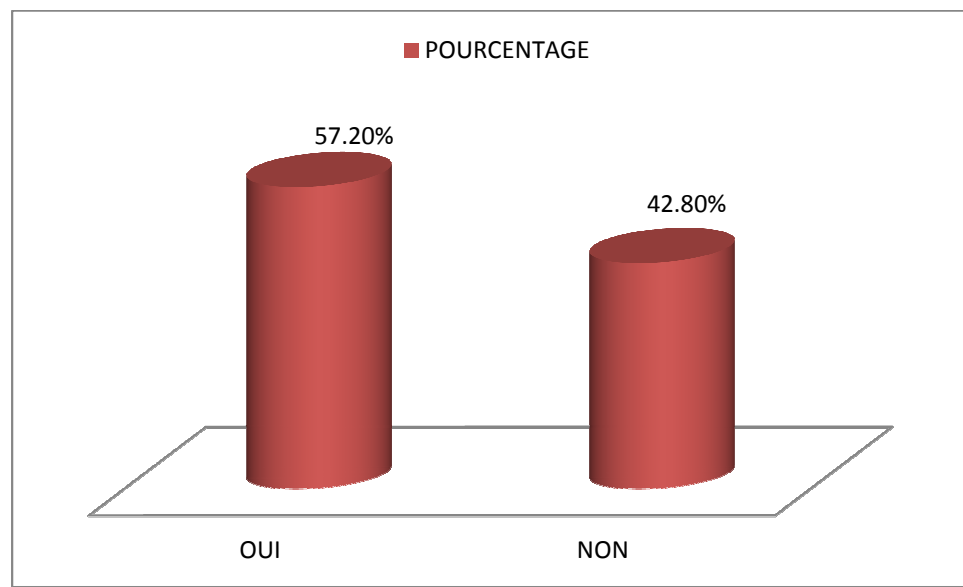


FIGURE 5 : Répartition des étudiants en fonction de ceux qui ont déjà été exposés au sang

Sur l'ensemble des étudiants **57,2%** avaient déjà été exposés au sang.

TABLEAU XXX : Répartition des étudiants selon le type d'exposition au sang

Type d'exposition	Oui		Non		Total
	EFF	%	EFF	%	
PIQURE	81	65,9%	42	34,1%	123
BLESSURE	26	21,1%	97	78,9%	123
PROJECTION SUR LES MUQUEUSES	47	38,2%	76	61,8%	123

Sur les 123 étudiants qui avaient été exposés au sang la piqure représentait **65,9%**.

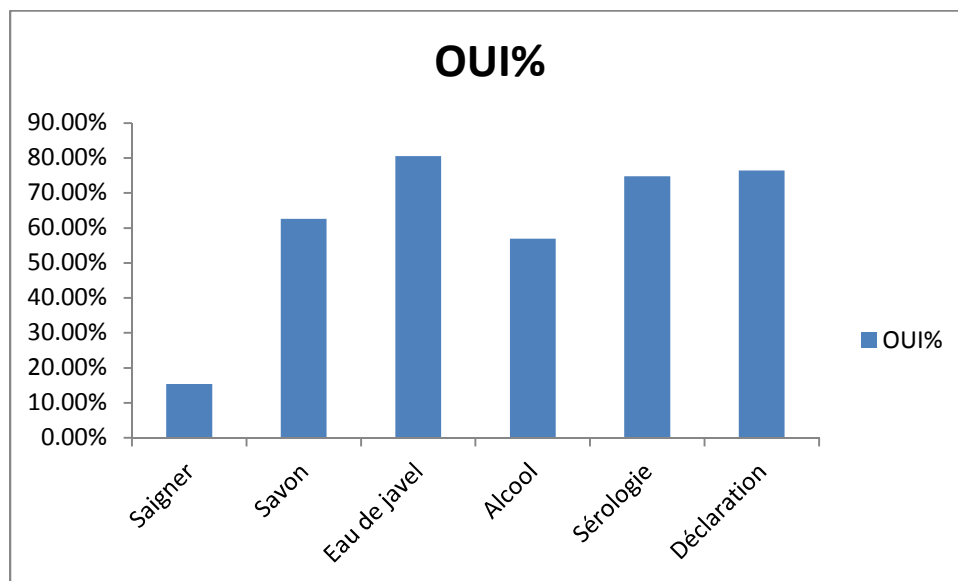


FIGURE 6 : Répartition des étudiants exposés selon leur réaction en cas d'AES

La réaction la plus citée par les étudiants était **laver à l'eau de javel** dans **80,5%** des cas.

TABLEAU XXXI : Répartition des étudiants selon la personne référent en cas d'AES

Référent	Effectifs	Pourcentages
L'administration	33	15,3%
Infectiologue	35	16,3%
Médecin chef	11	5,1%
Un médecin du service	50	23,3%
Ne sait pas	74	34,4%
Autres	12	5,6%
Total	215	100%

Autres : infirmier, laboratoire, urgentiste

Le médecin du service était la personne référent la plus citée avec **23,3%** en cas d'AES.

TABLEAU XXXII: Répartition des étudiants selon la nécessité du test de dépistage chez les deux personnes concernées avant la prise en charge rétrovirale en cas d'AES

Test de dépistage nécessaire	Effectifs	Pourcentages
Oui	179	83,3%
Non	36	16,7%
Total	215	100%

Parmi les étudiants **83,3%** affirmaient que le test de dépistage est nécessaire.

TABLEAU XXXIII : Répartition selon l'acceptabilité du test de dépistage chez les étudiants le trouvant nécessaire chez les deux personnes concernées

Acceptabilité	Effectifs	Pourcentages
Oui	169	94,4%
Non	10	5,6%
Total	179	100%

En cas d'AES **94,4%** des étudiants disaient accepter le test de dépistage.

TABLEAU XXXIV : Répartition des étudiants selon les raisons de la non nécessité du test de dépistage chez les deux personnes concernées lors de l'AES

Raisons	Effectifs	Pourcentages
Aucune réponse	13	36,1%
Dépistage non systématique chez l'agent de santé	7	19,4%
Eviter les complications en cas de séropositivité	1	2,8%
Dépistage va retarder la mise en route du TARV	4	11,1%
Période de séroconversion chez l'agent de santé	11	30,6%
Total	36	100%

La raison la plus évoquée était celle de la période de séroconversion chez l'agent de santé en cause à **30,6%**.

A5.Disponibilité et utilisation de moyens de prévention :

TABLEAU XXXV: Répartition des étudiants selon l'utilisation des moyens de prévention lors des soins

Utilisation de moyen de prévention	Effectifs	Pourcentages
Oui	199	92,6%
Non	16	7,4%
Total	215	100%

Parmi les étudiants **92,6%** soit 199 utilisaient les moyens de prévention lors des soins.

TABLEAU XXXVI : Répartition des étudiants selon les moyens de prévention utilisés

Moyen de prévention	Effectifs	Pourcentages
Gants	153	76,9%
Gants+bavettes	29	14,6%
Gants+bavettes+lunettes	9	4,5%
Autres	8	4,0%
Total	199	100%

Autres : lunettes, chaussures de bloc, masques.

Sur les 199 étudiants qui affirmaient utiliser les moyens de prévention lors des soins **76,9%** n'utilisaient que les **gants**.

TABLEAU XXXVII : Répartition des étudiants en fonction de la connaissance des moyens de prévention des accidents d'exposition au sang

Moyen de prévention	Oui		Non		Total
	EFF	%	EFF	%	
Eviter le recapuchonnage des aiguilles	118	54,9%	97	45,1%	215
Port systématique de gants	213	99,1%	2	0,9%	215
Lavage /désinfection des mains	188	87,4%	27	12,6%	215
Jeter les aiguilles dans contenu adapté	209	97,2%	6	2,8%	215
Désinfection de surfaces souillées	196	91,2%	19	8,8%	215
Bavettes	154	71,6%	61	28,4%	215
Lunettes	149	69,3%	66	30,7%	215

Le recapuchonnage des aiguilles après injections vaccinales ou thérapeutiques avait été effectué par **45,1%** des étudiants.

TABLEAU XXXVIII : Répartition des étudiants selon la disponibilité des moyens de prévention à leur disposition dans leur service

Disponibilité	Toujours		Souvent		Rarement		Jamais	
	EFF	%	EFF	%	EFF	%	EFF	%
Gants	123	57,2%	73	34,0%	15	7,0%	4	1,9%
Bavettes	40	18,6%	66	30,7%	51	23,7%	58	27,0%
Masques	12	5,6%	25	11,6%	42	19,5%	136	63,3%
Lunettes	8	3,7%	21	9,8%	38	17,7%	148	68,8%
Sac a poubelle	149	69,3%	42	19,5%	12	5,6%	12	5,6%
Eau de javel	91	42,3%	76	35,3%	32	14,9%	16	7,4%
Alcool à 70°	122	56,7%	61	28,4%	15	7,0%	17	7,9%

Parmi les moyens de prévention disponibles les étudiants affirmaient toujours disposer de sacs poubelles dans **69,3%** des cas.

A. Résultats focus group :

Trois entretiens ont été réalisés avec les étudiants de la FMOS de la 2^é année à la 7^è année ; les étudiants ont été répartis de façon hétérogène dans les différents groupes.

Au terme de ces entretiens nous pouvons retenir que pour la :

PREMIERE QUESTION : Quelle formation avez-vous reçu sur le VIH et le SIDA ? Pensez-vous que l'on puisse distinguer cliniquement un malade qui a le SIDA d'un autre ? De quelle manière ?

A part les 2^é et 3^é année qui n'avaient eu aucune formation particulière, le reste des participants avait eu une formation académique ou avait assisté à des forums sur le VIH /SIDA.

Pour la majorité des participants il n'était pas possible d'affirmer qu'un malade était atteint du sida juste par son état clinique ou les signes cliniques qu'il présente.

La minorité était constituée de ceux qui étaient pour l'affirmative ; ceux-là évoquaient le fait que la présence de certains signes comme « une diarrhée chronique, une fièvre au long cours, un sarcome de kaposi ou encore une candidose cutanée chez un sujet très amaigri » pouvait faire affirmer la présence d'un SIDA chez le patient avant toutes autres éventualités (les 7^é et 6^è année avaient donnés plus de signes cliniques que les autres).

DEUXIEME QUESTION : pensez-vous être assez sensibilisé ou informé à l'hôpital sur les risques de contamination du VIH et du SIDA ? Que contiennent souvent ces messages de sensibilisation ? Que pensez-vous que l'on puisse faire pour améliorer cette sensibilisation intra hospitalière du VIH ?

Les deux tiers des participants affirmaient déjà avoir été informés à l'hôpital des risques de contamination du VIH, l'autre tiers disait ne jamais en avoir entendu parler (ceux-ci étant surtout les étudiants de la 2^e et 3^e année).

A la question de savoir ce que contenait souvent ces messages de sensibilisation, malgré que la majorité des étudiants avait affirmé être informée ces derniers le plus souvent n'arrivaient pas à transmettre les messages qu'ils ont retenu de cette sensibilisation. Les raisons évoquées pour cela étaient que la majorité des participants parlait des accidents d'exposition aux liquides contaminant comme le sang entre eux lorsqu'il y avait un cas à l'hôpital et ne pouvait donc pas connaître exactement ce sujet ; d'autres disaient avoir aperçu des affiches à l'hôpital qui parlaient de ces risques mais ne s'étaient pas trop attardé car les affiches étaient souvent « déchirées », ou « mal placées », ou « n'attiraient pas vraiment l'attention ». Les étudiants de la 6^e année et de la 7^e année évoquaient surtout le fait que cette sensibilisation était surtout présente dans les services qui prenaient en charge le VIH comme les services de maladies infectieuses, de médecine interne et de pneumologie et était absente dans presque tous les autres services.

Pour améliorer la sensibilisation intra hospitalière du VIH les propositions avaient été nombreuses : « Etendre la sensibilisation dans tous les services surtout en chirurgie et aux urgences où elle est absente et pourtant c'est là où la plupart des étudiants commencent souvent leur formation en soins infirmiers » ; « Faire des exposés dans les services de temps en temps sur ce thème pour que les étudiants soient mieux sensibilisés » ; « Améliorer et multiplier les sites d'affichages des affiches abordant ce sujet dans l'hôpital » et aussi « d'introduire cette sensibilisation lors des cours à la faculté surtout lors des cours de soins infirmiers pour qu'ils apprennent les meilleurs gestes à faire très tôt ».

TROISIEME QUESTION : En tant qu'étudiant en formation en soins infirmiers/hospitaliers quels sont selon vous dans vos services les gestes de soins les plus fréquents qui font de vous des sujets vulnérables à la contamination du VIH ? Que peut-on faire pour que vous soyez mieux protéger lors des soins ?

Les gestes les plus fréquemment cités par les étudiants sont les « sutures, pansements, injections et intubations ».

Pour améliorer leur protection les étudiants demandaient « la mise à disposition à leur endroit des gants » ce qui n'était pas toujours le cas les obligeant souvent à pratiquer certains soins comme l'examen physique du patient ou les pansements sans moyens de protection, «le renouvellement du matériel de soins comme les porte-aiguilles souvent rouillés ou même absents les amenant à arrêter à mains nues l'aiguille lors des sutures » ,une meilleure supervision de leur prestation par le reste du personnel ; le point a encore été mis sur la sensibilisation par les professeurs lors des stages pour toujours les faire prendre conscience des risques de transmission.

QUATRIEME QUESTION : Pensez-vous nécessaire de mentionner le statut sérologique d'un patient sur la fiche de demande d'examen ? Quelles sont vos raisons ?

Dans l'ensemble et sans prendre en considération le niveau d'étude, les étudiants sont partagés entre ceux qui mentionnent qui étaient majoritaires et ceux qui sont catégoriques sur le fait de ne pas mentionner.

Les étudiants qui disent de mentionner statut sérologique disaient surtout « impératif de mentionner pour les examens ayant un rapport avec des liquides contaminants et non pour tous les examens comme par exemple une échographie ou une radiographie » ;leurs raisons étaient le plus souvent pour que « le laborantin et la personne qui fait le prélèvement prennent encore plus leurs

précautions » malgré que ces derniers doivent être formés sur les méthodes universelles de prévention lors des soins ;certains ajoutaient qu'ils « trouvaient cela nécessaire parce qu'à leur tour ils voudraient être informés du statut sérologique d'un patient avant de faire certains soins ».

Les étudiants qui étaient contre la mention évoquaient la confidentialité et le respect d'autrui ; pour eux « le laborantin et la personne faisant le prélèvement devraient être informés et sensibilisés sur les risques de contamination du VIH et les méthodes de prévention de ces risques pour éviter de stigmatiser les personnes séropositives car ces derniers se trouvent dans le lieu où ils doivent être le plus compris et accepté ».

CINQUIEME QUESTION : Quels sont pour vous les gestes prioritaires à faire lors d'un AES ? Que pensez-vous de la prise en charge des AES au sein du CHU ? Que peut-on faire de plus ?

Les gestes prioritaires les plus cités étaient le lavage de la plaie avec de l'alcool et le lavage à l'eau de javel quelque soit le niveau d'étude ; les étudiants de la 7^e année enrichissaient les réponses en ajoutant qu'il fallait un temps de contact de 5mn avec les produits aseptisant et ensuite faire un test de dépistage du VIH à la victime et au patient source ; cependant un étudiant de la 6^e année ajoutait qu'il « est impératif de pincer la plaie pour évacuer le mauvais sang ».

En ce qui concerne ce que pensent les étudiants sur la prise en charge des accidents d'exposition au sang dans les centres hospitaliers universitaires ,les réponses étaient très divergentes car ces derniers ne maîtrisent pas cela ;encore ici ce ne sont que les étudiants de la 7^e année qui disaient qu'après avoir laver la plaie qu'il faut s'adresser au chef de service ou le médecin de garde pour évaluer le risque de contamination et faire la prise en charge ;les autres donnaient des

réponses comme « après lavage aller au service de maladies infectieuses signaler à un médecin » , « se présenter à la pharmacie de l'hôpital pour expliquer le problème et recevoir la conduite à tenir » ou encore certains disaient ne pas pouvoir se prononcer car ne savent rien de cette prise en charge.

L'amélioration de cette prise en charge selon la majorité des étudiants passait par une meilleure information et sensibilisation sur la conduite à tenir et la prise en charge des accidents d'exposition au sang lorsqu'ils sont en stage et lors des cours académiques.



COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Profil des étudiants

La répartition des étudiants enquêtés les donnait majoritaires au CHU du Point G à 46,5% avec un sexe ratio de 2,07 en faveur du sexe masculin ; la moyenne d'âge de 25,31ans.

Les étudiants en 7^e année étaient les plus nombreux avec 28,4% ce qui pourrait s'expliquer par le fait que ces derniers sont en année de thèse donc sont plus fréquents à l'hôpital.

2. Connaissances relatives au VIH et les risques de transmission

La différence entre un malade séropositif et un malade qui a le sida était reconnu par 81,9% des étudiants mais seulement 39,8% connaissaient vraiment où se situe cette différence ce qui pourrait s'expliquer par le fait que le 1^{er} cycle (2^e et 3^eA) n'a pas une information approfondie sur le VIH/SIIDA.

Seulement 27,9% des étudiants disaient pouvoir diagnostiqué cliniquement un sida d'une autre pathologie, ceci se rapproche des résultats de **D.B TRAORE [10]** qui a trouvé 33,8% chez le personnel de santé ; 65% des étudiants avaient cité en moyenne 3 signes cliniques permettant d'étayer leur diagnostic ce qui est différent des résultats de **D.B TRAORE [10]** qui a trouvé 68,2% du personnel de santé qui citaient au moins 5 signes cliniques ; cette différence pourrait s'expliquer par le fait que l'étude de ce dernier comprenait également des médecins qui étaient plus expérimentés cliniquement que les étudiants et pouvaient donc citer plus de signes.

Les étudiants connaissaient les examens de mise en évidence du VIH dans 60,5% des cas et 55,4% n'avaient cité qu'un seul examen, ce qui se rapproche des résultats de **D.B TRAORE[10]** qui a trouvé chez le personnel de santé 55,4% qui connaissaient les examens de mise en évidence du VIH et 38,5% qui citaient au moins deux examens.

L'information sur les risques de contamination a été faite chez 87,9% des étudiants, la majorité des enquêtés avait été informée par discussion entre collègues à 84,7% , ces résultats sont superposables à ceux de **MOYO DANY [8]** et **D.B TAORE [10]** qui ont trouvé respectivement 76,7% et 75,4% pour la sensibilisation chez le personnel de santé , 77% et 72,3% pour la discussion entre collègues; d'autres moyens ont été employés pour cette information tels que les stages (73%) , les affiches (71,4%), média (65,1%), revue médicale (58,2%), note de service (21,2%), cassettes vidéo (17,5%).

3. Pratiques à risque de transmission

Dans notre étude 84,7% des étudiants pensaient courir un risque contamination lors des soins, ce résultat est comparable avec les études de **SEBBANI M et al [46]** et de **MOYO DANY [8]** qui ont trouvé respectivement 90% des étudiants en médecine qui pensaient courir un risque de contamination lors de leur stage et 96% du personnel de santé qui pensaient courir ce risque.

Le principal facteur favorisant les risques de transmission intra hospitalière du VIH était le non-respect des règles et moyens de prévention à 96,3%, ceci est comparables aux résultats de **MOYO DANY [8]** et **D.B TRAORE [10]** qui ont trouvé respectivement 91,6% et 95,4% chez l'ensemble du personnel de santé; les autres facteurs étaient la précipitation (76,7%) et le manque d'attention (84,7%).

Les étudiants enquêtés avaient été exposés au sang à 57,2%. Ces résultats étaient semblables avec une enquête du **GERES** auprès de 665 étudiants en médecine qui a rapporté que près de 50% des étudiants en médecine ont été exposés aux liquides contaminants à la fin de la 3^e année d'étude et avec l'étude de **A.DAOU [9]** qui a trouvé 50% d'AES chez les étudiants en médecine au CHU du Point G ; ils sont supérieurs à ceux de **D.B TRAORE [10]** qui a trouvé 33,3% d'AES chez les étudiants en médecine et dans l'étude de **O.**

Meunier et al [48] qui a trouvé 30% des étudiants en médecine qui avaient déclaré avoir été victimes d'un AES à l'occasion des soins qu'ils donnaient lors d'un stage clinique. Les piqures constituaient le premier type d'exposition avec 65,9% suivies des projections sur les muqueuses à 38,2% et les blessures avec objets tranchants à 21,1% ; ce qui concorde avec les études de **BOUVET et al [49]** et **MOYO DANY [8]** qui ont trouvé respectivement que les AES étaient dus aux piqures dans 50-90% et dans 73,9% des cas.

La conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang semblait être assez connue par les étudiants. L'utilisation prioritaire de l'eau de javel était notée à 80%, avec 80% des étudiants qui estimaient qu'il fallait déclarer l'AES dans les 48 heures ; parallèlement 34,4% ne connaissent pas la personne référent en cas d'AES. Ces résultats sont semblables à ceux de l'étude de **A.GZARA et al [50]** qui a trouvé que dans respectivement 84% et 82% le personnel de santé utilisait de l'eau de javel et trouvait nécessaire de déclarer l'AES ; aussi 70% du personnel de santé dans son étude ne savait pas la procédure de déclaration ; **MOYO DANY [8]** a trouvé dans son étude un taux de 64,1% d'affirmation de déclaration chez les étudiants en médecine victime d'AES. Le **GERES** recommande de ne pas faire saigner la plaie à cause de l'accroissement du passage de l'inoculum dans la circulation générale [52] cependant cette pratique était de 15,8% dans notre étude, un peu plus bas dans l'étude de **A GZARA et al [50]** qui a trouvé 8% chez le personnel soignant qui faisait saignée la plaie. Ces résultats sont inférieurs à ceux de **MOYO DANY [8]** qui a trouvé 28,3% des étudiants en médecine qui faisaient saigner la plaie ; cependant un accent devrait encore être mis sur la sensibilisation pour permettre une meilleure information sur la conduite à tenir lors des accidents d'exposition au sang. Les étudiants semblaient connaître le bilan initial lors d'un accident d'exposition en particulier la sérologie car ces derniers disaient devoir faire la sérologie VIH à 76,3% avec un taux d'acceptabilité du test de dépistage à 94,4%.

Une insuffisance dans la connaissance des moyens de prévention des AES avait été relevé car même si le port des gants était cité à 99,1% ,le recapuchonnage des aiguilles après utilisation qui est proscrit reste une pratique courante ,il était effectué par 45,1% des étudiants de notre étude. Ceci pourrait être du fait de son utilisation répétée chez le même patient et qu'il soit nécessaire de recouvrir l'aiguille après chaque utilisation .Ces résultats sont semblables à ceux de **O. Meunier et al [48]** qui a trouvé que 67% des étudiants recapuchonnaient « toujours »ou « souvent » les aiguilles avant de les éliminer, et ceux de **A GZARA [50]** qui a trouvé que 58% du personnel recapuchonnaient . Ils sont supérieurs à ceux de **D.B TRAORE[10]** qui a trouvé 26,1% chez le personnel soignant .

Une formation spécifique réduirait le recapuchonnage de respectivement 17% et 24% selon **BOUVET** et **LERT [51]** ; 92,6% des étudiants utilisaient des moyens de prévention lors des soins avec près de 100% qui utilisaient des gants ce qui est semblable avec l'étude de **SEBBANI et al [46]**qui a trouvé une utilisation de près de 90% des gants chez les étudiants en médecine lors des actes invasifs .Cependant le constat est que les gants n'étaient toujours disponibles que dans 57,2% des cas dans les services. Concernant les moyens d'inactivation du VIH, ils étaient connus par 41,4% des étudiants et 52,8% avaient cité la décontamination comme moyen d'inactivation.

4. Attitudes des étudiants vis-à-vis des malades du sida et PVVIH

Dans notre étude cent quinze étudiants (115) soit 53,5% déclaraient avoir déjà pris en charge un séropositif; ces résultats sont inférieurs à ceux de **MOYO DANY [8]** qui a trouvé 83,6% , ceci pourrait être le fait que son étude comportait une population élevée en plus des étudiants capables de faire la prise en charge, il y'avait les médecins et infirmiers .Cependant l'attitude des étudiants envers les PVVIH et les malades du sida ne varie guère avec le reste du personnel ;notre étude avait retrouvé que 23,7% des étudiants demandaient

systématiquement la sérologie VIH aux patients hospitalisés, 1,9% disaient isoler les patients séropositif des autres patients; ces résultats sont semblables à ceux de **MOYO DANY [8]** qui a trouvé respectivement 34,5% et 1,4% du personnel qui demandaient systématiquement la sérologie VIH et ceux qui disaient isoler les patients .Ces résultats sont inférieurs à ceux d'**HOSSINI et al [53]** qui a trouvé 67,2% du personnel de santé qui demandaient systématiquement la sérologie VIH et 46,6% qui isoleraient les patients séropositifs ;cette différence intervient peut être dans le fait que **HOSSINI** a interrogé le personnel de soutien qui n'est pas qualifié dans la prise en charge des séropositifs ; la discrimination et la stigmatisation des PVVIH pouvaient être ressentie dans notre étude avec 19,5% des étudiants qui avaient des réticences a dispenser les soins aux patients séropositifs et 35,9% des étudiants qui mentionnaient le statut état sérologique du patient sur la fiche de demande d'examen .On peut superposer ces résultats à ceux de l'étude de **MOYO DANY [8]** qui a trouvé 28,3% des étudiants en médecine qui avaient des réticences à donner des soins aux malades du sida et 33,9% de l'ensemble du personnel de santé qui mentionnaient le statut sérologique des patients ;ces résultats sont inférieurs à ceux de l'étude de **D.B TRAORE [10]** qui a trouvé 63,1% du personnel de santé qui mentionnaient le statut sérologique .

Concernant la formation en *counselling* 49,1% ne l'avaient pas reçu et pourtant 68,8% pensaient que cela est nécessaire avant le test de dépistage.



CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

1. Conclusion

De notre étude qui a porté sur les pratiques et attitudes des étudiants de la FMOS reliées aux risques de transmission professionnelle du VIH en milieu hospitalier universitaire nous pouvons retenir que :

- le taux de participation des étudiants était approximativement de 90%.
- les étudiants de la 7^e année étaient les plus représentés.
- la sensibilisation sur les risques de transmission intra hospitalière du VIH avait été faite chez 87,9% des étudiants, la discussion entre collègues étant la méthode la plus utilisée à 84,7%.
- les injections et les pansements étaient les gestes faits et considérés comme les plus à risque par les étudiants à 98,1%.
- le statut sérologique du patient était mentionné sur la fiche de demande d'examen par 34,9% des étudiants.
- les étudiants avaient été exposés au sang à 57,2%.
- les piqûres étaient les modes d'exposition les plus représentés à 65,9%.
- la saignée de la plaie était faite par 16,3% des étudiants.
- l'eau de javel était le moyen aseptisant le plus utilisé à 80,5% en cas d'AES.
- le recapuchonnage des aiguilles après utilisation vaccinales et thérapeutiques était effectué par 45,1% des étudiants.

2. Recommandations

Au terme de notre étude, nous avons formulé les recommandations suivantes à l'endroit :

➤ **Des responsables administratifs des CHU du point G, de Gabriel Touré et d'odontostomatologie**

Développer les programmes d'IEC sur les AES :

- En mettant en place un dispositif de prise en charge des AES comportant les premiers soins à faire en urgence lors d'un AES (lavage, antiseptique...).
- En désignant le médecin référent à contacter immédiatement pour l'évaluation du risque, conseil et prophylaxie.
- En multipliant et étendant les sites d'affichages sur la conduite à tenir en cas d'AES dans tous les services.
- En actualisant les informations sur la tenue d'un cahier d'enregistrement de tous les AES dans les différents services.

➤ **De nos formateurs académiques et hospitaliers**

Mettre un accent sur la formation et l'information des étudiants sur la problématique des AES lors des stages et lors des cours à la faculté pour améliorer la sécurité de l'ensemble des gestes à risque.

➤ **Des étudiants stagiaires**

- Ne pas minimiser les risques de contamination intra hospitalière du VIH lors des stages quelque soit l'état clinique du patient.
- Se renseigner sur les procédures de déclaration des AES ainsi que les règles de précaution universelle et essayer de les appliquer le plus possible.
- Éviter de pratiquer des gestes à risque sans moyens de protection.
- Faire plus attention au moment des soins.
- Informer le responsable en cas d'AES.



ANNEXES

VIII. ANNEXES

Annexe 1 : REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Pr Olivier Bouchaud, Pr Cheikh Tidiane Ndour ,

Prise en charge globale du VIH *dans les pays à ressources limitées* ; Guide de formation à l'usage des paramédicaux module 1, 2, 10 ; p 23, 49, 237 ,Éditions Doin France 2011

2. Scheeberger.C., Pernet.M., Montagnier.L, Rozenboum.W.,

Personnel de santé face à l'infection VIH : Transmission du VIH et risques professionnels, Jean Claude Glucman dans Sida et infection par le VIH. 1989 Flammarion p 512-522.

3. Maast E.E, Alter M J,

"Prevention of hepatitis B, virus infection among health care workers", pp 295- 307p.

4. Duthie R et al

« Problems in management of health care workers exposed to HBc ag positive body fluids », J hosp.infect, 1994; 26: 129-32.

5. Heptonstall J, Porter K, Gill O.N;

"Occupational HIV: Summary of published reports", London: Public Health Laboratory Services for Communicable Disease Surveillance Center (PHLS), Dec 1995.

<http://www.eurosurveillance.org/em/v04n03/0403-221.asp> le 10-02-07

6. M M W R Morns

"Case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposures to HIV infected blood- France, United Kingdom and

United States, January 1988 August 1994", mortal wkly rep 1995; 44(50): 929-933.

7. Dupeyron C,

Infection nosocomiale, Créteil France. Numero 139, Fevrier 1999.

<http://www.documentation.ledamed.org/IMG/html/doc-10815.html>

8. MOYO DANY,

Étude sur les risques de transmission professionnelle du VIH-SIDA à l'hôpital du point G.

Thèse Med, Bamako, 2006; No 185, 95p.

9. A .DAOU,

Evaluation des accidents d'exposition au sang chez le Personnel de santé au CHU du Point G.

Thèse Méd, Bamako, 2008 ; No599, 59p.

10. D.B TRAORE,

Accident d'exposition au sang (CAS VIH/SIDA) chez le personnel sanitaire de la Commune V du district de Bamako.

Thèse Méd, Bamako, 2008; No12, 83p.

11. SIDY CAMARA

Evaluation des AES, chez le personnel de santé au csref C IV (risque de transmission professionnel du VIH/SIDA).

These med, Bamako ,2010 ;N°522,63P.

12. Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé

(CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce (DNSI/MEIC) et Macro International Inc. 2007. *Enquête Démographique et de Santé du*

Mali 2006. Calverton, Maryland, USA : CPS/DNSI et Macro International Inc. :chap 14,p 241-252.

13.ISBS 2006, CSLS-MS

14.GILLES FERREOL,

Dictionnaire de sociologie, 2002, p6.

15.GERSHON RRM, KARKASHIAN FELKNOR C.

Universal precaution: an update. *Heart Lung* 1994 ; 23 : P 352 – 358 .

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

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

17.AIKEN LH, SLOANE DM, KLOCINSKI JL.

Hospital occupational exposure to blood: Prospective, retrospective and Institutional reports. *Am Public health* 1997; 87: P 103-107

18.BELL DM, GERBEDING JL.

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

19.BARRE SINOUSI F.

Les VIH, rappel virologique : Impact médecin-Guide infection à VIH, 2001 ; P 79-85.

20. PRÜSS-ÜSTÜN A, RAPITI E, UTIN Y.

Estimation of the global burden disease attributable to contaminated sharps injuries among health_care workers. *Am J Ind Med* 2005; 48: 482-90.

21.TARANTOLA A, KOUMARE A, RACHLINE A, et Coll.

A descriptive, retrospective study of 567 accidental blood exposures in healthcare workers in three west African countries. *J Hosp Infect* 2005 ; 60 : 276-82.

22. Directives conjointes OIT/OMS sur les services de santé et le VIH/SIDA, 2005 – 62.

23. Weiss HA.

How does HIV cause AIDS? *Science*, 1993, 260, 1273-9.

24. Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Pneumocystis pneumonia. *MMWR*, 1981, 30, 250p.

25. MOUITY. M'BOUMBA. GA ,

Connaissances, attitudes et comportements du personnel soignant vis-à-vis du VIH, VHB, VHC à Libreville.

Thèse de doctorat en médecine ; 2005

26. A. Tarantola, A. Koumaré, A. Rachline, P.S. Sow, M.B. Diallo, S. Doumbia, C. Aka, E. Ehui, G. Brücker, E. Bouvet, the Groupe d'Etude des Risques d'Exposition des Soignants aux agents infectieux (GERES).

A descriptive, retrospective study of 567 accidental blood exposures in healthcare workers in three West African countries; *J Hosp Infect* 2005;60:276-82

27. Maladies infectieuses « le popi »,

Guide de traitement, 6^{ème} édition, Paris, 1999, 30 : 170-73

28. 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.

29- TUBIANA. R, BRUCKER .G,

Expositions accidentelles au VIH : prévention des risques professionnelles et règles de désinfection; éd Doin, 2004: p 591-605.

30-T R Harrison,

Principes de médecine interne, 5^{ème} édition française, Paris, 1995 ; 1410p.

31-Anon.Neediestick ,

Transmission of HTLV III from a patient infected in Africa. *Lancet* 1984; 2(3416): 1376-77.

32-J.-P CASSUTO A. PESCE, J.-F. QUARANTA

infection par le VIH et SIDA 3^e édition, Masson, Paris, 1996 ; 298p.

33-Favero MS et al ,

“hepatitis B antigen on environmental surface”,*lancet* , 2 ,1973;1455

34-Dr Jérôme SALOMON,

praticien hospitalier des maladies infectieuses, réanimation urgence, la collection Hippocrate, Epreuves Classantes Nationales, Exposition accidentelle au sang: conduite à tenir,

www.laconferencehippocrate.com le 04-04-07.

35- 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.

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

Infection VIH. Mémento thérapeutique. Paris : Ed doin 2005.

37-BOUVET .E,

Sexual practices and transmission of HAV and HCV. *Surveilleur*, 2005, 10: 74

38-MINISTERE DE LA SANTE,

Competences en counselling en matière de VIH/SIDA ,Manuel de reference Aout 2006,P98-101.

39-HR Gelderblom,

Fine structure of HIV and SIV.iHIV Sequence Database. URL : <http://hiv-web.lanl.gov> le 10- 02- 08.

40-BELEC .L ,

Transmission sexuelle de l'infection par le VIH.Paris: John Libbey Eurotext, 2007, 654 p.

41-BOILY M., BAGGALEY R.-F., WANG L., et al.,

Heterosexual risk of HIV-1 infection per sexual act: systematic review and meta-analysis of observational studies.Lancet Infect Dis, Fevrier 2009,9 (2) :29-118.

42-DNS, DPM, PNLS et du CESAC ,

Manuel de référence :Compétence en counseling en matière de VIH/SIDA axées sur la **PTME**. UNICEF MALI, septembre 2003

43- FONQUERNIE L., COSTAGLIOLA D., GIRARD P.M.,

Classifications et facteurs prévisionnels d'évolution de l'infection VIH-1 chez l'adulte.7e ed. Doin, 2007, 54-63.

44- GHOSN J. ,GIRARD P.-M., KATLAMA C., PIALOUX G.,

VIH et prevention ;7e ed. Doin, 2007, 166-170.

45- CLAVEL (Françoise),

«les traitements anti viraux permettent ils d'espérer une éradication de l'infection par le VIH» in médecine-sciences no 10, Masson, 1997, 13 ; 1229p .

46-Sebbani.M, Adarmouch.L,Charif .F, Amine .M,

Connaissances, attitudes et pratiques des étudiants en médecine a la faculté de médecine de Marrakech ; 2009-2010

47-O'Neill T.M,Abbott A.V , Radecki S.E ,

Risk of needlesticks and occupational exposures among residents and medical students ,1992.Arch Intern Med 152:1451-1456.

48- 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.

49-Bouvet E, Ehui E, Abiteboul D, Adehossi E, Descamps JM, Fayomi B et al.

Prévention et prise en charge des AES. Manuel pratique. Paris, 2008 .

50-GZARA.A, TRIKI.D, ABDELLAH.K, DALY.M.N, BEN GHACHEM.T, KHOUMI.H, BELGAGEM.B, HAMZA .R,

Enquête « Connaissances –attitudes-pratiques » sur les AES dans les structures de premières lignes a tunis, Rev Tun infectiol, Oct 2008, vol 2, n°4, 10-17

51-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.

52-Groupe d'Etude sur les Risques d'Exposition des Soignants aux agents infectieux (GERES),

Prévention et prise en charge des AES , manuel pratique, 2008 :67-75.

Annexe 2 : FICHE DE RECUEIL DE DONNEES

FICHE D'ENQUETE

Bonjour chers collègues. Dans le cadre de notre formation à la faculté de médecine et d'odontostomatologie(FMOS), chaque étudiant doit élaborer une thèse de fin d'étude. C'est dans cette perspective, que nous effectuons cette étude dont le thème est : « Pratiques et attitudes des étudiants de la FMOS reliées aux risques de transmission professionnelle du VIH en milieu hospitalier universitaire». Vos réponses seront d'un grand apport pour la rédaction de cette thèse. Nous vous rassurons que la confidentialité et l'anonymat des vos informations seront garanties. Nous vous promettons aussi les résultats de notre étude. Merci de faire vôtre, notre travail.

1-DATE / ____ / ____ / ____ / ____ **2-N° DE LA FICHE** _____.

3-CHU/ ____ / 1=Point G 2= Gabriel TOURE 3=Odontostomatologie

I-Identification de l'enquêté

4-Age / ____ / ans

5-Sexe / ____ / 1=Féminin 2= Masculin

6-Niveau d'étude / ____ / 1=2^{ième} A ; 2=3^{ième} A ; 3=4^{ième} A ; 4=5^{ième} A ;
5=6^{ième} A ; 6= 7^{ième} A

II-Ojectif1 : Niveau de connaissances sur les risques liés à la transmission professionnelle du VIH

7-Y a-t-il une différence entre un malade séropositif et un malade du SIDA ?

/ ____ / 1=oui 2= non

8-Justifier votre réponse _____

9- Peut-on cliniquement affirmer qu'un malade a le sida ?

/ ____ / 1=oui 2= non

10-Si oui, quels sont les signes déterminants : _____

11-Connaissez-vous les examens de mise en évidence du VIH ? / ____ /

1=Oui 2=Non

12-Si oui, lesquels : _____

13-Avez-vous déjà été informés ou sensibilisés sur le risque de contamination

intra hospitalière du VIH ? / ____ / 1=oui 2= non

14-Si oui, de quelle manière ?

1. Affiche / ____ / 1=oui 2= non

2. Revue médicale/ ____ / 1=oui 2= non

3. Discussion entre collègue/ ____ / 1=oui 2= non

4. Note de service/ ____ / 1=oui 2= non

5. Stage / ____ / 1=oui 2= non

6. Casette vidéo/_____/ 1=oui 2= non

7. Media/_____/ 1=oui 2= non

15- En tant que personnel soignant pensez-vous être sujet à risque pour la transmission du VIH ? /_____/ 1=oui 2=non

III-Objectifs2 : Pratiques professionnelles à risque

16-Quels sont les gestes de soins à risque de transmission du VIH/SIDA en milieu médical ?

1. Injections ou pansements/_____/ 1=oui 2= non

2. Interventions chirurgicales/_____/ 1=oui 2= non

3. Changements de la literie du patient/_____/ 1=oui 2= non

4. Simple contact/_____/ 1=oui 2= non

5. Contact avec les liquides de sécrétion du patient/_____/

1=oui 2= non

17-Selon vous quelles sont les causes favorisantes l'exposition au risque de transmission ?

1. Manque de moyen de prévention/_____/ 1=oui 2= non

2. Précipitation /_____/ 1=oui 2= non

3. Manque d'attention/_____/ 1=oui 2= non

4. Non respect de moyens et des règles de prévention /_____/ 1=oui 2=non

18- Utilisez-vous des moyens de protection lors de soins ? /_____/

1=oui 2=non

19-Si oui lesquels ? _____

20-Connaissez-vous les moyens d'inactivation du VIH ? / ____ /

1=oui 2= non

21-Si oui lesquels ? _____

III-Objectif 3 : Attitudes des étudiants face à un patient séropositif ou malade du SIDA

22-Avez-vous déjà pris en charge un patient séropositif ? / ____ /

1=oui 2=non

23-Demandez- vous systématiquement une sérologie VIH ? / ____ /

1=oui 2=non

24-Si oui avez-vous eu une formation en *counseling* ? / ____ /

1=oui 2= non

25-Si oui avez-vous fait le *counseling* pré-test ? / ____ /

1=oui 2= non

26-Pensez-vous que le *counseling* soit nécessaire pour un test de dépistage ?

/ ____ / 1=oui 2=non 3=ne sait pas

27-Pensez-vous qu'un patient séropositif,

1. Doit être isolé des autres malades/ ____ / 1=oui 2= non

2. Devrait avoir un temps d'écoute plus long que les autres patients / ____ /

1=oui 2= non

3. Doit bénéficier de moins d'examens corporels pour éviter les risques de transmission / _____ / 1=oui 2= non

28-Mentionnez-vous l'état sérologique du patient sur la fiche de demande d'examen ? / _____ / 1=oui 2=non

29-Avez-vous des réticences à dispenser les traitements, soins et médicaments aux patients séropositifs ? / _____ / 1=oui 2= non

30-Si un membre de la famille de votre patient séropositif vous demande le statut sérologique de celui-ci, lui donnerez vous les résultats ? / _____ /

1=oui 2=non

IV-Objectifs 4 : Attitudes des étudiants en cas d'accident d'exposition au sang

31-Avez-vous déjà été exposé au sang ? / _____ / 1=oui 2=non

32-Si oui, de quelle manière ?

1. Piqure / _____ / 1=oui 2=non

2. Blessure / _____ / 1=oui 2=non

3. Projection sur les muqueuses / _____ / 1=oui 2=non

33-En cas d'accident d'exposition au sang, que faites-vous ?

1. Faire saigner / _____ / 1=oui 2= non

2. Sérologie VIH / _____ / 1=oui 2= non

3. Alcool a 70% / _____ / 1=oui 2= non

4. Laver a l'eau de javel / _____ / 1=oui 2= non

5. Laver avec du savon / _____ / 1=oui 2= non

6. Déclaration de l'accident dans les 48h / _____ / 1=oui 2= non

34-La prise en charge de l'AES devrait être pratiquée par qui ?

35-Parmi les règles de prévention des accidents d'exposition au sang on peut citer ?

1. Eviter le recapuchonnage des aiguilles après injections vaccinales ou

thérapeutiques/_____/1=oui 2= non

2. Port systématique des gants lors de tout acte des soins /_____/

1=oui 2= non

3. Lavage et/ou désinfection des mains/_____/ 1=oui 2= non

4. Jeter les aiguilles dans un contenu adapté/_____/1=oui 2= non

5. Désinfection des surfaces souillées/_____/ 1=oui 2= non

6. Les bavettes /_____/ 1=oui 2= non

7. Les lunettes/_____/ 1=oui 2= non

36-Les moyens de prévention suivant sont-ils à votre disposition dans votre service ? /_____/ 1=toujours 2=souvent 3=rarement 4=jamais

Gants /_____/ Bavettes /_____/ Masques/_____/

Lunettes /_____/ Sac à poubelles/_____/ Eau de javel/_____/

Alcool à 70°/_____/

37-En cas d'AES faut-il un test de dépistage du VIH chez les deux personnes concernées avant la prise en charge antirétrovirale ? /_____/

1=oui 2=non

38-Si oui, seriez-vous d'accord pour faire le test de dépistage ? /_____/

1=oui

2=non

39-Si non, pourquoi ?

—

—

Annexe 3 : GUIDE D'ENTRETIEN FOCUS GROUP

1-Quelle formation avez-vous reçu sur le VIH et le SIDA ? Pensez-vous que l'on puisse distinguer cliniquement un malade qui a le SIDA d'un autre ? Justifier votre réponse !

2-Pensez-vous être assez sensibilisé ou informé à l'hôpital sur les risques de contamination du VIH et du SIDA ? Que contiennent souvent ces messages de sensibilisation ? Que peut-on faire pour améliorer cette sensibilisation intra hospitalière du VIH ?

3-En tant qu'étudiant en soins infirmiers/hospitaliers, quels sont les gestes de soins les plus fréquents qui font de vous des sujets vulnérables à la contamination du VIH ? Que peut-on faire pour que vous soyez mieux protégés lors des soins ?

4-Pensez-vous nécessaire de mentionner le statut sérologique d'un patient sur la fiche de demande d'examen ? Quelles sont vos raisons ?

5-Quels sont pour vous les gestes prioritaires à faire lors d'un AES ? Que pensez-vous de la prise en charge des AES au sein du CHU ? Que peut-on faire de plus ?

Avez-vous des questions ou d'autres commentaires ?

C'est la fin de l'entretien, je vous remercie de votre disponibilité !

FICHE SIGNALÉTIQUE

Noms : LOMBO ZE MVONDO

Prénoms : Françoise Natalie

Titre de la thèse : Pratiques et attitudes des étudiants de la FMOS reliées au risque de transmission professionnelle du VIH en milieu hospitalier universitaire : cas des CHU du Point-G, de Gabriel Touré et d'odontostomatologie

Année universitaire : 2012-2013

Lieu de soutenance : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie Bamako – Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Santé publique, Maladies infectieuses et tropicales

Adresse électronique : natalyze@yahoo.fr

Résumé

Les étudiants stagiaires courent des risques de transmission du VIH au cours des soins médicaux ; l'objectif de ce travail était d'étudier les pratiques et les attitudes face au VIH, au SIDA et à ces risques de transmission professionnelle chez les étudiants de la FMOS en stage dans les CHU du point G, de Gabriel Touré et d'odontostomatologie. Pour atteindre cet objectif une enquête transversale a été conduite de la période de 04 Avril au 17 Juin 2013.

Nous avons inclus tous les étudiants stagiaires des CHU du point G, Gabriel Touré et odontostomatologie rencontrés dans les différents services lors de nos passages qui ont accepté de répondre à nos questions; au total 215 étudiants avaient été interrogés.

Résultats : les étudiants de la 7^è année étaient les plus représentés de notre échantillon ; 87,9% ont été sensibilisé sur les risques de contamination intra hospitalière du VIH, 92,6% utilisent des moyens de prévention lors des soins. La majorité (98,1%) disait ne pas isoler les patients séropositifs des autres malades et parallèlement 34,9% mentionnaient le statut sérologique du patient sur la fiche de demande d'examen.

Les étudiants sont fréquemment exposés au sang, 57,2% d'entre eux ont été victime d'un AES lors des soins au cours d'un stage clinique. Le type de survenue des AES était la piqure avec 65,9% ; sur la conduite à tenir en cas d'AES 80,5% affirmaient laver à l'eau de javel ; un médecin quelconque du service était la personne référent la plus citée (23,3%) pour la déclaration en cas d'AES.

Le recapuchonnage des aiguilles était encore trop souvent effectué par les étudiants (45,1%).

Mots clés : transmission professionnelle, étudiants, VIH, médecine, odontostomatologie, AES.

IDENTIFICATION SHEET

Name: LOMBO ZE MVONDO

Surname : Françoise Natalie

Thesis' title: FMOS student's habits and attitudes related to the professional transmission of HIV in teaching hospital: Cases of CHU Point G, Gabriel Toure and Odontostomatology.

Academic year: 2012-2013

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: public health, Infectious and Tropical diseases

Email: natalyze@yahoo.fr

Summary

Study of the habits and attitudes in front of HIV, AIDS and professional risks of transmissions of this disease to FMOS students on intern shipat CHU Point G, Gabriel Toure and odontostomatology.

Method: It is a transversal investigation during the period from the 4th April to the 17th June 2013

Results: 7th year students were the most represented in our study ; 87,9% were sensibilised on the risks of HIV contamination's during internship, 92,6% of

these students state that they do prevent during nursing. The majority of students (98,1%) state not to isolate seropositive patients from other patients, and 34,9% of students mention the serology statue of the patient on the examinations sheet.

Students are frequently exposed to blood, 52,7% of them are victims of accidental blood exposure during nursing in their internship. The survenue of the accidental blood exposure was at 65,9% via stings ; on the actions took just after blood exposure, 80,5% state that hand washing by javel was done; A Medical Doctor in the concerned department was the most help full referring (23,3%) during a accidental blood exposure.

Needlere caping is still done by students (45,1%).

Key Words: Professional transmission, students, HIV, medicine, odontostomatology, accidental blood exposure.

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !