

LIVRE DES ABSTRACTS



3^{ÈME} COLLOQUE GERES EN AFRIQUE

RISQUE INFECTIEUX : SÉCURITÉ DES SOIGNANTS ET QUALITÉ DES SOINS



10 ET 11 NOVEMBRE 2016
HÔTEL GOLDEN TULIP FARAH
CASABLANCA, MAROC



GERES

GROUPE D'ÉTUDE SUR LE RISQUE
D'EXPOSITION DES SOIGNANTS
aux agents infectieux



EXPERTISE
FRANCE

www.geres.org



3^{ÈME} COLLOQUE GERES EN AFRIQUE RISQUE INFECTIEUX : SÉCURITÉ DES SOIGNANTS ET QUALITE DES SOINS

10 et 11 NOVEMBRE 2016, CASABLANCA, MAROC

CONTEXTE

Depuis 1991, le **GERES** se consacre à l'amélioration de la sécurité des soins et à la protection du personnel soignant face à l'exposition aux agents infectieux, y compris sur le continent africain. Il a ainsi organisé 2 colloques francophones sur la prévention du risque infectieux des soignants, à Cotonou en 2008 et à Lomé en 2012. A l'issue des 2 colloques, des recommandations ont été établies à l'attention des décideurs politiques, gestionnaires et professionnels de santé.

L'épidémie récente d'Ebola en Afrique de l'Ouest a souligné la nécessité pour les soignants de prendre des mesures de prévention adaptées. D'autres agents infectieux (VIH, VHB, VHC, Tuberculose...) représentent également au quotidien des risques importants pour les soignants. Ceux-ci peuvent être moteurs dans la mise en œuvre d'une politique de prévention de ces risques professionnels, qui doit s'inscrire dans une démarche nécessaire de renforcement de l'hygiène hospitalière.

Le GERES poursuit ainsi la promotion de la protection des soignants vis-à-vis des risques infectieux en organisant un 3^{ème} colloque francophone à l'hôtel Golden Tulip Farah de Casablanca au Maroc.

OBJECTIFS

- Réunir et mobiliser les soignants africains en un réseau pluridisciplinaire de partage d'expérience sur le thème de la protection vis-à-vis des risques infectieux
- Créer une dynamique de prévention des risques infectieux et d'amélioration de l'hygiène en milieux de soins
- Stimuler la recherche et l'innovation pour maîtriser la transmission intra-hospitalière des agents infectieux lors des soins
- Plaider pour l'adoption de cadres juridique et réglementaire pour la protection des soignants
- Présenter un guide pratique Protection des soignants vis-à-vis des risques infectieux en milieu de soins

PUBLICS

- Professionnels de santé (secteurs public, privé), des Pays du Maghreb et d'Afrique francophone
- Responsable des structures de santé, Médecins impliqués en Hygiène, Infectiologues, Biologistes
- Gestionnaires de risques
- Médecins et infirmiers de Santé au travail
- Représentants institutionnels, associatifs et des ONG dans ces pays

GERES - Association sans but lucratif déclarée conformément à la loi du 1^{er} juillet 1901

Université Paris Diderot - UFR de Médecine site Bichat - 16 rue Henri Huchard
-75890 PARIS Cedex 18

Tél : +33 1 57 27 78 70 – Fax : +33 1 57 27 77 01

E-mail : colloque2016.casa@geres.org – Site web : www.geres.org

3^{ÈME} COLLOQUE GERES EN AFRIQUE RISQUE INFECTIEUX : SÉCURITÉ DES SOIGNANTS ET QUALITÉ DES SOINS

10 et 11 NOVEMBRE 2016, CASABLANCA, MAROC

PROGRAMME

Jeudi 10 novembre 2016

08H30 : Accueil des participants

09H00 – 10H00 : Session plénière 1 - Epidémiologie des risques infectieux chez les personnels de santé

Modérateurs : Pr Hakima Himmich (Maroc), Pr Elisabeth Bouvet (France)

- Risques infectieux : VIH, Hépatites B et C et Tuberculose :
 - Données générales/Monde : Dr Dominique Abiteboul (France)
 - Données Afrique Nord et Sud : Pr Bennaceur Benali (Maroc)
 - Pathogènes émergents : Le constat après l'épidémie d'Ebola. Dr François L'Héritau (France)
- Discussion

10H00 - 10H30 : Pause, visite des stands et espace Posters

10H30 - 12H00 : Session plénière 2 - Intérêt des innovations diagnostiques et thérapeutiques dans la réduction des risques infectieux chez les soignants

Modérateurs : Pr Abdelfattah Chakib (Maroc), Pr Elisabeth Rouveix (France)

- Apport des nouvelles technologies (Diagnostic moléculaire) : Pr Khalid Zerouali (Maroc)
 - TROD et IGRA : Dr Laurent Raskine (France)
 - Apport des nouvelles stratégies thérapeutiques (TASP VIH et VHC, PrEP) : Dr Pierre de Truchis (France)
 - Apport des traitements post exposition (TPE) : Pr Kamal Marharoum El Filali (Maroc)
 - Vaccination Ebola - Quelle(s) stratégie(s) vaccinale(s) chez les soignants ? Dr Abdou Habib Beavogi (Guinée)
- Discussion

12H00- 14H00 : Déjeuner Buffet

14H00- 15H30 : Session plénière 3 - Outils d'information/formation

Modérateurs : Pr Elisabeth Bouvet (France), Pr Mohamed Benbachir (Maroc)

- Formations en ligne : e-learning
 - o AES (Expertise France/Geres) : Gérard Pellissier (France)
 - o Film sur les masques jetables (INRS) : Isabelle Lolom (France)
 - o Gestions des déchets : Pr Mohamed Benbachir (Maroc)
- Discussion
- Guides :
 - o Surveillance du personnel soignant (ICOH-CIST) : Dr Imane El Amri (Maroc)
 - o Présentation du Guide « Protection des soignants vis-à-vis des risques infectieux en milieux de soins » : Laura Di Trapani (France)
 - Présentation du DU d'Hygiène Hospitalière, Casablanca (cible : Pays d'Afrique de l'Ouest) : Pr Houcine Barrou (Maroc)
- Discussion

15H30 -17H00 : Ateliers 1 à 4 (au choix) - Maladies transmissibles et personnel soignant : « du risque à la prévention »

- Atelier 1 : Prévention du risque Ebola : Dr Abdou Habib Beavogi (Guinée), Dr François L'Héritau (France),
- Atelier 2 : Prévention des AES (matériels de sécurité : sécurisation du prélèvement veineux, stratégie d'implantation) : Mohamed Ouhadous (Maroc), Isabelle Lolom, (France), Hama Diaouga (Niger)
- Atelier 3 : Tuberculose : Dr Moussa Sahada Saley (Niger), Dr Laurent Raskine (France), John Blatomé (Togo), Dr Mohammed Youbi (Maroc)
- Atelier 4 : Vaccination VHB : Dr Boubacar Madougou (Niger), Pr Marie-Caroline Meyohas (France), Pr Abdelfattah Chakib (Maroc)



Vendredi 11 novembre 2016

08H30 - 09h00 : Les points forts de la journée du 10 novembre

09H00 - 10H30 : **Session Plénière 4 - Aspects organisationnels et juridiques**

Modérateurs : *Dr Nejoua Belkaab (Maroc), Dr Anne Carbonne (France)*

- Etat des lieux des politiques nationales visant à la sécurité des personnels de santé : *Me Thierry Casagrande (France)*
- Mise en place d'une politique de prévention dans les établissements de santé : *Dr Anne Carbonne (France)*
- Organisation des soins et des pratiques : CLIN/Comité d'hygiène et prévention des risques infectieux des personnels : *Pr Moussa Koulibaly (Guinée)*
- La notification des événements indésirables : levier d'amélioration de la sécurité des patients : *Dr Nejoua Belkaab (Maroc)*
- Dispositifs d'indemnisation et de prise en charge des personnels face aux risques d'infections : *Pr Abdeljalil El Kholti (Maroc), Dr Dominique Abiteboul (France)*

10H30 - 11h00 : *Pause, visite des stands et espace Posters*

11H00 - 12H00 : **Session plénière 5 - La place des Partenaires (MAEDI, Expertise France)**

Modérateurs : *Dionké Fofana (France), Dr Franck Lamontagne (France), Mohamed Touré (Guinée)*

- Enseignements sur les initiatives françaises en Guinée : *Mohamed Touré (Guinée)*
- APPS / Evaluations Pays : *Mme Kathyana Genevieve Aparicio Reyes (Genève)*
- Les défis du développement chez EXPERTISE France et offres de services en Santé post OMD : *Dionké Fofana (France)*
- Programmes, stratégie et perspectives en Afrique : Dynamique de l'Alliance Francophone pour la Qualité et la Sécurité des Soins (AFQUARIS) en Afrique, réalisations et perspectives : *Isam Khay (Maroc)*

12H00 - 12H45 : **Quelles vaccinations pour les professionnels de santé au Maroc ? Symposium Sanofi Pasteur**

Modératrice : *Marie-Caroline Meyohas (France)*

- Vaccination VHB chez le personnel de santé : *Pr Abdelfattah Chakib (Maroc)*
- Quelles autres vaccinations pour le personnel de santé ? *Pr Abdeljalil El Kholti (Maroc)*
- Calendrier vaccinal des professionnels de santé en France : *Dr Dominique Abiteboul (France)*

12H45 - 14H00 : *Déjeuner Buffet*

14H00 - 15H30 : **Ateliers 5 et 6 (au choix)**

- **Atelier 5 : Déchets de soins** Modérateurs : *Dr Jean-Baptiste Brunet (France), Pr Mohamed Benbachir (Maroc)*
 - o Gestion des déchets de soins : *Dr Cécile Murlan (France),*
 - o Elimination des DASRI/ OPCT : incinération ; méthodes alternatives : *Dr Jean-Baptiste Brunet (France)*
 - o Gestion des Déchets Médicaux et Pharmaceutiques / Expérience du Maroc : *Dr Leïla Bouhamidi (Maroc)*
- **Atelier 6 : Session Posters Commentés.** Modérateurs : *Dr Pierre de Truchis (France), Dr Boubacar Madougou (Niger)*

15H30 - 16H00 : **Conclusions des ateliers / Synthèse des recommandations / Conclusions**

Dr Nejoua Belkaab (Maroc), Pr Mohamed Benbachir (Maroc), Pr Elisabeth Bouvet (France), Dr Anne Carbonne (France), Pr Abdeljalil El Kholti (Maroc), Dionké Fofana (France)

16H00 : *FIN DU COLLOQUE / Cocktail*

En partenariat avec : *la Société Marocaine d'Hygiène Hospitalière (SMHH), la MOHA (Morocco Occupational Health Association), l'Institut Pasteur de Casablanca*

Avec le soutien de :



GROUPE D'ETUDE SUR LE RISQUE D'EXPOSITION DES SOIGNANTS AUX AGENTS INFECTIEUX

Université Paris Diderot 7 - UFR de Médecine site Bichat - 16, rue Henri Huchard - 75890 PARIS Cedex 18 - France

E-mail : colloque2016.casa@geres.org - Site web : www.geres.org

SOMMAIRE DES COMMUNICATIONS POSTERS

Pays	1er auteur	Titre de la communication	Page
Algérie	Z. Meziane	Evaluation de la vaccination contre le virus de l'hépatite virale B et prise de conscience parmi le personnel soignant du CHU Tlemcen	7
Algérie	MA. Djazouli	Etat des lieux de la vaccination contre l'hépatite virale B chez le personnel hospitalier du CHU d'Oran	7
Bénin	D. Affolabi	Facteurs associés aux infections bactériennes nosocomiales dans les services de médecine de l'hôpital universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou, Bénin	8
Bénin	A. Fatinde	Accidents Exposant au Sang et protection contre l'hépatite B en laboratoires Africains	8
Burkina Faso	M. Bazongo	Comportement des personnes ayant pris un risque d'exposition au VIH et qui ont consulté à l'hôpital de jour du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou au Burkina Faso	9
Burkina Faso	M. Bazongo	La gestion des déchets biomédicaux au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou : état des lieux	9
Burkina Faso	L. Sandwidi	Audit en hygiène hospitalière au CHU Yalgado Ouedraogo	10
Burkina Faso	A. Hema	Connaissances du personnel paramédical du centre hospitalier universitaire Souro Sanou (CHUSS) de Bobo-Dioulasso sur les mesures immédiates à prendre face à un accident d'exposition aux liquides biologiques (AELB), Burkina Faso	11
Cameroun	EC. Tankeng	Gestion des déchets hospitaliers au sein de treize structures hospitalières de Limbe, Cameroun	11
Congo	M. Amona	Profil bactériologique des infections nosocomiales au Service de Médecine Interne de l'Hôpital Central des Armées de Brazzaville – Congo	12
Côte d'Ivoire	YB. Acho	Situation de l'hygiène hospitalière en Côte d'Ivoire : de 2004 à 2016	12
Côte d'Ivoire	B. Doumbouya	Etat des lieux de la prévention des infections dans des centres de santé de premier contact en Côte d'Ivoire	13
Côte d'Ivoire	N'G. Kissiedou	Gestion des déchets d'activités de soins dans les établissements de santé en République de Côte d'Ivoire : l'expérience de l'Hôpital Général de Sassandra	14
Libéria	SM. Kalivogui	Connaissances, attitudes et pratiques des personnels soignants de l'Hôpital Rédemption face aux Infections Associées aux Soins après l'épidémie de la fièvre hémorragique à virus Ebola	14
Mali	B. Coulibaly	Issues des cas suspects et des personnes contacts de la maladie à virus Ebola au CHU du Point G de Bamako	15
Mali	B. Coulibaly	Evaluation de la qualité et de la disponibilité du matériel de prévention contre la maladie à virus Ebola	16
Mali	A. Fofana	Tuberculose infection opportuniste à l'ère du VIH en Afrique	16
Mali	A. Fofana	La sécurité des patients et soignants dans un pays à ressources limitées : expérience du CHU Point G	17
Mali	A. Fofana	Facteurs de diagnostic tardif des cas de tuberculose bacillifère au Mali	17
Mali	A. Fofana	Incidence et issues du traitement de la tuberculose pulmonaire à microscopie positive au centre de santé de référence de la commune VI, Bamako, Mali	18
Maroc	L. Charaf	Les risques professionnels dans les laboratoires d'analyses médicales	18

3^E COLLOQUE GERES EN AFRIQUE. RISQUE INFECTIEUX : SECURITE DES SOIGNANTS ET QUALITE DES SOINS

Maroc	M. Fraikich	Aptitude médicale du personnel soignant présentant une infection chronique par le virus de l'hépatite B	19
Maroc	M. Fraikich	Evaluation des connaissances du personnel vis-à-vis des accidents d'exposition au sang : à propos de 64 cas	19
Maroc	F. Bouzoui	Le risque biologique au Maroc. Que dit le législateur ?	20
Maroc	F. Bouzoui	L'hépatite virale B au Maroc. Risque de transmission chez les soignants et perspectives de prévention	20
Maroc	H. El Fadil	Allergie au latex en milieux de soins	21
Maroc	I. El Amri	Accidents exposants au sang chez le personnel soignant	22
Maroc	H. El Gadi	Tuberculose oculaire professionnelle (à propos d'un cas)	22
Maroc	W. Allouche	Audit de pratique de l'hygiène des mains dans les services de déchoquage et des soins des urgences, CHU de Casablanca	23
Maroc	W. Allouche	La conduite à tenir en cas de contagement tuberculeux sur les lieux du travail	23
Maroc	M. Lghabi	Quelle est la place de la législation dans la prévention des risques biologiques ?	24
Maroc	M. Lghabi	Etude du taux de la vaccination antigrippale chez les professionnels de santé	25
RCA	HD. Mossoro-Kpindé	Premier cas de séroconversion professionnelle au VIH documentée en République Centrafricaine (RCA)	25
RCA	HD. Mossoro-Kpindé	Mise en place d'une politique de prévention du risque infectieux dans les pays à ressources limitées : exemple du Complexe Pédiatrique de Bangui en République Centrafricaine (RCA)	26
RCA	HD. Mossoro-Kpindé	Démarche qualité dans le laboratoire du Complexe Pédiatrique de Bangui (CPB)	27
Sénégal	M. Fall Bousso	Réduction des risques des accidents avec exposition de sang chez les usagers de drogues injectables au niveau du Centre de prise en charge intégrée des addictions de Dakar (CEPIAD)	27
Sénégal	BA. Niang	Mise en place d'un dispositif de riposte à l'épidémie EBOLA : Expérience du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales du CHNU de Fann à Dakar - Sénégal	28
Tchad	D Ngarhounoum	Pérenisation de la procédure « AES » dans une ville du Tchad	28
Tchad	J. Mad-Toïngué	Prise en charge des AES à l'Hôpital Général de Référence Nationale (HCRN) de N'Djaména	29
Tchad	J. Mad-Toïngué	Dépistage du VHB au sein du personnel de l'Hôpital Général de Référence Nationale de N'Djaména	29
Togo	AA. Patassi	Risque de transmission de la tuberculose pulmonaire dans la prise en charge des PVVIH au CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo	30
Togo	A. Patassi	Connaissances, attitudes et pratiques de l'hygiène des mains dans les formations sanitaires (Centres Hospitaliers Universitaires) du Togo	30
Togo	T. Blatome	Prise en charge de la tuberculose au CHU Sylvanus Olympio : risque de transmission aux personnels	31
Togo	J. Ahishakiye-Takassi	La gestion des DASRI au CHU Sylvanus Olympio	32
Tunisie	M. Ghazouani	Allo-immunisation et transfusion sanguine chez les malades polytransfusés des services de pédiatrie, de dialyse et de médecine interne	32

COMMUNICATIONS POSTERS

EVALUATION DE LA VACCINATION CONTRE LE VIRUS DE L'HEPATITE VIRALE B ET PRISE DE CONSCIENCE PARMIS LE PERSONNEL SOIGNANT DU CHU TLEMCCEN

Z. MEZIANE; A.TALEB

Laboratoire TOXICOMED : Service de Médecine du Travail - CHU Tlemcen

E-mail : travailergo@gmail.com

Entre 1980 et 1990, malgré des campagnes de vaccination dans les populations à risque, l'incidence globale de l'hépatite B a été stable. Par contre, au cours de la dernière décennie, une baisse a été notée, surtout liée à la prise de conscience générale des risques d'infection en milieu de soins.

Le présent travail consiste à rapporter une évaluation de la vaccination contre l'hépatite B dans tous les services du centre hospitalier du CHU Tlemcen : services médicaux, chirurgicaux et administratifs et les services d'entretien. Chaque sujet retenu pour l'étude a été soumis à un questionnaire en deux parties:

La partie 1, recherchant les caractéristiques sociales personnelles et professionnelles et les antécédents médicochirurgicaux. **La partie 2** (fiche vaccinale), notifiant les doses reçues pour chaque sujet. Les données ont été saisies et traitées par le logiciel Epi -Info version 6.

Résultats et conclusion : Sur 2107 travailleurs, 1580 sont régulièrement vaccinés contre l'hépatite B soit un taux de (74,9%), et 227 sont en cours de vaccination soit (21,2%). Les services les mieux vaccinés sont ceux de la chirurgie, des urgences, de réanimation, d'oncologie et de la médecine nucléaire. Le personnel paramédical reste la catégorie professionnelle la mieux vaccinée. De même que le pourcentage le plus élevé des sujets correctement vaccinés est noté chez les femmes ($p < 0.05$). La vaccination du personnel hospitalier contre l'HVB reste insuffisante. Des efforts restent à déployer pour améliorer le taux de couverture vaccinale.

ETAT DES LIEUX DE LA VACCINATION CONTRE L'HEPATITE VIRALE B CHEZ LE PERSONNEL HOSPITALIER DU CHU D'ORAN

M.A. DJAZOULI, BOUHARB, CB.TEBBOUNE, S.BENZERGA

Service de Médecine du Travail, CHU-Oran (Algérie)

Email : djazoulimedamine3@gmail.com

L'activité hospitalière reste par nature une activité à risque puisque le milieu de soins représente un secteur particulier de la vie où plusieurs corps de métier exercent des activités diverses mais complémentaires visant la prévention des maladies et l'octroi des meilleurs soins aux malades. Ce personnel est exposé, au contact des patients, lors de la manipulation du sang et du liquide biologique, à de nombreux risques infectieux. Parmi ceux-ci, il faut individualiser le risque des infections transmissibles par voie sanguine comme le virus de l'immunodéficience -VIH-, de l'hépatite B et de l'hépatite C.

Du fait que la vaccination contre l'hépatite virale B est rendue obligatoire pour toute personne qui travaille dans un établissement ou organisme public ou privé de soins ou de prévention (Arrêté du 25 avril 2000 pour la vaccination contre l'hépatite B)

Nous nous sommes fixé l'objectif suivant :

- Estimer le taux de couverture vaccinale contre VHB chez le personnel hospitalier du CHUO.

Matériels et méthode : c'est une étude épidémiologique descriptive type rétrospective sur une durée de 10ans réalisée depuis janvier 2006 jusqu'à le mois de septembre 2016. Dont le recueil des données a été fait par le biais des dossiers médicaux et le registre de vaccination du personnel hospitalier du CHUO.

Résultats: L'étude a porté sur 870 dossiers du personnel occupant un poste de travail au centre hospitalo-universitaire d'Oran et qui ont reçu la première dose de vaccination contre le virus de l'hépatite virale B. dont 532(61.1%) sont de sexe féminin et 338 (38.9%) de sexe masculin. L'analyse des données statistiques chez cette population d'étude retrouve un âge moyen de 34.2 ± 9.9 ans (min: 16ans et Max : 64ans) dont 22.3% ont été vaccinés avant l'âge 25ans et presque la moitié 47 % avant l'âge de 30ans.

Parmi les catégories professionnelles qui ont reçu la dose vaccinale contre VHB durant les dix dernières années, on note par ordre décroissant la catégorie du personnel paramédical 383(44%) sujets, suivies par le personnel d'entretien chez 241(27.7%), la catégorie du personnel médical 221 (25.4%) et le personnel administratif 25 (2.9%).

Cette couverture vaccinale a touché surtout le personnel des services à activité médicale chez 367 (42.2%) sujets, suivi par le personnel des services chirurgicaux chez 235 (27%) sujets, le personnel des urgences médico-chirurgicales 150 (17.2%), le personnel des laboratoires 33 (3.7%) et 83 (9.5%) stagiaires à l'école paramédicale du CHUO

Conclusion : Ce travail nous a permis de mettre un état des lieux sur la couverture vaccinale contre le VHB dans notre établissement de santé du CHU-Oran dans le cadre de la prévention médicale du risque biologique et des maladies professionnelles qui ont su émerger au cours des dernières années. D'où l'intérêt d'une forte action de sensibilisation et de formation, d'un choix pragmatique et progressif en valorisant la démarche de prévention auprès des différents acteurs de l'établissement.

FACTEURS ASSOCIES AUX INFECTIONS BACTERIENNES NOSOCOMIALES DANS LES SERVICES DE MEDECINE DE L'HOPITAL UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUKOU MAGA DE COTONOU, BENIN

DISSOU AFFOLABI, ANTHELME AGBODANDE, FARIDATH MASSOU, FREDERIC SOGBO, ANGELE KOUANOU AZON, SEVERIN ANAGONOU, MARCEL ZANNOU
FSS, 01 BP 188 Cotonou, Bénin ; affolabi_dissou@yahoo.fr

Introduction. Une lutte efficace contre les infections nosocomiales passe par une bonne compréhension du phénomène. Au Bénin, rares sont les études disponibles sur le sujet. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'ampleur du phénomène et les facteurs qui y sont associés dans les services de Médecine de l'hôpital universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou.

Méthodes. Il s'agissait d'une étude prospective qui s'est déroulée d'avril à septembre 2016. Ont été inclus, tous les patients hospitalisés pendant plus de 48 heures ou réadmis dans les 14 jours suivant leur sortie de l'hôpital, pendant la période d'étude. Un questionnaire a été administré à tous les patients puis des prélèvements ont été réalisés chez ceux qui présentaient des signes présomptifs d'infection : hémoculture et/ou examen cyto-bactériologique des urines (ECBU). En cas d'isolement d'une bactérie, l'antibiogramme a été réalisé.

Résultats. Au total, 825 patients ont été inclus dans l'étude. L'âge médian était de 49 ans avec des extrêmes allant de 15 ans à 94 ans. La sex-ratio était de 1,2. Parmi les patients inclus, 65 présentaient une IN confirmée et 16 une IN probable alors que 744 ne présentaient pas de signes compatibles avec une IN. Ainsi la prévalence d'IN (confirmée ou probable) était de 9,8% (81/825), IC₉₅ [7,8% - 11,8%]. Les services les plus à risque étaient la médecine interne et la néphrologie avec respectivement 9,7 et 7,8 fois plus de risque que la rhumatologie. Les IN étaient associés à une létalité élevée, à la présence d'une infection à VIH ou d'une sonde urinaire. En revanche, il n'a pas été noté d'association statistiquement significative entre IN et les facteurs suivants : âge, sexe, antécédents de diabète ou d'insuffisance rénale et dialyse. *Klebsiella pneumoniae* et *Staphylococcus aureus* étaient les germes les plus fréquemment en cause, avec respectivement 38,5% et 23,1%. La prévalence de la résistance aux antibiotiques était élevée avec 66,7% de souches de *S. aureus* qui étaient méthicillino-résistants et 72,0% des souches de *K. pneumoniae* produisant une bêta-lactamase à spectre élargi (BLSE).

Conclusion. La prévalence des IN est élevée dans les services de médecine du CNHU-HKM de Cotonou ; elles sont associées à une létalité élevée et à la résistance aux antibiotiques. Des mesures urgentes sont nécessaires pour lutter contre le phénomène.

ACCIDENTS EXPOSANT AU SANG ET PROTECTION CONTRE L'HEPATITE B EN LABORATOIRES AFRICAINS

FATINDE Alain^{1,2}, FABIN Claire², JOFFIN C^{2,3}, LE FLOHIC J.F^{2,4}

1-Laboratoire Référence BP 3384 Cotonou – Bénin fatindealain@yahoo.fr +229 97 08 24 39

2-ASSITEB-BIORIF 33 rue de Metz 94170 Le Perreux –France

3-IUFM Créteil Université PEC Val de Marne 94380 Bonneuil - France

4-ENS Cachan 94230 Cachan - France

Les accidents par exposition au sang, AES, et la protection contre l'hépatite B des personnels en laboratoires africains sont peu étudiés conjointement.

Objectifs : Décrire à quatre périodes entre 2006 et 2013

- fréquence et circonstances des AES en laboratoires africains
- protection des techniciens par vaccination
- suivi post-accidentel

Méthode : Étude à partir d'auto-questionnaires de techniciens de laboratoire participant aux Rencontres Africaines de Biologie Technique en 2006, 2007, 2011 et 2013.

Résultats : Sur les questionnaires distribués (250 en 2006, 350 ensuite) 613 ont été remplis par 434 hommes et 179 femmes de tout type de laboratoires de la pyramide sanitaire.

1- AES dans les 12 derniers mois signalé par 199 techniciens, 33%, différence non significative sur les 4 périodes (ns), hommes comme femmes (ns),

- survenus davantage en laboratoires périphériques 45% et intermédiaires 36% (ns).
- AES liés à des piqûres 45%, projections sur peau lésée 22%, muqueuses 21% et coupures 12%.
- tâches en cours : surtout prélèvements 60% dont prélèvement veineux 47%, tâches de laboratoire 21% : prélèvements en labos périphériques et intermédiaires, tâches de labo en labos centraux et universitaires (p=0,036).

2- Vis-à-vis de l'hépatite B, 55% des techniciens signalent être vaccinés, hommes comme femmes (ns). Près d'un tiers 31% sait être immunisé. Les vaccinés sont moins accidentés (p=0,02). Davantage de vaccinés et d'immunisés en labos centraux et universitaires, 65% et 38% (ns).

3- Après AES, lavage et désinfection dans respectivement 47% et 69% des cas en 2013, davantage en labos centraux et universitaires (p=0,013). Suivi post accidentel dans près d'un cas sur deux (ns). À noter 4 traitements post exposition en 2011, 1 en 2013 et 2 compléments vaccinaux en 2011, 5 en 2013.

Conclusion : Un tiers des personnels de laboratoire accidenté, en moyenne, annuellement ; 55% de vaccinés ; moins d'AES chez les vaccinés contre l'hépatite B.

- Modifications depuis 2011 : traitement prophylactique et compléments vaccinaux
- Pistes d'amélioration : connaissance de l'immunisation vis à vis du VHB, bilans et suivis post AES, matériels sécurisés.

Mots-clés : Laboratoire - Vaccination - Sang - Accident - Prélèvement

COMPORTEMENT DES PERSONNES AYANT PRIS UN RISQUE D'EXPOSITION AU VIH ET QUI ONT CONSULTÉ À L'HÔPITAL DE JOUR DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO DE OUAGADOUGOU AU BURKINA FASO

BAZONGO M, BOGNOUNOU R, DIALLO I, OUÉDRAOGO S, OUÉDRAOGO P, DRABO Y J

Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo

E-mail : marbaz2003@yahoo.fr

Justification/objectif : La prise en charge précoce des risques d'exposition au VIH au sein des populations constitue un moyen efficace de lutte contre le VIH/SIDA. L'objectif de notre étude était d'analyser le comportement des personnes ayant pris un risque d'infection au VIH lors des rapports sexuels chez des hétérosexuels dans la ville de Ouagadougou.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective sur dossiers menée de janvier 2014 à décembre 2014 à l'hôpital de jour, et ayant concerné des personnes qui ont pris un risque d'infection au VIH.

Résultats : Au total, 45 cas d'exposition au VIH avaient été enregistrés et avaient concerné 16 hommes (35,55%) et 29 femmes (64,45%). L'âge moyen était de 22 ans ; une seule victime avait consulté dans les 4 premières heures (2,22%), 12 dans les 24 heures (26,66%), 15 dans les 48 heures (33,33%) et 17 au-delà des 48 heures (37,77%). 11 femmes avaient été victimes de viol présumé (37,93%). 30 partenaires hommes avaient utilisé un préservatif (66,66%) et 15 n'en avaient pas utilisé (33,33%). Les accidents survenus étaient de 3 glissements de préservatif (10%) et de 27 ruptures (90%). 39 personnes avaient eu recours à une toilette intime immédiate (86,66%). Toutes les personnes ayant consulté présentaient un test VIH négatif et aucune personne source n'avait été vue en consultation et donc considérée comme à risque. 28 personnes avaient bénéficié d'un traitement prophylactique après évaluation du risque (62,22%). Les contrôles sérologiques post prophylaxie étaient négatifs au deuxième et au quatrième mois.

Conclusion : Afin de minimiser la transmission de l'infection à VIH par voie sexuelle, il est important de renforcer l'éducation des populations sur l'utilisation des préservatifs avec toute personne de sérologie inconnue, mais surtout de la meilleure manière pour éviter les accidents et les encourager à consulter dans les délais requis avec leurs partenaires.

LA GESTION DES DECHETS BIOMEDICAUX AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO DE OUAGADOUGOU : ETAT DES LIEUX

BAZONGO M, BOGNOUNOU R, DIALLO I, OUÉDRAOGO S, OUÉDRAOGO P, DRABO Y J

Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo

E-mail : marbaz2003@yahoo.fr

Justification/objectif : La gestion adéquate des déchets biomédicaux constitue un moyen efficace de lutte contre les risques infectieux (VIH, hépatites...) des soignants et des usagers du milieu hospitalier. L'objectif de notre étude était de comprendre et d'analyser la gestion des déchets biomédicaux au CHU-YO.

Méthodologie : Il s'est agi d'une enquête avec entretien et observation directe menés de janvier 2015 à décembre 2015 ayant concerné les services producteurs de déchets biomédicaux au sein du CHU-YO.

Résultats : 42 services ont bénéficié chacun de deux passages. L'enquête a concerné 158 personnes dont 21 médecins (13,29%), 83 infirmiers (52,53%), 9 sage femmes (5,69%), 26 garçons et filles de salle (16,45%), 8 laborantins (5,06%), 11 prestataires de service (6,96%) chargés du transport des déchets vers le bac de stockage. 11 services soit 26,19% faisaient le tri systématique des déchets biomédicaux. 13 services soit 30,95% utilisaient toujours la seringue pour les prélèvements veineux. 8 services soit 19,04% disposaient d'un container requis mais débordant d'un mélange d'objets piquants et tranchants. 10 services soit 23,80% utilisaient du matériel local inapproprié pour la récupération des aiguilles d'injection. Le système d'évacuation des déchets vers le bac de stockage assuré par les prestataires de service était défaillant dans son ensemble car le matériel de transport était à ciel ouvert avec une déperdition des déchets tout au long du trajet ; ce personnel était également exposé car il ne disposait pas de tout le matériel de protection requis (gants, bottes et masques). Le bac de stockage était inconfortable par ses odeurs et par le fait que le vent emportait certains déchets. Le seul incinérateur électrique était en panne durant la période. Tous les services disposaient de 2 points focaux formés et responsables de l'hygiène hospitalière. Des affiches sur le l'hygiène des mains, les précautions standards en milieu hospitalier, les tris et contenants et la conduite à tenir en cas d'exposition aux liquides biologiques étaient visibles dans tous les services.

Conclusion : La gestion adéquate des déchets biomédicaux n'est pas effective dans tous les services du CHU-YO d'où la nécessité pour les responsables de cet établissement d'assurer la dotation de tous les services en matériel et équipements appropriés et d'assurer la formation des prestataires de service afin de minimiser les risques infectieux que cela pourrait engendrer pour les soignants et les usagers.

AUDIT EN HYGIENE HOSPITALIERE AU CHU YALGADO OUEDRAOGO

L.SANDWIDI¹, A.TRAORE², D.GRAU³, M. MORVAN³, M-P. PAQUIS³, F-W NANA⁴, A.HEMA⁵

1 Chef de service de l'hygiène hospitalière du CHU-YO ; *2* Chef de bureau de Expertise France, Burkina Faso ; *3* équipe d'hygiène du CHU de Montpellier ; *4* chef de service d'hygiène hospitalière et sécurité des patients DES Ministère de la santé ; *5* chef de service de l'hygiène hospitalière du CHU-Sourou SANOU

E-mail : wendenpou@yahoo.fr

Introduction : En vue de renforcer la sécurité des patients et du personnel par la prévention et le contrôle des infections, le CHU-YO en collaboration avec le CHU de Montpellier et Expertise France, a réalisé un audit en hygiène hospitalière dans le but d'évaluer les pratiques et l'application des protocoles et standards préétablis.

Méthodologie : Un audit mixte évaluant les ressources et les pratiques de soins a été réalisé du 11 au 15 janvier 2016. Les thèmes abordés étaient l'hygiène des mains, les Accidents d'Exposition aux Liquides Biologiques (AELB), l'entretien de l'environnement et la gestion des déchets. Pour chaque thème, une grille d'observation et d'entretien a été appliquée à six services cliniques et l'analyse a été faite à travers une cotation par croisement de la gravité et de la fréquence des non conformités. Trois niveaux de risque d'exposition aux infections ont été retenus par consensus : le risque « maîtrisé », « critique » et « non acceptable ». Une restitution globale de l'audit à la direction générale du CHU-YO ainsi qu'aux auditeurs a été effectué en fin d'audit et des restitutions spécifiques auprès de chaque service audité ont été réalisées.

Résultats : les thèmes « hygiène des mains », « AELB » et « entretien de l'environnement » sont à un niveau non acceptable dans 50% des services audités tandis que « la gestion des déchets » est cotée critique dans 65% des services. L'absence de sacs poubelles dans la majorité des services audités et plus particulièrement les services à risques, la rupture d'eau de javel et l'absence de traçabilité écrite de l'entretien de l'environnement ont été observés. Aussi, le tri des déchets n'est pas conforme dans l'ensemble des services audités. Cet audit a mis en avant la nécessité d'améliorer de manière immédiate plusieurs fondamentaux en hygiène hospitalière tels que l'hygiène des mains, le tri des déchets et la prévention des AELB.

Conclusion : Le risque infectieux reste élevé autant pour les patients que le personnel du CHU-YO. Toutefois, des actions correctives comme la sensibilisation et la mise à disposition des ressources en hygiène hospitalière sont proposées à court, moyen et long terme.

CONNAISSANCES DU PERSONNEL PARAMEDICAL DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SOURO SANOU (CHUSS) DE BOBO-DIOULASSO SUR LES MESURES IMMEDIATES A PRENDRE FACE A UN ACCIDENT D'EXPOSITION AUX LIQUIDES BIOLOGIQUES (AELB), BURKINA FASO

HEMA ARSENE¹, TRAORE AROUNA², SANDWIDI FELICIENNE³, KINI MARTHE¹, KONKOBO SAILF¹, DJIMDE OUSAMNE¹, PODA ARMEL⁴

1. *Service d'hygiène et assainissement CHU Souro Sanou de Bobo-Dioulasso*
2. *Expertise France Burkina Faso*
3. *Service d'hygiène et assainissement CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou*
4. *Service de maladies infectieuses et Tropicales CHU Souro Sanou de Bobo-Dioulasso*

E-mail : hemaarsene@yahoo.fr

Contexte : Des procédures et de protocoles sur l'hygiène et assainissement au CHUSS ont été élaborés en 2014. Ces documents de référence ont été validés par l'essentiel des acteurs de l'hygiène du CHUSS et affichés dans les unités de soins. Une de ces affiches décrit les mesures immédiates à prendre en cas d'AELB. Après deux années, le service d'hygiène et assainissement (SHA) se propose d'évaluer l'appropriation du protocole sur les AELB par le personnel paramédical.

Méthodologie : Il s'est agi d'un audit des connaissances du personnel paramédical du CHUSS sur la conduite à tenir (CAT) immédiate face à un AELB. Six unités de soins du CHUSS tirées au sort ont été enquêtées du 01 au 15 septembre 2016 (.maternité, néonatalogie, bloc opératoire, médecine interne, orthopédie, urgences médicales) Seul le personnel paramédical (infirmiers, sage femmes, garçons et filles de salle) a été inclus dans cette étude. La connaissance de la CAT en cas d'AELB a été jugée conforme si l'agent de santé pouvait citer les 4 dispositions suivantes: ne pas faire saigner, nettoyage à l'eau et au savon, désinfection dans la javel à 0.5% au moins 5 minutes, contacter le médecin référent.

Résultats : Au total 54 agents de santé (9 par unité de soins) avec un âge médiane de 36 ans (IIQ 30-44 ans) ont été enquêtés. Ils étaient composés à 55,6% (n=30) de femmes, 32 IDE (59,3%), 11 infirmiers spécialisés dont 8 en chirurgie et 3 en anesthésie. Seules 18 personnes (33,3%) ont pu citer les 4 mesures à prendre. L'ensemble des agents ont pu citer la nécessité d'une consultation médicale pour évaluer le risque lié l'exposition, 34(63%) n'ont pas cité «ne pas faire saigner ». Il n'y avait pas de lien entre le niveau de connaissance de la conduite à tenir en cas AELB d'une part et le profil des agents (p= 0.421) et leur unité de soins (p=0.792) d'autre part.

Conclusion : L'appropriation de la conduite à tenir en cas d'AELB par le personnel paramédical reste insuffisante deux ans après l'affichage d'un protocole sur les AELB dans toutes les unités de soins du CHUSS d'où la nécessité d'une sensibilisation du personnel.

GESTION DES DECHETS HOSPITALIERS AU SEIN DE TREIZE STRUCTURES HOSPITALIERES DE LIMBE, CAMEROUN

TANKENG K E C¹, OWONA MJ², MOLEKA M¹

1. *Hôpital de district de limbe, Cameroun*
2. *Département de Santé publique, FMSP, Université de Douala*

E-mail : emilokengne@yahoo.fr

Introduction : Malgré la mise en place par l'état Camerounais d'une loi cadre définissant entre autres les règles générales de gestion des déchets, le problème des déchets demeure et se pose aujourd'hui avec acuité. Une étude situationnelle sur la gestion des déchets a été effectuée au sein de treize structures hospitalières de limbe.

Méthode : Etude transversale descriptive réalisée du 1^{er} Juin au 30 Aout 2016. Un questionnaire administré aux responsables des hôpitaux, chefs de services, et aux personnels de soins, avaient permis d'apprécier les mécanismes et les connaissances sur la gestion des déchets hospitaliers.

Résultats : 84 services visités dans treize structures hospitalières. La plupart avait désigné des responsables pour la gestion des déchets hospitaliers, personnel non formé 85.5% (53). Le tri inadapté 62.9 %. Les boîtes pour recueillir des objets tranchants et piquants étaient disponibles dans 93.5 % (n = 58). Dans certaines structures, le lieu de stockage était à ciel ouvert, non sécurisé avec des déchets jonchant le sol. Le transport des déchets vers le lieu d'élimination se faisait manuellement dans 67,4 % (n = 58).certaines structures privées pour la plupart disposaient leurs déchets dans les bacs à ordures d'HYSACAM société en charge de collecte des ordures ménagères. 61.5% des structures brûlaient leurs déchets. Les connaissances sur la gestion des déchets jugées insuffisantes par 84.6% des interviewés.

Conclusion : La gestion des déchets est réalisée dans des conditions peut satisfaisante dans ces hôpitaux de limbe. Sa résolution passe par la sensibilisation des responsables, la formation du personnel, la création des comités d'hygiène.

Mot clés: gestion, déchets hospitaliers, Cameroun

PROFIL BACTERIOLOGIQUE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES AU SERVICE DE MEDECINE INTERNE DE L'HOPITAL CENTRAL DES ARMEES DE BRAZZAVILLE-CONGO.

M. AMONA¹, B. KOKOLO¹, M.L. LOUMOUAMOU¹, A.M. MBITA¹, J.P. AYAH¹, A.L.T. KONONGO¹, P. IBATA².

Correspondances et tirés-à-part :

Docteur Médard AMONA

Spécialiste des maladies infectieuses et tropicales, Certifié en suivi des PVVIH,

Département de médecine, Hôpital Central des Armées,

E-mail : medard_amona@yahoo.com ; damanmira@gmail.com

Tel. : 00242 06 610 69 02

L'infection nosocomiale est un problème de santé publique important dans le monde.

Le but de cette étude était d'évaluer le profil bactériologique des infections nosocomiales et leurs principales caractéristiques au service de Médecine Interne de l'Hôpital Central des Armées de Brazzaville-Congo.

L'étude a été rétrospective pilote menée de Janvier-Juin 2016. Un total de 189 patients a été inclus. Les données sociodémographique, clinique et pronostique ont été recueillies. La culture et l'antibiogramme par méthode de diffusion sur disque ont été utilisés.

La prévalence de l'infection nosocomiale était de 9,41%. L'âge moyen était de 32±11 ans ; la tranche d'âge la plus touchée était de 20 à 40 ans. Le sexe ratio (F/H) était de 0,4. Le taux d'immunodépression était de 64,35%. L'immunodépression par VIH/SIDA était majoritaire (65%). L'antibiothérapie préalable était le premier facteur de risque (51%). L'infection nosocomiale était urinaire dans 54% des cas, respiratoire dans 23% des cas. Les antibiotiques fréquemment utilisés étaient les β lactamines (52%) et les fluoroquinolones (41%). La mortalité hospitalière par infection nosocomiale était de 53%. La bactériémie représentait 57% des cas de décès. Les bactéries résistantes étaient : *Escherichia coli* (29%), *Pseudomonas aeruginosa* (24%), *Klebsiella pneumoniae* (21%), *Enterobacter sp.* (3%), *Citrobacter freundii* (2%), *Acinetobacter sp.* (1%), *Proteus mirabilis* (1%). Seuls l'Impipénème et l'Amikacine ont gardé une bonne sensibilité face à ces bactéries.

Le profil de résistance des bactéries est inquiétant au service de Médecine Interne de l'Hôpital Central des Armées de Brazzaville-Congo.

Mots clés : Profil bactériologique, Infection nosocomiale, Brazzaville, Congo

SITUATION DE L'HYGIENE HOSPITALIERE EN COTE D'IVOIRE : DE 2004 A 2016

ACHO Y.B.¹; EDI O.A.¹; ASSEMIEN OUATTARA J.A.²

1. Direction de la Médecine Hospitalière et de Proximité. 2. Expertise France Internationale

E-mail : acho_ybm@yahoo.fr

Introduction : L'hygiène hospitalière (HH), facteur essentiel de prévention des maladies et de la qualité des soins, est le principal moyen de prévention des Infections Nosocomiales (IN), des hépatites B et C, du VIH/Sida et de la maladie à virus Ebola en milieu hospitalier. Elle regroupe entre autres la Sécurité des Injection et la Gestion écologique et durable des Déchets Sanitaires.

L'HH vise donc à garantir l'hygiène des établissements sanitaires, la sécurité de l'agent de santé, du patient, de la communauté et la protection de l'environnement.

Etat des lieux : L'hygiène hospitalière est défectueuse avec des dispositions architecturales non convenables, les locaux et les dispositifs médicaux sont mal entretenus avec un environnement intérieur et extérieur insalubre. Le cadre institutionnel et réglementaire est insuffisant. Le personnel de santé est peu ou pas formé à l'HH et à la lutte contre les IN. Quant à la population, elle est insuffisamment informée et/ou sensibilisée sur les risques encourus et les conséquences liées aux IN. La pratique des injections est excessive par le personnel soignant.

Malgré les risques et les quantités importantes produites, la gestion des déchets sanitaires est approximative avec une insuffisance voire une absence de tri à la production.

Activités réalisées : Elles l'ont été grâce à l'appui technique et financier des partenaires. Ce sont entre autres : **(1)**

Au niveau institutionnel

- Le document de politique nationale d'Hygiène Hospitalière;
- Le Cadre de Référence en Hygiène Hospitalière et Luttés contre les Infections Nosocomiales;
- Document de la boîte à outils (classer d'Hygiène Hospitalière.);
- Le Guide National de Surveillance et de Prévention des Infections Nosocomiales;
- Registre des Accidents avec Exposition au Sang (AES) et aide-mémoire sur les précautions standards de prévention des AES;
- Arrêté portant gestion des déchets sanitaires en Côte d'Ivoire;
- Le document de normes et directives en sécurité des injections et gestion des déchets médicaux

(2) Au niveau Opérationnel

- Formation de 1852 personnels de santé, 34 agents des collectivités territoriales, 138 Techniciens de surface et 1950 personnes de la communauté en HHSIGDS;
- Installation de 10 incinérateurs à combustion pyrolytique et d'ouvrages annexes (abris d'incinérateur, fosses à cendre, local de stockage des déchets) dans 10 districts sanitaires;
- Fourniture de matériels de collecte séparée des déchets sanitaires (poubelles, sacs poubelles, chariots) aux CHU et à certains districts sanitaires cibles ;
- Fourniture d'équipements de protection individuelle (EPI) aux opérateurs d'incinérateurs (combinaisons, lunettes de protection, gants, bottes);

Vision stratégique et défis : Il s'agit de créer les conditions pour que les soins de santé soient offerts dans un environnement sécurisé pour les patients, les prestataires et la communauté, et cela dans tous les établissements sanitaires.

Conclusion : La problématique de l'HH, de la Sécurité des Injections et de la Gestion des Déchets sanitaires reste toujours posée en CI, malgré les efforts du MSHP avec l'appui financier et technique des partenaires. Les solutions idoines à cette problématique passent par, la sensibilisation du personnel de santé, des patients, de la communauté ainsi que par un plaidoyer à l'endroit des décideurs pour une appropriation des actions.

ETAT DES LIEUX DE LA PREVENTION DES INFECTIONS DANS DES CENTRES DE SANTE DE PREMIER CONTACT EN COTE D'IVOIRE

DOUMBOUYA BANGALY¹ ; FOFANA KARAMOKO ² ; ADOI FRANÇOIS² .

(1) ONG ORFEE côte d'ivoire ; (2) district sanitaire Aboisso

E-mail : doumbangaly@gmail.com ; doumbangaly@yahoo.fr

La transmission des maladies infectieuses dans les établissements sanitaires de niveau périphérique, augmente le risque infectieux pour les personnels soignants et la communauté toute entière. Elle accroît de façon indirecte le coût des dépenses de santé, aussi bien dans les ménages qu'au niveau de l'état.

Objectif : Faire une analyse de la situation de la prévention des infections (PI) dans des centres de santé de premier contact d'un district sanitaire de la zone rurale en côte d'ivoire.

Méthode : Etude prospective, transversale qui décrit la connaissance, l'attitude et la pratique de la PI dans l'ensemble des 32 centres de santé de premier contact d'un district sanitaire, dans la période du 1^{er} juin 2013 au 30 mai 2014. La méthode adoptée pour la collecte des informations ont été basée sur l'interview et l'observation directe. L'étude a inclus les soignants et le personnel de soutien directement impliqué ou non dans la conduite des mesures de biosécurité. Le niveau du plateau technique nécessaire pour garantir une prévention optimale des infections a été également évalué. L'analyse des données a nécessité l'utilisation d'une méthode statistique descriptive et du logiciel Epi info 6.04D version française.

Résultats : Le niveau de connaissance des prestataires sur la biosécurité était généralement bon : 91,4% sur les définitions de base ; 97,1% sur les moyens de stérilisation et 74,3% sur la gestion des déchets. Le niveau du plateau technique des centres de santé pour l'assurance d'une biosécurité optimale, était moyen : 53,8% pour la disponibilité du matériel de stérilisation ; 76,9% pour l'existence des outils de collecte de déchets et 84,6% pour l'existence de dispositifs d'élimination des déchets. L'attitude et la pratique correcte des principales composantes de la PI chez les prestataires étaient jugées insuffisantes : 48,6% pour le lavage correct des mains ; 60% pour la stérilisation du matériel biomédical; 71,4% pour le respect du circuit d'élimination des déchets ; 85,7% pour le nettoyage et la désinfection correct des locaux et seulement 15,4% disposaient d'un comité d'hygiène hospitalière.

Conclusion : Ce travail, qui a fait l'évaluation initiale de la pratique des mesures optimales de la biosécurité pour la PI dans des centres de santé de premier contact du sud de la Côte d'Ivoire, révèle une insuffisance de

formation des prestataires, une insuffisance de dispositifs adéquats et une absence de normes et procédures claires en matière de PI. Le défi à relever pour les autorités sanitaire, est la mise en en place d'une politique de réduction des risques infectieux prioritairement pour les personnels de soignants.

GESTION DES DECHETS D'ACTIVITES DE SOINS DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE EN REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE: L'EXPERIENCE DE L'HOPITAL GENERAL DE SASSANDRA.

N'Guessan KISSIEDOU¹, Kouamé KONAN¹, Djabalé KAMAGATE¹, Jean Olivier YAPO AKA¹, Alphonse GBOGBE¹, Léonce N'GBOCHO¹, Jeanne d'arc ASSEMIEN², KAN KOUAKOU Dieudonné².

1 : Hôpital Général de Sassandra, BP 304, Sassandra, Côte d'Ivoire ; 2 : Expertise France, 01BP 5884, Abidjan 01, Côte d'Ivoire;

E-mail : manoukalex@yahoo.fr

Objet de l'étude : Jusqu'en 2009, les activités d'hygiène et de sécurité étaient méconnues dans la plupart des services de santé de Côte d'Ivoire dont l'Hôpital Général de Sassandra (HGS).

L'objectif de notre étude est de démontrer, après une évaluation initiale déroulée de 2009 à 2011 sur l'évolution des bonnes pratiques d'hygiène passées de 13 % à 80 % (6^{ième} conférence AFRAVIH) à l'HGS, l'impact des actions d'une équipe opérationnelle d'hygiène et de l'engagement d'une direction hospitalière dans la gestion des Déchets d'Activité de Soins.

Méthode : Une étude rétrospective et descriptive effectuée début janvier 2013 et fin décembre 2015 par l'équipe opérationnelle d'hygiène de l'HGS en collaboration avec la Direction de l'hôpital a permis d'évaluer les pratiques de gestion des Déchets d'Activités de Soins dans dix services.

Les différentes stratégies utilisées étaient : L'évaluation des pratiques de gestion des déchets médicaux produits dans les différents services; le renforcement du matériel d'hygiène, la mise à disposition des services de soins de supports de gestion des déchets, les coachings périodiques du personnel de santé (nouveaux comme anciens) ; les évaluations trimestrielles de la gestion des déchets dans les différents services de soins.

Résultats : Les résultats des différentes évaluations effectuées auprès de dix (10) services de soins de l'établissement ont montré que de début janvier 2013 à fin décembre 2015 : 5266 kilogrammes de déchets ménagers et assimilables, 6891 kilogrammes de déchets infectieux non coupants/tranchants/piquants et 1667 kilogrammes de déchets infectieux piquants, coupants et tranchants ont été produits et éliminés par l'HGS.

La réalisation de cette activité a nécessité, sur la même période, l'usage de 20 069 sachets poubelles de couleur jaune et noir.

On a également noté une nette réduction du nombre de cas d'infections de site opératoire chez les césariées passé de 11 à 3 cas et de celui des AES de 10 % à 2 % de 2013 à fin 2015.

Conclusion : La gestion des Déchets d'Activités de Soins à l'HGS en République de Côte d'Ivoire est une réalité; et cela se traduit par la maîtrise du processus par l'ensemble des acteurs des services de soins de l'établissement, son impact positif sur les infections de sites opératoires chez les césariées et surtout la réduction notable de la proportion de cas d'AES notifiés.

Le défi à relever dans les prochaines années demeure la consolidation de cette action et sa pérennisation pour l'amélioration continue de la qualité des soins et la sécurité des patients et du personnel de santé.

CONNAISSANCES ATTITUDES ET PRATIQUES DES PERSONNELS SOIGNANTS DE L'HOPITAL REDEMPTION FACE AUX INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS APRES L'EPIDEMIE DE LA FIEVRE HEMORRAGIQUE A VIRUS EBOLA

SIBA MAXIME KALIVOGUI¹, DELEMA KONNAH²

Email: sibamaximek@gmail.com ; delemakonnah@yahoo.com

Les Infections Associées aux Soins constituent de nos jours un véritable problème de santé publique pour tous les systèmes sanitaires à travers le monde et plus particulièrement pour les systèmes de santé des pays en voie de développement. Nous avons réalisé une étude descriptive transversale d'un mois du 24 Août au 30 Septembre 2016 chez les personnels soignants de l'hôpital Rédemption au Liberia dans le but d'évaluer le niveau de connaissances attitudes et pratiques des personnels soignants face aux Infections Associées aux Soins après l'Epidémie de la fièvre hémorragique à virus Ebola. La méthode non probabiliste a été utilisée pour le choix des Départements et la technique d'échantillonnage par commodité pour le choix des personnels soignants.

Résultats : Sur un effectif de 372 salariés, nous avons interrogé 98 personnels soignants des cinq(5) Départements éligibles. Il s'agissait des Médecins (8,2%), des infirmières (71,4%) et des sages-femmes (19,4%). Nous avons noté une prédominance féminine (89,8%) contre 10,2% hommes. La moyenne d'âge des enquêtés

était 38±6,7ans. Sur les 98 enquêtés, 70,4% des soignants définissaient une infection associée aux soins comme étant une infection qu'un patient ou prestataire contracte dans un milieu où il reçoit des soins, dans un établissement ou dans le cadre de soins à domicile. Parlant des risques d'exposition, 20,4% des enquêtés ont déclaré avoir été victime au moins d'un accident ou d'une exposition au risque dans les douze derniers mois et, 73,5% parmi eux ont respectivement cité la Maladie à Virus Ebola (MVE), le Virus de l'Immunodéficience Humain (VIH), Tuberculose (TBC) et l'Hépatite B comme étant des principales maladies dues au risque d'exposition au risque infectieux. Tous les personnels soignants enquêtés (100%) ont été formés au moins une fois sur la prévention et contrôle de l'infection. Parmi eux, 77,6% connaissaient la conduite à tenir en cas de risque d'infection et, 22,4% ne connaissaient que faire en cas d'accident ou d'exposition au risque infectieux. Les moyens de protection individuelle étaient toujours disponibles à 52,0% dans les Départements sélectionnés pour l'étude, le savon et la solution de lavage des mains avaient une disponibilité de 67,3%. Avant tout soins, (100%) des malades passaient au centre de triage avant leur admission dans les Départements pour la prise en charge. Nos résultats ont montré un niveau élevé de connaissances attitudes et pratiques des personnels soignants de l'hôpital Rédemption face aux infections associées aux soins. Cela pourrait être attribuable aux partenaires au développement tel qu'International Ressue Commette (IRC), Expertise France, dans le cadre du renforcement des capacités des personnels soignants pendant et après l'épidémie de la fièvre hémorragique à virus Ebola. Les résultats soulignent la nécessité d'introduire des modules de formation ou la création d'une école nationale de formation sur la prévention des risques infectieux en milieu hospitalier pour les futurs prestataires de soins et services. Notre étude suscite aussi une réflexion sur la vaccination des prestataires de soins. Nos résultats méritent d'être confirmés par une étude à grande échelle à travers une étude impliquant tous les personnels soignants de toutes les structures sanitaires du pays.

Mots clés : Connaissance attitudes, pratiques, Infections Associées aux soins, Ebola, Liberia.

ISSUES DES CAS SUSPECTS ET DES PERSONNES CONTACTS DE LA MALADIE A VIRUS EBOLA AU CHU DU POINT G DE BAMAKO

COULIBALY B¹, KONATÉ I^{1,2}, V GAELLE¹, GOITA D³, SANOGO M⁴, FOFANA A¹, DAO S^{1,2,3}.

¹Service des maladies infectieuses, CHU du Point G. Bamako (Mali)

²Faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS), USTTB, Bamako (Mali)

³Centre de Recherche et de Formation sur le VIH/Tuberculose, FMOS, Bamako, Mali

⁴Pharmacie populaire du Mali

E-mail : CoulibalyBintou58@yahoo.com

Introduction : La maladie à virus Ebola est une infection aigue responsable d'une fièvre hémorragique. L'épidémie de décembre 2013 en Afrique de l'Ouest est l'une des plus importantes de l'histoire des filovirus. Le sous-type *Ebola Zaïre* en était responsable. A la date du 21 novembre 2014, le Mali a notifié officiellement 7 cas dont 6 décès. Des cas suspects et personnes contacts ont été recensés au CHU du Point G de Bamako. Le but de ce travail était d'évaluer la gestion de ces cas suspects et des personnes contacts de la maladie à virus Ebola.

Matériels et Méthode: L'étude était transversale et descriptive avec recueil des données du 24-10-14 au 28-02-15 sur les cas suspects et les personnes contacts correspondantes au CHU du Point G. La définition de l'OMS a été retenue pour les cas suspects et personnes contact.

Résultats : Du 24 octobre 2014 (date du début de l'épidémie au Mali) au 28 février 2015 (date de déclaration de la fin de l'épidémie), trois cas suspects ont été notifiés : 01 cas dans le service des urgences et 02 autres en maladies infectieuses. La PCR réalisée chez tous nos patients était revenue négative pour le virus Ebola. Au regard de ces résultats la Maladie à Virus Ebola fut écartée chez nos patients. En ce qui concerne l'issue de nos cas, l'une des patientes atteinte de paludisme après un traitement anti paludique bien conduit avait guéri de son paludisme et son exéat a été fait après six jours d'hospitalisation. La seconde patiente chez qui la Goutte épaisse réalisée avait été positive, était sortie contre avis médical après signature d'une décharge. Le patient chez qui le diagnostic d'hémorragie digestive avait été retenu sur la base d'arguments cliniques est décédé le lendemain de son hospitalisation au service des urgences.

Aucun cas contacts (10 médecins et 6 infirmiers) n'a manifesté des signes faisant suspecter la maladie à virus Ebola durant toute la période de suivi.

Conclusion : Bien que la maladie à virus Ebola demeure un véritable problème de santé publique, aucun cas n'a été recensé au CHU du Point G hôpital de dernière référence nationale et le seul à abriter le service des maladies infectieuses.

Mots clés : Ebola, personnes contacts, CHU point G, Bamako

EVALUATION DE LA QUALITE ET DE LA DISPONIBILITE DU MATERIEL DE PREVENTION CONTRE LA MALADIE A VIRUS EBOLA.

COULIBALY B¹, KONATÉ I^{1,2}, DAO M⁵, GOITA D³, SANOGO M⁴, FOFANA A¹, DAO S^{1,2,3}.

¹Service des maladies infectieuses, CHU du Point G. Bamako (Mali)

²Faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS), USTTB, Bamako (Mali)

³Centre de Recherche et de Formation sur le VIH/Tuberculose, FMOS, Bamako, Mali

⁴Pharmacie populaire du Mali

⁵Faculté de Pharmacie

E-mail : CoulibalyBintou58@yahoo.com

Introduction : La maladie à virus Ebola est une maladie grave.

Depuis l'annonce des premiers cas de MVE en décembre 2013, des mesures de détection (prise de la température corporelle) et de prévention (lavage des mains obligatoire, éducation sur la transmission, etc.) ont été prises au Mali. De nombreux équipements tels que des thermomètres, des gels hydro alcooliques, des gants, des masques, etc. ont été fournis par diverses organisations internationales et non-gouvernementales.

Objectif : Le but de ce travail a été d'évaluer la qualité du matériel utilisé pour la prévention (équipement de protection, thermomètre, désinfectants) contre la maladie à virus Ebola dans les centres hospitalo-universitaires (CHU) du Point G et de Gabriel Touré au Mali ainsi que la disponibilité.

Matériels et matériel : Notre étude s'est déroulée du 01 décembre 2015 au 15 janvier 2016 au CHU du point et du Gabriel Touré

Résultats : A l'issue de notre étude, il est ressorti qu'en général, le matériel utilisé répondait au norme internationale.

Les gels les plus utilisés provenaient de la France et répondaient donc aux normes Européennes.

A côté de ses gels il y avait le BARIKA GEL fabriqué au Mali, ne portant pas de mention sur les normes de qualité. La majorité des EPI disponibles était de marque chinoise.

Les marques chinoises MEDPRO et MEDISPO reçues en Avril 2015 qui avaient fait l'objet d'une analyse en Suisse répondaient aux normes Européennes

À part le magasin de la pharmacie du CHU de Gabriel Touré aucun service ne disposait d'EPI par contre tous les services de CHU du Point G disposaient au moins : masque de protection, lunette de protection une Combinaison imperméable un thermomètre infrarouge et des gels hydro alcooliques.

Conclusion : Le matériel utilisé en général était de bonne qualité. Le CHU du Point G a été le mieux équipé, et en plus dispose d'un service des maladies infectieuses et un centre de tri Ebola et les maladies à potentialité épidémique.

Mots Clés : Ebola, Qualités, Mesures de Prévention

TUBERCULOSE INFECTION OPPORTUNISTE A L'ERE DU VIH EN AFRIQUE

FOFANA A¹, SOUMARE D², COULIBALY B³, KONATE I¹, SIDIBE F², GOITA D⁴, MAGASSOUBA O¹, KARAMBE M⁵, TOLOBA Y², DAOU S¹,

¹=Service des Maladies Infectieuses, CHU du point-G, Bamako, Mali

²=Service de pneumologie, CHU du point-G, Bamako, Mali

³=Centre de Tri, CHU du Point-G

⁴=Centre de Recherche sur le VIH et la tuberculose FMOS Bamako, Mali

⁵= Service de Neurologie, CHU du point-G, Bamako, Mali

Email : assetou_fofana@yahoo.fr

Introduction: La tuberculose est l'infection opportuniste la plus fréquente au cours du VIH/ SIDA en Afrique. Au Mali la prévalence de la infection TB/VIH est de 16,2%.

Objectif: Evaluer les aspects épidémiocliniques et thérapeutiques de la TB/VIH

Méthodologie: Étude rétro-prospective qui s'est déroulée du 1^{er}/01/09 au 31 /08/ 2011

Résultats: Au total 115 dossiers ont été colligés. La moyenne d'âge était de 31,4ans. La prévalence de la co-infection était plus élevée chez les moins instruits 61,8%. La plupart des malades vivaient en zone urbaine 84,3%. La forme pulmonaire de la TB était plus fréquente avec 56,5% dont 45,2% de frottis Positif et 13,3% de frottis négatif. La miliaire et la TB pleurale étaient la forme extra pulmonaire la plus fréquente. La symptomatologie clinique était : perte de poids 84,7%, fièvre au long court 80,9%, toux productive 62,8%. Le VIH1 représentait 95,7% Le régime du traitement anti tuberculeux de première ligne était le plus représenté avec

95, 8% et 93,3% des patients étaient sous ARV de 1ère ligne. La majorité des patients avait un taux de CD4 entre 5-100 (61%). La létalité était de 60,9%.

Conclusion: Le dépistage systématique et précoce du VIH chez tous les tuberculeux, associé à la prise en charge ARV, permettent d'améliorer le pronostic.

Mots clés: Tuberculose, VIH, opportuniste TB /VIH

LA SECURITE DES PATIENTS ET SOIGNANTS DANS UN PAYS A RESSOURCES LIMITEES EXPERIENCE DU CHU POINT G :

FOFANA A¹, BENGALY L², CISSOKO Y¹, TRAORE AT³, COULIBALY B⁵, KEITA M⁴, KONATE I¹, DAO S¹

¹Service des Maladies infectieuses CHU Point G, ²Pharmacie CHU Gabriel Touré, ³Pharmacie hôpital du Mali, ⁴Réanimation CHU Point G, ⁵Centre de Tri Point G Bamako Mali

E-mail : assetou_fofana@yahoo.fr

Introduction : étude menée dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'amélioration de l'hygiène des mains au CHU Point G avec production local de la solution hydro-alcoolique (SHA)

Objectif : était d'évaluer la connaissance et la perception des praticiens hospitaliers sur l'hygiène des mains et l'usage des gants de soins

Matériels et Méthode : Il s'agissait d'une étude prospective et transversale de 2007-

2010 ayant porté sur la connaissance et la perception des praticiens hospitaliers sur l'hygiène des mains et l'usage des gants de soins. L'étude a été menée dans 9 services. Les enquêtes ont concernés 247 agents. Des questionnaires anonymes sur la perception et la connaissance de l'hygiène des mains et l'usage des gants ont été distribués à tous les professionnels soignants après obtention d'un consentement éclairé ainsi que la grille d'observation effectué par l'enquêteur (avant et après formation).

Résultats: 1-Evaluation initiale du taux d'observance à l'hygiène des mains du personnel soignant avant intervention a été de 8% toute profession confondu

2-L'impact de l'usage des gants médicaux sur l'observance de l'hygiène des mains au cours des soins chez les professionnels soignants: Cette phase d'observation avant la formation nous a permis de trouver l'usage inapproprié des gants dans plus de 50% des cas dans certaines catégories professionnelles, 25 à 34% des répondants ont estimé que les gants médicaux permettaient de réduire la transmission des germes, 49% des répondants ont estimé qu'il fallait pratiquer la friction des mains avant d'enfiler les gants médicaux.

3-Formation de 426 soignants à l'hygiène des mains et usage approprié des gants

4-Production locale de la SHA : Plus de 4 200 flacons ont été produits

5-Evaluation de l'impact après formation: le taux observance est passé de 8% à 21,8%

6-Affichage des indications à l'hygiène des mains et usage approprié des gants

Ce 1^{er} travail a permis au Ministère de la santé de définir un plan stratégique de prévention et de contrôle des infections associées aux soins y compris le VIH/sida et d'élaborer son plan d'action 2012-2016. Par ailleurs en 2014 avec l'avènement d'Ébola 25 surveillants et 25 techniciens de surface ont été formés en prévention et contrôle de l'infection à virus Ebola en situation d'épidémie

Conclusion : Une des valeurs majeures de ce projet a été : de permettre une prise de conscience du personnel soignant et des autorités sur la prévention par l'hygiène des mains des infections associées aux soins à l'ère des maladies à potentiel épidémique émergentes et ré émergentes/de démontrer la possibilité de produire localement la SHA.

Mots clés : hygiène, mains, soins, solution hydro-alcoolique

FACTEURS DE DIAGNOSTIC TARDIF DES CAS DE TUBERCULOSE BACILLIFERE AU MALI

FOFANA A¹, KONATE I¹, COULIBALY B⁴, SOUMARE D², GOÏTA D⁵, CISSOKOY¹, MAGASSOUBA O¹, DEMBELE JP¹, SOUMARE M¹, MAÏGA A², MAÏGA A³, DAO S¹

¹Service des maladies infectieuses CHU du Point G, ²Service de pneumologie CHU du Point G, ³Laboratoire de biologie médicale CHU du Point G, ⁴Centre de Tri CHU Point G, ⁵Centre de Recherche sur le VIH et la tuberculose FMOS Bamako, Mali

E-mail : assetou_fofana@yahoo.fr

Introduction. - Le diagnostic tardif de la tuberculose pulmonaire à microscopie positive augmente non seulement le risque de décès mais contribue surtout à la dissémination de la maladie.

Objectifs. - L'étude avait pour objectif d'identifier les facteurs déterminants de la consultation tardive des patients tuberculeux bacillifères.

Matériels et méthodes. - Etude prospective de 6 mois (août 2009 à janvier 2010) dans 3 centres de santé de référence de Bamako et le service de pneumologie du CHU Point G. Tous les patients bacillifères étaient concernés sauf refus d'adhérer après consentement éclairé.

Résultats. - Au total 200 patients ont été inclus. La tranche d'âge 25-34 ans a été la plus représentée (35%). La majorité des patients (76,5%) ne connaissaient pas la voie de transmission de la tuberculose et ignoraient également les signes d'appel. S'agissant du diagnostic et du traitement, respectivement 61% et 58,5% des patients ne savaient pas que la bacilloscopie et le traitement sont gratuits et que la maladie est curable.

Conclusion. - Il ressort de cette étude, une méconnaissance de la tuberculose par la population. Donc pour un diagnostic précoce de la tuberculose, il s'avère nécessaire d'intensifier les campagnes d'information en utilisant tous les canaux nécessaires et adaptés au niveau d'instruction de la population.

Mots clés. - Tuberculose bacillifère, facteurs, consultation tardive

INCIDENCE ET ISSUES DU TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE A MICROSCOPIE POSITIVE AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI BAMAKO, MALI

FOFANA A¹, COULIBALY B³, KONATE I¹, CISSOKO Y¹, SOUMARE D², M'BAYE O², GOÏTA D⁴, MAGASSOUBA O¹, DEMBELE JP¹, SOUMARE M¹, DAO S^{1,4}

¹Service des maladies infectieuses CHU du Point G, Bamako, Mali ²Service de pneumologie CHU du Point G, ³Centre de Tri CHU Point G, ⁴Centre de Recherche sur le VIH et la tuberculose FMOS Bamako, Mali

E-mail : assetou_fofana@yahoo.fr

Introduction. - Les patients atteints de tuberculose pulmonaire à microscopie positive, sont la principale source de propagation de la tuberculose.

Objectif. - L'étude avait pour objectifs de déterminer l'incidence de la tuberculose pulmonaire bacillifère et de décrire les issues du traitement.

Matériels et méthodes. - Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur les cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive diagnostiqués et suivis du 1er janvier au 31 décembre 2009 au centre de santé de référence de la commune VI de Bamako

Les résultats. - Au total, sur une population de 620 360 habitants, 406 cas de tuberculose toutes formes confondues dont 285 cas bacillifères ont été diagnostiqués et suivis correspondant à un taux d'incidence de 45,95/100 000 habitants. Les patients étaient majoritairement de sexe masculin (69,8%). La sérologie VIH était positive chez 76,29 % des patients. Au terme du traitement, 68,8% des patients étaient déclarés guéris, 14% sont décédés, 3,2% étaient en échec.

Conclusion. - L'incidence de la tuberculose pulmonaire à microscopie positive reste élevée quand au traitement antituberculeux il est efficace. Des efforts doivent être faits pour réduire considérablement les issues défavorables du traitement.

Mots clés. - Tuberculose, microscopie positive, incidence, traitement

LES RISQUES PROFESSIONNELS DANS LES LABORATOIRES D'ANALYSES MEDICALES

L. CHARAF, F. BOUZOU, M. FRAIKICH, B. BENALI, A. EL KHOLTI

Service de Santé au Travail, CHU Ibn Rochd Casablanca, Maroc

E-mail : doclailacharaf@gmail.com

Les travailleurs de laboratoires d'analyses médicales sont exposés à une multitude de risques liés aux matériels qu'ils emploient et aux méthodes qu'ils appliquent pendant leur travail et qui peuvent être une source d'accidents de travail et des maladies professionnelles.

La pratique de laboratoire normale ne comporte pas seulement la manipulation de matériels infectants ou potentiellement infectants, mais aussi l'utilisation de réactifs chimiques, de gaz et de solvants susceptibles de constituer un danger non microbiologique. Ces agents peuvent être explosifs, inflammables ou toxiques et il se produit parfois dans les laboratoires des incendies, des dégagements de gaz, et des explosions. À ces dangers immédiats, il faut ajouter les risques à long terme liés à la manipulation de réactifs chimiques cancérigènes, les contraintes musculosquelettiques, le stress, les contraintes visuelles dues au travail sur microscope et le travail sur écran...

L'évaluation des risques constitue le préalable nécessaire à l'établissement des mesures de prévention adaptées. Cette évaluation fait l'objet d'une obligation réglementaire pour toutes activités professionnelles. En fonction des résultats de cette l'évaluation, des mesures de prévention adaptées doivent être identifiées. En application des principes généraux de prévention, elles visent en priorité à éviter les risques et à intégrer la prévention dès la conception des locaux et des situations de travail, avec l'utilisation de matériel adapté, conforme à la réglementation et bien entretenu, l'emploi de dispositifs de protection collective complétée par des équipements de protection individuelle. Ces mesures préventives de base ne peuvent trouver toute leur efficacité que si le travail de laboratoire est exécuté avec précautions et attention par des opérateurs spécialement formés et compétents, parfaitement au courant des risques que peuvent leur faire courir les différentes manipulations effectuées.

Le médecin de travail est un acteur principal de l'évaluation du risque professionnel, il est également le mieux placé à juger l'efficacité des moyens de prévention mis en œuvre grâce à la surveillance médicale des salariés. Une gestion adéquate des risques professionnels est un facteur d'amélioration des conditions de travail permettant au personnel de laboratoire de travailler en toute sécurité. C'est également un facteur de motivation du personnel contribuant à améliorer la productivité et la qualité des analyses.

APTITUDE MEDICALE DU PERSONNEL SOIGNANT PRESENTANT UNE INFECTION CHRONIQUE PAR LE VIRUS DE L'HEPATITE B

Dr M. FRAIKICH, Dr H. EL FADIL, B. BENALI. A. EL KHOLTI

Service de Santé au Travail, CHU Ibn Rochd Casablanca, Maroc

E-mail : fraikich.maryam@gmail.com

Introduction : Au Maroc, l'absence d'obligation vaccinale contre l'hépatite B pour des métiers à risque comme le milieu de soin est devenu une préoccupation croissante pour le public et les autorités sanitaires. L'aptitude des soignants porteurs d'une hépatite B répliquante suscite de nombreuses questions et l'attitude à adopter reste controversée.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'un homme âgé de 43 ans, travaillant comme agent de service dans le laboratoire d'analyses anatomopathologiques du CHU Ibn Rochd depuis 25 ans, suivi pour une hépatite virale B (HVB) chronique, non vacciné contre l'hépatite B et consulte au service de santé au travail pour une orientation professionnelle.

Résultats : L'activité de notre salarié consistait à nettoyer les locaux du service et à transporter les pièces anatomiques des malades parfois sans porter des gants. Le salarié a déclaré avoir été victime de multiples accidents d'exposition au sang non déclarés.

Depuis 1996, le salarié est suivi au service de gastro-entérologie du CHU Ibn Rochd pour une HVB chronique de découverte fortuite. Ainsi, l'agent est mis sous traitement, selon les recommandations de la société française du foie, vu sa charge virale de 2.4 log UI/ml, l'absence de fibrose significative au fibroscanner (F₀-F₁ de Métavir) et que le patient est un personnel paramédical.

Discussion : Ainsi, on a recommandé un changement du poste de travail vers un poste moins contraignant ne l'exposant pas aux agents biologiques sous réserve d'un contrôle médical régulier. Plusieurs difficultés apparaissent dans la gestion de la question d'aptitude au poste d'un soignant porteur chronique du VHB concernant notamment la préservation du secret médical du statut des soignants infectés et la poursuite de son activité professionnelle.

Conclusion : Le médecin du travail est souvent seul face à ces situations où il doit prendre une décision d'aptitude ou d'inaptitude considérant la protection de la santé du salarié, leur sélection et l'enjeu de santé publique.

EVALUATION DES CONNAISSANCES DU PERSONNEL VIS-A VIS DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG : A PROPOS DE 64 CAS

M. FRAIKICH, H. EL FADIL, B. BENALI. A. EL KHOLTI

Service de Santé au Travail, CHU Ibn Rochd Casablanca, Maroc

E-mail : fraikich.maryam@gmail.com

Introduction : Les accidents d'exposition au sang (AES) constituent une sérieuse menace pour la santé des professionnels de soins dans les pays en voie de développement. L'objectif de notre étude est d'apprécier les

connaissances du personnel vis-à-vis du des AES afin de pallier aux insuffisances dans ce domaine et de proposer un plan d'amélioration.

Matériels et méthodes : Notre travail est une étude descriptive menée pendant une période d'un mois dans un hôpital provincial. Le support de l'enquête est un questionnaire anonyme distribué à l'ensemble du personnel.

Résultats : L'âge moyen était de 38 ans (extrêmes de 23 à 59 ans), une ancienneté professionnelle de 13 ans, 39 personnes étaient victime d'un AES dont 2 cas l'ont déclarés comme accident de travail, ces AES sont souvent causés par piqure par aiguille creuse (41%). Les services les plus concernés sont les urgences (53%), la maternité (23%) et le bloc opératoire (18%).

Discussion : Nos résultats convergent avec ceux de la plupart des études menées au Maroc et à l'étranger : la catégorie professionnelle la plus touchée dans notre étude est celle des infirmiers (67%), résultats similaires à ceux de l'enquête de JEBBARI, un faible taux de vaccination (34%); au CHU de BEL ABBES, Algérie, un taux bas malgré l'obligation vaccinale contre le VHB chez le personnel soignant depuis l'année 2000.

Conclusion : Des mesures doivent être prises au sein de toute formation sanitaire dès l'embauche et de façon régulière pour tout le personnel soignant en impliquant toutes les instances de l'hôpital : direction, comité de lutte contre les infections nosocomiales, service de santé au travail et le personnel.

LE RISQUE BIOLOGIQUE AU MAROC. QUE DIT LE LEGISLATEUR ?

F BOUZOU, L. CHARAF, B. BENALI. A. EL KHOLTI

Service de Santé au Travail, CHU Ibn Rochd Casablanca, Maroc

E-mail : bouzou3fatima@gmail.com

Le milieu du travail est toujours associé à la présence de contraintes susceptibles d'interférer sur la santé et la sécurité des individus. Ces contraintes peuvent correspondre à des nuisances biologiques. Le législateur marocain a fixé les conditions d'utilisations de toutes préparations ou substances biologiques possédant cette propriété de nuisance et cela en application des dispositions de l'article 287 de la loi 65-99 relative au code du travail, figurant dans le décret N° 2-12-431 du 21 moharrem 1435 (25 novembre 2013).

Le risque biologique a été défini comme étant un risque professionnel médié par un agent biologique (susceptible de provoquer une infection, une allergie ou une intoxication...). Les travailleurs susceptibles d'être exposés à ce risque sont de plus en plus nombreux et les secteurs d'activité concernés sont très variés. Ce risque biologique peut être provoqué par des micro-organismes, une culture cellulaire ou des agents biologiques qui sont classés en quatre groupes en fonction de l'importance du risque d'infection qu'ils présentent. (Art. 55).

Les articles (58, 59, 60, 61) de ce présent décret stipulent que l'évaluation des risques biologiques est une responsabilité qui incombe au chef d'établissement dans le cadre de la promotion de la santé et la sécurité au travail, ce dernier doit tenir une fiche d'évaluation des risques biologiques, qui sera mise à la disposition de l'agent chargé de l'inspection du travail.

Le législateur a également mis en valeur les actions préventives qui doivent être mise en œuvre afin de réduire ou d'éliminer ce risque biologique et qui sont de la responsabilité de l'employeur (art 62→70) par contribution des médecins du travail, du CHS, des travailleurs ... Les articles (72→77) du même décret montrent l'obligation des actions d'information et de formation des salariés sur les éventuels risques auxquels ils peuvent être exposés et sur l'importance de l'application des procédures et des règles d'hygiène et de sécurité.

Quant à la surveillance de la santé des travailleurs, l'employeur a l'obligation d'établir une liste d'exposition (Stipulent les articles (79→82)) et le médecin du travail (art 83→99) doit assurer la surveillance médicale des salariés exposés (à l'embauche, surveillance périodique, spéciale ou renforcée, suivi des pathologies et constitution d'un dossier médical...). La déclaration administrative est une autre étape importante dans la démarche d'évaluation et de maîtrise de risque qui n'a pas été négligé par le législateur (les articles 100→104).

La maîtrise du risque biologique représente un gain majeur de performance et de qualité en milieu du travail qui a été bien orienté par la législation marocaine.

L'HEPATITE VIRALE B AU MAROC. RISQUE DE TRANSMISSION CHEZ LES SOIGNANTS ET PERSPECTIVES DE PREVENTION

F BOUZOU, L. CHARAF, B. BENALI. A. EL KHOLTI

Service de Santé au Travail, CHU Ibn Rochd Casablanca, Maroc

E-mail : bouzoui3fatima@gmail.com

L'hépatite virale B (HVB) représente la principale cause de pathologie hépatique aiguë ou chronique dans le monde et L'OMS estime à deux milliards le nombre de personnes ayant été exposé à ce virus, soit une personne sur trois et près de 10 à 30 millions de nouvelles contaminations par an. Le nombre de porteurs chronique est estimé à plus de 350 millions, avec près de 1 million de décès chaque année.

La prévalence du HVB est de 5,4 % à l'échelle mondiale, contre 1 % pour celle du VIH et 3 % pour celle du virus de l'hépatite C. Pour certains auteurs, le risque de transmission du HVB est de deux à dix fois plus important chez le personnel de soins que dans la population générale (le risque en cas d'AES d'un patient porteur du virus est estimé à 30%, ce risque est évalué à 3% pour le VHC.).

Au Maroc, La prévalence de cette maladie chez la population générale serait de 2,5% quant à l'hépatite virale C, elle avoisinerait 1,2%, et la fréquence chez les soignants a été estimée à 1% selon une étude réalisée dans 15 villes du Maroc et ayant concernée 16 634 personnes, dans la période entre mars 2006 et juillet 2009.

Ce risque infectieux important chez les soignants, nécessite un programme d'évaluation et de maîtrise du risque infectieux dans les établissements des soins et qui est une responsabilité des employeurs dans le cadre de promouvoir la santé et la sécurité sur leurs lieux de travail.

Le virus de l'hépatite B est un virus extrêmement contagieux et dangereux (cirrhose, carcinome hépatocellulaire) et le traitement actuel de l'hépatite chronique B a une efficacité relativement faible à long terme et un prix très élevé. De ce fait, la prévention de l'hépatite B doit faire l'objet d'actions d'amélioration qui nécessitent une stratégie nationale et une mobilisation pluridisciplinaire et pluri-professionnelle qui devrait inclure un programme de ciblage des efforts de prévention du VHB, y compris la sensibilisation et la formation et l'information des professionnels exposés et la définition des exigences en matière de sécurité et de la promotion des normes de contrôle des infections dans les établissements de soins et la surveillance adéquate des victimes d'AES

Ainsi, la prévention demeure la méthode la plus efficace pour contrôler avec succès l'infection par le VHB, et la vaccination reste le meilleur moyen de prévention contre cette infection.

ALLERGIE AU LATEX EN MILIEUX DE SOINS

H. EL FADIL, M. FRAIKICH, B. BENALI. A. EL KHOLTI

Service de Santé au Travail, CHU Ibn Rochd Casablanca, Maroc

E-mail : hayatelfadil@gmail.com

Les allergies aux produits contenant du latex naturel ont fortement augmenté, principalement dans le secteur de la santé depuis le début des années 90. Dans le cadre de la prévention des maladies professionnelles, l'allergie au latex constitue un problème important car les troubles qu'elle cause sont étendus et potentiellement mortels.

On estime en effet qu'à l'heure actuelle, la prévalence de l'allergie au latex en milieu hospitalier peut atteindre 30% du personnel selon les pays. Au Maroc, l'allergie au latex représente 10% du personnel de la santé.

On les observe aussi à l'extérieur de ce secteur, dans l'industrie du caoutchouc, les laboratoires, les salons de coiffure...

L'allergie au latex peut revêtir plusieurs formes : une urticaire par hypersensibilité immédiate, un eczéma de contact par hypersensibilité retardée et de manifestations allergiques à distance : asthme, rhinite, œdème de Quincke, voire des chocs anaphylactiques.

L'atopie, l'exposition professionnelle au latex, les multi-opérés et les spinabifidas sont les principaux facteurs de risques de sensibilisation au latex. Le diagnostic est basé sur un interrogatoire minutieux, un examen clinique et surtout sur les tests cutanés de confirmation (réalisés en milieux spécialisés).

Le médecin du travail joue un rôle important dans la prévention de cette allergie notamment, lors d'embauche par le dépistage des personnels sensibilisés ainsi que lors du suivi médical annuel par la recherche systématique, chez les sujets qui portent des gants pour leur travail, de la survenue de prurit, érythème, urticaire des mains...

Des mesures de prévention sont recommandées : Pas d'utilisation de gants poudrés à base de latex, remplacement des gants en latex par des gants sans latex, éviter l'utilisation de crèmes ou lotions pour les mains à base d'huile sous les gants, sensibilisation des personnels,...

Lorsqu'on doit constater que l'exposition professionnelle au latex ne peut être évitée et que, malgré les mesures de prévention correctement appliquées, il subsiste une menace sérieuse pour la santé de l'intéressé, il y a lieu d'examiner la nécessité d'une décision d'aptitude pour les travaux comportant une exposition au latex.

Au Maroc les affections allergiques au latex sont réparées selon le tableau 1.6.3

ACCIDENTS EXPOSANTS AU SANG CHEZ LE PERSONNEL SOIGNANT

EL AMRI L., RIMICHI S., BENALI B., EL KHOLTI A.

Service de santé au travail, CHU Ibn Rochd, Casablanca

E-mail : imane-elamri@hotmail.com

Les accidents exposants au sang (AES) sont une situation fréquente en pratique courante. En 2014 en France, l'incidence des AES était de 5,7 pour 100 lits selon l'INVS. Au Maroc les études soulignent une sous-déclaration des accidents d'exposition au sang (AES) chez le personnel de santé.

Il s'agit d'une étude transversale, menée auprès du personnel soignant exerçant au niveau des établissements publics de la région de Rabat-Salé-Zemmour-Zair.

75 personnes ont répondu au questionnaire. Pour la conduite à tenir devant un AES, 24,3% disent qu'il faut faire saigner la plaie, 67% rapportent qu'on doit laver immédiatement à l'eau et au savon. Pour 62,2% du personnel, la désinfection à l'eau de javel 12° dilué à 1/10 est de mise. 76% disent qu'il faut consulter un médecin référent dans les 4h qui suivent un AES. 12,5% du personnel interrogé connaissaient la définition exacte d'un AES contre 87,5% qui ne la connaissaient pas. 91% reconnaissent que le VHB est un des agents infectieux pouvant être transmis lors d'un AES. 72% reconnaissent ceci pour le VHC et 89% pour le VIH. 51% affirment être vaccinés contre le VHB. Pour ceux qui ne le sont pas, 27% sont prêts à le faire si on le leur propose.

Au Maroc on n'a pas de données nationales par rapport au taux d'AES chez le personnel soignant. Ceci est dû à l'absence d'une collecte de données sur un niveau national. Notre étude a montré plusieurs lacunes vis-à-vis des connaissances et des mesures préventives prises pour lutter contre les AES. La conduite à tenir immédiate devant un AES n'est pas non plus bien assimilée par le personnel, ceci est probablement dû à un manque d'information et de formation, qu'elle soit initiale ou continue. Il est nécessaire de mettre en place une politique de prévention contre ces accidents en milieu de soins en se basant en premier lieu sur la formation et la sensibilisation du personnel soignant, il faut généraliser le respect des précautions universelles et compléter par le renforcement de la vaccination contre l'hépatite virale B.

Au terme de notre étude, force est de reconnaître encore une fois que les AES constituent un réel problème de santé au travail. Les services devraient bénéficier d'équipes s'occupant de la formation et de l'entretien des connaissances et des réflexes en matière de prévention des risques professionnels notamment les AES.

TUBERCULOSE OCULAIRE PROFESSIONNELLE (A PROPOS D'UN CAS)

EL GADI H., ALLOUCH W., B. BENALI, A. EL KHOLTI

Service de Santé au Travail - CHU Ibn Rochd Casablanca - Maroc

E-mail : hindell@live.fr

Introduction : La tuberculose est une affection bactérienne due au Mycobacterium Tuberculosis. L'atteinte oculaire de la tuberculose n'est pas rare. Elle peut accompagner les manifestations générales de la maladie ou être isolée. Les localisations extra-pulmonaires représentent 35% de l'ensemble des atteintes, dont 1 à 2% sont des atteintes oculaires et qui s'observe encore chez des sujets non infectés par le VIH surtout dans les pays en voie de développement notamment au Maroc.

Matériel et méthode : Notre travail traite le cas d'un soignant au CHU Ibn Rochd de Casablanca.

Résultat : Le patient âgé de 34 ans sans antécédent pathologique particulier a présenté une baisse subaiguë de l'acuité visuelle. L'angiographie oculaire à la fluorescence a montré une vascularite rétinienne occlusive compliquée d'une ischémie rétinienne.

L'OCT maculaire montre une augmentation de l'épaisseur de la rétine maculaire bilatérale; l'IDR à la tuberculine et le test QuantiFERON-TB se sont révélés positifs. Il a été mis sous traitement anti-bacillaire sous le régime 2ERIP/4RH et notamment une corticothérapie générale. Son activité professionnelle en tant que personnel de laboratoire de biologie pourrait être la source de contamination.

Discussion : Deux mécanismes peuvent expliquer l'atteinte oculaire : mécanisme direct par action directe du bacille tuberculeux (bacille de Koch ou BK) ou mécanisme indirect par réaction d'hypersensibilité vis-à-vis des antigènes du BK.

L'efficacité du traitement antituberculeux en cas de tuberculose oculaire présumée constitue un argument supplémentaire à postériori en faveur de ce diagnostic.

Les micro-organismes pathogènes présents dans le sang et les liquides biologiques des patients peuvent contaminer le personnel des LABM par voie aérienne, orale, cutanée ou encore par contact avec les muqueuses.

L'évaluation du risque biologique consiste à inventorier les dangers potentiels et à repérer les situations d'exposition, que ce soit au cours des prélèvements ou des analyses sans oublier la réception des échantillons, des opérations de nettoyage de maintenance ou de gestion des déchets. Les résultats de cette évaluation peuvent influencer sur l'aménagement des locaux et des postes de travail ainsi que sur l'organisation du travail.

Conclusion : L'étude de poste de ce patient est nécessaire pour adapter le poste de travail à l'état de santé de ce patient. La déclaration de cette maladie comme professionnelle doit être discutée vu le lien de causalité entre l'activité professionnelle et la pathologie.

AUDIT DE PRATIQUE DE L'HYGIENE DES MAINS DANS LES SERVICES DE DECHOQUAGE ET DES SOINS DES URGENCES CHU DE CASABLANCA

W. ALLOUCHE, M. LGHABI, B. BENALI. A. EL KHOLTI

Service de Santé au Travail, CHU Ibn Rochd Casablanca, Maroc

E-mail : wahibaallouche@outlook.com

Introduction : L'hygiène des mains est un terme qui englobe le lavage des mains, l'antiseptie des mains et les mesures qui permettent de maintenir des mains en santé, elle reste la mesure de base pour réduire l'incidence des infections nosocomiales et constitue une stratégie efficace de prévention des infections et de contrôle de la transmission de microorganismes.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'un audit par observation directe des pratiques de l'hygiène réalisé durant une période de 26 semaines, visant à évaluer la qualité et la pertinence de l'hygiène des mains des personnels de santé au sein du service de déchoquage et du service des soins des urgences.

Résultats : de 200 observations on a trouvé 110 lavages effectués dont 51% lavages simples, 4% lavages hydro-alcooliques, et 55% des actes de soins effectués sans protocole de l'hygiène des mains. 75% de sexe féminin effectuent au moins un lavage contre 38 % de sexe masculin. Les infirmiers constituent 30,3%, suivi des étudiants à 27,5%, les médecins et les agents hospitaliers respectivement 18.5% et 14.7%. 70% des personnels préfèrent se laver les mains après les soins plus qu'avant. La durée moyenne du savonnage et du rinçage est de 22 secondes.

Discussion : dans notre étude 70% des audités se lavent après le soin qu'avant, cela est concordant avec l'étude de denman 64% de lavage après le soin. 55% des actes de soins dans notre étude effectués sans protocole de l'hygiène des mains, et 4% ont effectués un lavage hydro-alcoolique ces résultats sont superposables de ceux retrouvés dans l'étude de F. Dicko-Traore puisque 43% n'avaient fait ni un lavage des mains, ni une friction hydro-alcoolique. Notre durée moyenne de lavage est de 22 secondes, dans la littérature une bonne technique du lavage des mains exige entre 40 et 80 secondes. L'observance et la qualité de la désinfection des mains sont insatisfaisantes ce qui prouve un manque d'information et de formation du personnel de services des urgences.

Conclusion : en milieu de soins, la sensibilisation, la formation du personnel et l'évaluation répétée de la pratique des professionnels ainsi que l'observance des recommandations relatives à l'hygiène des mains représente le meilleur moyen de prévenir la transmission de microorganismes, aussi bien de contribuer à la sécurité des patients et de participer à la promotion de l'hygiène des mains.

LA CONDUITE A TENIR EN CAS DE CONTAGE TUBERCULEUX SUR LES LIEUX DU TRAVAIL

W. ALLOUCHE, H. ELGADI. B. BENALI. A. EL KHOLTI

Service de Santé au Travail, CHU Ibn Rochd Casablanca, Maroc

E-mail : wahibaallouche@outlook.com

Introduction : La tuberculose est une maladie infectieuse à déclaration obligatoire, au Maroc elle constitue un grand problème de santé public et inscrite dans le tableau des maladies professionnelles indemnisables, le milieu de soins présente un risque élevé de transmission et un repérage du sujet source est souvent plus facile.

L'incidence de la tuberculose au Maroc en 2015 toutes formes confondues est de 89 nouveaux cas/ 100000 habitants, alors qu'en France est de 7,5 cas pour 100000 habitants, cette incidence est beaucoup plus élevée chez le personnel soignant.

La conduite débute par le signalement du cas index par le médecin qui pose le diagnostic, le signalement est systématique et doit être fait dans les 48 heures au médecin responsable du centre de diagnostic de tuberculose et maladies respiratoires CDTMR, celui-ci doit débiter l'enquête après la réception du signalement. Un entretien initial au lit du malade, complété par un deuxième entretien au domicile permet de recueillir la liste des sujets contact. L'évaluation du risque de transmission concerne aussi bien la contagiosité du cas index, les caractéristiques du contact entre le cas et l'entourage et les caractéristiques de la personne exposée. Cette évaluation peut être facilitée par une visite sur les sites concernés (domicile, milieu du travail, ..)

Le médecin du travail participe activement à l'identification et à la sélection des sujets contact. Il informe la direction de l'entreprise du problème et des modalités du travail d'enquête, établit aussi bien la liste des sujets contact sur le lieu de travail et précise les durées du temps passé auprès du cas index en tenant compte du temps habituel de travail du salarié et de ses habitudes au sein de l'entreprise, et enfin il adresse la liste des salariés ayant été en contact étroit avec le cas index au CDTMR .

La prévention est à la fois technique et médicale, qui repose sur la limitation de la transmission, le diagnostic et traitement précoce des cas de tuberculose pulmonaire et la mise en place d'une surveillance médicale adaptée. Au Maroc la vaccination antituberculeuse est fortement recommandée mais n'est pas obligatoire.

Conclusion : La tuberculose reste un sujet d'actualité, malgré la baisse constante de l'incidence de cette pathologie, la prévention implique aussi que le dépistage, le suivi des populations à risque et l'enquête systématique autour d'un cas.

QUELLE EST LA PLACE DE LA LEGISLATION DANS LA PREVENTION DES RISQUES BIOLOGIQUES?

M. LGHABI, H. ELGADI. B. BENALI. A. EL KHOLTI

Service de Santé au Travail, CHU Ibn Rochd Casablanca, Maroc

E-mail : majda.lgh@gmail.com

Introduction : Les risques biologiques sont une des causes relativement importantes d'arrêts de travail dans les métiers de l'économie sociale. Les travailleurs susceptibles d'être exposés au risque biologique sont de plus en plus nombreux et les secteurs d'activité concernés sont variés (métiers de la santé)

Législation : Au Maroc, les risques biologiques sont régis par les textes de loi figurant dans le Bulletin Officiel n° 6214, du 19 décembre 2013 (Art. 55-Art.106). L'Art. 56 classe les agents biologiques (AB) en quatre groupes en fonction de l'importance du risque d'infection qu'ils présentent. Sont considérés comme AB pathogènes, tous les AB des groupes 2, 3 et 4. Après l'évaluation des risques biologiques (par l'employeur), un certain nombre de mesures préventives doit être mises en place pour les limiter voir les supprimer.

Prévention :

Surveillance médicale (Art 79 -99) : Etablissement d'une liste d'exposition (salariés exposés à des AB groupes 3 ou 4, type de travail). La liste doit être communiquée au médecin du travail.

Examens médicaux, fiche d'aptitude et dossier médical spécial : un salarié ne peut être affecté à des travaux l'exposant à des AB pathogènes, que s'il a fait l'objet d'un examen médical préalable par le médecin du travail et si la fiche médicale d'aptitude établie à cette occasion atteste qu'il ne présente pas de contre-indication médicale à ces travaux.

Surveillance médicale renforcée pour les salariés exposés : L'évaluation des risques permet d'identifier les salariés pour lesquels des mesures spéciales de protection peuvent être nécessaires (par ex : vaccinations appropriées).

Dispositions particulières : laboratoires (biologie médicale, anatomie et cytologie pathologique), service de médecine légale (autopsie...)...

Information et formation des salariés (art.72-78)

Déclaration administrative (art.100-104):

La première utilisation d'AB pathogènes est déclarée à l'agent chargé de l'inspection du travail au moins 30 jours avant le début des travaux. La déclaration d'utilisation est renouvelée chaque fois qu'un changement important des procédés ou des procédures la rend caduque.

Réparation :

Accidents du travail : Les accidents pouvant entraîner la pénétration d'agents pathogènes (piqûre, projection de sang, ...) sont considérés comme étant des accidents de travail.

Maladie professionnelles : Toute infection, allergie ou pathologie toxinique est dite professionnelle si elle est la conséquence de l'exposition d'un travailleur à un AB ou à ses produits dans le cadre de son activité professionnelle habituelle et qu'elle figure dans les tableaux de maladies professionnelles.

ETUDE DU TAUX DE LA VACCINATION ANTIGRIPPALE CHEZ LES PROFESSIONNELS DE SANTE

M. LGHABI, W. ALLOUCHE, B. BENALI, A. EL KHOLTI

Service de Santé au Travail, CHU Ibn Rochd Casablanca, Maroc

E-mail : majda.lgh@gmail.com

Introduction : la grippe est une maladie infectieuse virale qui peut être responsable d'atteintes sévères. Elle peut constituer un risque professionnel, en particulier pour les soignants en raison de leur proximité avec les patients et du mode de transmission de la grippe.

Matériels et méthodes : l'étude a été menée à l'aide d'un questionnaire lors d'un congrès sur un effectif de 130 praticiens, durant le mois de mai 2013. Le but de l'étude est de connaître les motifs justifiant la vaccination ou la non vaccination antigrippale.

Résultats : 110 (84,6%) ont participé à l'enquête. Il y avait une participation représentative des différentes tranches d'âge. Les médecins généralistes publics représentaient 37.7% suivis des médecins généralistes du secteur privé (22.9%). 29,3% avaient une ancienneté entre 11 et 15 ans. 64% des participants refusent le vaccin, 60% d'entre eux pensent que la grippe est une maladie bénigne. Par contre, seulement 36% acceptent de se faire vacciner, 88% déclarent qu'ils le font pour ne pas contaminer les patients. 50% de nos enquêtés sont vaccinés occasionnellement alors que 25% ne l'ont jamais fait. Par ailleurs, 40% veulent se faire vacciner l'an d'après.

Discussion : selon la littérature, les taux de vaccination antigrippale sont extrêmement variables, allant de 5,3 % à 73 %. Dans notre étude, ce taux est de l'ordre de 36%. En France, deux enquêtes menées (Gehanno J-F, Guthmann J-P) sur plus de 30 établissements de santé ont montré des taux de vaccination de 25,6 % et de 11 %. Par contre, une enquête récente menée aux États-Unis, sur 1 944 soignants de plusieurs établissements, a rapporté un taux moyen de vaccination de 72 %, atteignant 92,3 % chez les médecins.

Dans notre étude, seulement 40% sont pour une vaccination l'an d'après. Dans une étude menée par P. Pina, 37% accepteraient une vaccination (sous réserve d'amélioration de la procédure actuellement suivie), 63% refusent la vaccination malgré les améliorations proposées.

Conclusion : Il existe en effet, un véritable défi éducatif vis à vis de la promotion de la vaccination antigrippale des professionnels de santé. Ce taux important de refus de vaccination justifierait une enquête spécifique sur leurs motivations afin de proposer des stratégies adaptées permettant d'améliorer la couverture vaccinale des professionnels de santé (sensibilisation, formation et information...).

PREMIER CAS DE SEROCONVERSION PROFESSIONNELLE AU VIH DOCUMENTEE EN REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE (RCA)

H. D. MOSSORO-KPINDE^{1,4*} ; C. D. MOSSORO-KPINDE^{2,4} ; C.E. GAUNEFET³ ; R. GBESSE⁴ ; T. MBESSE⁴.

1. Complexe pédiatrique de Bangui (CPB) ; 2 Laboratoire National de biologie Clinique et de Santé Publique (LNBCSP Bangui), 3. Hôpital Communautaire de Bangui ; 4. Faculté des Sciences de la Santé, Université de Bangui.

La RCA, pays à ressources limitées, a une forte prévalence pour le VIH (4,9%), les Hépatites B (15%) et C (8%). Ce pays n'est pas épargné par la pénurie mondiale en personnel de soins. Le plan de transition du secteur de santé (PTSS) en RCA 2015-2017 déplore l'insuffisance en ressources humaines pour la santé en quantité et en qualité (un médecin pour 22000 habitants). Depuis 2012 a été instaurée une surveillance des accidents d'exposition au sang (AES). Nous rapportons ici le premier cas de séroconversion professionnelle documentée, pour le VIH, en RCA. Il s'agit d'un étudiant en médecine qui réalisait une intervention chirurgicale mais qui ne portait pas tout le matériel de protection individuelle nécessaire. Au cours de l'intervention, il a été victime d'une coupure profonde qui a été suturée en deux plans. Le jour même de l'accident, après un counseling chez le patient source et chez la victime, des sérologies pour le VIH, VHB, VHC ont été réalisées. La source était positive pour le VIH, la victime négative pour le VIH mais positive pour le VHB. Une prophylaxie post exposition a été mise en route à base de DUOVIR et KALETRA pendant un mois. Au 2^{ème} mois après l'accident,

le contrôle de la sérologie VIH est revenu positif. Le western blot a confirmé la positivité. Une leucopénie a été mise en évidence (2,9 giga/l) et le taux CD4 était supérieures à 500. La victime a été orientée vers un centre de traitement ambulatoire pour la prise en charge de sa séropositivité pour le VIH. Notons que tous ces examens ont été financièrement pris en charge par la patiente elle-même.

Cinq ans après la mise en place de la surveillance des AES nous sommes aujourd'hui face à la première séroconversion professionnelle documentée. Combien d'autres séroconversions professionnelles sont elles passées sous silence ? La question de la prévention et de la gestion financière des AES demeure. En outre, cette observation souligne de la protection du personnel soignant et de la mise en place de dispositifs d'indemnisation et de prise en charge des personnels face aux AES.

*Médecin de santé et sécurité au travail au CPB, dahlia_m2003@yahoo.fr ; 0023675202216

Mots clé : Séroconversion professionnelle, VIH, AES, RCA .

MISE EN PLACE D'UNE POLITIQUE DE PREVENTION DU RISQUE INFECTIEUX DANS LES PAYS A RESSOURCES LIMITEES : EXEMPLE DU COMPLEXE PEDIATRIQUE DE BANGUI EN REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE (RCA)

H. D. MOSSORO-KPINDE^{1*} ; C. D. MOSSORO-KPINDE² ; J. C. GODY³; M. DRUET-CABANAC⁴.

1. Médecin du travail Complexe pédiatrique de Bangui (CPB), 2 Médecin biologiste Directeur LNBCSP Bangui, 3. Pédiatre CPB, 4. Médecin du travail CHU Limoges

Contexte : La RCA, pays à ressources limitées est depuis des décennies secouée par des crises militaro-politiques récurrentes. Les séroprévalences du VIH et des hépatites virales B et C y sont élevées, respectivement 4,9%, 15% et 8%. Le plan de transition du secteur de santé (PTSS) en RCA 2015-2017 déplore l'insuffisance en ressources humaines pour la santé en quantité et en qualité (un médecin pour 22000 habitants). Le nombre de personnel soignant est insuffisant et très peu sont vaccinés contre le VHB. Depuis 2013 le Complexe Pédiatrique de Bangui (CPB) est en partie soutenu par des partenaires rendant possible la gratuité de l'accès aux soins. De ce fait, le personnel soignant est débordé par l'afflux massif des malades. Dans ce contexte d'activité intense, le personnel de santé peut se contaminer de façon accidentelle ou non par des agents biologiques. Ces fortes prévalences associées à l'importante charge de travail soulèvent la problématique des AES et la nécessité de la mise en place d'une politique de prévention.

Méthodologie : Une étude épidémiologique transversale a été réalisée CPB, dont l'objectif principal était d'adopter une politique de prévention des accidents d'exposition au sang et de la gestion des déchets d'activité de soins. Cette étude a montré l'insuffisance du dispositif de gestion du risque infectieux. Selon nos résultats, nous proposons le plan d'action suivant.

Résultats : Plan d'action

	Activités	Intervenants
<u>A court terme</u>	Mise en place d'un groupe de réflexion AES / DAS	Direction du CPB / Médecin du travail
	Information et formation des personnels	
	Rédaction et élaboration des procédures et affiches sur les AES et les DAS	Direction / personnels CPB / Médecin du travail
<u>A moyen terme</u>	Mise à disposition des kits « prise en charge AES aux urgences »	Partenaires/Direction CPB
	Mise à disposition du matériel adapté	
	Vaccination du personnel	
<u>A long terme</u>	Elaboration de textes	Ministères santé et environnement

Certaines de ces actions ont déjà été mises en œuvre.

Conclusion : Dans le souci de protéger le personnel soignant de la RCA ce plan d'action a commencé à être exécuté au CPB et pourrait être éventuellement appliqué aux autres structures de la RCA et pourquoi pas à celles de beaucoup d'autres pays en voie de développement.

*Médecin du travail CPB, dahlia_m2003@yahoo.fr, tel : 00 236 75 20 22 16/ 0023670973306 Bangui RCA.

DEMARCHE QUALITE DANS LE LABORATOIRE DU COMPLEXE PEDIATRIQUE DE BANGUI (CPB)

H. D. MOSSORO-KPINDE^{1*} ; C. D. MOSSORO-KPINDE² ; J. C. GODY³ ; C. FORAN³ ; M. DRUET-CABANAC⁴.

Introduction : L'amélioration continue et la notion de « soins propre » entre dans la démarche qualité des laboratoires. En Centrafrique il n'existe aucune réglementation régissant la gestion des Déchets d'Activité de Soins (DAS) pour prévenir le risque qu'il présente, tant pour le personnel du laboratoire que pour les usagers qui s'y rendent.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude transversale au laboratoire du CPB. Son objectif était d'analyser la filière des DAS en vue de proposer des orientations correctives, ce processus entrant dans l'instauration d'une démarche qualité dans le laboratoire du CPB. Un questionnaire standardisé a été complété. Il concernait les déchets produits, les différentes étapes de leur circuit, le personnel en charge des déchets : conditions de travail, état vaccinal, du l'existence de procédure et de formation en matière de gestion des déchets. Les données ont été saisies et analysées par le logiciel Excel.

Résultats : Toutes les unités de ce laboratoire ont répondu au questionnaire et produisaient des déchets piquants et tranchants avec une prédominance d'aiguilles. La quantité moyenne des déchets solides produits était de 5 kg par jour. Une personne était désignée pour la gestion des DAS mais n'était formée à cet effet. Cette personne dispose d'Equipements de Protection Individuelle mais n'est vacciné contre le VHB. Ce service n'avait pas de procédure de gestion des DAS. Des collecteurs d'objets piquants et tranchants étaient disponibles partout où les déchets étaient produits et 55,6% de ces collecteurs étaient imperforables. dans ce service les déchets étaient triés à la production. Il n'y a pas de politique de formation au traitement des déchets tant au niveau de ce laboratoire qu'au niveau national, mais quelques actions ont été entreprises pour l'amélioration de la gestion de ces déchets et la gestion des accidents d'exposition au sang.

Conclusion : La démarche qualité au laboratoire du CPB n'est pas encore adéquate. Certaines actions sont déjà entreprises mais il reste beaucoup à faire. Il est important d'améliorer le circuit des DAS par la mise en place des procédures, la formation et la vaccination du personnel, pour protéger et le personnel et les usagers en vue d'entrer dans la démarche qualité selon les normes internationales.

Mots clé : Qualité, laboratoire, Bangui (Centrafrique), accident d'exposition au sang, Hépatite B

*Médecin de santé et sécurité au travail au CPB, dahlia_m2003@yahoo.fr ; 0023675202216

** Médecin Biologiste, responsable du service qualité au Laboratoire national et du Réseau National des Laboratoires

REDUCTION DES RQUES DES ACCIDENTS AVEC EXPOSITION DE SANG CHEZ LES USAGERS DE DROGUES INJECTABLES AU NIVEAU DU CENTRE DE PRISE EN CHARGE INTEGREE DES ADDICTIONS DE DAKAR (CEPIAD)

Mbayang FALL BOUSSO¹, Ibrahima NDIAYE¹, Karim DIOP¹, Idrissa BA¹, Mamadou H THIAM¹

1- CHNU de Fann, Dakar, Sénégal

E-mail : mbayangfallbouso@hotmail.fr

Introduction : L'usage de drogues injectables s'accompagne souvent de risques d'exposition au sang, notamment le risque d'infection par le VIH et les hépatites B et C. La réduction des risques des accidents avec exposition au sang chez les usagers de drogues ainsi que chez le personnel est une des activités phares du CEPIAD qui se trouve être le premier du genre en Afrique de l'Ouest.

Objectif général : Montrer les différentes activités menées par le centre en vue de réduire les risques des accidents avec exposition au sang.

Objectifs spécifiques :

- Décrire les activités menées par l'équipe « Outreach » sur le terrain auprès des usagers de drogues injectables
- Répertoire les différentes activités menées dans le centre pour réduire les risques d'exposition au sang

Méthodologie : Nous rapportons ici les résultats de 11 mois d'activités (Février à Décembre 2015). Ce travail consiste à :

- ✓ Parcourir les registres de prise en charge de toutes les personnes dépendantes de substances Psychoactives.
- ✓ Rappporter les différentes activités menées dans le centre
- ✓ Faire le décompte de seringues distribuer aux usagés dans le cadre de la réduction du risque lié aux AES

✓ Vérifier la proportion de la distribution des seringues durant cette période

Résultats : Dans ce centre les différentes activités menées sont, entre autres, des IEC/CCC sous forme de causeries et VAD portant sur la réduction des risques d'AES en rapport avec l'injection de drogues, les échanges de seringues usés, les contaminations virales (VIH, VHC et VHB)etc.

Les consommateurs de drogues injectables bénéficient du programme d'échange de seringue dans le centre ou sur le terrain. Ainsi 243 sorties sur le terrain ont été réalisées, 4606 seringues ont été distribuées contre 2714 seringues récupérées, soit un taux de récupération de seringues de 59%.

En outre, le centre propose un traitement de substitution des opiacés par la méthadone. Ainsi 110 personnes ont pu démarrer leur traitement de substitution.

Conclusion : En définitive, les activités menées au niveau du centre ont permis de réduire la morbidité et la mortalité liées à la consommation de la drogue plus particulièrement celles injectables

MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF DE RIPOSTE À L'ÉPIDÉMIE EBOLA : EXPÉRIENCE DU SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES DU CHNU DE FANN À DAKAR-SÉNÉGAL.

B.A.NIANG¹, M.L DIOUF¹, N.A DIOP^{1,2}, N.B.T MBENGUE¹, M.B DIALLO^{1,2}, V.M.P CISSE^{1,2}, N.A LAKHE^{1,2}, K. DIALLO-MBAYE^{1,2} L.FORTÈS-DÉGUÉNONVO^{1,2}, C.T NDOUR^{1,2}, M. SEYDI^{1,2}

1 – Service des Maladies Infectieuses, CHNU de Fann, Dakar

2 – Centre Régional de Recherche et de Formation, Service des Maladies Infectieuses, CHNU de Fann, Dakar

E-mail : bolyniang@yahoo.fr

Problématique : La flambée de la maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest a atteint des proportions inédites par sa portée, sa gravité et sa complexité. Les trois principaux pays les plus frappés par cette épidémie avaient été la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone. Le Sénégal, pays frontalier avec la Guinée, avait ainsi mis en place un dispositif de riposte avant même l'arrivée de son cas importé.

Objectif :

- Décrire le dispositif de riposte de la MVE au niveau du SMIT /CHUN de Fann.
- Décrire la gestion des cas contacts durant l'épidémie de la maladie à virus Ebola

Résultats : Concernant la mise en place du dispositif de riposte, un comité de crise a été installé avec la présence plusieurs secteurs. Ce comité était constitué de plusieurs composantes dont l'une était opérationnelle avec l'identification du service des maladies infectieuses comme service référence de la prise en charge des cas de la maladie à virus Ebola (MVE) à Dakar. Cinq volets étaient identifiés : infrastructure avec l'aménagement d'un CTE, volet formation, clinique, média et communautaire. Un cas importé de MVE confirmé avait été enregistré et 74 personnes étaient identifiés comme cas contact puis mis sous surveillance communautaire pendant les 21 jours suivant. Ces cas contact étaient constitués de 41 agents de santé (professionnels de santé, agents de sécurité, agents d'entretien) et de 33 parents et amis. Concernant les professionnels de santé, 16 étaient au niveau d'un poste de santé et 14 provenaient du CHU Fann (SMIT et Labo).

Conclusion : La mise en place d'un dispositif de riposte a permis au Sénégal d'éviter une flambée de l'épidémie ainsi qu'un changement de comportement du personnel de santé.

PERENNISATION DE LA PROCEDURE « AES » DANS UNE VILLE DU TCHAD

Dr Doudéadou Ngarhounoum¹, Honorine Netalar¹, Dr Narassem Mbaidoum¹, Dr Véronique Manceron², Dr Emmanuel Mortier²

Partenariat ESTHER : ¹Hôpital Régional de Moundou (Tchad), ²Entraide Santé 92 (France)

E-mail : dr2doude@yahoo.fr

Introduction : En Afrique, la pérennisation des acquis d'un partenariat reste un défi. Cette présentation explique après arrêt du financement par le partenaire, la continuité de la prise en charge des AES à l'échelle d'une ville de 250 000 habitants (Moundou), procédure mise en place dans les structures de santé publics et privés grâce au partenariat Expertise France (Ex GIP ESTHER).

Méthodologie : Financement par le GIP Esther des formations et du suivi Formation (en mars 2007) dans les 10 centres de santé, de l'ensemble des soignants (médecin, majors, infirmiers et aide soignants) sur les mesures préventives et la procédure post AES ; mise en place d'affiches élaborées par des soignants tchadiens (affiches « comment éviter les AES » et « Que faire après un AES ») et des registres AES. Aucune prise en charge des AES organisée avant 2007 dans cette ville.

Résultats :

- Quatre ans après arrêt financement de cette activité en 2012, les supervisions sont arrêtées. Par contre, la prise en charge des AES continue selon les principes acquis (premiers gestes à faire et référence vers un médecin pour la prise en charge).
- De 2012 à ce jour, 30 cas d'AES notifiés: médecins (4), infirmiers (15), techniciens de laboratoire (3), garçons ou filles de salle (8) dont la moitié des AES aux urgences hospitalières. De 2007 à fin 2011, on a enregistré 22 cas d'AES.

*20 des 30 agents avaient moins de 3 ans d'ancienneté.

*Personnes sources : 21 personnes VIH positives dont 16 sous ARV (VHB et VHC négatives), 12 négatifs, 2 inconnus.

*Circonstances de l'AES : piqûre avec aiguille pleine (1), coupure profonde avec bistouri (1), projection de sang sur peau saine (2), piqûre avec aiguille creuse (26). *Port de gants dans 50 % des cas et premiers gestes faits dans 90% des cas.

*Prise en charge post AES :

- 26 sur 30 ont consulté dans un délai inférieur à 48 heures,
- Nombre d'AES traités : 21 par lopinavir/ritonavir + Duovir, 2 n'ont pu finir le traitement (effets secondaires), aucune contamination notée.

□ Evaluation : tous les registres AES qui étaient bien tenus ne le sont plus. Par contre, les gestes à faire après AES et les références vers un médecin référent pour la prise en charge sont bien faits et considérées comme des urgences.

Conclusion : Malgré des difficultés financières (manque de moyens de supervision), et la relâche des agents dans la tenue des registres d'AES (pourtant simples), la nécessité de la prise en charge des AES reste connue avec des résultats de suivi encourageants ; comme quoi le noyau du fruit du partenariat est resté sans sa coque.

PRISE EN CHARGE DES AES A L'HOPITAL GENERAL DE REFERENCE NATIONALE (HGRN) DE N'DJAMENA

J. MAD-TOÏNGUE¹ ; J. BEASSEMDA² ; J.Y. GATOU², H. YOUSSEF SEID¹.

¹ Service des Maladies Infectieuses. ² Hôpital du Jour.

E-mail : j.madtoingue@gmail.com

Introduction et objectif : L'HGRN est l'un des principaux centres de prise en charge des personnes infectées par le VIH du Tchad. Dans le pays, les taux de prévalence du VIH, du VHB et du VHC sont estimés respectivement à 1,6%, 12% et 3%. Afin d'assurer la protection du personnel sur les lieux du travail, un dispositif de prise en charge des AES a été mis en place depuis 10 ans. L'objectif de ce travail est d'en évaluer l'efficacité.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur l'analyse des données sur les AES à l'HGRN. L'analyse porte sur les informations relatives aux victimes et aux sources, les circonstances de survenue de l'accident, les modalités et les résultats de la prise en charge. L'étude couvre la période allant du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2015 soit 5 années.

Résultats : Au total, 88 cas d'AES ont été pris en charge à l'HGRN parmi lesquels 46,71% proviennent de notre structure. Près du ¼ des accidents (23,4%) sont survenus au domicile des patients. A l'hôpital les victimes proviennent principalement du Pavillon des urgences (14,3%) et du service des maladies infectieuses (10,4%).

Les victimes de sexe masculin représentent 68,4% de l'effectif total. L'âge des patients varie de 12 à 54 ans avec un âge médian de 31 ans. Les professions les plus touchées sont : infirmier (30,3%), stagiaires (26,3%) et médecin (14,5%).

Les injections, les prélèvements veineux et les sutures représentent près de 74% des circonstances de survenue des AES. 70% des patients source étaient connus séropositifs pour le VIH et 10% étaient porteurs de l'antigène HBs.

Les délais de prise en charge varient d'une heure à 4 jours. Les combinaisons thérapeutiques Lopinavir / ritonavir ou atazanavir/ritonavir, tenofovir et emtricitabine sont utilisées dans 70% des cas. Après un mois de prophylaxie antirétrovirale, aucune séroconversion n'a été enregistrée pour les 60% des victimes revues à la consultation.

Conclusion : La survenue d'AES est fréquente en milieu de soins. Les circonstances de survenue sont multiples et la mise en œuvre de mesures visant à les prendre en charge les AES est indispensable dans tous les structures de santé afin de protéger efficacement le personnel.

DEPISTAGE DU VHB AU SEIN DU PERSONNEL DE L'HOPITAL GENERAL DE REFERENCE NATIONALE DE N'DJAMENA

Joseph MAD-TOÏNGUE¹, Ali MAHAMAT MOUSSA¹, Narassem MBAÏDOUM¹, Hugues AUMAITRES²
¹Hôpital général de référence nationale de N'Djaména, Tchad, ²Centre hospitalier de Perpignan, France
E-mail : j.madtoingue@gmail.com

Introduction : Le Tchad est parmi les pays à forte prévalence du VHB avec un taux supérieur à 8 % dans la population générale. Le risque d'infection est particulièrement important en milieu de soins. L'HGRN a entrepris le dépistage du VHB au sein de son personnel afin de connaître la prévalence, de vacciner les agents éligibles et d'assurer la prise en charge de ceux porteurs de l'antigène HBs.

Méthodologie : La population cible est de 440 personnes. Le dépistage a été effectué en 2 étapes : une en février 2012 et une seconde de rattrapage en décembre 2015. Les marqueurs utilisés sont l'antigène HBs et l'anticorps anti HBc. Les personnes dépistées négatives à l'antigène HBs sont systématiquement testées pour les anticorps anti HBc. Seules celles qui ne portent aucun des deux marqueurs sont déclarées éligibles à la vaccination.

Résultats : Au total, 348 agents ont été dépistés soit 79% du personnel. Il s'agit de 132 femmes et 216 hommes soit un sex ratio de 1,6. 241 agents avaient un résultat positif pour les anticorps anti HBc soit 69,3%. Le taux de positivité pour ce marqueur est de 66,1% pour les femmes et 73,1% pour les hommes. Concernant l'antigène Hbs, 36 agents en sont porteurs dont 25 hommes et 11 femmes. Le taux global de portage de cet antigène est de 10,3%, il est respectivement de 11,6% pour les hommes et 8,3% pour les femmes. Ce taux est particulièrement élevé au sein du personnel de 3 services (Urgences, Hygiène et Maintenance) qui représente 44% de l'ensemble. A l'issue du dépistage 63 agents éligibles à la vaccination ont été vaccinés.

Conclusion : Le personnel de la santé est exposé à un risque élevé d'infection par le VHB. Il est par conséquent important d'adopter dans tous les établissements de soins des mesures de prévention à travers le dépistage et la vaccination ainsi qu'un dispositif de prise en charge des agents infectés par le VHB.

RISQUE DE TRANSMISSION DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PVVIH AU CHU SYLVANUSOLYMPIO, LOME, TOGO. (PROJET GERES-EXPERTISE FRANCE)

Akessiwe Akouda PATASSI^{1,2}, Komi Séraphin ADJOH¹, Tétouyaba BLATOME^{1,2}, Koffi Atsu AZIAGBE¹, Stéphane ADAMBOUNOU¹, Xavier ASSAMAGAN⁸, Gerard PELLISSIER³, Sylvie Le GAC⁴, Allison CRESSY⁵, Dominique SALMON⁶, Elisabeth BOUVET⁴, Anoumou Yaotse DAGNRA⁷

¹Pneumologie CHU Sylvanus Olympio Lomé, Togo, ²Maladie Infectieuse CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo, ³Maladie Infectieuse, Groupe Hospitalier Bichat-Claude Bernard, ⁴Groupe Hospitalier-GERES-Paris, ⁵Expertise France, Paris, France, ⁶Maladie Infectieuse, Expertise France, Paris, ⁷Laboratoire Microbiologie LNR, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo, ⁸Coordination Expertise France Togo, Lomé-Togo.

E-mail : blatome@yahoo.fr

Introduction : Les limites de la bacilloscopie utilisée en routine dans les pays en développement pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire sont bien connues et le risque de transmission reste toujours élevé. L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence des cas de tuberculose pulmonaire non diagnostiqués par la bacilloscopie chez les patients infectés par le VIH suivis dans le service des maladies infectieuses du CHU Sylvanus Olympio.

Patients et méthode : Nous avons inclus les patients VIH+ des deux sexes âgés de 18 ans et plus ayant une toux d'au moins 3 semaines.

Pour chaque patient, 2 échantillons d'expectoration étaient prélevés de manière successive. Sur chaque échantillon la bacilloscopie et le GeneXpert ont été réalisés quel que soit le résultat de la bacilloscopie.

Résultats : Soixante-quatre patients dont 27 hommes et 37 femmes ont été inclus. L'âge moyen des patients était de 41,4 ans, l'étendu était [18-64] ans. La bacilloscopie était positive chez 14 (21,8%) patients. Le GeneXpert était positif chez 19 patients soit 29,6%. Un des patients positif à la bacilloscopie s'était révélé négatif au GeneXpert. La proportion des cas non diagnostiqués par la bacilloscopie était 9,3% soit 6 cas.

Conclusion : La biologie moléculaire par GENEXpert a permis le diagnostic d'une proportion non négligeable de patients non diagnostiqués par la bacilloscopie. Elle a permis dans une moindre mesure d'orienter le diagnostic d'une mycobactériose atypique et traitement précoce de la tuberculose et devrait entraîner une diminution du risque de transmission nosocomiale du personnel.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DE L'HYGIENE DES MAINS DANS LES FORMATIONS SANITAIRES (CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES) DU TOGO

PATASSI A¹ ; TOGAN M. R² ; EKOUEVI K. D² ; BATOME T¹, KASSANKOGNO Y²

1- *Service des Maladies infectieuses CHU Sylvanus Olympio – Togo*

2- *Département de sante publique – Togo*

E-mail : patassi40@yahoo.fr

Contexte : Les Infections Associées aux Soins (IAS) représentent un problème majeur pour la sécurité des patients et le personnel des formations sanitaires. L'hygiène des mains est l'une des mesures la plus efficace reconnue dans la prévention des (IAS). Au Togo, très peu d'études ont été réalisées dans le domaine de l'hygiène hospitalière et surtout sur l'hygiène des mains. Cette étude fait un état des lieux sur la promotion de l'hygiène des mains dans les trois Centres Hospitaliers et Universitaires (CHU) du Togo qui sont les centres de références nationales.

Méthode : C'est une étude transversale dans les trois CHU du Togo sur l'évaluation des pratiques d'hygiène des mains au cours des soins chez les personnels soignants. Le questionnaire adapté de l'OMS a été utilisé.

Résultats : Nous avons noté que 61,6% (525) n'avaient pas reçu de formation sur l'hygiène des mains. Les personnels soignants en activité dans les CHU du Togo ont une bonne connaissance, une bonne attitude et une bonne perception sur l'hygiène des mains et la prévention des IAS. Cependant, le niveau de promotion de l'hygiène des mains dans les CHU est inadéquat associant un manque de programme de promotion de l'hygiène des mains, avec un taux d'observance globale faible estimé à 12,6%, une indisponibilité d'infrastructure pour l'hygiène des mains avec un ratio lavabo/lit d'hospitalisation de 1/25 et une faible proportion de 18,2% de salles d'hospitalisation équipées de lavabo. Enfin une disponibilité de Solution Hydro Alcoolique (SHA) dans seulement 23% des services dans les trois CHU.

Conclusion : D'importants défis sont à relever dans la prévention des IAS par promotion de l'hygiène des mains dans les CHU du Togo.

Mots clés : Hygiène des mains ; IAS ; Togo

PRISE EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE AU CHU SYLVANUS OLYMPIO : RISQUE DE TRANSMISSION AUX PERSONNELS. (Projet GERES-Expertise France)

Tétouyaba BLATOME^{1,4}, Akouda PATASSI^{1,2}, komi Séraphin ADJOH¹, Essèboè SEWU³, Xavier ASSAMAGAN⁴, Gerard PELLISSIER⁵, Sylvie Le GAC⁶, Allison CRESSY⁷, Dominique SALMON⁸, Didier EKOUEVI³, Anoumou Yaotse DAGNRA⁹, Elisabeth BOUVET⁵

¹*Pneumologie CHU Sylvanus Olympio Lomé, Togo,* ²*Maladie Infectieuse CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo,* ³*Santé publique Université de Lomé, Togo,* ⁴*Coordination Expertise France Togo, Lomé-Togo,* ⁵*Maladie Infectieuse, Groupe Hospitalier Bichat-Claude Bernard,* ⁶*Groupe Hospitalier-GERES-Paris,* ⁷*Expertise France, Paris, France,* ⁸*Maladie Infectieuse, Expertise France, Paris,* ⁹*Laboratoire Microbiologie LNR, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo,*

E-mail : blatome@yahoo.fr

Contexte : Le risque de transmission de la tuberculose reste toujours sous-estimé dans les formations sanitaires au Togo. Cette étude décrit le risque de contamination de la tuberculose pulmonaire à travers le parcours du patient.

Méthode : Ont été inclus dans l'étude les patients admis pour tuberculose pulmonaire. Tous les cas étaient identifiés à partir du registre des demandes d'examen au laboratoire des mycobactéries. Le risque de transmission de la tuberculose a été défini comme présence du patient tuberculeux en face du personnel médical à moins de deux mètres. Un patient dans son parcours médical rencontre en moyen 10 personnels soignants avant le diagnostic et l'isolement.

Résultats : Au total 52 patients étaient inclus, 33 (63,5%) hommes et 19 (36,5%) femmes soit un sex-ratio de 1,7. L'âge médian était 39 ans [29-45] ans. Un seul 1 (1,9%) patient était un professionnel de santé.

46 (88,5%) avaient pour signe respiratoire majeur la toux à l'admission ; 25 (48,1%) étaient passés par l'urgence ; 10 avaient un diagnostic évoqué. Sur les 25 patients passés en urgence 2 étaient référés en chirurgie. Cinquante (50) étaient isolés dans des locaux à porte et fenêtres non fermées. Cinq cent vingt (520) situations de transmission chez les personnels sont décrites.

Conclusion : le circuit du patient atteint de toux devrait être tracé au sein de l'hôpital pour minimiser le risque de transmission.

LA GESTION DES DASRI AU CHU SYLVANUS OLYMPIO

AHISHAKIYE-TAKASSI Jeanne¹, EKPAI Pilakiwe¹, KPEVON Victoria², PATASSI Akessiwe Akouda³, Tétouyaba BLATOME³, ASSAMAGAN Anoumou⁴ Gerard PELLISSIER⁵, Sylvie Le GAC⁶, Allison CRESSY⁷, Elisabeth BOUVET⁶

¹Service d'Hygiène et Assainissement CHU Sylvanus Olympio Lomé, Togo,

² Direction CHU Sylvanus Olympio Lomé, Togo, ³Maladie Infectieuse CHU Sylvanus Olympio Lomé, Togo,

⁴Coordination Expertise France Togo, Lomé-Togo, ⁵Maladie Infectieuse, Groupe Hospitalier Bichat-Claude Bernard, ⁶Groupe Hospitalier-GERES-Paris, ⁷Expertise France, Paris, France,

E-mail : takassichantal@gmail.com

Contexte et Justification : En dépit des multiples formations, communications et autres formes de sensibilisation, la problématique de gestion des déchets d'activités de soins à risque infectieux demeure inquiétante au CHU SO. Néanmoins des avancées significatives sont actuellement perceptibles.

Méthodologie : Dans le cadre des projets APPS, un audit sur la gestion des DASRI a été réalisé. Il a révélé une faible connaissance du personnel en la matière et l'absence d'une procédure de gestion écrite et affichée aux postes de soins.

A partir de 2012 suite au colloque de Lomé sur la protection du personnel de santé, des collecteurs OPCT sont produits en interne. Avec l'appui du GERES, une procédure de gestion des DASRI au CHUSO a été élaborée, l'affiche produite et distribuée aux postes de soins. Les autres consommables de gestion DASRI ne connaissent plus de rupture depuis 2012 à ce jour.

Résultats :

Années	Total AES déclarés	Personnel de soins	Stagiaires	Entretien Hygiène	Autres
2008- 2011	110	75(%)	14(%)	11(%)	10(%)
2012- 2015	207	98(%)	49(%)	05 (%)	55(%)

Suite aux différentes de prévention de l'infection, on a constaté : Amélioration de la déclaration des cas pour la prise en charge, réduction des cas au niveau du personnel de soutien : la collecte, le transport sont plus sécurisés grâce à la disponibilité des consommables adaptés, augmentation des cas au niveau du personnel soignant et des stagiaires car leur adhésion à l'utilisation des outils de gestion DASRI mis en place reste timide (recapuchonnage des aiguilles)

Conclusion : Le CHUSO met tout en œuvre afin d'améliorer sensiblement la prévention et le contrôle de l'infection de tous ses clients. L'acquisition d'un incinérateur conventionnel va permettre d'assurer un meilleur traitement final des DASRI

ALLO-IMMUNISATION ET TRANSFUSION SANGUINE CHEZ LES MALADES POLYTRANSFUSES DES SERVICES DE PEDIATRIE, DE DIALYSE ET DE MEDECINE INTERNE

Ghazouani Mbarka CRTS Jendouba, Dr Jaouadi Chaouki, Dr Merdassi Ferid

Mail : chaoukijaouadi@yahoo.fr

Problématique : La transfusion de PSL est un acte médical non dénué de risque. La sécurité transfusionnelle constitue une priorité majeure surtout lorsque le receveur est une femme jeune ou un sujet à forte prévalence d'allo-immunisation.

La région de Jendouba, située au nord-ouest de la Tunisie, était dépourvue de structures permettant le traitement convenable de produits sanguins labiles. Depuis novembre 1993, il y a eu l'installation d'un centre régional de transfusion sanguine.

But du travail :

- Etudier le profil épidémiologique et clinique des patients présentant une allo-immunisation.
- Comparer nos résultats en matière d'incidence d'allo-immunisation par rapport aux moyennes des séries tunisiennes.
- Evaluer l'efficacité des moyens mis en œuvre par le centre pour améliorer la prise en charge des malades polytransfusés.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée entre Janvier 2012 et Aout 2015.

Résultats : Durant la période d'étude, 430 patients ont bénéficié d'une RAI dans notre service dont 16 était positives. Les malades de médecine interne représentent plus que la moitié des patients ayant développé une RAI positive. Les résultats de RAI à conclu à une allo-immunisation Anti-D dans 6 cas puis Anti-K dans 5 cas puis Anti-E, Anti-C et Anti-S dans un cas.

Le pourcentage de RAI positif ne représente que 0,037% de tous les RAI réalisées

Conclusion : L'analyse de nos résultats nous a permis de dégager les causes d'allo-immunisation post transfusionnelle dans la région de Jendouba qui vont nous permettre d'en améliorer la prise en charge et de proposer certaines recommandations qui nous paraissent utiles pour faire face à ce problème de santé publique.

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Dominique Abiteboul, GERES, INRS, France
 Marie-Cécile Bayeux, INRS, France
 Mohamed Benbachir, Maroc
 Olivier Bouchaud, Hôpital Avicenne, France
 Elisabeth Bouvet, Hôpital Bichat-Claude Bernard, GERES, France
 Jean-Baptiste Brunet, GERES, France
 Françoise Brun-Vezinet, France
 Mohamed Cissé, CHU Donka, Guinée
 Abdelfattah Chakib, CHU Ibn Rochd, Maroc
 Mouhamadou Baïla Diallo, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal
 Eboi Ehui, CHU Treshville Abidjan, République de Côte d'Ivoire
 Naïma Elmdaghri, Institut Pasteur, Maroc
 Etienne Guillard, SOLTHIS, France
 François L'Hériteau, CClin Paris-Nord, GERES, France
 Isam Khay, AFQUARIS, CHU Mohamed VI, Marrakech, Maroc
 Abdeljalil El Kholti, Faculté de médecine de Casablanca, Maroc

Franck Lamontagne, MAEDI, France
 Boubacar Madougou, Hôpital national Niamey, EXPERTISE France, Niger
 Christophe Michon, EXPERTISE France, France
 Cécile Mourlan, ARLIN Languedoc Roussillon, France
 Françoise Ngo-Sak, Hôpital Central Yaoundé, Cameroun
 Mohamed Ouhadous, CHU Ibn Rochd, Maroc
 Akouda Patassi, CHU Sylvanus Olympio Lomé, Togo
 Christian Rabaud, CHU de Nancy, GERES, France
 Elisabeth Rouveix, CHU Ambroise Paré, ES 92, GERES, France
 Laura di Trapani, CHU Montpellier, France
 Pierre de Truchis, CHU Raymond Poincaré, ES 92, France
 Yazdan Yazdanpanah, Hôpital Bichat-Claude Bernard, France
 Marcel Zannou, CNHU Cotonou, Bénin

COMITÉ D'ORGANISATION

Dominique Abiteboul, GERES, INRS, France
 Mohamed Benbachir, Maroc
 Akli Bouaziz, France
 Elisabeth Bouvet, Hôpital Bichat-Claude Bernard, GERES, France
 Emmanuelle Capron, CHU Raymond Poincaré, ES 92, France
 Djiba-Kane Diallo, COREVIH IdF Nord, France
 Sylvie le Gac, ANRS, MAE, Cameroun
 Etienne Guillard, SOLTHIS, France
 Claire Fabin, GERES, France

Dionké Fofana, EXPERTISE France, France
 Hélène Lépinay, COREVIH IdF Ouest, France
 Isabelle Lolom, Hôpital Bichat-Claude Bernard, GERES, France
 Marie-Caroline Meyohas, UPMC, France
 Gérard Pellissier, GERES, France
 Laurent Raskine, Hôpital Lariboisière, ES 92, France
 Elisabeth Rouveix, CHU Ambroise Paré, ES 92, GERES, France
 Sigfried Sandner, ISSA – Comité secteur Santé, Allemagne

GERES – Association sans but lucratif déclarée conformément à la loi du 1er juillet 1901
 Faculté Médecine BICHAT - 16, rue Henri Huchard - 75018 PARIS
 Fax : 01 57 27 77 01 ; E-mail : geres@geres.org ; Site Web : www.geres.org
 SIRET : 382 426 005 00015 - CODE APE : 9321.
 Organisme formateur N° 11920741192



Avec le soutien de



En partenariat avec

- La Société Marocaine d'Hygiène Hospitalière
- La MOHA (Morocco Occupational Health Association)
- L'Institut Pasteur de Casablanca

