

Connaissances et pratiques des professionnels de santé concernant l'infection par le virus de l'hépatite B au Burkina Faso

H. G. OUÉDRAOGO¹, S. KOUANDA¹, C. E. YETTA¹, G. A. KONSEIMBO²,
E. TIENDRÉBEOGO¹, S. TIENDRÉBEOGO¹, A. SAVADOGO³, B. SONDO⁴

Résumé

Notre étude a pour objectif d'évaluer les connaissances et les pratiques des professionnels de santé sur l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) au Burkina Faso.

Il s'agit d'une étude transversale réalisée entre août et septembre 2010 dans les districts sanitaires de Bogodogo et de Kaya. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire auto-administré anonyme auprès du personnel de santé présent dans les formations sanitaires le jour de l'enquête.

452 professionnels de santé ont consenti à renseigner le questionnaire. L'âge moyen des enquêtés était de $38,4 \pm 7,4$ ans, avec une ancienneté professionnelle de plus de 10 ans pour 48,2 % d'entre eux. Seulement 15,0 % (3/20) du personnel médical, 10,8 % (40/370) du personnel paramédical et 3,6 % (2/56) du personnel de soutien dans les centres de santé savaient reconnaître toutes les 7 sources possibles de transmission du VHB. La transmission sanguine était le mode le plus connu (92,6 %). Près de 97 % des enquêtés connaissaient l'existence d'un vaccin anti-VHB, et la possibilité du portage inactif du VHB. Ils sont peu à connaître la possibilité d'une guérison spontanée (21,6 %) et les complications possibles de l'infection (49,9 %). Le recapuchonnage des aiguilles usagées est toujours pratiqué par 41,2 % des enquêtés. Plus de 65,4 % du personnel de santé enquêté ont affirmé avoir déjà été victimes d'un accident d'exposant au sang, et 29,5 % avaient déclaré ces accidents aux services compétents pour une prise en charge.

Le personnel de santé n'a pas de connaissance suffisante sur l'infection par le VHB, et les pratiques à risques potentiels dans leurs professions restent courantes.

Mots-clés : Professionnel de santé, connaissances, pratiques, Hépatite B, Burkina Faso.

Abstract

To assess the knowledge and practices of healthcare professionals regarding infection by HBV in Burkina Faso.

This is a cross-sectional study conducted during August and September of 2010 in the health districts of Bogodogo and Kaya. The data were collected with an anonymous, self-administered questionnaire of healthcare professionals present at health facilities during the study.

¹ Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS), Ouagadougou, Burkina Faso.

² Centre Médical avec Antenne Chirurgicale (CMA) de Bogodogo, Ouagadougou, Burkina Faso.

³ Centre Hospitalier Régional (CHR) de Kaya, Burkina Faso.

⁴ Unité de Formation et de recherche en Sciences de la santé (UFR-SDS), Université de Ouagadougou, Burkina Faso.

A total of 452 consented to answer the questions. The average age of those studied was 38.4 ± 7.4 years with 48.2 % having worked in the field for over 10 years. Only 15.0 % (3/20) of doctors, 10.8 % (40/370) of paramedical personnel, and 3.6 % (2/56) of health center support staff could recognize all of the 7 possible sources of HBV transmission proposed in the questionnaire. Blood-borne transmission was the most recognized means of transmission (92.6 %). Close to 97 % of those questioned knew about the existence of an HBV vaccine and about the possibility of inactive HBV carriage. Few knew about the possibility of spontaneous recovery (21.6 %) or about the possible complications of the HBV infection (49.9 %). The recapping of used syringes was still practiced by 41.2 % of those questioned. More than 65.4 % of healthcare personnel indicated having previously been the victim of at least one accidental blood exposure but only 29.5 % declared this accident to treatment services. The healthcare personnel did not have sufficient knowledge of HBV infection and possibly risky practices remain common in their professional lives.

Keywords: Healthcare professional, knowledge, practices, Hepatitis B, Burkina Faso.

Introduction

L'infection par le Virus de l'hépatite B (VHB) reste significativement l'infection chronique la plus courante au monde. C'est un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale et la forme la plus grave des hépatites virales [KANE, 1998 ; WHO, 2011 ; ROBERT, 2006]. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), plus de deux milliards de personnes sont infectées par le virus de l'hépatite B (VHB) et plus de 240 millions ont des infections chroniques [WHO 2012]. Bien plus contagieuse que le VIH (avec 50 à 100 fois plus de contagiosité), le VHB est le virus à diffusion hémotogène le plus stable [WHO, 2012]. Il se transmet d'une personne à une autre par contact avec le sang ou les liquides biologiques infectieux [LEE, 1997]. Cette situation fait du personnel de santé, l'un des groupes les plus vulnérables à l'infection professionnelle [WEST, 1984]. Des études de prévalence conduites dans des pays de faible endémie du VHB avaient déjà montré dans les années 1970 que la prévalence de l'infection par le VHB était souvent 10 fois plus chez les professionnels de santé que dans la population générale [ALTER *et al.*, 1972].

Au delà des possibilités de prévention existantes notamment par la vaccination [MOMMEJ-MARIN, 1999], le succès de la lutte contre le virus de l'hépatite B, dans un contexte de forte endémicité, passera nécessairement par l'implication du personnel de santé ; lequel devra disposer de connaissances nécessaires sur le sujet pour mieux contribuer à cette lutte.

Aussi, le respect des pratiques quotidiennes à moindre risque recommandé au personnel de santé dans son milieu de travail dépend des connaissances dont il dispose sur l'infection à prévenir. Il n'y a cependant pas de données sur ces connaissances du personnel de santé sur l'infection du VHB en Afrique et plus spécifiquement en Afrique de l'ouest [NKONGE, 2012 ; PIETRA *et al.*, 2008].

Notre étude a eu pour objectif d'évaluer les connaissances et les pratiques du personnel de santé en rapport avec l'infection par le VHB afin d'en identifier les besoins à combler.

Méthodologie

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive durant les mois d'août et septembre 2010 dans deux districts sanitaires du Burkina Faso. Il s'agit du district sanitaire de Bogodogo localisé à Ouagadougou (région du centre) et le district sanitaire de Kaya dans la région du centre nord

à une centaine de kilomètres de Ouagadougou. Dans chaque district, l'hôpital de référence a été inclus d'office et neuf (9) formations sanitaires de premier niveau ont été sélectionnées par tirage aléatoire.

La population d'étude était constituée de personnel de santé exerçant depuis au moins 3 mois dans les formations sanitaires sélectionnées et présents le jour de l'enquête.

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire individuel auto administré et anonyme. Les questionnaires ont été numérotés d'avance et distribués dans des enveloppes aux agents de santé présents dans la formation sanitaire le jour de l'enquête. Les questions étaient réparties en plusieurs rubriques portant notamment sur les caractéristiques socio-professionnelles, les connaissances sur l'infection par le VHB, les pratiques à risque dans la profession et les accidents exposant au sang (AES).

Les données ont été ensuite saisies au moyen du logiciel EPIDATA (<http://www.epidata.dk/>) dans sa version 3.1 et analysées avec le logiciel Statistical Package for the Social Sciences SPSS version 17.0 (<http://www-01.ibm.com/software/fr/analytics/spss/>). Les statistiques descriptives ont été utilisées pour la synthèse de nos résultats. Les comparaisons statistiques ont été faites à l'aide du test de khi2 et de Fisher avec un seuil de signification de 5 %.

Résultats

Sur un total de 461 personnels de santé contactés pour l'étude, 452 ont accepté de répondre aux questions (98 %).

Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles de l'échantillon d'étude

L'âge moyen de notre échantillon d'étude était de $38,4 \pm 7,4$ ans avec une prédominance du personnel féminin (59,8 %). Près de la moitié des enquêtés (48,2 %) avait une ancienneté professionnelle supérieure à 10 ans. Les catégories professionnelles étaient constituées de 4,4 % de personnel médical, 82,5 % de personnel paramédical (infirmiers, sage-femmes, techniciens de laboratoire, etc.) et de 13,1 % de personnel de soutien (garçons et filles de salle) travaillant dans les points de prestations des soins de santé (tableau I).

Connaissances sur les modes de transmission du virus de l'hépatite B (VHB)

Les sources de transmission du VHB les plus connues par les répondants étaient respectivement le sang (92,6 %), les liquides et sécrétions biologiques (73,8 %) et les rapports sexuels (73,5 %). La transmission de la mère à l'enfant pendant l'accouchement et celle possible durant l'allaitement étaient connues par respectivement 59,4 % et 30,9 % des enquêtés. Un peu plus d'un tiers (37 %) et moins de la moitié (43 %) des enquêtés avaient relevé les possibilités de transmission pendant la grossesse (37 %) et à travers la salive (43 %) (tableau II).

Les résultats montrent que seulement 10,1% des enquêtés ont été capables de reconnaître les sept (7) sources de transmissions de l'infection proposées dont 15 % (3/20) parmi le personnel médical, 10,8 % (40/370) parmi le personnel paramédical et 3,6 % (2/56) parmi le personnel de soutien ($p = 0,01$). Un peu moins de 40 % des enquêtés se classaient au niveau moyen, avec la possibilité de citer 3 à 4 sources de transmission du VHB sur les 7 proposés et 18,8 % avaient un niveau jugé faible (entre 0 et 2 sources de transmission du VHB connues).

Tableau I. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles de l'échantillon enquêté

Caractéristiques socioprofessionnelles	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Sexe (n = 435)		
Masculin	182	40,2
Féminin	270	59,8
Tranche d'âge (années) (n = 422)		
20-29	39	9,2
30-39	214	50,7
40-49	136	32,2
50 et plus	33	7,8
Catégorie professionnelle (n = 452)		
Médecins	20	4,4
Infirmiers	266	58,8
Aide-infirmiers	100	22,2
Techniciens de laboratoire	20	4,4
Personnel de soutien	46	10,2
Ancienneté (ans) (n = 444)		
< 5 ans	135	30,4
5 à 10 ans	95	21,4
>10 ans	214	48,2

Tableau II. Connaissances sur les sources ou modes de transmission du VHB.

	Catégorie professionnelle			
	Personnel médical n = 20 (%)	Personnel paramédical n = 370 (%)	Personnel de soutien n = 56 (%)	Total n = 446 (%)
Sources de transmission du VHB				
Liquides et sécrétions biologiques	13 (65,0)	276 (74,6)	40 (71,4)	329 (73,8)
Rapports sexuels	19 (95,0)	279 (75,4)	30 (53,6)	328 (73,5)
Sang	20 (100,0)	344 (93,0)	49 (87,5)	413 (92,6)
Mère à l'enfant pendant l'accouchement	12 (60,0)	230 (62,2)	23 (41,1)	265 (59,4)
Mère à l'enfant pendant la grossesse	10 (50,0)	142 (38,4)	13 (23,2)	165 (37,0)
Mère à l'enfant pendant l'allaitement	9 (45,0)	118 (31,9)	11 (19,6)	138 (30,9)
Salive	9 (45,0)	161 (43,5)	22 (39,3)	192 (43,0)
Niveau de connaissances				
Excellent (7)	3 (15,0)	40 (10,8)	2 (3,6)	45 (10,1)
Bon (5-6)	7 (35,0)	122 (33,0)	12 (21,4)	141 (31,6)
Moyen (3-4)	8 (40,0)	146 (39,5)	22 (39,3)	176 (39,5)
Faible (0-2)	2 (10,0)	62 (16,8)	20 (35,7)	84 (18,8)
Total	20 (100,0)	370 (100,0)	56 (100,0)	446 (100,0)

Connaissances de l'histoire naturelle de l'infection par le VHB et de la prévention par la vaccination

La grande majorité des enquêtés (96,6 %) savait qu'un individu peut être porteur inactif (ou sain) du virus de l'hépatite B. Par contre, ils étaient peu à connaître la possibilité d'une guérison spontanée (sans traitement) d'une infection par le VHB (21,6 %) et le degré d'infectiosité du VHB plus élevé que celui du VIH (47,5 %). Pour ce qui est de la possibilité de prévenir l'infection par la vaccination, 96,9 % des professionnels de santé le savaient (tableau II).

De façon générale, les complications de l'infection par le VHB à savoir l'hépatite aiguë ou chronique, la cirrhose et le cancer du foie sont connues par 49,9 % de notre échantillon d'étude dont 90 % du personnel médical ($p < 10^{-3}$). Pris isolément, l'hépatite aiguë ou chronique est la complication la plus relevée (84,9 %) suivie par respectivement la cirrhose du foie (70,4 %) et le cancer du foie (66,8 %).

Exposition au risque d'infection et moyens de protection individuelle et collective

La grande majorité des répondants (96,7 %) ont affirmé être en contact avec des produits biologiques à risque infectieux dans le cadre de leur travail. Parmi les produits biologiques relevés, le sang était le produit le plus manipulé par les répondants (95,4 %), suivi des déchets biologiques de soins (52,3 %), du placenta (44,0 %) et de liquides de ponctions diverses (38,7 %).

Le récapuchonnage des aiguilles après prélèvement sanguin ou injection était toujours pratiqué par 17,6 % des répondants, tandis que 23,6 % ont déclaré le faire parfois. Environ 4 % des enquêtés ont affirmé éliminer les aiguilles usagées dans des « sachets collecteurs en plastique » contre 95,7 % qui le faisaient dans des boîtes à objets tranchants imperforables. En ce qui concerne le port des gants, 68,3 % des répondants ont déclaré le faire pour réaliser tous les actes de soins. Ils sont par contre plus de 93 % à le faire lorsqu'ils sont eux même porteurs de lésions cutanées, ou pour éliminer les déchets de soins (tableau III).

Tableau III. Pratiques à risque et protection individuelle.

	Catégorie professionnelle			Total n = 444 (%)
	Personnel médical n = 20 (%)	Personnel paramédical n = 366 (%)	Personnel de soutien n = 56 (%)	
Recapuchonnage des aiguilles				
Toujours	8 (40,0)	53 (14,5)	16 (31,4)	77 (17,6)
Parfois	5 (25,0)	92 (25,1)	6 (11,8)	103 (23,6)
Jamais	7 (35,0)	221(60,4)	29 (56,9)	257 (58,8)
Total	20 (100,0)	366 (100,0)	51(100,0)	437(100,0)
Lieu d'élimination des aiguilles usagées				
Sachet collecteur	1 (5,0)	10 (2,7)	6 (11,1)	17 (3,9)
Boîte à tranchant	18 (90,0)	352 (96,4)	50 (92,6)	420 (95,7)
Port de gants				
Pour réaliser tous les actes de soins	11 (57,9)	245 (67,1)	45 (78,9)	301 (68,3)
Porteur de lésions cutanées	14 (87,5)	285 (94,4)	39 (90,7)	338 (93,6)
Éliminer les déchets de soins	16 (94,1)	285 (93,1)	42 (95,5)	343 (93,5)

Connaissances et pratiques en cas d'accident exposant au sang (AES)

Le sigle AES couramment utilisé en matière de risque biologique pour désigner Accident d'Exposant au Sang était connu par 68,9 % des professionnels de santé. En outre, seuls 79,2 % d'entre eux connaissaient la conduite à tenir en cas d'AES (dont 81,4 % parmi le personnel paramédical).

Il est ressorti que 65,4 % des enquêtés ont été victimes au moins une fois d'un AES et parmi eux, 42,8 % en ont été victimes au moins trois fois. La majorité des AES se résumait à des piqûres accidentelles (72 %) et des projections de liquides biologiques sur les muqueuses (55,5 %) selon les enquêtés.

Par rapport à la conduite à tenir en cas d'AES, la presque totalité des répondants (98,9 %) s'accordait sur la nécessité d'un nettoyage de la plaie ou de la muqueuse exposée comme premier geste à réaliser pour réduire le risque d'infection par le VHB. Parmi les victimes d'AES, moins d'un tiers (29,5 %) avaient répondu avoir déclaré leur AES aux services compétents en charge de la prévention post-exposition pour une prise en charge. Pour ceux qui ne l'ont pas fait, les raisons de la non déclaration étaient surtout l'ignorance de la conduite à tenir en cas d'AES (42,3 %), mais aussi la lourdeur de la procédure de prise en charge des AES pour 26,3 % des cas. On note que 24,2 % des répondants ne savaient pas comment faire la déclaration de l'accident au moment de leur AES.

Discussion

Les connaissances dont dispose le personnel de santé sur une infection donnée pourraient non seulement le guider dans la prévention du risque dans sa pratique quotidienne de soins, mais aussi contribuer à la sensibilisation des patients avec qui il est en contact. De cette étude portant sur l'infection par le virus de l'hépatite B, on note d'une manière globale que les connaissances du personnel de santé sur le sujet ne sont qu'à un niveau acceptable, voir insuffisantes. Ce qui n'est pas de nature à favoriser la prévention du risque professionnel. Pour ce qui est des connaissances sur les sources de transmission du VHB, le sang était la source de transmission la plus connue du personnel de santé (92,6 %). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que ce produit biologique est celui avec qui les enquêtés affirment être le plus en contact dans leurs activités. A cela, il faut ajouter que les campagnes de sensibilisation sur les risques infectieux en milieu professionnel de santé, notamment dans le cadre de la prévention du virus de l'immunodéficience acquise (VIH) qui met surtout l'accent sur le sang comme source principale de transmission en milieu professionnel. Cela est d'autant justifié que c'est dans ce produit biologique que l'on trouve les charges virales les plus élevées du virus [VAN HERCK, 2008].

En plus de la transmission du VHB par voie sanguine, la transmission par voie sexuelle était également connue par une grande partie du personnel de santé. La transmission verticale par contre était moins bien connue malgré son importance dans un contexte de forte prévalence du virus, comme celui du Burkina Faso [WHO, 2012]. Les insuffisances relevées concernent plus le personnel paramédical et le personnel de soutien et seraient non seulement liées au curricula de formation de base de ces catégories de personnel [LARAQUI *et al.*, 2008], mais aussi au manque de formations continues orientées vers cette infection dans leurs formations sanitaires d'accueil.

Si la prévention du VHB par la vaccination était connue de la grande majorité des enquêtés (96,9 %), la possibilité qu'un individu puisse guérir spontanément sans traitement d'une infection par le VHB était par contre peu connue (21,6 %). Il en était de même pour les trois complications majeures de l'infection par le virus de l'hépatite B à savoir l'hépatite aiguë ou chronique, la cirrhose et le cancer du foie. Ces résultats témoignent du manque d'information et de formation des agents de santé sur les risques liés au virus de l'hépatite B. La nécessité de la prise en compte de la prévention et de l'information sur cette infection dans la diffusion des messages sur les risques professionnels en milieu de soins s'impose et pourrait contribuer à améliorer ces connaissances.

Il est ressorti de notre étude que la majorité des professionnels de santé était exposée de par son contact régulier avec les produits biologiques potentiellement infectieux dont le sang. A cela s'ajoute les insuffisances dans l'application de certaines normes individuelles et collectives de prévention du risque. En effet, le récapuchonnage des aiguilles malgré sa proscription, constitue une pratique courante dans nos formations sanitaires (41,2 % des agents de santé le faisaient toujours ou parfois après un geste invasif), du fait du manque des équipements de protection individuelle et collective tels les conteneurs à aiguilles et objets tranchants et les dispositifs d'incision jetables (aiguilles et corps de pompe). Certaines études avaient rapporté que ce sont les professionnels de santé inexpérimentés qui respectent le moins les précautions comme le non-récapuchonnage des aiguilles et le port des gants [RABAUD, 2003] et la formation spécifique réduirait la fréquence du récapuchonnage respectivement de 17 % et 24 % [GZARA, 2008]. Par conséquent des efforts sont à faire, en particulier au niveau de la formation initiale mais aussi au niveau des formations continues des agents.

Les aiguilles usagées, dans le respect des précautions universelles de protection doivent être éliminées dans des collecteurs à objets piquants-coupants (communément appelés boîtes à tranchants). Le collecteur à objets piquants-coupants a été le premier matériel de sécurité mis en place lors de la proscription du récapuchonnage des aiguilles dans le cadre des précautions universelles [KOSMANN, 2003]. Il joue un rôle important dans la protection individuelle et collective du personnel de santé, la plupart des professionnels de santé semblait l'avoir compris car la grande majorité de nos enquêtés (95,7 %) affirmait l'utiliser pour éliminer les aiguilles usagées lorsqu'il était disponible. Cependant, afin d'optimiser leur utilisation, il est nécessaire de veiller à instaurer une gestion rigoureuse de ce matériel par un approvisionnement permanent, un emplacement au plus près des soins, une élimination sans délai lorsque le niveau de remplissage est atteint [HAMZA, 2003].

Le port des gants a une place importante dans la prévention des AES, mais il n'était pas systématique dans notre étude car deux agents sur trois le faisaient pour réaliser tous les actes de soins. En effet, les gants préviennent les contacts cutanés avec le sang et les liquides biologiques et réduisent l'inoculum lors d'une piqûre [ABITEBOUL, 2003]. Le constat est que les agents de santé semblent avoir compris l'importance du port des gants car la plupart (93 %) d'entre eux le font toujours lorsqu'ils sont eux mêmes porteurs de lésions cutanées ou pour éliminer les déchets de soins potentiellement infectieux. Néanmoins, l'usage systématique des moyens de protection individuelle et collective n'était pas encore respecté par l'ensemble des professionnels de santé enquêtés. Cela serait dû dans la majorité des cas au manque de matériel approprié dans certaines formations sanitaires.

Dans notre étude deux tiers (65,4 %) de l'échantillon avaient été victimes d'au moins un AES durant leur carrière. Des taux aussi importants ont été rapportés dans la littérature : 60 % en Côte d'Ivoire [EHOLIE, 2002], 80 % en Tunisie [GZARA, 2008] et au Cameroun [KENTSA, 2010] et 89,2 % au Maroc [LARAQUI *et al.*, 2009]. Cette fréquence des AES serait liée à celle des injections et au récapuchonnage des aiguilles, mais aussi aux mauvaises conditions de travail, au manque ou à l'insuffisance de matériel de sécurité dans le service de soins de santé. Dans notre étude les AES étaient majoritairement représentés par les piqûres suivies des projections sur les muqueuses. D'autres auteurs avaient déjà rapportés des résultats similaires en Afrique [EHOLIE, 2002, TARANTOLA, 2005]. Ces piqûres ont plus de chance d'être rapportées parce qu'elles sont évidentes et provoquent une douleur chez la victime. Par ailleurs, selon la Direction Générale des Hôpitaux Publics et du sous-secteur sanitaire privé du Burkina Faso, seulement une centaine (100) de cas d'AES sont notifiés par an. Il faut noter cependant que la prise en charge de ces AES est focalisée sur la prévention du VIH. Aucune attention particulière concernant l'infection par le VHB n'est mentionnée dans la prise en charge de ces cas d'AES. Cela montre que des dispositions de prise en charge des AES existent, mais il faudra les réviser pour mieux prendre en compte le VHB tout aussi dangereux que le VIH.

Dans notre étude, moins de 30 % des victimes d'AES l'ont déclaré au service de prévention post-exposition des infections. Cette sous déclaration des AES (moins de 30 %) n'est pas spécifique à notre échantillon. En effet, Ndiaye au Sénégal avait trouvé un taux de 80 % d'AES non déclarés [NDIAYE, 2011] tandis qu'en Tunisie et au Maroc, respectivement 72 % [GZARA, 2008] et 85 % [EHUI, 2007] de non déclarations des AES avaient été rapportés. La sous déclaration est un obstacle à une évaluation épidémiologique constante de l'incidence des AES. Elle empêche une prise en charge sérologique systématique, fait perdre à la victime d'une séroconversion le bénéfice de la reconnaissance de l'accident de travail et entraîne une perte de chance probable en retardant le traitement d'une éventuelle infection par le VIH, le VHB, ou le VHC [ENNIGROU, 2003]. A cela, s'ajoute le risque de transmission de l'infection inapparente du soignant au soigné.

Les raisons de la sous déclaration évoquées par les victimes interrogées dans notre étude étaient l'ignorance de la conduite à tenir et la lourdeur de la procédure de déclaration et de la prise en charge. Toutes ces constatations démontrent bien la nécessité de la mise en place et l'application réelle des précautions standards de prévention et de prise en charge des accidents exposant au liquide biologique en milieu hospitalier prenant en compte en plus du VIH, les virus des hépatites, aussi infectieux et dangereux.

Conclusion

L'infection par le virus de l'hépatite B n'est pas suffisamment connue par les professionnels de santé enquêtés et les pratiques à risque restent courantes pour certains d'entre eux. Ces lacunes de connaissance sur l'infection par le VHB par le personnel de santé constituent un lourd handicap à la prise en charge de l'hépatite B, à la prévention et la sensibilisation au sein de la population. Il semble ainsi nécessaire d'adopter des stratégies d'information et de formation continue du personnel en milieu de soins afin de mieux faire connaître l'infection par le VHB, ses modes de transmissions, son évolution et sa prévention. Aussi, la nécessité de l'application effective des précautions standards de prévention et de prise en charge des accidents en milieu hospitalier devrait être soutenue avec une attention étendue au virus de l'hépatite B.

Remerciement

Les auteurs remercient le Fonds d'Appui à la Recherche en Santé (FARES) du Ministère de la santé du Burkina Faso qui a financé cette étude ; le personnel de santé des deux districts qui ont participé à cette étude.

Références bibliographiques

- ABITEBOUL D., FARGEOT C., DEBLANGY C., LUCET J.C., 2003. Le gant et les AES. *Hygiènes* ; 11(2):143-6.
- ALTER M.J., HOLLAND P.V., PURCELL R.H. *et al.*, 1972. Post transfusion hepatitis after exclusion of commercial and hepatitis B antigen-positive donors, *Ann Intern Med* 77 , 691–699.
- EHOLIE S.P., EHUI E., YEBOUET-KOUAMÉ B.Y., SIMO T.A., TANON A., COULIBALY- DACOURY C. *et al.*, 2002. Analyse des pratiques et connaissances du personnel soignant sur les accidents d'exposition au sang à Abidjan (Côte d'Ivoire). *Med Mal Inf* ; 32 :359-68.
- EHUI E., KRA O., OUATTARA I., EHOLIE S., KAKOU A., BISSAGNÉ E., KADIO A., 2007. Prise en charge des accidents d'exposition au sang au CHU de Treichville, Abidjan (Côte- d'Ivoire). *Méd Mal Inf* ; 37:251-56.
- ENNIGROU S., BEN AMEUR KHÉCHINE I., CHÉRIF A., NAJAH N., BEN HAMIDA A., 2003. Analyse des connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant face aux accidents d'exposition au sang en chirurgie générale. *Tunisie Med* ; 82(6) :492-505.
- GIRARD P.M., KATLAMA C., PIALOUX G., 2004. Expositions accidentelles au VIH : prévention des risques professionnels et règles de désinfection. *VIH. Edition Doin* : 591-606.
- GZARA A., TRIKI D., ABDELLAH K., DALI M.N., BEN GHACHEM T., KHOUNI H. *et al.*, 2008. Enquête «connaissances-attitudes pratiques» sur les accidents d'exposition au sang dans des structures de première ligne à Tunis. *Rev Tun Inf* ; 2(4):10-17.
- HAMZA R., 2003. L'infection hospitalière. 1ère édition. *Tuni* : MSP, DHMP: 152-64.
- KANE M.A., 1998. World-wide status of hepatitis B vaccination 1998. *Soz Proventivmed*; 43:44-46, 118-120.
- KENTSA M, 2010. Analyse des connaissances sur les accidents d'exposition au sang : cas de l'hôpital Régional de Bertoua (Cameroun). *Mémoire* ; 27 p.
- KOSMANN M.J., 2003. Les collecteurs à objets piquants, coupants : un matériel sécurisé essentiel et un risque paradoxal. *Hygiènes* ; 11 (2) :147-50.
- LARAQUI O., LARAQUI S., TRIPODI D., OUZZANI L.C., CAUBET A., VERGER C. *et al.*, 2009. Evaluation des connaissances, attitudes et pratiques sur les hépatites virales B et C en milieu de soins au Maroc. *Santé publique*; 21:271-86.
- LARAQUI O., LARAQUI S., TRIPODI D., ZAHRAOUI M., CAUBET A., VERGER C. *et al.*, 2008. Evaluation des connaissances, attitudes et pratiques sur les accidents d'exposition au sang en milieu de soins au Maroc. *Med Mal Inf* ; 38:658-666.
- LEE W.M., 1997. Hepatitis B virus infection. *New Engl J Med* ; 337:1733-45.
- MOMMEJ-MARIN H., ZYLBERBERG H., POL S., 1999. Vaccination prophylactique contre l'hépatite B : actualité et avenir. *Gastroenterol Clin et Biol* ; 23:452-63.
- NDIAYE M., CISSOKHO B.D., SOW M.L., 2011. Les accidents avec exposition au sang (AES) au CHNU de Dakar (Sénégal). *Cah Méd Inter Prof (CAMIP)* ; 1:10p.
- NKONGE A.N., MAYABI A.O., KITHINJI J., MAGAMBO J.K., 2012. Knowledge, Attitude and Practice of Health-Care Waste Management and Associated health risks in the two teaching and referral hospitals in Kenya. *J Community Health*. DOI 10.1007/s10900-012-9580-x. Published online: June 2012.
- OMS, 2004. Department of Measurement and Health Information. Estimated total deaths by cause and WHO Member State, 2002. www.who.int/evidence/bod
- PIETRA V., KIEMA D., SORGHO D., KABORÉ S.P.C.G., MANDÉ S., CASTELLI F. *et al.*, 2008. Prévalence des marqueurs du virus de l'hépatite B et des anticorps contre le virus de l'hépatite C parmi le personnel du District Sanitaire de Nanoro, Burkina Faso. *Sciences et Technique, Sciences de la Santé* ; 31:53-59.

- RABAUD C., 2003.** Analyse du comportement du personnel soignant face aux accidents avec exposition au sang. *Hygiènes* ; 11(2):169-75.
- ROBERT DUFOUR D, 2006.** Hepatitis B surface Antigen (HBsAg) Assays-Are they Good Enough for Their Current Uses ? *Clinical Chemistry*, 52:1457-59.
- TARANTOLA A., KOUMARE A., RACHLINE A., SOW P.S., DIALLO M.B., DOUMBIA S. et al., 2005.** A descriptive, retrospective study of 567 accidental blood exposures in healthcare workers in three West African countries. *J Hosp Infect* ; 60(3):276-282.
- VAN HERCK K., VORSTERS A., VANDAMME P., 2008.** Prevention of viral hepatitis (B and C) reassessed. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*; 22:1009 -1029.
- WEST D.J., 1984.** The risk of hepatitis B infection among health professionals in the United States: a review. *Am J Med Sci*, 287 (2):26-33.
- WHO, 2009.** Immunization service delivery and accelerated disease control. Hepatitis B. Availabl from http://www.who.int/immunization_delivery/new_vaccines/hepb/en/index.html, Last update: 20 février. Accessed 20 September 2011.
- WHO, 2012.** Hepatitis B. Fact sheet N° 204, July 2012. Available from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>.. Accessed August 27, 2012.
- ZABSONRE I., TRANH MINH T., PELLISSIER G., LOLOM I., BOUVET E. et al., 2008.** Prévention des risques d'exposition aux infections des praticiens de santé au Burkina Faso : étude à propos de 200 agents de santé. *Méd Mal Infect* ; 38:138-48.