

Sénégal : des progrès sur les précautions standard

Médecin référent AES au service des maladies infectieuses du CHU de Fann, à Dakar, Mouhamadou Baïla Diallo fait le point sur la diffusion des moyens de prévention et de prise en charge des AES au Sénégal.

« Nous nous intéressons au problème des accidents d'exposition au sang depuis 2001. Des études locales ont montré qu'ils étaient fréquents : 40 % des personnels interrogés avaient eu un AES dans les trois mois précédant l'enquête. Nous avons identifié de nombreux comportements à risque tels que le non-recapuchonnage ou le transport d'aiguilles souillées. Diverses collaborations avec le Geres et le programme "Sécuriser le futur" de la fondation Bristol-Myers Squibb nous ont permis de mettre en place un dispositif de formation en région, lequel se poursuit actuellement. À ce jour, nous avons organisé la prise en charge prophylactique des AES dans les grands hôpitaux. Les gens commencent à

prendre conscience de la nécessité de notifier les accidents au médecin référent et à la médecine du travail. Depuis trois ans, il n'est plus nécessaire de venir dans la capitale pour bénéficier gratuitement d'ARV et d'un suivi biologique. Ensuite, nous nous sommes lancés dans la diffusion des précautions standard qui sont le seul moyen de réduire le nombre d'AES. Nous notons un changement net des comportements. Auparavant, les soignants ne se protégeaient que lorsqu'ils connaissaient ou présumaient la séropositivité d'un patient. L'étape actuelle est celle de la diffusion de matériels de sécurité. À Dakar, nous utilisons déjà des conteneurs à objets piquants et tranchants et des dispositifs de prélèvement sous vide. Pour le reste, nous devons former le personnel avant de distribuer des aiguilles avec une mise en sécurité. Car quand on ne sait pas utiliser ces instruments, on peut se blesser. Il nous faudra ensuite évaluer ce programme et vérifier que les dispositifs médico-légaux d'indemnisation fonctionnent en cas de contamination professionnelle. Pour le moment, aucune n'a été précisément documentée. »

Matériel : un gant virucide

Les laboratoires Hutchinson ont mis sur le marché un gant virucide en 2004. Pas moins de dix années de recherche ont été nécessaires à l'élaboration d'un produit commercialisable. Constitué de deux couches d'élastomère de synthèse – donc sans latex –, le dispositif renferme des gouttelettes de désinfectant qui se regroupent au point de pression et libèrent leurs actifs en direction de l'objet vulnérant. Testé en laboratoire, le gant a montré une réduction de 80 % de l'*inoculum* transmis en cas de perforation. Attention : son utilisation ne dispense pas d'une prophylaxie antirétrovirale en cas d'AES. Son ergonomie et le confort d'utilisation répondent mieux aux attentes des utilisateurs que la pratique recommandée du double gantage pour certains actes de chirurgie. Mais son coût en limite l'usage aux gestes les plus à risque (suture chirurgicale ou prélèvement avec aiguilles creuses). Ce qui le rend pour le moment inaccessible aux équipes des pays en développement.

Le guide *Eficatt*

Rédigé par l'INRS en collaboration avec le Geres, le guide *Exposition fortuite à un agent infectieux et conduite à tenir en milieu de travail (Eficatt)* est destiné aux médecins du travail. Il est constitué de fiches récapitulatif des éléments qui permettent d'évaluer le risque, de définir la conduite immédiate à adopter ainsi que le suivi médical à mettre en place en cas d'exposition accidentelle d'un salarié. Pas moins de vingt agents infectieux sont répertoriés, du virus respiratoire syncytial au zona, en passant par le VHC, le VHB et le VIH. Le guide est consultable en ligne www.inrs.fr/eficatt.

Recherche : et en Afrique ?

Dresser un état des lieux des AES dans les pays en développement est difficile. Certaines recherches laissent apparaître des résultats inquiétants. Dans une étude réalisée par le Geres en 1994 au sein du personnel du CHU de Yopougon (Abidjan, Côte d'Ivoire), 45,3 % du personnel interrogé a reconnu avoir déjà subi un AES. Soit des chiffres relativement proches des statistiques établies dans les pays industrialisés. Le même type d'enquête réalisée plus largement en Côte d'Ivoire, au Mali et au Sénégal montre une fréquence comparable. L'incidence est de 0,3 lésion percutanée et 0,4 contact cutanéomuqueux par personne et par an dans les services de médecine et de réanimation. Elle passe à 1,8 parmi les chirurgiens. La répartition des AES parmi les catégories professionnelles est comparable à celle constatée en France. Particularité : le statut de la personne source reste inconnu dans plus de 70 % des cas. Une autre recherche, menée en Tanzanie en 1997, a estimé l'incidence des AES chez les personnels de soin en médecine à 5 accidents percutanés et 9 contacts cutanéomuqueux par soignant et par an. Le nombre de contaminations professionnelles est inconnu. Mais une évaluation récente de l'Organisation mondiale de la santé estime que 40 % des infections au VHC chez les soignants dans les PED seraient imputables à un AES (contre 8 % à 27 % dans les pays développés). La forte prévalence du VIH sur le continent africain et les difficiles conditions de travail justifient l'inquiétude des soignants à ce sujet.