

Journal International De Victimologie International Journal Of Victimology

Année 16, Numéro 35 - 2019

ETUDE DES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX DANS L'EXPLICATION DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG (AES) LIES A LA GESTION DES DECHETS MEDICAUX A ABIDJAN (COTE D'IVOIRE)

Kouame Konan Simon¹

¹ Maître-Assistant -- Université Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan-Cocody (RCI) -- UFR / Sciences de l'Homme et de la Société -- Département de Psychologie

Résumé:

Dans une perspective psychosociale, la présente étude vise à appréhender les comportements à risque liés la gestion des déchets médicaux sous l'angle de certains facteurs comme la représentation culturelle de la maladie, la qualité de la formation reçue et l'ancienneté dans la fonction. Cette étude repose sur un échantillon de 400 Agents chargés de la gestion interne des déchets médicaux. Les données sont recueillies à l'aide d'un questionnaire et traitées au moyen du "t" de Student. Les résultats obtenus montrent une relation entre les facteurs psychosociaux et la prédisposition des Agents aux AES dans la gestion des déchets médicaux. Il en ressort que la représentation fataliste de la maladie, la qualité de la formation et l'ancienneté sont des facteurs à prendre en compte dans la prévention des AES dans la gestion des déchets médicaux.

Mots-clés : AES, représentation culturelle, risque, déchets médicaux, ancienneté

Abstract :

In a psychosocial perspective, this study aims to understand the risk behaviors related to medical waste management in terms of factors such as the cultural representation of the disease, quality of training received and seniority in the function. This study is based on a sample of 400 agents responsible for the internal management of medical waste. Data is collected using a questionnaire and processed using the "t" Student. The results show a relationship between psychosocial factors and predisposition of the AES agents in the management of medical waste. It shows that the fatalistic representation of the disease, the quality of training and seniority are factors to be considered in the prevention of AES in the management of medical waste.

Keywords: AES, cultural representation, risk, medical waste, seniority

Introduction :

Les établissements sanitaires, lieux de traitement de toutes les pathologies par excellence, constituent en même temps des sources potentielles d'infections de toutes sortes, eu égard à l'importance des déchets qu'ils produisent. En effet, les établissements hospitaliers produisent une quantité importante de déchets dont la gestion est confiée à des spécialistes formés en la matière. La problématique de la gestion des déchets médicaux se pose aujourd'hui avec une réelle insistance dans la plupart des services hospitaliers, car plusieurs défaillances sont mentionnées par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) (2009) depuis les tris jusqu'au traitement, en passant par le stockage. Cette défaillance dans la gestion des produits médicaux expose les agents et les usagers à plusieurs dangers dont les AES qui se soldent par des infections au VIH-SIDA et aux autres maladies virales comme l'hépatite B, l'hépatite C et le virus Ebola.

Les études sur les AES incriminent plusieurs facteurs dont l'inattention du personnel de soins, le manque de formation des agents chargés de la gestion des déchets et la mauvaise gestion des déchets à travers le tri, le stockage ou l'entreposage et le manque de moyens de traitement des déchets dangereux (MSHP, op.cit.). Malgré le plan de gestion des déchets médicaux mis en place par les Autorité Administratives, en vue de préserver la santé et la sécurité du personnel soignant et les assimilés ainsi que les usagers de l'hôpital, le problème des AES liés à la gestion des déchets médicaux se posent toujours avec insistance, car selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2002), 8 à 16 millions de personnes sont infectées du virus de l'hépatite B ; 2 à 4,5 millions du virus de l'hépatite C et 75000 à 150000 cas d'infections par le VIH-SIDA. La contribution de cette étude à l'explication de ce phénomène se fait en recourant à certains facteurs psychosociaux comme la représentation culturelle de la maladie, la qualité de la formation et l'ancienneté dans la fonction.

La réalisation de la présente recherche s'articule autour de cinq grands axes dont le premier concerne la problématique. Le deuxième axe a trait aux objectifs et aux hypothèses de travail. La troisième partie est relative à la démarche méthodologique. Les quatrième et cinquième axe sont respectivement liés aux résultats et à la discussion de ces résultats.

1- Problématique

L'évolution de l'environnement physique et social fait apparaître de nouvelles pathologies qui influencent la vie des populations. Face à ces pathologies, les recherches dans le domaine médical s'intensifient pour neutraliser les agents pathogènes et garantir la santé et la sécurité des populations vulnérables. Les établissements hospitaliers se montrent comme étant les lieux de traitement par excellence des différentes pathologies. Dans un souci de réduction du taux de mortalité en Côte d'Ivoire qui est de 9,55‰ selon les statistiques de l'OMS (2014), l'Etat s'est attelé à doter plusieurs localités de centres de santé. Ainsi, selon le MSHP (2009), la Côte d'Ivoire enregistre plus de 1591 établissements publics qualifiés de premier contact constitué des Formations Sanitaires Urbaines (FSU), Centre de Santé Rural (CSR), Centre de Santé Urbain (CSU), 77 établissements de première référence composé des hôpitaux généraux, 17 Centre Hospitalier Régional (CHR) et 2 Centres Hospitalier Spécialisé (CHS) et 9 établissements sanitaires de deuxième référence dont 4 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et 5 Instituts Nationaux de Santé (INS). Dans le secteur privé, le Ministère a enregistré 653 officines de pharmacie, 813 infirmeries, 175 centres médicaux, 75 cliniques, 11 polycliniques, 21 laboratoires et 113 cabinets dentaires. Ces établissements sanitaires sont animés par 3614 médecins dont 2824 dans le secteur public et 790 dans le secteur privé. Le personnel paramédical du secteur public est composé de 7407 infirmiers, 2506 sages-femmes, 591 aides-soignantes et 1408 techniciens supérieurs. Le secteur privé se constitue de 1173 infirmiers, 184 sages-femmes, 112 techniciens supérieurs de laboratoires.

Ces nombreux établissements sanitaires produisent une importante quantité de déchets médicaux qui sont perçus par Denis et al. (2004), le MSHP (2009) et le Comité International de la Croix Rouge (CICR) (2011) comme étant tout déchet d'origine biologique ou non, issu des activités du secteur de santé. Ces déchets se distinguent des déchets hospitaliers qui constituent l'ensemble des déchets produits dans un établissement hospitalier. Ces déchets englobent les déchets produits par les activités de soins de santé, les déchets issus des activités de ménage, des déchets de construction, de démolition, les déchets verts de jardinage et les déchets assimilés.

Le MSHP (op.cit.) estime à plus de 8750 kg par jour et 3194 tonnes par ans en 2002 dans les structures sanitaires publiques. Selon cette estimation, cette production de déchets médicaux est évaluée à plus de 5156 kg par jour au niveau du District d'Abidjan. Les CHU en produisent plus de 674 kg par jour et les hôpitaux généraux 17,8 kg par jour. Les déchets générés par les établissements hospitaliers sont à l'origine de plusieurs risques auxquels sont exposés le personnel soignant (médecins, personnel infirmiers, auxiliaires de santé), les brancardiers, le personnel scientifique, technique et logistique, les malades et leurs familles, les visiteurs, la communauté et l'environnement (CICR, op.cit.).

L'importance des déchets produits dans ces structures sanitaires et les inconvénients qu'ils présentent nécessitent une gestion rigoureuse. Contre toute attente, la gestion de ces déchets, souvent dangereux, ne semble pas être une priorité dans le fonctionnement de ces structures. Généralement confiée à un médecin hygiéniste, spécialiste chargé de la question, la gestion des déchets médicaux est laissée à la charge des sages-femmes, des infirmiers, des aides-soignantes ou même des techniciens de surface. La participation de ces agents à une tâche aussi délicate augmente les risques d'AES et les infections y afférent, en l'occurrence le VIH-SIDA, l'hépatite B, l'hépatite C et les fièvres hémorragiques.

Définis par Denis et al. (2004) comme tout contact percutané (par piqûre ou coupure avec une aiguille, une lame de bistouri ou tout objet vulnérant), ou tout contact cutané-muqueux par projection sur une peau lésée ou sur une muqueuse avec du sang ou un liquide biologique contenant du sang ou potentiellement contaminant, les AES constituent une préoccupation majeure pour le monde médical.

Les recherches sur les AES, essentiellement menées dans une perspective médicale ou clinique, montrent que ce phénomène est inhérent à certains facteurs comme l'exposition accidentelle à des déchets médicaux dangereux (CICR, 2011) et Saisonou et al. (2014), la mauvaise qualité de la formation des agents, l'insalubrité (MSHP, 2009). Au plan psychosocial, les AES comme tout accident du travail est attribué à certains comportements à risque. Ainsi M'bra (2008), Kouabenan (1999, 2003, 2006), Causse et al (2006), Kouamé et al. (2013) et Kouamé (2015) expliquent certains comportements accidentogènes ou de santé par la perception illusoire du risque.

Face à cet état de fait, le MSHP a mis en place un plan de gestion des déchets médicaux en vue de limiter les risques. Ce plan repose sur trois principaux objectifs dont le renforcement des capacités de la filière de gestion des déchets, le renforcement du cadre institutionnel, législatif, réglementaire et normatif, et la promotion de la gestion durable des déchets médicaux auprès des acteurs de la filière. Malgré cet effort, le problème des AES liés à la gestion des déchets médicaux se pose avec insistance.

Si tel est que des plans de gestion des déchets médicaux font partie de la politique de gestion des hôpitaux, alors qu'est ce qui peut bien expliquer les comportements à risque qu'adoptent les Agents chargés de la question dans l'exercice de leur fonction ? Pour répondre à cette préoccupation, n'est-il pas intéressant de se pencher sur certains facteurs psychosociaux comme la représentation culturelle des maladies, la qualité de la formation reçue et l'ancienneté dans la fonction ?

2- Objectifs et hypothèses de travail

2.1- Objectifs

La présente étude vise à montrer, de manière générale, que certains facteurs psychosociaux influencent l'explication des AES dans le cadre de la gestion des déchets médicaux. De manière spécifique, cette étude vise à montrer que l'exposition aux AES dont sont victimes les Agents dans la gestion des déchets médicaux est tributaire des représentations culturelles qui fondent leur comportement. De même, la présente recherche tente de montrer que la qualité de la formation reçue par les Agents détermine leur exposition aux AES dans leur gestion des déchets médicaux. La présente recherche vise également à montrer que l'exposition aux AES dans la gestion des déchets hospitaliers dépend de l'ancienneté des Agents dans leur fonction.

2.2- Hypothèses de travail

La première hypothèse opérationnelle stipule que dans le cadre de la gestion des déchets médicaux, les Agents ayant une représentation rationnelle des maladies sont moins prédisposés aux AES que leurs pairs qui ont une représentation fataliste des maladies.

La deuxième hypothèse repose sur le postulat que les Agents qui bénéficient d'une formation institutionnelle, dans la gestion des déchets hospitaliers, sont moins prédisposés aux AES que leurs homologues qui bénéficient d'une formation informelle.

La troisième hypothèse opérationnelle montre que dans le cadre de la gestion des déchets médicaux, les Agents les plus anciens sont moins prédisposés aux AES que leurs homologues qui sont moins anciens.

3- Méthodologie

La méthodologie de cette recherche de tendance quantitative s'articule autour de quatre axes dont le premier est consacré à la description opérationnelle des variables de l'étude. Cette épreuve vise à déterminer la nature et la fonction des variables en jeu dans l'étude. Le deuxième axe est inhérent à l'échantillonnage qui vise à présenter le mode de sélection et les caractéristiques des participants. Le troisième axe concerne la présentation et la justification de l'instrument de recueil des données. Quant au quatrième et au cinquième axe, ils sont respectivement relatifs au déroulement de l'enquête et au traitement statistique des données obtenues après le dépouillement.

3.1- Variables

La présente étude met en évidence deux catégories de variables. Il s'agit des variables indépendantes et de la variable dépendante.

3.1.1- Variables indépendantes

Les variables indépendantes qui fondent cette recherche ont trait à la représentation culturelle de la maladie, la qualité de la formation reçue et l'ancienneté dans la fonction.

- *Représentation culturelle de la maladie*

La représentation culturelle est perçue comme étant la manière dont un individu appréhende une réalité et l'explique en se fondant sur son patrimoine culturel. Dans le cadre de cette étude, la représentation culturelle d'une maladie est relative à l'explication que donne un Agent à l'occurrence d'une maladie en se référant à des réalités culturelles. Cette variable est de nature qualitative avec deux modalités. Il y a d'une part, les individus qui se représentent la maladie comme une fatalité et d'autre part, ceux qui se la représentent comme une pathologie liée à l'adoption de comportements à risque. Cette représentation de la maladie peut être qualifiée de représentation scientifique de la maladie. Les personnes qui ont une représentation scientifique de la maladie sont celles dont le raisonnement et le fonctionnement reposent sur des bases rationnelles ou médicales. En revanche, celles qui ont une représentation fataliste de la maladie tiennent des raisonnements reposant sur des conceptions irrationnelles et des fondements surnaturels ou irrationnels. La représentation culturelle de la maladie peut être appréhendée au moyen d'une échelle de représentation de type Likert.

- *Qualité de la formation reçue*

La qualité de la formation reçue est relative aux moyens didactiques ou pédagogiques par lesquels l'Agent a reçue les informations inhérentes à l'exercice de sa fonction. Dans le cadre professionnel, certains Agents bénéficient de formations institutionnelles, c'est-à-dire des formations qualifiantes organisées par une institution étatique ou privée. Cette formation est sanctionnée par un diplôme qui garantit l'aptitude de la personne à exercer la tâche. A côté de cette catégorie de travailleurs, il y en a qui ne bénéficient pas de ce type de formation mais qui reçoivent d'autres types de formations qui peuvent être pratiques ou théoriques et qui ne sont sanctionnées par aucun diplôme. Cette formation, communément appelée "formation sur le tas", vise à donner à l'Agent quelques orientations sur la pratique de la tâche, et à le laisser apprendre et à se perfectionner sur le terrain. La qualité de la formation reçue par l'Agent est appréhendée à l'aide de questions.

- *Ancienneté*

L'ancienneté est perçue comme le temps passé à un poste ou dans une fonction. Cette durée peut s'exprimer en semaines, mois, années, etc. Dans la présente étude, l'ancienneté est exprimée en termes d'années passées dans la fonction. Cette variable est de nature qualitative dichotomique : les Agents les plus anciens et les Agents les moins anciens. La détermination de ces deux catégories d'individus se fait sur la base du temps médian passé dans la fonction qui est estimé à 2 ans. Les Agents qui totalisent plus de deux ans d'ancienneté

sont considérés comme étant de la première catégorie. Par contre, ceux qui totalisent une ancienneté en dessous des 2 années sont considérés comme étant moins anciens.

2.1.2- Variable dépendante : Prédilection aux AES

La prédisposition aux AES dans le cadre de cette recherche se réfère aux comportements à risque qu'adoptent les Agents dans la gestion des déchets médicaux et qui les exposent aux AES. Cette variable est de nature quantitative et est relative au niveau d'exposition aux risques liés à la gestion des déchets médicaux.

3.2- Participants

La présente étude a été réalisée dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et dans des hôpitaux généraux d'Abidjan. L'étude porte sur 400 Agents chargés de la gestion interne des déchets médicaux. Il s'agit de 100 sages-femmes, 100 infirmiers, 100 aides soignants et 100 techniciens de surface (collecteurs de déchets médicaux). Ce personnel hospitalier a un âge compris entre 35 et 45 ans. Les participants à cette recherche ont été sélectionnés au moyen de la méthode aléatoire ou probabiliste. Cette méthode consiste à recourir à la base de sondage, c'est-à-dire la liste exhaustive, actualisée, sans omission et sans doublon de tous les individus concernés par l'étude. Sur la base de cette liste, les sujets sont tirés au sort et les individus sélectionnés font l'objet d'enquête au moyen d'un instrument de collecte des données.

3.3- Matériel

La présente étude, s'inscrivant dans une perspective quantitative, de l'avis de Chauchat (1995), l'instrument le mieux adapté au recueil d'informations est le questionnaire. En effet, le questionnaire permet d'obtenir des informations auprès d'un nombre important de participants (N'da, 2002 ; 2015). L'utilisation du questionnaire réside dans la standardisation. Dans le principe de standardisation, le questionnaire de cette étude présente les questions dans un même ordre et avec une certaine rigidité qui ne permettent pas au répondant de sortir du cadre qui lui est tracé. Ce procédé limite les possibilités de biais (Quivy et Van Campenhout, 2006). Le questionnaire offre également une facilité dans le dépouillement et une aisance dans le traitement statistique.

Dans la réalisation de cette étude, l'idéal serait de bénéficier d'un instrument dont les qualités métrologiques (fidélité, sensibilité, validité, unidimensionnalité) sont établies. L'absence d'un tel matériel de recherche nous contraint à en élaborer un qui soit adapté aux exigences de l'étude.

L'élaboration du questionnaire de la présente recherche a subi plusieurs étapes dont la première concerne la recherche documentaire qui a permis de recourir à la littérature sur les AES, la gestion des déchets médicaux et la représentation culturelle. Cette recherche documentaire est approfondie par une seconde étape, relative à l'enquête exploratoire qui vise à recueillir des informations auprès du personnel médical (médecins, infirmiers, sages-femmes, aides soignants) sur le thème. Ces deux démarches scientifiques ont permis d'élaborer un instrument dont l'évaluation qualitative va se faire selon deux principales étapes : la méthode des juges et le pré-test.

La méthode des juges a consisté à soumettre le questionnaire à 10 personnes qualifiées en la matière (personnel de soins, littéraires, psychiatres, psychologues et étudiants). Le rôle qui leur est assigné consiste à se prononcer sur le degré d'ambiguïté des questions. Cette méthode a permis de reformuler certaines questions dont 50% des juges trouvent ambiguës.

Quant au pré-test, il vise, selon Ghiglione et Matalon (1985), à appréhender le niveau de compréhension des questions. Cette technique a permis d'interroger 20 personnes des services hospitaliers. Cette démarche a servi à l'élaboration d'un instrument présentant une certaine qualité métrologique.

Le questionnaire ainsi élaboré se compose de quatre grandes parties dont la première est relative aux données biographiques. Il s'agit de l'âge, le sexe, la catégorie socioéconomique, la profession, la situation matrimoniale, la religion, l'ancienneté et le service dans lequel travaille le répondant. La deuxième partie a trait à la qualité de la formation qui vise à savoir le niveau d'études, le type de formation reçue, le diplôme obtenu et l'année d'obtention du diplôme. Cette partie du questionnaire évalue aussi les formations continues ou les recyclages. La troisième partie concerne la représentation culturelle de la maladie qui est évaluée à l'aide d'une échelle de représentation sociale de la maladie. La quatrième partie est inhérente à l'échelle de perception du risque d'exposition aux AES dans la gestion des déchets médicaux.

3.4- Passation

Le recueil des informations nécessaires à la réalisation de la présente étude s'est déroulé dans les trois CHU d'Abidjan, à savoir le CHU de Cocody, le CHU de Yopougon et le CHU de Treichville. En dehors des CHU,

chaque hôpital général des 13 communes du District d'Abidjan a été visité. Sur la base de la méthode d'échantillonnage utilisée, 610 questionnaires ont été administrés et le dépouillement réalisé a permis d'en retenir 400 qui vont faire l'objet de traitement statistique et aboutissant à des résultats qui seront interprétés et discutés.

3.5- Traitement statistique des données.

Les données recueillies mettant en relation la prédisposition au risque d'AES dans la gestion des déchets médicaux, la représentation culturelle de la maladie, la qualité de la formation et l'ancienneté dans la fonction ont été traitées au moyen du "t" de Student dans le cadre des échantillons indépendants. Le choix de ce test statistique réside dans le fait que les indices de tendance centrale ont sensiblement les mêmes valeurs : Moyenne (Mx) = 56,02 ; Médiane (Me) = 56 ; Mode (Mo) = 56.

4- Résultats

Les résultats de la présente étude s'articule autour de trois grands axes. Le premier concerne la relation entre la représentation culturelle qu'ont les agents des maladies de manière générale et l'occurrence des AES. Le deuxième axe a trait à l'influence de la qualité de la formation reçue par les Agents sur les AES. Dans un troisième axe, il est question de montrer que l'occurrence des AES est tributaire de l'ancienneté de l'Agent dans sa fonction.

4.1- Représentation culturelle de la maladie comme facteur explicatif de la prédisposition des Agents aux AES

Le "t" de Student utilisée dans la présente recherche donne une valeur de 7,32 qui est significative au seuil de probabilité .05. La comparaison des moyennes des scores liés aux comportements à risque adoptés par les Agents atteste que ceux qui ont une représentation culturelle des maladies axée sur la fatalité ont une moyenne des scores (Mx = 66,06) supérieure à celle de ceux qui ont une représentation rationnelle de la maladie (Mx = 42,18). Ces résultats confirment l'hypothèse selon laquelle les Agents qui ont une représentation culturelle de la maladie axée sur la fatalité sont plus prédisposés aux AES dans la gestion des déchets médicaux que leurs homologues qui ont une représentation culturelle des maladies fondée sur arguments scientifiques.

L'explication qui découle de ces résultats repose sur le postulat que lorsqu'un individu fonde sa représentation sur la fatalité, il a tendance à attribuer l'occurrence des événements tels que les accidents à des causes surnaturelles comme l'œuvre de Dieu. Pour un fataliste, les événements malheureux ou tragiques sont attribués à des forces mystiques ou surnaturelles. Cette manière d'appréhender la réalité comporte des biais qui amènent l'individu à poser des actes accidentogènes. La théorie de l'attribution causale de Heider (1958) permet de comprendre que les Agents qui font des attributions causales externes, c'est-à-dire qui attribuent l'occurrence des événements à des causes qui dédouanent leur responsabilité, ont tendance à poser des actes au mépris de toutes les règles sanitaires mises en place dans l'exercice de leur fonction. Dans ces circonstances, ils manipulent les objets souillés et dangereux sans aucune précaution, car pour eux rien ne peut leur arriver si Dieu ne l'a pas voulu ou qu'ils sont victimes de malchance. Ces raisonnements fondent le taux élevé d'AES enregistré dans cette catégorie d'Agents.

En revanche, les Agents qui ont une représentation rationnelle ou scientifique de la maladie, c'est-à-dire qui attribuent l'occurrence des maladies ou des accidents à des causes objectives comme l'inattention, l'ignorance ou les prises de risque, ont tendance à prendre plus de précaution dans le traitement des déchets médicaux qu'ils savent dangereux.

Ce sont donc des Agents qui vont se munir de tous les dispositifs de sécurité afin d'éviter les éventuelles piqûres et autres infections par les substances dangereuses contenues dans les déchets. Ces comportements de sécurité expliquent le faible taux d'AES enregistré chez ces gestionnaires des déchets médicaux.

4.2- Prédisposition des Agents aux AES en fonction de la qualité de la formation reçue

Le résultat obtenu au moyen du "t" de Student donne une valeur "t" de 8,21 qui est significative au seuil de probabilité .05. La comparaison des moyennes montre que les Agents qui bénéficient d'une formation institutionnelle ont une moyenne de score lié à l'adoption de comportement à risque (Mx = 29,4) qui est inférieure à celle de ceux bénéficiant d'une formation informelle (Mx = 60,15). Ces résultats corroborent les hypothèses émises qui attestent que les Agents qui bénéficient d'une formation institutionnelle sont moins prédisposés aux AES que leurs homologues qui bénéficient d'une formation informelle.

L'explication de ces résultats repose sur le fondement de l'apprentissage. La formation vise à permettre à l'apprenant d'acquérir les rudiments nécessaires lui permettant d'agir conformément aux exigences d'une tâche. En effet, au cours des formations organisées dans les centres de formation ou acquis dans les séminaires de formation, l'on apprend aux agents à adopter des comportements de santé. Ils apprennent au cours de ces formations les conséquences négatives d'un comportement à risque. Ainsi, les agents qui bénéficient d'une formation institutionnelle détiennent les arguments théoriques et pratiques pour éviter les comportements à risque. La théorie de l'efficacité perçue de Bandura (2003) permet de comprendre que les Agents qui bénéficient d'une formation institutionnelle se perçoivent efficaces devant une tâche. Et cette efficacité perçue leur permet de poser des actes en toute confiance et en toute sécurité. L'état psychologique dans lequel ils se trouvent est à la base des comportements de sécurité qu'ils adoptent dans l'exécution de sa tâche.

Contrairement à ces Agents, d'autres bénéficient de formations différentes qui reposent sur de simples informations d'usage ou de consignes visant la pratique de l'activité. Cette formation informelle souvent donnée par des individus n'ayant aucune compétence pédagogique expose les travailleurs à des prises de risques qui sont souvent source d'AES. La formation "sur le tas" reçue par les Agents de cette catégorie repose souvent sur des principes élémentaires de la prévention contre les AES mais ne leur permet pas d'acquérir les éléments nécessaires pour lutter contre les risques médicaux. Le manque de formation rigoureuse et pointue expose les agents à des comportements à risque qui leur sont souvent préjudiciables.

4.3- Ancienneté et prédisposition des Agents aux AES dans la gestion des déchets médicaux

L'utilisation du "t" de Student dans l'appréciation de cette relation entre l'ancienneté au poste et la prédisposition aux AES donne une valeur de 7,86 qui est significative au seuil de probabilité .05. La comparaison des moyennes des scores liés au comportement à risque montre que les individus qui totalisent une forte ancienneté ont une moyenne ($M_x = 24,39$) supérieure à celle des moins anciens ($M_x = 67,05$). L'hypothèse qui repose sur le postulat que les agents qui sont moins anciens à leur fonction sont plus prédisposés aux AES que leurs collègues qui sont plus anciens se trouvent confirmée par le truchement de ces résultats.

L'explication des résultats sur la base de l'ancienneté permet de soutenir que les agents les plus anciens font preuve d'une certaine expérience qui leur permet d'éviter les comportements accidentogènes. Sur la base de leur vécu et des acquis dans la gestion des déchets médicaux, ils arrivent de manière routinière à adopter le comportement de santé. Par la théorie de l'efficacité perçue de Bandura (2003), il importe de soutenir que par l'ancienneté, l'Agent se trouve dans un état de confiance qui lui permet de poser les actes sécuritaires susceptibles d'éviter les AES.

En revanche, les Agents qui totalisent moins d'ancienneté s'expose aux AES par manque d'expérience. L'amateurisme qui les caractérise explique en partie les gestes manqués qui les exposent aux AES. Par inexpérience certains Agents sont tentés de confondre les contenus des différents sachets de stockage, les exposant ainsi aux piqûres et aux infections.

5- Discussion

Le problème des AES se montre comme une préoccupation majeure dans le domaine médical et social à cause de leurs conséquences sur le personnel soignant, les patients et leurs parents ainsi que sur l'environnement. Plusieurs explications scientifiques ont enrichi la littérature sur les AES. Malgré les mesures de prévention mise en œuvre pour garantir la santé et la sécurité des personnes exposées, le phénomène demeure et tant à constituer un fléau dans les structures sanitaires. Dans une perspective d'évaluation, d'explication et de prévention des AES, cette étude vise à montrer que les AES liés à la gestion des déchets médicaux sont tributaires de certains facteurs psychosociaux comme la représentation culturelle de la maladie, la qualité de la formation et l'ancienneté dans la fonction. Les résultats obtenus confirment les hypothèses émises à cet effet.

Ces résultats corroborent ceux de Denis et al. (2004) qui soulignent que les gestes générant le plus d'AES sont ceux liés au maniement du matériel après intervention, au prélèvement sanguin sous vide, aux injections sous cutanées, aux soins d'hygiène, à la kinésithérapie et aux interventions chirurgicales. Dans la même perspective, Beghdadli (2011) soutient que les piqûres, les coupures et les projections sont responsables des AES dans les services hospitaliers. Le matériel le plus souvent en cause est l'aiguille de la seringue d'anesthésie qui blesse l'Agent lors du recapuchonnage de l'aiguille.

En dehors des blocs opératoires, et dans une perspective comparative, les études (Abiteboul et al., 2010 ; Sornicle et al., 2009) estiment que les AES sont plus fréquents en réanimation que dans d'autres services. Pour

ces auteurs avec qui nous sommes en accord, les AES sont liés à des gestes à risque effectués par le personnel de soins. Le turnover rapide, parfois le manque d'expérience des soignants, les situations d'urgence et la grande diversité des actes effectués sont autant de facteurs expliquant l'augmentation du risque d'AES en réanimation. Insistant sur la formation, Demars (2004) arrive à la conclusion que les AES sont dus à la mauvaise formation des Agents chargés de la gestion des déchets souillés. Bien que ces études pointent du doigt la formation, elles manquent d'insister sur le type de formation reçue par ces derniers. Le type de formation reçu est très capital pour l'explication du phénomène dans la mesure où toutes les formations ne sont pas fiables. Contrairement à ces auteurs, nous avons pu montrer que la formation institutionnelle est fondamentale dans la lutte contre les AES.

Sous un autre aspect, Azzouzi et al. (2014) montrent que les AES sont fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques et professionnelles. Dans une perspective d'évaluation des pratiques et des connaissances sur le risque infectieux, en vue de faire diminuer au maximum le nombre d'AES pour tous les soignants et les personnes en contact avec les déchets hospitaliers, cette étude a permis d'incriminer l'âge, le sexe et les différentes catégories socioprofessionnelles comme étant les causes des AES. Toute mesure de prévention doit en tenir compte.

Sur le plan psychologique certaines investigations avec lesquelles nous sommes en harmonies abordent les infections sous un autre angle. C'est l'exemple de Kouabenan (2003) qui estiment que les infections au Staphylocoque doré sont tributaires non seulement du niveau d'exposition au risque mais également de la perception que les individus ont de la maladie. Les résultats de cette étude nous amènent à réaliser que dans le cas des AES liés à la gestion des déchets hospitaliers, les infections sont inhérentes à la proximité avec le matériel souillé mais aussi à la représentation culturelle que les Agents ont des maladies liées à une éventuelle contamination. Quant à M'bra (2008), il arrive à montrer dans une perspective psycho-cognitive que l'expérience que les individus ont de certaines maladies comme le SIDA et l'explication naïve qu'ils en font déterminent leur comportement vis-à-vis du port du préservatif.

Conclusion :

Les AES représentent le fléau qui mine tous les différents services de soins. Leurs conséquences et le nombre important de victimes amènent les acteurs du monde scientifique et médical à s'y pencher avec dévouement. La littérature abondante sur le phénomène montre l'ampleur des AES dans le milieu hospitalier. La présente étude s'inscrivant dans une perspective psychosociale vise à montrer comment la représentation que les individus ont des infections, leur qualifié de formation subies ainsi que leur niveau d'ancienneté peuvent déterminer les comportements à risque qu'ils adoptent dans la gestion des déchets médicaux. Les hypothèses émises permettent d'affirmer que les facteurs psychosociaux mis en évidence sont à prendre en compte dans la lutte contre les AES liés à la gestion des déchets médicaux.

Références

- Abiteboula, D., Pellissiera, G., Tosinia, W., Bouveta, E. (2010). Risques infectieux et prévention des accidents exposant au sang et aux liquides biologiques, *Revue Francophone des Laboratoires*, 426, 71-77.
- Azzouzi, Y., EL Bakkali1, M., Khadmaoui, A., Omar, A., Ahami, T. et Hamama, S. (2014). Les accidents avec exposition au sang chez les soignants: connaissances, attitudes, pratiques et prévention dans la région de Gharb au Maroc. *International Journal of Innovation and Applied Studies*, Vol. 7, 2, 557-570.
- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris : Éditions De Boeck Université.
- Beghdadli, B., Ghomari, O., Khaled, A., Kandouci, B.A. (2011). Les accidents d'exposition au sang (AES) chez les dentistes de l'ouest algérien. *Journal International de la Santé au Travail*;1:18-27.
- Causse, P., Kouabenan, D. R. et Delhomme, P. (2006). L'optimisme comparatif dans la perception des risques. Illusion ou réalisme ? In Kouabenan D. R., Cadet B., Herman D. & Muñoz Sastre M. T. (Eds.), *Psychologie du risque*. Bruxelles : De Boeck. p.147-164.
- Chauchat, H. (1995). *L'enquête en psychosociologie*, Paris : PUF.
- Comité International de la Croix Rouge (2011). *Manuel de gestion des déchets médicaux*. Genève : CICR.
- De Gaudemaris Régis (2003)*. Conduite à tenir face à un accident d'exposition au sang ou à des liquides biologiques. Corpus Médical de la Faculté de Médecine de Grenoble. <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/> ½ (consulté le 10/12/2016).
- Demars, Y. (2004). Les accidents d'exposition au sang des paramédicaux non infirmiers : étude à partir de la commission de réforme du département de la haute-

ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG À ABIDJAN

Marne. *Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique*. Rennes.

Denis, M.-A., Ecochard, R., Bernadet, A., Forissier, M. F., Porst, J. M., Robert, O., Volckmann, Bergeret, A. (2004). Accidents d'exposition au sang : intérêt d'un système sentinelle, *Documents pour le Médecin du Travail*, 99, 383-387.

Fermaut, I. (2011). Les accidents d'exposition au sang. La transfusion sanguine. In *la pratique en urgence*. PP. 1081-1088.

Ghiglione, R. et Matalon, B. (1985). *Les enquêtes sociologiques, théories et pratique*. Paris : Armand Colin.

Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York : wiley.

Kouabenan, D. R. (1999). *Explication naïve de l'accident et prévention*. Paris : PUF.

Kouabenan, D. R., Desrichard, O., Dubois, M., De Gaudemaris, R., Mallaret, M. R. et Scarnato, F. (2003). Du diagnostic épidémiologique à la perception des risques de contamination par le SAMR (Staphylocoque doré) en milieu hospitalier. In Kouabenan D. R. et Dubois M. (Eds), *les risques professionnels : évolution des approches, nouvelles perspectives*. Toulouse : Octarès, pp. 87-104.

Kouabenan, D. R. (2006). Des facteurs structurants aux biais ou illusions dans la perception des risques. In Kouabenan D. R., Cadet B., Herman D. & Muñoz Sastre M. T. (Eds.), *Psychologie du risque*. Bruxelles : De Boeck, pp., 125-146.

Kouamé, K. S., Bazoumana, N. L., Yéo-Tenena, Y. J. M. et Konan, K. P. (2013). Influence des déterminants socioculturels et psychosociologiques sur la pratique de l'automutilation chez les Abidji en Côte d'Ivoire. *Psy Cause*, 62, 27-34.

Kouamé, K. S. (2015). Analyse psychosociologique des comportements de santé chez des vendeuses ambulantes à Abidjan. *Echanges*, vol. 1, 5, 652-663.

M'bra, K. F. (2008). Psychologie naïve et prévention du VIH/SIDA par l'utilisation du préservatif. *En-Quête*, 20, 57-76.

Ministère de la Santé de l'Hygiène Publique (2009). *Plan national de gestion des déchets médicaux. 2009-2011*. République de Côte d'Ivoire. MSHP.

N'da, P. (2002). *Méthodologie de la recherche, de la problématique à la discussion des résultats, comment réaliser un mémoire, une thèse en Science sociale et en Education*. Abidjan : EDUCI.

N'da, P. (2015). *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines. Réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article*. Paris, l'Harmattan.

OMS (2002). *Plan National de Gestion de Déchets de Soins Médicaux*. Manuel Guide, Genève, OMS.

OMS (2014). Observatoire mondial de la santé. <http://apps.who.int/gho/data/node.cco> (consulté le 16/02/2016).

PNUE (2010). *Programme des Nations Unies pour l'environnement*.

Quivy, R. et Van Campenhout, L. (2006). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.

Robert, O., Volckmann, C. (2009). Prévention et prise en charge des accidents d'exposition au sang. Fiches conseils pour la prévention du risque infectieux. *Risques professionnels*, CCLIN Sud-Est.

Saizonou, J., Ouendo, EM., Agueh, V., Tokplonou, E., Makoutodé, M. (2014). Évaluation de la qualité de la gestion des déchets biomédicaux solides dans la zone sanitaire Klouekanme-Toviklin-Lalo au Bénin. *Journal international de santé au travail*, 1, 1-11.

Sornicle, G., Pereira, G., Guéry, A., Landre, C., Boulain, T. (2009). Accidents d'exposition au sang en réanimation et lors des procédures de circulation extracorporelle. *Réanimation*, 18, 459-465.