**Questionnaire sur l’Hépatite B pour l’Agent de Santé**

**Conception générale**: Ce questionnaire vise à recueillir des informations sur la prévalence de l'hépatite B, les risques professionnels associés à l'exposition à l'hépatite B et les perceptions de l'hépatite B parmi les agents de santé.

Date de Complétion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Section A: Données démographiques** | | | | |
| ID de l’Étude: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Sexe : ◻ Masculin ◻ Feminin | | Âge en années: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Situation familiale: | 🞐 Jamais marié(e) 🞐 Marié(e) ou vivant comme marié(e)  🞐 Veuf(ve) 🞐 Séparé(e)  🞐 Divorcé(e) 🞐 Veuf(ve) | | | |
| Quelle est votre nationalité? | * Mali * Sénégal * Nigéria | | * La Gambie * Sierra Leone * Autre (préciser): | |
| Quelle est votre origine ethnique? | * Bambara * Malinke * Peul * Sarakollé/ Soninké/ Marka * Sonraï * Dogon * Bozo * Tamachek/Bella | | * Touareg/Maure * Tamachek/Bella * Senoufo/Minianka * Bobo * Autre (Mali) * Pays CEDEAO * Autres | |
| Quel est le degré ou le niveau **le plus élevé** d’école que vous avez terminé? | * École religieuse * École primaire * École secondaire * College (Lycée ) * Bachelor’s Degree (Université, licence) * Master's degree (Université, master, maîtrise, par exemple., MA, MS, MBA) * Doctorat ou diplôme professionnel | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Section B: Antécédents de travail et d’exposition** | | |
| Au total combien d’années avez vous travaillez dans les services de santé? | * 1 à 6 ans * 7 à 9 ans * 10 à 12 ans * 13 à 13 ans * 14 à 24 ans * Plus de 25 ans | |
| Qui est votre employeur actuel? | * Gouvernement * Organisation non-gouvernementale (ONG) * Secteur Commercial * Autre, préciser: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Depuis combien d’années travaillez-vous pour votre employeur actuel? | * 1 à 4 ans * 5 à 9 ans * 10 à 14 ans * 15 à 19 ans * 20 à 24 ans * Plus de 25 ans | |
| Quelle est votre catégorie professionnelle actuelle? | * Docteur: spécialité: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Étudiant en médecine * Sage femme/accoucheuse * Infirmière * Élève infirmière * Autre étudiant * Aide soignant | * Employé du laboratoire d’analyses médicales * Technicien (non-labo) * Dentiste * Ambulancier * Femme de ménage * Agent de blanchisserie * Sécurité * Autre, décrire:   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Dans quel type d’unité travaillez-vous? | * Salle des urgences * Soins intensifs/critiques * Salle d’opérations * Laboratoire d’analyses médicales * Dialyse * Service des malades hospitalisés * Centre de soins ambulatoires | * Accouchement * Autopsie/Pathologie * Blanchisserie * Service fournitures * Travail sur le terrain * Gestionnaire des données * Autre décrire:   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| À quelle fréquence entrez-vous en contact avec du sang ou des liquides organiques lors de votre travail?  ◻ Jamais ◻ Rarement ◻ Quelquefois ◻ Fréquemment ◻ Quotidiennement  (<5x par an) (1 fois par mois) (plusieurs fois  par semaine) | | |
| À quelle fréquence participez-vous à chacune des procédures suivantes dans le cadre de votre travail? | | |
| Chirurgie:  ◻ Jamais ◻ Rarement ◻ Quelquefois ◻ Fréquemment ◻ Quotidiennement  (<5x par an) (1 fois par mois) (plusieurs fois  par semaine) | | |
| Transfusions sanguines:  ◻ Jamais ◻ Rarement ◻ Quelquefois ◻ Fréquemment ◻ Quotidiennement  (<5x par an) (1 fois par mois) (plusieurs fois  par semaine) | | |
| Accouchement:  ◻ Jamais ◻ Rarement ◻ Quelquefois ◻ Fréquemment ◻ Quotidiennement  (<5x par an) (1 fois par mois) (plusieurs fois  par semaine) | | |
| Insertion d’intraveineuses:  ◻ Jamais ◻ Rarement ◻ Quelquefois ◻ Fréquemment ◻ Quotidiennement  (<5x par an) (1 fois par mois) (plusieurs fois  par semaine) | | |
| Administration d’injections:  ◻ Jamais ◻ Rarement ◻ Quelquefois ◻ Fréquemment ◻ Quotidiennement  (<5x par an) (1 fois par mois) (plusieurs fois  par semaine) | | |
| Panser les blessures:  ◻ Jamais ◻ Rarement ◻ Quelquefois ◻ Fréquemment ◻ Quotidiennement  (<5x par an) (1 fois par mois) (plusieurs fois  par semaine) | | |
| Collecte d’échantillon de sang:  ◻ Jamais ◻ Rarement ◻ Quelquefois ◻ Fréquemment ◻ Quotidiennement  (<5x par an) (1 fois par mois) (plusieurs fois  par semaine) | | |
| Manipulation des échantillons de liquide sanguin ou corporel:  ◻ Jamais ◻ Rarement ◻ Quelquefois ◻ Fréquemment ◻ Quotidiennement  (<5x par an) (1 fois par mois) (plusieurs fois  par semaine) | | |
| Dialyse:  ◻ Jamais ◻ Rarement ◻ Quelquefois ◻ Fréquemment ◻ Quotidiennement  (<5x par an) (1 fois par mois) (plusieurs fois  par semaine) | | |
| Les procédures que vous effectuez pour votre emploi actuel sont-elles différentes de celles que vous avez effectuées pour les emplois de soins de santé antérieurs ?  ◻ Oui ◻ Non ◻ Je n’ai pas eu d’expérience préalable en soins de santé | | |
| Si oui, existe-t-il “plus” ou “mois” d’opportunités d’exposition au sang ou aux liquides corporels dans votre travail actuel par rapport à votre emploi précédent dans les soins de santé?    ◻ Beaucoup moins ◻ Un peu moins ◻ Environ la même chose  ◻ Beaucoup plus ◻ Un peu plus | | |
| Avez-vous déjà été éclaboussé par du sang ou des liquides corporels sur la peau **intacte**? | | ◻ Oui ◻ Non |
| Avez-vous déjà eu une blessure par piqûre d’aiguille? | | ◻ Oui ◻ Non |
| Avez-vous déjà été blessé avec une lame de scalpel contaminée et/ou une aiguille de suture ou un autre instrument solide et tranchant? | | ◻ Oui ◻ Non |
| Avez-vous déjà été éclaboussé par du sang ou des liquides corporels dans votre oeil ou votre bouche? | | ◻ Oui ◻ Non |
| Avez-vous déjà eu une histoire d’éclaboussures de sang sur des coupures ou de la peau non-intacte? | | ◻ Oui ◻ Non |
| Avez-vous déjà reçu une transfusion sanguine dans le passé? | | ◻ Oui ◻ Non |
| Un médecin vous a-t-il jamais dit que vous avez l’hépatite B? | | ◻ Oui ◻ Non |
| Avez-vous déjà été vacciné contre l’hépatite B? | | ◻ Oui ◻ Non ◻ Ne sais pas |
| **Si oui:** | |  |
| Combien de doses de vaccin avez-vous reçu? | | ◻ 1 ◻ 2 ◻ 3 |
| Quand avez-vous reçu la dernière dose? | | ◻ il y a 5 ans  ◻ il y a 10 ans  ◻ il y a 15 ans  ◻ il y a 20 ans  ◻ il y a 25 ans ou plus |
| Avez-vous eu un titre de l’Hépatite B? | | ◻ Oui ◻ Non ◻ Ne sais pas |
| Avez-vous eu un rappel pour l’Hépatite B? | | ◻ Oui ◻ Non ◻ Ne sais pas |
| Si vous n’avez jamais été vacciné, accepteriez-vous le vaccin contre l’Hépatite B s’il était mis à votre disposition gratuitement? | | ◻ Oui ◻ Non ◻ Incertain |
| **Section C: Connaissance au sujet de l’infection par le virus de l’Hépatite B** | | |
| L’hépatite B est plus facilement transmise que le VIH/sida.  ◻ Fortement en désaccord ◻ En désaccord ◻ Incertain  ◻ En accord ◻ Tout à fait d’accord | | |
| Les personnes infectées pas l’hépatite B peuvent être asymptomatiques pendant une longue période.  ◻ Fortement en désaccord ◻ En désaccord ◻ Incertain  ◻ En accord ◻ Tout à fait d’accord | | |
| L’hépatite B peut être diagnostiquée à partir de l'apparence extérieure.  ◻ Fortement en désaccord ◻ En désaccord ◻ Incertain  ◻ En accord | | |
| L’infection par l’hépatite B mène à des complications.  ◻ Fortement en désaccord ◻ En désaccord ◻ Incertain  ◻ En accord | | |
| La plupart des tumeurs hépatiques sont causées par une infection par le virus de l’hépatite B.  ◻ Fortement en désaccord ◻ En désaccord ◻ Incertain  ◻ En accord | | |
| Les personnes infectées par l’hépatite B peuvent developper une cirrhose du foie.  ◻ Fortement en désaccord ◻ En désaccord ◻ Incertain  ◻ En accord | | |
| Les personnes infectées par l’hépatite B peuvent developper un cancer du foie.  ◻ Fortement en désaccord ◻ En désaccord ◻ Incertain  ◻ En accord | | |
| L’infection par l’hépatite B peut entraîner la mort.  ◻ Fortement en désaccord ◻ En désaccord ◻ Incertain  ◻ En accord | | |
| L’hépatite B est un risque professionnel important pour les agents de santé.  ◻ Fortement en désaccord ◻ En désaccord ◻ Incertain  ◻ En accord | | |
| **L’hépatite B peut être transmise par:** | | |
| Transfusions sanguines.  ◻ Fortement en désaccord ◻ En désaccord ◻ Incertain  ◻ En accord | | |
| Relations sexuelles non protégées avec une personne infectée.  ◻ Fortement en désaccord ◻ En désaccord ◻ Incertain  ◻ En accord | | |
| Infection de la mère au foetus pendant l’accouchement.  ◻ Fortement en désaccord ◻ En désaccord ◻ Incertain  ◻ En accord | | |
| Allaitement maternel.  ◻ Fortement en désaccord ◻ En désaccord ◻ Incertain  ◻ En accord | | |
| Serrer la main de personnes infectées.  ◻ Fortement en désaccord ◻ En désaccord ◻ Incertain  ◻ En accord | | |
| Étreinte avec une personne infectée.  ◻ Fortement en désaccord ◻ En désaccord ◻ Incertain  ◻ En accord | | |
| Exposition au sang par un objet tranchant contaminé (i.e., aiguille à injection).  ◻ Fortement en désaccord ◻ En désaccord ◻ Incertain  ◻ En accord | | |
| Exposition à une éclaboussure de sang sur les muqueuses.  ◻ Fortement en désaccord ◻ En désaccord ◻ Incertain  ◻ En accord | | |
| Le vaccin contre l’hépatite B est sans danger.  ◻ Fortement en désaccord ◻ En désaccord ◻ Incertain  ◻ En accord | | |
| La vaccination contre l'hépatite B est le moyen le plus efficace de prévenir l'infection par l'hépatite B.  ◻ Fortement en désaccord ◻ En désaccord ◻ Incertain  ◻ En accord | | |
| Le vaccin contre l'hépatite B peut être administré en prophylaxie post-exposition.  ◻ Fortement en désaccord ◻ En désaccord ◻ Incertain  ◻ En accord | | |
| Le vaccin contre l'hépatite B est très efficace pour prévenir l'infection par l'hépatite B s'il est administré dans les 48 heures suivant l'exposition.  ◻ Fortement en désaccord ◻ En désaccord ◻ Incertain  ◻ En accord | | |
| Le vaccin contre l'hépatite B devrait être administré aux agents de santé dans le cadre de la sécurité sur le lieu de travail.  ◻ Fortement en désaccord ◻ En désaccord ◻ Incertain  ◻ En accord | | |
| Le vaccin contre l'hépatite B protège contre l'hépatite B pendant au moins 15 ans.  ◻ Fortement en désaccord ◻ En désaccord ◻ Incertain  ◻ En accord | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Section D: Caractéristiques du lieu de travail** | |
| Votre lieu de travail actuel a-t-il une politique de travail sur : |  |
| Le lavage des mains? | 🞐 Oui 🞐 Non 🞐 Ne sais pas |
| L’exposition au sang et aux fluides corporels font que les les agents doivent utiliser les équipements de protection individuelle (gants, blouses, etc.) lors des soins des patients? | 🞐 Oui 🞐 Non 🞐 Ne sais pas |
| Déclarer les blessures par piqûre? | 🞐 Oui 🞐 Non 🞐 Ne sais pas |
| Déclarer les expositions au sang et aux liquides corporels? | 🞐 Oui 🞐 Non 🞐 Ne sais pas |
| Utilisation de récipients sûrs pour les objects tranchants? | 🞐 Oui 🞐 Non 🞐 Ne sais pas |
| Manipulation sécuritsée des échantillons cliniques? | 🞐 Oui 🞐 Non 🞐 Ne sais pas |
| Séparation des déchets médicaux contaminés? | 🞐 Oui 🞐 Non 🞐 Ne sais pas |
| Votre lieu de travail offre-t-il une formation aux agents de santé sur la façon de se protéger contre l'exposition au sang et aux fluides corporels? | 🞐 Oui 🞐 Non 🞐 Ne sais pas |
| Les articles d'équipement de protection individuelle (EPI) suivants sont-ils disponibles pour les agents qui peuvent être exposés au sang ou aux liquides organiques? | |
| Gants médicaux? | 🞐 Oui 🞐 Non 🞐 Ne sais pas |
| Des protections du visage, masques et/ou protections des yeux? | 🞐 Oui 🞐 Non 🞐 Ne sais pas |
| Blouses imperméables? | 🞐 Oui 🞐 Non 🞐 Ne sais pas |
| Des récipients pour l’élimination des objets tranchants sont-ils disponibles dans toutes les zones de soins de patients? | 🞐 Oui 🞐 Non 🞐 Ne sais pas |
| Est-ce que votre lieu de travail offre aux employés: |  |
| Tests pour les maladies transmissibles liées au travail | 🞐 Oui 🞐 Non 🞐 Ne sais pas |
| Test confidentiel de dépistage du VIH? | 🞐 Oui 🞐 Non 🞐 Ne sais pas |
| Traitement confidentiel du VIH? | 🞐 Oui 🞐 Non 🞐 Ne sais pas |

**Gardez cette page séparée du questionnaire.**

**Cette page n’est pertinente que si le dépistage est effectué avant la vaccination**

**Résultats du Test de Dépistage**

|  |  |
| --- | --- |
| **ID de l’étude:** |  |
| **Heure à laquelle le consentement a été obtenu:** |  |
| **Date de Dépistage:** MM/JJ/AAAA |  |
| **Personne responsable du dépistage:** |  |
| **Résultats du dépistage:** | Les personnes HBsAg-**positives** issues du dépistage basé sur les agents de santé  Les personnes HBsAg-**négatives** issues du dépistage basé sur les agents de santé  Autre (préciser) |