**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)  |