

## P8-11

**Analyse de comportements à risque pour la décision en santé publique : une enquête sur le mésusage de buprénorphine haut-dosage chez les usagers de drogues injectables**

PLAUZOLLES P. (1), VARESCON I. (2), BLANCHON T. (1), NABET N. (1), BOISSONNAS A. (3), VIDAL-TRECAN G. (1)

(1) Département de Santé Publique et Service de Santé Publique, AP-HP, CHU Cochin-Port-Royal, Université René-Descartes, Paris, France ; (2) Service de Médecine Interne, CHU Cochin-Port Royal, Université René-Descartes, Paris, France ; (3) Département de Médecine Interne, Infectiologie, Soins palliatifs et Addictologie, AP-HP, Hôpital Paul Brousse, CHU du Kremlin-Bicêtre, Université Paris Sud, Paris, France.

**Objectifs :** Fournir aux décideurs de santé publique, à partir d'une enquête sur le mésusage de buprénorphine haut-dosage (BHD), des informations permettant d'améliorer la prise en charge des usagers de drogues injectables.

**Méthodes :** Une enquête transversale a été réalisée en 1998-1999 sur 779 sujets ayant pris de la BHD au moins une fois. L'exploitation des résultats a concerné : 1- l'analyse des comportements des sujets ayant une prescription de BHD dans un contexte de suivi médical (n = 404) ; 2- l'analyse des comportements des sujets sans habitat stable (n = 779). L'analyse statistique a recherché des marqueurs de risque du mésusage de BHD par comparaison et régression logistique.

**Résultats :** Parmi les sujets sous BHD prescrite, 188/404 (46,5 %) se sont déjà injectés ce produit, la dose quotidienne de BHD sublinguale prise la semaine précédant l'injection était plus basse que la dose recommandée chez 65 % d'entre eux. Les marqueurs de risque d'une injection de BHD étaient l'injection d'une substance autre que la BHD dans le mois précédant l'enquête (OR = 13,6, IC 95 % = 5,36-32,42), l'usage de cannabis (OR = 2,34, IC 95 % = 1,51-3,63) et des revenus autres qu'un salaire (OR = 1,58, IC 95 % = 1,02-2,45). Les personnes n'ayant pas d'habitat stable ou ayant été emprisonnées déclarent plus souvent une injection de BHD que les autres (P < 0,001) ainsi que d'autres prises de risque, sources potentielles de complications médicales (P < 0,001).

**Conclusion :** La substitution par BHD ne semble pas adaptée aux personnes en situation de précarité. Le choix des sujets susceptibles de bénéficier de ce traitement et les modalités de prescriptions doivent être encadrés. En 2003, une lettre de la DGS et l'AFSSAPS a, de nouveau, sensibilisé médecins prescripteurs et pharmaciens aux problèmes liés à l'usage détourné de BHD et à ses modalités de prévention et conseillé aux professionnels de santé une collaboration étroite dans le cadre d'un réseau pluridisciplinaire.

## P8-12

**Mise en place d'un système de gestion des déchets d'activité de soins au niveau du secteur sanitaire de Ben-Badis**

BEGHDADLI B. (1), KANDOUCCI A.B. (1), BENACHENHOU H.M. (1), BARKAT R. (2), SAHNINE K. (2), SAADEDINE B. (2), GHOMARI O. (1), AZZA A. (1), MOULESSAHOUL M.R. (1)

(1) Service de Médecine du travail, CHU, Sidi-Bel-Abbès 22000, Algérie ; (2) Service d'Epidémiologie, Secteur Sanitaire, Ben-Badis 22000, Algérie.

**Objectifs :** Plusieurs enquêtes ont été réalisées aux différents CHU d'Alger et au CHU d'Oran ayant toutes conclu à un dysfonctionnement total dans le processus d'élimination des déchets produits par ces établissements. De plus l'enquête que nous avons menée auparavant sur les accidents d'exposition au sang (AES), 50 % de ces accidents survenant chez les femmes de ménage étaient dus à des piqûres par aiguilles jetées à même le sol. Dans cette étude, nos objectifs étaient : en premier lieu, de savoir comment étaient éliminés les déchets produits au niveau du secteur sanitaire de Ben-Badis, et, en second lieu, l'instauration de mécanismes qui aboutissent à une meilleure gestion des déchets depuis leur production jusqu'à leur traitement final, en se basant sur les recommandations de l'OMS.

**Méthodes :** La première a consisté en une analyse de la situation actuelle de gestion des déchets par le recueil d'informations au niveau de chaque service concernant le tri, la collecte, l'entreposage, le transport, ainsi que l'entreposage et le traitement final. La seconde étape a consisté en la mise en place du système de gestion des déchets selon les recommandations de l'OMS.

**Résultats :** Tous les types de déchets ordinaires et à risque infectieux sont éliminés mélangés sans tri préalable vers la décharge publique. Les sacs poubelle de couleur jaune sont inexistant. L'entreposage se fait dans des fûts non couverts exposés aux insectes et aux intempéries. L'incinération est anarchique et se fait sans tri. Cette situation nous a incité à instaurer les mesures suivantes : la formation du personnel en matière de tri, la confection de supports d'information, l'approvisionnement de l'établissement en sacs en plastiques jaunes, récipients rigides pour objets tranchants, l'installation du comité de gestion et du responsable de gestion, la construction d'un local poubelle d'entreposage.

**Conclusion :** Cette étude nous a permis de constater un dysfonctionnement dans le processus de gestion des déchets depuis leur production jusqu'à leur traitement, et ceci du fait du manque de formation et d'information en direction du personnel soignant toute catégorie confondue. Ce travail a suscité un grand intérêt auprès de tous les acteurs (personnel soignant, gestionnaires...) et ont tous adhéré activement en vue de réduire les risques en particulier infectieux et d'améliorer l'image de notre établissement de soins. La formation du personnel est primordiale et doit être sans cesse renouvelée.