

**OBSERVANCE DES PRATIQUES D'HYGIÈNE DES MAINS
AUX SERVICES DU CCTOS, DE PÉDIATRIE ET D'ORL
DU CHU DE COCODY**

Auteurs

COULIBALY-KOFFI N.T¹.
TEA-DIOP Y³.
KOUADIO-KONE F³.
GUINAN J.C².

Services

- 1- Département de Parodontologie
- 2- Département de Santé Publique
- 3- UFR d'Odonto-Stomatologie, Université de Cocody, Abidjan - Côte d'Ivoire

Correspondance

Dr COULIBALY-KOFFI N. T.
Université de Cocody, 22 BP
612 Abidjan 22, Côte d'Ivoire
E-mail : thetenadin@yahoo.fr

RESUME

Les infections associées aux soins sont reconnues comme un problème majeur de santé publique. Une hygiène des mains appropriée est la première mesure de prévention à appliquer pour réduire leur incidence.

Le but de cette étude était d'évaluer le niveau d'observance des bonnes pratiques d'hygiène des mains par le personnel soignant du CHU de Cocody, afin d'identifier l'écart de conformité par rapport aux recommandations en vigueur et proposer des actions correctives.

L'observance moyenne au niveau des connaissances est de 88,6% et de 82,5% pour ce qui est de l'attitude. L'observance globale de l'audit mesurée à 5,9% est très faible. L'observance avant soin est de 11,8% et elle est de 26,8% après soin. Les personnels soignants manquent de connaissance et de rigueur par rapport aux indications et aux procédures recommandées d'hygiène des mains. L'engagement de la Côte d'Ivoire pour la prévention des IAS est indispensable, au niveau politique, au niveau des structures et du personnel de santé.

Mots-clés : Infections associées aux soins - Observance - Lavage des mains - Produit hydroalcoolique - Prévention

SUMMURY

Treatment associated infections are recognized as a major public health problem. A good hand hygienic practice is the first measure to reduce their incidence.

The aim of this study was to evaluate hand hygienic practice of medical practitioners of Cocody university hospital center and propose corrective actions.

Observance concerning knowledge and attitude is respectively 88,6% and 82,5%. The audit global observance is 5,9%. Before treatment, the observance is 11,8% and it is 26,8% after treatment. The practitioners lack knowledge about indications and good procedure of hand hygienic practice. Commitment of Ivory Coast is essential to prevent these infections.

Key words: *Treatment associated infections - Observance - Hand washing - Hydroalcoholic product - Prevention*

INTRODUCTION

Les infections associées aux soins (IAS), également appelées infections nosocomiales, sont reconnues comme un problème majeur de santé publique de par leur fréquence, leur gravité et leurs coûts humain et matériel¹. En raison de leur nature même, ces infections ont des causes multiples liées à la fois aux systèmes et aux procédures de soins, ainsi qu'aux comportements humains.

Leur impact est important, tant sur le plan sanitaire que sur le plan économique et social. Elles sont responsables de l'augmentation de la morbidité et de la mortalité, et de la prolongation du séjour hospitalier. Selon l'organisation mondiale de la santé, à tout instant dans le monde, plus de 1,4 million de personnes souffrent d'IAS. Dans les pays développés, 5 à 10 % des patients contractent une IAS dans des hôpitaux. Dans les pays en développement, la fréquence des infections liées aux soins est très élevée et pourrait atteindre une proportion de 40 %². En Côte d'Ivoire, l'impact humain, social et économique des IAS est une réalité : 12% des patients contractent des infections dans les hôpitaux^{7,10}.

Une hygiène des mains appropriée est la première mesure de prévention à appliquer pour réduire l'incidence des IAS, car 75 à 90% de ces infections sont d'origine manuportée⁵. L'hygiène des mains, geste pluriquotidien, dont la stricte observance est indispensable, bénéficie désormais des avantages des produits hydro-alcooliques¹⁶. Malheureusement, malgré le fait que ce geste soit l'une des méthodes les plus simples, les plus efficaces et les moins coûteuses, elle est aussi l'une des moins suivies. Le manque d'observance de cette mesure par les personnels soignants, tant sur le plan qualitatif que quantitatif, est un problème universel, les personnels de santé l'omettant en moyenne dans 60% des situations où elle est requise. Bien que la Côte d'Ivoire ait opté pour la sécurisation des prestations sanitaires et la protection des bénéficiaires des soins, force est de constater que les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), établissements de référence, sont souvent le lieu d'événements indésirables graves liés aux procédures de

soins. En effet, certains services ont dû cesser leurs activités devant le nombre anormal de décès liés aux infections nosocomiales à germes résistants⁶.

Le but de cette étude était d'évaluer le niveau d'observance des bonnes pratiques d'hygiène des mains par le personnel soignant du CHU de Cocody, afin d'identifier l'écart de conformité par rapport aux recommandations en vigueur et proposer des actions correctives.

I- MATERIEL

1- Cadre conceptuel, référentiel et physique:

L'étude a eu pour cadre le Centre de Consultations et de Traitement Odonto-Stomatologiques (CCTOS) et les services d'hospitalisation de Pédiatrie et d'ORL du CHU de Cocody d'Abidjan en Côte d'Ivoire. Les critères retenus pour l'hygiène des mains ont été élaborés à partir des recommandations Européennes^{29,9} et de l'OMS².

2- Population cible

2.1- Critères d'inclusion

- les catégories professionnelles ciblées sont les médecins, infirmiers, sages-femmes, puéricultrices et aides-soignants présents les jours de l'enquête et acceptant de remplir le questionnaire et/ou d'être observés lors des activités de soin (consentement libre et éclairé).

- les types d'hygiène des mains évalués sont la désinfection par friction hydro-alcoolique, le lavage simple et le lavage hygiénique.

2.2- Critères d'exclusion

- les étudiants et stagiaires, le personnel d'entretien, et le personnel administratif.

- la désinfection chirurgicale des mains, au bloc opératoire.

2.3- Situations à observer

Les situations à observer ont été volontairement restreintes à cinq situations de soins, ou actes techniques pour lesquelles une observance de 100% est attendue: prise de service, usage de gants, soins sur peau saine et cavités (ex : palpation, examen endobuccal, auscultation, prise de constantes), manipulation des déchets, excréta et linges souillés, pose de voie veineuse périphérique et injections (ex : anesthésie, drainage, perfusion, cathétérisme).

Ces situations ont été choisies parce qu'elles présentent un risque infectieux pour le patient ou peuvent être à l'origine

d'une transmission croisée manuportée, sont fréquentes et observables chez toutes les catégories professionnelles dans la plupart des services, et pour lesquelles le type d'hygiène des mains attendu est connu et consensuel d'où la possibilité d'introduire une notion de conformité. Pour ces situations, les gestes d'hygiène des mains attendus sont décrits dans le (Tableau I).

Tableau I : Gestes d'hygiène des mains attendus selon la situation observée

SITUATIONS A OBSERVER	AVANT		APRES	
	OBSERVANCE	PERTINENCE	OBSERVANCE	PERTINENCE
	Hygiène des mains attendue	Type d'hygiène attendu	Hygiène des mains attendue	Type d'hygiène attendu
1- Prise de service	OUI	LS ou FHA	OUI	LS ou FHA
2- Usage de gants	OUI	LS ou FHA	OUI	LS ou FHA
3- Soins sur peau saine et cavités	OUI	LS ou FHA	OUI	LS ou FHA
4- Manipulation de déchets, excréta et linges souillés	NON	-	OUI	LH ou FHA
5- Pose de voie veineuse et injections	OUI	LH ou FHA	OUI	LS ou FHA

LS = lavage simple LH = lavage hygiénique FHA = friction hydro-alcoolique

Dans le cadre de cette étude, les définitions suivantes ont été retenues :

- **Opportunité** = indication, raison ou occasion de faire un geste d'HDM. Dans la majorité des soins, il y a deux opportunités : une opportunité *avant* et une opportunité *après* le soin.

- **Observance** = respect d'une ou plusieurs opportunités, par réalisation d'une hygiène des mains avant et/ou après un soin, geste ou acte technique.

- **Pertinence** = adéquation entre l'opportunité observée et le type d'hygiène des mains choisi (la friction hydro-alcoolique, le lavage simple ou le lavage hygiénique).

- **Conformité** = toute hygiène des mains réalisée (observance) avec le type d'hygiène adapté (pertinence) est considérée comme conforme.

II- METHODOLOGIE

1- Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale CAP (connaissance-attitude-pratique) qui s'inscrit dans le cadre de l'évaluation normative, qui s'est déroulée du 13 Octobre au 13 Novembre 2008. C'est une approche descriptive, par observation directe, visant à évaluer l'observance et la pertinence de l'hygiène des mains dans un nombre limité de situations.

2- Echantillonnage

Pour des raisons de faisabilité, et afin de produire des résultats représentatifs des pratiques de l'hygiène des mains dans un établissement, la taille minimum de notre échantillon devrait être de 30 observations. Au terme de la période d'étude, nous avons réalisé **56 observations**.

3- Modalités d'observation

Différentes modalités d'observation ont été employées : observation d'une seule

personne dans différents lieux du service ; observation de plusieurs personnes dans un même lieu du service. Pour chaque participant à l'étude, la grille d'observation est remplie par l'enquêteur avant l'auto évaluation, ceci, dans un souci d'objectivité des réponses.

4- Outils de recueil des données

Des fiches d'enquête ont été conçues pour renseigner sur la disponibilité des moyens techniques d'hygiène des mains, sur la connaissance-attitude ainsi que sur l'observance et la pertinence de ces pratiques par le personnel soignant.

5- Méthodes d'analyse des données

Après la validation et le codage des données, le traitement informatique et les analyses statistiques ont été réalisés à l'aide du logiciel Epi Info Version 6.0. Le test de khi deux a été utilisé avec un risque $\alpha = 0,05$.

III- RESULTATS

1- Les ressources humaines et matérielles

Tableau II: Répartition des ressources humaines par service

PROFESSION	SERVICES		
	CCTOS	ORL	PEDIATRIE
Medécin/Chirurgien-Dentistes	32	17	35
Infirmier(e)/Sage-femme/Puéricultrice	0	10	22
Aide-soignant(e)	16	5	5

Tableau III : Répartition des ressources matérielles par service

RESSOURCES MATÉRIELLES	SERVICES		
	CCTOS	ORL	PEDIATRIE
Nombre de postes de lavage des mains existants	36	13	26
Nombre de postes de lavage des mains fonctionnels	24	13	26
Nombre de postes disposants de produits pour le LDM	8	7	7
Nombre de postes disposants de distributeurs muraux	4	1	0
Nombre de postes pour Solutions Hydro-Alcoolique	0	0	0
Nombre de postes disposants de SHA	0	0	0
Nombre de postes disposants d'essuies mains à usage unique	2	0	0
Nombre de postes disposants de poubelles avec commande à pied	6	13	26

2- L'auto-évaluation

Tableau IV : Taux de participation selon le service

Service	Effectif	Nombre de réponses	Taux de participation
CCTOS	48	20	42,3%
Pédiatrie	62	12	19,3%
ORL	32	18	56,2%
Total	142	50	35,2%

Tableau V : Comparaison de l'observance moyenne des connaissances et de l'attitude du personnel

	Observance moyenne
Connaissances	88,6%
Attitude	82,5%
p	-

L'observance calculée pour la connaissance est de 88,6% et de 82,5 % pour l'attitude. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux observances.

3- L'audit d'observance/Pertinence**Tableau VI :** Observance « avant soin »

	HDM attendue	HDM réalisée
Oui	51 (91,1%)	6 (11,8%)
Non	5 (8,9%)	45 (88,2%)
Total	56 (100%)	51 (100%)

L'observance avant soin est de 11,8%

Tableau VII : Observance « après soin »

	HDM attendue	HDM réalisée
Oui	56 (100%)	15 (26,8%)
Non	0 (00%)	41 (73,2%)
Total	56 (100%)	56 (100%)

L'observance après soin est de 26,8%

Tableau VIII : Observance globale « avant et après soin »

	HDM attendue	HDM réalisée
Oui	51 (91,1%)	3 (5,9%)
Non	5 (8,9%)	48 (94,1%)
Total	56 (100%)	51 (100%)

L'observance globale « avant et après soin » est de 5,9%

Tableau IX : Observance selon les catégories professionnelles

Catégorie	observance avant	observance après	observance globale
Médecin	12,1%	24,2%	9,1%
Infirmier/sages-femmes	9,1%	27,3%	00%
Aide soignant	00%	100%	00%

Tableau X : Taux de conformité

	« avant »	« après »	« avant et après »
Nombre de situations avec conformité	9	12	2
Nombre de situations observées	56	56	56
Taux de conformité	16,1%	21,4%	3,6%

Le taux de conformité globale « avant et après » est de 3,6%.

IV- DISCUSSION

1- La disponibilité des ressources matérielles

Les différents services enquêtés ne disposent pas d'équipements adaptés (distributeurs muraux de produits d'hygiène, solutions moussantes antiseptiques, postes de SHA, SHA, essuie-mains à usage unique et poubelles à commande à pieds) pour assurer une bonne observance de la pratique de l'HDM. Diverses études ont identifié les facteurs associés à la non observance du lavage des mains, notamment le manque d'équipement, qui constitue la première limite. La plupart des personnels interrogés ont perçu cela comme une barrière pour suivre les procédures d'hygiène des mains recommandées. Toutefois, l'augmentation du nombre de postes de lavage des mains accessibles peut certes améliorer l'observance mais sans atteindre le niveau requis pour obtenir une diminution de la transmission manuportée¹⁵. En effet, les autres barrières évoquées sont l'irritation et la sécheresse des mains provoquée par le lavage des mains, sans compter la négligence et l'oubli. Raisons pour lesquelles toutes les recommandations préconisent l'utilisation des solutions hydro-alcooliques (SHA), alternative au lavage des mains qui augmente considérablement la compliance du personnel à l'HDM car elle comporte l'avantage de pouvoir être réalisée rapidement, sans déplacement, et en l'absence de lavabo^{5, 2}. Au plan microbiologique, la SHA présente l'avantage d'un spectre antimicrobien plus large.

2- L'observance de la pratique de l'hygiène des mains

L'observance moyenne au niveau des connaissances est de 88,6% et de 82,5% pour ce qui est de l'attitude; il n'existe pas de différence statistiquement significative ce qui veut dire que le personnel soignant est d'accord pour réaliser ce qu'il sait des pratiques de l'HDM. Par contre, l'auto-évaluation a donné une observance moyenne de 82,5% pour l'attitude, qui est significativement supérieure à l'observance globale de l'audit mesurée à 5,9% ($p < 0,001$).

Diverses études ont effectivement révélé que les personnels soignants manquent de connaissance par rapport aux indications et aux procédures recommandées d'hygiène des mains et que la perception de leur niveau propre de performance est bien supérieure à la réalité^{12,14}.

L'observance globale de l'audit de 5,9% est très faible comparativement aux données habituelles dans les pays développés où les travaux réalisés montrent qu'elles varient entre 20% et 50%. L'observance avant soin est de 11,8% et elle est de 26,8% après soin; des résultats similaires sont retrouvés dans la littérature où toutes les catégories professionnelles sont moins observantes avant soin qu'après soin¹²; le niveau d'éducation médicale moyen des soignants sur ce sujet semble extrêmement faible¹⁴. Les médecins/Chirurgiens-dentistes ont une mauvaise observance avant soin (12,1%), qui est meilleure mais reste médiocre après soin (24,2%); Il en est de même pour les infirmiers, sages-femmes et puéricultrices qui ont une piètre observance avant soin (9,1%) qui augmente mais reste faible après soin (27,3%). Quant aux aides-soignants, ils ne sont pas du tout observants avant soin (00%), mais sont très observants après soin (100%). Beaucoup d'insuffisances ont été notées en matière de connaissances du personnel travaillant au cabinet dentaire : l'assistante dentaire qui devrait y constituer le maillon fort dans le protocole de la chaîne d'asepsie devient le maillon faible car sa formation de base reste insuffisante, n'existant pas dans les programmes de formation paramédicale.

3- La conformité de l'hygiène des mains

On note un gap entre la pratique et les recommandations⁹. En dehors de la situation de « prise de service » pour laquelle le taux de conformité de l'HDM est de 50%, ce taux reste très faible (3,7%) pour « soins sur peau saine », voire nul pour les autres situations observées. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les indications de l'HDM ne sont pas bien maîtrisées par les personnels de santé. En effet, dans toutes les catégories professionnelles enquêtées, aucun personnel de santé n'a su citer et décrire correctement

les différentes techniques de lavage des mains. L'organisation des soins, la formation et la motivation individuelle jouent un rôle clé dans la réussite de toute stratégie de prévention.

Plus le nombre d'opportunités horaires au lavage hygiénique des mains est élevé, moins bonne est l'observance¹³. En d'autres termes, le non respect des pratiques d'hygiène des mains semble être étroitement lié au nombre d'indications horaires et au temps à disposition pour sa pratique. La relation entre ces deux paramètres est linéaire et les conséquences importantes. On comprendra dès lors aisément qu'une surcharge en soins puisse être associée à une mauvaise observance des pratiques élémentaires de soins, voire à un risque accru d'infections croisées.

L'utilisation d'une SHA est la première règle à observer pour de nombreux auteurs, afin d'améliorer la compliance^{11,3}. La friction hydroalcoolique appliquée sur des mains sèches est un geste rapide, efficace quel que soit le nombre d'applications successives⁸ et utilisable à tout moment. La seule contre-indication à son utilisation est la présence de souillures par des liquides biologiques visibles sur les mains.

V- RECOMMANDATIONS

Aujourd'hui, la promotion de l'hygiène en milieu hospitalier constitue la base de la recherche de la qualité des soins et de la sécurité des patients. En Côte d'Ivoire, il existe une volonté politique de relever le défi pour la sécurité des patients. Cependant, cette notion n'est pas encore intégrée dans nos structures sanitaires. L'hygiène des mains, maillon essentiel de la lutte contre les IAS est négligée, comme l'atteste les résultats de notre étude. Fort de cela, nous recommandons :

A l'endroit Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique :

Créer un programme national de surveillance des IAS et favoriser la mise en place d'organes de promotion de la qualité des soins et de la sécurité des patients et favoriser la formation continue du personnel des établissements sanitaires.

A l'endroit du Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique :

Intégrer dans les curricula de formation de base du personnel de santé, les thématiques relatives à la Santé Environnementale en général et ciblée sur l'hygiène hospitalière;

A l'endroit de l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire :

Renforcer la surveillance des infections nosocomiales en Côte d'Ivoire par la réactivation et l'extension du Réseau d'Alerte, d'Investigation, et de Surveillance des Infections Nosocomiales (RAISIN).

A l'endroit des établissements sanitaires :

Assurer la disponibilité dans les unités de soins, de ressources matérielles pour l'HDM, mettre en place des comités locaux de lutte contre les infections nosocomiales et organiser des activités d'éducation du personnel ainsi que la promotion de l'HDM à travers la mise à disposition de protocoles et procédures, d'affiches, de dépliants et de supports audio-visuels ; Faire une évaluation systématique des pratiques et la restitution du niveau de performance.

CONCLUSION

Le problème des infections liées aux soins constitue une préoccupation sanitaire mondiale majeure; il nuit à la qualité des soins et à la sécurité des patients. Il est grevé d'un coût considérable, mais évitable, pour les services de santé. L'objectif de réduire la fréquence des infections liées aux soins s'appuie sur les mesures de base des bonnes pratiques d'hygiène des mains, pilier de la prévention de la transmission des agents pathogènes.

Cette évaluation visait à porter un jugement sur la conformité des mesures d'hygiène de base par rapport à certains critères choisis qui reflètent le minimum de sécurité et de qualité des soins. Il est ressorti de l'analyse de l'existant en moyens disponibles, en organisation et déroulement des activités, qu'il y a un écart de conformité par rapport aux recommandations de bonne pratique.

L'engagement de la Côte d'Ivoire est indispensable, non seulement au niveau politique, mais aussi et surtout au niveau des structures et du personnel de santé.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE (ANAES). Evaluation des pratiques professionnelles en établissement de santé - Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration. 2003 ; 89 pages.
- 2- ALLIANCE MONDIALE POUR LA SANTE DES PATIENTS.OMS. Recommandations OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins (version avancée) : synthèse. «Des mains propres sont des mains sûres» 2005 :34p.
- 3- BISSETT L. Can alcohol hand rubs increase compliance with hand hygiene? *Br J Nurs* 2002, 11(16):1072, 1074-7.
- 4- BRÜCKER G. Infections nosocomiales et environnement hospitalier. *Médecines Sciences. Paris : Flammarion* 1998. 213p.
- 5- C.CLIN-PARIS-NORD Hygiène des mains : Guide de bonnes pratiques – 2001. 71 pages.
- 6- CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE YOPOUGON. Service de Réanimation Rapport annuel d'activités. *Abidjan: CHU Yopougon, 2006. 15p.*
- 7- COTE D'IVOIRE. MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE. DIRECTION GENERALE DE L'HYGIENE PUBLIQUE Stratégies d'amélioration de l'hygiène et de lutte contre les infections nosocomiales au Centre Hospitalier Universitaire de Yopougon. *Abidjan: MSHP/DGHP, Juin 2007. 45p.*
- 8- GIROU E. Simplification des mesures d'hygiène dans la prévention des infections nosocomiales. Société de Réanimation de Langue Française. *France : Elsevier SAS, 2006,15 :193-197.*
- 9-GROUPE D'EVALUATION DES PRATIQUES EN HYGIENE HOSPITALIERE (GREPHH) Audit : « Hygiène des mains », Partie I : Observance/Pertinence *Guide Méthodologique* 2008.
- 10- GUINEE. MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE. Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et Soins. Atelier régional sur la sécurité hospitalière et la lutte contre les infections nosocomiales. *Conakry : 6 au 8 mai 2008.*
- 11- LARSON E. A tool to assess barriers to adherence to hand hygiene guideline. *Am J Infect Control* 2004; 32(1):48-51.
- 12- MORET L., TEQUI B. Observance du lavage des mains au CHU de Nantes *Nantes, Mars 2002*
- 13- PITTET D., MOUROUGA P., PERNEGER T.V. Compliance with handwashing in a teaching hospital Infection Control Program. *Ann Intern Med* 1999; 130(2):126-30.
- 14- PITTET D. Improving adherence to hand hygiene practice: a multidisciplinary approach. *Emerging Infectious Diseases* 2001, 7: 234-240.
- 15- PRESTON G.A., LARSON E.L., STAMM W.E. The effect of private isolation rooms on patient care practices, colonization and infection in an intensive care unit. *Am J Med* .1981, 70:641
- 16- SOCIETE FRANÇAISE D'HYGIENE HOSPITALIERE (SFHH) Recommandations pour l'hygiène des mains. Version 2, 2002: 27 pages.