

État des lieux de la mise en œuvre de la stratégie multimodale de l'OMS pour la promotion de l'hygiène des mains au Centre hospitalier universitaire de Bogodogo

Titre courant : État des lieux de la mise en œuvre de la stratégie multimodale de l'OMS pour la promotion de l'hygiène des mains à l'hôpital universitaire de Bogdogo

**W. Félicité NANA^{1,3*}, Ambroise OUEDRAOGO²,
Eric SOME¹, Bertrand ROUAMBA³,
Charlemagne OUEDRAOGO⁴ et Maxime Koiné DRABO^{1,2}**

Résumé

Introduction : Les infections associées aux soins (IAS) sont des effets indésirables graves et courants dans les pratiques de soins. Selon l'OMS, l'observance de l'hygiène des mains (HDM) est le principal moyen de lutte contre les IAS et peut être renforcée par une stratégie multimodale.

Méthodologie : il s'est agi d'une étude transversale de mars à avril 2019 qui avait pour but d'évaluer les stratégies de promotion de l'hygiène des mains au CHU de Bogodogo. Des entretiens, observations et revues de documents ont été menés pour évaluer les cinq dimensions de la stratégie. Les données ont été collectées auprès de tous les soignants du département de Gynécologie obstétrique et de médecine de la reproduction. Une grille de cotation a été utilisée pour l'analyse des données.

Résultats : La mise en œuvre de la stratégie a été jugée non satisfaisante avec un score de 17,37% reparti en 13,71% pour le changement de système, 73,17% pour la formation et éducation et 0% pour l'évaluation et restitution des résultats ; les rappels et incitatifs sur le lieu de travail et la culture institutionnelle de la sécurité.

L'observance de l'hygiène des mains a été également jugée non satisfaisante avec 18,19%. Elle était composée de 78,2% de lavage simple et 21,8% de FHA.

Conclusion : la mise en œuvre de la stratégie n'est pas satisfaisante. Toutes les composantes de la stratégie devraient être mises en œuvre pour espérer une amélioration de l'observance de la pratique de l'HM.

Mots clés : hygiène des mains, stratégie multimodale, observance. Hôpital

¹ Institut de Recherche en Science de la Santé, CNRST, Ouagadougou, Burkina Faso

² Université Joseph Ky Zerbo, UFRS/SDS, Ouagadougou, Burkina Faso

³ Direction de la qualité des soins et la sécurité des patients

⁴ Centre hospitalier universitaire de Bogdogo, Ouagadougou, Ministère de la santé, Burkina Faso

Auteur correspondant : W. Félicité NANA : naf.dqss@gmail.com

Status of the implementation of the WHO multimodal strategy for the promotion of hand hygiene at the University Hospital of Bogdogo

Abstract

Introduction: Healthcare-associated infections (HAIs) are serious and common adverse events in healthcare practices. According to the WHO, compliance with hand hygiene (HM) is the main means of combating HAIs and can be reinforced by a multimodal strategy.

Methodology: This was a cross-sectional study from March to April 2019 to evaluate hand hygiene promotion strategies at the Bogdogo University Hospital. Interviews, observations and document reviews were conducted to assess the five dimensions of the strategy. The data were privileged with all the caregivers of the Gynecology and Obstetrics department. A scoring grid was used for the analysis.

Results: The implementation of the strategy was deemed unsatisfactory with a score of 17.37% broken down into 13.71% for system change; 73.17% for training and education and 0% for evaluation and restitution of results; workplace reminders and incentives; and institutional safety culture.

Hand hygiene compliance is also considered unsatisfactory with 18.19%. It was composed of 78.2% single wash and 21.8% FHA.

Conclusion: the implementation of the strategy is not satisfactory. All the characteristics of the strategy should be implemented to hope for an improvement in the observance of the practice of MH.

Key words: hand hygiene, multimodal strategy, hospital, observance.

Introduction

La prévention des Infections associées aux soins (IAS) est une préoccupation majeure de santé publique dans le monde. En effet, de par leurs fréquences, leurs conséquences humaines, sociales et économiques, les IAS sont responsables d'un lourd tribut, faisant de la lutte contre elles, un défi universel (1). La transmission croisée des agents pathogènes par les mains du personnel soignant au cours des soins en est la principale cause (2,3). En milieu obstétrical, les IAS concernent aussi bien la mère que le nouveau-né avec une fréquence variable selon le mode d'accouchement. Plusieurs études ont démontré l'efficacité de l'hygiène des mains dans la réduction des IAS. Ainsi, l'étude de Grayson et col (4) a montré qu'une augmentation de 10% de l'observance de l'hygiène des mains entraînait une diminution de l'incidence des infections à staphylococcus aureus de 15%. Cependant,

on note une faible observance de l'Hygiène des mains (HM) par les professionnels de santé lors des soins dans tous les pays (5). Depuis 2005, l'OMS a recommandé l'application de cinq stratégies promotionnelles de l'hygiène des mains dont l'efficacité a été prouvée (5).

Au Burkina Faso, l'observance de l'hygiène des mains reste encore un défi dans les établissements de santé. L'évaluation nationale réalisée en 2018 par le ministère de la santé a montré un taux d'observance d'environ 16,8% dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) du Burkina Faso (6). A l'occasion de la journée mondiale de l'hygiène des mains, le ministère de la santé a officiellement interpellé les formations sanitaires à promouvoir l'hygiène des mains en s'inspirant de la stratégie multimodale de l'OMS.

Afin de connaître la situation réelle de la pratique de l'hygiène ainsi que les facteurs qui l'influencent au centre hospitalier universitaire de Bogodogo (CHU-B), une évaluation a été initiée dans le département de Gynécologie Obstétrique. Les objectifs de l'étude étaient d'apprécier la mise en œuvre des stratégies de promotion de l'hygiène des mains, de mesurer la pratique de l'hygiène des mains et de formuler les recommandations pour améliorer la pratique de l'hygiène des mains.

I. Matériel et Méthodes

Type et période d'étude. Il s'est agi d'une étude transversale du 05 mars au 09 avril 2019 aux départements de Gynécologie Obstétrique et de médecine de la reproduction (GO) au CHU-B.

Cibles d'étude. La population de l'étude était composée des agents de santé du département.

Critères d'inclusion non inclusion : Ont été inclus dans l'étude tout agent de santé travaillant en temps plein au département de GO du CHU-B

Critères de non inclusion : N'ont pas été inclus dans l'étude, les travailleurs absents pendant la période de la collecte et ceux qui n'ayant pas donné leur consentement pour la participation à l'étude..

Échantillonnage et échantillon. Un échantillonnage exhaustif a été réalisé pour les 96 agents

Critères d'évaluation : La stratégie multimodale pour la promotion de l'hygiène des mains développée par l'OMS a servi de base conceptuelle

de notre étude (5). Pour ce modèle, l'observance de l'hygiène des mains serait influencée par cinq principaux facteurs que sont :

- le « changement de système »,
- la « formation et éducation » ;
- les « évaluations et restitution des résultats » ;
- les « rappels et incitatifs sur le lieu de travail » et
- la promotion d'une « culture institutionnelle de la sécurité ».

Pour réaliser l'évaluation de cette stratégie, nous avons considéré les facteurs comme des dimensions qui ont été opérationnalisées en variables et sous variables.

Pour la dimension « changement de système » les variables mesurées ont été la disponibilité des lavabos, l'accessibilité à du savon, la disponibilité des essuies mains et la disponibilité de la SHA.

La dimension « formation et éducation » a pris en compte les connaissances sur les actions de prévention des germes au patient, les facteurs favorisant la colonisation microbienne, les actions de prévention des germes au soignant, les modes de transmission des germes, les sources de contamination des IAS, la friction hydro-alcoolique et le lavage des mains au savon et à l'eau, les gestes appropriés de l'hygiène des mains ainsi que les perceptions sur l'efficacité de l'HM dans la prévention des IAS, les conséquences globales des IAS, l'efficacité de la stratégie multimodale et l'environnement sensible favorisant la promotion de l'hygiène des mains.

Les « évaluations et restitution des résultats » ont concerné la surveillance des pratiques, des infrastructures disponibles, le suivi des perceptions et des connaissances et la restitution des résultats.

Les « rappels et incitatifs sur le lieu de travail » ont porté sur les rappels de l'importance des dimensions et des techniques de mise en œuvre ainsi que des recommandations.

Enfin la promotion d'une « culture institutionnelle de la sécurité » a pris en compte la participation active individuelle et institutionnelle, la sensibilisation à la capacité de changement et d'amélioration individuelle et institutionnelle et le partenariat avec les patients et les organisations de patients.

La mesure de la pratique de l'hygiène des mains s'est intéressée à la vérification au niveau des agents inclus, de son efficacité suivant les cinq indications définies par l'OMS. Les variables et les dimensions ont

été appréciées suivant les modalités « non satisfaisant » pour un score moyen inférieur à 50% et « satisfaisant » pour un score de plus de 50%.

Techniques et outils de collecte des données. Selon les cibles l'entretien individuel, l'observation et le dépouillement des documents archivés ont été utilisés comme techniques. Le guide d'entretien, la grille d'observation et la grille de dépouillement documentaire ont servi d'outils de collecte des données.

Considérations éthiques. Le protocole a bénéficié d'une autorisation de collecte du comité éthique et des responsables de l'hôpital. La participation des agents a été volontaire avec la signature d'une fiche de consentement libre, éclairée et individuelle. La préservation de l'anonymat des participants a été garantie et les contraintes de fonctionnement ont été intégrées et respectées notamment la priorité aux soins.

II. Résultats

Caractéristiques des personnes enquêtées. Le personnel de santé ayant participé à l'étude était au nombre de 96 dont 22 médecins (soit 22,92%), 5 attachés de santé (soit 5,21%) et 69 sage-femmes (soit 7,83%) . Le sex ratio était de 0,06. L'âge moyen du personnel est de 41,5 ans avec les extrêmes compris entre 23 ans et 60 ans.

Dimension « changement de système ». Le cadre de notre étude comportait 73 salles cliniques réparties en deux sites avec un total de 114 lits. L'observation a montré un total de 40 lavabos, 4 distributeurs de savon, aucun distributeur de solution hydro alcoolique et aucun essuie-main. Cependant nous avons noté une bonne accessibilité de l'eau courante. Les lavabos étaient disponibles dans seulement 40 salles (soit 54,79%). Dans les salles d'hospitalisation seulement 7 lavabos étaient disponibles ramenant le ratio lavabo/lit à 16,28 pour une norme attendue de l'OMS de 10. La dimension a été jugée non satisfaisante avec un score de 13,71%. Le tableau I présente la synthèse du niveau de la mise en œuvre des variables de la dimension « changement de système ».

Tableau I : Synthèse du niveau de la mise en œuvre des variables de la dimension « changement de système »

Variables	Niveau de mise en œuvre		
	Effectifs	Score n(%)	Indice d'appréciation
Disponibilité des lavabos	40	54,79	Satisfaisant
Accessibilité à du savon	2	0,05	Non satisfaisant
Disponibilité des essuies mains	0	0	Non satisfaisant
Disponibilité de la SHA	0	0	Non satisfaisant
Moyenne		13,71%.	Non satisfaisant

Dimension « formation et éducation ». Cette dimension comporte deux sous dimensions : la sous dimension « formation » appréciée à travers l'évaluation des connaissances et la sous dimension « éducation » évaluée à travers la perception.

Les professionnels de soins ayant reçu une formation ces trois dernières années sur l'hygiène des mains étaient de 36 soit 37,5% du personnel. La profession qui avait une proportion la plus élevée de personnel formé était les sages-femmes et maïeuticiens (71,58%), suivie des médecins (23,16%) et la profession ayant la proportion de personnel formé la plus basse était les attachés de santé (5,26%). Les différences de proportion du personnel de soins ayant été formé avec celui non formé étaient statistiquement significative selon les professions ($p=0,04$).

Des connaissances sur les infections associées aux soins et de l'hygiène des mains

La sous dimension connaissance des IAS et HM a obtenu un score de 59,20% et a été jugée satisfaisant. Les résultats des variables sont présentés dans le tableau II ci-dessous.

Tableau II : Niveaux obtenus relatifs aux critères des connaissances des IAS

Connaissance	Niveau de mise en œuvre		
	Effectif	Score (%)	Indice d'appréciation
Actions de prévention des germes au patient	91	94,79	Satisfaisant
Facteurs favorisant la colonisation microbienne	83	86,46	Satisfaisant
Actions de prévention des germes au soignant	84	88,33	Satisfaisant
Modes de transmission des germes	56	58,33	Satisfaisant
Sources de contamination des IAS	55	57,29	Satisfaisant
Friction hydro-alcoolique et le lavage des mains au savon et à l'eau	28	29,17	Satisfaisant
Gestes appropriés de l'hygiène des mains	5	5,21	Satisfaisant
Score moyen	57	59,20	Satisfaisant

Des perceptions sur les infections associées aux soins et de l'hygiène des mains

L'évaluation des perceptions a concerné les conséquences globales des IAS ; l'efficacité de l'HM dans la prévention des IAS, la perception de l'efficacité de la stratégie multimodale et l'environnement sensible favorisant la promotion de l'hygiène des mains. Elle a été jugée satisfaisant pour une moyenne de 87,14% (tableau III).

Tableau III : Niveaux obtenus des critères relatifs aux perceptions sur les IAS et l'hygiène des mains

Perceptions	Niveau		
	Effectifs	Score (%)	Indice d'appréciation
Efficacité de l'HM dans la prévention des IAS	89	94,68	Satisfaisant
Conséquences globales des IAS	85	90,43	Satisfaisant
Efficacité de la stratégie multimodale	86	90,80	Satisfaisant
Environnement sensible favorisant la promotion de l'hygiène des mains	68	72,65	Satisfaisant
Score moyen	82	87,14	Satisfaisant

Des cinq stratégies de promotion de l'hygiène des mains, le personnel estime par ordre décroissant d'efficacité, la mise à disposition des

produits hydroalcooliques dans tous les lieux de soins (94,79%), la formation de l'ensemble du personnel soignant sur l'hygiène des mains (93,75%), l'information régulière du personnel soignant sur les performances en matière d'hygiène des mains (91,67%), les rappels de l'hygiène des mains dans tous les lieux de soins (90,63%), la promotion et soutien actifs de l'hygiène des mains par les dirigeants de l'institution (87,5) et les instructions simples et claires sur l'hygiène des mains à l'attention du personnel soignant (86,46%).

Dimensions « Evaluations et restitution des résultats », « Rappels et incitatifs sur le lieu de travail » et « Culture institutionnelle de la sécurité »

Ces trois dimensions ont été jugées non satisfaisantes avec un score de 0% (tableau IV) car pendant l'étude, aucune évaluation de l'hygiène des mains suivie de restitution des résultats n'a été faite, aucun rappel et incitatif n'avait encore été utilisé dans le département et aucune action spécifique relative à l'organisation ou la participation aux activités promotionnelles, aux sensibilisation et l'organisation des patients et accompagnants en faveur de l'hygiène des mains n'ont été observés dans le département.

Tableau IV : Niveaux obtenus des critères relatifs aux trois dernières dimensions de la stratégie multimodale

Dimensions et critères	Niveaux		
	Effectif	Score (%)	Indice d'appréciation
« Évaluations et restitution des résultats »	0		
- surveillance des pratiques		0	
- surveillance des infrastructures disponibles			
- suivi des perceptions			
- suivi des connaissances			
- restitution des résultats			
« rappels et incitatifs sur le lieu de travail »	0		
- rappels de l'importance des dimensions et des techniques de mise en œuvre		0	
- rappels des recommandations			Non satisfaisant
« Culture institutionnelle de la sécurité	0		
- participation active individuelle		0	
- participation active institutionnelle			
- sensibilisation à la capacité de changement et d'amélioration individuelle et institutionnelle			
- partenariat avec les patients et les organisations de patients			
Score moyen	0	0	Non satisfaisant

Appréciation globale des cinq dimensions de promotion de l'hygiène des mains

La mise en œuvre de la stratégie multimodale est jugée non satisfaisante avec un score de 17,37%. La moyenne de mise en œuvre des cinq dimensions qui composent cette stratégie est présentée dans la figure 1.

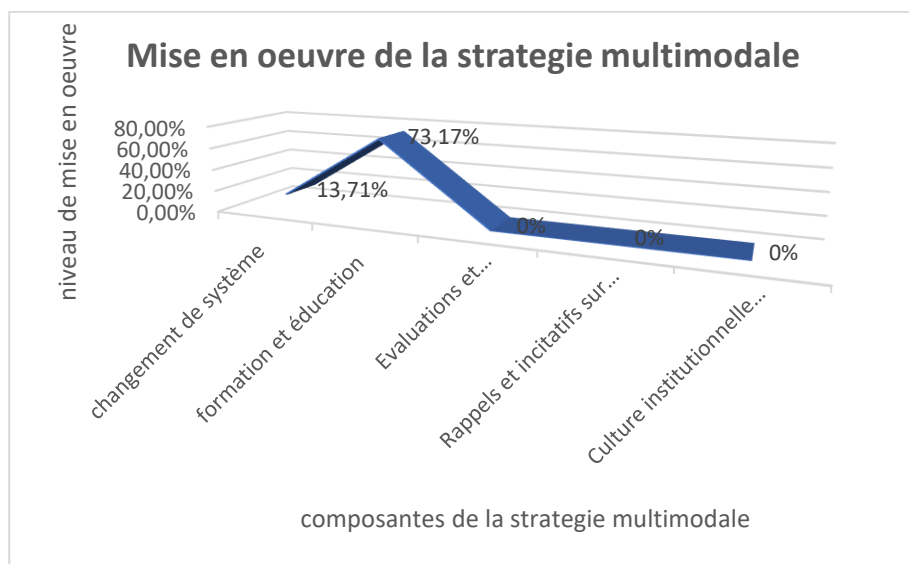


Figure 1 : Niveau de performance des dimensions de la stratégie multimodale

Pratique de l'hygiène des mains

L'observance de l'hygiène des mains correspond à la pratique de la friction hydro alcoolique et ou le lavage des mains observée dans les sites de manière individuelle. Elle est jugée non satisfaisante avec 18,19% pour un total de 533 opportunités observés dont 78,2% de lavage simple des mains était de 21,8% de Friction hydro alcoolique (FHA).

III. Discussion

Niveau de mise en œuvre de la dimension « changement de système »

La dimension « changement de système » a été jugée non satisfaisante avec un score de 13,71%.

En effet, l'insuffisance des infrastructures pour l'hygiène des mains notamment des lavabos pourrait résulter de la non prise en compte des normes d'hygiène dans la construction des infrastructures sanitaires. En effet, l'exigence des ratio lavabos /lit n'a été officiellement intégrée dans les directives du ministère de la santé qu'en 2018 (11). Aussi certains intrants tels que la solution hydro alcoolique et les essuies mains ne sont pas intégrés dans la chaîne d'approvisionnement classique des intrants de l'hôpital. L'absence d'une pharmacie hospitalière ne permet pas de réaliser des préparations internes de détergent et/ou d'antiseptiques. L'approvisionnement externe de ces intrants revient très coûteux pour les hôpitaux. Aussi, l'absence de suivi de la déserte pourrait expliquer les ruptures en savon au niveau des points d'eau, malgré des stocks encore élevés. Une étude réalisée dans un hôpital de référence au Mali montrait également une faible disponibilité des lavabos (14,3%) et un ratio d'un lavabo pour 22 lits (9).

Niveau de mise en œuvre de la dimension « formation et éducation »

Des cinq dimensions de la stratégie multimodale, celle relative à la formation et l'éducation est la seule à obtenir un niveau de mise en œuvre satisfaisant (tableaux II et III). Elle est composée de deux sous dimensions à savoir les connaissances et les perceptions. En effet, pour ce qui concerne les connaissances sur les IAS, malgré l'insuffisance de formation continue, le test des connaissances était moyen pour environ 59,2% des enquêtés. Cette discordance pourrait suggérer que les formations continues formelles ne sont pas la principale source de maintien des connaissances. En effet, les informations à travers les pairs, les médias, les supports pourraient constituer des sources non négligeables de connaissances. Les connaissances les plus maîtrisées concernaient les indications de l'hygiène des mains et le principal mode de transmission des IAS. Les éléments peu connus sont les facteurs favorisant la colonisation microbienne des mains, l'efficacité de la FHA par rapport au lavage simple des mains et la principale source microbienne.

Pour les perceptions sur les IAS et l'hygiène des mains, 94,68% percevaient que l'HM était efficace dans la prévention des IAS et 90,43% estimaient que les conséquences globales des IAS étaient élevées. Cette bonne perception de l'efficacité de l'hygiène des mains est également retrouvée au Mali avec 80% des enquêtés et à Hong Kong avec 75% (7,8).

Plusieurs professionnels, ont reconnu l'influence de leurs pairs dans la réalisation de l'hygiène des mains, tout comme l'influence du responsable, des collègues et des patients. Au Mali l'importance des opinions des supérieurs hiérarchiques a été rapportée, étant perçues comme l'un des facteurs internes contribuant à une meilleure pratique de l'hygiène des mains (7). Cette perception favorable pourrait aussi s'expliquer par les normes sociales africaines qui accordent une importance au regard d'autrui voire de la société. Dans ce contexte, le comportement est plus induit par la volonté de faire bonne impression auprès de son entourage que par conviction personnelle. Dans notre étude, nous pouvons poser l'hypothèse à partir des entretiens avec le personnel que la promotion de l'hygiène des mains en se basant sur le jugement de l'entourage professionnel pourrait être plus efficace que les autres stratégies formelles.

Toutes les stratégies de promotion de l'hygiène des mains sont favorablement appréciées par le personnel avec une préférence pour la mise à disposition des produits hydroalcooliques dans tous les lieux de soins (94,79%), et la formation de l'ensemble du personnel soignant sur l'hygiène des mains (93,75%).

Niveaux de mise en œuvre des dimensions « Évaluations et restitution des résultats », « rappels et incitatifs sur le lieu de travail » et promotion d'une « culture institutionnelle de la sécurité ».

Ces trois dimensions ont été jugés non satisfaisantes avec un score nul.

En effet, pour la dimension « Évaluations et restitution des résultats », l'étude a montré que les évaluations ne sont pas systématisées et l'hôpital ne dispose pas de programme de recherche structuré. Les études de thèses ou de mémoires réalisées par les étudiants dans le cadre de l'hygiène en milieu hospitalier ne sont pas non plus restituées au personnel. Les supervisions des acteurs lors des soins sont peu formalisées et ne prennent pas en compte ce volet.

En outre, pour la dimension « rappels et incitatifs sur le lieu de travail », bien que quelques personnels apprécient l'intérêt des rappels incitatifs, ils n'étaient pas formalisés dans le département. La culture de l'oralité l'emporte sur celle des affiches. Toutefois, les évaluations régulières et les feedback peuvent permettre aux acteurs de prendre connaissance de leurs performances en matière de pratique de l'hygiène des mains. Associées aux rappels incitatifs, elles favoriseraient également une

prise de conscience de toutes les parties prenantes et peuvent ainsi susciter un changement de comportement.

Le volet « culture institutionnelle » n'a pas non plus été retrouvé dans la structure. En effet, l'étude n'a pas retrouvé la mise en place d'éléments formels tels que la participation active individuelle et institutionnelle à la promotion de l'hygiène des mains, la sensibilisation sur l'hygiène des mains et l'implication des patients et leur organisation dans la promotion de l'hygiène des mains. Particulièrement pour ce qui concerne l'implication des patients et accompagnants, il faut noter qu'outre l'insuffisance de communication soignant-soigné très souvent décrié dans les structures de santé, on remarque une réticence générale du personnel soignant aux interpellations d'un patient ou d'un accompagnant sur un geste technique dans le cadre des soins. Ce constat pourrait s'expliquer par l'asymétrie d'information sur la prise en charge qui est en faveur du soignant et lui confère souvent une posture de supériorité dans les relations soignant-soigné induisant par la même occasion un complexe d'infériorité chez le soigné. Une étude réalisée en 2018 auprès des patients montrait que 37,5% ignoraient que l'hygiène des mains était nécessaire et 33,2% ont affirmé qu'ils n'osaient pas interpellier le professionnel de la santé à ce sujet (9).

Pratique de l'hygiène des mains.

La pratique de l'hygiène des mains a été non satisfaisante dans le département avec un score de 16,19%. Ce résultat est en deçà du niveau national qui a été estimé à 25,17% en 2018 dans les hôpitaux universitaires (6). Par contre, elle est similaire à celle de la situation nationale dans les CHU au Mali en 2018 qui était de 16,8% (7), dans les services de maternités retrouvé en Côte d'Ivoire de 12,7 % et en Éthiopie de 9,4% (10,11). Elle est au-dessus de celle observée en Australie du Sud avec 7,6% (12).

Cette faible observance de l'hygiène des mains en milieu de soins (inférieurs à 50%) a été rapportée par plusieurs études aussi bien dans des pays développés que dans des pays en voie de développement (13,14).

Tout comme les éléments de la stratégie multimodale, l'observance de l'hygiène des mains est faible dans notre étude. Cela semble logique si nous considérons l'hypothèse que la mise en œuvre de la stratégie multimodale augmente la pratique de l'hygiène des mains alors nous comprendrions que la non mise en œuvre de cette stratégie pourrait expliquer la non observance de l'hygiène des mains. De ce fait,

l'analyse des composantes nous laisse suggérer des postulats. : i) l'insuffisance des intrants pour réaliser l'hygiène des mains aurait influencé la pratique, ii) le personnel semble avoir un recours facile aux gants qui sont plus disponibles au détriment de l'hygiène des mains., iii) la faible proportion de la friction hydroalcoolique serait en lien avec le fait que l'établissement ne rendait pas disponible la SHA dans le département. Selon une étude de l'OMS, l'une des raisons à la faible observance des pratiques d'hygiène des mains est le manque d'équipements accessibles et l'insuffisance de moyens logistiques permettant l'approvisionnement constant en produits de consommation nécessaires à l'hygiène des mains (5) ; Aussi une autre étude montrait que les insuffisances en lavabos, en eau courante et en solutions hydro-alcooliques sont parmi les facteurs majeurs contribuant à la faible observance à l'hygiène des mains (15).

Malgré le fait que plus de la moitié du personnel savait que les mains souillées du personnel était le principal mode de transmission des germes et que la quasi-totalité estimait que les IAS étaient graves et que l'HM était efficace pour les prévenir, très peu pratiquaient l'hygiène des mains. Ce paradoxe entre les connaissances et les perceptions relativement favorables et la faible pratique de l'hygiène des mains laisse suggérer l'implication d'autres paramètres. Bien que convaincu de l'importance et des indications de l'hygiène des mains, le personnel semble avoir besoin d'autres incitatifs pour passer à la pratique. Cette discordance a été également observée à l'hôpital point G au Mali (7).

Aussi, l'importance accordée par les collègues pour pratiquer l'hygiène des mains semble être la mesure idéale pour inciter le personnel à l'hygiène des mains ainsi que l'intérêt accordée par les responsables et dans la moindre mesure par les patients. Des entretiens réalisés, le personnel reconnaît que les pressions exercées par les pairs, les responsables ou les patients sont plus incitatives que toutes les cinq dimensions de la stratégie multimodale. Dans ce contexte, une contextualisation de la stratégie pourrait favoriser la pratique de l'hygiène des mains.

Limites de l'étude

L'étude s'est déroulée uniquement dans un centre de santé de soins de 3^{ème} niveau de référence. Les résultats restent contextuels à ce cadre et ne pourraient être généralisés.

Des biais de mémorisation pourraient être observés car une partie des données collectées notamment sur les connaissances.

La présence de l'observateur lors de l'observation directe des opportunités de pratique d'hygiène des mains par les professionnels de santé pourrait modifier le comportement des soignants.

Conclusion

L'état des lieux de l'HM au département de gynécologie, obstétrique et de médecine reproductive du CHU-B a révélé une mise en œuvre insuffisante de la stratégie multimodale de l'OMS avec pour conséquence la faible observance de l'hygiène des mains. Un renforcement des cinq modalités de la stratégie et un suivi de la pratique de l'hygiène des mains nous permettra de voir l'impact réel de cette stratégie.

Toutefois, un engagement formel des responsables et du personnel de l'hôpital dans la promotion de l'hygiène des mains pourrait contribuer à sa réussite.

Une étude longitudinale de l'implémentation de la stratégie et de l'observance des pratiques pourrait montrer les évidences de la corrélation entre les deux composantes.

Références bibliographiques

1. Pittet D, Donaldson L. Clean Care is Safer Care: a worldwide priority. *lancet*. 2005 8;:1246-7.
2. Burke JP. Infection control - a problem for patient safety. *N Engl J Med* 2003; 348(7):651-656.
3. Pittet D. Clean hands reduce the burden of disease. *Lancet* 2005; :185-187.
4. Grayson ML, Stewardson AJ, Russo PL, Ryan KE, Olsen KL, Havers SM, et al. Effects of the Australian National Hand Hygiene Initiative after 8 years on infection control practices, health-care worker education, and clinical outcomes: a longitudinal study. *Lancet Infect Dis*. 2018;18(11):1269-77.
5. WHO. Résumé des Recommandations de l'OMS pour l'Hygiène des Mains au cours des Soins- Premier Défi Mondial pour la Sécurité des Patients: Un Soin propre est un Soin plus sûr . Genève- Organisation mondiale de la Santé 2010.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70469/1/WHO_IER_PSP_2009.07_fre.pdf. consulté le 5 février 2019

6. Ministère de la santé, rapport de l'analyse de la situation du risque infectieux en milieu de soins au Burkina Faso , ministère de la santé 2017.p35-61.
7. BENGALY L. Implantation et évaluation d'un programme de promotion d'hygiène des mains dans un hôpital national du Mali. Thèse de doctorat : Univ. Genève, 2011,p 249-257
8. Tai JW, Mok ES, Ching PT, Seto WH, Pittet D. Nurses and physicians' perceptions of the importance and impact of healthcare-associated infections and hand hygiene: a multi-center exploratory study in Hong Kong. *Infection* 2009;37(4)::320-333.
9. Chevalier B, Margery J, Wade B et al. [Perception of nosocomial risk among healthcare workers at "Hopital Principal" in Dakar, Senegal (survey 2004)]. *Med Trop (Mars)* 2008;68 (6):593-596.
10. Müller SA, N'Guessan M, Wood R, Landsmann L, Rocha C, Kouame BJ, et al. Effectiveness and sustainability of the WHO multimodal hand hygiene improvement strategy in the University Hospital Bouaké, Republic of Côte d'Ivoire in the context of the COVID-19 pandemic. *Antimicrob Resist Infect Control*. déc 2022;11(1):36.
11. Berman L, Kavalier M, Gelana B, Tesfaw G, Siraj D, Shirley D, et al. Utilizing the SEIPS model to guide hand hygiene interventions at a tertiary hospital in Ethiopia. Pogorzelska-Maziarz M, éditeur. *PLOS ONE*. 2021;16(10):e0258662.
12. Tina D B, Babette D, Kristien VV, Connaissances, attitude et expérience des patients en matière d'hygiène des mains : enquête menée à l'hôpital OLV d'Alost-Asse-Ninove , *Nosoinfo* 2018 ; vol.XXII n°1,14-15
13. Amazian K, Abdelmoumene T, Sekkat S et al. Multicentre study on hand hygiene facilities and practice in the Mediterranean area: results from the NosoMed Network. *J Hosp Infect* 2006;62(3):311-318 14
14. WHO. Guide de Mise en Œuvre de la Stratégie multimodale de l'OMS pour la Promotion de l'Hygiène des Mains 2009. http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_IER_PSP_2009.02_fre.pdf . consulté le 5 février 2019
15. Sladek RM, Bond MJ, Phillips PA. Why don't doctors wash their hands? A correlational study of thinking styles and hand hygiene. *Am J Infect Control* 2008;36 (6):399-406