

AUDIT DES PRATIQUES DE PREVENTION ET DU CONTROLE DES INFECTIONS (PCI) DANS LES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS PUBLICS DU MALI : CAS DU CSREF DE DIRE

AUDIT OF INFECTION PREVENTION AND CONTROL (IPC) PRACTICES IN PUBLIC HOSPITAL ESTABLISHMENTS OF MALI: CASE OF THE CSREF OF DIRE

HOUDOU ATTIKOU DIALLO¹, YAYA TRAORE², SEYDOU DIALLO³

1, 2, 3 : Faculté des Sciences économiques et de gestion (FSEG), Bamako

Auteur pour correspondance : Houdou Attikou Diallo, Enseignant – chercheur à la FSEG ; tél : 76458152 ; email : had12001@yahoo.fr, Bamako – Mali

Résumé

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), 5 à 10% des patients hospitalisés développent une infection nosocomiale, avec un taux de décès d'environ 4 %. Le CSRéf de Diré est confronté à de nombreuses insuffisances qui pourraient engendrer des infections nosocomiales parmi lesquelles, la précarité des conditions d'hygiène, le manque de formation du personnel, le manque de moyens d'hygiène et le non-respect des normes, etc. Le présent audit clinique avait pour objectifs de mesurer la qualité d'une pratique sur la prévention et le contrôle des infections à l'aide d'outils de l'OMS et de comparer les résultats au référentiel. L'écart observé entre la qualité souhaitée explicitée dans le référentiel et la qualité appliquée impose la mise en place d'un plan d'amélioration puis le suivi de son impact. La méthode aléatoire simple (probabiliste) sans remise, a été adoptée avec la liste du personnel du CSRéf de Dire par unité. Aux termes de l'étude, il ressort que le CSRéf de Diré était classé dans la fourchette (201 – 400) sur la base du score global obtenu dans les quatre sections de la PCI. Ce résultat dénote que le CSRéf avait un niveau de PCI « Basique » avec la mise en place de certaines pratiques des principales composantes de la PCI. Par ailleurs, la détermination du niveau en hygiène des mains pour le CSRéf de Diré a donné un score de 330, niveau intermédiaire compris entre 251 – 375. Nos résultats montrent que le programme d'établissement est en voie de consolidation, mais le faible niveau de mise en œuvre de certaines pratiques nécessite des améliorations supplémentaires.

Mots clés : Audit, Prévention, Infections, Diré, Mali

Abstract

According to the World Health Organization (WHO), 5 to 10% of hospitalized patients develop a nosocomial infection, with a death rate of around 4%. The CSRéf of Diré is confronted with numerous insufficiencies which could lead to nosocomial infections by which, the precariousness of the conditions of hygiene, the lack of training of the personnel, the lack of means of hygiene and the non-respect of the standards. etc The objectives of this clinical audit were to measure the quality of a practice on the prevention and control of infections using WHO tools and to compare the results with the reference system. The gap observed between the desired quality explained in the reference system and the quality applied requires the implementation of an improvement plan and then the monitoring of its impact. The simple (probabilistic) random method without replacement was adopted with the list of Dire CSRéf personnel per unit. According to this study, it appears that the CSRéf of Diré is classified in the range (201 – 400) on the basis of the overall score obtained in the four sections of the PCI. This result indicates that the CSRéf has a "Basic" level of PCI with the implementation of certain practices of the main components of PCI. In addition, the determination of the level in hand hygiene for the CSRéf of Diré gave a score of 330 intermediate level ranging between 251 – 375. The results of our study show that the establishment program is in the process of consolidation, but the low level of implementation of some practices requires further improvements.

Keywords : Audit, Prevention, Infections, Diré, Mali

1. Introduction

L'audit clinique est une méthode d'évaluation qui permet à l'aide de critères déterminés de comparer les pratiques de soins à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer, le risque de transmission d'infections étant très présent dans les établissements de santé (Thurin, 2006). La présence de bénéficiaires atteints d'infections ou qui, à cause de leur état, ne peuvent pas respecter des normes d'hygiène appropriées peut exposer d'autres personnes. Même si le risque provient, la plupart du temps, des bénéficiaires, occasionnellement il peut provenir d'un visiteur ou d'un travailleur. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime que 5 à 10% des patients hospitalisés développent une infection nosocomiale, avec un taux de décès d'environ 4 % (Organization, 2002).

En Afrique, la prévalence des infections nosocomiales varie entre 10 et 60% et celles-ci représentent la troisième cause de mortalité maternelle, la deuxième cause de mortalité néonatale précoce, et la première cause de morbidité postopératoire (Victor, 2019). Cette prévalence est estimée à 10,9% au Sénégal, 12% en Côte d'Ivoire, 10% au Bénin et 14% au Mali (Victor, 2019). Il est urgent de relier le programme PCI à certaines des priorités de santé publique dans le CSRéf de Diré, notamment à la lutte contre les pathogènes transmissibles par le sang (hépatite, VIH...), et contre la résistance aux antimicrobiens. La précarité des conditions d'hygiène du CSRéf de Diré, le manque de formation du personnel, le manque de moyens d'hygiène et le non-respect des normes pourraient entraîner l'apparition des infections nosocomiales. Il existerait alors un écart entre la qualité souhaitée recommandée par le référentiel de la PCI selon l'OMS et la qualité appliquée dans le CSRéf de Diré. Cet écart serait lié à l'absence de dispositif fonctionnel et pérenne d'audit des pratiques de PCI. Cette lacune liée aussi à la qualité et à la sécurité des soins de la communauté de Diré toute entière aurait un impact négatif sur la qualité des soins et la performance du CSRéf. Pour comprendre les causes d'un éventuel écart dans la mise en œuvre des principales composantes de la PCI entre la qualité souhaitée recommandée par le référentiel de la PCI de l'OMS et celle appliquée au CSRéf de Diré, nous avons posé la question suivante à savoir « *Est-ce que les pratiques en matière de la PCI dans le CSRéf de Diré sont conformes aux exigences internationales de l'OMS?* »

L'objectif de cette étude était d'auditer les pratiques de la prévention et du contrôle des infections dans le CSRéf de Diré selon les normes de l'Organisation Mondiale de la Santé. Il s'agit plus spécifiquement de :

- Evaluer la mise en œuvre correcte des normes relatives aux quatre premières composantes de la prévention et du contrôle des infections de l'Organisation Mondiale de la Santé au sein du CSRéf de Diré (Cf. Techniques de collecte des données);
 - Evaluer les pratiques d'auto-évaluation de la promotion d'hygiène des mains au CSRéf de Diré ;
 - Proposer des pistes de solutions en vue d'améliorer les pratiques de PCI au CSRéf de Diré.
- Nous partons de l'hypothèse que la mise en place d'un dispositif opérationnel d'audit des pratiques de la PCI selon les standards de l'OMS permettra de juguler les dysfonctionnements constatés en la matière au CSRéf de Diré.

2. Matériel et méthodes

Nous avons procédé à la recherche documentaire en rapport avec le thème. C'est ainsi que nous avons exploité des ouvrages, des thèmes et thèses de mémoire en plus de la recherche sur les moteurs de recherche interne. Cette recherche documentaire a été faite dans la bibliothèque de l'Institut National de Formation en Sciences de Santé (INFSS) et celle de la Faculté de médecine et d'Odontostomatologie (FMOS), et la Faculté de Pharmacie du Mali et au CSRéf de Diré.

Toutes ces actions ont été précédées par des visites préparatoires de terrain. Pour cela, les responsables du CSRéf de Diré ont été informées de la mise en œuvre de notre étude par l'envoi d'une correspondance qui précisait le but et la méthodologie et les résultats attendus de l'étude. La mise en œuvre de l'étude a été aussi précédée par la détermination de la population cible de l'enquête, le développement et la validation des outils d'investigation. La doctrine positiviste, associée à la déduction et à l'objectivité fut adoptée au cours de ce travail.

2.1 Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à visée évaluative, qui s'étalait de janvier à février 2020.

2.2 Techniques de collecte des données

Les données ont été collectées à partir de deux enquêtes qui ont été réalisées auprès de cinquante-cinq (55) agents des unités de soins du CSRéf de Diré et de cinq (05) agents de l'administration. L'enquête a consisté à déposer le guide d'entretien et le questionnaire auprès des cibles de l'enquête dans chacune des unités du CSRéf de Diré retenues. Deux outils de collecte des données ont été utilisés : le guide d'entretien pour les données qualitatives et le questionnaire pour les données quantitatives.

Le guide d'entretien

Le guide d'entretien a été utilisé pour la collecte des données qualitatives et l'orientation des interviews directes sur le terrain avec la population cible.

Le questionnaire

Le questionnaire a permis de recueillir des données quantitatives auprès d'un nombre important d'opinions. Dans ces conditions, le modèle de l'auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains et les critères d'établissement de référence ont été utilisés au niveau du CSRéf de Diré. Le modèle est divisé selon les 05 éléments de la stratégie multimodale de l'OMS pour la promotion de l'hygiène des mains et 27 indicateurs sélectionnés qui représentent chacun des éléments de la stratégie.

2.2.1 Les données qualitatives

La méthode de collecte des données qualitatives a été utilisée à travers le modèle pour l'évaluation de la prévention et le contrôle des infections (**MEPCI**). Cette action est structurée conformément aux recommandations des lignes Directrices de l'OMS, sur 04 principales composantes des programmes de PCI au niveau des établissements de soins, composantes qui sont ensuite abordées avec des indicateurs.

Ces indicateurs étaient basés sur des preuves scientifiques et des consensus d'experts. Ils étaient conçus comme des questions dont les réponses fournissaient une orientation pour l'évaluation.

Sur la base du score global obtenu dans les quatre sections, le CSRéf de Diré était classé dans l'un des quatre (04) niveaux de promotion et pratique de la PCI :

- **Inadéquat** : la mise en œuvre des principales composantes de la PCI est déficiente, une amélioration significative serait requise.
- **Basique** : Certains aspects des principales composantes de la PCI sont en place, mais pas suffisamment mis en œuvre, d'autres améliorations étaient nécessaires.
- **Intermédiaire** : La plupart des aspects des principales composantes de la PCI sont mis en œuvre de manière appropriée, l'établissement devrait continuer à améliorer l'étendue et la qualité de la mise en œuvre et se concentrer sur l'élaboration de plans à long terme pour soutenir et promouvoir davantage les activités du programme de PCI existantes.
- **Avancé** : Les principales composantes de la PCI sont entièrement mises en œuvre conformément aux recommandations de l'OMS et adaptées aux besoins de l'établissement.

2.2.2 Les données quantitatives

La méthode de collecte des données quantitatives a été faite à travers le modèle décrit par l'OMS pour l'auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au niveau de l'établissement de soins et les critères pour l'établissement de référence. C'est un outil systématique utilisé pour obtenir une analyse de situation du niveau de promotion et des pratiques d'hygiène des mains dans les centres de santé. La collecte des données par ce modèle permet à la fois de recenser les ressources et les réalisations sur lesquelles reposent les plans et défis futurs.

C'est un outil diagnostique qui permet d'identifier les points nécessitant attention et amélioration. Les résultats de l'audit peuvent faciliter l'élaboration des plans d'actions nécessaires à la mise en œuvre d'un programme de promotion de l'hygiène des mains dans les centres de santé. La pratique répétée de l'auto-évaluation permet aussi de suivre la progression du Centre dans le temps.

Le but général de cette méthode de collecte est d'inciter la mise en œuvre d'un programme complet et durable pour la promotion de l'hygiène des mains dans le Centre.

Un score est réalisé au regard de chaque élément auquel correspond un niveau prédéfini de promotion et de pratique de l'hygiène des mains du Centre.

- **Inadéquat** : La promotion et les pratiques d'hygiène des mains sont déficientes, des améliorations substantielles sont nécessaires.
- **Basique** : Des mesures sont en place mais ne satisfont pas aux normes, des améliorations sont encore requises.

- **Intermédiaire** : Une stratégie promotionnelle appropriée est appliquée et les pratiques se sont améliorées. Le développement de plan à long terme reste déterminant pour la durabilité du programme et des améliorations.
- **Avancé** : La promotion et les pratiques d'hygiène des mains sont optimales, permettant à l'établissement de développer une culture de la sécurité.

3. Population d'étude

L'étude a concerné les agents de santé en service dans l'administration et dans les unités de soins du CSRéf de Diré.

3.1. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude, tous les agents de santé en service et présents au moment de l'enquête dans le CSRéf de Diré.

3.2. Critères de non - inclusion

N'ont pas pris part à l'enquête, les agents de santé ayant moins de 3 mois d'ancienneté de service et ceux absents au moment de l'enquête dans le CSRéf de Diré.

4. Echantillonnage

4.1. Techniques d'échantillonnage

L'échantillonnage probabiliste permet la sélection d'un échantillon à partir d'une population, sélection qui repose sur le principe de la randomisation (la sélection au hasard ou aléatoire) ou la chance. Toutefois, comme les unités de la population sont sélectionnées au hasard et qu'il est possible de calculer la probabilité d'inclusion de chaque unité dans l'échantillon, on peut, grâce à l'échantillonnage probabiliste, produire des estimations fiables.

Nous avons utilisé la technique d'échantillonnage aléatoire simple (probabiliste) c'est une méthode qui repose sur le hasard. Les unités statistiques ont toute la même chance d'être choisies. Elle permet de calculer la marge d'erreur échantillonnage. Il sera donc possible de généraliser par inférence les résultats à l'ensemble de la population tout en prenant un risque calculé à partir de la liste complète de toutes les unités statistiques du CSRéf de Diré (base de sondage). Les cibles sont retenues parce qu'elles sont les plus à même de fournir les informations désirées.

4.2. Taille de l'échantillon

Nous avons numéroté de 1 à 60 (taille de l'échantillon) les unités statistiques sur des bouts de papier qui ont été mis dans un panier. De là, nous avons tiré au hasard sans remise un bout de papier, tout en agitant le panier à chaque tirage. Toutes les unités statistiques de la population composant l'échantillon et le nombre d'unités statistiques égales à la taille de notre échantillon ont été obtenues. La taille de l'échantillon était de soixante (60) agents répartis entre 5 agents pour la direction (le médecin – chef et son adjoint, le chargé d'hygiène assainissement, le délégué du personnel et le surveillant général) et 55 agents pour les unités de soins (médecine 15, chirurgie 15, maternité 15, urgences 10).

5. Variables de l'étude

5.1. Variables collectées sur les agents de l'administration du CSRéf de Diré

➤ Variables sur la description de l'échantillon

La qualification, le service, l'âge, le sexe et l'état matrimonial.

➤ Variables sur les quatre principales composantes de la PCI

Principale composante 1 : Programmes de prévention et de contrôle des infections ;

Principale composante 2 : Lignes directrices sur la prévention et le contrôle des infections ;

Principale composante 3 : Éducation et formation sur la PCI ;

Principale composante 4 : Surveillance des infections associées aux soins (IAS).

5.2. Variables à collecter pour les agents de soins du CSRéf de Diré

➤ Variables sur la description de l'échantillon

La qualification, le service, l'âge, le sexe et l'état matrimonial.

➤ Variables sur la promotion et des pratiques d'hygiène des mains

Le changement de système, l'éducation et la formation, les évaluations et la restitution des résultats, les rappels sur le lieu de travail, la culture institutionnelle de la sécurité.

➤ Variables sur les critères pour l'établissement de référence

Le changement de système, l'éducation et la formation, les évaluations et la restitution des résultats, les rappels sur le lieu de travail, la culture institutionnelle de la sécurité.

6. Plan de passation des instruments

Le tableau 1 donne les détails du plan de passation.

Tableau 1 : Plan de passation des instruments

TECHNIQUES	OUTILS	CIBLES
Entretien individuel semi – directif	Guide d'entretien	le médecin – chef et son adjoint, le chargé d'hygiène assainissement, le délégué du personnel et le surveillant général
Enquête individuelle	Questionnaire	Personnels des unités de soins Médecine, Chirurgie, Maternité, Urgences

Source : auteurs, 2020

7. Difficultés rencontrées

Les enquêtés étaient préoccupés par les activités quotidiennes qui ne leur donnent pas suffisamment de temps à consacrer à l'enquête. Néanmoins, la plupart des difficultés rencontrées ont été surmontées par la bonne collaboration, la patience et assiduités pour avoir le résultat attendu.

8. Traitement des données

La saisie, le dépouillement, l'analyse et l'interprétation des données collectées sur le terrain ont été faits manuellement et avec l'usage du logiciel SPHINX.

9. Contrôle de qualité des données

Les données récoltées ont été ensuite validées avec l'équipe du CSRéf de Diré avant leur analyse et interprétation.

3. Résultats

3.1 Caractéristiques sociodémographiques des participants

Dans le tableau 2, nous avons présenté la population d'étude en fonction des caractéristiques sociodémographiques. Il ressort de l'analyse du tableau 2 que 82% des participants étaient des infirmiers dont 27,27% venaient de la maternité, de la médecine et de la chirurgie alors que le service des urgences a fourni moins de participants avec 18,19%. Il apparaît en outre que 64% des enquêtés étaient mariés et âgés de 38 à 57 ans.

Tableau 2 : Répartition de la population cible en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques, CSRéf de Diré

IDENTIFICATIONS	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
Qualification		
Médecins	4	7
Infirmiers	45	82
Autres (aides – soignants, matrones, auxiliaires)	6	11
Service		
Médecine	15	27,27
Chirurgie	15	27,27
Maternité	15	27,27
Urgence	10	18,19
Age		
18 – 37 ans	13	23
38 – 57 ans	35	64
58 ans et plus	7	13
Sexe		
Féminin	28	51
Masculin	27	49
Etat matrimonial		
Mariés (es)	35	64
Célibataire	20	36

Source : auteurs, 2020

3.2 Principales composantes de la PCI

Le CSRéf de Diré dispose d'un programme de prévention et de contrôle des infections sans une définition claire des responsabilités. Il n'existe pas d'équipe mais un point focal PCI qui est un professionnel à temps partiel. Disponible, ce dernier est appuyé par l'équipe cadre dirigée par le Médecin-chef du district sanitaire de Diré.

3.3 Lignes directrices sur la prévention et le contrôle des infections

Selon le point focal de l'hygiène assainissement, le CSRéf de Diré possède moins d'expertise en prévention et contrôle des infections. Le Centre dispose de lignes directrices pour les précautions standards, d'hygiène des mains, de prévention de la transmission croisée, de gestion et préparation pour faire face aux épidémies. Il existe en outre un système de prévention des infections du site opératoire, de prévention des bactériémies et infections associées aux cathéters intravasculaires, de prévention des pneumonies acquises à l'hôpital et de prévention des infections urinaires sur sonde. Les lignes directrices (recommandations) du CSRéf de Diré étaient conformes aux normes nationales/internationales et adaptées en fonction des besoins et des ressources locales tout en respectant les normes clés de la prévention et du contrôle des infections.

3.4 Éducation et formation sur la prévention et le contrôle des infections

Selon le surveillant général, il n'existe pas d'expertise (médecin spécialiste en infectiologie) en prévention et contrôle des infections, pour diriger une formation. Ce rôle était plutôt joué par un technicien supérieur en hygiène assainissement, qui par ses compétences dans ce domaine participe à la formation du personnel. La formation continue était dispensée au moins une fois par an aux professionnels de soins nouvellement recrutés ou déjà en poste sur demande. Les formations s'appuyaient sur l'utilisation de documents d'informations écrits et / ou d'informations orales. Il n'y avait d'évaluations périodiques de l'efficacité des programmes de formation dans certaines disciplines (micrologie et infectiologie, épidémiologie, etc.) encore moins de formation spécifique à l'intention des agents du centre.

3.5 Surveillance des infections associées aux soins (IAS)

Selon les enquêtés, l'organisation de la surveillance fait partie d'un programme de prévention et de contrôle des infections avec des professionnels responsables de la surveillance n'ayant pas d'outil informatique pour la collecte des données. Les priorités de la surveillance étaient définies en fonction du contexte local. La surveillance était effectuée pour les infections définies cliniquement, et le système de surveillance était régulièrement adapté aux besoins et priorités en cours dans le Centre.

Les méthodes de surveillance étaient réalisées à travers l'existence d'un laboratoire de microbiologie. L'analyse et la diffusion de l'information/utilisation des données, liens et gouvernance étaient réalisées à travers les données de surveillance utilisées pour élaborer des plans d'actions adaptés aux services/établissements. La diffusion régulière (trimestriellement, semestriellement et annuellement) des rapports écrits de surveillance vers la région et le niveau national avait pour objectif était d'améliorer les pratiques de prévention et de contrôle des infections.

3.6 Interprétation des résultats score des différentes composantes

Le tableau 3 donne le score des différentes composantes. Sur la base du score global obtenu dans les quatre sections, le CSRéf de Diré est classé dans l'un des quatre niveaux de promotion et pratique de la PCI. C'est ainsi que le score global des résultats obtenus étant situé dans la fourchette 201 – 400, le CSRéf de Diré avait un niveau de PCI « **Basique** » qui signifiait que certains aspects des principales composantes de la PCI étaient en place, mais pas suffisamment mis en œuvre, d'où la nécessité d'autres améliorations.

Tableau 3 : Présentation du score des différentes composantes

COMPOSANTES	SCORE
1. Programme de PCI	45/100
2. Lignes directrices sur la PCI	75/100
3. Education et formation sur la PCI	45/100
4. Surveillance des IAS	55/100
Total	220/400

Source : auteur, 2020

3.7 Elaboration du plan d'actions

Les quatre principales composantes identifiées, au sein du CSRéf de Diré, nécessitaient une amélioration et l'élaboration d'un plan d'action pour y remédier a été réalisée avec l'implication des parties prenantes (voir en annexes le modèle de plan d'action et de son suivi). Néanmoins nous avons proposé dans le tableau 4, un autre plan d'actions différent de celui proposé par les parties prenantes (il faut discuter dans le chapitre « discussion » l'utilité de proposer un plan d'actions qui soit différent de celui proposé par les parties prenantes).

Tableau 4 : Présentation du plan d'actions de l'équipe de recherche

PROPOSITION DE PLAN D'ACTION AU CSREF DE DIRE 2019 – 2020				
DÉTERMINANTS	OBJECTIFS	MESURE	QUAND	PAR QUI
Programmes de prévention et de contrôle des infections (PCI) à avec un changement de culture et de comportements / partenariats avec les patients et les familles	Améliorer la prévention et le contrôle des infections au moyen d'une campagne locale visant le public, les patients et les fournisseurs de soins et mettant l'accent sur la sensibilisation et la promotion d'un changement de comportements.	Effectuer une analyse environnementale des campagnes de prévention et de contrôle des infections et de changement de comportements ;	Immédiatement	Autorités sanitaires, politiques
Lignes directrices sur la prévention et le contrôle des infections (PCI) avec un changement de culture et de comportements / application des connaissances	Améliorer la prévention et le contrôle des infections au moyen de stratégies qui améliorent les comportements et la culture.	- Mettre au point et lancer des programmes visant à prévenir et à contrôler les infections et à améliorer une culture axée sur la sécurité des patients en s'appuyant sur des stratégies de changement de comportements et en visant les dirigeants, les fournisseurs et les patients.	Immédiatement	MCD Chef d'unité
Éducation et formation sur la prévention et le contrôle des infections (PCI) avec un changement de comportement à tous les niveaux	Former et sensibiliser de 100% des agents sur la prévention et le contrôle des infections (PCI) et les bonnes pratiques	Créer une trousse de démarrage sur la façon d'induire un changement de comportements en s'appuyant sur la science du comportement et en y incluant des stratégies et des méthodes pratiques pour prévenir et contrôler les infections locales.	Immédiatement	MCD Chef d'unité
Surveillance des infections associées aux soins (IAS) avec des mesures de surveillance	Adopter un ensemble de définitions de cas pour les infections nosocomiales.	Collaborer avec les acteurs de la santé et les organismes de contrôle des infections pour adopter et mettre en œuvre des définitions pour les infections nosocomiales.	Immédiatement	MCD Chef d'unité Partenaires
Niveau en hygiène des mains avec des techniques propres de lavage des mains	Former 100% des agents sur l'hygiène des mains	- Lancer des sessions de formation périodique sur l'hygiène des mains ; - changement de comportement dans les unités du CSRéf	Immédiatement	MCD Chef d'unité

Source : auteur, 2020

3.8 Résultats de la promotion du lavage des mains et des critères de référence

3.8.1. Auto-évaluation de la promotion des pratiques d'hygiène des mains

Dans le tableau 5, nous avons présenté les résultats de l'autoévaluation. Il en ressort que pour une bonne promotion des pratiques d'hygiène des mains, les enquêtés soutenaient le changement de système à 60%, l'éducation et la formation à 85%, la mise en œuvre des évaluations et de la restitution des résultats à 49%. Une forte proportion (67%) étaient en faveur des rappels sur le lieu de travail, alors 85% d'entre eux prônaient la culture institutionnelle de la sécurité. Sur la base du score global obtenu dans les quatre sections de la PCI, le CSRéf de Diré était classé dans la fourchette 201-400, signifiant que le CSRéf de Diré avait un niveau de PCI « **Basique** » avec la mise en place de certains aspects des principales composantes de la PCI, mais pas suffisamment mis en œuvre.

Tableau 5 : Présentation des résultats de l'auto-évaluation du CSRéf de Diré de janvier à février 2020.

ELÉMENT DE LA STRATÉGIE	FREQUENCE
1. Le changement de système	60
2. L'éducation et la formation	85
3. Les évaluations et la restitution des résultats	49
4. Les rappels sur le lieu de travail	67
5. La culture institutionnelle de la sécurité	85

Source : auteurs, 2020

3.8.2. Analyses et interprétations de l'auto-évaluation selon le modèle pour l'auto-évaluation de la promotion des pratiques d'hygiène des mains au niveau du CSRéf de Diré

L'interprétation des résultats de l'auto-évaluation a été réalisée à travers un processus d'addition des points enregistrés et une détermination du niveau en hygiène des mains pour le CSRéf de Diré (Tableau 6). Le CSRéf de Diré avait un score de 330 qui est compris entre 251-375 signifiant l'existence d'un niveau intermédiaire soutenu par un programme d'établissement en voie de consolidation L'éducation et la formation, de même que la culture institutionnelle de la sécurité étaient les deux éléments de la stratégie les plus côtés avec 75 points alors que les évaluations et la restitution des résultats intéressaient peu les enquêtés avec 55 points. Il faut donc une revue des domaines identifiés par l'évaluation nécessitant des améliorations dans le CSRéf de Diré, ainsi que le développement et la mise en œuvre immédiate d'un plan d'actions pour y remédier (en commençant par l'utilisation des outils de promotion de l'OMS).

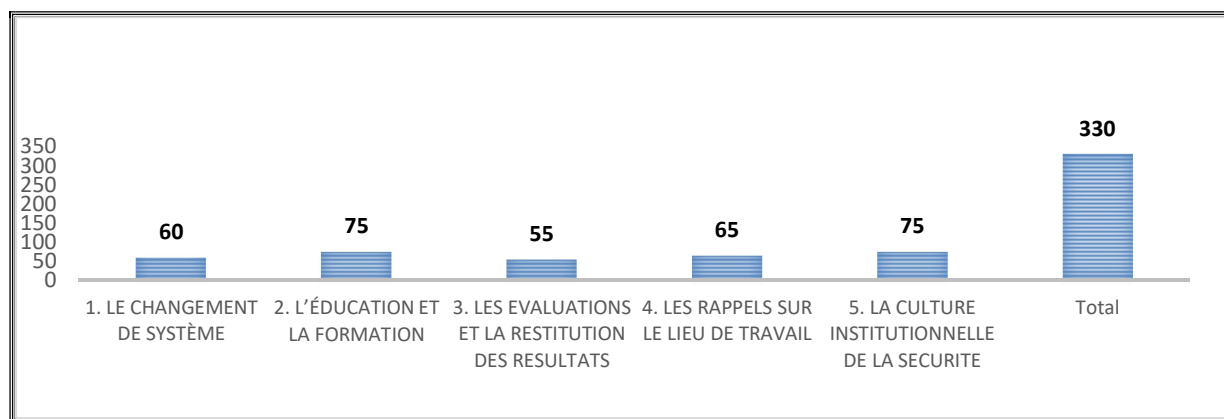
Tableau 6 : Présentation du score de l'auto-évaluation du CSRéf de Diré de janvier à février 2020

ELÉMENT DE LA STRATÉGIE	SOUS-TOTAL
1. Le changement de système	60
2. L'éducation et la formation	75
3. Les évaluations et la restitution des résultats	55
4. Les rappels sur le lieu de travail	65
5. La culture institutionnelle de la sécurité	75
Total	330

Source : Audit de la prévention et du contrôle des infections du CSRéf de Diré 2019 – 2020

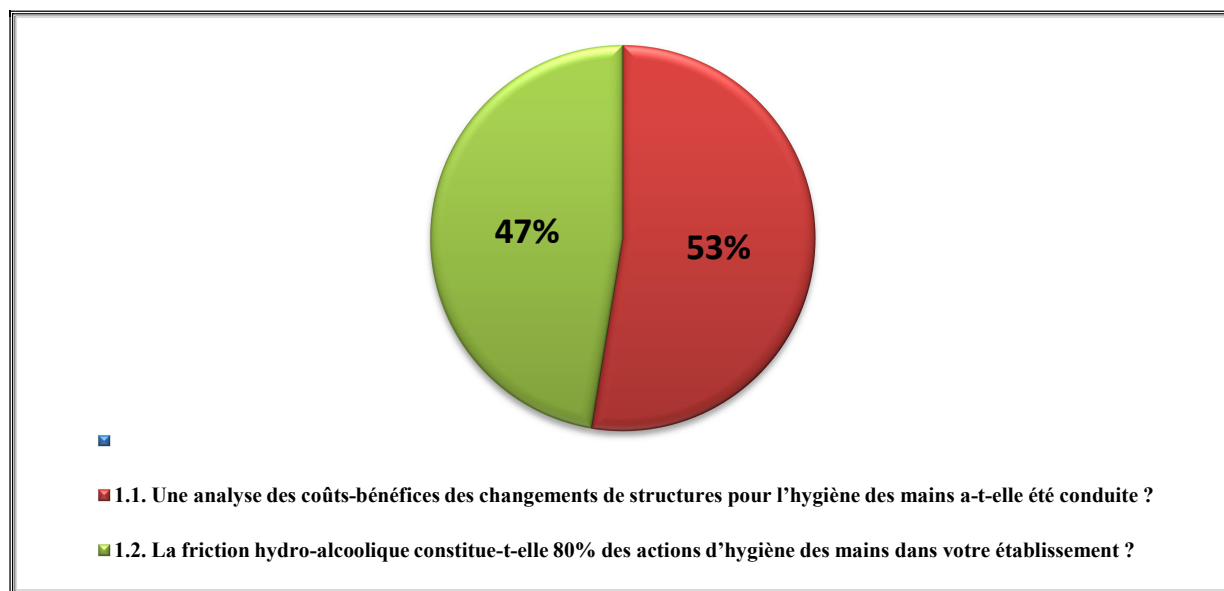
3.9 Résultat sur les critères pour l'établissement de référence

L'analyse du **graphique 1** montre que selon 53% des participants le changement de système a fait l'objet d'une analyse des coûts-bénéfices des changements de structures pour l'hygiène des mains. Par ailleurs, 47% des enquêtés ont affirmé que la friction hydro-alcoolique constituait 80% des actions de l'hygiène des mains. A ces réponses, l'on pourrait se poser les suivantes : i) une analyse des coûts-bénéfices des changements de structures pour l'hygiène des mains a-t-elle été conduite au CSRéf de Diré ? ii) la friction hydro-alcoolique des mains constituait-elle 80% des actions d'hygiène des mains au CSRéf de Diré ?



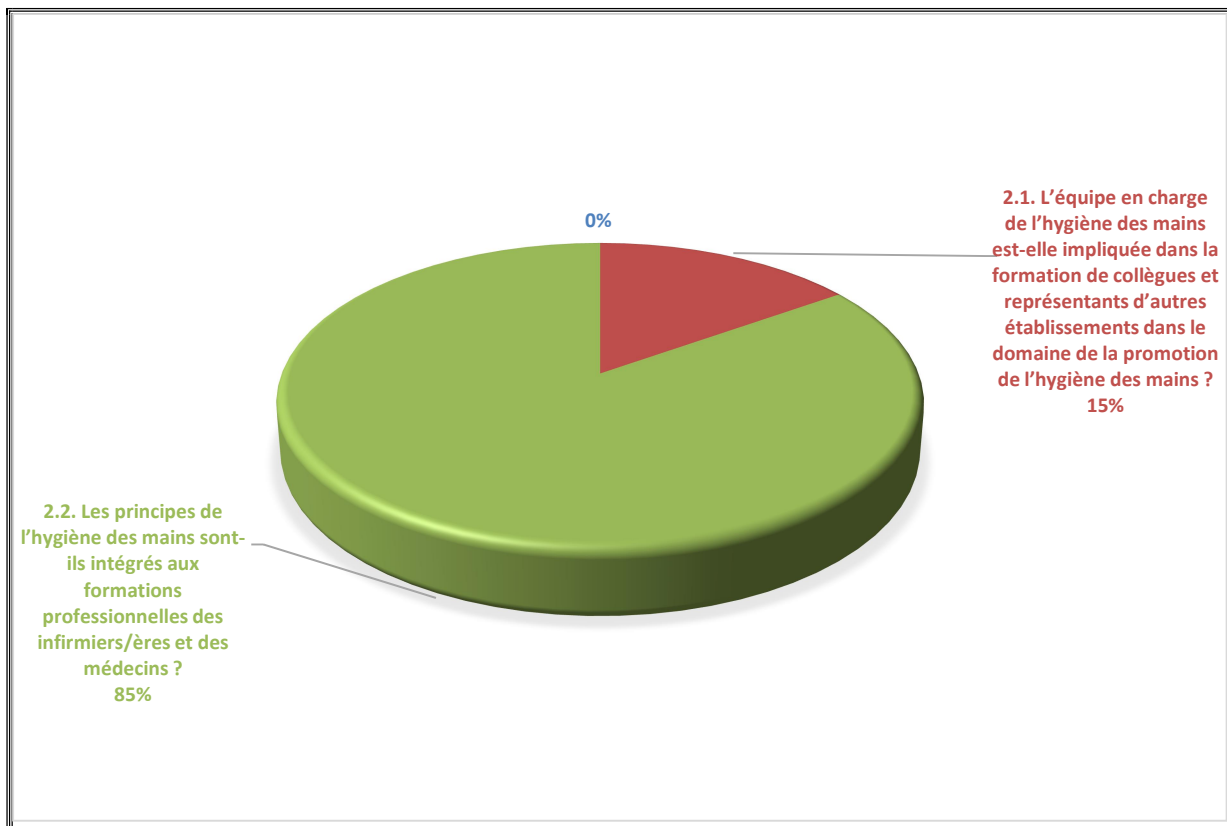
Graphique 1 : score de l'auto – évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains
Source : auteurs, 2020

Le changement de système a fait l'objet d'une analyse des coûts – bénéfices des changements de structures pour l'hygiène des mains selon 53% des enquêtés et 47% ont affirmé que la friction hydro-alcoolique constituait 80% des actions d'hygiène des mains (**Graphique 2**).



Graphique 2 : Evolution du changement de système selon les enquêtés au CSRéf de Diré de janvier à février 2020 /Source : auteurs, 2020

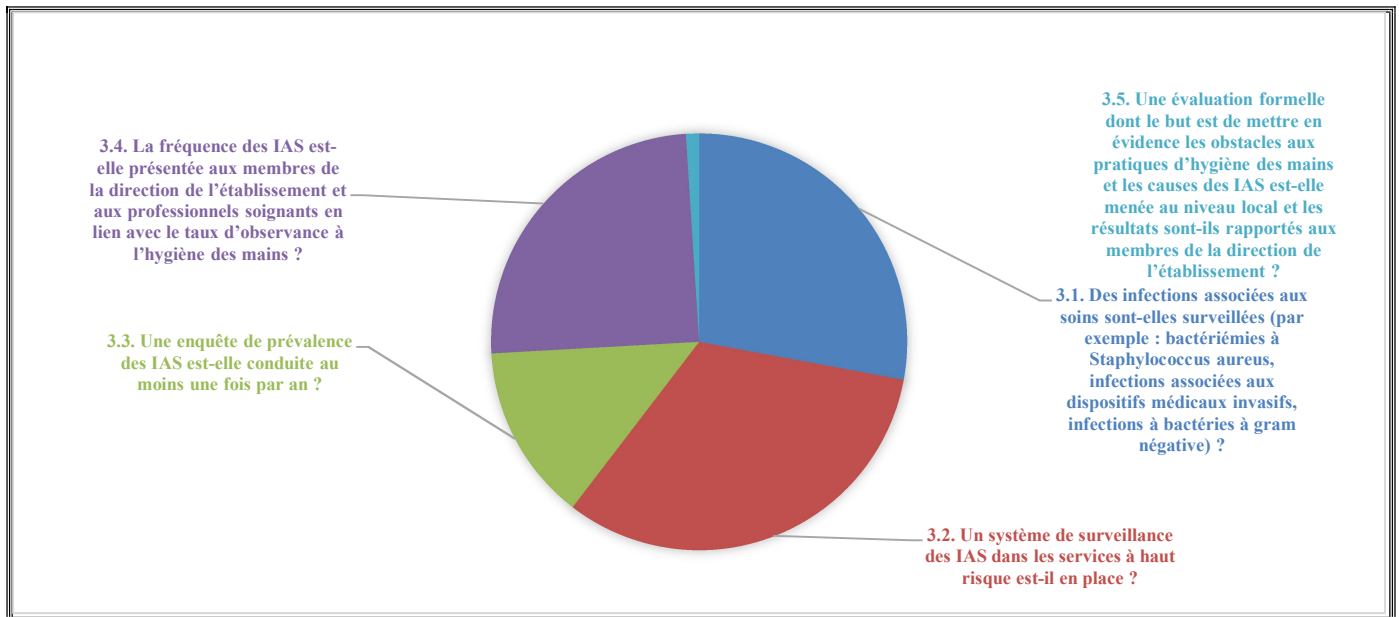
L'observation du **graphique 3** montre que les principes de l'hygiène des mains sont intégrés aux formations professionnelles des infirmiers/ères et des médecins selon 85 des enquêtés. En revanche, l'équipe en charge de l'hygiène des mains était impliquée dans la formation de collègue et représentants d'autres établissements dans le domaine de la promotion de l'hygiène des mains selon 15% des enquêtés.



Graphique 3 : L'éducation et la formation /Source : auteurs, 2020

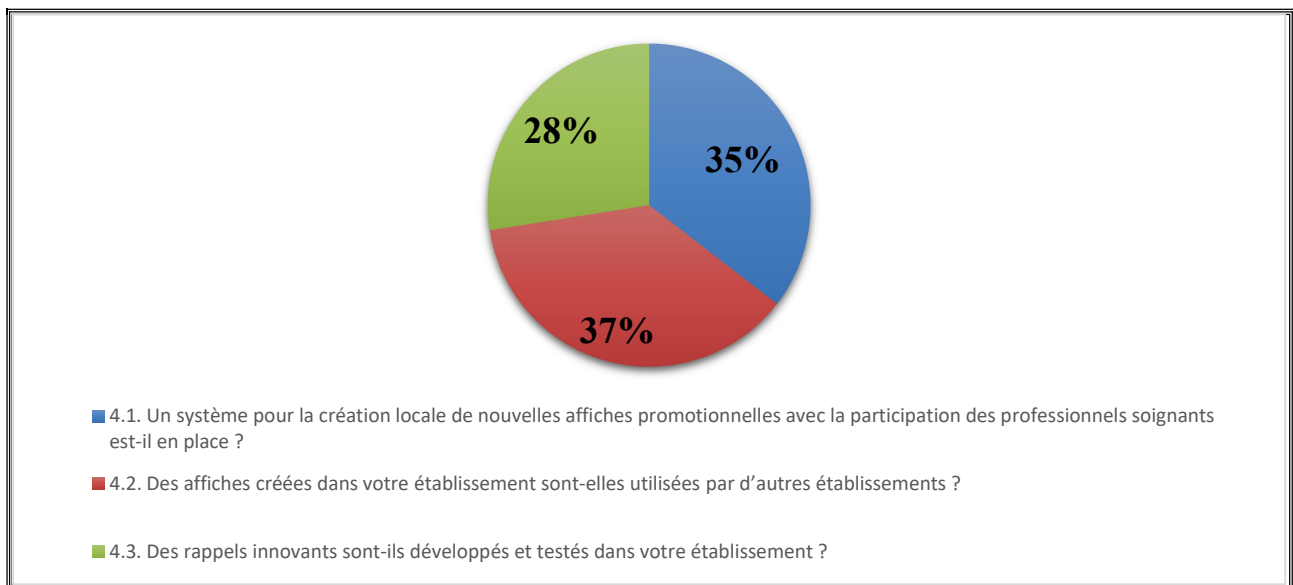
Les résultats de l'évaluation et de la restitution des résultats sont mentionnés dans le **tableau 4**. Selon 55% des enquêtés il y avait des infections associées aux soins et ces derniers étaient surveillés avec un système de surveillance des (IAS) dans les unités d'après 64% d'entre eux. Par ailleurs, une enquête de prévalence des (IAS) était conduite au moins une fois par an pour 27% des enquêtés. La fréquence des (IAS) était présentée aux membres de la direction de l'établissement et aux professionnels soignants en lien avec le taux d'observance à l'hygiène des mains pour 49% des participants.

Une évaluation formelle dont le but était de mettre en évidence les obstacles aux pratiques d'hygiène des mains et les causes des (IAS) était menée au niveau local et les résultats étaient rapportés aux membres de la direction de l'établissement seulement pour 2% des enquêtés.



Graphique 4 : évaluation et la restitution des résultats /Source : auteurs, 2020

L'observation du **graphique 5** montre que le rappel sur les lieux de travail était fait avec un système en place pour la création locale de nouvelles affiches promotionnelles avec la participation des professionnels soignants selon 35% des enquêtés ; des affiches créées par le CSRéf de Dir étaient utilisées par d'autres établissements (CSCoM) pour 37% des enquêtés et que des rappels innovants étaient développés et testés dans le Centre selon 28% des enquêtés.

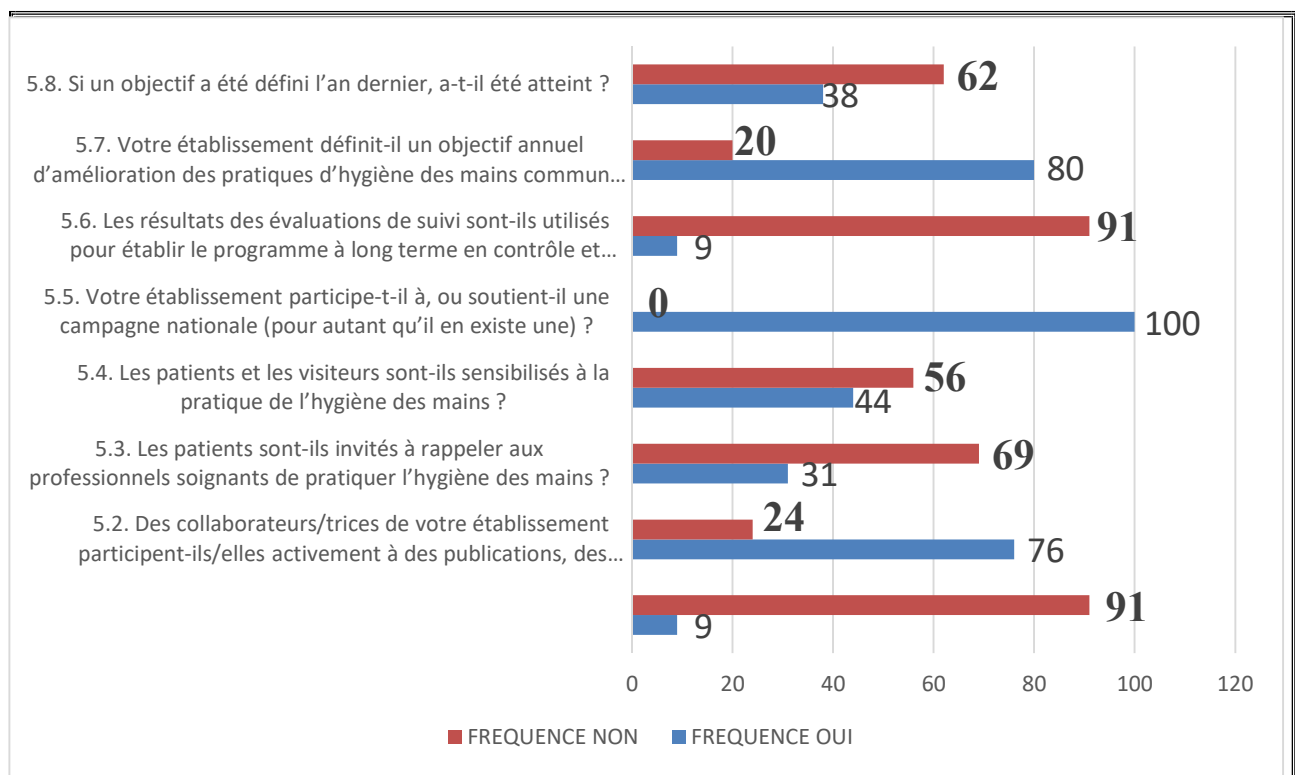


Graphique 5 : rappels sur le lieu de travail/ Source : auteurs, 2020

De l'analyse du **graphique 6**, il ressort que 38% des enquêtés affirmaient qu'au moins un objectif fixé l'année précédente était atteint ; que le CSRéf définissait un objectif annuel d'amélioration des pratiques d'hygiène des mains commun à tous les collaborateurs selon 80% des participants ; que pour 9% d'es enquêtés, les résultats des évaluations de suivi étaient utilisés pour établir le programme à long terme en contrôle et prévention des infections.

Pour l'ensemble des participants à l'enquête, le CSRéf a participé à la journée nationale du lavage des mains ; que 44% des patients et des visiteurs étaient sensibilisés à la pratique de l'hygiène des mains et que 31% des patients étaient invités à rappeler aux professionnels soignants de pratiquer l'hygiène des mains.

Au total, 76% des collaborateurs du CSRéf ont participé activement à des publications, des présentations orales sur l'hygiène des mains, et pour 9% un agenda de recherche dans le domaine de l'hygiène des mains était à l'ordre du jour et qui prenait en compte les problématiques le WHD.



Graphique 6 : Evaluation de la culture institutionnelle de la sécurité au CSRéf de Diré/Source : auteurs, 2020

4. Discussion

Les résultats de notre étude ont montré que sur la base du score global obtenu dans les quatre sections, le CSRéf de Diré était classé à un niveau de PCI « Basique » pour avoir pris en compte quatre principales composantes sur les huit de l'OMS. De tels résultats révèlent que certains aspects des principales composantes de la PCI étaient en place, mais qu'ils n'étaient pas suffisamment mis en œuvre, ce qui nécessitait d'autres améliorations.

Nos résultats confirment ainsi ceux observés au Bénin de (yazidoluwatoyin, 2018) sur la mise en œuvre des améliorations sur la PCI. C'est ainsi que cet auteur a enregistré que 23,2% du personnel soignant ignoraient l'existence de la prévention des infections, que 3/4 du personnel soignant ont reçu une formation en prévention des infections, et que seulement 7,1% d'entre eux savaient qu'il a eu des formations de supervision internes au sein du service en matière de prévention des infections. (Sabrina, 2006) a conclu que les infections nosocomiales sont une réalité au CHU Gabriel Touré où on note une faiblesse de la connaissance par le personnel interrogé sur la PI. Quant à (Sana, 2013), cet auteur affirme que tout le monde s'accorde à dire que les infections nosocomiales ne sont pas une fatalité et qu'au moins 50 % de celles-ci pourraient être évitées par des mesures de base, comme le lavage des mains et l'hygiène des hôpitaux.

Selon (Rothan-Tondeur M, 2006), le problème étant comportemental donc culturel, il est nécessaire de mener des campagnes de vulgarisation, de sensibilisation et d'éducation du grand public aux règles d'hygiène et aux dangers que représentent ces infections. L'action devrait s'élargir aux écoles, où il faut créer des réflexes de bonnes pratiques d'hygiène chez les enfants dès le plus jeune âge. En Algérie, (Meriem, 2013) conclut de ce fait que le dispositif de prévention ne pourra contribuer significativement à la réduction des IN dans un hôpital que lorsque les fonctions du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (C.L.I.N) s'accompliront le plus rigoureusement possible. Pour ce faire, le préalable ici sera de mettre en place un système de déclaration « actif » (c'est-à-dire obligatoire et systématique), au lieu du système de déclaration « passif » en œuvre aujourd'hui. A ce dispositif doit s'ajouter deux conditions de base, nécessaires et indispensables à la réussite de la politique de prévention des infections nosocomiales (IN), à savoir : la mobilisation des ressources humaines et matérielles, ainsi que la coordination des activités de toutes les parties prenantes dans l'établissement hospitalier.

L'évaluation de la mise en œuvre des composantes de l'OMS a donné un score de 330 compris dans la fourchette 251-375 pour le niveau en hygiène des mains au sein du CSRéf de Diré, il s'agit là d'un niveau intermédiaire correspondant selon François, (2001) à un programme d'établissement en voie de consolidation. En revanche, selon (Drame, 2008), peu d'agents connaissaient les indications, les techniques et la durée du lavage des mains selon le type, alors que les produits et les équipements utilisés dans les services ne répondaient pas aux normes internationales actuelles. Au sein d'un établissement public de santé qui progresse, évolue, mais qui est en proie à de multiples questionnements, les équipes dirigeantes en charge des soins recherchent de nouvelles modalités d'organisation qui visent à concilier la réponse aux besoins des usagers et la nécessaire implication des professionnels.

5. Conclusion

Aux termes de cette étude, le niveau de la prévention et du contrôle des infections dans le CSRéf de Diré a été classé à un niveau de PCI « Basique » sur la base du score global obtenu dans les quatre sections de la PCI définies selon l'OMS. Ils traduisent le fait que certains aspects des principales composantes de la PCI étaient en place, mais dont la mise en œuvre a besoin d'être davantage améliorée. Le niveau en hygiène des mains a été évalué à un niveau intermédiaire soutenant que le programme d'établissement était en voie de consolidation. Au regard de ces résultats, le CSRéf de Dire doit évoluer vers une consolidation de ses acquis en matière de PCI conformément aux normes de l'OMS. Une telle démarche lui permettra de se maintenir et de répondre aux besoins de santé dans un contexte politique et économique basé sur l'évaluation et sur l'émergence de la

concurrence. Aussi, la mise en œuvre des recommandations formulées s'avère indispensable à travers le plan d'actions et le suivi/évaluation avec l'implication de l'ensemble des parties prenantes dans les activités de prévention et de contrôle des infections dans les unités du CSRéf de Diré.

Références

Drame, G. (2008). *Hygiène des mains dans les services à haut risque infectieux du C.H.U DU POINT « G »*. Bamako, Mali: Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie.

François P, R. J. (2001, 8 1). Les systèmes de gestion de la qualité des soins dans les hôpitaux du Québec. . *Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé*, 6- 26.

Meriem, K. (2013). *Contribution à l'étude du dispositif algérien de lutte contre les infections nosocomiales Cas des C.H.U de Tizi – Ouzou*. Tizi – Ouzou, Algerie: Université Abderrahmane Mira.

Organization, W. H. (2002). *Prevention of hospital-acquired infections - a practical guide*. World Health Organization.

Rothan-Tondeur M, A. M. (2006). L'évaluation des pratiques professionnelles. *Hygiènes* , 312- 18.

Sabrina, B. (2006). *Prévention des infections à la maternité CHU Gabriel Touré connaissance du personnel, pratiques et attitudes*. Bamako, Mali: Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie.

Sana, K. (2013). *Contribution à l'étude du dispositif algérien de lutte contre les infections nosocomiales Cas des C.H.U de Bejaïa*. BEJAÏA, Algerie: Université Abderrahmane Mira.

Thurin, J. T. (2006). Évaluation des pratiques professionnelles et psychothérapies. *L'information psychiatrique*, 82, , 39-47.

Victor, K. K. (2019). *Evaluation de la connaissance et de l'application des mesures de prévention des infections nosocomiales dans le service de maladies infectieuses du C.H.U. DE POINT – G*. Bamko: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako.

Yazidoluwatoyin, A. M. (2018). *Améliorer la prévention et le contrôle des infections au niveau des établissements de soins*. OMS.