République du Mali

Un Peuple-Un But-Une Foi

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

ET DE LA RECHERCHE SCIENITIFIQUE

UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

ANNEE : 2013-2014 **Thèse Nº…….**

Ethnographie du lavage des mains au Centre de Référence de la Commune II du District de Bamako

---

Thèse présentée et soutenue publiquement le …..

Faculté de Médecine de Médecine et D'Odonto-Stomatologie

Par **Viviane Larissa Guemning Watchueng**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY :

Président du jury:	Pr Saharé Fongoro
Membres du jury:	Dr Kassoum Kayentao
Codirecteur de thèse :	Dr Yacouba Mamadou Koouyaté
Directeur de thèse :	Pr Samba Diop

DÉDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail

- **Au Seigneur tout puissant :**

Mon âme t'exalte oh seigneur, car tu es pour moi source de vie et de bonheur. Malgré toutes mes infidélités, ta présence, ta main bienveillante et protectrice, ma conduite au terme de ce long séjour d'étude ainsi que de ce travail donc le mérite te revient. Je te supplie Seigneur Dieu de ne jamais t'éloigner de moi. Que ton nom soit sanctifié, et ce, à jamais.

- A mon père chéri **GUEMNING**

  Papa, je suis submergé d'émotion quand je veux m'adresser à toi. Je ne sais quoi te dire. Le Seigneur Dieu m'a confié à toi, et ce que tu as fait pour moi les mots ne peuvent le décrire. J'aimerai seulement que tu saches que je serai toujours ta fierté. Que le Seigneur tout puissant te garde dans son amour.

- A ma très chère mère, **GUEMNING Elise née MALENDJE**

  Maman, j'ai toujours trouvé auprès de toi amour tendresse et compréhension. Tes conseils, tes encouragements et tes prières m'ont permis de garder espoir jusqu'à ce jour. Tes peines tes privations tes sacrifices seront récompensés. Je suis fière de t'avoir et j'espère que Dieu te donne longue vie pour pouvoir profité de tous ces sacrifices que tu as faits pour nous.

- A ma grande sœur, **MAMSEU GUEMNING Stéphanie**

  Tes prières, et tes encouragements m'ont permis d'avancer et de croire que ce jour viendra. Je ne te remercierais jamais assez. Je sais que tu seras toujours présente pour moi et saches que c'est réciproque. Tu es ma deuxième mère. Merci

- A mes petits frères, **GUEMNING SIMO Cedric, GUEMNING TCHUENKAM Yannick GUEMNING KOM Patrick**

  Vous m'avez soutenu pendant ces longues années d'études. Vous vous êtes toujours souciés de ma réussite et vos conseils m'ont servi de guide. L'union fait la force
- A ma grand-mère**, KAMSEU Catherine**

  Merci pour ton amour Que le seigneur te donne longue vie
- A ma tante, **Nicole YONGO**

Tu as toujours été là au début comme à la fin de cette aventure pendant toutes ces années d'études loin de toi. Tes lettres ont été pour moi des bouffées de bonheur pour cela je te remercie

- A mes tantes et oncles, **Emilienne KAMKUI, Mirabelle POKA, Alphonse BOMDA, Jeannot NOUMSI, Bertrand KOUEMOU, Gustave**

Merci pour vos prières

- A Monsieur, **OKEYODE Ayessi Gilchrist Loïc**

Ton attention, tes encouragements, et surtout ton amour m'a soutenu pendant ces dernières années de mon cycle. Reçois ici ma reconnaissance. Puisse le très haut nous accorder de longues années de bonheur ensemble.

- A ma fille, **OKEYODE MALENDJE Fèmi Anaëlle Lisebelle**

Grace à toi j'ai connu la joie d'être une mère .Tes sourires font mon bonheur, longue vie et prospérité à toi mon bébé.

REMERCIEMENTS

- **Je remercie le peuple malien pour l'accueil et l'hospitalité.**

- A mes cousins et cousines, **Poupina, Landry Nziko, Merveille Nziko, Watchessi Nziko, Coucouyè Nziko, Emilie KAMSEU, Rode, Ange, Boris**

- A la famille **MARIKO à Magnanbougou**

Merci pour cette deuxième famille que vous m'avez accordé

- Monsieur **PELE Serge**

  Merci pour tes conseil et tes mots d'encouragement

- **A la famille TRAORE du point G**

  Merci de m'avoir logé chez vous

- A mon groupe d'étude, **Dr Sonia WOKDEM, Fabrice KEMBOU, Dr Gilles AGOUANI, Dr Dorine FOMO**

  Merci pour ces beaux moments passés ensemble à étudier avec por un seul désir être de bons médecins. Merci pour l'humilité,la générosité dans le partage du savoir.

- A mes amis, **Tatiana, Daurice, Gaëlle, Dr herman Noubissié, Dr Daoulata MARIKO**

Que Dieu nous donne longue vie pour profiter du fruit de nos efforts

- A **martine DJOUMPO**

Je te remercie pour ta sympathie et ta fraternité. Que Dieu te garde en bonne santé.

- A mes promotionnaires

  Puisses se resserrer les liens fraternels. Ce travail est pour vous.

- Aux béninois, **Hérodote, Stéphanie, Ronia, Olivia, Djamal, Dr Hervé CHOBLI, Christophe AKOTEGNON**

- **A tous mes professeurs et aux personnels de la FMOS et de Pharmacie**

  Merci pour la qualité de l'enseignement que j'ai reçu.

- **A tout le personnel du service de Gastro-entérologie**

Merci pour la formation

- **Et à tous ceux qui m'ont aidé et que je n'ai pas pu citer leur nom**.

HOMMAGE AUX MENBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY

Professeur Sahare FONGORO

- Maître de conférences de néphrologie à la FMOS
- Chef de service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU du point G
- Chevalier de l'ordre du mérite national du Mali

Cher Maître,

C'est un privilège et un honneur que vous nous faites en présidant ce jury. Nous avons été marqués par votre simplicité et votre courtoisie. Votre rigueur dans le travail et vos qualités humaines font de vous un maître apprécié de tous.

Accepter ici cher maître l'expression de notre profonde considération.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Yacouba Mamadou KOUYATE

- Médecin généraliste au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako
- Ancien interne du service de gynéco-obstétrique
- Détenteur d'un certificat en gestion des hôpitaux de Beiging

Cher maître,

Nous avons été très honorés que vous acceptiez de juger ce travail. Votre rigueur scientifique et votre amour du travail bien fait ont suscité en nous beaucoup d'admiration. Veuillez trouver ici l'expression de nos plus vifs remerciements.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Kassoum KAYENTAO

- MD, MSC, Ph D en biostatistique
- Chercheur au MRTC (malaria research and training center)
- Responsable adjoint de l'unité paludisme et grossesse du MRTC du DEAP (département d'épidémiologie des affections parasitaires)
- spécialiste en santé publique

Cher maître,

Nous avons été très honorés que vous acceptiez de juger ce travail. Votre rigueur scientifique et votre amour du travail bien fait ont suscité en nous beaucoup d'admiration. Veuillez trouver ici l'expression de nos plus vifs remerciements.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Samba DIOP

- Maitre de conférences en anthropologie médicale
- Enseignant chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique en santé du DER santé publique de la FMOS
- Membre du comité d'éthique institutionnel et national du Mali
- Responsable de l'unité de recherche formative en science humaine, social et éthique SEREFO/VIH SIDA/FMOS

Cher maître,

Les mots nous manquent pour vous exprimer l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Vous avez su nous mettre à l'aise dès le premier abord, votre disposition à nous écouter et à combler nos attentes nous ont marqué et nous avons pu apprécier l'homme que vous êtes humble, simple et aimable

Soyez rassuré cher maître de notre profond respect et gratitude.

LISTE DES

ABREVIATIONS

ABREVIATIONS

OMS : **O**rganisation **M**ondiale de la **S**anté

CSCOM : **C**entre de **S**anté **C**ommunautaire

CSREF : **C**entre de **S**anté de **R**éférence

SIDA /VIH : **S**yndrome de l'**I**mmuno**d**éficience **A**cquise/**V**irus de l'**I**mmunodéficience **H**umaine

LDM : **L**avage **D**es **M**ains

LHDM : **L**avage **H**ygiénique **D**es **M**ains

LCDM : **L**avage **C**hirurgical **D**es **M**ains

IAS : **I**nfections **A**ssociées aux **S**oins

FHA : **F**riction **H**ydro **A**lcoolique

SHA : **S**olution **H**ydro **A**lcoolique

LISTES DES TABLEAUX ET DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition du personnel selon la catégorie professionnelle…….....24

Tableau II : réparation de la connaissance du personnel selon la profession et le type d'essuie main…….....25

Tableau III : Répartition de la connaissance du personnel selon la profession et la disposition à prendre par rapport aux bijoux……...26

Tableau IV : Répartition de la connaissance du personnel selon la profession et l'impact du vernis sur les ongles au cours du lavage des mains…….....27

Tableau V : Répartition de la connaissance du personnel selon la profession et la taille des ongles ……...28

Tableau VI : Répartition de la connaissance du personnel sur la notion d'existence d'une différence entre le LSDM et le LHDM……35

Tableau VII : Répartition de la connaissance du type de savon utilisé dans le lavage chirurgical des mains en fonction de la profession……...37

Tableau VIII : Répartition selon la profession et les parties à savonner du LCDM…….....38

Tableau IX: Répartition de la connaissance du personnel sur le temps du massage lors du lavage chirurgical des mains selon la profession……..39

Tableau X: répartition selon la profession et la qualité de l'eau……40

Tableau XI : connaissance du personnel sur le type de lavage après tout acte septique…41

Tableau XII : connaissance du personnel sur le type de lavage indiqué avant et après chaque soin à un malade……41

Tableau XIII : connaissance du personnel sur le type de lavage indiqué avant la manipulation de tout matériel stérile……41

Tableau XIV : connaissance du personnel sur le type de lavage avant tout acte à haut risque pour le malade……...42

Tableau XV : connaissance du personnel sur le type de lavage après tout acte à haut risque pour le personnel……...42

Tableau XVI : connaissance du personnel sur l'usage de l'antisepsie des mains et du point d'eau simultanément……43

Tableau XVII : Connaissance du personnel sur les différents types d'antisepsie des mains……43

Tableau XVIII : Connaissance du personnel sur la quantité d'antiseptique nécessaire pour une antisepsie des mains……...44

Tableau XIX: Connaissance du personnel sur l'aspect des mains à la fin d'une antisepsie des mains…….44

Tableau XX : connaissance du personnel sur l'importance de l'usage de l'antisepsie des mains après lavage……...45

Tableau XXI : Connaissance du personnel sur le type de point d'eau présent dans le service……...45

Tableau XXII: Connaissance du personnel sur le type de savon utilisé dans le service…...46

Tableau XXIII : Connaissance du personnel sur le type d'essuie mains disponibles dans le service……...46

Tableau XXIV : Connaissance du personnel sur le type de lavage pratiqué couramment dans le service……...47

Tableau XXV: connaissance du personnel sur le rapport entre le port de gant et le lavage des mains…….47

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition de la connaissance du type de lavages en selon le service……..29

Figure 2 : Répartition de la connaissance du personnel selon type de lavage et la profession …….30

Figure 3 : Répartition de la connaissance du personnel sur les parties à savonner lors du lavage simple des mains…….31

Figure 4 : Répartition de la connaissance du temps de massage lors du lavage simple des mains selon la profession……32

Figure 5 : Répartition du personnel selon la profession et l'importance d'insister sur les espaces interdigitaux…….....33

Figure 6 : Répartition de la connaissance du personnel sur sens de rinçage selon la profession…..34

Figure 7: Répartition du personnel selon la profession et le type de savon du LHDM…….36

1. INTRODUCTION

L'hygiène est l'une des missions essentielles de la santé publique visant à réduire la transmission et les conséquences de la maladie. Le déclin marqué des décès causés par des maladies infectieuses observé dans les pays riches au cours du dernier siècle, n'aurait pu se réaliser sans d'importants progrès en hygiène et surtout en hygiène des mains. En effet, les mains représentent l'outil le plus souvent utilisé par les humains. Le lavage des mains avec le savon permet de réduire ou de limiter le risque de transmission des germes, et prévenir la contamination des personnes ou des objets [1].En milieu médical, l'hygiène des mains se veut irréprochable et sa pratique est une technique gage de sécurité sanitaire. Elle est l'une des principales mesures de lutte contre les infections nosocomiales [2]. Des études ont montré qu'en moyenne 12% des malades qui font un séjour à l'hôpital y contractent une infection. Parmi ces infections 70 à 90% sont dues aux mains souillées du personnel soignant [3, 4,5].

Le Dr Semmelweis après des travaux dans une maternité en 1850, aboutit à la conclusion suivante « les mains par leurs seuls contacts peuvent devenir infectantes ».Il imposa le lavage des mains aux médecins et à leurs étudiants avec une solution au chlorure chaux. Le résultat est remarquable : dans le mois suivant la mortalité par fièvre puerpérale devient presque nulle 0,23% [6]. En effet, la prévention des infections associées aux soins passe par l'amélioration de l'hygiène des mains, et leur prévention doit être une priorité des prestataires de santé. Mettre en œuvre une stratégie de promotion active de l'hygiène des mains en priorisant la désinfection, plus rapide et plus efficace, a permis d'accroitre très significativement son observance, dans les établissements de santé du Sud –Ouest de la France. L'impact clinique de cette action peut s'évaluer par la baisse régulière des infections nosocomiales [7]. En 1989 Conly et ses collaborateurs ont observé une baisse du taux d'infections contractées dans une unité de réanimation de 9,7 à 2,8%, après un programme d'éducation du personnel de soin sur le lavage des mains [8]. En 1998 LARSON [9] a montré que le lavage et l'antisepsie des mains sont des mesures essentielles de base de la prévention de la transmission des micro-organismes potentiellement pathogènes ou opportunistes. La pratique d'hygiène des mains permet de protéger le patient des germes présents sur les mains du soignant ou sur sa propre peau, de protéger le soignant ainsi que l'environnement des soins, et de prévenir la dissémination des germes.

❖ Enoncé du problème

Les infections associées aux soins sont répandues dans le monde entier, elles sont la cause majeure de mortalité et d'invalidité aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement. Son impact implique une prolongation des hospitalisations, des invalidités à long terme, une forte résistance des micro-organismes aux antimicrobiens, une charge financière supplémentaire très élevée, et un impact émotionnel pour les patients et leurs familles.

Une publication de l'OMS en 2009 a noté que dans ces pays industrialisés, les infections associées aux soins concernent 5 à 15% des patients hospitalisés et peuvent affecter 9 à 37% des patients admis en unité de soins intensifs. Des prévalences de 4,5 %, 6,7 %, 9,5 %, et 4,6 % ont été respectivement retrouvé aux USA, en France, en Ecosse et en Italie [10]. Des études récentes faites en Europe ont rapporté des taux de prévalence hospitalière des patients ayant contracté des IAS vont de 4,6% à 9,5%, soit environ cinq millions d'IAS survenant dans les hôpitaux de soins aigus en Europe annuellement provoquant 135000 morts par an, et environ 25millions de journée d'hospitalisation supplémentaire associée à une charge financière comprise entre 13 et 24 millions d'euro[11].Le taux estimé d'incidence des IAS aux Etats-Unis était de 4,5% en 2002, ce qui correspondait 9,3 infections pour 1000 patients et 1,7 millions de patients atteints, et dont l'impact économique s'élevait à 6,5 milliards de dollars américain en 2004[12] et 99000 morts ont été attribués aux ISA [13].

Lors des épisodes de fièvre hémorragique de Marburg en Angola, la transmission du virus dans les établissements de soins a joué un rôle majeur dans l'amplification de l'épidémie (les données n'ont pas été publiées par l'OMS) [14].

Ceci montre que les IAS ne concernent pas que les patients mais aussi le personnel de soins.

Dans les pays en développement, les données sur les IAS sont peu disponibles dans la littérature ; ceci peut s'expliquer par la difficulté du diagnostic des IAS tels que la pénurie et le manque de fiabilité des données du laboratoire, l'accès limité à des équipements de diagnostic. Mais il en demeure tout de même vrai que la prévalence et l'incidence des IAS dans les pays sous-développés seront toujours supérieures à celles des pays développés, parce que la population dans ces pays pauvres est largement touchée par la malnutrition et plusieurs maladies à risque des IAS.

Néanmoins en Afrique, quelques études ont permis de révéler que la prévalence des IAS est importante. En 2009, une étude faite au Maroc et au Mali a montré respectivement une prévalence des IAS de 17,8 % et de 18,7 %.

Les IAS sont provoquées par de nombreux facteurs relatifs à la procédure de soins et aux comportements humains conditionnés par l'éducation. Plusieurs de ces infections peuvent être éliminées par la simple mesure d'hygiène des mains. Ce geste simple peut être banal, mais auquel l'observance des professionnels soignants demeure une problématique dans le monde entier. C'est dans cette optique que l'OMS a adopté diverses stratégies de promotion et d'amélioration de l'hygiène des mains, et le premier défit mondial de l'OMS pour la sécurité des patients « un soin propre un soin plus sûr », consacre une partie de son attention aux établissements des normes et à l'amélioration des pratiques en matière d'hygiène des mains. Toujours dans cette optique, l'OMS a encouragé les hôpitaux et plusieurs établissements de soins à adopter les recommandations et les cinq indications de l'hygiène des mains.

Afin de garantir la durabilité de ces actions au bénéfice de tous et à long terme, notre vision est de militer auprès de l'OMS afin de favoriser cette sensibilisation, apporter une meilleure compréhension de l'importance de l'hygiène des mains et d'en pérenniser l'amélioration dans le Mali, et principalement au centre de santé communautaire du district de Bamako de la commune II. Car des mains propres permettent de prévenir la souffrance et de sauver des vies.

2. QUESTION DE RECHERCHE

- Quels sont les facteurs qui influencent la pratique optimale de l'hygiène des mains selon les normes ?

3 CADRE THEORIQUE

❖ Contexte et justification de l'étude

Dès la deuxième année d'études médicales durant nos stages hospitaliers, nous sommes sensibilisés à la notion d'hygiène et la prévention des infections iatrogènes, tout particulièrement au lavage des mains à l'antisepsie, au risque d'exposition au sang et aux liquides biologiques. Les règles d'hygiènes de base à savoir le port de blouses propres, l'absence de port de bagues, de bracelets et de montres demandent une attention particulière. Le non-respect ou la mauvaise pratique de ces mesures d'hygiènes de base, a des conséquences désastreuses non seulement au niveau des patients mais aussi au niveau du personnel de soins, qui est censé limiter les souffrances des malades. Ses conséquences sont entre autre l'apparition de nouvelles maladies autres que celle pour laquelle on vient se faire soigner. Ces infections constituent un véritable problème en santé publique par leur fréquence et leur retentissement humain et économique [15]. Evidement que ce sujet peut paraitre pour certains ridicule et ennuyeux, surtout si nous n'avons jamais été des victimes ou si nous n'avons jamais vu un proche, ami, enfant ; époux, épouse etc. à qui nous tenons à cœur énormément souffrir et / ou en mourir d'une infection contractée à l'hôpital pourtant évitable par des simples mesures d'hygiènes.

Une publication récente montre qu'en Montréal une province du canada le 18 mars 2014, 40 000 Québécois de tous les groupes d'âges sont morts à la suite d'une infection nosocomiale depuis 10 ans soit 11 décès par jour [11].

Les recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins et la stratégie de promotion largement testée et validée sont mises à la disposition, ainsi que des outils validés, nouveaux ou révisés, destinés aux établissements de soins du monde entier [10], tout ceci améliore l'hygiène des mains au sein des structures de soins en favorisant la réduction de l'incidence des infections liées aux soins. La stratégie a été testée dans huit centres de soins pilotes et utilisée par plus de 500 établissements de soins dans le monde dont l'hôpital du point G au Mali [10].

En 2006, Groleau et Konde ont prouvé que le lavage des mains et l'antisepsie des mains s'équivalent si la technique propre à chaque méthode est respectée [11].

De ce fait, peu importe qu'on soit du type savon ou du type solution alcoolique ; l'essentiel est avant tout que les agents de santé soient censés, et convaincus que le lavage des mains constitue la pierre angulaire de toute prévention à la transmission des maladies que ce

soit en milieu hospitalier, au cabinet médical ou au domicile des patients et par conséquent il doit être applicable dans toutes situations de soins tout en considérant le patient comme un potentiel agent infectieux connu ou inconnu. Au Mali peu de travaux sur l'évaluation des connaissances, attitudes et pratiques du lavage des mains chez les prestataires de soins ont été menés d'où l'intérêt de note étude.

4. OBJECTIFS DE L'ETUDE

4.1 Objectif général

Evaluer la connaissance et la pratique du personnel sur l'hygiène des mains dans le centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako. .

4.2 Objectifs spécifiques :

- Déterminer le niveau de connaissance de l'hygiène des mains du personnel au sein de notre population d'étude
- Déterminer le facteur qui influence la pratique du lavage des mains au sein de notre population d'étude
- Identifier les moyens disponibles pour l'hygiène des mains dans le centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako

5. REVUE DE LA LITTERATURE

5.1 Histoire de l'hygiène :

Le mot hygiène dérive du nom de la déesse Grèce Hygie qui était la déesse de la santé et de la propreté, fille d'Asclepios le dieu de la médecine. Cette notion d'hygiène liée aux croyances populaires, aux coutumes mais aussi à l'état de connaissance scientifique et médicale a évolué. Selon le dictionnaire Robert : « c'est l'ensemble des principes et des pratiques tendant à préserver et à améliorer la santé » [12].

Ce mot a connu deux grandes périodes dans l'histoire séparées par la découverte des micro-organismes et leur rôle dans l'apparition des infections :

5.1.1 L'antiquité :

Dans la Grèce antique et la Rome antique l'hygiène est symbole de santé et se concrétise par la fréquentation des bains publics. Chez ceux-ci il a beaucoup plus un sens purificateur. Cette coutume va s'étendre jusqu'en Orient avec les bains turcs ou les hommans qui jusqu'à nos jours mêlent rite de purification religieuse, plaisir et hygiène [12].

5.1.2 Moyen âge :

C'est l'époque des bains publics. En Europe les étuves et les bains populaires sont en plein essor, ils permettent aux habitants de se retrouver et de se détendre. Au XIVe siècle, l'église catholique d'Europe centrale et occidentale interdit leurs pratiques et cherche à fermer les établissements la permettant. Une des raisons invoquées pour bannir ces lieux est qu'ils sont suspectés de propager la peste et qu'ils sont assimilés à des lieux de débauche, parfois de façon justifiée, même si cette débauche n'empêche pas l'hygiène corporelle. Leur fermeture se fera progressivement au cours des XVI et XVII siècles. Le bain privé reste un privilège de riche et un signe d'hospitalité [12].

Après cette période l'hygiène marque une pause due à une nouvelle perception du corps, la renaissance voit le jour.

5.1.3 La renaissance :

C'est à partir de la renaissance que la société de cour (puis toute la population) fuit l'eau accusée de transmettre des maladies en ouvrant les pores de la peau et ainsi l'organisme, à l'action néfaste de toutes les maladies. En amollissant la peau, on croit rendre sa protection plus faible contre toutes les infections. Les parfums camouflent les mauvaises odeurs et sont censés servir de désinfectants, les pastilles d'anis servent à parfumer l'haleine.

Le développement des cosmétiques souligne qu'à la cour, la vue s'impose face à l'odorat et au toucher. La toilette sèche se fait sur le corps par friction avec un linge propre ou un frottoir en peau, seuls le visage et les mains se lavent à l'eau et au savon. Le corps est protégé sous la crasse, ainsi un habit blanc devenu noir est bien perçu. Seules les personnes aisées, qui peuvent changer souvent de vêtements, pratiquent une hygiène vestimentaire.

5.1.4 XIX siècle : siècle nouveau pour l'hygiène [13,14]

Au XIXe siècle, les sources thermales sont réputées pour la santé. Louis Pasteur développe une théorie des germes selon laquelle certaines maladies sont causées par des micro-organismes. Les scientifiques et médecins formulent des recommandations comme le lavage des mains et la toilette quotidienne à l'eau et au savon. La fin du siècle marque le début des salles de bain et des toilettes dans les logements.

C'est Ignace Philippe Semmelweis qui met en évidence le risque nosocomial. Il devine en 1846 les vrais mécanismes de la contagion de fièvres puerpérales dans une maternité. C'est l'observation des taux de mortalité qui le met sur la piste : les femmes meurent moins en accouchant à leurs domiciles qu'à la maternité des sages-femmes de Vienne, ou même dans la rue qu'à l'hôpital. Un comble ! Il arrive à la conclusion que les fièvres puerpérales sont véhiculées par les médecins eux-mêmes lorsqu'ils passent des salles de dissection et d'autopsie aux salles d'accouchement sans se laver les mains ni changer de blouses. Il mourut fou de ne pas avoir convaincu les scientifiques de son époque.

5.1.5 XX siècle : hygiène et la lutte contre les infections.

Les conférences internationales de la fin du XIX siècle aboutissent à la mise en place d'un office international d'hygiène publique, qui s'installe à Paris en 1907, et qui deviendra l'OMS (Organisation mondiale de la santé) en 1946. Une lutte et une coopération s'engagent contre les maladies infectieuses [15].

Au fur et à mesure, la notion d'hygiène s'ancre dans les esprits grâce, à la sensibilisation faite au sein des établissements scolaires. Les progrès de la médecine et de la biologie permettent de comprendre les mécanismes de la transmission des germes favorisant ainsi la circonscription de terribles infections à savoir la Syphilis, la peste, le choléra et la tuberculose.

Cette lutte ardente menée par l'OMS n'a malheureusement pas empêché l'apparition des anciens fléaux tels la tuberculose, au contraire nous assistons à l'apparition de nouvelles maladies telles le SIDA.

De nos jours, le lavage des mains soigneux et efficace reste un facteur déterminant pour la prévention de la transmission des infections, de même que l'agencement des locaux, la bonne stérilisation du matériel médical, voire l'utilisation de matériels à usage unique qui jouent un rôle important pour la diminution du risque de transmission des infections.

5.2 Hygiène corporelle

L'hygiène du corps représente l'ensemble des mesures destinées à préserver la propreté des téguments, par le nettoyage avec de l'eau et des produits nettoyants. La peau est le siège d'un écosystème microbien riche et varié qui joue un rôle essentiel dans l'équilibre de l'organisme. Les parties humides de notre peau sont les plus colonisées par les microbes contrairement aux parties sèches [16].

D'où l'importance d'une eau propre et d'un agent lavant qui dans la majorité des cas est un savon. Ceux-ci qui parfois posent un problème d'accès principalement dans les pays en voie de développement. Une bonne hygiène corporelle permet d'éviter la propagation de ces germes vers des Individus surtout de groupes sensibles (bébés, femmes enceintes, personnes âgées), ou vers des personnes déjà affectées par une maladie. La douche quotidienne pour tous doit devenir une réalité alors. Une bonne hygiène buccodentaire limitera la contamination aéroportée de l'entourage par le biais de la toux et de l'éternuement [16].

5.3 Hygiène alimentaire :

La cuisine est le lieu de multiplication extrême de microbes en raison de l'arrivée des nutriments de l'extérieur et de leur manipulation ;leur conservation contribuera à limiter les maladies liées à l'intoxication alimentaire par le respect de quelques règles d'hygiène. Nous notons entre autres :

- La protection des aliments par des couverts
- Eviter de maintenir les aliments à plus de 10° degré Celsius
- Eviter d'entreposer les produits polluants (fruits et légumes) et les produits sensibles (viandes, poissons), ne pas décongeler les produits à l'air ambiant mais au réfrigérateur
- Conserver les produits entamés au froid, protégés (emballés), et les manger dans les 24 heures [12].

Toutes ces mesures d'hygiène en cuisine permettront d'éviter ou de limiter la multiplication des germes présents dans l'air ambiant. Plusieurs études à cet effet estiment que la moitié des intoxications alimentaires domestiques sont dues à des mauvaises pratiques

hygiéniques. Donc une meilleure connaissance et le respect strict des règles d'hygiène auraient un impact significatif sur l'incidence des intoxications alimentaires [17].

5.4 Caractère physico-chimique de la peau

Les caractères physico-chimiques observés au niveau de la surface de la peau vont influencer l'équilibre écologique cutané. Il s'agit de la desquamation de la peau (10000 squames/minute en activité normale soit une baisse du nombre de germes sur la peau mais une augmentation des bactéries dans l'environnement), de la température de la peau qui varie entre 30 à 35 degré, du pH de la peau normalement acide (entre 5 et 6) et de son humidité provenant de la sécrétion de sueur [18].

5.5 Microbionte cutané humain

La peau est une barrière naturelle aussi bien chimique que mécanique, qui empêche l'entrée des micro-organismes ou d'autres molécules préservant ainsi l'organisme des agressions des agents externes. Ce revêtement cutané porte des follicules pileux, et des glandes sébacées qui sont le siège d'une importante prolifération de micro-organismes. Le microbionte cutané ou microflore est une communauté de micro-organismes qui compose la flore cutanée en raison de la taille microscopique des organismes qui la composent, la microflore humaine est invisible à nos yeux. La peau d'un adulte héberge en moyenne 10^{12} (mille milliards) bactéries de plus de 200 espèces différentes. La peau supporte et entretient naturellement son propre « micro-écosystème ». Celui-ci se forme à la naissance, puis évolue jusqu'à la mort. Ce « écosystème » est étudié depuis quelques décennies en tant que tel pour partie anaérobie [2] et caché dans les profondeurs de la peau, il est encore mal connu, mais on sait que :

- Il est organisé en biofilm et s'alimente à la fois de molécules et de composés excrétés par la peau elle-même, et de composés sécrétés par des communautés de microorganismes plus ou moins symbiotes.
- Ces organismes sont spécialisés ou opportunistes. Ce sont surtout des bactéries mais aussi des microchampignons, des acariens (dont Demodexbrevis et Demodex folliculorum, des micro-nématodes). Ils forment notre « flore cutanée » (commensale et transitoire)
- La composition de cette « flore cutanée » varie selon les individus, leur âge, leur sexe, leurs activités, leur comportement et l'environnement [3] Cet écosystème cutané est organisé en biofilm [4]. Sa composition et son *« épaisseur physique »* varie selon

l'individu, mais aussi selon les parties du corps ; La microflore du cuir chevelu diffère de celle du visage, du dos, des aisselles, des pieds, des dessous d'ongles ou des organes génitaux, de l'anus, etc. [5]. Nulle part sur la peau n'existe une flore qui rassemblerait la totalité de la flore cutanée [19].

Les zones corporelles les plus riches en bactéries sont (en ordre décroissant) : les mains, le cuir chevelu, les aisselles, le front, les membres et le dos[5]. Cette microflore est aérobie en surface de la peau et anaérobie dans ses parties profondes [6] . Le biofilm cutané doit se renouveler constamment, pour s'adapter à la desquamation [8] naturelle et à l'érosion différentiée de la peau, ainsi qu'aux pratiques d'hygiène corporelle (qui ne doivent pas être excessive pour protéger les fonctions "barrière" de la peau).

5.6 La flore cutanée *:*

En 1936 Price publie le bilan de ses études sur les flores de la peau des mains et décrit deux flores : la flore de passage et la flore résidente. Il évalue à plusieurs millions le nombre de germes présents sur la peau des mains [20].J.B.Hann confirme les résultats de Price et conclue que la localisation principale des germes résidents est l'espace sub-ungual (sous l'ongle) [21].

- ***La flore résidente*** : installée de façon prolongée, regroupe des germes commensaux monomorphes se situant au niveau des couches superficielles et profondes, où elle trouve tous les éléments nécessaires à son métabolisme. Elle est composée de bactéries aérobies principalement de cocci à Gram positif (*Staphylococcus épidermidis*, coryné bactéries principalement *Propionibacteriumacnes* présents dans les follicules pilo-sébacés, *Micrococcusspecies*), et de champignons (Pityrosporum). Elle a un rôle de barrière car elle s'oppose à l'implantation d'autres espèces potentiellement pathogènes. Elle est difficile à éliminer et se reconstitue en 4 à 6 heures après un lavage chirurgical des mains.
Cette flore bactérienne varie quotidiennement et quantitativement d'un site à un autre chez un même individu, ainsi que d'un individu à un autre et est renouvelée régulièrement. Elle a une faible virulence, toutefois un geste invasif peut la modifier et induire un processus infectieux [2, 9,].

- ***La flore transitoire ou superficielle*** : Par contre cette flore est très polymorphe et est composée le plus souvent de bactéries saprophytes issues de l'environnement (eau, plantes,

animaux). Elle peut-être aussi composée de bactéries pathogènes ou commensales provenant de certains sites du corps favorables à la croissance microbienne (périnée, cuir chevelure, creux axillaire, nez, bouche, pharynx), et surtout du tube digestif (colon) du personnel lui-même ou du patient soigné. Elle varie dans la journée, selon les activités et en fonction des variations de l'environnement extérieur et reflète l'écosystème microbien hospitalier [2 ,9].

Sur les mains des personnelles des établissements de soins cette flore est souvent caractérisée par le portage significativement élevé des bactéries à gram négatif et la présence des bactéries résistantes aux antibiotiques. Horn retrouve jusqu'à 26 % de S. aureus résistants à la méthicilline chez le personnel d'un service de dermatologie, contre près de 66 % dans un service d'oncologie [22].

Les mains représentent donc une voie de transmission de bactéries, en particulier en milieu hospitalier. Principalement dans les services où le nombre d'infections hospitalières est élevé et la pression antibiotique importante.

5.7 Le risque infectieux lié aux soins:

Le souci premier du personnel de soins est d'amoindrir les souffrances, cela implique des gestes pouvant générer un risque infectieux pour le patient mais aussi pour le personnel de soins. Ces risques au niveau des établissements de soins sont connus et seule la connaissance des conditions de survenue d'une infection après un soin, et les voies de transmission des agents infectieux permettra de proposer des mesures préventives.

Les patients âgés, immunodéprimés et les nouveau-nés, les grands brulés, les patients sous antibiotiques sont plus sujets aux infections nosocomiales. Les gestes invasifs, comme la pose de perfusion, de sonde urinaire, la ventilation artificielle ou une intervention chirurgicale bien que nécessaire au traitement vont aussi être des facteurs favorisant les infections nosocomiales. Les infections nosocomiales les plus fréquentes sont les infections urinaires, les pneumonies, les infections sur site opératoire, les bactériémies et les infections sur cathéter [23].

Les infections urinaires sont favorisées par les sondages urinaires permettant soit une évacuation vésicale, soit un examen endoscopique ou encore une chirurgie sur la vessie.

Quant aux pneumonies, elles touchent en particulier les patients sous ventilation mécanique porteurs d'une pathologie respiratoire chronique (bronchite chronique

obstructive), les dénutris, les immunodéprimés présentant des troubles de la conscience ou récemment opérés [23].

Les infections sous cathéter sont le plus souvent dues aux bactéries présentes sur les surfaces externes des tubulures, par contamination manu portée du personnel médical et paramédical ou par voie hématogène [24].

Nous pouvons citer entre autres les infections telles le VIH, hépatite B qui concernent aussi bien le patient que le personnel de soins. Le personnel de soins est exposé lors des blessures avec du matériel contaminé ou des projections du liquide biologique sur les muqueuses ou du tissu lésé. Pour le patient le risque est surtout lié à l'utilisation du matériel contaminé : seringues ; matériels dentaires et autres instruments à usage multiple.

5.8 Voies de transmission des agents infectieux

La connaissance et la maitrise de ce chapitre est indispensable pour l'élaboration des mesures préventives de la transmission des agents infectieux.

Il existe quatre voies de transmission [25].

- Voie aérienne
- Voie orale
- Voie parentérale
- Voie de contact

5.8.1 La voie aérienne

a. La transmission par les gouttelettes de s alive ou les sécrétions respiratoires d'un individu

On distingue la transmission dite directe par les gouttelettes de salive elles - mêmes et la transmission dite aéroportée par des gouttelettes de salive asséchées, contenant des micro-organismes plus résistants, qui ont supporté la dessiccation. Dans la première transmission ce sont les particules grosses à 5µm, produites par la toux ou le fait de se moucher. Elles sédimentent rapidement et ne vont pas plus loin qu'un mètre. Elles se déposent sur les conjonctives ou les muqueuses de l'hôte. Toutes les maladies dues à des micro-organismes de la sphère ORL peuvent être transmis de cette façon, mais c'est par cette seule voie que sont transmis les plus fragiles, ceux qui ne peuvent subsister dans le milieu extérieur comme :

- Les agents de méningites à méningocoque, à *Haemophilus*, les pneumonies.

- Les virus fragiles : oreillons, rubéole, grippe, fièvres hémorragiques

Dans la deuxième transmission ce sont les particules plus petites < à 5µm. Elles peuvent être véhiculées sur de plus longues distances, et contiennent des agents infectieux viables. Elles sont inhalées par l'hôte et peuvent être ainsi transmises : tuberculose, varicelle, variole, rougeole, etc.

C'est la voie de transmission de nombreuses maladies contagieuses. On la prévient par le nettoyage des mains et des surfaces, des mesures d'isolement et le port de masques si nécessaire.

b. Inhalations

Notons que dans ce paragraphe il ne s'agit pas de contamination inter personnes mais d'une contamination aéroportée, par des agents potentiellement infectieux connus présents dans l'air ambiant. *Legionella* où le patient s'infecte en respirant une eau contaminée sous forme d'aérosols (installations de climatisations défectueuses où circuits de distribution d'eaux chaudes (douches) vétustes et mal entretenus). Le danger dépendra de l'importance de la contamination de l'eau, et l'état des défenses immunitaires du sujet. Et celles dues aux *Aspergillus*, hôtes habituels de l'air ambiant. Ils sont inoffensifs pour les sujets en bonne santé, mais ils peuvent donner des maladies graves, les aspergilloses chez les patients gravement immunodéprimés [24].

c. Blocs opératoires

Au cours des interventions chirurgicales, les plaies opératoires peuvent constituer une large porte d'entrée à la contamination aérienne, de même lors des accouchements.

5.8.2 La voie orale

La prévention des maladies transmises par le biais de cette voie à savoir les gastroentérites bactériennes et virales, la fièvre typhoïde, la shigellose, la brucellose l'Hépatite virale A et parasitoses diverses passe par le contrôle des selles et des excrétas, l'assainissement des eaux et la protection des eaux potables, ainsi que la bonne manipulation et la bonne conservation des aliments.

5.8.3 La voie parentérale :

Ici la pénétration du microbe peut être accidentelle ou due à un geste thérapeutique invasif. Les germes qui pénètrent alors dans l'organisme sont à la fois ceux de la peau du sujet accidenté, et ceux qui sont en rapport avec l'accident.

5.8.4 La voie de contact

Deux types peuvent être retenues : la transmission par contact simple et celle transmise sexuellement. Le contact peau à peau favorise la transmission par contact. Ce mode de transmission est très important dans les établissements de soins surtout au sein de nos hôpitaux où ces agents pathogènes sont transmis par l'intermédiaire des médecins, infirmiers et autres agents de soins : il s'agit d'une transmission manu portée. Cette voie a été longtemps méconnue et reste toujours négligée dans nos structures de soins. Il est temps que nos agents de soins prennent conscience du fardeau socioéconomique enduré par nos patients du fait de nos négligences. A l'hôpital ou dans les CSCOM, pour éviter les transmissions par contact, la surveillance et l'effort doivent être permanents. C'est chaque geste qui doit être contrôlé.

5.9 Produits et matériels pour le lavage des mains

- Eau potable ou décontaminée
- Robinet avec lavabo à commande non manuelle
- Savon liquide antiseptique avec distributeur ou à défaut un savon antiseptique ou ordinaire

5.10 Règles de base

- Les ongles doivent être coupés courts, non artificiels et sans vernis à ongle
- Porter des blouses à manches courtes ou dénuder les mains et l'avant-bras si la blouse a des manches longues (les retrousser)
- Oter les bijoux (bagues, bracelet et montre) et même alliance.

5.11. Place du gel hydro alcoolique dans l'hygiène des mains

C'est une technique de friction des mains avec une forte teneur en alcool permettant ainsi une hygiène des mains rapide, même en l'absence d'un point d'eau à proximité du lieu de soins surtout dans les situations d'urgence.

Les solutions hydro-alcooliques ont des propriétés bactéricides, virucides et fongicides, Elles doivent être appliquées sur des mains sèches et non souillées. Pratiquer l'hygiène des mains par friction hydro-alcoolique est devenue une procédure recommandée par l'OMS à opportunité égale d'utilisation d'une des méthodes d'hygiène des mains : la procédure est plus rapide, plus efficace mais moins tolérée qu'un lavage avec de l'eau et un savon antiseptique car l'alcool peut être irritant au contact de la peau[25].

Son utilisation facile, simple et ses multiples indications permettent d'améliorer l'observance par les usagers et leur permet de respecter les recommandations relatives aux bonnes pratiques d'hygiène . Il est prouvé que la friction hydro-alcoolique (FHA) est la méthode la plus efficace en termes d'élimination de la flore portée sur les mains [26].

5.11.1 Contres indications des SHA :

Leur usage est contre indiqué :

- sur des mains mouillées (risque d'irritation plus important que sur mains sèches et dilution du principe actif)
- sur des mains souillées par des sécrétions, du sang ou tout autre liquide biologique (l'action désinfectante de l'alcool est diminuée en présence de matières organiques) ou encore talquées ou poudrées

- sur des mains lésées, des muqueuses
- sur des mains gantées ou pour la désinfection de surfaces inertes
- pour la désinfection cutanée pré-interventionnelle [26].

5.11.2 Procédure de l'hygiène des mains avec l'aide des SHA :

Elle possède des étapes bien définies à respecter qui sont entre autres :

- mains propres et sèches, et après avoir vérifié l'absence de contre-indication
- remplir le creux d'une main avec 5 ml de solution hydro-alcoolique
- appliquer la SHA sur les deux mains en frictionnant jusqu'à ce que les mains soient sèches, sans oublier d'appliquer le produit entre les doigts et sur les pouces :
    - paume contre paume
    - paume de la main droite sur le dos de la main gauche et vice-versa
    - paume contre paume, doigts entrelacés
    - dos des doigts contre la paume opposée avec les doigts emboîtés
    - friction circulaire du pouce droit dans la paume gauche et vice-versa
    - pulpe des doigts de la main droite dans la paume gauche et vice-versa
    - tranche cubitale droite et inversement, poignet droit puis poignet gauche

La procédure entière peut durer jusqu'à trente secondes pour que les mains soient bien sèches.

5.12 Technique de lavage des mains et leur indication

On distingue différents types de désinfections des mains, chacun ayant une technique, une indication et une efficacité différente. Le choix de la technique dépendra du niveau de souillure de la main, du risque infectieux du geste qui va être effectué ou qui a été réalisé.

5.12.1 Le lavage simple des mains

Sert à enlever les souillures et les squames de la main et de réduire la flore transitoire.

Indication :

- Avant la prise de service et au départ du service,
- Après avoir changé les couches
- Après s'être mouché ou peigné ou après avoir toussé ou éternué,
- Avant et après l'acte de manger ou de faire manger (enfant ou malade)
- Nourrir ou donner les médicaments à un enfant (ou bébé)
- Avant et après l'acte de fumer

Technique :

- Elle consiste à se mouiller les mains jusqu'aux poignets avec de l'eau courante ou décontaminée

- Etaler le savon ordinaire sur les mains jusqu'aux poignets puis masser au moins pendant une minute en insistant sur les paumes, le dos des mains et les espaces interdigitaux.
- Rincer abondamment les mains jusqu'aux poignets.
- S'essuyer les mains avec un essuie-mains, puis fermer le robinet avec l'essuie-mains utilisé, et jeter l'essuie-mains dans une poubelle sans la toucher.

5.12.2 Lavage hygiénique des mains ou antiseptique

Cette technique est identique à celle du lavage simple des mains hormis l'utilisation d'un savon antiseptique et la durée un peu plus longue de trois minutes.

Indication :
- Avant la prise de service en unité de réanimation ou en néonatalogie
- Aux sortir des toilettes
- Avant et après chaque soin à un malade
- Avant tout geste invasif (cathétérisme, sondage urinaire)
- Après tout geste sale ou septique
- Avant la manipulation de tout matériel stérile
- Après contact avec liquide biologique
- Avant toutes techniques aseptiques (préparation d'injection de ponction lombaire)

5.12.3 Le lavage chirurgical des mains :

Cette technique permet de réduire la flore résidente d'éliminer complètement la flore transitoire.

Indication :

- Avant tout acte chirurgical, obstétrical ou en radiologie interventionnelle.
- Avant tout acte à haut risque infectieux pour le malade nécessitant une asepsie par exemple, la pose de dispositif médical, de cathéter central, site d'implant, ou de drain.
- Entre 2 interventions chirurgicales de courte durée et de classe de contamination différente.
- Entre 2 temps au cours d'une intervention lors du changement de gants.

Technique :

- Se mouiller les mains, les poignets et les avant-bras avec de l'eau courante.
- Masser les mains jusqu'aux avant-bras avec un savon antiseptique pendant au moins 1minute en insistant sur les espaces interdigitaux.
- Rincer abondamment du bout des doigts vers les avant-bras en faisant des mouvements circulaires.
- Mouiller une brosse stérile et mettre du savon antiseptique sur la brosse.
- Brosser les ongles uniquement pendant au moins 30 secondes.
- Rincer abondamment en faisant des mouvements circulaires.
- Remettre une dose de savon antiseptique dans chaque paume et savonner chaque espace interdigital, chaque doigt, chaque main et avant-bras (1minute pour chaque main et 30 secondes pour chaque avant-bras).
- Rincer soigneusement du bout des doigts vers les avant-bras par des mouvements circulaires et en les maintenant au-dessus des coudes.
- Sécher avec un essuie-mains stérile (ou un champ stérile) en allant du bout des doigts vers les coudes, un pour chacune des mains.

5.13 Le port de gants :

Ce dispositif en latex, en matériau naturel ou synthétique comme le vinyle ne peut pas et ne doit pas remplacer le lavage ni la désinfection des mains ; mais constitue une barrière évitant toute contamination croisée. Ils se portent sur des mains à ongles courts sans alliance ou autre bijou.

- **Le port de gants non stérile à usage unique :** Il est recommandé chaque fois qu'il y a un risque de contact avec du sang ou un liquide biologique, sur une peau lésée ou une muqueuse ou si le médecin présente une lésion cutanée au niveau des mains.
- **Les gants stériles à usage unique** : Leur utilisation relève d'une grande importance lorsque les gestes nécessitent un haut niveau d'asepsie ou toute manipulation de produits et de matériels stériles comme les sutures.

  Il est impératif de se laver les mains avant et après le port des gants car il peut permettre l'élimination des micro-organismes ayant traversé un trou non visible à l'œil nu. Elle contribue aussi au retrait des résidus de poudre restés sur la main après retrait des gants souvent source d'allergie.

6. DEMARCHE METHODOLOGIQUE

6.1 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale à visée évaluative ayant consisté à l'interview du personnel du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

6.2 Cadre et lieu d'étude

Ce centre d'abord dispensaire, puis PMI (Protection Maternelle et Infantile) jusqu'en 1998, fût érigé en centre de santé de référence deuxième niveau de la pyramide sanitaire en République du Mali. Pour mieux répondre aux besoins sanitaires de la population de la commune II en particulier et de l'ensemble du district de Bamako en général, le centre a bénéficié de l'ouverture d'un bloc opératoire (le 29 décembre 2006) permettant ainsi la réalisation d'interventions chirurgicales.

Les centres de santé communautaires constituent le premier niveau de la pyramide sanitaire en République du Mali, la commune II en compte six(6): ASACOHI à Hippodrome, ASACOME à Médine, ASACO Benkady à Bakaribougou, ASACO à Niaréla, ABOSAC à Bozola, ASACOGO de Ngomi. En outre la commune II dispose de plusieurs structures sanitaires privées (Bénédiction, Aldi, Etoile, Etc).

6. 3 Situation Géographique:

La commune II compte douze quartiers (Bagadadji, Bakaribougou, Bougouba, Bozola, Hippodrome, Médina coura, Missira, Niaréla, TSF, Quinzambougou, zone industrielle, N'Gomi). Le Centre de Santé de Référence est situé au quartier Missira, il comprend:

- l'administration
- la Pharmacie
- le service de Gynécologie Obstétrique
- le service de Médecine générale
- le service d'Odontostomatologie
- le laboratoire
- le service de Pédiatrie
- le service de Programme Elargi de Vaccination (PEV)
- le service de Chirurgie générale

6.4 Population d'étude : Echantillonnage

L'étude ainsi réalisée porte sur le personnel du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako particulièrement ceux du service de gynécologie obstétrique, du service de médecine, du service d'odontostomatologie, le laboratoire et le service de chirurgie générale, le service de pédiatrie.

6.5 Période d'étude :

Notre enquête s'est échelonnée sur une période d'un mois allant du 8 juin au 30 Aout 2014.

6.6 Critère d'inclusion

Ont été inclus dans cette étude le personnel permanent et temporaire du centre de santé de référence, ayant accepté de faire partie de l'étude et ayant un contact physique ou non avec les malades.

6.7 Critère de non inclusion

N'ont pas été inclus dans notre étude les personnels ayant refusé de faire partie de notre étude et ceux absents au moment de la collecte des données.

6.8 Considération éthique

Le consentement éclairé verbal de chaque participant était demandé après qu'il ait pris connaissance du caractère volontaire, libre et non rémunéré de l'étude. L'enquête ne commençait qu'une fois le consentement éclairé obtenu. La réponse de chaque participant a été protégée par l'anonymat des questionnaires et la confidentialité des questions.

6.9 Technique et outils de l'étude:

Le personnel a été choisi de manière aléatoire au sein du personnel du centre de santé de référence. Une fiche d'enquête individuelle adressée à chaque participant nous a permis de collecter les données. Cette fiche avait des questions qui portaient sur la caractéristique sociodémographique, la connaissance sur le lavage des mains, les procédures de lavage des mains, leurs pratiques, leurs indications, la connaissance sur les antiseptiques des mains et les objectifs de l'hygiène des mains en milieu hospitalier.

6.10Traitement et analyse des données :

Les données ont été saisies sur Microsoft Word 2010 et l'analyse statistique a été faite sur logiciel SPSS 18.0 for Windows.

6.11 Définition des concepts.

- **L'asepsie**: est une méthode qui protège de la contamination et consiste à n'utiliser que des objets stériles [9, 22].
- **L'antisepsie**: c'est la lutte, la défense contre les germes existants [9, 22].
- **L'antiseptique** : c'est une substance capable de détruire les germes pathogènes ou tout au moins d'arrêter ou retarder leur développement [9, 22].
- **L'antisepsie des mains**: Il s'agit d'une technique qui consiste en l'application et pénétration par friction mécanique ou par massage d'un produit antimicrobien sur les mains sans effet nettoyant. Ces produits sont utilisés sans adjonction d'eau [2].

7.1 RESULTAT QUANTITATIS

Tableau I : **Répartition du personnel selon la catégorie professionnelle**

Professions	**Effectifs**	**Pourcentage(%)**
Aide-soignant	**38**	**17,3**
Technicien supérieur en santé	30	13,6
Technicien en santé	29	13,2
Etudiant faisant fonction d'interne	26	11,8
Médecin	14	6,4
Sage-femme	22	10,0
Ouvrier	5	2,3
Externe en médecine	24	10,9
Sage-femme stagiaire	14	6,4
Administration	9	4,1
Pharmacie	2	0,9
Total	220	100,0

Dans notre étude les aides-soignants étaient les plus représentés avec 17,3 %.

7.1.1Connaissance du personnel sur les prérequis d'un lavage des mains adéquat

Tableau II : répartition de la connaissance du personnel selon la profession et le type d'essuie main

Profession	**L'usage d'essuie mains a usage**			**Total**
	Unique est mieux	Multiples est mieux	Ne sais pas	
Assistant médical	5(3,08)	0(0)	2(11,11)	7
Technicien supérieur en santé	25(15,43)	3(7,5)	2(11,11)	30
Technicien en santé	20(12,34)	7(17,5)	2(11,11)	29
Etudiant faisant fonction d'interne	18(11,11)	4(10)	4(22,22)	26
Médecin	**13(92,85)**	**1(7,14)**	**0(0)**	**14**
Sage-femme	17(10,49)	4(10)	1(5,5)	22
Ouvrier	5(3,08)	0(0)	0(0)	5
Aide-soignant	27(16,67)	9(22,5)	2(11,11)	38
Externe en médecine	15(9,25)	7(17,5)	2(11,11)	24
Sage-femme stagiaire	10(6,17)	2(5)	2(11,11)	14
Administration	5(3,08)	3(7,5)	1(5,55)	9
Pharmacie	2(1,23)	0(0)	0(0)	2
Total	162	40	18	220

Dans notre étude 92,85 % des médecins savaient que l'utilisation d'essuie mains à usage unique était meilleurs comparé aux essuies mains à usage multiple.

Tableau III : Répartition de la connaissance du personnel selon la profession et la disposition à prendre par rapport aux bijoux

Profession	**Les bijoux**			**Total**
	enlevés ou non est sans importance	Doivent être enlevés	Ne sais pas	
Assistant médical	0(0)	7(4,04)	0(0)	7
Technicien supérieur en santé	**6(20)**	**18(60)**	**6(20)**	**30**
Technicien en santé	7(18,42)	21(12,13)	1(11,11)	29
Etudiant faisant fonction d'interne	4(10,52)	21(12,13)	1(11,11)	26
Médecin	2(5,26)	12(6,93)	0(0)	14
Sage- femme	3(7,89)	19(10,98)	0(0)	22
Ouvrier	0(0)	5(2,89)	0(0)	5
Aide-soignant	10(26,31)	28(16,18)	0(0)	38
Externe en médecine	3(7,89)	20(11,56)	1(111,11)	24
Sagefemme stagiaire	2(5,26)	12(6,93)	0(0)	14
Administration	1(2,63)	8(4,62)	0(0)	9
Pharmacie	0(0)	2(1,15)	0(0)	2
Total	38	173	9	220

Il ressort de ce tableau que 20% des techniciens supérieurs en santé affirmaient qu'ôter les bijoux ou non est sans importance et 6 (six) de ces même agents de santé ne savaient pas que les bijoux devaient être enlevés.

Tableau IV : Répartition de la connaissance du personnel selon la profession et l'impact du vernis sur les ongles au cours du lavage des mains

Profession	**Les vernis sur les ongles**				**Total**
	Diminue la qualité du lavage	Ne diminue pas	Augmente la qualité	Ne sais pas	
Assistant médical	2(3,62)	2(5,26)	2(4,16)	1(5)	7
Technicien supérieur en santé	19(13,76)	5(13,15)	3(12,5)	3(15)	30
Technicien en santé	18(13,04)	5(13,15)	3(12,5)	3(15)	29
Etudiant faisant fonction d'interne	19(13,76)	3(7,89)	2(4,16)	2(10)	26
Médecin	9(6,52)	3(7,89)	0(0)	2(10)	14
Sage-femme	**9(40,91)**	**6(27,27)**	**6(27,27)**	**1(4,55)**	**22**
Ouvrier	5(3,62)	0(0)	0(0)	0(0)	5
Aide-soignant	24(17,39)	7(18,41)	5(20,83)	2(10)	38
Externe en médecine	17(12,31)	2(5,26)	2(4,16)	3(15)	24
Sage-femme stagiaire	10(7,24)	2(5,26)	0(0)	2(10)	14
Administration	5(3,62)	2(5,26)	1(4,16)	1(5)	9
Pharmacie	1(0,72)	1(2,63)	0(0)	0(0)	2
Total	138	38	24	20	220

Parmi les sages-femmes 27,27% stipulaient que les vernis sur les ongles augmentaient la qualité du lavage même si 40,91% des aides-soignants reconnaissent que cet outil diminuait la qualité du lavage.

Tableau V : Répartition de la connaissance du personnel selon la profession et la taille des ongles

Profession	**Les ongles**			**Total**
	Coupes ou non est sans importance	Doivent être enlevés	Ne sais pas	
Assistant médical	1(5)	6(3,04)	0(0)	7
Technicien supérieur en santé	5(25)	24(12,18)	1(33,33)	30
Technicien en santé	3(15)	25(12,69)	1(33,33)	29
Etudiant faisant fonction d'interne	1(5)	25(12,69)	0(0)	26
Médecin	0(0)	14(7,10)	0(0)	14
Sage-femme	5(25)	17(8,62)	0(0)	22
Ouvrier	1(5)	4(2,03)	0(0)	5
Aide-soignant	1(5)	36(18,27)	1(33,33)	38
Externe en médecine	2(10)	22(11,16)	0(0)	24
Sage-femme stagiaire	1(5)	13(6,59)	0(0)	14
Administration	0(0)	9(4,56)	0(0)	9
Pharmacie	0(0)	2(1,01)	0(0)	2
Total	20	197	3	220

Dans notre étude la plupart du personnel soit 89,54% savait que les ongles doivent être ôtés.

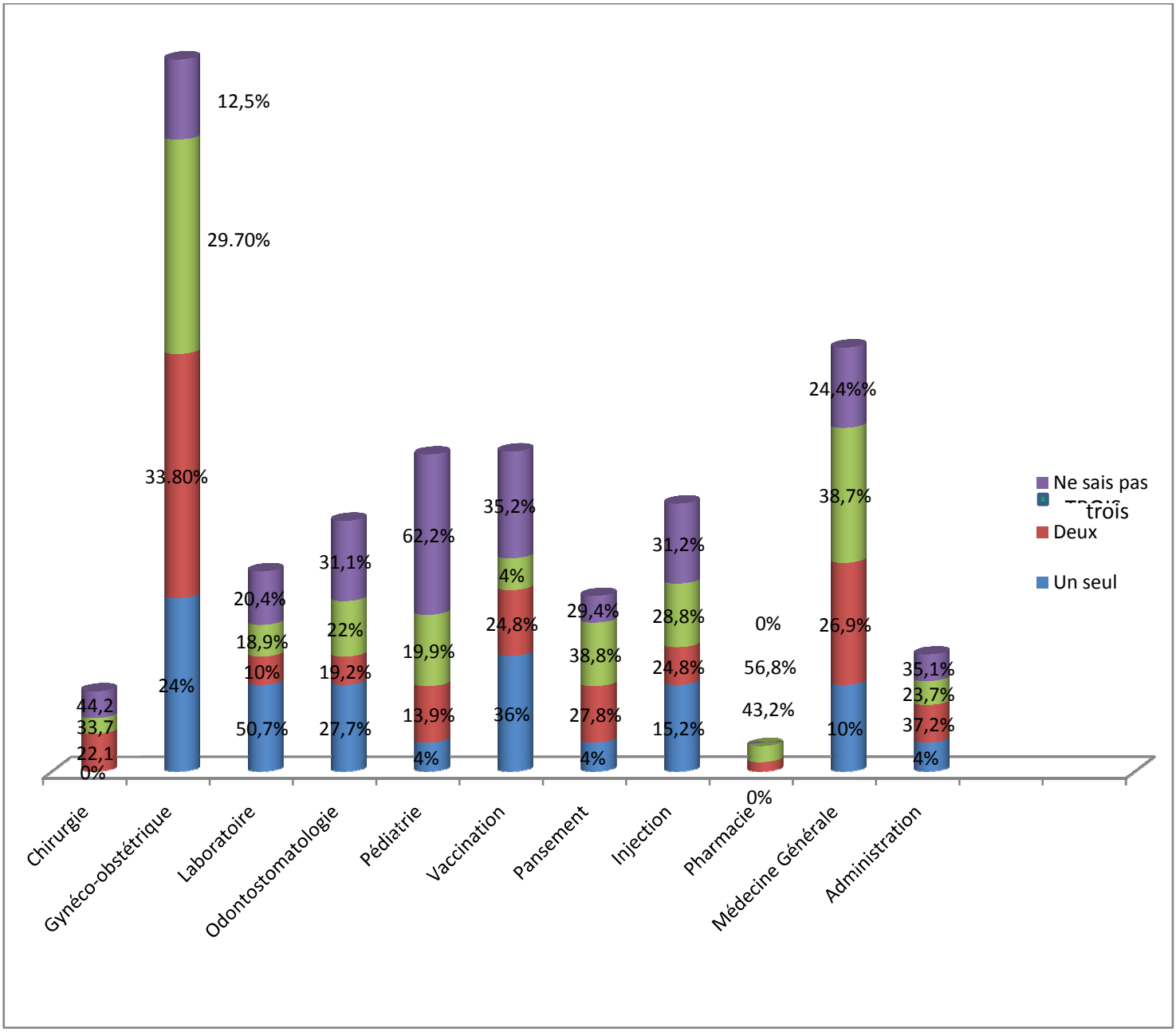


Figure 1 : Répartition de la connaissance du type de lavages en selon le service.

Le personnel de gynéco obstétrique représentait un taux de 29,70% des personnels de santé qui connaissaient le mieux les 3(trois types) de lavage.

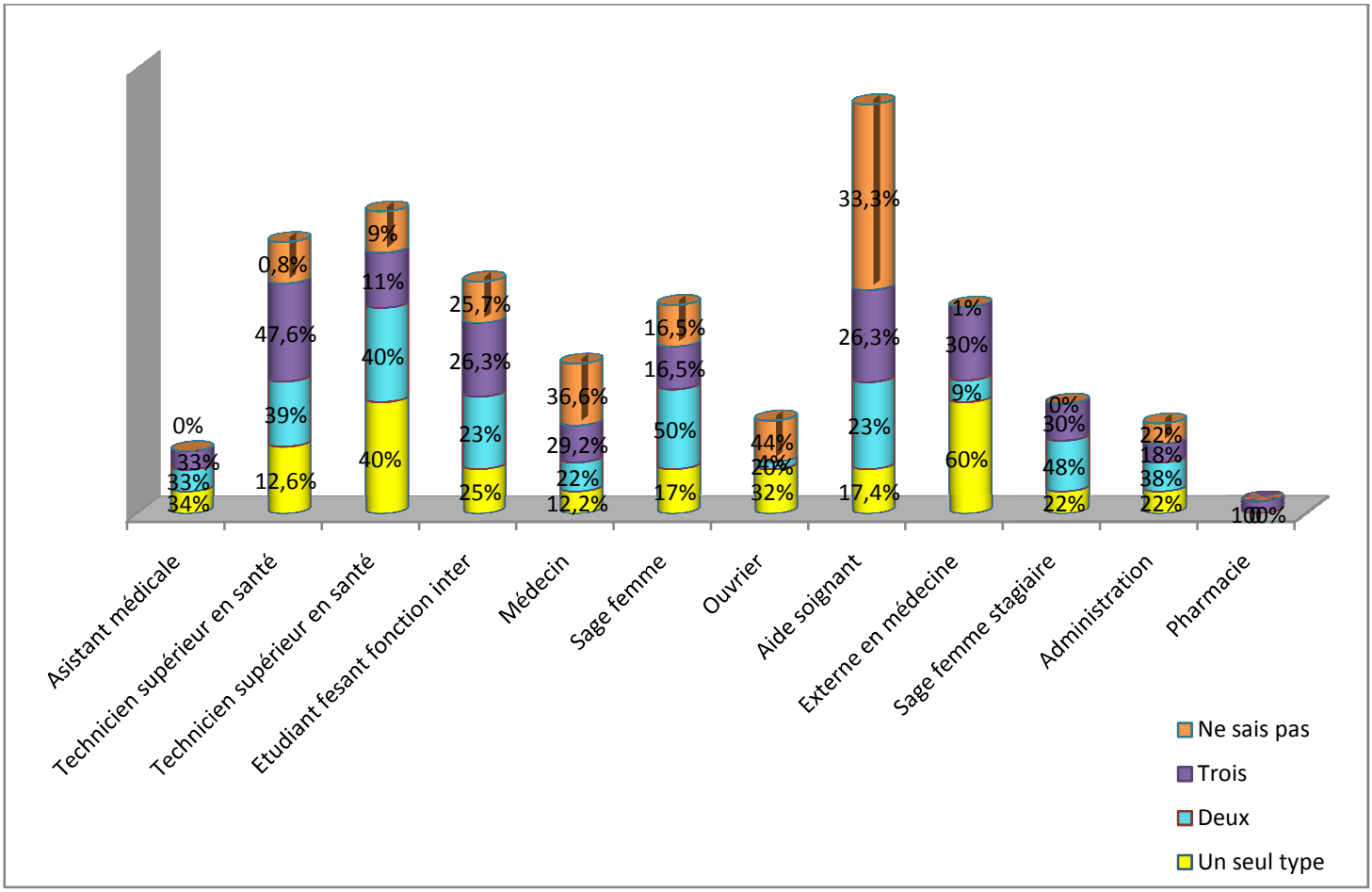


Figure 2 : Répartition de la connaissance du personnel selon type de lavage et la profession

Nous avons retrouvé au cours de notre étude que les aide- soignants avec un taux de 33,30% étaient le personnel soignant ignorant les trois types de lavage.

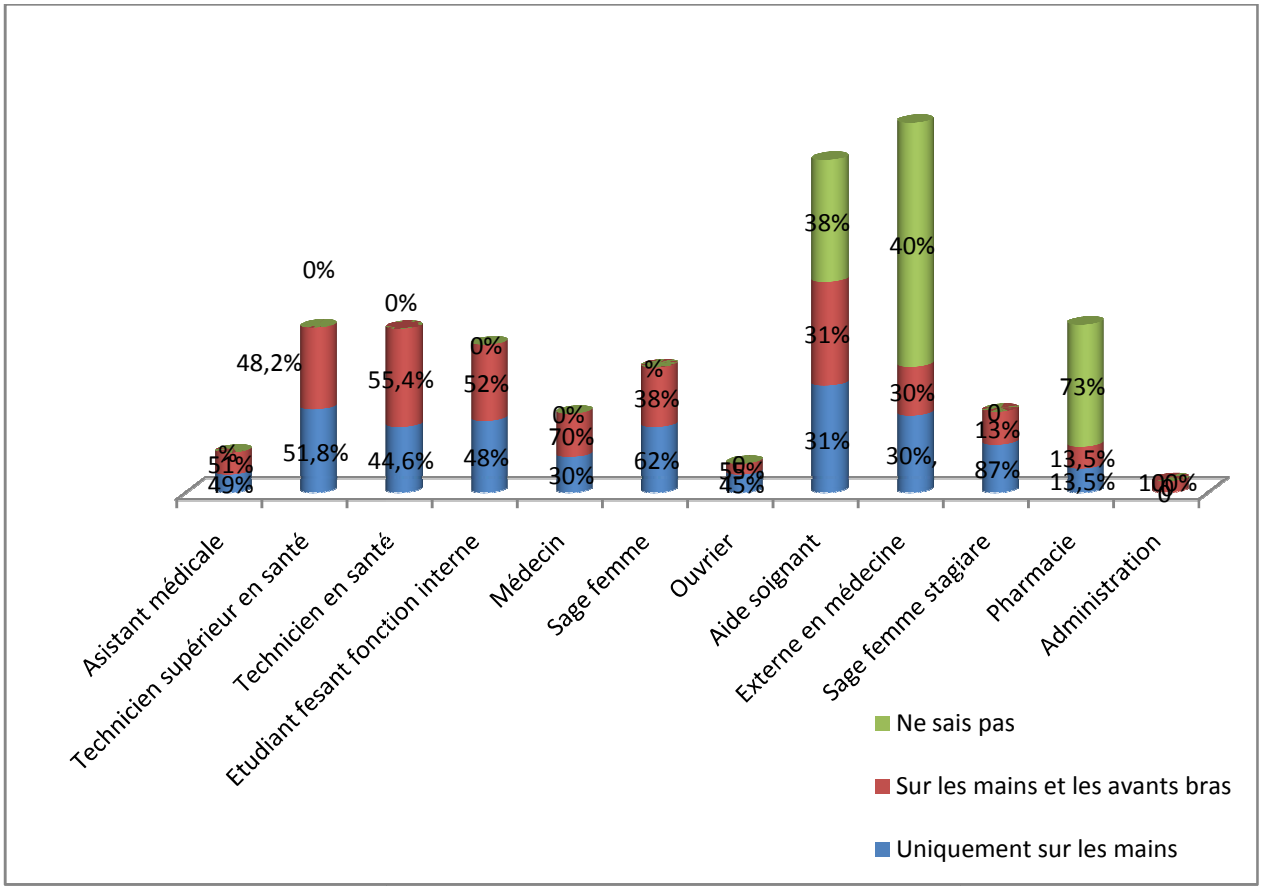


Figure 3 : Répartition de la connaissance du personnel sur les parties à savonner lors du lavage simple des mains.

Il ressort de notre étude que jusqu'à 40% des étudiants externes en médecine n'avaient pas connaissance des parties à savonner lors du lavage simple des mains.

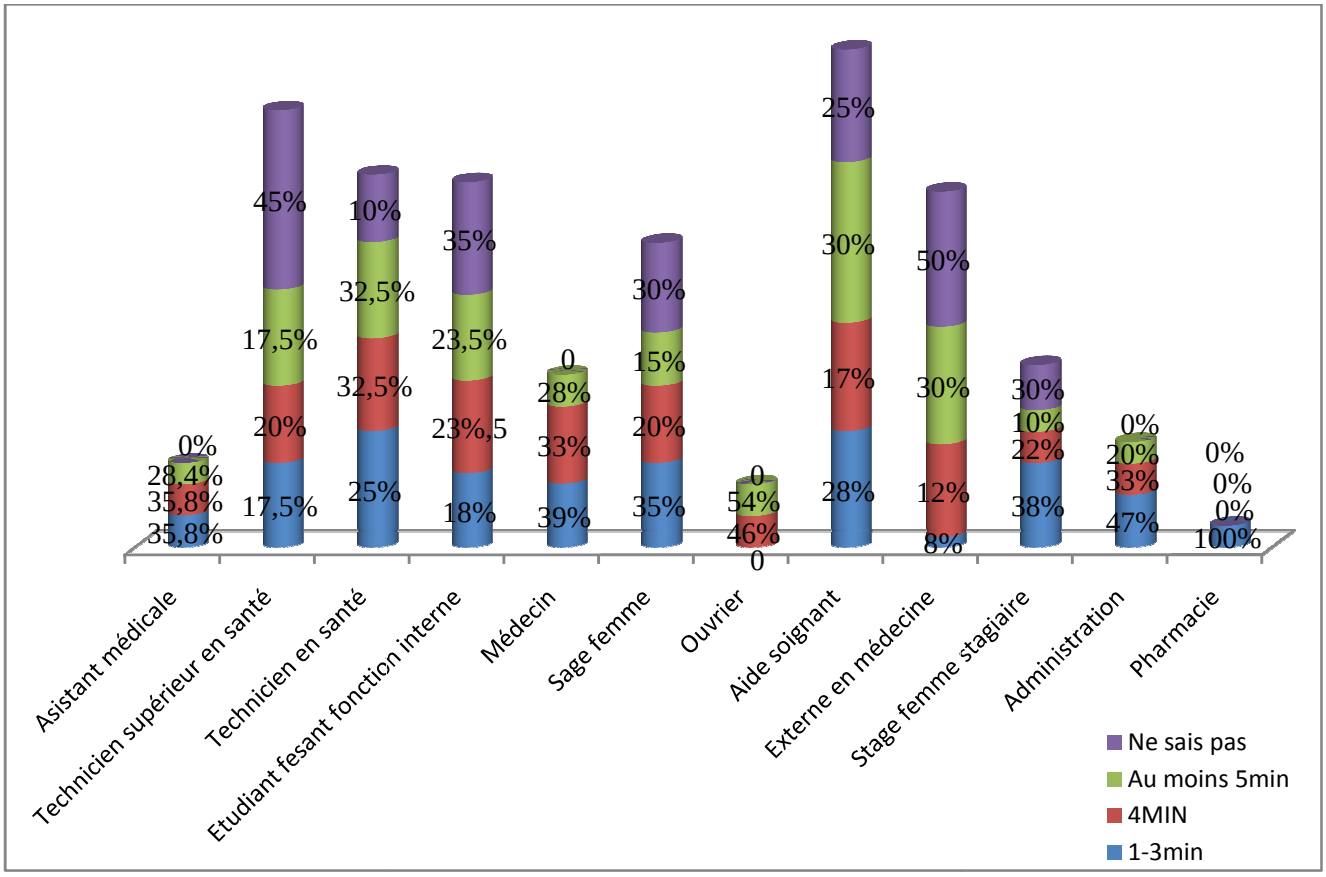


Figure 4 : Répartition de la connaissance du temps de massage lors du lavage simple des mains selon la profession

La majorité du personnel soit 72,72% n'avait pas idée du temps de massage exact du LSDM

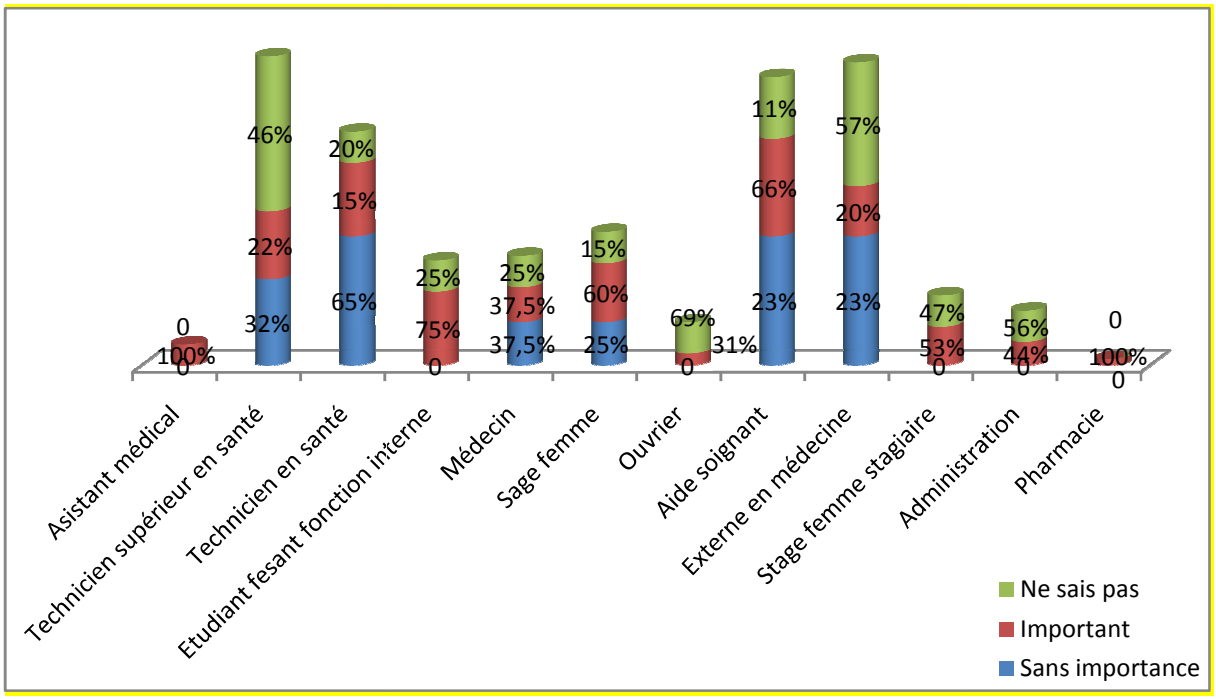


Figure 5 : Répartition du personnel selon la profession et l'importance d'insister sur les espaces interdigitaux

Nous avons enregistré 23% chez les externes en médecine, les aides-soignants qui trouvaient que le fait d'insister sur les espaces interdigitaux était sans importance.

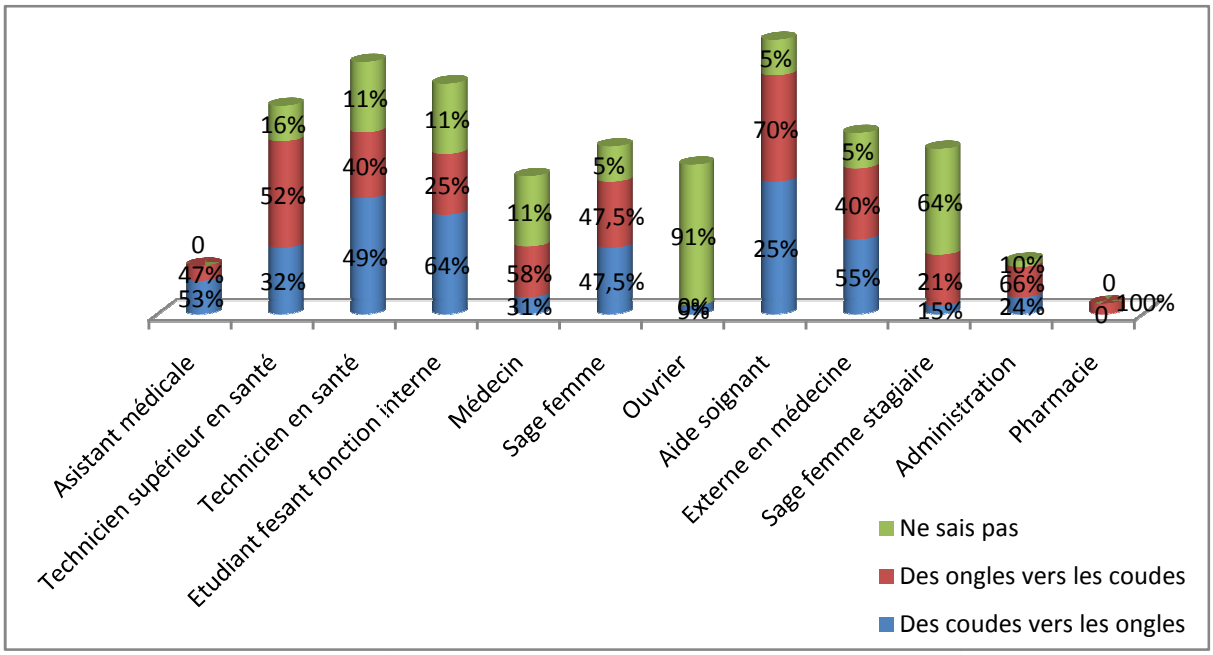


Figure 6 : Répartition de la connaissance du personnel sur sens de rinçage selon la profession

Nous avons observé dans notre étude 11 % des étudiants faisant fonction d'internes et un taux pareil chez les médecins qui ignoraient le sens du rinçage des mains après lavage.

Tableau VI : Répartition de la connaissance du personnel sur la notion d'existence d'une différence entre le LSDM et le LHDM

Profession	Le LHDM n'est pas diffèrent du LSDM			Total
	Oui	Non	Ne sais pas	
Assistant médical	3(3,61)	3(2,5)	1(5,88)	7
Technicien supérieur en santé	7(8,43)	20(16,66)	3(17,64)	30
Technicien en santé	15(18,07)	9(7,5)	5(29,41)	29
Etudiant faisant fonction d'interne	13(15,62)	13(10,83)	0(0)	26
Médecin	4(4,81)	9(7,5)	1(5,88)	14
Sage-femme	7(8,43)	14(11,66)	1(5,88)	22
Ouvrier	3(3,61)	0(0)	2(11,76)	5
Aide-soignant	11(13,25)	25(20,83)	2(11,76)	38
Externe en médecine	9(10,84)	13(10,83)	2(11,76)	24
Sage-femme stagiaire	4(4,81)	10(8,33)	0(0)	14
Administration	5(6,02)	4(3,33)	0(0)	9
Pharmacie	2(2,40)	0(0)	0(0)	2
Total	83	120	17	220

La distinction entre le lavage simple et le lavage hygiénique des mains n'était pas faite par plus de la moitié du personnel soit 120.

7.1.2Connaissance du personnel sur le lavage hygiénique des mains

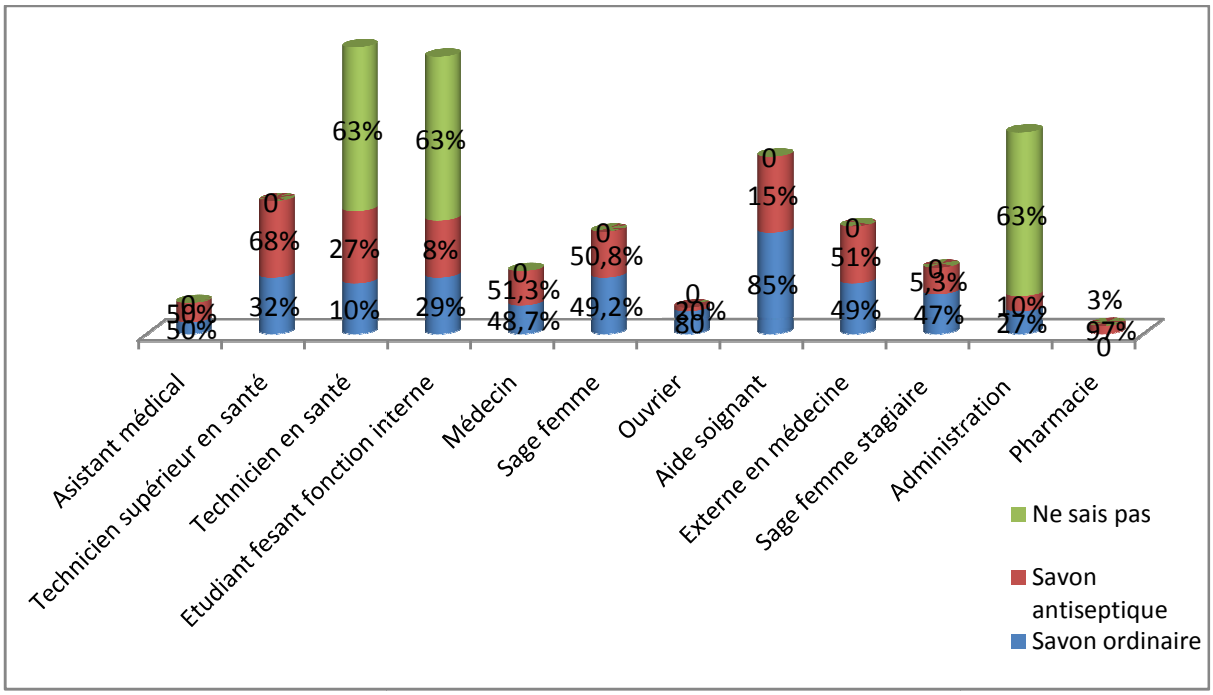


Figure 7:Répartition du personnel selon la profession et le type de savon du LHDM

Dans notre étude les étudiants faisant fonction d'internes, les techniciens en santé et le personnel de l'administration n'avaient pas connaissance du type de savon indiqué lors du lavage hygiénique des mains avec 63 %.

7.1.3 Connaissance du personnel sur le lavage chirurgical des mains

Tableau VII : Répartition de la connaissance du type de savon utilisé dans le lavage chirurgical des mains en fonction de la profession

Profession	Ordinaire	Antiseptique	Ne sais pas	Total
Assistant médical	3(7,69)	4(2,36)	0(0)	7
Technicien supérieur en santé	**1(2,56)**	**27(15,97)**	**2(16,66)**	**30**
Technicien en santé	7(17,94)	20(11,83)	2(16,66)	29
Etudiant faisant fonction d'interne	5(12,82)	21(12,42)	0(0)	26
Médecin	3(7,69)	11(6,50)	0(0)	14
Sage-femme	3(7,69)	17(10,05)	2(16,66)	22
Ouvrier	3(7,69)	2(1,18)	0(0)	5
Aide-soignant	9(23,07)	26(15,38)	3(25)	38
Externe en médecine	4(10,25)	17(10,05)	3(25)	24
Sage-femme stagiaire	1(2,56)	13(7,69)	0(0)	14
Administration	0(0)	9(5,32)	0(0)	9
Pharmacie	0(0)	2(1,18)	0(0)	2
Total	39	169	12	220

Il ressort de ce tableau que parmi le personnel qui avait connaissance du savon antiseptique comme indiqué dans le lavage chirurgical des mains, les techniciens supérieurs en santé étaient les plus nombreux à le savoir avec 15,97 %.

Tableau VIII : Répartition selon la profession et les parties à savonner du LCDM

Profession	Uniquement sur les mains	Sur les mains et avant-bras	Ne sais pas	Total
Assistant médical	3(6,52)	4(2,42)	0(0)	7
Technicien supérieur en santé	6(13,04)	20(12,12)	4(44,44)	30
Technicien en santé	9(19,56)	20(12,12)	0(0)	29
Etudiant faisant fonction d'interne	4(8,69)	22(13,33)	0(0)	26
Médecin	1(2,17)	13(7,87)	0(0)	14
Sage-femme	4(8,69)	16(9,69)	2(22,22)	22
Ouvrier	2(4,34)	1(0,60)	2(22,22)	5
Aide-soignant	6(13,04)	32(19,39)	0(0)	38
Externe en médecine	7(15,21)	16(9,69)	1(11,11)	24
Sage-femme stagiaire	2(4,34)	12(7,27)	0(0)	14
Administration	2(4,34)	7(4,24)	0(0)	9
Pharmacie	0(0)	2(1,21)	0(0)	2
Total	46	165	9	220

Dans notre étude 46 personnels soit 20,90% ignoraient les parties à savonner lors du lavage chirurgical des mains.

LCDM : Lavage chirurgical des mains

Tableau IX: Répartition de la connaissance du personnel sur le temps du massage lors du lavage chirurgical des mains selon la profession

Profession	**Le massage au savon doit prendre combien de minutes**				**Total**
	1-3 min	4 min	Au moins 5min	Ne sais pas	
Assistant médical	2(3,33)	1(2,85)	1(19,19)	3(7,31)	7
Technicien supérieur en sante	9(15)	7(20)	8(9,52)	6(14,63)	30
Technicien en sante	6(10)	2(5,71)	13(15,47)	8(19,51)	29
Etudiant faisant fonction interne	5(8,33)	5(14,28)	11(13,09)	5(12,19)	26
Médecin	4(6,66)	4(11,42)	5(5,95)	1(2,43)	14
Sage-femme	10(16,66)	1(2,85)	5(5,95)	6(14,63)	22
Ouvrier	0(0)	3(8,57)	2(2,38)	0(0)	5
Aide-soignant	13(21,66)	4(11,42)	19(22,61)	2(4,87)	38
Externe en médecine	1(3,33)	5(14,28)	11(13,09)	7(17,07)	24
Sage-femme stagiaire	4(6,66)	3(8,57)	4(4,76)	3(7,31)	14
Administration	4(6,66)	0(0)	5(5,95)	0(0)	9
Pharmacien	2(3,33)	0(0)	0(0)	0(0)	2
Total	60(27,27)	35(15,92)	84(38,18)	41(18,63)	220

Parmi les enquêtés84 soit 38,18% du personnel enquêtés avaient connaissance de la durée du massage lors du lavage chirurgical des mains.

Tableau X: répartition selon la profession et la qualité de l'eau

Profession	**Dans le LDM on peut utiliser**			**Total**
	Toute eau à porte des mains	Uniquement de l'eau potable ou décontaminée	Ne sais pas	
Assistant médical	1(3,22)	5(2,73)	1(16,66)	7
Technicien supérieur en sante	3(9,67)	26(14,20)	1(16,66)	30
Technicien en sante	9(29,03)	20(10,92)	0(0)	29
Etudiant faisant fonction interne	3(9,67)	23(12,56)	0(0)	26
Médecin	2(6,45)	12(6,55)	0(0)	14
Sage-femme	3(9,67)	19(10,38)	0(0)	22
Ouvrier	0(0)	4(2,18)	1(16,66)	5
Aide-soignant	5(16,12)	33(18,03	0(0)	38
Externe en médecine	2(2,45)	20(10,92)	2(33,33)	24
Sage-femme stagiaire	1(3,22)	13(7,10)	0(0)	14
Administration	2(6,45)	6(3,27)	1(16,66)	9
Pharmacie	0(0)	2(1,09)	0(0)	2
Total	31	183	6	220

La majorité du personnel soit 83,18% avaient connaissance de la qualité de l'eau pour un lavage des mains adéquat.

LDM : Lavage des mains

7 .1.4 Evaluation du personnel sur les indications du lavage des mains

Tableau XI : connaissance du personnel sur le type de lavage après tout acte septique

Type de lavage après un acte septique	Effectifs	Pourcentage
LHDM	**149**	**67,7**
LCDM	71	32,3
Total	220	100,0

Le type de lavage indiqué après un acte septique était connu par 149 agents soit 67,7%.

Tableau XII : connaissance du personnel sur le type de lavage indiqué avant et après chaque soin à un malade

Type de lavage avant et après chaque soin à un malade	Effectifs	Pourcentage
LHDM	**165**	**75,0**
LCDM	55	25,0
Total	220	100,0

Parmi le personnel 75% avaient connaissance du lavage hygiénique des mains comme indiqué avant et après chaque soin à un malade

Tableau XIII: connaissance du personnel sur le type de lavage indiqué avant la manipulation de tout matériel stérile

Type de lavage	Effectifs	Pourcentage
LHDM	**123**	**55,9**
LCDM	68	30,9
Ne sais pas	29	13,2
Total	220	100,0

Nous avons enregistré 30,9% du personnel ne sachant pas le lavage hygiénique des mains comme indication avant toute manipulation de matériels stériles.

Tableau XIV : connaissance du personnel sur le type de lavage avant tout acte à haut risque pour le malade

Type de lavage	Effectifs	Pourcentage
Un LHDM	**110**	**50,0**
Un LCDM	100	45,5
Ne sais pas	10	4,50
Total	220	100,0

Devant tout acte à haut risque pour le malade il ressort que le lavage hygiénique des mains était appréhendé par 50 % du personnel comme indiqué.

Tableau XV : connaissance du personnel sur le type de lavage après tout acte à haut risque pour le personnel

Type de lavage	Effectifs	Pourcentage
Un LHDM	**117**	**53,2**
Un LCDM	91	41,4
Ne sais pas	5	5,4
Total	220	100,0

Il apparait dans notre étude que 53,2 % du personnel suggéraient le lavage hygiénique des mains comme indiqué avant tout acte à haut risque infectieux.

7.1.5 Evaluation du personnel sur l'antisepsie des mains et leur indication

Tableau XVI : connaissance du personnel sur l'usage de l'antisepsie des mains et du point d'eau simultanément.

Antiseptique et point d'eau	Effectifs	Pourcentage
Usage simultané	**119**	**54,1**
Ne sais pas	101	45,9
Total	220	100,0

Il apparait que 54,1 % du personnel savaient que l'utilisation de l'antisepsie des mains et le point d'eau doivent être simultanés.

Tableau XVII: Connaissance du personnel sur les différents types d'antisepsie des mains

Type d'antisepsie des mains	**Effectifs**	**Pourcentage**
1 Type	20	9,1
2 Types	**98**	**44,5**
Ne sais pas	102	46,4
Total	220	100,0

Seulement 44 ,5% du personnel savait qu'il existe deux types d'antisepsie des mains.

Tableau XVIII : Connaissance du personnel sur la quantité d'antiseptique nécessaire pour une antisepsie des mains

Quantité d'antiseptique pour l'antisepsie des mains	Effectifs	Pourcentage
1 ml	31	14,0
2ml	23	10,5
3ml	16	7,3
4ml	3	1,4
5ml	20	9,1
Au moins 5ml	**35**	**15,9**
Ne sais pas	92	41,8
Total	220	100,0

Seulement 15,9% connaissaient la quantité d'antiseptique nécessaire pour une antisepsie des mains.

Tableau XIX: Connaissance du personnel sur l'aspect des mains à la fin d'une antisepsie des mains

Aspect des mains après l'antisepsie des mains	Effectifs	Pourcentage
Frottées jusqu'à ce qu'elles soient sèchent	**112**	**50,9**
Conservées mouillées d'antiseptique	60	27,3
Tout de suite lavées à de l'eau	28	12,7
Ne sais pas	20	9,1
Total	220	100,0

Parmi ceux interrogés la moitié soit 50,9 % savaient que les mains doivent être frottées jusqu'à ce qu'elles soient sèches.

Tableau XX : connaissance du personnel sur l'importance de l'usage de l'antisepsie des mains après lavage.

Usage de l'antiseptique	**Effectifs**	**pourcentage**
Obligatoire	124	56,4
Inutile	**72**	**32,7**
Ne sais pas	24	10,9
Total	220	100,0

Nous avons observé 72 personnels soit 32,7 % qui jugeaient inutile l'usage de l'antisepsie des mains après lavage.

7 .1.6 Evaluation du personnel sur les outils nécessaires au lavage des mains disponibles dans le service

Tableau XXI : Connaissance du personnel sur le type de point d'eau présent dans le service

Type de point d'eau dans le service	**Effectifs**	**Pourcentage**
Robinet classique avec lavabo	**195**	**88,6**
Robinet manipulable avec le coude	10	4,5
Robinet sans lavabo	7	3,2
Robinet manipulable avec les genoux	2	,9
Robinet à cellule photoélectrique	1	,5
Ne sais pas	5	2,3
Total	220	100,0

Pour 88,6% c'est le robinet classique avec lavabo qui existait dans le service.

Tableau XXII: Connaissance du personnel sur le type de savon utilisé dans le service

Type de savon dans le service	Effectifs	Pourcentage
Savon ordinaire	**81**	**36,8**
Savon antiseptique liquide	70	31,8
Savon antiseptique solide	28	12,7
Savon en poudre	38	17,3
Ne sais pas	3	1,4
Total	220	100,0

Il ressort de ce tableau que le savon antiseptique quel que soit la présentation était le plus présent dans les services avec seulement 44,5 %.

Tableau XXIII : Connaissance du personnel sur le type d'essuie-mains disponibles dans le service

Type d'essuie mains du service	Effectifs	Pourcentage
A usage multiple	**86**	**39,1**
Pas d'essuie mains	73	33,2
A usage unique	43	19,5
Ne sais pas	18	8,2
Total	220	100,0

Parmi le personnel 39,1% ont affirmé de l'existence d'essuie-mains à usage multiple dans le service.

Tableau XXIV : Connaissance du personnel sur le type de lavage pratiqué couramment dans le service

Type de lavage dans le service	Effectifs	Pourcentage
Hygiénique des mains	**116**	**52,7**
Simple des mains	81	36,8
Chirurgical des mains	16	7,3
Ne sais pas	7	3,2
Total	220	100,0

Parmi le personnel 52,7% ont affirmé pratiquer régulièrement les lavages hygiéniques des mains dans le service

Tableau XXV: connaissance du personnel sur le rapport entre le port de gant et le lavage des mains

Le port de gant	Effectifs	Pourcentage
Ne peut pas remplacer le LDM	**141**	**64,1**
Ne sais pas	79	35,9
Total	220	100,0

Dans notre étude 64,1 % du personnel approuvaient que le port de gant ne remplaçait en aucun cas le lavage des mains.

7.2 RESULTAT QUALITATIFS:

Notre enquête qualitative nous a permis de noter quelques observations :

- La plupart du personnel avaient des lacunes sur les prérequis d'une bonne hygiène des mains.
- Ils étaient très peu à savoir les différents types de lavage des mains.
- En ce qui concerne la durée du temps de massage au savon dans les différents types de lavage, nos enquêtés n'avaient pas connaissance.
- Néanmoins la majorité connaissait le type de savon utilisé dans les différents types de lavage
- La méconnaissance des différents types d'antisepsie des mains et leur indication par la plupart des enquêtés fut noté. Par ailleurs nombreux d'entre eux savaient qu'il fallait le faire avant et après chaque soin à un malade mais ignoraient la quantité nécessaire.
- Par rapport à la pratique du lavage des mains la majorité affirmait le faire, par contre certains ont reconnu ne pas le pratiquer régulièrement, et ont donné plusieurs raisons dont les plus récurrentes étaient l'absence d'antiseptique du service et le manque de moyen pour s'en procurer, la coupure d'eau, l'affluence des patients et le manque de temps.
- Le savon ordinaire était l'antiseptique le plus utilisé par le personnel, par ailleurs certains affirmaient que c'est le savon antiseptique liquide avec distributeur, qui permet une meilleure pratique de l'hygiène des mains parce qu'il est moins manipulable et son étalement sur la main est plus aisé.
- Peu d'enquêtés notifiaient un approvisionnement constant de leur service en antiseptique et beaucoup ont insisté sur un rééquipement du service en logistique et matériels nécessaires pour la bonne pratique de l'hygiène des mains ainsi qu'une formation du personnel sur sa bonne pratique.
- Par rapport à l'usage de l'antisepsie des mains et le port de gants, beaucoup trouvaient que chacun a sa place pour une hygiène optimale des mains et jamais l'un ne peut remplacer l'autre.
- Vis-vis du personnel des autres centres de santé et hôpitaux, les enquêtés interpellaient chacun à un engagement personnel à la bonne pratique du lavage des mains non seulement pour leur propre sécurité mais aussi pour celle des patient

8. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Sur la méthodologie :

Nous avons opté pour une méthodologie aléatoire. Aucours de notre étude qui s'est déroulée du 23 juin au 10 Aout 2014 nous avons enquêté 220 personnes du centre de santé de référence de la commune de II de Missira. Cette étude n'a pas pour but de juger le personnel mais d'essayer de connaitre leurs habitudes afin de les sensibiliser sur ce sujet d'actualité et de les informer sur les dernières recommandations. Le centre de santé de référence regorge cent trente un agents permanents et plusieurs bénévoles de professions diverses repartis dans différents services à savoir aides-soignants, infirmiers et sages-femmes stagiaires, les étudiants externes en médecine.

Sur le lavage des mains

- Parmi le personnel enquêté le personnel de gynéco-obstétrique qui avait le plus connaissance des différents types de lavage avec 29,70 % .Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des gestes effectués dans le service sont à haut risque infectieux. La connaissance de cette notion est capitale parce que à chaque type correspond une indication bien précise.
- Les étudiants externes en médecine n'avaient pas connaissance des parties d'étalement du savon lors du lavage simple des mains avec 40 %. Leur manque d'expérience dans la pratique médicale pourrait expliquer ce résultat. Par ailleurs 46 agents ignoraient les parties d'étalement du savon lors du lavage chirurgical. Autrement dit plusieurs patients sont exposés au risque de contracter une infection nosocomiale due à la mauvaise pratique des méthodes d'asepsie des mains.

- La proportion du personnel interrogé ne connaissant pas la durée du massage lors des différents types de lavage des mains est décroissante allant du lavage simple des mains au lavage chirurgical des mains, soit 72,72 % pour le lavage simple, 67,4 % pour le lavage hygiénique et 61,81 % pour le lavage chirurgical des mains. Ce résultat est grave car la majeure partie du personnel ne maitrise pas la durée du massage des mains lors des différents types de lavage. Une courte durée de friction des mains diminue considérablement la qualité du lavage des mains [2].

  D'autres études similaires ont conclu aussi la méconnaissance de la durée du lavage des mains à l'instar des collectes des données faites par LARSON [7] dans sa revue

de la littérature sur l'hygiène des mains. Baffoy et collaborateurs ont aussi trouvé que le personnel ne respecte pas la durée du lavage des mains [23].

- L'analyse plus minutieuse des résultats révèle que parmi le personnel, 75 % savaient que c'est le lavage hygiénique des mains qui est indiqué avant et après chaque soin à un malade. Ce qui est à encourager, car le lavage hygiénique des mains réduit la totalité de la flore transitoire et une partie de la flore résidente, favorisant ainsi la diminution de l'incidence des infections liées aux soins dans nos structures de santé.
- Ils étaient plus de la moitié du personnel soit 55,9% à savoir que le lavage hygiénique des mains est indiqué avant la manipulation de tout matériel stérile .En d'autres termes 81 agents hors mis les ouvriers(5), le personnel de l'administration(9) et les pharmaciens(2) souillent le matériel stérile sans le savoir et la conséquence directe est une diminution de la qualité des soins.
- Parmi les agents 45,5% connaissaient l'indication du lavage chirurgical des mains avant tout acte à haut risque pour le malade.
- Seulement 0,9% savaient que le lavage chirurgical des mains est indiqué uniquement avant l'intervention, et par contre 94,5% pensaient qu'il faut le faire avant et après l'intervention, encore pour renforcer la sécurité des autres malades à la sortie du bloc.

  Le niveau de connaissance des indications du lavage des mains avant la manipulation du matériel stérile chez le personnel enquêté, est légèrement supérieure à celui de Simon et collaborateurs [32] qui ont rapporté 30% du respect des indications du lavage des mains avant la manipulation du matériel stérile. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que notre étude était descriptive contrairement à celle de Simon et collaborateurs qui étaient une étude d'observation.

Par rapport à l'antisepsie des mains :

- L'existence de deux types d'antisepsie des mains était connue par 44,5% du personnel .Il est important de connaitre ces différents types d'antisepsie des mains étant donné que chaque type correspond à une indication particulière [9, 35].
- La proportion du personnel qui connaissait la quantité d'antiseptique nécessaire pour une antisepsie des mains était très faible soit 15,9% .Une quantité insuffisance de solution hydro alcoolique est un mauvais facteur de friction des mains. Cet aspect doit être amélioré compte tenu de son importance.
- Pour l'efficacité de l'antisepsie des mains, les mains doivent être frottées jusqu'à ce qu'elles soient sèches. Ceci était connu par 50,9%.Plus les mains sont sèches rapidement, plus le risque de leurs contaminations aéroportées est diminué [35].Nous estimons qu'une phase essentielle de l'antisepsie des mains est méconnue par la moitié du personnel ce qui contribuera à diminuer l'efficacité de ce geste.

Produits et accessoires nécessaire à l'hygiène des mains disponible dans les services

Parmi les évalués, 88,5% ont mentionné que leur service était muni d'un robinet classique avec lavabo. Après le rinçage des mains fermer le robinet avec la main peut être une nouvelle source de contamination [33, 1,2].Par conséquent l'idéal serait un robinet manipulable par le coude, ou par les genoux ou même un robinet à cellules photoélectriques dont l'utilisation évite tout contact des mains pendant la procédure du lavage.

Sur l'ensemble du personnel, 36,8% affirmaient que le service ne dispose que du savon ordinaire contre 44,5% pour le savon antiseptique.

Le savon ordinaire réduit uniquement la flore transitoire des mains, contrairement au savon antiseptique qui réduit la flore transitoire et une grande partie de la flore résidente [34,2, 36]. Encore un élément de plus important et non disponible dans nos services, qui constitue un handicap pour l'observance maximale de l'hygiène des mains dans nos services.

Parmi ceux enquêtés, seuls 19,5% ont confirmé de la présence d'essuie mains à usage unique. L'essuie-mains à usage multiple peut être considéré comme est un nid des germes par contre celui à usage unique permet de réduire la proportion de germes restés sur les mains après un dernier rinçage. Ceci favorise ainsi la diminution de la contamination aéroportée qui est plus facile surtout lorsque les mains sont mouillées

ou humides [33, 1,2].Ainsi le manque d'essuie-mains dans le service diminue la qualité du lavage des mains.

L'antisepsie des mains est considéré de nos jours comme un complément et souvent une alternative au lavage des mains [37, 38,9, 35]. L'approvisionnement permanent de nos services en antisepsie des mains contribuerait à une pratique optimale de ce geste capital dans la lutte contre transmission des infections manu portées.

CONCLUSION

L'hygiène des mains, ce geste simple et souvent considéré comme banale mais auquel l'observance du personnel demeure une problématique, reste la mesure essentielle pour réduire les infections manu portées au sein de nos établissements de soins. Notre étude nous a révélé des points noirs au niveau :

- ✓ des prérequis, des indications et des différentes procédures en fonction des types de lavage.
- ✓ Parmi les facteurs qui influençaient la pratique optimale du lavage des mains, les plus récurrents étaient :
    - Le niveau de connaissance du personnel limité sur le sujet
    - La longue chaine d'attente des patients
    - Les pénuries d'eau et les ruptures de stock du savon antiseptique du service
    - La sensibilité vis-à-vis des produits nettoyants
- ✓ Par ailleurs les produits et accessoires nécessaires pour l'hygiène des mains ne répondaient pas aux normes internationales actuelles.

Etant donné que les infections associées aux soins, touchent des centaines de millions de patients dans le monde chaque année et que les infections manu portées représentent 70-90% des infections nosocomiales, nous pouvons dire que la sécurité des patients et celle du personnel encouru un risque important et que la réduction de ce risque passe par une meilleure formation du personnel sur l'hygiène des mains, la dotation des services en équipements accessibles et en moyens logistiques suffisants pour une hygiène optimale.

PROPOSITIONS

❖ Aux autorités sanitaires du pays :

- Introduire dans le programme de formation des futurs médecins et des agents de santé des cours sur l'hygiène hospitalière avec un volet sur l'hygiène des mains.
- Réaliser sur l'échelle nationale des campagnes pour la promotion de l'hygiène des mains au niveau des structures de santé du pays.
- Organiser des ateliers d'éducation des populations sur l'importance du lavage des mains dans la lutte contre les infections nosocomiales.

❖ Aux structures hospitalières :

- Doter les services en équipements adéquats pour l'hygiène des mains.
- S'assurer d'une formation et information continue du personnel sur l'hygiène hospitalière avec un chapitre sur l'hygiène des mains.
- Doter les services d'un guide de bonnes pratiques d'hygiènes des mains particulièrement au niveau des sites de points d'eau.
- Encourager les accompagnants à pratiquer un lavage simple des mains avant et après tout contact avec le malade.

BIBIOGRAPHIE

1- Recommandation OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins (version avancée) : Synthèse, 2005.

2- Recommandation du C-Clin Paris-Nord :

Hygiène des mains, guide de bonne pratique. C-Clin Paris-Nord 2001.site internet : www.ccr.jussien.fr/cclin: 2014

3- Cissé C T, Faye O, Ndiaye G, Sakho A, Faye E O, Maiga A et coll. Prévention des infections en milieu chirurgical dans les hôpitaux régionaux du SENEGAL. Cahier d'étude et de recherche francophone / Santé 2000; 10(3):189-94.

4-Dias-journée-main-inter CLIN84-2-pdf-nitro professional/2014

5-Résumé n°138 SymposiumHAS-BMJ,19 avril 2010-session poster

6- Conly J M, Hills, Ross J, Lertzman J, Louie T J.

Hand washing practics in an intensive care unit: the effectsof an education alprogramand ist relations hip toinfectionrates. Am J Infection Control 1989;(17):330-9

7- Larson E.A causal link between handwaching and risk of infection. Examination of the evidence. Infect control Hosp Epidemiol 1988; 9:28-36

8-OMS. Guide de Mise en Œuvre de la Stratégie multimodale de l'OMS pour la Promotion de l'hygiène des Mains. http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_IER_PSP_2009.02_fre.pdf. 2009. Consulté le 25 août 2011, Bamako

9- Groleau M, Kondé E. Les antiseptiques au cabinet. Le médecin du Quebec 2006; 41 p

10-PARTIE1.3 des recommandations 2009 de l'oms pour l'hygiène des mains aucours des soins

11-http://helics.univ-lyon1.fr/helicshome.htm/Août 2010.

12-klevens RM et 20007,122 p:160-166

13-stonepw.braccia D Larsonsystematicrevewofeconomicanalysesofhealthcare-associatedinfection.Americanjournalofinfectioncontrol 2005, 33:p501-5O9

14-Use of influencenza A (H1N1) 2OO9 monovalent vaccine: recommandation oft he advisorycommitee on Immuniwation pratices, 2OO9 Morbidity andmortality weekly

report,2009,58(RR-10):1-8

15www.Who.org/Recommandation OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins (Synthèse 2009).

16-www advin.org/2014

17-Un article de wikipédia, encyclopédie libre/Santé 2011: Hygiène des mains.

Site internet : http://fr.wikipédia.org/ 2013/wiki/hygi%C%A8ne des mains

18-SOURNIA JC, *Histoire de la médecine*, Paris, Edition La Découverte, 1992, 222-243

19- PORTOS JL, *Joseph Lister* *(1827-1912) : repères historiques*, Concours Médical, 1998, 110,3, p171.

20- ROMAN E, *Infections nosocomiales et responsabilité civile*, Le Concours Médical, 21 avril 2001, tome 123-15 ; p. 1058-1060

21-MAIGA B

Pratique d'hygiène hospitalière dans les structures sanitaires : HG, Hôpital Régional de Sikasso, CNOS, CS réf com. V de Bamako. Thèse de pharmacie, Bamako (Mali) ,2003 . N° 60.

22- DRAME G.

Hygiène des mains dans les services à haut risque infectieux du CHU du point « G ». Thèse de médecine, Bamako (Mali) ,2008 N°172.

23-Baffoy N, Farret D, Maugat S. Hygiène des mains: Résultats d'audit Réalisé dans le cadre d'une formation. Revue du praticien, Paris 2001; 103:10-14.

24-.(Marples, 1969).

25- PRICE, The bacteriology of normal skin Journal of infections Diseases 1936, 63; 301-318

26- J.B. HANN. The source of the resident flora. The Hands 1973, 5 ; 247-252

27- HORN, Infection control and hospital Epidemiology 1988, 9; 189-193

28-disponible sur www.santé.gouv.fr(8 janvier 2014

29-le FIGARO. Fr ,2014

30-Un article de Wikipédia, l'encyclopédie libre, 2013. Aller à : navigation, rechercher

31-ERB M, GRANDBASTIEN B, GIRARD R, HAJJAR J et les membres du Conseil Scientifique de la SFHH, Place de l'hygiène des mains et des produits hydro-alcooliques dans les infections associées aux soins : Argumentaire *scientifique*, [En ligne], Avril 2008, [Réf. du 23 Mai 2008], Disponible sur : http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/dossiers/sante/mission-mainspropres/place-hygiene-mains

32- Simon A, Hugonnet S, Perneger T, Sauvan V, Pittet D.

Docters, why do you wash your hands so little? 4th Decennial International Conference on Nosocomial and Healthcare-associated infections, 5-9 march 2000; Atlanta, USA.

33- Valerie C, Beth S, Jason C.

Le Manuel d'initiative de lavage des mains: Guide pratique de programme de promotion de lavage des mains au savon. A Public Privat Partener Ship 2005; 102 p

34-Jean L A, Jean C Les infections nosocomiales et leur prévention.Paris Ellipses1998;687p.

35- Fleurette J, Freney J, Reverdy M E, Tissot Guerreiz F.

Guide pratique de l'antisepsie et de la désinfection. Paris, ESKA1997; 220 p.

36- Anne S.Prévention des infections nosocomiales par la promotion de l'hygiène des mains: un projet national. Symposium NSIN, Bruxelle, le 2 Mars 2004.

37- Recommandation du Conseil Supérieur Belge concernant laPrévention des infections Nosocomiales octobre 2000.

38- Pittet D, Windmer A.

Hygiène des mains: Nouvelle recommandation. Swiss.Noso. Infection nosocomiales et hygiène hospitalière: aspects actuels .Bulletin de décembre 2001;8(4).

ANNEXES

11.1 FICHE D'ENQUETE

QUESTIONNAIRE D'ENTRETIEN

Bonjour je me nomme _ _____ et je suis interne à la faculté de médecine. Ce questionnaire a pour but d'apprécier vos pratiques et vos connaissances dans le domaine de l'hygiène des mains dans votre centre de santé de référence et non de vous juger Nous aimerons que vous participez à cette enquête et insistons que vos réponses resteront anonymes et en feront toute sa valeur. Vous pouvez décider de ne répondre à certaines questions.

Merci pour ce temps que vous lui consacrez.

I:IDENTIFICATION

Q1-Nom du service:/___/

1-Chirurgie, 2-Gynéco-obstétrique, 3- Laboratoire ; 4- odontostomatologie, 5- pédiatrie ,6-Médecine ; 9-Autres à préciser : _____

Q2-Profession:/___/

1-Assistant médical, 2-Technicien supérieur en santé, 3-Technicien en santé, 4-Etudiant faisant fonction d'interne, 5-médecin, 6- sage-femme 7-aides-soignants, ,8-Etudiants externes en médecine, 9-autres à préciser : _____

Q3-Sexe : /____/

1-Masculin, 2-Féminin

II- CONNAISSANCE SUR LE LAVAGE DES MAINS :

Q4-Il existe combien type de lavage de main :/____/

1- Un seul, 2- Deux, 3- Trois, 8- Ne sait pas

III- PROCEDURE DU LAVAGE DES MAINS :

Q5-Le Lavage simple des mains s'effectue avec du savon : /____/

1-Ordinaire, 2-Antiseptique, 8- Ne sait pas

Q6 -L'étalement du savon se fait : /____/

1-directement sur les mains sans mouillées, 2-après avoir mouillé les mains, 3-après avoir mouillé les mains et les avant-bras, 8- Ne sait pas

Q7-On doit étaler le savon : /____/

1-uniquement sur les mains, 2- Sur les mains et avant-bras, 8- Ne sait pas

Q8-Le massage au savon doit prendre combien de minute : /____/

1-une, 2-deux, 3-trois, 4- quatre, 5-cinq, 6-Au moins de cinq, 8-ne sait pas

Q9-Insister sur les espaces interdigitaux est : /____/

1- Sans importance, 2- Important, 8- Ne sait pas

Q10-Le rinçage se fait : /____/

1-des coudes vers les ongles, 2-des ongles vers les coudes, 8- Ne sait pas

Q11-Après le rinçage les mains : /____/

1-doivent prendre une position particulière, 2-ne doivent pas prendre une position particulière, 8- Ne sait pas

Q12-si 1 quelle est cette position .....

Q13-L'usage d'essuie main à usage : /____/

1-unique est mieux, 2-multiple est mieux, 8- Ne sait pas

Q14-Les mains ne doivent pas être essuyées : /____ /

1-oui, 2-non, 8- Ne sait pas

Q15 - A la fin du lavage, le robinet doit être fermé : /____/

1 à main nue, 2-avec un essuie main à usage unique, 3-après avoir versé un filet d'eau sur la tête du robinet, 8-Ne ne sait pas

Le lavage hygiénique des mains :

Q16-N'est pas différent du lavage simple des mains : /____/

1-oui, 2-non, 8- Ne sait pas

Q17-S'effectue avec le savon : /____/

1-ordinaire, 2-antiseptique, 8- Ne sait pas

Q18-Le massage au savon doit prendre combien de minute : /____/

1-une, 2-Deux, 3-Trois ,4-Quatre, 5-Cinq, 6- Au moins cinq ,8- Ne sait pas

Le lavage chirurgical des mains :

Q19-S'effectue avec du savon : /____/

1-ordinaire, 2-antiseptique, 8- Ne sait pas

Q20- On doit étaler le savon : /____/

1-uniquement sur les mains, 2- Sur les mains et avant-bras, 8- Ne sait pas

Q21-Le massage au savon doit prendre combien de minute : /____/

1 une, 2-deux, 3-Trois ,4-Quatre, 5-cinq, 6-Au moins cinq, 8-Ne ne sait pas

Q22-Diffère du lavage hygiénique surtout par le brossage des ongles : /____/

1-oui, 2-non, 8- ne sait pas

Q23-Réduit uniquement la flore transitoire des mains : /____/

1-oui, 2-non, 8- Ne sait pas

Q24-Réduit partiellement la flore résistante des mains : /____/

1-oui, 2-non, 8- Ne sait pas

Q25 –On peut utiliser : /____/

1-tout eau à porter des mains, 2-uniquement de l'eau potable ou décontaminée, 8- Ne sait pas

Q26-Les bijoux : /____ /

1- ôtés ou non est sans importance, 2-doivent être ôtés, 8- Ne sait pas

Q27- Les ongles : /____/

1-coupés ou non est sans importance, 2-doivent être coupés, 8- Ne sait pas

Q28-Les manches des blouses doivent être : /____ /

1-courtes, 2-longues, 3-courtes ou longues est importance, 8- Ne sait pas

Q29-Les vernis sur les ongles : /____ /

1-diminue la qualité du lavage, 2-ne diminue pas, 3-augmente la qualité ,8- Ne sait pas

IV- PRATIQUE :

Q30-Dans votre service vous fait couramment le lavage : /____/

1-simple des mains, 2-hygiénique des mains, 3-chirurgical des mains, 8- Ne sait pas

Q31-Existe-t-il un point d'eau adaptée dans le service : /____/

1- Oui, 2- non, 8- Ne sait pas

Si oui

Q31-quel type de point d'eau existe-t-il : /____/

1-robinet classique avec lavabo, 2-robinet sans lavabo, 3-robinet manipulable par le coude, 4-robinet manipulable par les genoux, 5-robinet manipulable par pédale, 6-robinet à cellule photoélectrique ,8- Ne sait pas

Q31-Type de savon utilisé dans le service : /____/

1-savon ordinaire, 2-savon antiseptique solide, 3-savon antiseptique liquide, 4-savon en poudre ,8- Ne sait pas

Q32-Le service est –il constamment approvisionné en savon : /____/

1-oui, 2-non, 8- Ne sait pas

Q33-Site du point d'eau dans le service : /____/

1-salle de soin, 2-bureau du major, 3-salle de garde, 4-salle des internes

Q34-Type d'essuie main disponible dans le service : /____/

1- à usage multiple, 2-à usage unique, 3-pas d'essuie main, 8- Ne sait pas

V- INDICATIONS :

Q35- Par rapport à la prise du service, on doit se laver les mains : /____/

1-uniquement à l'arrivée au service, 2-uniquement au départ du service, 3-à l'arrivé et au départ du service, 4- Ne sait pas

Q36- Après être allé aux toilettes on doit faire, un lavage : /____/

1- simple des mains, 2- hygiénique des mains, 3- chirurgical des mains

Q37-Après être moucher ou peigner, on doit faire un lavage : /____/

1- simple des mains, 2- hygiénique des mains, 3- chirurgical des mains

Q38- Avant et après l'acte de manger on doit faire un lavage : /____/

1- simple des mains, 2- hygiénique des mains, 3- chirurgical des mains

Q39-Avant et après l'acte de fumer, on doit se laver les mains : /____/

1-oui, 2-non, 3- Ne sait pas

Q40-Après tout acte septique, on doit faire : /____/

1- simple des mains, 2- hygiénique des mains, 3- chirurgical des mains

Q41- Avant et après chaque soin à un malade, on doit faire un lavage : /____/

1- simple des mains, 2- hygiénique des mains, 3- chirurgical des mains

Q42-Avant la manipulation de tout matériel stérile, on doit faire un lavage : /____/ 1- simple des mains, 2- hygiénique des mains, 3- chirurgical des mains

Q43- Après manipulation de tout matériel sale ou contaminé, on doit faire un lavage : /____/

1- simple des mains, 2- hygiénique des mains, 3- chirurgical des mains

Q44- Avant tout acte à haut risque infectieux pour le malade, on doit faire un lavage : /____/

1- simple des mains, 2-hygiénique des mains, 3- chirurgical des mains

Q45-après tout acte à haut risque infectieux pour le personnel, il doit faire un lavage : /____/

1- simple des mains, 2- hygiénique des mains, 3- chirurgical des mains 8-ne sais pas

Q46-au bloc opératoire, on doit se lave les mains : /____/

1-uniquement avant l'intervention, 2-uniquement après l'intervention, 3-avant et après l'intervention, 8- Ne sait pas

VI- CONNAISSANCE SUR L'ANTISEPSIE DES MAINS :

Différents types :

Q47-il existe combien type d'antisepsie des mains : /____/

1-un seul type, 2-deux type, 8- Ne sait pas

Q48-l'antisepsie de type chirurgical s'effectue après : /____/

1-le lavage simple des mains, 2-le lavage hygiénique des mains, 3-le lavage chirurgical des mains, 8- Ne sait pas.

B- Indication :

Q49-par rapport à l'existence de point d'eau : /____/

1-uniquement en absence de point, 2-meme en présence de point d'eau, 8- Ne sait pas

Q50-par rapport aux soins : /____/

1-uniquement avant chaque soin à un malade, 2-uniquement après chaque soin à un malade, 3-avant et après chaque soin à un malade, 8- Ne sait pas

Q51-avant chaque geste propre : /____/

1-oui, 2-non, 8- Ne sait pas

Q52-après chaque geste sale : /____/

1-oui, 2-non, 8- Ne sait pas

C- Procédure :

53-consiste à étaler l'antiseptique : /____/

1-uniquement sur les doigts ,2-partièlement sur les mains, 3-largement sur mains jusqu'au poignet, 8- Ne sait pas

54-insister sur les espaces interdigitaux et les ongles : /____/

1-est sans importance, 2-est capital, 8- Ne sait pas

D- Quantité de l'antiseptique :

Q55-il faut mettre dans le creux d'une main une quantité d'antiseptique de : /____ /

1-un ml, 2-deux ml, 3-trois ml, 4-quatre ml, 5-cinq ml, 6- Au moins cinq ml, 8- Ne sait pas

E- Qualité **de l'antiseptique dans le service :**

Q56-le service est –il constamment approvisionné en antiseptique : /____/

1-oui, 2-non, 8- Ne sait pas

Q57-quel type d'antiseptique est utilisé dans le service : /____/

1-alcool 70°, 2-alcool 90°, 8- Ne sait pas

Q58-autres antiseptiques utilisés dans le service (à préciser) .....

***F*- Pour l'efficacité de l'antisepsie des mains :**

Q59-les mains doivent être : /____/

1-conservées mouiller d'antiseptique, 2-frottées jusqu'à ce qu'elles soient sèches, 3-tout de suite lavées à l'eau potable, 8- Ne sait pas

VII- LAVAGE, ANTISEPSIE DES MAINS ET PORT DE GANTS :

Q60-la pratique de lavage des mains après une répétition d'antisepsie des mains est : /____/

1-obligatoire, 2-inutile, 8- Ne sait pas

Q61-l'antisepsie des mains : /____/

1-augmente l'efficacité du lavage des mains, 2-diminue l'efficacité du lavage des mains, 3-est inutile après le lavage des mains, 8- Ne sait pas

Q62-le port de gants/__/

1-peut remplacer le lavage des mains, 2- ne peut pas remplacer le lavage des mains, 8- Ne sait pas

Q63-le port de gant : /__/

1-augmente l'efficacité du lavage des mains, 2-diminue l'efficacité du lavage des mains, 8-Ne sait pas

VIII- OBJECTIFS DE L'HYGIENE DES MAINS EN MILIEU HOSPITALIER :

64-l'hygiène des mains est fait pour protéger : /____/

1-uniquement les malades contre infections manu portées, 2-uniquement le personnel contre les infections manu portées, 3-le malade et le personnel contre les infections manu portées, 8- Ne sait pas

11.2 GUIDE D'ENTREVUE

11.2.GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL

Aux personnels du centre de santé de référence de la commune de la commune II du district de Bamako.

a-Connaissance :

-Selon vous combien de type de lavage des mains existe-il ?

-Selon vous toute eau à porter de main peut servir au lavage des mains ?

-A votre avis les bijoux, les manches de blouses, les vernis et les ongles coupés courts ou long n'ont aucune importance dans la bonne pratique du lavage des mains.

-D'après vous combien de types d'antiseptique existe-il ?

b –Pratique

-Dans votre service vous faites couramment le lavage des mains ?

-Utilisez-vous un point d'eau adapté pour le lavage des mains ?

-Quel type d'essuie main et de savon utiliser vous pour le lavage des mains ?

-A quel moment ou après quel acte lavez-vous les mains ?

-Quel type d'antiseptique utiliser vous pour le lavage des mains ?

-Avez-vous une procédure particulière pour l'utilisation de l'antiseptique de votre choix ?

c-Comportement

-Qu'avez –vous à dire au personnel des autres centres de santé et aux hôpitaux à propos du lavage des mains.

-Donner votre opinion sur l'usage des antiseptiques et le port de gants.

11.3 GUIDE DE FOCUS GROUP

Ce guide permet d'obtenir le aisément possible des informations, des opinions et l'approfondissement des points de vus personnel. Les thématiques suivantes ont été abordé lors des entrevus individuels :

a- La connaissance de la bonne pratique de lavage des mains
b- Les attitudes du personnel au cours de la journée et devant chaque acte face au lavage des mains
c- Les différents types d'antisepsie des mains et leur procédure d'utilisation.
d- L'engagement de chacun dans la sensibilisation et la pérennisation de la bonne pratique du lavage des mains.

La méthodologie suivante a été adoptée :

-l'échantillonnage

-l'organisation des groupes de discussion

-l'enregistrement des groupes

-l'analyse des données et la synthèse des résultats

Le code de déontologie médical au Mali :

Annexé à la loi n° 86 -35/AN-RM du 12 Avril 1986 portant institution de l'ordre national des médecins

Article 2 : Le respect de la vie et de la personne humaine constitue en toutes circonstances le devoir primordial du médecin.

Article 3 : Le médecin et le chirurgien-dentiste doivent assister et soigner tous ses malades avec la même conscience sans discrimination aucune.

Article 4 : Il est interdit au médecin ou chirurgien-dentiste d'exercer sa profession dans les conditions susceptibles de compromettre la qualité des soins et des actes médicaux.

Le médecin à une obligation de moyens, désormais, il a aussi une obligation de sécurité et de résultat.

FICHE SIGNALETIQUE

Nom **:** Guemning watchueng

Prénom : Viviane Larissa

Titre : Ethnographie du lavage des mains au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

Année universitaire : 2013-2014

Ville et année de soutenance : Bamako 2014

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Anthropologie médicale et lavage des mains

Résumé

Selon l'OMS les infections associées aux soins touchent des centaines de millions de patients dans le monde chaque année. Les infections manu portées représentent 70-90 % des infections nosocomiales. L'objectif général de cette étude était d'évaluer la connaissance et la pratique de l'hygiène des mains du personnel au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako. Il s'agissait d'une étude descriptive transversale à visée évaluative qui s'est déroulée du 8 juin au 30 Août 2014 .Nous avons utilisé la méthode d'échantillonnage aléatoire qui nous a permis d'obtenir 220 personnes.

Le personnel de gynéco-obstétrique avait le plus connaissance sur les différents types de lavage avec 29,70%. La méconnaissance de la durée du massage au savon lors des différents types de lavage est croissante allant du lavage simple des mains au lavage chirurgical des mains soit 72,72% pour le lavage simple des mains et 61,81% pour le lavage chirurgical des mains. Le lavage hygiénique était connu comme indiqué avant et après chaque soin à un malade avec 75%.Ils étaient plus de la moitié du personnel soit 55,9% à savoir que le lavage hygiénique des mains est indiqué avant la manipulation de tout matériel stérile. Le robinet classique avec lavabo était présent dans les services avec 88,5%. Seuls 36,8% affirmaient que leur service ne disposait que du savon ordinaire contre 44,5% pour le savon antiseptique. La présence d'essuie-mains à usage unique était confirmée avec 19,5%.

Notre étude a montré la méconnaissance des différents types de lavage par la majorité du personnel. Egalement la durée du temps de massage ne répondait pas aux indications. Par ailleurs dans l'ensemble la plupart avait connaissance du type de savon indiqué dans chaque type de lavage. Cependant des défaillances ont été relevées au niveau de l'équipement, du matériel technique et de la pratique.

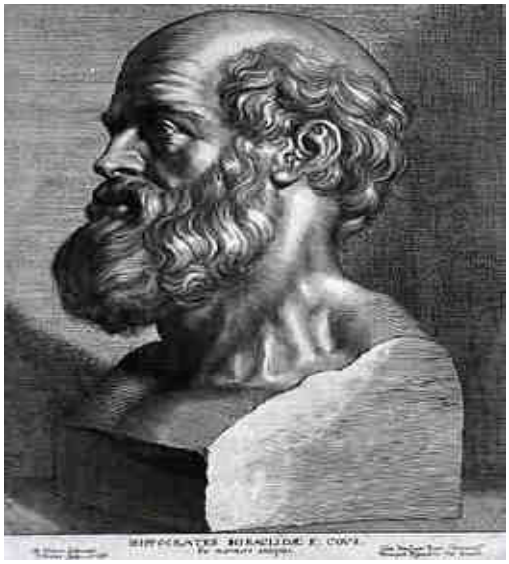
Mots clés : Connaissance, pratique, lavage des mains, prestataire de soin, Bamako, Mali

Summary

According to WHO the care-associated infections affect hundreds of millions of patients in the world every year. Brought manu infections represent70-90% of nosocomial infections. The overall objective of this study was to assess the knowledge and practice of hand hygiene of staff at the health center of reference of the Joint II district of Bamako. This cross-sectional descriptive study was conducted from July 8 to August 10, 2014 .We used random sampling method that allowed us to get 220 people.

Staff gynecologist had most knowledge about the differents types of washing with 29.70%. The ignorance of the duration of the soap massage for different types of washing is growing from simple hand washing to surgical scrub, either72.72 % for simple hand washing and 61.81 % for the surgical scrub hands. The hygienic wash was known as shown before and after each patient treatment with 75%. They were more than half of the staff either 55.9% who know that the hygienic hand washing is indicated before handling any sterile equipment. The classic tap with sink was present in 88.5% .Only 36.8 % said that their service had only ordinary soap, against 44.5 % for antiseptic soap. The presence of single-use hand towels was confirmed at 19.5 %. Our study showed ignorance of the different types of washing by the majority of staff. Also the duration of the massage time did not respond to the indications. Otherwise most knew the type of soap indicated in each type of wash. However, deficiencies were noted regarding equipment, technical equipment and practice.

Keywords: Knowledge, practice hand washing, care provider, Bamako, Mali



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure!