



EVALUATION DES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DU PERSONNEL SOIGNANT SUR LE RISQUE NOSOCOMIAL A LA CLINIQUE NGALIEMA EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGOⁱ

Mufuka Konde Davidⁱⁱ

Enseignant à l'Université Pédagogique Nationale,
Kinshasa, République Démocratique du Congo

Résumé :

Position du problème : Les infections nosocomiales sont devenues un problème de santé publique. Le personnel soignant joue un rôle très important dans la prévention de ces infections. La présente étude vise à évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques du personnel soignant sur le risque infectieux à la Clinique Ngaliema de la ville de Kinshasa. **Méthodes :** Notre étude est évaluative, descriptive, transversale et analytique. Les techniques de collecte des données utilisées sont l'exploitation de documents, l'entretien et l'observation. **Résultats :** 57,6% de soignants ont reçu une formation en hygiène hospitalière ces trois dernières années, et 4% seulement ont très bien défini les IN., la transmission manu portée est plus citée soit 40,4%, la signification de AES » est connue de 28%. Quant aux moyens de prévention des infections nosocomiales, la stérilisation des dispositifs médicaux vient en tête (21%), le lavage des mains n'est cité qu'en deuxième position (20,2%). près de la moitié des soignants (49,5%) ne lavent leurs mains qu'après l'acte de soins, 8,1% ne lavent jamais les mains avant les soins. près de la moitié (49,5%) ne savent pas différencier les types de lavage de mains. Le moyen efficace pour améliorer la qualité des soins cité est la formation du personnel (36,4%) la conformité générale des pratiques est faible (38,3%). **Conclusion :** Le niveau des connaissances, pratiques et attitudes est faible. La formation du personnel soignant constitue une des priorités au sein de l'institution hospitalière.

Mots clés : évaluation, connaissances, attitudes, pratiques, personnel soignant, infection nosocomiale, clinique Ngaliema, République Démocratique du Congo

ⁱ ASSESSMENT OF KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES OF THE CAREGIVING STAFF AGAINST NOSOCOMIAL RISK AT THE NGALIEMA CLINIC IN THE DEMOCRATIC REPUBLIC OF CONGO

ⁱⁱ Correspondence: email davidmufuka@gmail.com

Abstract:

Statement of the problem : the nosocomial infections became a problem of public health. The looking after personnel plays a very significant role in the prevention of these infections. The present study aims at evaluating knowledge, the practices and the attitudes of the personnel looking after on the infectious risk with the Ngaliema Private clinic of the town of Kinshasa. **Methods:** Our study is evaluative, descriptive, transverse, and analytical. The techniques of data-gathering used are the exploitation of documents, maintenance and the observation. **Results:** 57,6% of looking after received a training in hospital hygiene these three last years, and 4% only defined very well them IN, the transmission menu carried is quoted either 40,4%, the significance of AES is known 28%, As for the means of prevention of the nosocomial infections, the sterilization of the medical devices comes at the head (21%), the washing of the hands is quoted only in second position (20,2%) about half of looking after (49,5%) their hands wash only after the act of care, 8,1% never wash the hands before the care. about half (49,5%) cannot differentiate the types of washing of hands. The effective means to improve quality of the quoted care is the staff training (36,4%), more half of the personnel did not know the precaution to take when a patient is carrying a BMR and the types of insulation the patients (56,6 et 57,6%). The general conformity of the practices is low (38,3%). **Conclusion:** the level of knowledge, practices and attitudes is low. The looking after staff training constitutes one of the priorities within the hospital institution.

Keywords: vestibular stimulation, autism, neuro-sensory disorders, neurophysiology

1. Introduction

Les infections contractées pendant la prestation de soins, plus précisément appelées infections associées aux soins, sont un important problème de santé publique dans le monde. Selon les estimations, de 5% à 10% des patients admis dans les hôpitaux pour soins aigus dans les pays développés contractent une ou plusieurs infection(s). Dans les pays en développement, le risque d'infection est de 2 à 20 fois plus élevé et la proportion de patients touchés peut excéder 25%. (1). Elle varie entre 1.6% et 28.7% dans certains pays subsahariens dont la République Démocratique du Congo (4). À Kinshasa, elle est estimée à 15.0% (5).

Ces infections ont un cout économique important. Le principal coût est l'allongement de la durée d'hospitalisation pour les patients atteints, période pendant laquelle ils occupent les rares lits disponibles et nécessitent des interventions diagnostiques et thérapeutiques supplémentaires. Selon certaines estimations, la prévention d'un cas d'infection liée aux procédures de soins permet d'économiser en moyenne plus de 10 000 USD et de réduire le risque de décès du patient, le faisant passer de près de 7% à 1,6% (2). Ce problème est souvent méconnu ou nié. Pourtant, la majorité des hôpitaux est confrontée aux mêmes difficultés financières, structurelles et logistiques, à une formation des soignants limitée sur l'hygiène hospitalière et sa surveillance. L'étude

des risques encourus par les patients et leurs soignants sont des préambules indispensables à la mise en place de mesures préventives adaptées contre les infections nosocomiales en Afrique intertropicale (6). La plupart des infections liées aux procédures de soins peuvent être évitées avec des stratégies facilement disponibles et relativement peu coûteuses dont la promotion de l'hygiène hospitalière par le renforcement des capacités humaines (la formation de base en matière de lutte contre les infections pour l'ensemble du personnel de santé et pour la formation spécialisée des professionnels de la lutte contre les infections) (1). La République Démocratique du Congo (RDC) s'inscrit dans cette logique. Elle expérimente depuis 2009 une démarche qualité « 5S KAIZEN-TQM » comme outils pour améliorer la qualité des soins. La clinique Ngaliema en est l'hôpital pilote. Le modèle logique pour la prévention des infections nosocomiales proposé par cette démarche place le degré de compréhension des règles de la contamination comme le résultat direct 1 pouvant amener à la prévention des infections nosocomiales (3). Cependant, la responsabilité du personnel soignant reste méconnue. Notre étude se propose d'évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques des personnels soignants de la clinique Ngaliema en République Démocratique du Congo sur le risque infectieux.

2. Matériel et méthode

2.1 Contexte de l'étude

La Clinique Ngaliema est l'une de grandes formations médicales de la ville de Kinshasa. Elle a une capacité de 317 lits budgétaires, dont 303 réellement exploités et un taux d'occupation estimé actuellement à plus de 70%. Elle comprend les services suivants : biologie médicale, Chirurgie, gynécologie-obstétrique, imagerie médicale, médecine communautaire, médecine interne, pédiatrie, urgence-anesthésie et réanimation, spécialités, formation, hygiène hospitalière.

Elle est classée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme l'un des hôpitaux de référence de la RDC, et de l'Afrique Centrale. Elle est l'Hôpital Général National de Référence Secondaire de la RDC. C'est un hôpital moderne, qui se rapproche des standards internationaux. Le personnel comprend 716 agents dont 91 médecins et 304 infirmiers ainsi que de nombreux employés dans les autres services. Sa clientèle est très diversifiée car on y applique le paiement en fonction des différentes catégories de revenus. Il constitue une référence pour les autres institutions de la ville en matière d'hygiène et des pratiques des soins notamment. La clinique Ngaliema a été choisie depuis 2009 par le Ministère de la Santé Publique comme formation médicale pilote de la RDC pour expérimenter la démarche qualité « 5S-KAIZEN-TQM ». Plusieurs missions médicales s'y déroulent : mission Smile (chirurgie plastique bec de lièvre), mission Flers (prothèse totale de la hanche).

Pour étudier les connaissances, les attitudes et les pratiques une enquête d'évaluation a été réalisée en 2018 parmi le personnel de la clinique Ngaliema.

2.2 Techniques et outils de collecte des données

Les techniques de collecte des données utilisées sont une enquête par questionnaire écrit auto administré pour l'évaluation des connaissances et une observation directe non participative pour l'étude des pratiques.

Le recueil de données s'est fait par un enquêteur formé. L'enquête s'est déroulée sur un jour auprès du personnel soignant présent et ayant accepté d'être interrogés (N=99 pour le questionnaire et N= 26 pour l'observation non participante) dans l'ensemble des services d'hospitalisation de l'établissement. Pour le questionnaire auto administré, il s'agissait d'un questionnaire à réponses ouvertes, distribué le matin dans les services et recueilli individuellement le jour même par l'enquêteur. Ce questionnaire comprenait 18 questions réparties en 3 rubriques : i) Caractéristiques sociodémographiques des participants, ii) Connaissances générales sur les infections nosocomiales et iii) Attitudes pratiques des soignants sur la prévention des infections nosocomiales. La grille d'observation a servi à l'évaluation des pratiques d'hygiène auprès du personnel soignant présent également le jour de notre enquête. La grille d'observation comprenait deux rubriques : i) la tenue professionnelle et l'hygiène, ii) Le port des gants, la friction hydro alcoolique et le lavage des mains. La faisabilité de ces outils a été validée par une pré-enquête.

2.3 Traitement et analyse des données

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées à l'aide du logiciel IBM® SPSS® Statistics de la version 22 pour Windows. Pour déterminer des associations statistiques, nous avons utilisé le test de chi-carré de Pearson. et le seuil de significativité retenu pour l'étude est p . égale ou sous 0,05 avec l'intervalle de confiance à 95%.

3. Résultats

3.1 Analyses descriptives

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques du personnel soignant

Caractéristiques	N	%
Tranches d'âge		
22-32 ans	17	17,2
33-43 ans	47	47,5
44-54 ans	12	12,1
55-63 ans	23	23,2
Moyenne d'âge : 41,69 ±1,14		
Sexe		
Masculin	38	38,4
Féminin	61	61,6
Niveau d'étude		
A3	1	1,0
A2	15	15,2
A1	66	66,7
L2	17	17,2

Ancienneté dans le service		
Moins de 5 ans	18	18,2
De 5 à 10 ans	42	42,4
Plus de 10 ans	39	39,4
Total	99	100

Il ressort de ce tableau que la tranche d'âge allant de 33 à 43 ans des enquêtés ayant participé à cette étude domine sur les autres avec une proportion de 47,5%. Les sujets allant de 55 à 63 ans représentaient 23,2%, celle de 22 à 32 ans 17,2%. La catégorie de 44 à 54 ans est minoritaire, soit 12,1%. Réparti selon le genre, les agents féminins étaient plus nombreux que les hommes, soit 61,6% contre 38,4%. Cela est dû au fait qu'en RDC la profession infirmière est largement dominé par le sexe féminin et au fait aussi que la clinique Ngaliema recrute plus les femmes que les hommes. Concernant leur niveau de scolarité, 66,7% des enquêtés étaient des infirmiers gradués (A1), 17,2% étaient des licenciés et médecins (L2), 15,2% étaient des infirmiers A2 et 1% seulement était infirmier A3. Quant à l'ancienneté dans le service, 42,4% ont une ancienneté de 5 à 10 ans contre 39,4% et 18,2% respectivement pour ceux ayant une ancienneté de plus de 10 ans et de moins de 5 ans.

Tableau 2 : Connaissances générales
des 99 personnels soignants sur les infections nosocomiales

Questions sur l'évaluation des connaissances générales	N (n=99)	%
Avez-vous suivi une formation en hygiène les 3 dernières années		
Oui	57	57,6
Non	42	42,4
Définition de l'Infection Nosocomiale		
Infection acquise à l'hôpital +48H	4	4
Infection acquise à l'hôpital	62	62,6
Mal définie		33,3
Connaissez-vous sur le mode de transmission des IN dans le service		
Transmission de personne à personne (par les mains)	40	40,4
Transmission par les objets et dispositifs médicaux	24	24,2
Transmission par l'environnement	25	25,3
Transmission dans les techniques de soins	10	10,1
Connaissez-vous la signification des « AES »		
Oui	28	28,3
Non	71	71,7
Connaissez-vous les moyens de prévention de l'AES		
Vaccination	4	4,8
Usage du matériel de sécurité	65	65,7
Autres	30	29,5
Connaissez-vous la conduite à tenir en cas d'AES		
Oui	27	27,3
Non	72	72,7
Connaissez-vous les gestes essentiels de cette conduite		
Oui	10	10,1
Non	89	89,9

Connaissez-vous le moyen efficace de prévention des infections nosocomiales		
Lavage des mains	20	20,2
Port des gants	18	18,2
Isolement	12	12,1
Hygiène dans les soins	9	9,1
Antibiothérapie	16	16,2
Stérilisation des dispositifs médicaux	3	3
Hygiène des locaux	21	21,2
Total	99	100

Au regard de ce tableau, 57,6% de soignants affirment avoir déjà reçu une formation en hygiène hospitalière ces trois dernières années. Concernant la définition des infections nosocomiales, elle est connue par plus de la moitié (62,6%) et 4% seulement ont très bien défini les IN. A la question de savoir s'ils étaient informés du taux d'infections nosocomiales dans leurs services, 84% déclarent n'être pas informés. S'agissant des modes de transmission des infections nosocomiales, ils sont diversement appréciés par les répondants avec prédominance de ceux qui citent la transmission manu portée, soit 40,4%, Par rapport aux « AES », sa signification est connue de 28%, parmi eux, 27% seulement disent connaître la conduite à tenir en cas d'une exposition et 89% d'entre eux ignorent les gestes essentiels de cette conduite. Concernant la connaissance de moyens de prévention de l'AES, plus de la moitié (65,7%) citent le port du matériel de sécurité, 4,8% seulement citent la vaccination, 29,5% ont cité d'autres mesures. Quant aux moyens de prévention des infections nosocomiales, la stérilisation des dispositifs médicaux vient en tête (21%) et le lavage des mains n'est cité qu'en deuxième position (20,2%).

Tableau 3 : Evaluation des connaissances sur les facteurs qui augmentent le risque d'avoir une infection nosocomiale

Question sur l'évaluation de connaissance	N	%
	(n=99)	
Quels sont les facteurs qui augmentent le risque d'avoir une infection nosocomiale		
Actes invasifs	17	17,2
Durée d'hospitalisation	9	9,1
Terrain	29	29,3
Age	26	26,3
Autres	18	18,2
Total	99	100

Les professionnels soignants estiment que les facteurs qui augmentent le risque d'avoir une infection nosocomiale en premier lieu c'est le terrain (29,3%) suivi de l'âge (26,3%). Cependant la durée d'hospitalisation vient en dernière position (9,1%).

Tableau 4 : Attitudes et pratiques du personnel soignant sur la prévention des infections nosocomiales

Attitudes et pratiques	N (n=99)	%
Quand est-ce que vous lavez les mains ?		
Avant chaque acte	29	29,3
Après chaque acte	49	49,5
Avant et après chaque acte	13	13,1
Jamais	8	8,1
Connaissez-vous les différents types de lavage des mains ?		
Ne sait pas	49	49,5
Simple	13	13,1
Antiseptique	25	25,3
Chirurgical	12	12,1
Quel est le moyen efficace à prendre pour améliorer la qualité des soins ?		
Elaborer des protocoles et des procédures	30	30,3
Former le personnel sur les risques encourus	36	36,4
Motiver le personnel (soutien, encouragement, assistance)	2	2
Mettre à la disposition du personnel les ressources nécessaires	13	13,1
Autres	2	2
Ne sait pas	16	16,2
Total	99	100

Les résultats issus du tableau ci-dessus montrent que près de la moitié des soignants (49,5%) ne se lavent les mains qu'après l'acte de soins. et 8,1% affirment ne jamais laver les mains avant les soins. Quand à la connaissance des différents types de lavage des mains, les données montrent que près de la moitié des répondants (49,5%) ne savent pas différencier les types de lavage de mains.

Les principaux moyens le plus efficace pour améliorer la qualité des soins cités par plus de la moitié des répondants sont : former le personnel sur les risques encourus (36,4%), élaborer des protocoles et des procédures (30,3%), 16,2% des répondants ne savent même pas le moyen le plus efficace pour améliorer globalement la qualité de soins.

Tableau 5 : Observation des pratiques d'hygiène des 26 professionnels de santé

Indicateurs	Score	Critère	Niveau de score		Niveau globale score (%)	Niveau de conformité
			n	%		
Tenue professionnelle	0-3	Port de blouse	26	96	83	Elevé
		Blouse propre	22	81		
		Blouse marche courte	20	74		
Port des gants	0-1	Pendant les soins à risques	17	63	63	Moyen
Friction des mains	0-6	Pratique de la friction	3	11	0	Nul

		Maitrise de la technique	0	0		
Lavage simple de mains	0-1	Pratique de lavage	7	26	26	Faible
	0-9	Maitrise de la technique	2	7	7	
					38,25	Faible

Ce tableau d'observation montre que la conformité générale des pratiques est faible (38,3%). Concernant la tenue, elle est de 83% (tenue de travail pendant les soins : 96% portent des blouses, 81% portent des blouses propres et 74% mettent une blouse à manche courte). En ce qui concerne le port de gants, le niveau de conformité (port des gants pendant les soins à risque) est de 63%. Par rapport à la friction des mains, la conformité est nulle. Aucun enquêté (0%) n'a maîtrisé la technique. Quant au lavage simple des mains, la conformité est faible, 26% seulement d'enquêtés maîtrisent la technique.

3.2 Analyses bi-variées

Tableau 6 : Lien entre la formation en hygiène hospitalière et les variables retenues par l'étude

Variabes	χ^2	dl	p
Méconnaissance des gestes essentiels de la conduite à tenir en cas d'AES	8,463	1	0,006
Méconnaissance de facteurs qui augmentent le risque	12,267	4	0,001
Méconnaissance des moyens de prévention	116,075	6	0,004

Les résultats de ce tableau montrent clairement l'existence d'une association statistiquement significative entre l'irrégularité de la formation en hygiène hospitalière et la non-maitrise des gestes essentiels en cas d'AES (χ^2 : 8,463, p : 0,006). Les résultats mettent aussi en évidence l'existence d'une association très statistiquement significative entre l'ignorance de facteurs qui augmentent le risque d'avoir une infection nosocomiale et l'irrégularité de la formation en hygiène hospitalière (χ^2 : 12,267, p : 0,001). L'ignorance des certains moyens de prévention des infections nosocomiale est aussi fonction de la régularité de la formation en hygiène hospitalière (χ^2 : 16,075, p : 0,004).

Tableau 7 : Relation entre la connaissance de mode de transmission des IN dans le service, connaissance de gestes essentiels en cas d'AES et les catégories professionnelles

Variabes	χ^2	dl	p
Connaissance des gestes essentiels de la conduite à tenir en cas d'AES	9,421	3	0,024
Connaissance des modes de transmission	3,796	1	0,050

Il ressort de l'observation et de l'analyse des résultats du tableau 7 que la connaissance des modes de transmission des IN dans le service est significativement associée aux catégories professionnelles des prestataires de soins (χ^2 : 9,421, p : 0,024). Les médecins

maitrisent mieux les modes de transmission des IN que les infirmiers. La connaissance des gestes essentiels en cas d'AES est liée statistiquement aux catégories professionnelles des prestataires de soins (χ^2 : 3,796, p : 0,050).

4. Discussion des résultats

Au niveau des connaissances générales sur les infections nosocomiales, 57,6% de soignants affirment avoir déjà reçu une formation en hygiène hospitalière ces trois dernières années. Concernant la définition des infections nosocomiales, elle est connue de plus de la moitié des répondants (62,6%) et 4% seulement ont très bien défini les IN (Infection acquise à l'hôpital +48H). Concernant le taux d'infections nosocomiales dans leurs services, 84% déclarent n'en être pas informés. S'agissant des modes de transmission des infections nosocomiales, elle est diversement appréciée par les répondants avec prédominance de ceux qui citent la transmission manu portée, soit 40,4%. La faiblesse des connaissances rejoint dans un certain sens ceux obtenus par Chevalier B, Margery J., Wade B. et al. (8) qui ont trouvé dans leur étude que 56,1% (148/264) du personnel interrogé définissaient les IN comme acquises à l'hôpital, seulement 26 (9,8%) à connaître le délai minimum de 48 heures qui permet de distinguer le caractère communautaire du nosocomial. Près d'une personne sur trois (31,8%) n'était pas en mesure d'expliquer les facteurs de risque d'acquisition d'une IN : le manu portage n'est donné qu'en seconde position. Cette faiblesse du niveau des connaissances des risques infectieux pourrait entraîner des pratiques à risque et des faibles niveaux d'hygiène pendant les soins (7). Par rapport aux « AES », sa signification est connue de 28%, parmi eux, 27% seulement disent connaître la conduite à tenir en cas d'une exposition et 89% d'entre eux ignorent les gestes essentiels de cette conduite. Concernant la connaissance de moyens de prévention de l'AES, plus de la moitié (65,7%) citent le port du matériel de sécurité. Cette faiblesse des connaissances constitue une préoccupation. La littérature affirme que plusieurs personnes sont concernées par les AES durant leur carrière professionnelle. Le taux rapporté dans certains pays se situe entre 58,4% et 76,6% au Maroc (15), (16), toujours au Maroc, une étude récente de Younes Azzouzi, Mohamed EL Bakkali et al. l'ont évalué à 64,28% (17), elle est à 93% au Nigeria (18), 60% en Cote d'Ivoire (19). Quant aux moyens de prévention des infections nosocomiales, la stérilisation des dispositifs médicaux vient en tête (21%) et le lavage des mains n'est cité qu'en deuxième position (20,2%) alors que la transmission manu portée a été reconnue précédemment comme moyen principale de transmission des infections nosocomiales (40,4% tableau 2). A propos des facteurs qui augmentent le risque d'avoir une infection nosocomiale plus de la moitié des répondants (55,6%) ont cité le terrain et de l'âge du patient. Très peu des répondants (9,1%) seulement font référence à la durée de l'hospitalisation. A notre avis, ceci démontre une insuffisance des informations et des connaissances en rapport avec les infections nosocomiales.

Au niveau des pratiques, près de la moitié des soignants (49,5%) ne lavent leurs mains qu'après l'acte de soins. et 8,1% affirment de ne jamais laver les mains avant les

soins. Quand à la connaissance des différents types de lavage des mains, les données montrent que près de la moitié des répondants (49,5%) ne savent pas différencier les types de lavage de mains. Les principaux moyens le plus efficace pour améliorer la qualité des soins cités par plus de la moitié des répondants sont : former le personnel sur les risques encourus (36,4%) et élaborer des protocoles et des procédures (30,3%), 16,2% ne savent même pas le moyen le plus efficace pour améliorer globalement la qualité de soins.

L'observation montre que la conformité générale des pratiques est faible (38,3%). Concernant la tenue, elle est de 83% (tenue de travail pendant les soins : 96% portent des blouses, 81% portent des blouses propres et 74% mettent une blouse à manche courte). En ce qui concerne le port de gants, le niveau de conformité (port des gants pendant les soins à risque) est de 63%. Par rapport à la friction des mains, la conformité est nulle. Aucun enquêté (0%) n'a maîtrisé la technique. Quant au lavage simple des mains, la conformité est faible, 26% seulement d'enquêtés maîtrisent la technique. Ces résultats prouvent qu'il y a méconnaissance de la situation en rapport avec les infections nosocomiales comme ailleurs en Afrique. Certaines études effectuées corroborent dans une certaine mesure la notre. H. Hien, M. Drabo, L. Ouédraogo, et al. (7) dans une étude similaire à la notre sur les connaissances et pratiques des professionnels de santé sur le risque infectieux associé aux soins dans un hôpital de district au Burkina Faso qui ont trouvé que le niveau des connaissances était également faible : 30% des professionnels avaient correctement défini les infections nosocomiales, aucun prestataire ne connaissait les trois types de lavage des mains, Par contre le lavage des mains avant et après chaque acte de soins était connu jusqu'à 85,18% des professionnels et le niveau d'observation des pratiques était même faible (36,85%).

Certes, le problème lié aux infections nosocomiales reste peu documenté dans les pays en développement. L'insuffisance des connaissances est une préoccupation parmi le personnel soignant surtout en Afrique subsaharienne et ce malgré les efforts entrepris dans le cadre de la démarche qualité. Plusieurs facteurs contextuels peuvent être à l'origine de ce problème. Parmi les causes figurent en premier lieu l'éducation, la formation initiale et en cours d'emploi comme maillon essentiel de lutte contre la lutte contre les infections nosocomiales. (7, 9,10). Notre analyse bi variée a confirmé cette hypothèse. Nous avons trouvé une relation forte entre la formation en hygiène hospitalière et les variables suivantes :la maîtrise des gestes essentiels en cas d'AES (χ^2 : 8,463, p : 0,006), la connaissance de facteurs qui augmentent le risque d'avoir une infection nosocomiale (χ^2 : 12,267, p : 0,001) et la connaissance des certains moyens de prévention des infections nosocomiale (χ^2 : 16,075, p : 0,004).En deuxième position, l'aménagement d'infrastructure d'eau d'assainissement, représente une condition préalable pour la prévention de la contamination à l'hôpital et l'attention doit en outre, être portée sur les appareils et la fourniture d'électricité pour les faire fonctionner (3).Mais il faut reconnaître que, même dans les pays développés, les moyens font défaut. C'est pour quoi la mise en œuvre d'une démarche qualité permettrait de réagir à ces difficultés précitées. Dans un contexte où les ressources sont de plus en plus limitées, une utilisation

sage et rationnelle de ces ressources et l'attitude positive des agents seraient une excellente solution (12).

En troisième position vient le problème de vulgarisation des protocoles et des procédures dont l'importance est reconnue par plusieurs auteurs en matière de prévention des infections nosocomiales (11). La mise en place des protocoles et des procédures a d'ailleurs été citée par 30,3% agents comme un des moyens efficace pour améliorer la qualité des soins. La Clinique Ngaliema possède cinq protocoles (lavage simple des mains, désinfection des mains avec SHA, gestion des déchets, gestion des dispositifs médicaux et le lavage chirurgical des mains) mais ils ne sont pas suffisamment vulgarisés au près du personnel soignant.

En dehors de toutes les causes précitées, d'autres peuvent également expliquer le faible niveau des connaissances. Notre analyse bi variée a mis en relief d'autres facteurs qui sont à la base de l'insuffisance des connaissances des professionnels de santé. Nous avons constaté qu'il existait également une association entre la connaissance en matière de prévention des infections nosocomiales et les variables suivantes : la connaissance des gestes essentiels en cas d'AES est liée statistiquement aux catégories professionnelles des prestataires de soins. Les médecins maîtrisent mieux les modes de transmission des IN et les modes de transmission des IN que les infirmiers ($\chi^2 : 3,796$, $p : 0,050$ et $\chi^2 : 9,421$, $p : 0,024$). Ceci peut s'expliquer du fait que la formation initiale en hygiène hospitalière n'est pas bien structurée dans le cursus académiques des infirmiers. Nos résultats contredisent ceux Moussa Benboubker et al. qui, dans leurs travaux, ont trouvé que les bonnes réponses déclarées l'étaient dans la catégorie des infirmiers (14). Les résultats montrent également une association significative entre le personnel soignant des différents services et la maîtrise de la définition des infections nosocomiales. Il apparaît que les agents du service de la chirurgie maîtrisent assez bien cette définition que ceux d'autres services ($\chi^2 : 8,244$, $p : 0,042$). La facilité de constater l'infection d'une plaie opératoire est plus facile à constater met ce personnel en éveil. Toute fois ces résultats nécessitent d'autres études pour confirmation. Enfin, actuellement on essaie d'expliquer le problème lié aux IN autrement. Il est examiné sous l'angle anthropologique. Eugénie d'Alessandro, dans une enquête menée à l'hôpital de Niamey a apporté un élément complémentaire à la lutte contre les infections nosocomiales. Il explique qu'en Afrique, les analyses du risque infectieux se limitent souvent à une évaluation des décalages entre les normes techniques et des pratiques hospitalières. L'insuffisance des connaissances théoriques est régulièrement invoquée, conduisant à un cycle de formation-évaluation qui semble voué à l'échec. Pour élargir la compréhension des dysfonctionnements à la base des risques sanitaires, Il propose une approche anthropologique qui tient compte des dimensions culturelles sociales, éthiques, médicales et techniques (13).

Notre étude comporte certaines limites due principalement à la méthodologie utilisant le questionnaire auto administré qui peuvent occasionner des biais par la surestimation du degré de compréhension des mesures d'hygiène par le personnel mais qui est corrigé par la confrontation des résultats du questionnaire à ceux de l'observation non participante. Malgré ces limites, cette étude a démontré que le problème de

prévention du risque infectieux reste toujours un problème de santé publique surtout dans les pays en développement.

5. Conclusion

La présente étude avait pour but de documenter les connaissances, les attitudes et les pratiques du personnel soignant sur le risque nosocomial. Cette étude a montré que le problème de la prévention des infections nosocomiales est dû principalement à l'insuffisance des connaissances de règles de prévention. A travers cette étude, on a pu constater que, malgré la mise en œuvre d'une démarche qualité (approche 5S-KAIZEN-TQM) à la Clinique Ngaliema, dix ans après, les indicateurs en matière de prévention des infections nosocomiales ne se sont toujours pas améliorées. La réussite du projet doit passer par la formation initiale et en cours d'emploi, la sensibilisation, information et l'octroi des ressources nécessaires. Il faut également tenir compte de la dimension anthropologique.

Référence bibliographique

1. Organisation mondiale de la santé (OMS), Septembre 2010, Document technique. Lutte contre les infections et soins de santé : nécessité d'une action de collaboration
2. Cohen DR. Economic issues in infection control. *The Journal of Hospital Infection*, 1984, 5 Suppl A; 17–25.
3. Agence Japonaise de Coopération internationale (JICA), juillet 2013, évaluation thématique « analyse du processus de génération de résultats par l'approche 5S-KaizenTQM en milieu hospitalier » Rapport final.
4. A Review of Nosocomial Infections in Sub-Saharan Africa by Elizabeth N., Mbim; Clement I. Mbotto; Basse E. Agbo. May 2016.
5. Dunia E, Mwandi A. Analyse de la situation de la sécurité des patients et du contrôle infectieux dans les établissements de santé en période post-conflit en RD Congo. [Article publié dans International Conférence on Prevention & Infection Control : Session spéciale Afrique RIPAQS-ICPIC] c/2011. [consulté le 19/03/2019]. Disponible sur: <http://icpic2011.com/RIPAQS.pdf>. [[Google Scholar](#)]
6. Simon, P. Kraemer, J. J. De Pina, E. Demortière, C. Rapp. Le risque nosocomial en Afrique intertropicale-partie 2: les infections des patients / F.- In : *Médecine Tropicale* , 2006, vol. 66, no1, pp. 91-96.
7. Hervé Hien, M. Drabo, L. Ouédraogo, et al. (2013). Connaissances et pratiques des professionnels de santé sur le risque infectieux associé aux soins : étude dans un hôpital de district au Burkina Faso. *220 Santé publique volume 25 / N°2 - mars-avril 2013*.

8. Chevalier B., Margery J., Wade B., Ka S., Diatta B., Gueye M., Mbaye P. S., Debonne J. M. (2008). Perception du risque nosocomial parmi le personnel hospitalier de l'Hôpital Principal de Dakar. *Med Trop* 2008; 68 : 593-596
9. Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec, 2006 ; Les infections nosocomiales, Santé et services sociaux.
10. Boni-Cisse C., Faye-Kette H, Timite-Konon M, Meite S.(2007). Evaluation du niveau de connaissance et des attitudes pratiques concernant les infections nosocomiales au centre hospitalier universitaire de Yopougon au cours de l'année 2006, *Revue Bio-Africa* - Numéro Spécial 2007, pp. 52-56.
11. Rosenthal V. D. Healthcare associated infections in developing countries. *Lancet*. 2011 Jan 15;377(9761):186.8.
12. Hasegawa T., Karandagoda W. (2011). Changement de management pour l'hôpital; http://www.jica.go.jp/activities/issues/health/5S-KAIZENTOM/pdf/text_f01.pdf [consulte' le 01 mai 2018].
13. Eugénie d'Alessandro (2012). Réflexions anthropologiques autour des pratiques d'hygiène hospitalière dans un service de médecine au Niger In : *Anthropologie & Santé*, 4 | 2012. <https://anthropologiesante.revues.org/835>
14. Moussa Benboubker, Boujemaa El Marnissi, Aziz Nhili, Karima El Rhazi (2017), connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis de précautions standard chez les soignants du centre hospitalier universitaire Hassan II de Fès (Maroc). *Eastern Mediterranean Health Journal Past issues/ Volume 23. 2017/ Volume 23. Issues 1.*
15. O. Laraqui, S. Laraqui, D. Tripodi, M. Zahraoui, A. Caubet, C. Verger, C. H. Laraqui (2008). Evaluation des connaissances, attitudes et pratiques sur les accidents d'exposition au sang en milieu de soins au Maroc, *Médecine et maladies infectieuses*, vol.38, pp. 658–666.
16. A. Mbarki, B. Kabbachi, A. Ezaidi, M. Benssaou (2013). Prévalence des accidents d'exposition au sang chez le personnel soignant dans la région de Souss-Massa-Draa (Maroc), " *Science Lib Editions Mersenne*, Vol.5, n° 130111.
17. Younes Azzouzi, Mohamed EL Bakkali et al. Les accidents avec exposition au sang chez les soignants: connaissances, attitudes, pratiques et prévention dans la région de Gharb au Maroc. *International Journal of Innovation and Applied Studies* ISSN 2028-9324 Vol. 7 No. 2 Aug. 2014, pp. 557-570 c 2014 Innovative Space of Scientific Research Journals <http://www.ijias.issr-journals.org/>
18. Olobuyide I. O., Olawuyi F. (1985). Self-reported incidence of accidental exposures to patients' blood and body fluids by resident doctors in Nigeria, *J R Soc Health*, Vol.115, n°4, PP.235–6, 241-3, Aug 1995.
19. E. Ehui, O. Kra, I. Ouattara, S. Eholie, A. Kakou, E. Bissagnene, A. Kadio (2007). Prise en charge des accidents d'exposition au sang au CHU de Treichville, Abidjan (Côte-D'ivoire), *Médecine et maladies infectieuses*, Vol.37,PP. 251–256.

Mufuka Konde David

EVALUATION DES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DU PERSONNEL SOIGNANT SUR
LE RISQUE NOSOCOMIAL A LA CLINIQUE NGALIEMA EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Creative Commons licensing terms

Author(s) will retain the copyright of their published articles agreeing that a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) terms will be applied to their work. Under the terms of this license, no permission is required from the author(s) or publisher for members of the community to copy, distribute, transmit or adapt the article content, providing a proper, prominent and unambiguous attribution to the authors in a manner that makes clear that the materials are being reused under permission of a Creative Commons License. Views, opinions and conclusions expressed in this research article are views, opinions and conclusions of the author(s). Open Access Publishing Group and European Journal of Public Health Studies shall not be responsible or answerable for any loss, damage or liability caused in relation to/arising out of conflicts of interest, copyright violations and inappropriate or inaccurate use of any kind content related or integrated into the research work. All the published works are meeting the Open Access Publishing requirements and can be freely accessed, shared, modified, distributed and used in educational, commercial and non-commercial purposes under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).