

Quels sont les principaux facteurs influençant l'hygiène des mains chez les infirmiers/ infirmières dans les milieux de soins ?

Travail de Bachelor

Victor RIBEIRO PINTO N°12654596

Aurélie RODRIGUEZ GONZALEZ N°12658514

Ingrid SILVA N°12657169

Directrice :

Brigitte CHATELAIN – Chargée
d'enseignement HES

Membre du jury externe :

Sandrine BRADER - Infirmière, praticienne
formatrice, HUG

Genève, Août 2015

Déclaration

« Ce travail de bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seuls/seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 25 Août 2015

Victor RIBEIRO PINTO, Aurélie RODRIGUEZ GONZALEZ et Ingrid SILVA

Remerciements

Nous tenons à adresser nos remerciements aux personnes qui nous ont donné l'opportunité de réaliser ce travail de Bachelor sur le thème de l'hygiène des mains.

Nous souhaitons remercier particulièrement Mme Brigitte Chatelain, chargée d'enseignement à la Haute École de Santé de Genève et directrice de ce travail de Bachelor, pour nous avoir consacré du temps pour nous conseiller, nous orienter ainsi que nous encourager tout au long de notre travail. Nous tenons également à donner nos remerciements à Mme Sandrine Brader pour avoir pris du temps pour la lecture de notre travail et l'évaluation de celui-ci.

Ainsi que le corps enseignant de la Haute Ecole de Santé de Genève, pour nous avoir fait part de leur savoir et leur expérience.

Nous remercions également toutes les personnes qui nous ont apporté leur aide et leur soutien tout au long de la rédaction de ce travail de Bachelor.

Résumé :

Contexte : L'hygiène des mains est une méthode courante dans les milieux de soins. Bien que facile d'accès, elle n'est pas toujours respectée par les équipes de soins. En effet, plusieurs facteurs entrent en jeu et influencent la conformité à l'hygiène des mains. Ce travail met en lumière ces différents facteurs et les risques encourus par une mauvaise observance de la part des soignants.

Objectifs : À travers une revue de littérature, les objectifs étaient de démontrer les réels facteurs qui influencent l'application de l'hygiène des mains chez les soignants.

Méthode : Une revue de la littérature basée sur les bases de données PubMed, CINAHL, BDSP sur les dix dernières années.

Résultats : Dix articles de recherche ont été retenus. Trois principaux thèmes en sont ressortis, à savoir : Le premier concerne le taux d'observance à l'hygiène des mains, le second concerne les risques de celle-ci et le troisième, observe les facteurs influençant les deux thèmes précédents.

Perspectives : Des méthodes de rappel innovantes peuvent être mises en place afin de rappeler aux équipes soignantes de se désinfecter les mains et ainsi, augmenter la conformité à l'hygiène des mains.

Mots-clés

Hygiène	Hygiene
Main	Hand
Environnement	Environment
Influence	Influence
Connaissance	Knowledge
Compliance	Compliance
Facteur de risque	Risk factors

Liste des abréviations

ASI	Association Suisse des Infirmières et Infirmiers
BDSP	Banque de Données en Santé Publique
HM	Hygiène des Mains
HPCI	Hygiène Prévention et Contrôle de l'Infection
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
IAS	Infections Associées aux Soins
IMAD	Institution Genevoise de Maintien à Domicile
IN	Infection Nosocomiale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
TS	Travailleurs de la Santé

Table des matières

Table des matières	4
1. Introduction	6
1.1. Problématique	8
2. Cadre théorique	10
2.1. Histoire de l'hygiène des mains	11
2.2. Les données épidémiologiques	13
2.3. La prise en soin et enjeu du rôle infirmier	15
2.4. Compliance	17
2.5. Risques	18
2.5.1. Figure 1.1	20
2.5.2. Figure 1.2	21
2.6. Facteurs influençant	22
2.7. Le Caring de Jean Watson	23
2.7.1. Métaconcepts infirmiers	24
3. Méthode	27
3.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire	28
3.1.1. CINAHL	28
3.1.2. PubMed	30
3.1.3. BDSP	31
3.2. Diagramme de flux	33
4. Revue de littérature	34
4.1. Résultats et Analyses des articles retenus :	35
4.1.1. Compliance	35
4.1.2. Risques	38
4.1.3. Facteurs influençant	39
5. Discussion	47
5.1. Compliance	48
5.2. Risques	50
5.3. Facteurs influençant	51
6. Conclusion	56
6.1. Les limites	58
6.2. Les perspectives	59
7. Références	61

8. Annexes.....	65
8.1. Tableau de synthèse des articles	66
8.2. Les 5 indications à l'hygiène des mains.....	81
8.3. La friction hydro-alcoolique : comment ?.....	82
8.4. Le lavage des mains : comment ?	83

1. INTRODUCTION

L'hygiène des mains est une pratique courante dans le milieu de la santé. Elle permet de protéger les patients des environnements hostiles chargés en germes et en bactéries. L'organe de l'appréhension et du toucher réconforte et soigne les personnes hospitalisées. Elles apportent également du soutien aux personnes dans le besoin. (Hugard, 2000, p. 46)

L'application à l'hygiène des mains est la mesure la plus efficace pour réduire les infections nosocomiales. Son but est d'interrompre la transmission manuportée d'agents pathogènes d'un patient malade ou infecté un autre patient. Le fait de se laver les mains réduit la flore microbienne présente sur les mains. De ce fait, l'infirmier réduira la transmission d'agents pathogènes aux patients lors des soins. (Hugard, 2000, p. 46)

Il y a plusieurs types de lavage des mains. Il en existe trois connus :

Le lavage simple : il vise, par effet mécanique, à réduire d'au moins 90% le nombre de germes constituant la flore transitoire. (Hugard, 2000, pp. 46-47)

Le lavage antiseptique : il permet l'élimination de la flore transitoire ainsi que la réduction de la flore résidente. (Hugard, 2000, pp. 46-47)

Le lavage chirurgical : il permet l'élimination de la flore transitoire et une réduction drastique de la flore résidente. Il assure ainsi une réduction maximale du risque de contamination des mains avec des plaies ou avec du matériel. (Hugard, 2000, pp. 46-47)

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2010), si d'un côté, le lavage des mains permet le rétablissement de certains patients, d'un autre côté, elles peuvent également être néfastes pour ceux-ci. En effet, les mains sont le principal vecteur de germes dans les unités de soins et représentent le schéma de transmission d'infections le plus courant dans les unités de soins. Lorsque l'application de l'hygiène des mains n'est pas effectuée correctement, les conséquences peuvent être graves. Il a été démontré que les équipes de soins rencontrent des difficultés à l'observance de l'hygiène des mains. Un lavage des mains et une désinfection avec une solution hydro-alcoolique sont nécessaires pour limiter le risque de transmission des germes d'un endroit à un autre. (p. 5)

Selon l'OMS (2010), les infections associées aux soins (IAS) sont une cause majeure de mortalité et d'invalidité dans le monde. En effet, elles sont responsables de prolongements hospitaliers, d'invalidités à long terme, d'une résistance accrue à certaines bactéries, de coûts supplémentaires, d'un impact émotionnel pour le patient et d'une mortalité accrue. Ces agents infectieux peuvent être des bactéries (l'*Escherichia coli*, le *Staphylococcus aureus* et le *Pseudomonas aeruginosa*), des virus, ou des champignons. Néanmoins, les bactéries représentent 91% des micro-organismes isolés et des infections nosocomiales. (p. 2)

1.1. Problématique

Tout au long de la formation dans la filière Soins Infirmiers, chacun d'entre nous avons fait divers stages dans différents établissements de soins. Nous avons fait des stages dans des champs spécifiques comme la pédiatrie, l'IMAD, la psychiatrie, la gériatrie, des unités de médecine interne, de réhabilitation et de chirurgie. Nous avons collaboré avec les équipes pluridisciplinaires dans nos stages respectifs et pris en soins des patients durant nos 4 années d'études.

Plusieurs stages dans des services différents sont proposés durant la formation, ce qui permet d'observer diverses pratiques, diverses méthodes de travail, différentes techniques de soins, et également différentes façon d'appliquer l'hygiène des mains. En effet, il a été constaté que cette pratique n'est pas appliquée de la même manière par les professionnels de la santé. Il a été analysé de manière subjective des facteurs qui influencent de manière significative les soignants dans la pratique de l'hygiène des mains.

Il a, par exemple, été constaté que la conformité à l'hygiène des mains est nettement supérieure en pédiatrie que dans les autres unités de soins. Il a également été remarqué que cette pratique est mieux respectée dans les milieux hospitaliers que dans d'autres structures médicales comme par exemple dans les EMS. L'un d'entre nous a eu l'opportunité de faire un stage à l'étranger et a constaté que l'application de l'hygiène des mains n'était pas une priorité pour l'équipe contrairement aux autres soins. Il a également été observé des différences par rapport aux équipes du matin, de l'après-midi et de la nuit. Des différences de pratique d'hygiène des mains ont

également été observées entre les différents professionnels de la santé, par exemple entre les infirmiers¹ et les médecins.

Toutes ces différences pour une même pratique, font questionner et amène à une question de recherche :

« Quels sont les principaux facteurs influençant l'hygiène des mains chez les infirmiers dans les milieux de soins ? »

¹ Dans ce travail de bachelor, le mot infirmier sera utilisé à titre épicène. Il inclura les infirmières et les infirmiers.

2. CADRE THÉORIQUE

2.1. Histoire de l'hygiène des mains

À l'époque, les romains et les grecs avaient un sens purificateur mais qui évoquait également la volupté. Les romains passaient beaucoup de temps à se baigner dans les thermes collectifs. Sous les bons auspices de la Déesse Hygie, qui était pour eux la protectrice de la santé, à qui nous devons aujourd'hui le mot actuel « hygiène ». Ces différentes coutumes se sont étendues jusqu'en Orient (bains turcs ou hammams). (Salabert, 2008, p. 16) Les romains utilisaient de l'huile d'olive pour se frictionner, ce qui leur servait de savon. Ces pratiques ont continué au début du Moyen âge. Mais c'est au cours de la renaissance et des Temps modernes qu'une nouvelle pratique est apparue, la toilette sèche. Cette nouvelle pratique a débuté lorsque l'église a jugé les soins corporels indécents, mais aussi, lorsqu'est survenue la peur que l'eau soit un vecteur de l'épidémie. (Freestone, 2009, p. 1) L'hygiène a marqué une pause lors de la Renaissance, lorsque la perception du corps a changé. Les médecins considéraient l'acte du bain comme un acte suicidaire, car ils croyaient que l'eau pouvait pénétrer dans le corps par les pores de la peau et donc transmettre des maladies. C'est alors que la toilette sèche a été conseillée. De nouvelles mesures, telles que le nettoyage de la ville par arrosage des rues, sont également apparues lors d'épidémies tel que l'isolement des pestiférés. Entre le 17^{ème} et le 18^{ème} siècle, le parfum qui est apparu au Moyen Âge, est utilisé pour masquer les odeurs corporelles. (Salabert, 2008, pp. 16-17)

Concernant les hôpitaux, Jacques Tenon (1724-1816) en a fait une description détaillée :

Si on excepte les hommes variolés qui ont une salle particulière, où on les rassemble jusqu'à quatre à six dans le même lit, les autres contagieux sont confondus dans les mêmes salles, les mêmes lits avec des personnes dont les maladies ne sont pas contagieuses. Ces maux contagieux se propagent à l'intérieur de l'Hôtel-Dieu par les malades, les serviteurs, les hardes, hors cette maison par les malades qui sortent communément avec la gale, par les hardes des morts qui sont vendues chaque année sans être nettoyées. (Mirko, 1999, pp. 114-146 cité par Salabert, 2008, p. 17)

Cette citation démontre dans quelles conditions vivaient les malades de l'époque.

Les mesures pour séparer les personnes contagieuses de celles qui étaient saines étaient précaires et la contagion à son affluence. La dissémination des maladies infectieuses était le résultat de la méconnaissance des germes et de leurs mécanismes de transmissions. Il faut savoir aussi que les conditions pour opérer étaient insalubres, les chirurgiens opéraient sans tenues vestimentaires adaptées et sans lavages des mains. En 1773, un chirurgien anglais, Charles White a rapporté le cas de deux obstétriciens dont l'un voyait plusieurs patientes décéder chaque année après avoir contractées une fièvre puerpérale, tandis que le second n'en observait pas. Mais il n'a tiré aucune conclusion de cette constatation. (Salabert, 2008, pp. 16-19)

C'est lors du 19^{ème} siècle, qu'il est apparu un grand changement, des mesures d'hygiène ont été prises telles que : des fosses septiques, l'évacuation des eaux usées, les savonnettes, la brosse à dents, les salles de bains ont également fait leur apparition. (Salabert, 2008, pp. 16-19)

Au début du 19^{ème} siècle, un obstétricien écossais a constaté la corrélation entre les nombreux décès de femmes en couches et des épidémies. Il a souligné pour la première fois le fait que les maladies étaient contagieuses, et a mentionné le rôle des soignants dans la transmission des maladies. C'est en 1846 qu'un obstétricien hongrois, Ignaz Philip Semmelweiss, a remarqué qu'une épidémie de fièvre puerpérale augmentait le taux de mortalité. Il a constaté que l'épidémie était plus importante dans un des pavillons du service que dans l'autre. Il a observé que le taux de mortalité était plus élevé chez les femmes en couches, dont les pavillons étaient fréquentés principalement par des médecins et des étudiants en médecine qui venaient directement des salles de dissection. Contrairement à l'autre pavillon où les sages-femmes ne s'y rendaient jamais et qui était sous la responsabilité de religieuses. Il en a déduit que la cause venaient des mains souillées des étudiants, transmettant ainsi les microbes des cadavres aux femmes enceintes. (Salabert, 2008, pp. 16-19)

C'est alors qu'en 1847, il a instauré le lavage des mains obligatoire avec une solution de chlorure de chaux. Cependant, sa théorie n'a pas été très bien accueillie par le corps médical car celle-ci allait à l'encontre des idées de l'époque. Selon la théorie défendue par Archimède Pouchet (1800-1872), qui explique la possibilité que certains germes pourraient apparaître d'eux-mêmes dans un milieu inerte. (Salabert, 2008, pp. 16-19)

C'est en 1857, que Pasteur (1822-1895), découvre les germes, il se retrouve donc en contradiction avec Archimède P. C'est lui qui va commencer à étudier la fermentation de la bière et la transformation du vin en vinaigre. Il va démontrer que lorsqu'une bouteille est close, et donc mise à l'abri de l'air, aucune moisissure ne va se développer. Cependant, lorsque celle-ci se retrouve en contact avec l'atmosphère environnante, les phénomènes de moisissure et de fermentation apparaissent. Toutes ces expériences ont pour but de démontrer que l'on peut prévenir ces phénomènes comme par exemple en pasteurisant le lait et les aliments, en faisant chauffer les récipients, les instruments et les pansements des chirurgiens (stérilisation par chaleur). Au 20^{ème} siècle, des conférences internationales vont mettre en place un office international d'hygiène publique qui deviendra par la suite l'OMS en 1946. C'est une lutte et une coopération qui commence contre les maladies infectieuses. (Salabert, 2008, pp. 16-19)

2.2. Les données épidémiologiques

L'observance à l'hygiène des mains par le personnel soignant est variable entre 5% à 89%, avec une moyenne de 38.7%. Ces données concernent les pays développés et démontrent clairement un taux d'observance insuffisant, voire très faible. Cette observance dépend de plusieurs facteurs comme, par exemple, l'intensité du travail. En moyenne, l'hygiène des mains est pratiquée de 5 à 42 fois par équipe et de 1.7 à 15.2 fois par heure. (OMS, 2010, p. 3)

Dans les pays développés, les infections associées aux soins (IAS) concernent 5 à 15% des personnes hospitalisées. Ces chiffres peuvent augmenter de 9 à 37% des patients admis dans des unités de soins intensifs. Dans ces unités-là, les taux de mortalités bruts sont compris entre 12% à 80% en Europe et aux Etats-Unis. Dans les unités de soins intensifs, la plupart de ces infections ne sont pas directement liées à des agents pathogènes manuportés, mais plutôt à des dispositifs médicaux invasifs comme les cathéters veineux centraux, les sondes urinaires ou la ventilation mécanique. (OMS, 2010, p. 3)

Selon OMS (2010), chaque année, il y a cinq millions d'infections associées aux soins en Europe dans les hôpitaux de soins aigus, provoquant 135'000 morts annuellement et 25 millions de journées d'hospitalisations supplémentaires. Celles-ci entraînent une charge financière importante à prendre en considération, car elles sont comprises entre 13 et 24 milliards d'euros. (p. 3)

Dans les pays en voie de développement, il est difficile de diagnostiquer les infections nosocomiales à cause de plusieurs facteurs. La fiabilité des données de laboratoire, l'accès limité à des équipements de diagnostics, le manque de tenues adéquates, tous ces éléments font qu'il y a peu de données dans ces pays en ce qui concerne les IAS. De ce fait, il est plus susceptible que ces infections soient plus élevées dans les pays en voie de développement, que dans les pays développés. Une étude réalisée sur une journée dans les hôpitaux, a démontré que la prévalence des IAS était comprise entre 14.8% et 19.1%. D'autres études démontrent que le taux d'infections est plus élevé dans certaines infrastructures de soins, comme par exemple dans un hôpital pédiatrique au Nigeria où les IAS sont de 30.9%. Dans un hôpital de la République Unie de Tanzanie, les IAS sont de 23% en chirurgie, et de 19% dans une maternité au Kenya. Il est également important de noter que dans les établissements de soins au Brésil, les nouveau-nés contractent des IAS avec un taux de mortalité significatif variant de 12 à 52%. Tout cela entraîne un coup supplémentaire à prendre en considération surtout dans les pays à faibles ressources. (OMS, 2010, pp. 2-4)

2.3. La prise en soin et enjeu du rôle infirmier

Selon le code de déontologie du CII de l'infirmière (2006), l'infirmier a plusieurs responsabilités essentielles qu'il est tenu de respecter. Parmi ses responsabilités, il est tenu de prévenir la maladie. En lien avec l'hygiène des mains, l'infirmier doit donc respecter les indications en prévention de transmettre une infection nosocomiale aux patients. (p. 2)

Selon le code de déontologie du CII de l'infirmière (2006), l'infirmier « doit également constamment mettre à jour ses connaissances professionnelles » (p. 2), dans le cas où celui-ci n'aurait pas les informations nécessaires dans son rôle de prévention des infections. Il devra donc suivre une formation.

« Lorsqu'elle dispense des soins, l'infirmière s'assure que le recours aux technologies et aux pratiques scientifiques les plus récentes est compatible avec la sécurité, la dignité et les droits des personnes. » (Code de déontologie CII pour la profession infirmière, 2006, p. 3) Plusieurs articles scientifiques démontrent le rôle des mains et donc des professionnels de la santé dans les transmissions des infections associées aux soins.

Il n'y a pas que les infirmiers qui ont un rôle dans la prévention des infections liées aux soins. L'état a également des devoirs :

« L'état prend ou encourage les mesures de promotion de la santé et de prévention propre à maintenir et à améliorer la santé de la population. À cet effet, l'état collabore avec les communes, les professions de la santé et les associations privées intéressées. Il assure la coordination des activités dans ce domaine. » (Art. 29 de la loi sur la santé publique du 29 mai 1985 (=LSP/VD ; 800.01)

La responsabilité de l'infirmier dans la qualité de soins :

« L'infirmière mobilise ses connaissances, son savoir-faire, et son savoir-être pour agir, exercer son jugement et prendre, seule ou en équipe, des décisions cliniques. » (Association Suisse des Infirmières et Infirmiers, 2007)

Selon L'ASI (2007), sur la position éthique de la responsabilité de l'infirmier dans la qualité de soins, celui-ci répond à 3 impératifs professionnels et moraux :

Donner des soins professionnels : L'infirmier est bienfaisant et favorise l'autonomie du patient. Celui-ci permet à la personne soignée d'atteindre ses objectifs par la mise en place d'actions par l'infirmier. Parmi elles, il y a l'analyse des données de la personne, de ses symptômes, de sa perception de sa santé par la mise en place d'un traitement curatif, préventif ou palliatif. L'infirmier se base également sur des connaissances scientifiques, sur son expérience dans les soins en accord avec le patient sur ses préférences. L'infirmier obtient des résultats concrets et mesurables. Il établit également par la mise en place de toutes ses actions, une relation de confiance soignant/soignée en faisant preuve d'authenticité, de fiabilité et d'honnêteté.

Donner des soins sécuritaires : Cet axe concerne la bienfaisance et la non malfaisance. L'infirmier aide le patient à obtenir ce qui est le meilleur pour sa santé et il le protège de ce qui pourrait menacer sa sécurité.

Donner des soins équitables : Chaque individu a le droit de recevoir la même qualité de soins et l'infirmier a le devoir de respecter leurs droits fondamentaux.

La définition de l'éthique :

Désigne la réflexion philosophique qui se propose de définir des principes pour la conduite de la vie. Elle ne se réfère pas aux concepts a priori de bien et de mal ; elle s'assigne pour but la recherche des principes qui justifient (et fondent) la poursuite du bonheur et rendent possible sa réalisation dans le cadre du respect de l'autre (c'est-à-dire de la réciprocité). (Bosi, 2004, p. 7)

L'évolution de notre société a conduit assez logiquement à l'évolution des professions hospitalières. Nous assistons à une banalisation de nos actes et de nos professions. ... Cependant, ce progrès n'a-t-il pas laissé la place à des générations de professionnels qui ne s'interrogent plus et qui préfèrent les certitudes rassurantes et les raccourcis intellectuels aux remises en question personnelles ? (Bosi, 2004, p. 3)

« Il existe dans les pratiques courantes de soins (médicaux ou paramédicaux), plusieurs actions ou moments où une interrogation sur la bienfaisance et la non malfaisance de nos actes ou de nos non-actes semblent légitime. » (Bosi, 2004, p. 9)
Selon les Hôpitaux Universitaires de Genève (2007),

le principe de bienfaisance c'est : l'obligation d'agir pour le bien-être des autres, de prévenir un mal, d'enlever un mal, de faire et de promouvoir le bien. Le principe de bienfaisance implique une action d'aide tandis que le principe de non-malfaisance implique l'abstention d'une action causant un mal ou un tort.

Selon Bosi (2004), les différentes journées scientifiques se déroulant en France, qui traitent de la prise en soins en fin de vie ou la réanimation néo-natale par exemple, l'éthique est considérée comme une matière à part entière, alors que dans les mêmes séances qui traitent sur les infections nosocomiales, l'éthique n'a pas encore trouvé sa place. (pp. 10-11)

Les infirmiers ont-ils vraiment conscience que l'éthique s'applique n'ont pas seulement lors de prises en soins complexes, mais également lors de l'application de l'hygiène des mains, un acte qui semble anodin ?

2.4. Compliance

Dans ce travail, la compliance synonyme de conformité, observance, adhérence, se définit par la "caractéristique du comportement d'un individu ou d'un sous-groupe, lorsque ce comportement est déterminé par la règle du groupe ou par une autorité." (Larousse, S.d)

Il a été démontré que le personnel soignant rencontre des difficultés à la compliance de l'hygiène des mains, à différents niveaux. Il a été montré que l'application de l'hygiène des mains est essentielle pour prévenir les IAS et le développement de la résistance anti-microbienne.

Des taux de compliances faibles, voire insuffisants, ont été démontrés dans les pays en voie de développement, ainsi que dans les pays développés. L'observance du personnel soignant concernant les règles de l'hygiène des mains est variable. La moyenne de la compliance aux procédures d'HM est de 38,7%. Ces taux varient de 5 à 89%. Celle-ci varie en fonction de plusieurs facteurs. (OMS, 2010, p.5)

Selon Pittet (2009), les recommandations établies par l'OMS, ne sont pas entièrement respectées tant au plan qualitatif qu'au plan quantitatif. Plusieurs études montrent que les soignants connaissent de manière insuffisante les bonnes indications à l'HM, et qu'ils pensent avoir un taux d'observance bien supérieur à la réalité. Par exemple, les médecins pensent avoir été adhérents à 80%, alors qu'ils ne l'étaient en réalité qu'à 30%. (p.716)

Plusieurs campagnes ont été mises en place pour permettre d'augmenter le taux de compliance à l'HM.

Dans la littérature scientifique, plusieurs auteurs (Naikoba/Hayward, Pittet et Larson) ont démontré que les actions uniques, les actions combinées (formation et formation permanente, rappels sur le lieu de travail, promotion de la solution hydro-alcoolique et audit avec feedback) permettent d'augmenter l'observance à l'hygiène des mains. Mais, sans efforts répétés, cet effet est limité dans le temps. La pratique de l'hygiène des mains n'est pas une option, une question de bon sens ou une opportunité. Elle répond à des indications survenant au cours des activités de soins. Lors des frottis de dépistage effectués dans le cadre de l'enquête MRSA, les infirmiers régionaux HPCI ont observé que les indications à l'hygiène des mains n'étaient pas respectées de manière optimale par le personnel soignant. (Hygiène Prévention et Contrôle de l'Infection, 2012, p. 4)

2.5. Risques

Les infections nosocomiales sont la transmission croisée des agents pathogènes par le simple contact des mains du personnel soignant, ainsi que par la contamination des germes résistants aux antibiotiques. Les infections nosocomiales sont également appelées infections associées aux soins (IAS). (Pittet, 2009, p. 716)

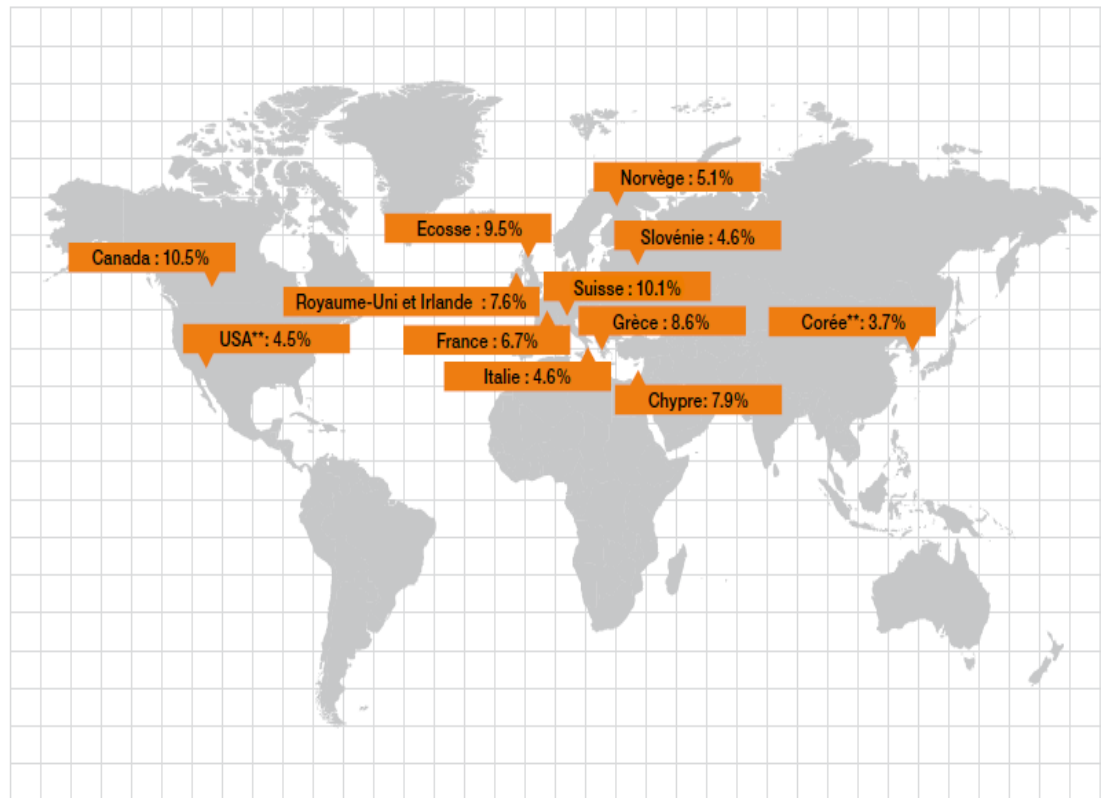
Les IAS représentent un problème majeur pour la sécurité des patients et leur prévention doit être une priorité des établissements engagés dans l'amélioration de la sécurité des soins. L'impact des IAS implique la prolongation des séjours hospitaliers, des invalidités à long terme, une

résistance accrue des micro-organismes aux antimicrobiens, une charge financière supplémentaire très élevée, une mortalité accrue, des coûts élevés pour les systèmes de santé et un impact émotionnel pour les patients et leurs familles. Le risque de contracter une IAS dépend de facteurs relatifs à l'agent infectieux (par exemple, virulence, capacité à survivre dans l'environnement, résistance antimicrobienne), à l'hôte (par exemple, âge avancé, faible poids de naissance, pathologies sous-jacentes, état de faiblesse, immunosuppression, malnutrition), et de l'environnement (par exemple, admission en unités de soins intensifs, hospitalisation prolongée, dispositifs médicaux invasifs et procédures invasives, thérapies antimicrobiennes). Bien que le risque de contracter une IAS soit universel et n'épargne aucun établissement ou système de soins dans le monde, son impact au niveau mondial est inconnu en raison de la difficulté à rassembler des données diagnostiques fiables. Cela est dû à la complexité et au manque d'homogénéité des critères utilisés pour le diagnostic des IAS et au fait que les systèmes de surveillance des IAS sont totalement inexistant dans la plupart des pays. En conséquence, les IAS sont un problème, transversal, largement méconnu ou sous-estimé, qu'aucun établissement de soins ou aucun pays ne peut prétendre avoir résolu. (OMS, 2010, p. 2)

Il est important, ici, de s'intéresser à la différence entre les pays développés et ceux en développement. Est-ce que la différence entre les ressources de ces divers pays présents ci-dessous pourrait avoir un impact sur le risque d'infection ?

2.5.1. Figure 1.1

Figure 1.1
Prévalence des IAS dans les pays développés*



* Références dans la Partie I.3 des Recommandations de l'OMS pour l'Hygiène des Mains au cours des Soins (2009).

** Incidence

Tiré de : OMS, 2010.

2.5.2. Figure 1.2

Figure 1.2
Prévalence des IAS dans les pays en développement*



Tiré de : OMS, 2010.

Selon OMS (2010), dans les pays en développement, les populations sont touchées par la malnutrition et par de nombreuses maladies, ce qui multiplie le risque d'IAS. De nombreuses IAS bactériennes et virales sont transmises, et par conséquent, les infections sont susceptibles d'être plus élevées que dans les pays développés. Par exemple, les infections liées aux sites chirurgicaux, associés à des dispositifs médicaux et les infections néo-natales, rapportées lors d'étude ont montré que les pays en développement étaient plus à risque de contracter une IAS. (p. 4)

Néanmoins, il ne faut pas oublier que les soignants sont les principaux vecteurs d'agents pathogènes qui peuvent provoquer des IAS auprès des patients. Les soignants eux-mêmes peuvent contracter des IAS auprès des patients.

Selon OMS (2010), il a été recensé que divers cas d'infections nosocomiales liées au personnel soignant, étaient dues principalement à des transmissions se produisant par l'intermédiaire de gouttelettes, par contact direct de matériel souillé, ou par contact avec un objet contaminé par du matériel infectieux. Lors de certaines procédures de soins, les soignants ont des pratiques inappropriées et des conduites à risque, ce qui peut entraîner la transmission de pathologies virales telles que la grippe, le syndrome respiratoire aigu sévère, le VIH, l'hépatite B et des pathologies bactériennes telles que la tuberculose. (p. 4)

2.6. Facteurs influençant

Selon Pittet (2009), les facteurs qui conduisent à une mauvaise observance à l'hygiène des mains sont nombreux. Plusieurs études démontrent que les soignants ont de mauvaises connaissances sur les bonnes pratiques de l'hygiène des mains et qu'ils ont une perception erronée de leur niveau de performance. Par exemple, une étude révèle que les médecins pensent avoir un taux d'adhérence supérieur à 80% alors qu'en réalité, ce taux est bien inférieur à 30%. (p. 716)

Cet article démontre également un autre facteur important à prendre en considération, à savoir, le nombre d'opportunité à l'hygiène des mains. C'est-à-dire que plus le nombre d'opportunité à l'hygiène des mains est élevé et moins bonne sera l'observance.

Il a également été démontré que le nombre d'opportunité à ce procédé varie suivant les unités de soins. Par exemple, à la salle de réveil, un infirmier doit recourir à l'hygiène des mains en moyenne, entre 25 à 30 fois par heure. Par conséquent, le soignant devrait donc consacrer plus de 30 minutes par heure de soins rien qu'à l'hygiène des mains, à partir du moment où il utilise la méthode conventionnelle du lavage des mains avec eau et savon. Il ne resterait donc que la moitié du temps disponible au soin du patient. Cela démontre une incompatibilité avec des soins de qualité.

Cet exemple démontre bien qu'une surcharge de travail dans les soins peut être un des facteurs responsables d'une mauvaise observance à l'hygiène des mains,

pouvant être un risque accru aux infections nosocomiales. L'article explique aussi que la contrainte du temps est un facteur de risque à une mauvaise compliance de la part des soignants dans leurs pratiques à l'hygiène des mains.

2.7. Le Caring de Jean Watson

La problématique gagne à être développée sous l'angle du modèle de Watson.

Cette théorie consiste en :

Selon Pepin, Kérouac & Ducharme (2010) :

J. Watson fait partie de l'école du Caring, et sa théorie est dite théorie intermédiaire, c'est-à-dire qu'elle est plus facilement applicable dans la réalité des soins et donc moins abstraite. Elle fait partie de la philosophie de l'interaction, elle s'inscrit donc dans le paradigme de l'interactif - intégratif. Son concept a été proposé dans les années 1979. Il décrit une approche humaniste qui prend compte de l'aspect spirituel de l'être humain. Le « caring » permet d'entrer en relation avec la personne et de l'aider à croître, s'actualiser et se développer. (p. 70)

On entre en relation avec une personne à travers un regard, un toucher, une parole, et même à travers les soins techniques ; on rentre en relation transpersonnelle afin d'aider la personne à atteindre une harmonie entre son âme, son corps et son esprit. (Journal Association FSI-USJ, 2006, p. 16)

Lors de cette entrée en relation, les soignants pratiquent l'hygiène des mains. Lors des soins techniques, il est nécessaire de pratiquer l'hygiène des mains, c'est un des vecteur essentiel pour que l'hospitalisation de la personne se déroule au mieux.

De plus, en se référant à la théorie de Watson cela implique que « c'est un engagement personnel qui a pour but de respecter la dignité humaine ainsi que de préserver l'humanité » (Journal Association FSI-USJ, 2006, p. 15), de même lorsqu'une personne se présente à l'hôpital pour se faire soigner, celle-ci ne souhaite

pas que son séjour soit prolongé pour cause d'infection. Il est donc dans le but du soignant de montrer son engagement personnel en pratiquant l'hygiène des mains au bon moment afin de préserver l'état de santé de la personne.

Elle dit également que « le caring est un accompagnement de la personne afin de l'aider à comprendre, contrôler et à s'auto guérir. » (Journal Association FSI-USJ, 2006, p. 16) De plus, « c'est un choix authentique qui implique une présence et une recherche continue du sens. » (Journal Association FSI-USJ, 2006, p. 16) Vis-à-vis de l'hygiène des mains, le personnel soignant est présent d'esprit lorsqu'il songe à l'hygiène des mains, et il est à la recherche de sens et de signification lorsqu'il cherche à comprendre quand, comment, et pour qui pratiquer l'hygiène des mains, à savoir ; se protéger et protéger les autres.

C'est pourquoi cette théorie s'applique à cette question de recherche car le personnel soignant doit être présent d'esprit afin de pratiquer l'hygiène des mains, mais aussi il doit être impliqué dans la relation avec la personne afin de ne pas, par exemple, empirer l'état de la patiente.

2.7.1. Métaconcepts infirmiers

Les quatre métaconcepts tels que définis par Jean Watson :

2.7.1.1. La personne

Selon Jeanguenat (communication personnelle [powerpoint], 11.10.2013) :

La personne c'est une entité vivante dont l'âme, le corps et l'esprit sont inséparables. Qui est consisté d'une hiérarchie de besoins. La personne se compose de sentiments, sensations physiques, croyances spirituelles, buts et espérances, considérations environnementales et signification de ses

perceptions, éléments issus de sa biographie. Le respect et la dignité de l'âme sont essentiels selon elle.

Selon Pépin, Kérouac & Ducharme (2010), "la personne sait être dans le monde en continuité dans le temps et dans l'espace ; le corps, l'âme et l'esprit dont l'expérience constitue un champ phénoménal unique." (p. 70)

La personne est un être qui a des besoins auxquels le soignant essaie de subvenir. Lorsque le soignant applique la désinfection des mains il se soucie du bien être de la personne et de ses besoins.

2.7.1.2. Le soin

Selon Jeanguenat (communication personnelle [powerpoint], 11.10.2013) :

Le soin c'est le fait d'assister une personne pour qu'elle atteigne une harmonie (corps, âme, esprit) pour promouvoir sa perception de soi, son estime et la guérison. C'est aussi aider une personne pour qu'elle trouve une explication à l'évènement qu'elle traverse et favoriser sa prise de décisions.

Selon Pépin, Kérouac & Ducharme (2010), "le soin c'est un art et une science humaine du caring ; Un idéal moral et un processus transpersonnel qui vise la promotion de l'harmonie corps-âme-esprit." (p. 70)

Le soignant se doit d'appliquer l'hygiène des mains lors des soins afin de maintenir son état de santé et de favoriser sa guérison.

2.7.1.3. La santé

Selon Jeanguenat (communication personnelle [powerpoint], 11.10.2013) :

La santé selon Watson, c'est une expérience subjective chez la personne. Elle est un état d'unité et d'harmonie ressenti dans l'esprit, le corps et l'âme. C'est un degré de cohérence entre le soi perçu et le soi vécu et elle reflète la nature entière de la personne dans ses sphères physique, social, esthétique et morale.

Selon Pépin, Kérouac & Ducharme (2010), "la santé c'est la perception d'être uni avec ce qui est ; l'harmonie du corps, de l'âme et de l'esprit." (p. 70)

Lorsque le soignant pratique l'hygiène des mains, il respecte la santé du soigné et celui-ci peut donc percevoir l'harmonie entre ce qui est perçu et ce qui est vécu.

2.7.1.4. L'environnement

Selon Jeanguenat (communication personnelle [powerpoint], 11.10.2013) :

Et pour finir l'environnement, elle divise l'environnement en deux parties une partie externe qui comprend : l'univers, le milieu de vie et la formation et une partie interne qui comprend : la subjectivité, les perceptions, la culture, l'éducation, la spiritualité et les attitudes de la personne ainsi que les mécanismes de régulation biologiques. Ils sont tous les deux en influence constante. L'environnement influence la personne et la personne influence son environnement.

Selon Pépin, Kérouac & Ducharme (2010), "l'environnement c'est un monde physique ou matériel et un monde mystérieux, spirituel et existentiel ; les forces de l'univers et de l'environnement immédiat de la personne." (p. 70)

La personne doit évoluer dans un environnement sécuritaire afin de préserver sa santé. Le soignant, en pratiquant l'hygiène des mains, respecte l'environnement de la personne soignée.

3. MÉTHODE

La méthode PICO a permis de sélectionner des mots clés en français et en anglais, afin de trouver des articles pertinents. Elle nous a permis de cibler les articles en lien avec l'hygiène des mains, et les facteurs qui influencent celle-ci.

P	Population	Les soignants
I	Intervention	Hygiène des mains
C	Comparaison	--
O	« Outcome »	Facteurs influençant

3.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

Les bases de données CINAHL, PubMed et la banque de données en santé publique (BDSP) ont été consultées pour la recherche d'articles. D'autres documents ont été étudiés, tels que des travaux de Bachelor, des documents tirés de OMS.

La procédure de recherche inclut les critères d'inclusions et d'exclusions permettant de cibler et de recenser les articles comme suit :

3.1.1. CINAHL

→ Pour la première recherche, les mots clés suivant ont été utilisés :

hygiene ; hand,

2299 résultats ont été obtenus, donc 13 ont été sélectionnés, pour lesquels un filtre de moins de dix ans a été appliqué.

Après la lecture des résumés, 1 article a été retenu, pour la revue de littérature :

- ➔ “Do Peer Effects Improve Hand Hygiene Adherence among Healthcare Workers?”

➔ Pour la deuxième recherche, les mots clés suivants ont été utilisés :

Hygiene hand ; environment

193 résultats ont été obtenus, dont 5 ont été sélectionnés, pour lesquels un filtre de moins de dix ans a été appliqué.

Après la lecture des résumés, 1 article a été retenu pour la revue de littérature :

- ➔ “Impact of environmental olfactory cues on hand hygiene behaviour in a simulated hospital environment: a randomized study.”

➔ Pour la troisième recherche, les mots clés suivant ont été utilisés :

Hygiene hand ; influence,

79 résultats ont été obtenus, dont 7 ont été sélectionnés, pour lesquels un filtre de moins de dix ans a été appliqué.

Après la lecture des abstracts 2 articles ont été retenus, pour la revue de littérature

- ➔ « The impact of workload on hygiene compliance in nursing »
- ➔ « Factors related to poor adherence to hand hygiene in healthcare delivery: a reflection »

➔ Pour la quatrième recherche, les mots clés suivant ont été utilisés :

Hygiene hand ; knowledge,

191 résultats ont été obtenus, dont 7 ont été sélectionnés, pour lesquels le même filtre a été appliqué.

Après la lecture des abstracts aucun article n'a été retenu.

➔ Pour la cinquième recherche, les mots clés suivants ont été utilisés :

Hygiene Hand ; Compliance ;

125 résultats ont été obtenus, dont 11 ont été sélectionnés.

Après la lecture des résumés, 2 articles ont été retenus pour la revue de la littérature.

- ➔ Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention

→ impact of the International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) Multidimensional Hand Hygiene Approach over 13 Years in 51 Cities of 19 Limited-Resource Countries from Latin America, Asia, the Middle East, and Europe)

→ Pour la sixième recherche, les mots clés suivants ont été utilisés :

Hygiene Hand ; Risk Factors ;

204 Résultats ont été obtenus, dont 22 articles sélectionnés.

Après la lecture des résumés, aucun article n'a été retenu pour la revue de la littérature.

3.1.2. PubMed

→ Pour la première recherche, les mots clés suivants ont été utilisés :

hygiene ; hand,

202 résultats ont été obtenus, donc 32 ont été sélectionnés, pour lesquels un filtre de moins de dix ans a été appliqué.

Après la lecture des abstracts 1 article a été retenu, pour la revue de littérature :

→ "Strategies to improve hand hygiene practices in two university hospitals."

→ Pour la deuxième recherche, les mots clés suivants ont été utilisés :

Hygiene hand ; environment

7 résultats ont été obtenus, dont aucun n'a été sélectionné.

→ Pour la troisième recherche, les mots clés suivants ont été utilisés :

Hygiene hand ; influence,

237 résultats ont été obtenus, dont 19 ont été sélectionnés, pour lesquels le même filtre a été appliqué.

Après la lecture des résumés, aucun article n'a été retenu.

→ Pour la quatrième recherche, les mots clés suivants ont été utilisés :

Hygiene hand ; knowledge,

607 résultats ont été obtenus, dont 8 ont été sélectionnés, pour lesquels le même filtre a été appliqué.

Après la lecture des abstracts aucun article n'a été retenu.

→ Pour la cinquième recherche, les mots clés suivants ont été utilisés :

Hygiene hand ; rubbing,

56 résultats ont été obtenus, dont 7 ont été sélectionnés, pour lesquels le même filtre a été appliqué

Après la lecture des abstracts 1 article a été retenu, pour la revue de littérature :

→ « Hand hygiene practices among health care workers (HCWs) in a tertiary care facility in Pune »

→ Pour la sixième recherche, les mots clés suivants ont été utilisés :

Hygiène hand, compliance

436 résultats ont été obtenus, dont 15 ont été sélectionnés.

Après la lecture des résumés, 1 article a été retenu pour la revue de la littérature :

→ Effectiveness of hand hygiene education in a basic nursing school curricula

→ Pour la septième recherche, les mots clés suivants ont été utilisés :

Hygiene Hand, risk factors

715 résultats ont été obtenus, dont 15 ont été sélectionnés.

Après la lecture des résumés, aucun article n'a été retenu pour la revue de la littérature.

3.1.3. BDSP

→ Pour la première recherche, les mots clés suivants ont été utilisés :

hygiene ; hand,

1098 résultats ont été obtenus, donc 37 ont été sélectionnés, pour lesquels un filtre de moins de dix ans a été appliqué.

Après la lecture des abstracts 1 article a été retenu, pour la revue de littérature :

→ “The effect of random voice hand hygiene messages delivered by medical, nursing, and infection control staff on hand hygiene compliance in intensive care.”

→ Pour la deuxième recherche, les mots clés suivants ont été utilisés :

Hygiene hand ; environment

82 résultats ont été obtenus, dont aucun n'a été sélectionné.

→ Pour la troisième recherche, les mots clés suivants ont été utilisés :

Hygiene hand ; influence,

43 résultats ont été obtenus, dont 1 ont été sélectionnés, pour lesquels un filtre de moins de dix ans a été appliqué.

Après la lecture des résumés aucun article n'a été retenu.

→ Pour la quatrième recherche, les mots clés suivants ont été utilisés :

Hygiene hand ; knowledge,

23 résultats ont été obtenus, dont 1 ont été sélectionnés, pour lesquels le même filtre a été appliqué.

Après la lecture des abstracts aucun article n'a été retenu.

→ Pour la cinquième recherche, les mots clés suivants ont été utilisés :

Hygiene hand ; Compliances

570 Résultats ont été obtenus, dont 5 articles ont été sélectionnés.

Après la lecture des résumés, aucun article n'a été retenu.

→ Pour la sixième recherche, les mots clés suivants ont été utilisés :

Hygiene hand ; Risk Factors ;

330 Résultats ont été obtenus, dont 3 articles ont été sélectionnés.

Après la lecture des résumés, aucun article n'a été retenu.

Des séances de travail en groupe ont été planifiées tout au long de l'année. Nous avons également décidé de se répartir différentes parties du travail.

3.2. Diagramme de flux

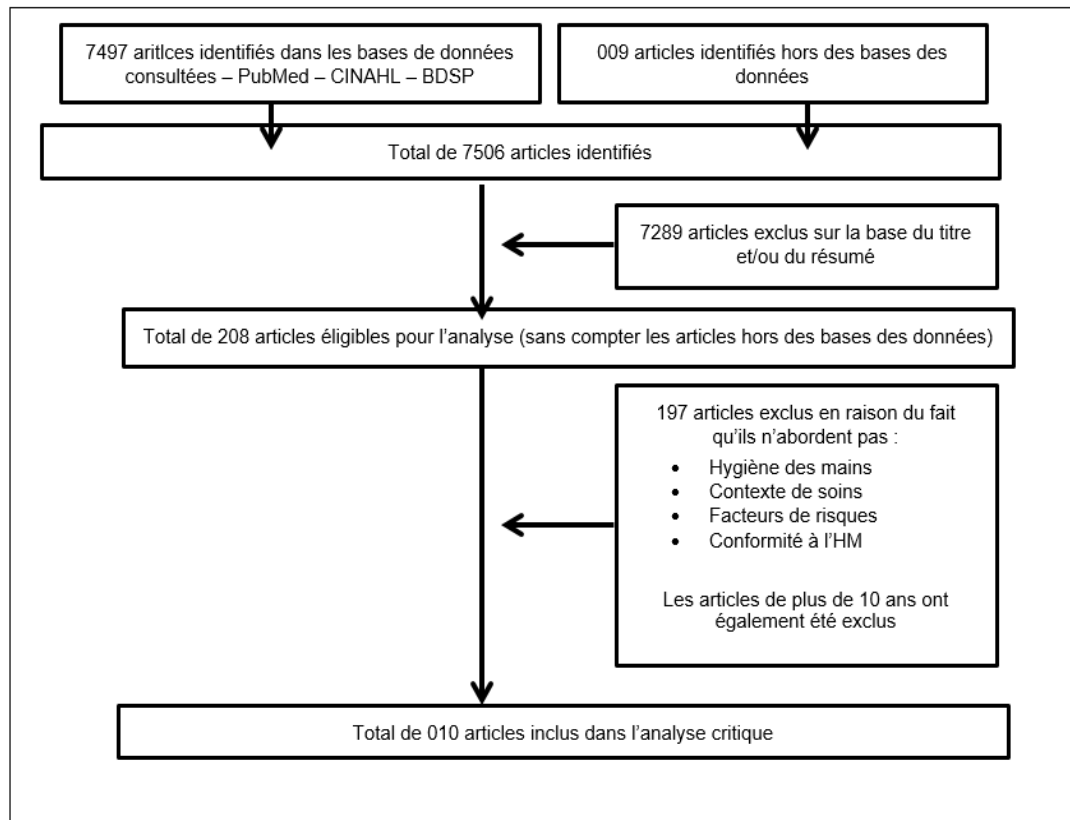


Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles

4. REVUE DE LITTÉRATURE

Le but de cette revue de littérature est de poser quelques pistes de réflexion, ainsi que des recommandations concernant la pratique infirmière. Ceci dans le but d'une amélioration de l'observance de l'hygiène des mains par les infirmiers pour permettre de diminuer le taux d'infections nosocomiales chez les personnes hospitalisées et améliorer la qualité des soins.

Le système de santé Suisse fait actuellement face à de nombreux problèmes et enjeux économiques. La lecture de plusieurs articles a fait émerger plusieurs facteurs influençant l'hygiène des mains.

4.1. Résultats et Analyses des articles retenus :

4.1.1. Compliance

L'article met en évidence des compliances différentes dans diverses situations et contextes de soins. Dans son étude, l'article explique qu'au total, il y a eu 149 727 possibilités pour l'application à l'hygiène des mains avant le contact avec le patient et avant un acte aseptique. Il y a une différence significative entre les professionnels de la santé de sexe masculin et de sexe féminin. En effet, un total de 76 645 désinfections des mains ont été comptabilisées chez les femmes (70%) contre 41 759 chez les hommes (63%). Les femmes ont donc une meilleure conformité à l'application de l'hygiène des mains que les hommes. Cette différence existe également chez les différentes professions. Un total de 97 450 désinfections des mains ont été comptabilisées chez les infirmiers (72%), 28 609 chez les médecins (62%), 23 668 chez le personnel auxiliaire. Par conséquent, les infirmiers ont une conformité supérieure à celle des médecins. Certaines indications à l'hygiène des mains sont priorisées parmi d'autres. En effet, l'indication avant contact avec le patient a une compliance plus élevée avec 105 181 applications de l'hygiène des mains contre 40 548 pour l'indication avant un acte aseptique. Cet article démontre également une différence significative entre différents contextes de soins. Effectivement, un total de 131 822 applications à l'hygiène des mains ont été

enregistrées dans des unités de soins intensifs adultes, 9081 en réanimation pédiatrique et 8764 en réanimation néonatale. L'article explique également qu'il y a des différences significatives entre les tournées du matin avec 68 584 applications de l'hygiène des mains, la tournée de l'après-midi avec un total de 46 741 applications de l'hygiène des mains et 34 402 pendant la tournée de la nuit. Cet article explique également qu'il y a une meilleure conformité à l'application de l'hygiène des mains chez les étudiants que chez les professionnels de la santé. Cependant, l'étude n'analyse que deux indications à l'hygiène des mains et pas la totalité des indications. (Rosenthal et al., 2013)

L'hygiène des mains reste l'outil le plus efficace contre les infections nosocomiales. L'article explique que plusieurs études démontrent une faible conformité à l'hygiène des mains chez les professionnels de la santé. Il est expliqué que moins de 50% des infirmiers suivent correctement les politiques au sujet de l'hygiène des mains, et ce taux est encore plus bas chez les médecins. L'article démontre par une étude que le taux de conformité était inférieur à 51% chez les professionnels de la santé et qu'il est passé à 83% après un programme d'éducation sur l'hygiène des mains. De plus, il y a eu 188 étudiants qui ont participé au questionnaire de l'étude principal de l'article. L'analyse des résultats du questionnaire a démontré que les étudiants avaient une connaissance insuffisante sur l'hygiène des mains. En effet, seulement 50.5% des étudiants ont rempli les critères minimaux du questionnaire et 19.1% ont démontré une connaissance insuffisante. L'étude démontre également que plus l'étudiant arrive à la fin de sa formation et moins il a de connaissance sur l'hygiène des mains par rapport aux étudiants qui débutent dans la formation. Les élèves de première et deuxième années avaient de meilleurs résultats que les troisièmes années. Au niveau de l'observation dans la formation pratique, la plupart des étudiants avaient des ongles courts et propres (73.8%), ne portaient pas de faux ongles (96.9%). Cependant, 50.8% des étudiants portaient un bracelet. Une grande partie des étudiants ne pratiquaient pas une hygiène des mains correcte. (Kelcikova et al., 2013)

Selon De Oliveira et al., (2014), il a été décrit dans le monde entier une mauvaise adhérence à l'hygiène des mains par les professionnels de santé. D'après l'article, ce fait est attesté par la confirmation de la propagation des agents pathogènes résistants, présents dans les mains des professionnels. L'hygiène des mains est un simple moyen, mais très efficace dans la lutte contre les infections, pour sa

commodité, à faible coût et, surtout, son efficacité pour la prévention et le contrôle des infections nosocomiales. L'article explique que l'Organisation Mondiale de la Santé a promu des campagnes en proposant des stratégies visant à améliorer l'adhésion à l'hygiène des mains parmi les professionnels de la santé. Selon OMS (2009) cité par De Oliveira et al., (2014), "un soin propre est un soin plus sûr", c'est pourquoi le premier défi mondial pour la sécurité du patient a émergé en 2005. Avec pour engagement, de veiller à ce que l'hygiène des mains soit une priorité dans le monde lors des soins auprès des patients, assurant ainsi la réduction des transmissions des maladies.

Cependant, la raison de la non-conformité à l'hygiène des mains chez les professionnels de la santé, a fait l'objet de plusieurs études dans différents pays de tous les continents. En effet, le faible taux d'adhésion est une préoccupation majeure pour les établissements de santé à travers le monde. D'après l'article, diverses raisons (matérielles, comportementales et institutionnelles) empêchent les professionnels d'adhérer à l'hygiène des mains. Les établissements de santé devraient donc viser à améliorer les conditions de travail de leurs professionnels. (De Oliveira et al., 2014)

Selon Danchaivijitr et al., (2005), plusieurs études observationnelles démontrent une mauvaise observance de l'hygiène des mains par les travailleurs de la santé dans le monde entier. La non-conformité la plus élevée a été observée dans les unités de soins intensifs et de médecine interne, mais également, au cours des procédures qui comportent un risque élevé de contamination, lorsque l'intensité des soins aux patients était élevée.

Selon Anargh et al., (2012), l'adhésion reste encore faible (40% ou moins) dans la plupart des institutions de soins. La conformité au sein des travailleurs de la santé reste pauvre malgré que l'hygiène des mains soit considérée comme un des plus importants éléments du contrôle de l'infection. D'après l'article, la majorité préfère le lavage des mains avec du savon et de l'eau que les solutions à base d'alcool.

4.1.2. Risques

Une faible compliance à l'hygiène des mains est une cause connue des infections nosocomiales, appelées aussi IAS. Un comportement optimal à l'hygiène des mains est considéré comme la pierre angulaire de la prévention des IAS. Celles-ci sont souvent transmises aux patients à la suite de consultations et de procédures qui ont lieu dans un cadre de soins de santé. Une récente étude systématique a estimé que près de 94'000 décès par année en Amérique du Nord étaient dus aux IAS. L'augmentation du taux d'adhérence à l'HM a fait progresser le traitement de nombreuses maladies au cours des deux dernières décennies. Par conséquent, faire respecter l'hygiène des mains pour prévenir les infections nosocomiales est au centre de nombreux programmes d'amélioration de la qualité de vie. (Birnbach et al., 2013) Le taux d'infections nosocomiales est répertorié pour le Royaume-Uni à environ 50 000 cas chaque année. Presque le même taux est listé pour l'Allemagne, mettant en évidence un besoin clair d'une action décisive pour améliorer la conformité à l'hygiène des mains. (Knoll et al., 2010)

Une mauvaise conformité à l'hygiène des mains par les travailleurs de la santé (TS) est responsable d'environ 40% des infections nosocomiales. De ce fait, résultent des maladies prolongées, des séjours à l'hôpital prolongés, ainsi qu'à long terme des invalidités. De plus, des coûts imprévus et élevés viennent s'ajouter pour les patients et leurs familles, ainsi qu'une charge financière supplémentaire pour le système de santé. La propagation des infections dans les pays en développement reste donc un problème important. (Anargh et al., 2012)

L'un des principaux problèmes de santé publique rapportée par la société, à la fois brésilienne et internationale, est l'infection associée aux soins. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que près de deux millions d'infections nosocomiales se produisent chaque année aux États-Unis, causant entre 60 et 90 mille morts. Il est reconnu dans le monde entier que les IAS prolongent le séjour hospitalier, causant des pertes au niveau de la vie économique, sociale, professionnelle et personnelle pour les patients, leurs familles et l'hôpital.

Lorsque les micro-organismes sont résistants, les coûts liés au traitement, ainsi que le taux de mortalité, augmentent. La lutte contre la résistance bactérienne a commencé à être surmontée lors de la découverte des antibiotiques. L'introduction de la pénicilline, en 1928, a causé beaucoup d'euphorie parmi les chercheurs, avec

sa capacité à combattre l'infection. De ce fait, l'utilisation systématique d'antibiotiques, vers les années 1950, a conduit à une résistance bactérienne.

Au cours de ces dernières années, s'enregistre la survenue d'épidémies fréquentes, qui ont directement impliqué la transmission de germes de personne à personne. Celles-ci exigeant la reprise des habitudes d'hygiène, principalement l'hygiène des mains, étant donné l'impact du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et de la grippe H1N1. Tenant compte de ces épidémies, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et l'OMS ont attiré l'attention sur les précautions à prendre avec ces maladies transmises par l'air de type gouttelettes, mais également sur un effort commun visant à améliorer le respect des pratiques d'HM dans le contrôle de la transmission des maladies de type contact.

L'hygiène des mains (HM) est une mesure efficace et rentable pour le contrôle des infections liées aux soins en matière de santé. (De Oliveira et al., 2014)

4.1.3. Facteurs influençant

La plupart des articles utilisés pour la revue de la littérature démontrent des facteurs influençant l'application de l'hygiène des mains. Ils explicitent également que l'hygiène des mains est la mesure la plus efficace pour réduire les infections nosocomiales et aussi pour prévenir la propagation de la résistance des agents pathogènes.

En effet, selon Allegranzi et al., (2009), les infections sont transmises de patient à patient par les mains des professionnels de la santé. En effet, lorsque ceux-ci sont en contact directement avec un patient ou son environnement, des micro-organismes se retrouvent alors sur leurs mains et peuvent survivre plusieurs minutes après contamination. Lorsque l'application à l'hygiène des mains n'est pas optimale, la colonisation microbienne se fait alors plus facilement.

Cet article met en évidence l'impact des stratégies mises en place, pour une meilleure application de l'hygiène des mains sur les infections nosocomiales. Pour cela, il montre les résultats de 20 études après avoir mis en œuvre des stratégies pour améliorer l'application à l'hygiène des mains. En effet, la plupart des études démontrent une diminution des infections nosocomiales après avoir mis à disposition

des outils pour augmenter la compliance à l'hygiène des mains. Il y a même 4 études qui démontrent une relation temporelle, entre l'amélioration de l'application à l'hygiène des mains et la réduction des infections nosocomiales. Cependant, cet article démontre également des limites dans 3 études. En effet, dans une étude, la compliance à l'hygiène des mains n'a pas réussi à augmenter de manière significative après avoir mis en œuvre des stratégies et des outils pour faire face à cette problématique. Dans une autre étude, les outils pour détecter les infections nosocomiales ne sont pas fiables car l'étude ne décrit pas les outils mis en place. Une autre étude ne démontre aucun changement dans le taux d'infections nosocomiales et cela malgré une amélioration de la compliance à l'hygiène des mains. (Allegranzi et al., 2009)

Un autre article parle des facteurs qui influencent les professionnels de la santé dans la pratique de l'hygiène des mains. L'article de Rosenthal et al., (2013) est un article qui traite une étude visant à améliorer la conformité de l'hygiène des mains chez les professionnels de la santé dans 99 unités de soins intensifs adultes, dans différents hôpitaux de 19 pays, pendant 13 ans. L'article démontre que l'amélioration de la pratique de l'hygiène des mains a un impact sur les infections nosocomiales. Le but de son étude est de démontrer le taux de conformité chez les professionnels de la santé, d'évaluer les facteurs de risques à une mauvaise compliance à l'hygiène des mains et l'impact que cela produit dans 19 pays à ressources limitées.

Tout d'abord, au début de l'étude, des séances d'informations de 30 minutes ont été offertes à tous les professionnels de la santé sur les indications de base à l'hygiène des mains et sur des procédures et des techniques pour une hygiène des mains correcte. Des affiches ont été disposées à l'entrée des hôpitaux, dans les couloirs, dans les postes de soins infirmiers, à l'entrée des unités de soins intensifs et comprenaient des instructions sur l'application à l'hygiène des mains en lien avec le contenu du programme d'éducation et de formation pour cette étude.

Les professionnels de la santé sont observés à des moments précis dans leur journée de travail et ne sont pas mis au courant lorsqu'ils sont observés. Ils sont observés par rapport à deux indications à l'hygiène des mains, à savoir ; celle avant le contact patient et celle avant un acte aseptique. L'étude est faite en 2 temps : une période de référence pendant 3 mois et une période de suivi pendant 7 ans. (Rosenthal et al., 2013)

Kelcikova et al., (2013) a écrit un article qui réalise une étude sur les connaissances de l'hygiène des mains chez des étudiants en soins infirmiers. Selon des études, il y a des liens significatifs entre les formations en soins infirmiers et la conformité des professionnels de la santé. En effet, par rapport à la formation en soins infirmiers, il est critiqué dans l'article que, la formation ne répond pas aux exigences de la pratique clinique par rapport à l'hygiène des mains. Cela vient du fait que la formation a tendance à prioriser les soins techniques et la pratique réflexive aux détriments d'autres sujets tels que l'hygiène des mains. Une faible connaissance sur l'hygiène des mains chez les étudiants en soins infirmiers peut donc conduire à une mauvaise observance chez les professionnels de la santé. Cette étude a donc pour but de comparer l'efficacité de l'éducation de base en soins infirmiers avec la conformité à l'hygiène des mains des étudiants pendant leur formation pratique. Cette étude a utilisé trois moyens de recherche, à savoir : l'analyse du contenu des programmes d'études en soins infirmiers, des questionnaires sur les connaissances sur l'hygiène des mains et une observation pratique lors des formations pratiques.

Selon Allegranzi et al., (2009), la compliance à l'application de l'hygiène des mains reste faible chez les professionnels de la santé et cela à cause de plusieurs facteurs. Par exemple, il y a les ressources disponibles de l'hôpital. En effet, celles-ci sont très importantes car elles vont permettre aux professionnels de la santé de bénéficier de matériels qui vont leur permettre l'application à l'hygiène des mains comme par exemple les solutions hydro-alcooliques, des lavabos avec de l'eau courante et du savon. Le manque d'infrastructures ou d'équipements appropriés est donc un frein à une conformité correcte. Il y a aussi le contexte culturel et la croyance religieuse de chaque personne qui peut être un biais pour cette pratique et par conséquent, contribuer à une faible observance à l'hygiène des mains. Selon cet article, un des facteurs les plus souvent observés, est le fait de faire partie d'une certaine catégorie de professionnels de la santé. En effet, le fait d'être médecin, infirmier, aide-soignante ou physiothérapeute va influencer cette pratique de différentes manières. En effet, le taux de conformité n'est pas la même chez les infirmiers que chez les médecins par exemple. Le fait aussi de travailler dans différents contextes de soins influence de manière significative les travailleurs de la santé. Les infirmiers ont un taux d'observance différent dans des unités de soins intensifs qu'aux urgences par exemple. D'autres facteurs à prendre en considération, comme la surcharge de travail et la surpopulation dans les unités de soins, va faire en sorte que l'hygiène des mains

soit moins appliquée. Il y a également des facteurs personnels propres à chaque professionnel de la santé, qui peuvent être un frein pour cette pratique. Les connaissances et la perception de chaque travailleur de la santé sur la transmission et l'impact des infections nosocomiales, influencent de manière significative l'application à l'hygiène des mains. Une personne qui aura des connaissances limitées dans ce domaine là, ne va pas se soucier des agents pathogènes présents sur ses mains, et par conséquent, elle aura une application à l'hygiène des mains plus restreinte. Cet article explique également que, beaucoup de professionnels de la santé vont être alertés à pratiquer une hygiène des mains, à partir du moment où celles-ci sont visiblement sales ou collantes. Par conséquent, ils ne vont guère se soucier des micro-organismes invisibles à l'œil nu. Il y a également un problème financier pour les pays en voie de développement. En effet, certains produits utilisés pour la désinfection des mains représentent des sommes inabordables pour certains de ces pays. L'article traite également le manque d'efficacité des solutions hydro-alcooliques. En effet, il y a une préoccupation majeure car certains agents pathogènes, comme le *Clostridium*, résisteraient à ces désinfectants. Ces germes forment des « spores » sur les mains et celles-ci s'éliminent plus facilement avec un simple lavage des mains à l'eau courante et savon. (Allegranz et al., 2009)

Des études démontrent une faible conformité à l'hygiène des mains chez les professionnels de la santé. Cette faible conformité s'explique par le fait que l'application à l'hygiène des mains n'est pas qu'une simple tâche mécanique, mais aussi un complexe phénomène comportemental comprenant d'innombrables situations et de possibilités. L'article souligne les facteurs qui accentuent la non-conformité à l'hygiène des mains. Le fait d'être de sexe masculin en général est un facteur de risque pour une faible application à l'hygiène des mains. Les infirmiers ont également une meilleure compliance que les médecins. Les solutions hydro-alcooliques peuvent provoquer des irritations et assécher la peau des mains des travailleurs de la santé, et par conséquent, contribuer à une diminution de l'adhérence à l'hygiène des mains. Il y a également d'autres facteurs comme le manque de temps, le manque d'informations pertinentes quant à la désinfection des mains et les conséquences sur les infections nosocomiales. Les émotions peuvent également jouer un rôle dans l'adhérence et influencer de manière significative l'application de l'hygiène des mains. Par exemple, il y a le manque de motivation chez un professionnel de la santé ou encore dans une institution de ne pas apporter des

informations pertinentes à ce sujet. L'article parle également des conditions de travail qui peuvent être un facteur à une mauvaise adhérence de l'hygiène des mains. Par exemple, le manque de lavabos, de serviettes en papier, de désinfectants, de crèmes de protection, peuvent influencer de manière négative cette pratique. L'article explique également que les étudiants peuvent être influencés de manière négative par les professionnels de la santé plus expérimentés dans la profession. (Kelcikova et al., 2013)

Il existe plusieurs hypothèses de facteurs qui influent sur le non-respect de l'hygiène des mains. Tels que les fournitures adéquates pour l'hygiène des mains (le gel à base d'alcool et séchage rapide, les distributeurs manuels à proximité du patient, etc.); les facteurs intrapersonnels (l'éducation, les connaissances, la personnalité, la culture et la religion); les facteurs interpersonnels (l'inquiétude de l'opinion des autres, les idéaux, la pression de la société) et les facteurs institutionnels (la surcharge de travail).

Parmi les aspects mentionnés, l'irritation de la peau est la principale raison évoquée par l'OMS et par les professionnels. D'autres raisons, telles que le manque de matériel pour l'hygiène des mains, est également soulevé par l'OMS comme un facteur de risque rendant possible le faible taux d'adhésion. D'autre part certains professionnels ne sont pas d'accord avec les normes recommandées par l'OMS, préférant utiliser des gants au lieu d'effectuer la désinfection des mains, ou encore ne sachant pas reconnaître les opportunités à la désinfection des mains. Cet aspect met en évidence le manque de connaissances de ces professionnels par rapport aux recommandations.

L'article pose l'hypothèse que la religion peut être un frein à l'hygiène des mains. Certaines religions telles que le bouddhisme, l'hindouisme et l'islam, prohibent l'alcool. Certains professionnels refusent donc d'utiliser des solutions alcooliques bien qu'elles soient plus efficaces que l'eau et le savon. D'autant plus que des études ont démontré que la quantité d'alcool absorbée par la peau est faible, et qu'elle n'atteint pas le niveau minimum de toxicité chez l'homme. Cependant, il n'y a aucune preuve dans la littérature pour le moment, sur le fait que la religion ou la culture peuvent interférer avec les pratiques d'hygiène des mains des professionnels de la santé.

Selon l'article, l'aspect le plus couramment rapporté qui influence l'hygiène des mains, est l'influence des professionnels expérimentés qui ne respectent pas les recommandations. En effet, les étudiants en médecine ont déclaré qu'ils ne se sentent

pas motivés pour respecter l'hygiène des mains lorsqu'elle n'est pas respectée par le précepteur ou le groupe. Cela révèle le rôle important joué par la société et l'influence que l'opinion d'un leader peut avoir sur son groupe.

Un autre biais à l'hygiène des mains mentionné dans la littérature est la surcharge de travail. Celle-ci est causée principalement par la diminution du nombre de professionnels et entraîne donc principalement de la fatigue qui est notamment présente le week-end, provoquant ainsi une faible observance à l'hygiène des mains. (Oliveira et al., 2014)

Lors de cette étude, l'adhésion et l'observation à l'hygiène des mains ont été associées, afin d'être un modèle pour les autres collègues et personnels, à un accès facile à la solution pour l'hygiène des mains. Inversement, une charge de travail élevée, des activités associées à un risque élevé de transmission de micro-organismes, et certaines spécialités médicales (chirurgie, anesthésie, la médecine d'urgence, et de la médecine de soins intensifs) ont été des facteurs de non-adhésion. Dans la présente étude, les auteurs ont identifié la mauvaise connaissance de l'hygiène des mains et l'équipement inadéquat comme facteurs associés à la mauvaise adhérence de l'hygiène des mains. (Danchaivijitr et al., 2005)

Les auteurs ont indiqué que le respect de l'hygiène des mains est influencé par le comportement des autres. Lors de cette étude, des messages vocaux de rappel concernant l'hygiène des mains ont été diffusés aléatoirement à divers intervalles différents. Ces messages ont été enregistrés par des figures d'autorité, ce qui a fait augmenter le taux de conformité à l'hygiène des mains. (McGuckin et al., 2006)

Une étude a mesuré l'impact d'un parfum sur l'hygiène des mains. Au total, 165 participants ont examiné un patient standardisé dans une pièce exposée à un parfum frais (N = 79) et l'autre échantillon dans une pièce exposée à un environnement standard (N = 86). Le groupe se trouvant dans l'environnement standard sans parfum eut un taux d'hygiène des mains de 51%, alors que les participants du groupe se trouvant dans la pièce avec la présence de parfum, eurent un taux plus élevé à l'hygiène des mains de 80% ($P < 0,001$). Ces données démontrent que le comportement de l'hygiène des mains peut être inconsciemment influencé par des indices dans l'environnement. Le parfum semble avoir un effet positif sur le comportement à l'hygiène des mains dans un environnement simulé. (Birnbach et al., 2013)

La compliance à l'hygiène des mains est influencée lorsque les travailleurs de la santé ne comprennent pas l'importance d'une bonne hygiène. Mais aussi, lorsque le personnel a une charge de travail trop importante. Les facteurs environnementaux rentrent également en compte, comme par exemple un manque de matériel pour l'hygiène des mains. Certaines études indiquent que le comportement et/ou la présence d'autres personnes à proximité peuvent également affecter l'adhérence. Certaines études ont indiqué que la présence d'un observateur de l'hygiène des mains affecte le taux d'hygiène, tandis que d'autres enquêtes démontrent qu'un travailleur de la santé est plus susceptible de pratiquer l'hygiène des mains s'il a récemment observé un autre travailleur de la santé pratiquer ce procédé. Les résultats de cette étude démontrent que la présence et la proximité des autres travailleurs de la santé sont associées à des taux plus élevés d'hygiène des mains. Il a été observé que la conformité des travailleurs de diverses professions était toujours plus élevée lorsqu'ils étaient accompagnés par d'autres professionnels que lorsqu'ils étaient seuls. Mais aussi, une différence entre les divers professionnels a pu être observée. Par exemple, les infirmiers étaient plus compliant à l'hygiène des mains que les médecins. De plus, une différence a été constatée entre le jour et la nuit, la compliance était plus élevée la nuit que pendant la journée. (Monsalve et al., 2014)

Les raisons les plus courantes pour la non-conformité à l'hygiène des mains sont une charge de travail conséquente (38%), la non-disponibilité (52%) et inaccessibilité (9%) du matériel d'hygiène des mains. Le manque de connaissances et de reconnaissances des possibilités d'hygiène des mains pendant les soins aux patients, sont principalement responsables du non respect de l'hygiène des mains parmi les travailleurs de la santé. (Anargh et al., 2012)

Les facteurs tels que la charge de travail (dûe à la gravité de l'état de santé des patients) ont un impact sur la conformité du personnel aux directives à l'hygiène des mains.

Selon les informations fournies par les personnes interrogées lors de cette étude, la raison de cette basse compliance est entre autre le stress. Elle est provoquée par l'apparition de facteurs externes, qui conduit à une réduction significative de la conformité aux directives d'hygiène des mains, en dépit du niveau de connaissances des recommandations de l'hygiène des mains. Il peut en être déduit que les mesures de contrôle des infections, par exemple la formation à l'hygiène, et les sessions de formations individuelles, ont une influence positive sur la conformité du personnel aux

directives d'hygiène des mains. Les résultats de cette étude révèlent que les déficits de connaissance peuvent avoir des implications sur le respect des directives d'hygiène des mains, les cours de formation et de rappels de l'hygiène des mains sont donc pertinents.

Cette étude démontre que le respect du personnel infirmier à l'égard des directives d'hygiène, peut être fortement influencé par un certain nombre de facteurs. Il peut être influencé positivement, en clarifiant et réactivant les connaissances qui ont été acquises dans la formation professionnelle. Inversement, l'application à l'hygiène des mains peut être affectée négativement par des facteurs externes tels qu'une charge de travail conséquente (en particulier dans le cadre d'un manque de ressources humaines), dont les personnes interrogées lors de cette étude, perçoivent comme un facteur de stress. (Knoll et al., 2010)

5. DISCUSSION

5.1. Compliance

Selon De Oliveira et al., (2014) ; Danchaivijitr et al., (2005), une mauvaise adhérence a été montrée dans le monde entier par les professionnels de la santé. Pourtant l'HM est une pratique d'accessibilité facile et à moindre coût qui permet de prévenir les IAS.

N'oublions pas que l'HM est considérée comme un des éléments les plus importants du contrôle de l'infection. Pourtant, son adhésion reste pauvre. (Anargh et al., 2012). L'OMS a mis en place différentes campagnes de prévention, qui apportent des stratégies pour une augmentation de la compliance. C'est en 2005 que l'OMS a fait émerger un défi mondial pour la sécurité du patient, qui a pour but de devenir une priorité mondiale pour la diminution des IAS. (De Oliveira et al., 2014)

Plusieurs auteurs comme Naikoba/Hayward, Pittet et Larson ont démontré que les actions uniques, les actions combinées permettent d'augmenter l'observance de l'HM, selon HPCI, (2012), p.4, mais comme énoncé par le Pittet (2009), la conformité à l'hygiène des mains reste encore insuffisante malgré toutes les actions qui ont déjà été mises en place.

D'après Danchaivijitr et al., (2005), une non-conformité plus significative a été observée dans les unités de soins intensifs et de médecine interne, ainsi qu'au cours de procédures de soins comportant un risque plus élevé de contamination, mais aussi lorsque l'intensité des soins auprès du patient est plus élevée.

Le sexe aurait également une influence sur la compliance. Selon Rosenthal et al., (2013), les hommes auraient un taux de compliance à l'HM à 63% et les femmes à 70%. Cela démontre que les femmes auraient un taux supérieur de compliance à celui des hommes. Cependant, cet article n'explique pas les raisons qui poussent les femmes à avoir une meilleure compliance que la gente masculine.

Dans les articles de Monsalve et al., (2014) ; Rosenthal et al., (2013), il est notamment démontré que les infirmiers auraient un taux de compliance supérieur aux médecins (72% contre 62%).

Selon Rosenthal et al., (2013), il y aurait aussi une différence entre les cinq applications de l'HM. Celles "avant patient" et "avant un acte aseptique" seraient les indications les mieux observées. Contrairement aux trois autres indications "après patient", "après un contact avec un liquide biologique" et "après environnement".

Selon Rosenthal et al., (2013), la compliance à l'hygiène serait supérieure le matin et inférieure l'après-midi et la nuit. Cette information est contredite dans l'article de Monsalve qui, lui, démontre que la conformité la nuit est supérieure avec un taux à 28.51% contre 25,75% la journée.

Selon la théorie de Watson, l'infirmier doit éliminer les dangers existants et potentiels en aménageant un environnement sans danger, c'est-à-dire que les infirmiers devraient avoir une compliance plus élevée à l'HM pour éviter les différentes conséquences évoquées précédemment et donc créer un environnement sûr pour le patient. Selon Watson se sentir en sécurité (sûr) signifie vivre en l'absence de menace ou de danger. (Watson, 1998, pp. 104-106)

Selon Bosi (2004), l'infection nosocomiale est une pathologie iatrogène. Le devoir du médecin et de chaque membre des équipes soignantes est clair : se tenir informé du développement des connaissances sur les facteurs de risque, réaliser le dépistage de l'infection nosocomiale, en connaître les méthodes préventives d'efficacité reconnue, les appliquer, donner ainsi aux malades les meilleurs soins possibles en fonction des données actuelles de la science. Nous sommes là bien dans le cadre classique de l'éthique du Bien, une éthique selon laquelle chaque médecin se donne comme fin le bien du malade qui s'est confié à lui. Le « bien pour le malade » est ici facile à déterminer : c'est d'abord le « au moins ne pas nuire » hippocratique (Nicolas, 1998, pp. 415-422). Il n'y a pas de meilleure illustration de cette maxime que l'attitude consistant à éviter d'infliger aux malades une affection, potentiellement grave, dont ils étaient exempts à l'entrée à l'hôpital. Pourtant, l'interrogation éthique lors de l'action médicale et soignante quotidienne ne semble pas aussi évidente et systématique que l'on pourrait le penser. (p. 11)

5.2. Risques

Les risques liés à la non-observance de l'HM sont, d'en un premier temps, les IAS. Selon Anargh et al., (2012), une mauvaise compliance est responsable de 40% des infections nosocomiales.

Selon De Oliveira et al., (2014) ; Anargh et al., (2012), ces IAS provoquent des maladies prolongées, une augmentation de la durée de séjour d'hospitalisation, ce qui cause des pertes de la vie économique, sociale, professionnelle et personnelle pour les patients, les familles et le système de santé, ainsi qu'à long terme des invalidités. Selon Knoll et al., (2010), il y a 50 000 cas d'infections nosocomiales par année au Royaume-Uni, des études ont montré que les chiffres étaient plus ou moins similaires en Allemagne et qu'il y avait besoin d'une action pour augmenter le taux d'observance à l'HM.

Selon Birnbach et al., (2013), 94 000 décès par an en Amérique du Nord sont dus aux IAS. N'oublions pas que l'HM est la pierre angulaire de la prévention des infections. En effet, une augmentation du taux de compliance à l'HM, permet de faire progresser le traitement de nombreuses maladies.

De nombreux risques et conséquences sont directement liés à une mauvaise observance de la part des soignants. Le modèle de Watson peut avoir un impact positif sur les IAS et par conséquent, diminuer les risques et conséquences liés à une mauvaise application à l'hygiène des mains. Deux métaconcepts sont importants concernant ces risques. Par exemple, il y a le soin. En effet, celui-ci est un acte donné par un soignant afin d'apporter de la qualité et du confort chez les patients. Lorsque les soignants appliquent le concept de « Caring » de Watson, ils se doivent de respecter les indications à l'hygiène des mains. Par exemple, lorsqu'un infirmier dite « caring » n'applique pas une hygiène des mains rigoureuse, son soin peut présenter un risque d'infection quelconque chez le patient lors d'un geste technique. Par conséquent, le soin n'est plus considéré comme un acte de bienveillance et présente un danger envers la personne hospitalisée. Cela va donc à l'encontre de la théorie décrite par Watson. En lien avec l'éthique, il est important de s'interroger sur la présence de la bienfaisance et la non malfaisance de nos actes ou de nos non-actes (Bosi, 2004, p. 9)

Un lien peut également faire un lien avec un autre métaconcept, à savoir celui de l'environnement. En effet, un soignant, lorsqu'il applique la théorie de Watson, il se doit de respecter l'environnement où cohabite le patient. Pour cela, il doit appliquer une hygiène des mains rigoureuse afin de ne pas contaminer cet environnement sain où baigne le patient durant son séjour à l'hôpital. Lorsque cet environnement est menacé par une infection quelconque, le patient est en danger et par conséquent, la théorie de Watson n'est pas applicable. La caritas numéro 8 de Watson illustre bien cet exemple :

“La création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection et/ou de correction.” (Watson, 1998, p. 24)

Des similitudes existent entre les risques trouvés dans la revue de la littérature avec le cadre théorique. Parmi celles-ci, il y a par exemple un prolongement de la durée de séjour des patients qui présente un coût économique à prendre en considération.

5.3. Facteurs influençant

Plusieurs de ces articles présentent des similitudes lorsqu'ils parlent des facteurs influençant la conformité à l'hygiène des mains. Il y en a même qui n'illustre que partiellement la problématique. Par exemple, selon Allegranzi et al., (2009), le fait de travailler dans différents contextes de soins influence de manière significative les professionnels de la santé. Cependant, cet article ne répond que partiellement à la problématique. En effet, il ne dit pas dans quelle unité spécifiquement l'application à l'hygiène des mains est-elle plus rigoureuse. Cet article explique également que l'hygiène des mains n'est pas appliquée de la même manière par les professionnels de la santé. Dans ce cas, l'article présente la même limite énoncée ci-dessus. C'est-à-dire qu'il ne démontre pas quel est le professionnel de la santé qui applique ce procédé de manière plus rigoureuse que les autres.

Selon Rosenthal et al., (2013) il est démontré par des chiffres qu'il existe des différences entre certaines unités. Par exemple, il y a eu 131 822 applications à l'hygiène des mains enregistrées dans des unités de soins intensifs adultes, 9081 en réanimation pédiatrique et 8764 en réanimation néonatale. Cela représente 67%

d'application à l'hygiène des mains dans les unités de soins intensifs pour adulte et 81% en néonatalogie. Ce sont des chiffres qui prouvent bien que les professionnels de la santé sont influencés de manière significative par l'environnement où ils se trouvent et en l'occurrence, dans l'unité où ils travaillent.

Selon Watson (1998) :

Plusieurs variables affectent la vie et le bien-être d'une personne. Ces variables devraient être prises en compte dans les soins infirmiers courants tels que les fonctions et les activités routinières qui consistent à promouvoir et à rétablir la santé, à prévenir la maladie ou à prendre soin du malade. (p. 89) Certaines des variables sont des fonctions tournées vers l'extérieur de la personne, comme les activités et les manipulations physiques ou sociales que l'infirmière accomplit pour procurer soutien, protection et sécurité. D'autres variables du facteur caratif « création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection et/ou de correction » sont tournées vers l'intérieur de la personne, comme les activités de soutien, de protection et/ou de correction de l'infirmière visant le bien-être et l'harmonie mentale, spirituelle et socioculturelle. (Watson, 1998, p. 89)

L'article démontre également que les infirmiers sont beaucoup plus rigoureux. En effet, un total de 97 450 désinfections de mains a été comptabilisé chez les infirmiers, 28 609 chez les médecins, 23 668 chez le personnel auxiliaire. Par conséquent, les infirmiers se désinfectent plus souvent les mains que les médecins. En effet, les infirmiers ont une conformité à 72% contre 62% chez les médecins. Selon Pittet (2009), suite à une étude, un taux d'observance inférieur à 30% a été observé chez les médecins, alors que ceux-ci pensaient avoir un taux supérieur à 80%.

Selon De Oliveira et al., (2014), Danchaivijitr et al., (2005), Monsalve et al., (2014), Anargh et al., (2012), Allegranzi et al., (2009), Kelcikova et al., (2013), le manque de ressources disponibles, l'inaccessibilité aux lavabos, aux distributeurs automatiques, au savon, à des serviettes en papier sont un frein à une conformité correcte de l'hygiène des mains. Il y a également d'autres facteurs qui influencent l'application à l'hygiène des mains de manière significative.

En effet, la surcharge de travail a été identifiée comme un facteur influençant négativement l'application à l'hygiène des mains dans 6 autres articles utilisés pour la revue de la littérature. (De Oliveira et al., 2014; Danchaivijitr et al., 2005; Monsalve et al., 2014; Anargh et al., 2012; Allegranzi et al., 2009; (Knoll et al., 2010) De plus,

et plus précisément dans l'article de Knoll, la gravité de l'état de santé d'un patient influence négativement la compliance à l'HM. Selon Pittet (2009), une surcharge de travail dans les soins ainsi qu'une contrainte au niveau du temps peuvent être des facteurs responsables d'une mauvaise adhérence à l'hygiène des mains.

Il y a aussi des facteurs subjectifs mentionnés dans deux des articles (De Oliveira et al., 2014; Allegranzi et al., 2009) Par exemple, il y a l'hypothèse que certaines religions comme le bouddhisme, l'islam et l'hindouisme, peuvent être un biais à l'adhérence à l'hygiène des mains, car elles prohibent l'alcool. Toutes les solutions utilisées pour la désinfection des mains contiennent cette substance. Ces professionnels seraient donc contraints de désobéir aux codes déontologiques de leur religion s'ils appliquaient l'hygiène des mains.

Selon De Oliveira et al., (2014); Monsalve et al., (2014); Anargh et al., (2012); Allegranzi et al., (2009); Knoll et al., (2010); Kelcikova et al., (2013), le manque de connaissances vis-à-vis de l'application à l'hygiène des mains influence négativement cette pratique. En effet, il a par exemple été recensé que certains professionnels ne sont pas d'accord avec les normes de l'OMS, et qui, par conséquent, utilisent des gants au lieu d'appliquer l'HM. Ceci démontre donc de mauvaises connaissances à ce sujet. Plus précisément selon Kelcikova et al., (2013), le manque d'apports théoriques au sujet de l'hygiène des mains est un facteur qui influence de manière négative cette pratique chez les étudiants en soins infirmiers. Cela se répercute donc chez eux dans leur pratique lorsqu'ils sont professionnels de la santé.

Selon Pittet (2009), il est mentionné dans plusieurs études que les soignants ont une mauvaise connaissance sur la bonne pratique de l'hygiène des mains, ainsi qu'une perception erronée de leur niveau de performance, ils ne sont pas conscients de leur faible taux d'adhérence à l'HM.

En plus des variables externes identifiées dans les grandes études épidémiologiques, il existe d'autres variables qui affectent l'environnement externe auxquelles l'infirmière a souvent affaire, telles que : le stress dû au changement, le confort, l'intimité, la sécurité et un cadre de vie propre-esthétique. (Watson, 1998, p. 90)

Selon Kelcikova et al., (2013); Knoll et al., (2010), certaines émotions comme le stress, par exemple, influencent les travailleurs de la santé sur leur conformité à l'hygiène des mains. Selon Watson (1998), « le stress dû au changement est le

résultat de tout ce qui provoque une rupture dans les activités habituelles et planifiées de quelqu'un. » (p. 90) De plus, « les résultats des recherches sur le stress dû au changement semblent valider certaines corrélations marquantes entre la survenue d'une maladie et le changement dans le style de vie (en mieux ou en pire). » (Watson, 1998, p. 92) Cela démontre que Watson a conscience que des facteurs externes peuvent influencer un comportement, tout comme l'application à l'hygiène des mains peut être modifiée face à ces facteurs environnementaux.

Les articles de Danhaivijitr et al., (2005); Monsalve et al., (2014), font ressortir des facteurs influençant la compliance à l'HM de manière positive. Ceux-ci sont les suivants : la conscience d'être observé, la proximité des pairs, le fait d'avoir une personne de référence (un modèle), ainsi que le fait d'avoir vu récemment un de nos pairs effectuer une désinfection des mains. Cependant, selon De Oliveira et al., (2014), les étudiants en médecine ont déclaré qu'ils ne se sentent pas motivés à respecter l'hygiène des mains, lorsque celle-ci n'est pas respectée par le précepteur ou le groupe. Cela révèle le rôle important joué par la société et l'influence que l'opinion du leader peut avoir sur son groupe. Ce phénomène peut être lié à l'hypothèse de l'effet pygmalion. Selon Dutrévis (communication personnelle [powerpoint], 24.09.2013) Celui-ci se définit par l'influence des enseignants et de leurs préjugés vis-à-vis des élèves et de leurs productions. Autrement appelé l'expérience de Rosenthal et Jacobson. L'expérience a été menée à l'école des Chênes, composée d'enfants issus de milieux défavorisés et la plupart en échec scolaire. Dans chaque classe, les enseignants ont choisi au hasard des élèves dits « démarreurs tardifs », dont l'objectif est de créer des attentes positives erronées chez les professeurs à propos de ces élèves et aussi de déterminer s'ils présentent oui ou non un développement intellectuel supérieur à celui des autres élèves. Après deux ans d'expérience, il a été démontré que les enfants dits « démarreurs tardifs » sont plus curieux intellectuellement, plus heureux et ont des meilleurs résultats scolaires que les autres élèves. Cette expérience démontre bien l'influence que peut avoir une autorité sur un groupe de population donnée. Dans le cas de l'application à l'hygiène des mains, le fait qu'un soignant se retrouve à être observé lors d'un soin par une autorité quelconque (infirmier chef, infirmier spécialiste de l'hygiène des mains, proche etc.), cela va considérablement influencer sa manière de prendre soin du patient. L'expérience démontre également que si par exemple, un infirmier chef prend en considération l'importance d'une bonne conformité à l'hygiène des mains, celui-ci

va influencer de manière positive son équipe et la pousser à appliquer ce procédé de la manière la plus correcte possible. (pp. 95-101)

Dans l'étude de Anargh et al., (2012), il est observé que le lavage des mains est préféré à la désinfection des mains ce qui peut être expliqué dans l'étude de Kelcikova et al., (2013), par le fait que l'utilisation d'alcool pour l'HM assèche la peau et l'irrite causant ainsi des brûlures. L'OMS indique que la raison principale à la non-désinfection des mains est le fait que celle-ci irrite la peau des soignants. (De oliveira et al., 2014)

Dans l'étude de Birnbach et al., (2013), comme expliqué précédemment le fait d'avoir vaporisé un parfum à la senteur d'agrumes, comme trouvé dans les produits ménagers, favorise l'adhérence. En effet, selon le métaconcept environnement développé par Jean Watson « L'environnement influence la personne et la personne influence son environnement. » (Jeanguenat (communication personnelle [powerpoint], 11.10.2013).

Un autre élément a été relevé dans l'étude de McGuckin et al., (2006), lors de diffusion de messages vocaux de rappel concernant l'HM, celle-ci a démontré une augmentation de la conformité.

De plus selon Danchaivijitr et al., (2005) ; Rosenthal et al., (2013), d'autres messages de rappels tels que des séances d'informations, ainsi que des flyers et des affiches ont été dispersés dans les lieux de soins et ceux-ci ont eu un effet positif. Selon Watson (1998), « l'interdépendance des environnements externe et interne est réputée influencer fortement la santé et la maladie. » (p. 89) Tout comme les articles le démontrent, les facteurs environnementaux influent de manière positive ou négative sur la compliance de l'hygiène des mains. Et celle-ci influe directement sur la santé et/ou la maladie du patient hospitalisé.

6. CONCLUSION

La question de recherche était “qu’est ce qui influence l’application de l’hygiène des mains chez les infirmiers dans différents contextes de soins ?”

Après la rédaction du travail, il a été constaté que l’importance de l’application de l’HM est ancrée dans la mentalité des soignants. Cependant, il a été démontré que le taux d’observance reste bien inférieur à celui attendu, malgré les ressources disponibles dans les pays développés pour la désinfection des mains.

Il y a plusieurs facteurs qui sont ressortis dans les articles, qui influencent l’application de l’HM. Certains de ces facteurs ont une influence négative tels que : un manque de ressources disponibles, la surcharge de travail, le manque de connaissances, des irritations provoquées aux mains et certaines émotions comme par exemple le stress. Certaines professions telles que le corps médical a un taux d’application inférieure à celui des infirmiers.

Il est important que les infirmiers aient conscience de l’importance de leur rôle. En effet, ils sont garants de l’amélioration de l’HM car ce sont eux qui sont souvent auprès du patient et qui réalisent des actes avec un risque infectieux important.

Des hypothèses ont également été émises concernant l’influence négative que pourrait avoir la culture et la religion, cependant elles n’ont pas été prouvées. Il serait donc important que des études soient effectuées plus précisément sur ce sujet.

Cependant des mesures sont mises en place pour remédier à ce manque telles que : des séances d’informations, des rappels fréquents environnementaux, comme par exemple : affiches, flyers, messages vocaux, diffusion de parfum. Ces différents facteurs ont permis d’améliorer l’efficacité de la compliance. D’autres facteurs positifs ont aussi été trouvés tels que : la proximité des pairs et le fait d’être observé, le fait d’être une personne de référence (un modèle).

6.1. Les limites

Concernant les limites de ce travail, les articles sélectionnés pour la revue de la littérature ne sont pas représentatifs de toute la problématique de l'HM. Chaque article a eu des méthodes de récolte de données différentes et n'avaient pas tous le même but. De ce fait, les chiffres et résultats obtenus dans les articles ne sont pas similaires les uns avec les autres, et ne représentent qu'une portion de l'application à l'hygiène des mains dans la réalité. Des informations ont été apportées mais n'ont pas encore été étudiées, pour en retirer une réponse définitive et prouvée.

D'autres limites étaient également présentes dans certains articles. Par exemple, certains articles parlaient des soignants en général sans spécifier précisément qu'il s'agissait de l'infirmier.

Au tout début de ce travail, la problématique liée au sujet de l'hygiène des mains était beaucoup trop précise. Le résultat de la recherche d'articles dans les bases de données était restreint et ne correspondait pas au sujet initial. Par conséquent, il a fallu élargir la question de recherche afin de trouver des articles en lien avec le thème. Cependant, avec cette nouvelle recherche, le nombre d'articles trouvés était conséquent. Afin de réduire le nombre d'articles trouvés à travers les recherches, il a été mis en place une limite de 10 ans pour chaque article et une précision des Mesh Terms qui a eu pour conséquence de cibler la problématique et la question de recherche.

Une des autres limites est que la plupart des articles trouvés dans les bases de données n'ont pas été réalisés en Suisse. De ce fait, les recherches effectuées dans d'autres pays sont différentes sans comparaison économiquement et culturellement. Toutes ces limites sont un biais à l'authenticité de ce travail et ne représente pas à 100% la réalité de l'application à l'hygiène des mains dans les milieux hospitaliers.

6.2. Les perspectives

Plusieurs perspectives peuvent voir le jour dans l'avenir. Un des facteurs les plus présents dans les articles utilisés dans la revue de la littérature qui explique la non-conformité à l'hygiène des mains est la surcharge de travail. Il faudrait que les unités de soins appliquent des règlements permettant au personnel soignant de ne pas souffrir constamment de la surcharge de travail. De cette manière, ils diminueraient ainsi leur taux de stress et donc, ils seraient plus efficaces dans leur pratique comme celle de l'HM.

Ensuite, d'autres mesures comme des posters et des affiches comme cités précédemment peuvent continuer à être placés dans les endroits les plus fréquentés à l'hôpital afin de sensibiliser le personnel soignant et les patients à l'hygiène des mains. Il serait judicieux de renouveler les affiches régulièrement afin d'attirer l'attention du personnel soignant pour une meilleure remise en question. Des campagnes de promotion en place peuvent influencer dans ce sens.

Le personnel infirmier doit bénéficier de reconnaissance de la part de ses supérieurs par rapport à la qualité de son travail. En effet, il est important de souligner en premier lieu les points à améliorer pour chaque professionnel, mais également les points positifs. Effectivement, il est recommandé de valoriser le travail des soignants afin de les motiver à améliorer davantage leur pratique. Pour cela, les infirmiers ainsi que toute l'équipe pluridisciplinaire peuvent s'aider à travers des formations sur l'hygiène des mains rendues obligatoires. Malgré le diplôme obtenu, les professionnels de la santé doivent se réactualiser dans leur profession et faire le nécessaire pour respecter l'HM.

Des mesures spécifiques peuvent également être mises en place. Par exemple, il peut être obligatoire dans une unité de soin que l'infirmier doit atteindre un certain taux de pourcentage de compliance à l'HM à la fin du mois. Ainsi, de cette manière, l'infirmier aura une certaine pression à devoir appliquer l'hygiène des mains et à considérer cet acte comme un soin à part entière. Par exemple, le passage régulier d'un infirmier spécialiste de l'hygiène dans les unités de soins peut permettre d'augmenter le taux de compliance de l'hygiène des mains.

Des formations sur l'éthique permettra également aux infirmiers de prendre conscience que cet aspect ne s'applique pas uniquement dans des situations complexes mais également au travers de gestes paraissant anodin tels que l'HM.

Il faut également mettre en place des mesures de sécurité pour le personnel soignant comme des crèmes contre les irritations du aux lavage à la désinfection des mains fréquents.

Il est également important que le rôle de l'hygiène des mains soit déjà ancré dans la mentalité dès le plus jeune âge. Il faudrait donc privilégier des séances d'informations dès la petite enfance dans les établissements primaires en expliquant aux enfants pourquoi il est important de se laver les mains avant chaque repas, après avoir été au toilette etc.

Actuellement, en Suisse, il y a des projets mis en place qui aborde la problématique de l'hygiène des mains visant à réduire les infections nosocomiales.

Entre autres, Il y a par exemple, le projet « santé 2020 » qui a pour objectif l'amélioration de la santé pour tous et lutter contre les inégalités sur le plan sanitaire d'une part, et améliorer le leadership et la gouvernance participative pour la santé d'une autre part. (OMS, 2015)

La stratégie NOSO est également une stratégie qui vise à créer des conditions visant la surveillance, la prévention et la lutte contre les infections liées aux soins à niveau national. (Confédération Suisse, 2015)

De plus, aux HUG, il y a un ingénieur « Yves Martin » qui travaille actuellement sur un projet avec le professeur Didier Pittet dans le développement de systèmes qui permettent d'améliorer l'observance à l'hygiène des mains. (Unige, 2014)

Tous ses projets démontrent que la problématique de l'hygiène des mains est toujours d'actualité et que des initiatives sont sans cesse mis en place afin d'améliorer la qualité des soins.

7. RÉFÉRENCES

- Allegranzi, B. & Pittet, D. (2009). Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. *Journal of Hospital Infection*, 73(4), 305–315.
- Anargh, V., Singh, H., Kulkarni, A., Kotwal, A. & Mahen, A. (2013). Hand hygiene practices among health care workers (HCWs) in a tertiary care facility in Pune. *Medical Journal Armed Forces India*, 69(1), 54–56.
- Art.29 de la loi sur la santé publique du 29 mai 1985 (=LSP/VD ; 800.01)
- Association Suisse des infirmières et infirmiers. (2007). Position Ethique 2 : Responsabilité et qualité dans les soins infirmiers. Accès http://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/shop_downloads/fr/Ethische_Standpunkte_2_f.pdf
- Birnbach, D. J., King, D., Vlaev, I., Rosen, L. F. & Harvey, P. D. (2013). Impact of environmental olfactory cues on hand hygiene behaviour in a simulated hospital environment: a randomized study. *Journal of Hospital Infection*, 85(1), 79–81.
- Bonnet, J. (1998). *Le caring: philosophie et science des soins infirmiers*. Paris : Seli Arslan.
- Bosi, C. (2004). Hygiène et soins : pratique quotidienne de l'éthique ?, (Travail de Mémoire non publié). Faculté de Médecine de Marseille, Marseille. 39.
- Cara, C. & O'Reilly, L. (2008). S'approprier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. Accès http://watsoncaringscience.org/images/features/library/Cara_OReilly_RSI_pp037_045_3.pdf
- Confédération Suisse. (2015). Office fédérale de la santé public OFSP : Stratégie NOSO. Accès http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/14888/index.html?lang=fr&download=NHZLpZeg7t,Inp6l0NTU042l2Z6ln1ae2lZn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCLfX1_gWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--
- Conseil international des infirmières. (2006). *Code déontologique du CII pour la profession infirmière*. Genève, Suisse. Accès http://www.heds-fr.ch/FR/bachelor/BachelorSI/profession-infirmiere/Documents/Code_Deontol_CII.pdf
- Danchaivijitr, S., Pichiensatian, W., Apisarnthanarak, A., Kachintorn, K. & Cherdrungsi, R. (2005). Strategies to improve hand hygiene practices in two university hospitals. *J Med Assoc Thai*, 88(Suppl 10), S155–S160.
- De Oliveira, A. C. & de Paula, A. O. (2014). Fatores relacionados à baixa adesão à higienização das mãos na área da saúde: uma reflexão DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v13i1.13410. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 13(1), 185–190.

- Freestone, P. (S.d.). Une histoire de l'hygiène. *L'idéal Du Corps Sain*, (n°44), 30–37.
- Hôpitaux Universitaire de Genève. (2007). *Conseil d'éthique clinique*. Accès http://ethique-clinique.hug.ge.ch/formation/etudes_de_cas/principe_bienfaisance.html
- Hugard, L. (2000). *Hygiène et soins infirmiers*. Lamarre.
- Hygiène Prévention et Contrôle de l'infection. (2012). *Campagne Hygiène des Mains 2012-2014 : Concept pour les soins chroniques*, 7.
- Journal Association FSI-USJ. (2006). La Théoricienne du Caring, 15–16.
- Kelčíkova, S., Skodova, Z. & Straka, S. (2012). Effectiveness of Hand Hygiene Education in a Basic Nursing School Curricula. *Public Health Nursing*, 29(2), 152–159. <http://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2011.00985.x>
- Knoll, M., Lautenschlaeger, C. & Borneff-Lipp, M. (2010). The impact of workload on hygiene compliance in nursing. *British Journal of Nursing*, 19(16), S18–S22.
- Larousse. (S.d.). Larousse. Accès <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/conformité/18146>
- McGuckin, M., Shubin, A., McBride, P., Lane, S., Strauss, K., Butler, D. & Pitman, A. (2006). The effect of random voice hand hygiene messages delivered by medical, nursing, and infection control staff on hand hygiene compliance in intensive care. *American Journal of Infection Control*, 34(10), 673–675.
- Monsalve, M. N., Pemmaraju, S. V., Thomas, G. W., Herman, T., Segre, A. M. & Polgreen, P. M. (2014). Do peer effects improve hand hygiene adherence among healthcare workers? *Infection Control*, 35(10), 1277–1285.
- Organisation mondiale de la santé. (2010). *Résumé des recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins*. Accès <http://apps.who.int/iris/handle/10665/70469>
- Organisation mondiale de la santé. (2015). *Santé 2020 : objectifs stratégiques*. Accès <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020/strategic-objectives>
- Pepin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3e édition). Montréal : Chenelière Education.
- Pittet, D. (2009). Hygiène des mains : révolutions, normalisation, globalisation. *Rev Med Suisse*, 5, 716–21.

Rosenthal, V. D., Pawar, M., Leblebicioglu, H., Navoa-Ng, J. A., Villamil-Gómez, W., Armas-Ruiz, A. & others. (2013). Impact of the International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) multidimensional hand hygiene approach over 13 years in 51 cities of 19 limited-resource countries from Latin America, Asia, the Middle East, and Europe. *Infection Control*, 34(04), 415–423.

Salabert, D. (2008). L'hygiène en médecine générale : Etat des lieux dans une commune des Hauts de Seine. (Thèse doctorat en médecine), 122.

Université de Genève. (2014). *Projets financés : projets financé en 2014*. Accès <http://www.unige.ch/unitec/Informations-chercheurs/INNOGAP/ProjetsFinances.html#2>

8. ANNEXES

8.1. Tableau de synthèse des articles

Titre de l'article	Auteurs- Année	Population / Type étude / Contexte	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Fatores relacionados à baixa adesão à higienização das mãos na área da saúde: uma reflexão	De Oliveira, A., Oliveira De Paula, A. En 2014.	Les soignants. Etude rétrospective. Aucun contexte.	Visa à recenser ce qui influence l'hygiène des mains à partir de différents types de fichiers (journaux, bibliothèques virtuelles de la santé (BVS), à travers les portails de l'éducation du personnel de coordination	Analyse de journaux, d'articles, et de livres. Pas d'instrument de mesure.	Le manque d'observance reste présent, l'article montre plusieurs facteurs qui pourraient être liés à une non-observance tels que : irritation de la peau, manque de fourniture, des caractéristiques individuelles	Les limites de l'étude sont que les instruments de récoltes des différents articles ne sont pas énoncés. Le lecteur ne connaît pas non plus le type d'études. Pas de notion d'éthique.

Titre de l'article	Auteurs- Année	Population / Type étude / Contexte	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
			supérieure et d'amélioration (CAPES), des bases de données telles que : PubMed, Medline, Lilacs, Scielo, des manuscrits, et également des sites tels que l'OMS et le CDC).		(culture, religion), et des caractéristiques interpersonnelles.	
The impact of workload on	Knoll, M., Lautenschlaeger, C., Borneff-Lipp, M.	Les travailleurs de la santé. Etude qualitative.	L'objectif de cette recherche était de déterminer si des facteurs externes (par exemple la capacité de	Les données quantitatives ont été recueillies de façon prospective en six phases d'essai dans un hôpital Allemand.	Dans 51,9% des cas la désinfection des mains a été appliquée. L'étude démontre que le respect de	Etude effectuée dans un seul hôpital donc non représentatif de tous les

Titre de l'article	Auteurs- Année	Population / Type étude / Contexte	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
hygiene compliance in nursing	En 2010.	Dans un hôpital Allemand de 450 lits, l'étude s'est déroulée dans les unités suivantes : quatre salles de chirurgie, médecine interne à quatre départements, et deux unités de soins intensifs.	service, le niveau d'intensité des soins infirmiers) ont eu une influence sur la conformité du personnel avec les directives d'hygiène des mains.	Le personnel infirmier a été observé et interrogé (entretiens narratifs) pour identifier les facteurs externes.	l'hygiène des mains est influencé par différents facteurs : les connaissances, le stress.	hôpitaux en Allemagne. Pas de notion d'éthique.
Hand hygiene	Anargh, V.,	100 Travailleurs de la santé.	Visé à évaluer les connaissances et	Une enquête transversale a été	L'étude montre 73 à 85% des	Des biais en lien avec les

Titre de l'article	Auteurs- Année	Population / Type étude / Contexte	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
practices among health care workers (HCWs) in a tertiary care facility in Pune	Harpreet Singh, M., Kulkarni, A., Atul Kotwal, C., Ajoy Mahen, A. En 2012.	Etude descriptive. Hôpital de Pune.	les pratiques en matière d'hygiène des mains parmi les travailleurs de la santé dans un établissement de soins de santé.	réalisée dans un hôpital de Pune. L'échantillon était de 100 travailleurs de la santé. Un questionnaire a été préparé sur la base des directives de l'OMS.	travailleurs de la santé pensent que les mains sont une voie importante de transmission. Le lavage des mains avec du savon a été respecté à 90% et de 64% avec la solution alcoolique (selon les recommandations de l'OMS). Les raisons en lien avec la non observance : lourde charge de travail, non-	réponses ont pu conduire à une surestimation de la conformité. Pas de notion d'éthique.

Titre de l'article	Auteurs- Année	Population / Type étude / Contexte	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
					disponibilité et inaccessibilité.	
Role of hand hygiene in healthcare- associated infection prevention	Allegranzi, B., Pittet, D. En 2009.	Professionnels de la santé dans plusieurs unités de soins confondus. Etude rétrospective. Hôpitaux universitaires de Genève ; Genève-Suisse	Cet article démontre les facteurs qui influencent l'observance de l'hygiène des mains et l'impact de la promotion de l'hygiène des mains sur les infections nosocomiales.	Ils ont analysé plus de 20 études de 1977 à 2008.	Les études recensées dans cet article démontrent clairement un lien significatif entre l'amélioration de la conformité à l'hygiène des mains avec une diminution du taux d'infections nosocomiales.	Il y a 3 études sur 20 qui n'ont pas réussi à prouver que la pratique de l'hygiène des mains diminuerait les infections nosocomiales. Pas de notion d'éthique.

Titre de l'article	Auteurs- Année	Population / Type étude / Contexte	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Impact of the International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) Multidimensional Hand Hygiene Approach over 13 Years in 51 Cities of 19 Limited- Resource Countries from Latin America, Asia, the Middle	Rosenthal, V. D., Pawar, M., Leblebicioglu, H., Navoa-Ng, J. A., Villamil-Gomez, M., Armas-Ruiz, A., Cuellar, L. E., Medeiros, E. A., Mitrev, Z., Gikas, A., Yang, Y., Ahmed, A., Kanj, S. S., Duenas, L., Gurskis, V., Mapp, T., Guanche- Garcell, H., Fernandez-	Professionnels de la santé dans 99 unités de soins intensifs. Dans les pays du Moyen-Orient.	Le but de cette étude est d'améliorer la conformité de l'hygiène des mains chez les professionnels de la santé en analysant 2 indications (avant contact patient et avant acte aseptique), et également d'analyser les facteurs de risque d'une mauvaise	L'étude a été menée dans 99 unités de soins intensifs, de 51 villes de 19 pays en voie de développement (Brésil, Pérou etc.) durant 13 ans. Des séances d'informations au début de l'étude pour chaque professionnel de la santé. Etude divisée en 2 périodes : une période de référence de 3 mois et une	Il y a un total de 149 727 possibilités pour l'application de l'hygiène des mains qui ont été observées durant toute l'étude. La conformité globale de l'hygiène des mains a augmenté de 48,3% à 71,4%. L'analyse a indiqué que plusieurs facteurs avaient comme conséquence une mauvaise	Cette étude démontre une grande limite par rapport aux indications. En effet, les professionnels de la santé ne sont pas observés lorsqu'il y a une indication après le contact patient, après le contact de liquides biologiques et

Titre de l'article	Auteurs- Année	Population / Type étude / Contexte	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
East, and Europe	Hidalgo, R., Kubler, A. En Février 2013.		observance. L'étude évalue aussi l'impact de toute cette démarche concernant l'hygiène des mains dans les hôpitaux de 19 pays à ressources limitées.	période de suivi pendant 7 ans. L'étude a utilisé des affiches concernant l'hygiène des mains présentes à plusieurs endroits à l'hôpital. Un professionnel de l'extérieur a observé les travailleurs de la santé sur deux indications à l'hygiène des mains par à des moments précis de la journée.	observance de l'hygiène des mains.	après avoir quitté l'environnement du patient. Pas de notion d'éthique.

Titre de l'article	Auteurs- Année	Population / Type étude / Contexte	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Effectiveness of hand hygiene education in a basic nursing school curricula	Simona Kelcikova, S., Skodova, Z., Straka, S. En 2011.	188 Etudiants infirmiers. Faculté de médecine – Jessenius Slovaquie. Etude transversale.	Le but de cette étude est de démontrer la relation entre les apports théoriques sur l'hygiène des mains dans la formation Soins Infirmiers avec la conformité des professionnels de la santé.	L'étude utilise 3 instruments de mesure : - l'analyse du contenu des programmes d'études en soins infirmiers ; - des questionnaires sur les connaissances sur l'hygiène des mains ; - une observation pratique lors des formations pratiques.	Les principaux résultats de cette étude ont démontré d'importants problèmes au niveau des programmes éducatifs sur l'information à l'hygiène des mains. Ceux-ci sont mis en relation avec le taux insuffisant de conformité à l'application de l'HM.	Cette étude n'est pas représentative de toutes les écoles en soins infirmiers. Pas de notion d'éthique.

Titre de l'article	Auteurs- Année	Population / Type étude / Contexte	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
				188 étudiants en soins infirmiers ont participé à l'étude.		
Impact of environmental olfactory cues on hand hygiene behaviour in a simulated hospital environment: a randomized study	Birnbach, D. J., King, D., Vlaev, I., Rosen, L. F., Harvey, P. D. En 2013.	Étudiants en médecine, jeunes diplômés médecins. Essai contrôlé randomisé. Dans un centre médical aux États-Unis.	Evaluer l'impact d'un parfum frais sur l'observance de l'hygiène des mains.	2 salles équipées de caméra avec un patient à examiner dans chaque salle, une salle standard, une salle avec la diffusion de parfum.	Le comportement vis-à-vis de l'hygiène des mains, peut être influencé par des indices dans l'environnement de façon négative ou positive.	Contexte simulé non réel.

Titre de l'article	Auteurs- Année	Population / Type étude / Contexte	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
		Etude menée sous l'approbation du comité d'examen institutionnelle.				
The effect of random voice hand hygiene messages delivered by medical, nursing, and infection control staff on hand hygiene compliance	McGuckin, M., Shubin, A., McBride, P., Lane, S., Strauss, K., Butler, D., Pitman, A. En 2006.	Soignants. Etude prospective. Unité de réanimation aux États-Unis. Etude menée sous l'approbation du	Déterminer l'effet de la diffusion d'un message vocal sur l'hygiène des mains sur le respect de celui-ci.	12 messages vocaux sur l'hygiène des mains ont été enregistrés par des figures d'autorité et ont été délivrés au hasard entre 1 à 15 minutes pendant une période de 6h à 22h.	Augmentation de la conformité à l'hygiène des mains.	L'étude ne peut pas affirmer que l'augmentation de l'utilisation du produit désinfectant est, exclusivement, due à l'utilisation des distributeurs de

Titre de l'article	Auteurs- Année	Population / Type étude / Contexte	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
in intensive care		comité d'examen institutionnelle.		Distributeur de produits désinfectants avec compteur intégré.		désinfectant par les soignants. L'étude est consciente que l'augmentation peut être due à l'utilisation par les visiteurs. Cependant ils ne pensent pas que cette augmentation significative de la conformité soit provoquée par les visiteurs.

Titre de l'article	Auteurs- Année	Population / Type étude / Contexte	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Strategies to Improve Hand Hygiene Practices in Two University Hospitals	Danchaivijitr, S., Pichiensatian, W., Apisarnthanarak, A., Kachintorn, K., Cherdrungsi, R. En 2005.	26 infirmières travaillant dans une unité de soins intensifs néonatales. Etude quasi- expérimentale. Unité de soins intensifs néonatals en Thaïlande.	Evaluer les stratégies pour améliorer les pratiques d'hygiène mains.	3 phases ont été mises en place : -Phase pré- intervention (identification des facteurs associés à la non-observance des pratiques d'hygiène des mains parmi les participants) -Phase intervention (observation, formation, distribution	Augmentation du taux d'hygiène des mains après l'intervention.	Echantillon petit, manque de suivi à long terme. Pas de notion d'éthique.

Titre de l'article	Auteurs- Année	Population / Type étude / Contexte	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
				<p>d'affiches, des rappels, fourniture en produits désinfectants, rétroaction sur le rendement)</p> <p>-Phase post-intervention (observations pour évaluer l'efficacité des interventions sur les pratiques d'hygiène des mains parmi les participants)</p> <p>Durant l'intervention :</p>		

Titre de l'article	Auteurs- Année	Population / Type étude / Contexte	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
				observation, formation, distribution d'affiches, des rappels, fourniture en produits désinfectants, rétroaction sur le rendement.		
Do Peer Effects Improve Hand Hygiene Adherence among Healthcare Workers?	Mauricio, N., Monsalve, S. V., Pemmaraju, G., Thomas, W., Herman, T., Segre, M. A., Polgreen, M. P.	Soignants unité de soins intensifs. Une étude observationnelle.	Déterminer si l'adhésion à l'hygiène des mains est influencée par la présence ou proximité d'un pair et si cela a un effet	Des capteurs ont été mis en place pour mesurer l'hygiène des mains à l'entrée et à la sortie des chambre, mais aussi	Taux d'hygiène des mains plus élevé : -quand pairs à proximité -par les infirmières -la nuit	études de petites tailles principalement basées sur l'observation humaine, pas d'observation faite dans la

Titre de l'article	Auteurs- Année	Population / Type étude / Contexte	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
	En 2014.	Unité de soins intensifs aux États-Unis. Etude menée sous l'approbation du comité d'examen institutionnelle.	positif sur l'hygiène des mains.	afin d'identifier la proximité des pairs.		chambre seulement à l'entrée et à la sortie.

8.2. Les 5 indications à l'hygiène des mains

QUAND ? Les 5 indications à l'hygiène des mains



1 AVANT LE CONTACT PATIENT	<p>QUAND ? Le professionnel pratique l'hygiène des mains lorsqu'il s'approche du patient pour le toucher</p> <p>EXEMPLES : serrer la main, aider un patient à la mobilisation, examen clinique</p>
2 AVANT LE GESTE ASEPTIQUE	<p>QUAND ? Le professionnel pratique l'hygiène des mains immédiatement avant d'exécuter un geste aseptique</p> <p>EXEMPLES : soins bucco-dentaires, aspiration de sécrétions, réfection de pansement, insertion de cathéter, préparation de nourriture, de médicaments</p>
3 APRES LE RISQUE D'EXPOSITION A UN LIQUIDE BIOLOGIQUE	<p>QUAND ? Le professionnel pratique l'hygiène des mains immédiatement après avoir été exposé potentiellement ou effectivement à un liquide biologique</p> <p>EXEMPLES : soins bucco-dentaires, aspiration de sécrétions, prélèvement et manipulation de sang, évacuation d'excrétions, manipulation des déchets</p>
4 APRES LE CONTACT PATIENT	<p>QUAND ? Le professionnel pratique l'hygiène des mains lorsqu'il quitte le patient après l'avoir touché</p> <p>EXEMPLES : serrer la main, aider un patient à la mobilisation, examen clinique</p>
5 APRES LE CONTACT AVEC L'ENVIRONNEMENT DU PATIENT	<p>QUAND ? Le professionnel pratique l'hygiène des mains lorsqu'il quitte l'environnement du patient après avoir touché des surfaces et objets - même sans avoir touché le patient</p> <p>EXEMPLES : changer des draps de lit, ajuster la vitesse d'une perfusion</p>

8.3. La friction hydro-alcoolique : comment ?

La friction hydro-alcoolique Comment ?

UTILISER LA FRICTION HYDRO-ALCOOLIQUE POUR L'HYGIENE DES MAINS !
LAVER LES MAINS AU SAVON ET A L'EAU LORSQU'ELLES SONT VISIBLEMENT SOUILLEES



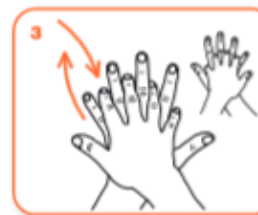
Durée de la procédure : **20-30 secondes.**



Remplir la paume d'une main avec le produit hydro-alcoolique, recouvrir toutes les surfaces des mains et frictionner :



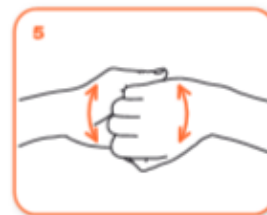
Paume contre paume par mouvement de rotation,



le dos de la main gauche avec un mouvement d'avant en arrière exercé par la paume droite, et vice versa,



les espaces interdigitaux paume contre paume, doigts entrelacés, en exerçant un mouvement d'avant en arrière,



les dos des doigts en les tenant dans la paume des mains opposées avec un mouvement d'aller-retour latéral,



le pouce de la main gauche par rotation dans la paume refermée de la main droite, et vice versa,



la pulpe des doigts de la main droite par rotation contre la paume de la main gauche, et vice versa.



Une fois sèches, les mains sont prêtes pour le soin.

WORLD ALLIANCE
for PATIENT SAFETY

L'OMS remercie les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), en particulier les collaborateurs du service de Prévention et Contrôle de l'Infection, pour leur participation active au développement de ce matériel.

Octobre 2006, version 1.

Organisation
mondiale de la Santé

Toutes les présentations ont été prises par l'OMS pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le document est diffusé sans garantie, explicite ou implicite, d'aucune sorte. L'interprétation et l'utilisation des données sont de la responsabilité de l'utilisateur. L'OMS ne saurait en aucun cas être tenue pour responsable des dommages qui pourraient en résulter.

Design: www.hug.ch

8.4. Le lavage des mains : comment ?

Le lavage des mains - Comment ?

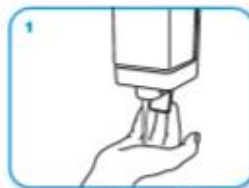
**LAVER LES MAINS AU SAVON ET A L'EAU LORSQU'ELLES SONT VISIBLEMENT SOUILLEES
SINON, UTILISER LA FRICTION HYDRO-ALCOOLIQUE POUR L'HYGIENE DES MAINS !**



Durée de la procédure : **40-60 secondes**



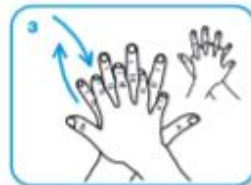
0
Mouiller les mains
abondamment



1
Appliquer suffisamment de savon
pour recouvrir toutes les surfaces
des mains et frictionner :



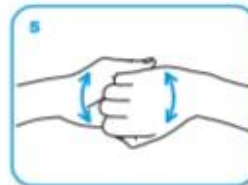
2
Paume contre paume par
mouvement de rotation,



3
le dos de la main gauche avec un
mouvement d'avant en arrière créé
par la paume droite, et vice et versa,



4
les espaces interdigitaux paume
contre paume, doigts entrelacés,
en exerçant un mouvement
d'avant en arrière,



5
les dos des doigts en les tenant
dans la paume des mains
opposées avec un mouvement
d'aller-retour latéral,



6
le pouce de la main gauche
par rotation dans la paume
refermée de la main droite,
et vice et versa,



7
la pulpe des doigts de la main droite
par rotation contre la paume de
la main gauche, et vice et versa.



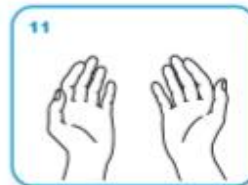
8
Rincer les mains
à l'eau,



9
sécher soigneusement les mains
avec une serviette à usage unique,



10
fermer le robinet à
l'aide de la serviette.



11
Les mains sont prêtes
pour le soin.

WORLD ALLIANCE
for PATIENT SAFETY

L'OMS conseille les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), en particulier les collaborateurs
du service de Prévention et Contrôle de l'Infection, pour leur participation active au développement de ce matériel.
Octobre 2008, version 1.

 **Organisation
mondiale de la Santé**

Toutes les précautions ont été prises par l'OMS pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le document est diffusé sans garantie, expresse ou implicite, d'aucune sorte.
L'interprétation et l'utilisation des données sont de la responsabilité du lecteur. L'OMS ne saurait en aucun cas être tenue pour responsable des dommages qui pourraient en résulter.

