

Evaluation du projet d'appui au développement intégré de la santé orale, prévention et contrôle des infections au Laos et à Madagascar

RAPPORT FINAL - EVALUATION DE LA PHASE 3, VOLET PCI

Consultantes :

- Fanny Velardo (médecin de santé publique),
- Anaïs Essilini (chercheuse en santé publique),
- Charlotte Decroix (chercheuse en santé publique)

Contact : anaisessilini@rcsi.com

Remerciements

L'équipe d'évaluation tient à remercier toute l'équipe de l'AOI pour sa disponibilité et la richesse de nos échanges durant cette évaluation. Au niveau du siège, merci à Thierry Marsais, Bernard Decroix, et François Courtel ainsi qu'à Hubert Weil. Merci à Lola Van Dessel, Manithong Thammachith, Thipmalakham Sythala, Phengdy Inthaphanith, Laetitia Razafimamonjy, Orélys Ratsirahonana et Dominique Ramarason pour votre investissement dans le déroulé des missions et votre accueil chaleureux qui a permis de conduire à bien cette évaluation dans de bonnes conditions. Nous tenons en particulier à remercier Thipmalakham Sythala pour la réalisation des entretiens et les traductions en Lao, et en anglais ainsi que Finoana Razafimamonjy pour son rôle de traductrice lors des observations et entrevues à Madagascar. Merci à tous les acteur(rice)s des autorités sanitaires, partenaires institutionnels et des organisations de la société civile pour le temps et la richesse des échanges que nous avons pu avoir. Enfin, un grand merci à l'ensemble des professionnel(le)s de santé et des patient(e)s pour votre contribution essentielle à cette évaluation.

Sommaire

1.	Introduction	5
2.	Questions évaluatives et objectifs	11
3.	Méthode	13
3.1.	Étape 1 - Phase exploratoire	14
3.2.	Étape 2 - Études de cas	14
4.	Résultats transversaux des entretiens exploratoires	18
4.1.	Description de l'échantillon	18
4.2.	Principes fondamentaux et stratégie de l'AOI	18
4.3.	Le genre et l'environnement	20
4.4.	Conclusion et préconisations	30
5.	Résultats Laos	33
5.1.	Entretiens exploratoires	33
5.2.	Entretiens et entrevues avec les professionnel(le)s des hôpitaux de districts	48
5.3.	Entretiens avec les patient(e)s	62
5.4.	Observations	64
5.5.	Entrevues avec les autorités sanitaires et les OSC	102
5.6.	Synthèse et préconisations	111
6.	Résultats Madagascar	116
6.1.	Entretiens exploratoires	116
6.2.	Observations	129
6.3.	Entrevues avec les professionnel(le)s des formations sanitaires	162
6.4.	Entrevues avec les autorités sanitaires et les OSC	167
6.5.	Synthèse et préconisations	181
7.	Conclusion	186
8.	Annexe 1 – Grilles d'observation (Laos)	190
9.	Annexe 2 - Liste des documents	194
10.	Annexe 3 – Grille de suivi dans les CSB	195

Glossaire

ACSQDA	Agence de Contrôle de la Sécurité Sanitaire et de la Qualité des Denrées Alimentaires
ADF	Association Dentaire Française
AES	Accident d'exposition au sang
AFD	Agence Française du Développement
AMC-MAD	Association des médecins communautaires de Madagascar
AOI	Aide Odontologique Internationale
APL	Association of People Living with HIV/AIDS
BMR	Bactérie Multi-Résistante
CHRD	Centre Hospitalier Régional de District
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CoGé	Comité de gestion
CPN	Consultation prénatale
CSB	Centre de Santé de Base
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DASRI	Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux
DSSB	Direction des Soins de Santé de Base
DGFS	Direction Générale des Fournitures des Soins
DHN	Désinfection de Haut Niveau
DHR	Department of Health and Readaptation
DHRD	Direction des Hôpitaux des Références et de Districts
DLMNT	Direction de la Lutte contre les Maladies Non Transmissibles
DPS	Direction de la Promotion de la Santé (
EOH	Équipe Opérationnelle d'Hygiène
EPI	Équipement de Protection Individuelle
FBP	Financement Basé sur la Performance
HC	Hospitalisation Conventiennelle
IAS	Infection Associée aux Soins
ICAN	Infection Control Africa Network
IDH	Indice de Développement Humain
IOSTM	Institut d'Odonto-Stomatologie Tropicale de Madagascar
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONOS	Ordre National des Odontostomatologistes
OSC	Organisations de la Société Civile
PARN	Projet d'Amélioration des Résultats Nutritionnels

PASSOBA	Projet d'Appui aux Secteurs Sociaux de Base
PCI	Prévention en Contrôle des Infections
PEDA	Population Education and Development Association
PEV	Plan Elargi de Vaccination
PF	Planning Familial
PTA	Plan de Travail Annuel
SDSP	Service du District de Santé Publique
SMPCI-WASH	Société Malagasy de Prévention et Contrôle de l'Infection – Water Sanitation Hygien
SOBGYN	Société de Gynécologie-Obstétrique Nationale
SPIM	Société de pathologie infectieuse de Madagascar
SSEnv	Service de Santé Environnement
SSOABD	Service De Sante Oculaire Auditive Et Bucco-Dentaire
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
USAID	United States Agency for International Development
VHO	Vientiane Health Office

1. Introduction

Épidémiologie des infections associées aux soins

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une infection associée aux soins (IAS) est une infection qui se déclare 48 heures ou plus après une hospitalisation ou dans les 30 jours suivant la délivrance de soins de santé. Elle n'était donc ni présente, ni en incubation lors de l'arrivée de la personne mais acquise justement lors de son passage dans un service de santé. Les IAS les plus courantes sont les infections associées aux dispositifs invasifs telles que les pneumopathies acquises sous ventilation mécanique, les infections liées aux cathéters veineux centraux et aux sondes urinaires ainsi que les infections de site opératoire (1). Dans ce cadre, les unités de soins intensifs sont particulièrement à risque d'IAS (2).

Dans le monde, les IAS sont majoritairement causées par des micro-organismes multirésistants aux antibiotiques et représentent les événements indésirables les plus fréquents en contexte de soins. Des centaines de millions de personnes sont touchées chaque année sur l'ensemble du globe, dont 95% dans des pays à ressources limitées (3).

Le poids précis des IAS dans le monde reste inconnu en raison de l'absence de systèmes de surveillance efficaces dans l'ensemble des pays du globe. Toutefois, certaines études tendent à montrer que les risques de contracter une IAS seraient bien plus élevés dans les pays à revenus faibles et intermédiaires que dans les pays plus développés. En effet, ce risque s'élèverait à 7.1% des personnes hospitalisées en Europe selon le rapport récent du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (2) et de 3.2% des personnes hospitalisées aux Etats-Unis selon le Programme américain des infections émergentes (4), alors qu'il serait situé autour de 12.9% selon une revue systématique de la littérature conduite auprès de 16 pays d'Afrique Subsaharienne en 2024 (5). Le rapport OMS de 2022 a montré que le risque de contracter une IAS dans les pays à revenus faibles et intermédiaires a augmenté jusqu'à atteindre 41% des patient(e)s hospitalisé(e)s durant la première vague du COVID-19 (3,6). Des chiffres qui interpellent d'autant plus que jusqu'à 70% d'entre elles pourraient être évitées (7).

Les programmes de prévention et de contrôle des infections ont pour objectif de réduire le risque d'IAS pour les patient(e)s et les professionnel(le)s de santé. Cette diminution aurait elle-même pour objectifs la réduction de la morbidité, de la mortalité et des coûts liés à la gestion de ces infections (1).

Les précautions standard représentent le socle des programmes de prévention des infections associées aux soins. Ce sont des mesures qui permettent de prévenir la transmission croisée de micro-organismes et les risques infectieux chez les patient(e)s et les professionnel(le)s de santé. Elles sont composées de plusieurs éléments : l'hygiène des mains, les équipements de protection individuelle, la gestion des infections respiratoires, la gestion de l'environnement

de soins, la gestion du matériel de soins, la prévention des accidents d'exposition aux soins et la gestion du linge et des déchets (selon le [rapport](#) de la Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H) de 2017).

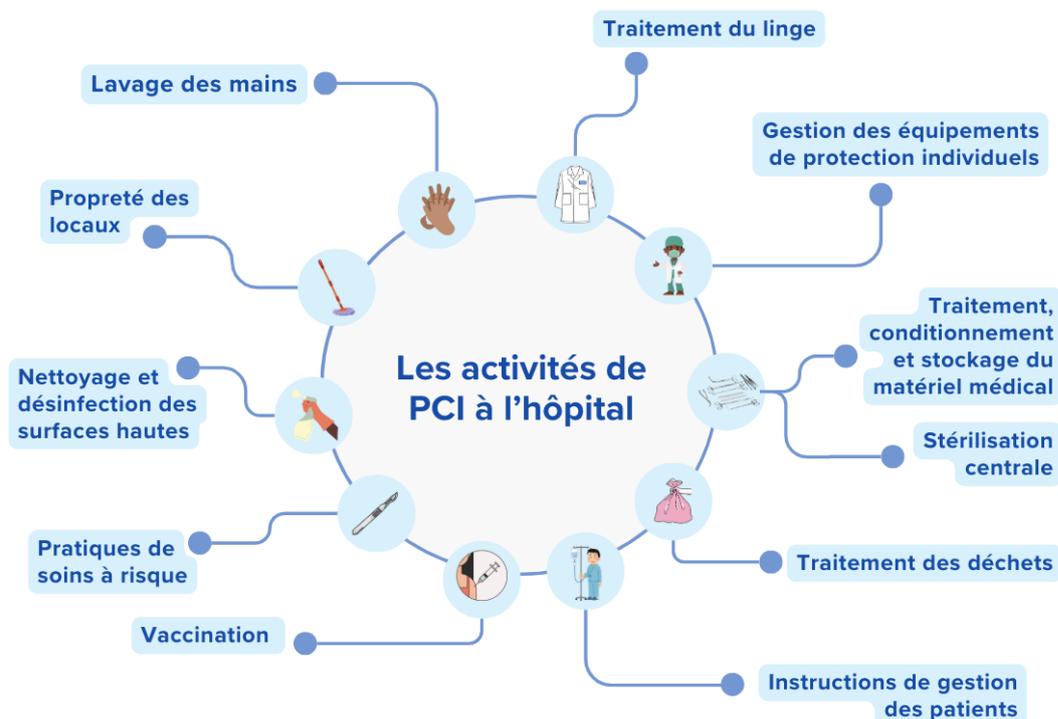


Figure 1 : les principales activités de PCI à l'hôpital

La mise en place de ces éléments au sein d'un établissement de santé nécessite de repenser son fonctionnement organisationnel, chacun de ces éléments constituant un système autour duquel les activités de soins peuvent s'organiser. La PCI doit être pensée comme une démarche globale avec de multiples composantes (gestion des activités, organisations des pratiques professionnelles, rénovation de l'infrastructure, formations des professionnels, surveillance des activités ...). Par exemple, la mise en place d'un système de traitement et de stérilisation de l'instrumentation centralisée peut nécessiter de repenser l'agencement de l'infrastructure et de rénover le bâti pour permettre son fonctionnement.

En raison de leurs ressources limitées, les pays à revenus faibles et intermédiaires sont confrontés à des défis importants pour atteindre ces objectifs. Le rapport OMS de 2022 montre en effet que les établissements de santé des pays les moins développés (dont font partie le Laos et Madagascar) manquent de ressources basiques en eau (50% d'entre eux), de services d'assainissement de base (63% d'entre eux), de structures pour se laver les mains (26% d'entre eux) et de procédures pour gérer les déchets de soin avec sûreté (60% d'entre eux), en prenant en compte le nombre significatif de données manquantes de cette analyse (3). Par conséquent, les programmes de prévention des infections mis en place dans ces pays doivent être adaptés à leur contexte afin de garantir leur faisabilité, leur viabilité ainsi que leur pérennité. Cela complique considérablement la mise en place de pratiques de PCI efficaces et pérennes.

Contexte sociétal et politique au Laos

La République démocratique populaire du Laos est un pays d'Asie du Sud-Est enclavé entre le Cambodge, la Thaïlande, la Birmanie, le Vietnam et la Chine dont la population est en grande majorité rurale. Il est dirigé depuis 1975 par un parti communiste unique, le Parti révolutionnaire populaire lao. Au cours des 20 dernières années, celui-ci a élaboré et adopté une trentaine de mesures politiques visant à améliorer son système de santé, ce qui aurait amélioré l'espérance de vie, réduit la mortalité maternelle et infantile et augmenté significativement la couverture santé nationale (NHI) qui serait passée de 45 % en 2016 à 94 % en 2021 (8,9). La réforme du secteur de la santé Lao de 2013-2025 a proposé un plan d'action pour promouvoir et mettre en place un système de santé résilient, un accès plus équitable à la santé et une couverture de santé universelle à horizon 2025. C'est dans ce cadre que s'inscrit la rédaction de la première Stratégie Nationale de PCI, dont la dernière version a été révisée en 2022.

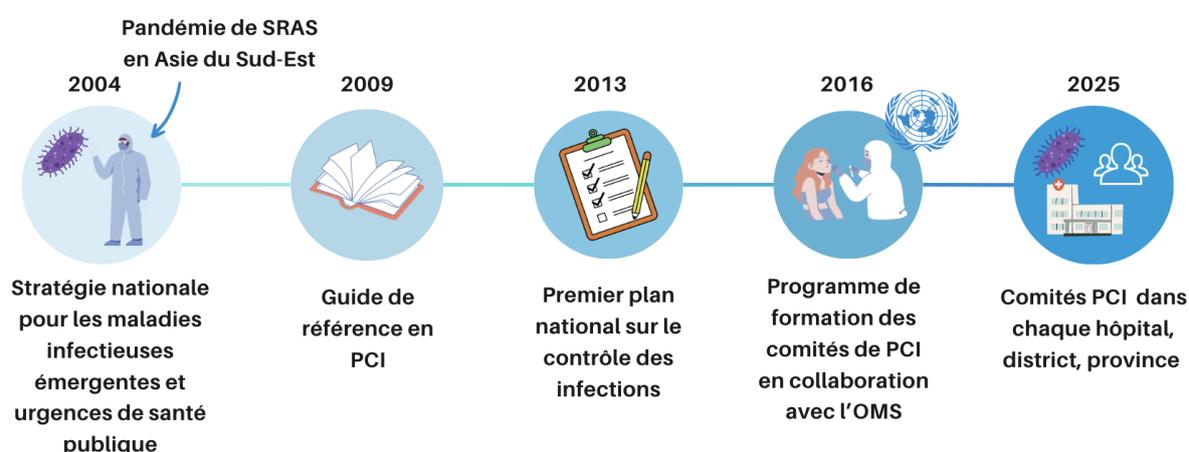


Figure 2 : Évolution des mesures de PCI au Laos entre 2004 et aujourd'hui

Malgré ces améliorations, il persiste de fortes inégalités socio-économiques, ethniques et géographiques en termes d'état et d'accès à la santé (10). Plusieurs facteurs peuvent impacter la délivrance des soins au Laos comme la faible part attribuée à la santé (seulement 2.6% du Produit Intérieur Brut en 2019), la part assumée par les patient(e)s lors d'un passage ou séjour dans une structure de santé (qui s'élevait à 42% en 2019), ou encore la pénurie des professionnel(le)s de santé dans les hôpitaux de district et les centres de santé, surtout dans les zones reculées. La qualité de leur formation initiale, dans un contexte où les professionnel(le)s ont peu d'opportunités de formation continue (11) contribue également à impacter l'offre de soins. La plupart des hôpitaux connaissent une situation difficile en termes de PCI, notamment en ce qui concerne le respect des précautions standard, la disponibilité et le traitement du matériel médical ainsi que la formation du personnel de santé.

C'est dans ce contexte qu'en 2023, le ministère de la Santé reconnaît le besoin pour le Laos d'améliorer la PCI dans les structures de santé afin de tendre vers les standards internationaux

(qui reposent sur 8 composantes clés de l'OMS¹). Il a donc été décidé par le Laos, l'OMS et ses partenaires d'adapter les objectifs de la stratégie nationale afin d'atteindre des minimums requis pour limiter les infections associées aux soins et garantir la protection des patients et des professionnels de santé (source : Stratégie Nationale PCI du ministère de la Santé du Laos de 2023).

Contexte politique et sociétal à Madagascar

Madagascar est une nation insulaire située dans le sud-est de l'Afrique. En 2022, la majorité de sa population vivait en dessous du seuil de pauvreté avec seulement 1,21 dollar US par jour et un tiers se trouvait en insécurité alimentaire. Son indice de développement humain (IDH) était de 0.49, plaçant le pays au 177ème rang mondial sur 193 (3) et dans le 20e percentile inférieur des pays en développement. Le pays est touché par plusieurs maladies infectieuses majeures (tuberculose, lèpre, paludisme) et la couverture vaccinale vis-à-vis des vaccins standards du programme élargi de vaccination est faible. Des maladies infectieuses éradiquées dans de nombreux pays circulent encore et plusieurs épidémies de peste se sont déclarées au cours de la dernière décennie, notamment en 2014 et en 2017 (9-10). La population malgache est caractérisée par de fortes inégalités socio-économiques en termes d'accès aux soins de santé. En effet, un tiers de la population malgache n'a pas accès à des soins de santé primaires, et les distances à parcourir jusqu'à l'établissement de santé le plus proche sont souvent supérieures à 10 km, dans un contexte où les routes sont souvent accidentées. A la suite du coup d'État de 2009, le gouvernement a procédé à des coupes sévères dans les services de santé (9,11) ce qui a rendu l'accès aux soins d'autant plus précaire. Le manque de personnel médical formé et le manque de médicaments disponibles sont les principales raisons de non-recours au système de santé de la population, qui préfère souvent se soigner par elle-même. (9).

En septembre 2019, la Société de pathologie infectieuse de Madagascar (SPIM) a accueilli la conférence internationale annuelle de l'Infection Control Africa Network (ICAN). Cette rencontre a permis de mettre en lumière de nombreux besoins afin de renforcer la PCI à Madagascar. Elles concernent aussi bien les pratiques quotidiennes des professionnel(le)s de santé que les recommandations nationales officielles qui ne correspondent pas aux évolutions des recommandations internationales. En outre, l'absence de directives nationales actualisées était à souligner.

En 2021, Madagascar a bénéficié de l'appui technique et financier du bureau régional OMS pour une amélioration du programme PCI. Depuis Mars 2022, le ministère de la Santé Publique a élaboré le Programme national de prévention et contrôle des infections.

¹ Programmes de PCI ; Recommandations de PCI ; Enseignements et formation en PCI ; Surveillance des infections associées aux soins ; Stratégies multimodales ; Monitoring, audits et feedbacks ; Charge de travail, effectifs et occupation des lits de l'établissement ; Environnement et bâti, matériaux et équipements pour la PCI de l'établissement.

Historique et positionnement de l'Aide Odontologique Internationale (AOI)

L'AOI est une Organisation Non Gouvernementale (ONG) de développement reconnue d'utilité publique qui contribue à améliorer la santé des populations défavorisées. Depuis 40 ans, le positionnement est d'accompagner les acteur(rice)s de la santé et de faciliter l'élaboration, l'application et l'évaluation de stratégies innovantes en santé publique.

L'AOI est aujourd'hui reconnue dans les domaines de la promotion de la santé, de l'accès au fluor, de la formation, de la prévention et du contrôle des infections (PCI), de l'accès aux soins, de la promotion de la santé par l'accès au fluor et de la capitalisation d'expérience. Elle s'appuie sur des réseaux internationaux de compétences et de partenaires techniques et financiers (universités, institutions, ONG, entreprises...) ainsi que des expériences acquises sur le terrain dans différents contextes (Afrique, Asie du Sud-est, Haïti).

L'AOI travaille à réduire l'écart entre les stratégies nationales et/ou internationales et leur application concrète sur le terrain. Réduire cet écart passe par la compréhension de la réalité du terrain et demande une recherche constante de solutions viables et adaptées avec les partenaires sur l'ensemble de la pyramide sanitaire. L'AOI s'appuie sur les préconisations internationales en matière de santé et de sécurité des soins (OMS) ainsi que sur des programmes nationaux lorsqu'ils existent. Sinon, un plaidoyer est fait pour sa mise en place. Enfin, le positionnement en appui-conseil permet d'avoir une démarche qui soutient le développement des projets par les acteurs et actrices des pays concernés.

Engagée depuis 2010 au Laos et à Madagascar, l'AOI accompagne les partenaires nationaux (ministères, associations, hôpitaux, universités, entreprises, etc.) à identifier les besoins et soutenir leurs projets. Plusieurs axes stratégiques sont développés avec les partenaires dans le but d'améliorer et de renforcer leurs compétences :

- Promotion de la santé par l'accès au dentifrice fluoré ainsi qu'au sel iodé fluoré à Madagascar,
- Amélioration de la PCI par l'appui aux programmes nationaux, à la formation dans les universités de santé, aux hôpitaux et centres de santé dans le cadre de projets pilotes visant à favoriser le passage à l'échelle et le développement d'outils de formation,
- Amélioration de la formation des cadres et des personnels de santé, mais également des équipes enseignantes et étudiantes dans les universités ainsi que des formateur(rice)s au niveau national. L'objectif est de contribuer à l'application de pratique de qualité dans l'exercice quotidien et de leur diffusion,
- Capitalisation des expériences de terrain en analysant les réussites, les points de vigilance et d'amélioration, les difficultés et les échecs et favoriser l'initiative de nouveaux projets. Ce volet prend notamment la forme de publications (livres, articles scientifiques, vidéos), d'interventions lors de Congrès, de voyages d'études ainsi que le renforcement du réseau d'acteur(rice)s de la santé (OMS, universités, ONG, associations professionnelles, entreprises, etc.).

L'intervention est institutionnalisée et s'intègre dans la stratégie nationale et le financement de celle-ci. L'intégration auprès et avec les acteur(rice)s nationaux est déterminante pour la mise en œuvre. Cette stratégie permet de favoriser le passage à l'échelle c'est-à-dire l'extension de l'intervention à de nouvelles zones géographiques, de nouvelles structures sanitaires, de nouveaux bénéficiaires.

En complément de ces axes, l'AOI doit également se tourner vers des défis présents et futurs. Parmi eux, figurent le renforcement de la société civile, la prise en compte de l'approche genre dans le cadre de la réduction des inégalités d'accès à la santé entre homme et femme ainsi que du concept One Health qui promeut une approche intégrée de la santé humaine, animale et environnementale.

Le projet d'appui au développement intégré de la santé orale, prévention et contrôle des infections vise à améliorer la santé générale de la population au Laos et à Madagascar. Il est actuellement à la fin de la phase 3 de son déploiement et s'articule autour de trois objectifs spécifiques : le premier est d'améliorer le programme intégré de promotion de la santé par l'accès au fluor ; le second d'améliorer la PCI ; et le troisième de renforcer les capacités d'associations professionnelles.

Une évaluation centrée sur l'amélioration de la Prévention et du Contrôle des Infections

La présente évaluation se concentre sur le second objectif soit sur l'amélioration de la PCI. L'AOI travaille à Madagascar depuis plus de 10 ans avec le ministère de la Santé, les deux directions régionales de Diana et de Menabe, les districts sanitaires d'Ambatolampy, d'Arivonimamo, d'Ambohidratrimo et de Maevatanana ainsi qu'avec l'unique faculté dentaire de Madagascar, l'Institut d'Odonto-Stomatologie Tropicale de Madagascar (IOSTM) afin d'améliorer la formation, l'accès aux soins, la prévention et le contrôle des infections dans une démarche de santé globale et selon les principes de promotion de la santé. Des organisations de la société civile (OSC) nationales sont également partenaires, notamment la Société Malagasy de Prévention et Contrôle de l'Infection – Water Sanitation Hygien (SMPCI WASH) et l'Association des médecins communautaires de Madagascar (AMC Mad). Le volet PCI de la phase 3 qui fait l'objet de la présente évaluation vise à accompagner le ministère de la Santé dans l'élaboration et l'application de directives nationales actualisées en PCI afin qu'elles soient adaptées aux conditions réelles et aux besoins du terrain et d'accompagner des structures de santé dans leur volonté d'améliorer la PCI.

Au Laos, un partenariat entre l'AOI et le ministère de la santé Lao a été développé en 2017 afin d'appuyer la mise en place du plan national PCI dans des établissements de santé pilotes sélectionnés et soutenir la mise à l'échelle. Cet appui avait pour but d'améliorer la formation technique des cadres de santé que ce soit au ministère de la Santé ou dans le Bureau de de la Santé de Vientiane et de mettre à niveau l'enseignement de la PCI au sein des formations initiales. Il avait aussi pour but d'accompagner des hôpitaux de district dans leur volonté

d'améliorer la PCI, en collaboration avec le Département de Santé et de Réhabilitation et l'unité PCI du ministère de la Santé ainsi que le Bureau de la santé de Vientiane (Vientiane Health Office).

2. Questions évaluatives et objectifs

L'objectif principal de l'évaluation est d'analyser comment le projet d'appui à la prévention et contrôle des infections a permis d'améliorer les pratiques quotidiennes dans les hôpitaux de district au Laos et dans les CSB (Centre de Santé de Base) et CHRD (Centre Hospitalier Régional de District) à Madagascar.

Les objectifs spécifiques sont :

- D'identifier les fonctions clés du projet d'appui au développement intégré de la prévention et contrôle des infections,
- De comprendre les conditions d'intégration des activités de PCI dans la stratégie des organisations concernées (ex : hôpitaux, CSB, autorités sanitaires...),
- D'analyser l'appropriation du projet d'appui par les parties prenantes agissant en routine (professionnel(le)s de santé, directions des hôpitaux/CSB, décideur(euse)s),
- D'identifier les freins et leviers à la mise en place et au maintien dans le temps des résultats observés.

Les objectifs suscités étaient déclinés en question évaluatives, relatives à la PCI :

- Dans quel contexte le projet a-t-il été déployé (à l'échelle nationale et de chaque structure) ? En quoi ces contextes ont-ils été facilitants ou non à la mise en œuvre du projet de PCI ?
- Comment le projet s'articule-t-il avec les directives nationales ? En quoi celles-ci sont un frein ou un levier à la pérennisation et à l'intégration de projets de PCI à une plus large échelle ?
- Quelles sont les perceptions des parties prenantes concernant la conduite du changement (partenariat, positionnement des acteur(rice)s impliqué(e)s...) ?
- Dans quelles mesures la façon dont le projet a été mis en œuvre a influencé son intégration dans la structure et les pratiques en routine des professionnel(le)s (positionnement, financement, étapes de mises en place, formation des professionnel(le)s...) ? Les différentes parties prenantes partageaient-elles la même vision concernant la PCI, les activités du projet et les choix techniques réalisés ? Si

non, quels ont été les compromis réalisés ? Dans quelles conditions ces compromis ont-ils été choisis et comment ont-ils été perçus par les parties prenantes ?

- Quelles ont été les étapes de l'élaboration à la mise en œuvre du projet de PCI dans les différentes structures (hôpitaux et CSB) ?
- Quelles sont les perceptions des parties prenantes sur les activités mises en œuvre (perceptions de leurs intérêts, de l'efficacité, des mécanismes d'efficacité...) ? Quels sont, selon eux(elles), les freins et les leviers à la mise en œuvre du projet (mise en œuvre de toutes les activités, suivi de l'évaluation par l'AOI, modification de certaines activités pour mieux les intégrer dans le fonctionnement de la structure...) ?
- Quelles sont les perceptions des parties prenantes concernant les résultats (amélioration de l'environnement, évolution des pratiques, fréquentation des patient(e)s, diminution des infections associées aux soins...) ?
- Quels sont les effets perçus du projet sur les relations entre les professionnel(le)s au sein d'un même service ? Entre les services (unité de soins/stérilisation centrale, unité de soins/service de nettoyage...) ? Entre les professionnel(le)s de structures ayant mis en œuvre le projet ? Avec des structures qui n'ont pas mis en œuvre le projet ?
- Y a-t-il eu un changement de la perception de la structure par les bénéficiaires, par d'autres structures n'ayant pas mis en œuvre le projet ou par les pairs (professionnel(le)s) suite à son implémentation ou suite aux résultats perçus ?
- Quels sont les freins et leviers pour le maintien des résultats dans le temps ?

En plus, deux questions évaluatives transversales portaient sur le genre et l'environnement :

- Comment la question du genre est-elle prise en compte dans le discours des parties prenantes ? Cette question est-elle identifiée comme une priorité par les parties prenantes ? Si oui, quelle est la problématique identifiée par les parties prenantes (différence d'accès aux soins, d'accès à la formation, de répartitions des tâches selon le genre...) ?
- Comment la question environnementale est-elle prise en compte dans le discours des parties prenantes (risques liés à la gestion des déchets, importance accordée à l'antibiorésistance, choix des produits sanitaires de nettoyage, modifications des croyances et des comportements...) ?

3. Méthode

Une méthodologie en deux étapes a été réalisée (figure 3).

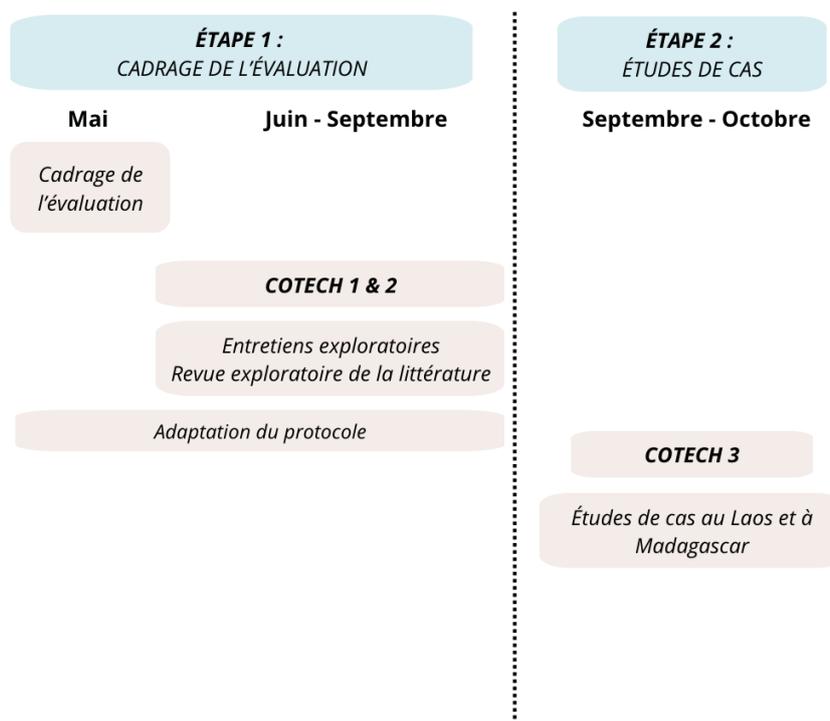


Figure 3 : schéma général de l'évaluation

Un comité technique d'évaluation (COTECH) s'est réuni à intervalles réguliers pour échanger autour de l'évaluation. Il était composé de François Courtel, Vice-Président de l'AOI, Bernard Decroix, Trésorier de l'AOI, Yambuliya Dipama, secrétaire général de l'AOI, Thierry Marsais, Délégué Général de l'AOI, Laetitia Razafimamonjy, Représentante AOI à Madagascar, Lola Van Dessel, Représentante AOI au Laos, Hubert Weil, Président de l'AOI, ainsi que par l'équipe évaluatrice composée d'Anaïs Essilini, post-doctorante en santé Publique, Fanny Velardo, médecin de santé publique et Charlotte Decroix, post-doctorante en santé publique.

Une présentation des résultats intermédiaires a été réalisée durant le congrès annuel de l'Association Dentaire Française (ADF) fin 2024. Un premier rapport, avec une partie des résultats, a été rendu le 24/01/2024 et a été discuté le 4/02/2024. Les résultats ont été présentés le 19/06/2025 et le 24/06/2025 avant une remise du rapport final et de la synthèse le 24/06/2025. Une valorisation scientifique est envisageable à l'issue de l'évaluation.

3.1. Étape 1 - Phase exploratoire

Une phase exploratoire a été menée pour : (a) établir la généalogie du projet et comprendre les contextes dans lequel il a été déployé, (b) identifier les hypothèses implicites et explicites justifiant le développement du projet et son fonctionnement, (c) identifier les freins, leviers et adaptations réalisées dans le projet, (d) expliciter la perception des parties prenantes quant aux facteurs influençant la mise en place, les effets, la pérennisation et l'appui à la mise à l'échelle du projet, (iv) explorer la perception des membres de l'AOI quant aux questions environnementales et de genre. Pour répondre à ces objectifs des entretiens semi-directifs ont été conduits. L'échantillon préalable construit lors du COTECH 1 était composé d'acteur(rice)s clés de l'AOI impliqués dans le projet (bureau, conseil d'administration, équipe siège, équipe Laos et Madagascar). Les entretiens, en présentiel ou en visioconférence, ont été conduits par Anaïs Essilini avec le support d'un guide d'entretien adapté aux différent(e)s informant(e)s. Avec l'accord des participants, les entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone et intégralement retranscrits. Une analyse thématique a été réalisée (12). Les entretiens ont été complétés d'une analyse documentaire, présentée dans l'étape 2.

3.2. Étape 2 - Études de cas

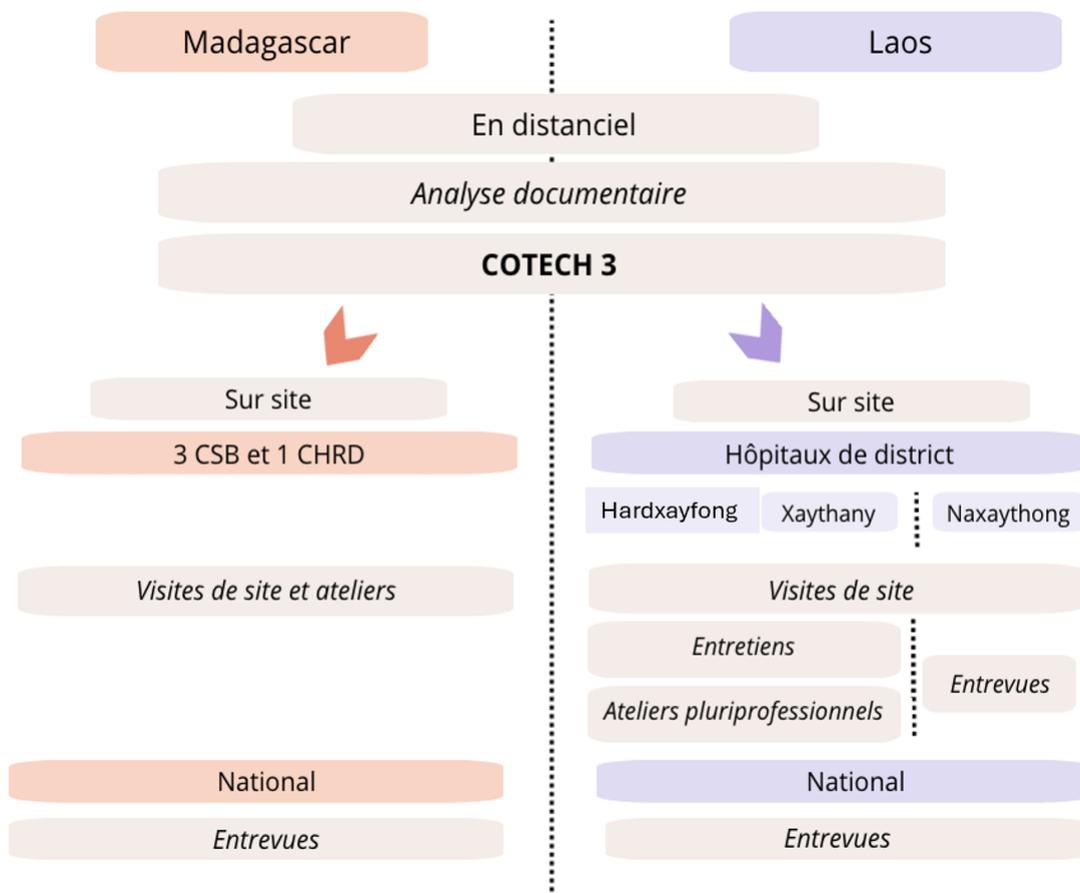


Figure 4 : détail de l'étape 2

L'étape 2 s'est articulée autour d'une analyse documentaire et d'une étude de cas multiples au Laos et à Madagascar, où chaque formation sanitaire était considérée comme un cas (figure 4). L'analyse documentaire transversale visait à comprendre le rationnel justifiant le développement d'un projet d'appui au développement intégré de la PCI au Laos et à Madagascar ainsi que les freins et les leviers à la mise en œuvre et à la pérennité d'une démarche d'amélioration de la PCI dans les formations sanitaires, les résultats attendus et les effets perçus. Le corpus documentaire a été construit à partir des documents de suivi produits dans le cadre du projet et mis à disposition par l'AOI. Une analyse thématique discontinue a été réalisée à partir d'une grille d'analyse préconçue suivie d'une synthèse. Grâce aux résultats de l'étude documentaire et au COTECH 3, des critères d'échantillonnage ont été définis pour sélectionner les CSB et CHRD à Madagascar ainsi que les hôpitaux de district au Laos qui ont constitué nos cas. Pour chaque cas, des visites de sites² et des entrevues² ont été réalisées. En complément au Laos, des ateliers pluri-professionnels² ont été conduits dans tous les hôpitaux ainsi que des entretiens semi-directifs dans deux hôpitaux.

Etape 2.1 - Études de cas au Laos

Au total, trois hôpitaux de district ont été retenus soit les trois premiers hôpitaux soutenus par l'AOI dans le cadre du projet d'appui, tous trois situés dans la préfecture de Vientiane :

- L'hôpital de district d'Hardxayfong, situé à 21 km au sud-est de Vientiane,
- L'hôpital de district de Xaythany, situé à 21 km au nord de Vientiane,
- L'hôpital de district de Naxaythong, situé à 29 km au nord de Vientiane.

L'équipe d'évaluation a effectué une visite de site pour chaque hôpital sélectionné avec recueil d'observations à partir d'une grille d'analyse préétablie (annexe 1). Pour ces visites, nous avons été accompagnées par (i) le Dr Thipmalakham Sythala, infirmière, nouvellement recrutée par l'AOI Laos, qui a traduit nos propos et ceux des professionnel(le)s, en Lao et en anglais et par (ii) Mme Manithong Thammachith, assistante projet au sein de l'AOI Laos. Des entretiens semi-directifs en Lao ont été menés en amont de nos visites par le Dr Thipmalakham Sythala auprès de professionnel(le)s de santé, d'acteur(rice)s des pôles de direction et de patient(e)s, avec le support d'un guide d'entretien et dans l'objectif d'explorer leur vécu du projet. L'ensemble des entretiens a fait l'objet d'un enregistrement après obtention de l'accord oral des participant(e)s et ont intégralement été retranscrits puis traduits en anglais. Une analyse thématique inductive a été réalisée. En complément, des ateliers pluriprofessionnels ont été réalisés auprès des professionnel(le)s. Dans l'hôpital de

² **Les visites de site** ont permis d'observer le fonctionnement des infrastructures et des pratiques professionnelles, en présence d'un(e) professionnel(le) traduisant les échanges en français ou en anglais. **Les entretiens semi-directifs** étaient des temps d'échange avec un(e) professionnel(le), enregistrés et suivis d'une retranscription complète. **Les entrevues** étaient des temps d'échanges plus courts que les entretiens qui n'ont pas bénéficié d'une retranscription complète mais seulement d'une prise de notes tout comme **les ateliers pluri-professionnels**, qui étaient des temps d'échange sur le mode des focus groupes.

Naxaythong, pour des raisons de temps et de ressources humaines, seules des entrevues ont été menées, selon une grille d'entrevue pré-définie. L'échantillon de professionnel(le)s de santé a été sélectionné avec l'équipe de l'AOI Laos selon les mêmes critères que pour les entretiens (diversité des profils, par exemple, équipe de direction, professionnel(le)s d'appui), sans les patient(e)s, pour des raisons de faisabilité. Des entrevues avec les parties prenantes au niveau national ont également été organisées selon une grille d'entrevue spécifique à chaque acteur rencontré.

Etape 2.2 - Étude de cas à Madagascar

Au total, 3 CSB et 1 CHRD ont été retenus (tableau 1).

Tableau 1 : Description des structures choisies pour l'étude de cas à Madagascar

Nom de la structure	Type	Région	District	Km de la capitale
<i>Ambohitrimanjaka</i>	CSB 2	Vakinankaratra	Ambatolampy	22
<i>Aambohipihaonana</i>	CSB 2	Itasy	Arivonimamo	11
<i>Ambodifarihy</i>	CSB 2	Analamanga	Ambohidratrimo	13
<i>Arivonimamo</i>	CHRD	Vakinankaratra	Ambatolampy	50

A l'issue de cette sélection, chaque structure sélectionnée était considérée comme un cas où l'équipe d'évaluation est venue effectuer une visite de site. L'objectif était de compléter les informations recueillies lors de l'analyse documentaire et de contribuer à l'analyse des conditions de pérennisation. Des observations ont été réalisées à partir d'une grille d'analyse préétablie dans chaque site. Nous avons été accompagnées par : (i) Mme Finoana Razafimamonjy, interprète, qui a traduit nos propos et ceux des professionnel(le)s en malgache et en français ; (ii) M. Dominique Ramaroson, chargé de logistique et de communication à l'AOI de Madagascar. En complément, des entrevues avec les professionnel(le)s de santé et d'appui ont été réalisées dans chaque CSB et CHRD. Plusieurs entrevues avec des parties prenantes au niveau national ont également été réalisées.

Points de vigilance

Certains points sont à souligner :

- Concernant les résultats des entretiens : les verbatims (extraits d'entretiens présentés entre guillemets et en italique dans la suite du rapport) sont issus des retranscriptions des différents entretiens menés. Ils ne sont là qu'à titre d'illustration d'une analyse de l'ensemble des entretiens semi-directifs réalisés,
- Concernant les visites de sites : lors de nos visites, nous avons toujours pris soin de nous identifier comme faisant partie de l'équipe évaluatrice, indépendante de l'AOI. Nous avons aussi systématiquement précisé que l'évaluation ne portait pas sur leur

structure de manière individuelle mais sur le projet déployé dans l'ensemble des hôpitaux soutenus, en décrivant nos objectifs. Cependant, et malgré ces précautions, il est possible que certain(e)s professionnel(le)s aient pu faire la confusion entre notre équipe et celle de l'AOI, d'autant que nous étions toujours accompagnées d'une personne de leur équipe. Dans tous les cas, et même en étant correctement identifiées, notre posture d'évaluatrices a pu entraîner un biais de désirabilité chez nos interlocuteur(rice)s avec une dissonance possible entre ce qui nous a été montré et dit et la réalité des pratiques quotidiennes. Au regard de ce potentiel biais, le croisement des sources de données dans l'évaluation est particulièrement important dans cette évaluation (observations, entretiens, études documentaires).

4. Résultats transversaux des entretiens exploratoires

4.1. Description de l'échantillon

Les entretiens exploratoires ont été conduits sur la période de juin à août 2024. Onze des treize personnes sollicitées ont été rencontrées en entretien. Leur durée allait de 40 minutes à 1h59. Ils ont été conduits auprès des acteur(ice)s aux fonctions suivantes actuellement : le délégué général de l'AOI, le vice-président de l'AOI, le secrétaire général de l'AOI, le trésorier de l'AOI, la représentante AOI à Madagascar, la référente santé AOI à Madagascar, la représentante AOI au Laos et quatre membres de l'équipe AOI au Laos. Ces titres sont les fonctions actuelles des membres de l'association mais ne représentent pas l'intégralité de leurs missions au sein de l'AOI, en cours depuis parfois de multiples années.

4.2. Principes fondamentaux et stratégie de l'AOI

Différents postulats et principes fondamentaux de la démarche de l'AOI ont été décrits par les participant(e)s aux entretiens et dans les documents relatifs aux différents projets :

- Une posture d'appui-conseil reposant sur un travail d'accompagnement de demandes émanant des partenaires,
- Visant à trouver des solutions à des problèmes de terrain ; à diminuer l'écart entre les stratégies internationales, nationales et le terrain ; à adopter une démarche globale afin d'agir sur les différents déterminants du problème de santé ciblé,
- S'appuyant sur l'existant et s'inscrivant dans une démarche de capitalisation de l'expérience,
- Impliquant une motivation importante des partenaires leur permettant de porter leur projet avec l'appui de l'AOI,
- Privilégiant la qualité des projets à la quantité,
- Intégrant une culture de l'évaluation.

L'ensemble des participant(e)s aux entretiens évoquaient la posture d'appui-conseil de l'AOI dans les projets conduits bien que des divergences au sein même de certains entretiens aient pu être identifiées.

« C'est aussi dans notre discours de dire : nous, on ne vient pas en tant que projet. Nous, on vient en tant qu'appui à votre vision à long terme. »

Les valeurs et principes suscités avaient différentes implications pratiques. Premièrement, l'importance de prendre le temps à toutes les étapes du projet a été soulignée, dans un contexte où l'AOI appuie différents partenaires tels que les formations sanitaires (hôpitaux, centres de santé), autorités de santé, universités et organisations de la société civile (OSC).

Pour les participant(e)s aux entretiens, il s'agissait de prendre le temps : (i) de construire une relation de confiance mutuelle avec les partenaires ; (ii) d'apprendre à travailler ensemble, dans une démarche de co-construction ; (iii) de permettre aux partenaires de motiver et insuffler une dynamique dans leur structure (hôpital, université, ministère...) afin qu'ils construisent leur projet, fédèrent et prennent des décisions.

« Le fait d'être arrivé de manière, très smooth en fait avec toute l'explication, ça a mis énormément de temps pour se comprendre mutuellement et pour construire l'approche ensemble. On avait que trois hôpitaux de districts au départ, on avait le temps, on était sur le terrain avec eux et ils voyaient bien qu'on était pas là pour forcer les choses quoi, ce qui est vraiment, moi je trouve, une valeur ajoutée avec l'AOI. »

Deuxièmement, l'importance du réseau et des demandes des partenaires a été soulignée. La démarche s'inscrit dans le cycle des projets en santé publique. Lorsqu'un nouveau projet d'appui est envisagé par l'AOI, différents critères d'analyses ont été décrits : (i) l'existence d'un besoin, exprimé par une ou plusieurs demandes des partenaires locaux, (ii) la motivation des partenaires, leur compréhension et adoption de la démarche et du positionnement d'appui-conseil de l'AOI, (iii) la cohérence avec le projet associatif, (iv) la cohérence avec les politiques de l'aide publique au développement et l'existence de financement pour les thématiques et dans les pays où les projets sont envisagés. En outre, (v) un projet a un début et une fin : l'objectif de l'AOI est d'avoir un appui limité dans le temps. Dans cette perspective, les actions cherchent à appuyer les acteur(ice)s existant(e)s et à inclure les acteur(ice)s institutionnels dans les projets appuyés. Cette préoccupation se retrouvait dans les entretiens par l'inclusion des acteur(ice)s institutionnels aux différents échelons de la pyramide sanitaire, sans se substituer.

Troisièmement, l'importance d'être réaliste dans les ambitions et d'adapter l'envergure des projets et leur nombre aux capacités de l'ONG et des capacités d'action des partenaires dans leur contexte a été soulignée.

Dans les entretiens, une évolution de l'ONG sur différents points a été décrite pour arriver à la situation suivante : (i) une focale sur la santé générale, incluant la santé bucco-dentaire ; (ii) une organisation autour d'une équipe interdisciplinaire avec une équipe au siège, une équipe locale à Madagascar, une équipe locale au Laos, un conseil d'administration (notamment composé de chirurgiens-dentistes), un bureau, s'appuyant sur un réseau d'expertise ; (iii) un co-financement public – privé. Actuellement, l'Agence Française du Développement (AFD) est le principal bailleur public de l'AOI. Le risque d'une dépendance aux orientations politiques des bailleurs et du soutien financier en résultant a été souligné, dans un contexte de réduction de l'aide publique au développement plus large.

L'importance de l'apprentissage au fur et à mesure des expériences a été explicitée dans les entretiens. La place centrale de la capitalisation d'expérience, au travers de la prise en compte

des apprentissages acquis dans les projets antérieurs pour faire évoluer les stratégies, a été soulignée dans les méthodes de travail évoquées. Ce point s'illustre par l'évolution d'une approche centrée sur la santé bucco-dentaire vers la santé générale, avec une spécialisation sur les questions d'hygiène et de sécurité des soins. Cette évolution a été justifiée dans les entretiens par (i) l'expérience de l'AOI, (ii) la convergence avec les recommandations internationales et la littérature, (iii) le contexte propice à l'initiation de projets d'appui au développement intégrés de la PCI au Laos et à Madagascar et (iv) les recommandations d'une évaluation externe du projet. Si cette évolution a été décrite comme allant de soi pour les équipes projets impliquées au quotidien (siège, Laos, Madagascar, membres du CA impliqués dans la coordination des projets ou l'expertise technique), un important travail de communication a été réalisé, pour développer et rendre accessible le rationnel autour de la pertinence d'une telle approche auprès des autres parties prenantes.

4.3. Le genre et l'environnement

- **Le genre et l'environnement : des problématiques mises à l'agenda politique**

Depuis plus de quinze ans, les problématiques des inégalités de genre et de la crise environnementale ont progressivement été mises à l'agenda politique. Cette priorisation se constate tant au niveau international (ex : objectifs de développement durable pour 2030 des Nations Unies, stratégies de l'OMS) que par les stratégies des acteur(rice)s institutionnels du développement en France (notamment l'AFD), (1-4).

Le genre est « *une construction sociale, inscrite dans un processus relationnel et dans un rapport de pouvoir, lui-même imbriqué dans d'autres rapports sociaux (...), il fait référence à l'assignation des femmes et des hommes à des rôles sociaux et des stéréotypes prédéfinis et à leurs conséquences* » (13). Dès 2013, l'AFD a défini un cadre d'intervention exposant sa stratégie relative au genre et à la réduction des inégalités femmes-hommes. La volonté d'intégrer systématiquement le genre à chaque étape du cycle des projets était affirmée (14). Lors de l'élaboration d'un projet de développement, il paraît important de ne pas seulement se focaliser sur les femmes mais plutôt d'étudier les rapports de genre dans leur ensemble et ce qu'ils ont d'inégalitaires (15).

Concernant les questions environnementales contemporaines, elles sont multiples et imbriquées telles que le changement climatique, les maladies émergentes à risque pandémique, l'effondrement de la biodiversité. La question environnementale a également fait l'objet d'une stratégie de l'AFD, orientée autour du concept « *One Health* » (16,17) qui est « *une approche intégrée et unificatrice qui vise à optimiser la santé des personnes, des animaux et des écosystèmes, et à trouver un équilibre entre ces dimensions, de manière durable* » (18,19). Cette approche appelle à une approche intersectorielle, se situant au croisement d'enjeux sanitaires, environnementaux et vétérinaires (20).

La suite de cette partie du rapport sera consacrée au genre et à l'environnement. D'abord, nous verrons pour chacune de ces problématiques : (i) ce que recouvrent ces deux concepts pour les participant(e)s aux entretiens ; (ii) comment ces thématiques ont été prises en compte au Laos et à Madagascar dans le cadre du projet. Ensuite, nous reviendrons sur les différences de priorisation de ces problématiques selon les participant(e)s aux entretiens et la nécessité d'une vision partagée de ces questions pour les intégrer dans la stratégie de l'AOI

- **Le genre**

Perception du genre dans les entretiens exploratoires

Les entretiens exploratoires ont illustré la complexité de la prise en compte du genre, avec des éléments de définition relevant de la sphère publique et privée (figure 5).

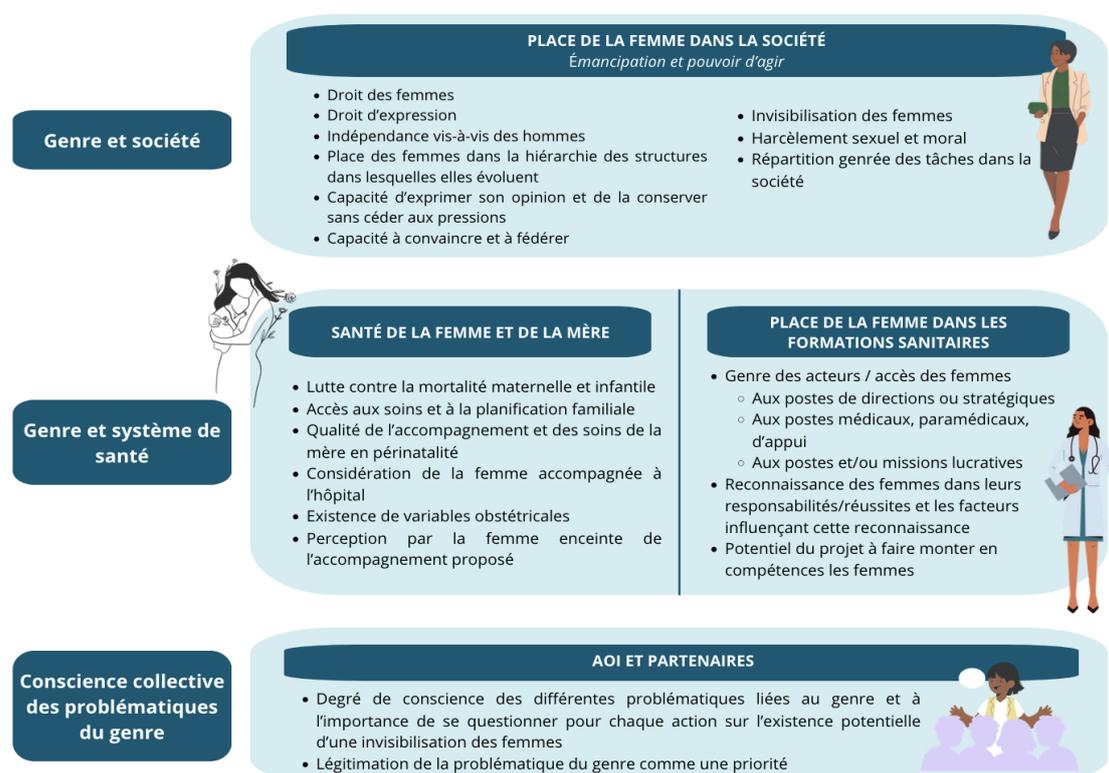


Figure 5 : Prise en compte du genre par les participants des entretiens exploratoires

Il s'agissait : (i) de la place de la femme dans la société ainsi que de leur émancipation et de leur pouvoir d'agir (éléments très macroscopique et généraux) ; (ii) de la place de la femme dans le système de santé comme mère-bénéficiaire et comme professionnelle ; (iii) des leviers pour accompagner une prise de conscience collective de l'existence d'une problématique.

Une vision différenciée de l'importance des problématiques de genre à l'AOI

Pour la plupart des participant(e)s interrogé(e)s, les partenaires locaux et nationaux de l'AOI au Laos et à Madagascar ne considéraient pas les problématiques de genre comme un objectif prioritaire sur lequel agir. Néanmoins, sa prise en compte par différentes ONG internationales a été décrite, notamment au Laos.

*« Enquêtrice : Est-ce que pour vous, [ce sont] des questions qui sont jugées comme importantes, prioritaires par les parties prenantes et les professionnels de terrain ?
Enquêté : Non, pas du tout. (...) Je ne pense pas, je n'ai pas ce sentiment-là. C'est vraiment... je pense, c'est vraiment une volonté donc des bailleurs ».*

Ce constat se reflète dans les perceptions des équipes de terrain au Laos et à Madagascar sur le genre. Hormis pour une participante, les équipes de terrain de l'AOI ne considéraient pas le genre comme un objectif prioritaire des projets de l'AOI, sauf pour satisfaire les bailleurs du projet (vision 3 à 6, tableau 2, page 29). L'équipe du siège avait une vision qui allait d'une problématique prioritaire et une nécessité pour le financement des projets (vision 1 à 3, tableau 2, page 29). L'importance de conduire une réflexion collective en interne à l'association a été soulignée dans quelques entretiens. En outre, des pistes pour l'association ont été évoquées tels que l'utilisation de l'écriture inclusive ou l'intégration d'une réflexion systématique sur la place des femmes dans les différents systèmes.

Laos : éléments de contexte et perception du genre dans le projet

Au Laos, la question du genre était décrite dans un entretien comme relativement novatrice bien que beaucoup d'ONG travaillent dessus. Concernant le statut de la femme, une autorité de l'homme a été décrite dans une minorité d'entretien, avec des problématiques de harcèlement sexuel récurrents décrites.

Sur le plan professionnel, une répartition genrée des professions de santé a été décrite : les infirmières sont majoritairement des femmes et les médecins majoritairement des hommes. Le projet a cherché à souligner que la PCI n'était une affaire de femmes.

« Parfois, ça pose un biais parce qu'alors, c'est un peu : « oui, la PCI, c'est un peu la propreté, le nettoyage, enfin, c'est une question de femme et pas de médecin, juste les infirmières », etc. Donc, ça aussi, parfois, on fait assez attention à, justement, dans les équipes PCI des hôpitaux, de vraiment intégrer directeur, vice-directeur, médecin, responsable de chaque unité, etc. »

L'amélioration de la PCI a été une opportunité pour les sages-femmes et les infirmières de gagner en compétences et responsabilités (dans leurs services, au niveau du ministère, en tant que formatrices nationales). En outre, la montée en compétence des infirmières permise par le projet a été soulignée. L'importance de les soutenir et de les valoriser pour mettre en place les conditions afin qu'elles se sentent capable d'agir a été relevé dans un autre entretien.

« Maintenant, je suis tellement heureuse que les infirmières puissent faire des présentations PowerPoint et les présenter. Mais avant, elles... Je pense qu'elles en étaient capables, mais personne ne les soutenait. Elles voulaient le faire, mais personne ne les soutenait, personne ne les guidait. Vous savez, les caractéristiques des infirmières et celles des médecins sont différentes. Mais maintenant, nous les encourageons, nous les aidons, nous leur expliquons comment faire. »

Enfin, une importante mortalité maternelle et infantile a été décrite au Laos ayant donné lieu à une stratégie nationale. Par rapport aux projets de l'AOI, l'importance de travailler la PCI de manière transversale dans tous les services a été soulignée dans les entretiens. Dans le respect de ce principe, l'intérêt de porter une attention à ce que les services relatifs à la santé de la femme bénéficient d'un soutien, à l'image de l'ensemble des services de l'hôpital, a été évoqué (ex : que la maternité - l'obstétrique ne soient pas les derniers à bénéficier de réhabilitations). Les observations ont montré que dans certains des hôpitaux pilotes, ces services sont même priorités (ex : priorité pour le service de maternité d'avoir les sets d'instruments stérilisés quand la stérilisation centrale est moins fonctionnelle).

Encadré 1 : résultats des études de cas relatifs aux questions de genre au Laos

La question du genre n'a pas été abordée dans tous les entretiens avec les parties prenantes au regard du contexte et du cadre de recueil de données. Les résultats ci-dessous sont issus des entretiens auprès des professionnel(le)s³ de santé, autorités sanitaires, OSC, observations et sont discutés au regard de certaines références. Ils ont été collectés de manière inductive, puis deux prismes d'analyse ont été sélectionnés :

- **L'existence de rôles genrés**, qui affectent l'accès aux soins et la prise en charge des besoins de santé. Les femmes ont des besoins spécifiques en matière de santé, et cela est encore plus vrai dans les pays en développement, où elles peuvent plus fréquemment être victimes de mariages et grossesses précoces, de mutilations sexuelles et de violences gynécologiques, obstétricales, domestiques et sexuelles. Ainsi, l'accès aux soins, avec une prise en charge qui répond aux mieux à leurs besoins, est essentielle (22) notamment en ce qui concerne les services de médecine reproductive et l'offre de professionnel(e)s de santé sensibilisés aux questions de genre,
- **Les répercussions des discriminations de genre dans la répartition des rôles dans le monde du travail**. Ces discriminations de genre se retrouvent dans l'orientation des emplois entre hommes et femmes directement liées aux processus économiques et socio-culturels sous-jacents (13). Il a été démontré que les emplois considérés comme « féminins » sont généralement orientés vers le service à la personne, en lien avec le « care » (13). Pour les sociologues Geneviève Cresson et

³ Les échantillons de personnes présentées par pays sont présentés dans les parties 2 et 3.

Nicole Gadrey, « *une partie des emplois féminins créés dans le dernier quart du XXe siècle amène des femmes à effectuer sur le registre salarié des tâches déjà effectuées dans la sphère familiale (...) ces activités [sont] à la limite du ménager, du sanitaire, du social et de l'éducatif, que l'on désigne sous le terme de care* » (23). Toujours selon elles, « *les professionnels du care exercent des métiers de gestion humaine, ce qui est particulièrement éprouvant physiquement et mentalement. En possédant la santé d'autrui entre les mains, il n'est pas rare qu'ils(elles) mettent au second plan leur propre santé physique et mentale.* »

Au Laos⁴, un besoin de renforcer les connaissances sur les questions du genre a été souligné dans certains entretiens, confirmé par les observations.

« *Les personnes ne savent pas ce que c'est que le genre ! Quand on dit qu'on veut promouvoir la participation des femmes, les gens pensent que ce sont les femmes contre les hommes, non ! On veut promouvoir leur engagement et participation pour que tout le monde soit égal avec les mêmes standards d'information, de services de santé, de protection, d'opportunités incluant la formation, les connaissances etc... pour éviter la discrimination et ne pas limiter l'engagement des femmes.* »

L'objectif de renforcer le rôle des femmes et l'équité au sein de la communauté a été verbalisé par certaines organisations de la société civile (OSC) rencontrées. Bien que ce soit un facteur clé pour changer de perspectives, l'importance du travail restant en pratique a été souligné. Leurs actions avaient notamment pour objectif de renforcer l'empowerement des femmes, le plaidoyer communautaire et la planification communautaire participative en réalisant des discussions et des réunions en ce sens avec la communauté.

« *Il faut qu'on les amène vers la participation et comme ça elles vont avoir la sensation d'être les "owners" de la stratégie, "c'est notre problème et notre responsabilité", elles vont devenir leaders et s'emparer du leadership. Mais il faut du temps. Pour le moment, c'est vraiment le début. Je connais la situation et il y a tellement peu de gens qui comprennent le contexte... La pérennité c'est un mot sympa, simple à dire mais dur à implémenter et à mesurer.* »

Lors de la description des membres d'une des associations interrogées, le président s'est assuré de donner la proportion de femmes. Selon lui, les femmes seraient « *leur priorité* » et ils essaieraient de « *sélectionner des femmes de la jeune génération* ».

Une répartition genrée de certaines tâches, responsabilité et professions a été soulignée, notamment au niveau des postes médicaux, de direction et des postes qui relèvent plutôt du « *care* ». En effet, toutes les infirmières que nous avons rencontrées dans les hôpitaux

⁴ Au regard du peu de résultats obtenus pour l'environnement au Laos et à Madagascar, la question du genre à Madagascar, une partie spécifique n'a pas été consacrée.

étaient des femmes alors que les médecins étaient majoritairement des hommes. Néanmoins, l'existence de femmes à des postes clés en termes de PCI ont été identifiées (ex : infirmière en chef, membre de l'équipe PCI, ancienne responsable du programme national PCI, aucune femme directrice d'hôpital). En outre, une montée en compétences à la fois en PCI mais aussi transversale sur le management de l'hôpital ou la technologie ont pu être développées par certaines dans le cadre du projet. Cependant, certaines professionnelles ont verbalisé une appropriation incomplète de la PCI par leur collègue médecin ne se sentant pas concerné par les questions notamment de rangement et nettoyage (cf. partie 3 du rapport). En outre, dans deux hôpitaux, certaines professionnelles ont verbalisé que le comité PCI pouvait parfois promouvoir l'idée que ce sont les infirmières qui doivent porter et appliquer la PCI. Cela s'illustrait par l'organisation de réunions relatives à la « propreté » et la gestion des déchets auxquelles seules les infirmières étaient invitées. Cette problématique a été aussi verbalisée dans certains entretiens exploratoires, avec une volonté d'impliquer toutes et tous dans la PCI. Ainsi, une certaine répartition générée des professions et de certaines tâches a été soulignée, pouvant être considérée comme le reflet de transfert de tâche générée de la sphère privée à la sphère publique.

Madagascar : éléments de contexte et perception du genre dans le projet

À Madagascar, des différences d'émancipation de la femme ont été décrites dans les entretiens entre les régions, avec de profonds écarts en termes de droit coutumier entre les hommes et femmes. Une situation d'absence de droits des femmes dans le sud du pays a été évoquée dans un entretien. Si la place de l'homme comme « *[restant] le chef de famille* » a été décrite, une plus grande émancipation des femmes dans les autres régions y était évoquée (y compris sur les territoires concernés par le projet).

« Par exemple dans le sud de Madagascar, il y a une réelle différence en matière de droits coutumiers pour les hommes et pour les femmes. Les femmes sont vraiment délaissées et n'ont aucun droit. Ce n'est pas le cas sur les hautes terres malgaches ou dans les autres régions où la femme a sa place, la femme a accès à la santé, la femme peut s'exprimer. »

Au niveau de la santé des femmes (et en particulier des mères), un(e) participant(e) a décrit la situation au travers des actions et dispositifs mis en place dans les CSB : une bonne accessibilité aux soins et à la prévention avec la gratuité du planning familial et des consultations prénatales (CPN), l'existence de projets à destination du public mère-enfant. L'importante place des femmes et des enfants dans la file active des CSB a été relevée.

« Même la proportion de population qui vient dans les CSB [ce sont] globalement [des] femmes et [des] enfants en grande majorité »

Dans la sphère professionnelle, une certaine forme de pouvoir et d'exercice de responsabilités a été soulignée par d'autres participant(e)s, en particulier en référence à des parties prenantes du projet. Ce pouvoir pouvait être lié à leur fonction (profession médicale,

poste de direction), à leurs compétences, à leurs capacités de persuasion, à leurs capacités à maintenir un cap et des idées et à résister aux pressions liées à des avis divergents ainsi qu'aux résultats observés de leurs activités. Cela était illustré par exemple par le bon fonctionnement déclaré de la PCI dans les centres dirigés par des femmes. Lorsqu'elle a été abordée, la répartition entre hommes et femmes dans les CSB appuyés par l'AOI n'était pas considérée comme un enjeu. Les CSB sont composés en majorité de femmes, y compris aux postes de direction.

- **L'environnement**

Perception de l'environnement dans les entretiens exploratoires

Dans la majorité des entretiens, l'environnement était considéré sous l'angle de la PCI et des IAS. La focale était mise sur la gestion des déchets bien que d'autres aspects de la PCI soient évoqués : la rationalisation de l'usage des produits utilisés à l'hôpital et la gestion de l'eau. Sous ce prisme, les participant(e)s considéraient la question environnementale comme faisant partie intégrante du projet (vision 2 et 3, page tableau 2, page 29).

Plus de la moitié des participant(e)s évoquaient la santé humaine, la santé des animaux et la contamination de l'eau comme faisant le lien avec le concept de « *One Health* », cité explicitement dans une minorité d'entretiens.

« On peut mettre des procédures de traitement des déchets au niveau interne de l'hôpital, qui peuvent être intéressantes ou pas, mais après, que devient le devenir de ces déchets quand ils sortent de l'hôpital. Donc à un moment donné, tout allait sur une grande surface (...) qui était à la périphérie de la ville ».

De manière plus large, la question environnementale était parfois décrite sous le prisme de la biodiversité, de la surconsommation ou des différentes politiques internationales.

« A Madagascar quand on parle environnement, ce qui vient à l'esprit tout de suite, c'est biodiversité, préservation ».

Enfin, la volonté de conduire une réflexion en profondeur sur la prise en compte de l'environnement dans les projets de l'AOI a été soulignée dans quelques entretiens (vision 1 et 2, tableau 2, page 29). Les projets en santé des populations sont complexes. Cette complexité se caractérise par la pluralité des effets qui peuvent lui être associés (21). Dans cette perspective, l'intérêt de se questionner sur les effets environnementaux à court et moyen termes, en plus des résultats en termes de sécurité des soins a été souligné. Plusieurs questions étaient explicitées : (i) comment intégrer une analyse de l'impact environnemental des choix techniques effectués et des composantes des projets soutenus par l'AOI (ex : utilisation du plastique pour la stérilisation et gestion des déchets plastiques) ? (ii) Comment impulser une dynamique de réflexion collective et intégrer les questions environnementales dans la culture associative et les méthodes de travail ?

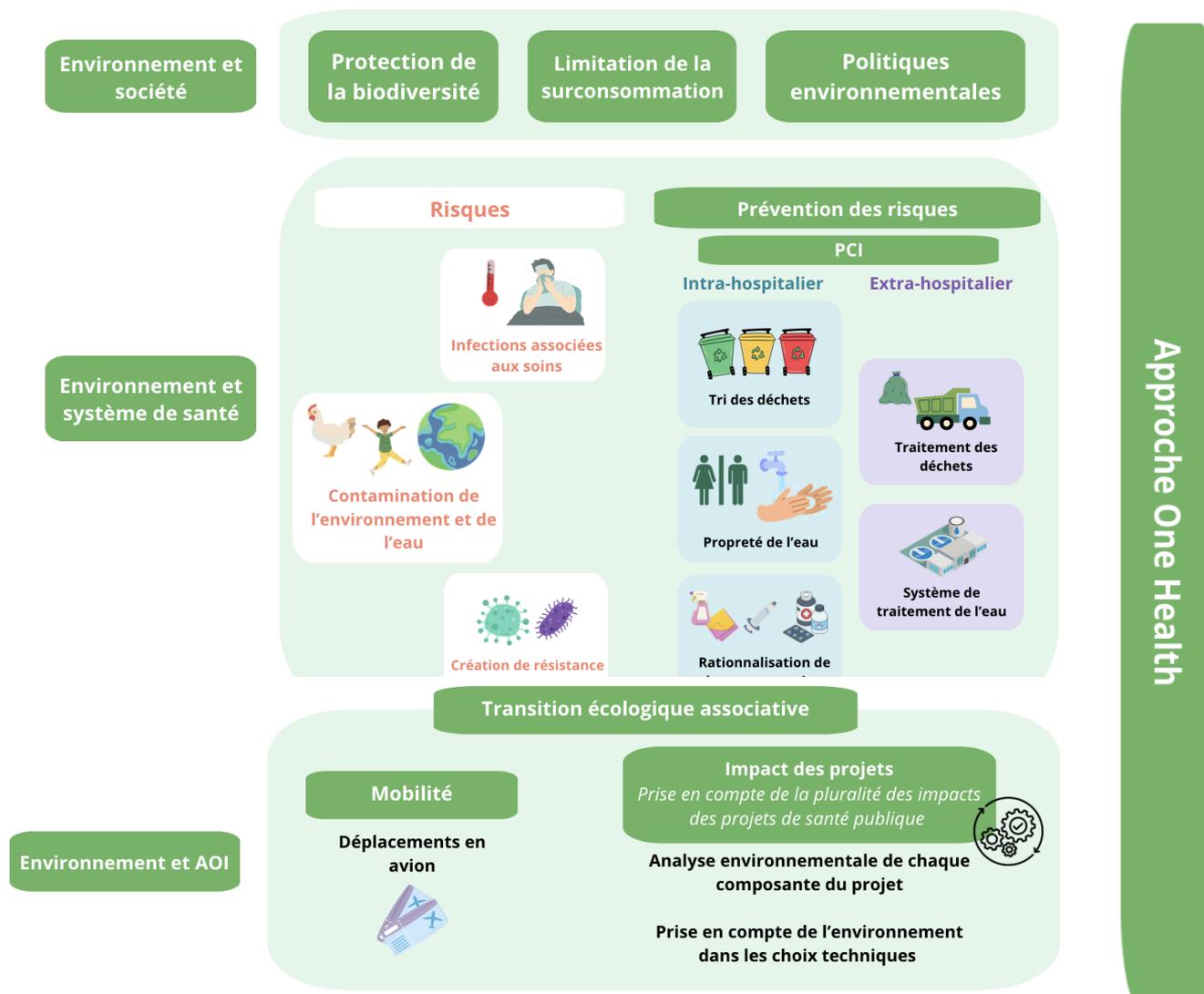


Figure 6 : Perceptions des questions environnementales par les participants des entretiens exploratoires

Au Laos

Au Laos, la question environnementale a été principalement abordée dans les entretiens sous l'angle de la gestion des déchets, notamment des Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux (DASRI). Le tri des déchets au sein des services des hôpitaux appuyés était considéré comme acquis dans la majorité des entretiens. En revanche, le traitement des déchets infectieux en externe était perçu comme une problématique majeure avec différentes questions imbriquées, variables selon les niveaux de la pyramide sanitaire (ex : gestion interne avec utilisation d'autoclaves spécifiques pour traiter les déchets infectieux dans certains hôpitaux mais manque de formation et/ou de financement, externalisation de la gestion des déchets infectieux à des entreprises privées pour d'autres). Au regard du climat tropical, l'importance de traiter les déchets sanitaires tous les uns à deux jours a été discuté dans un des entretiens. Différents risques ont été associés à l'absence de traitement correct

des déchets : démotivation pour les hôpitaux dans leur tri des déchets (mélange potentiel des déchets infectieux et non-infectieux en extrahospitalier), contamination de la population, des animaux et de l'eau.

« Il y a des chiens, des chats, des vaches, des chèvres qui ouvrent les déchets, enfin surtout les déchets sanitaires parce qu'il y a du sang (...). En général, les hôpitaux respectent à fond ce qui doit être fait à leur niveau, donc un sac jaune pour... donc il y a vraiment des règles. Il y a des directives, il y a des autocollants qu'ils doivent bien identifier, la dangerosité de chaque déchet. Sauf qu'en fait, après, ce n'est pas trié ».

La gestion des déchets était l'axe de travail prioritaire décrit pour la suite, en lien avec l'environnement. La question de la surconsommation était considérée comme inexistante de manière générale au Laos et dans les hôpitaux de districts avec plutôt un constat inverse dans un contexte de manque de consommables et de financement des consommables par les patient(e)s.

À Madagascar

A Madagascar, la prise en compte de la question environnementale dans le projet était décrite par l'objectif d'améliorer la PCI (prévenir les IAS, agir de manière complémentaire sur l'environnement intérieur et extérieur). Comme au Laos, la question était discutée sous le prisme de la gestion des déchets dans un but de : (i) prévention de la contamination de l'environnement et de l'eau aux alentours des structures sanitaires ; (ii) protection de la santé humaine et animale. A l'échelle des CSB, l'appui réalisé dans le projet intégrait le tri (séparation des déchets infectieux, non-infectieux et coupants/tranchants) et le traitement des déchets (incinération et/ou enfouissement). En termes de résultats, le tri était considéré comme acquis dans les CSB appuyés. L'incinération et l'enfouissement des déchets était, d'après eux, encore en cours de mise en place dans une partie des CSB (ex : incinérateurs en cours d'installation ou à réparer).

« Par rapport à l'environnement, c'est pris en compte par rapport au traitement justement des déchets. Et par rapport à ça, je pense que c'est bien tenu en compte puisqu'il n'y a pas que le tri, mais ça va jusqu'au traitement final à travers les incinérateurs. »

Concernant les partenaires du projet, les échanges sur les questions environnementales ont été décrits dans les entretiens : (i) au niveau du service de santé environnement du ministère par l'existence notamment de recommandations relatives à la gestion des déchets et de l'eau ; (ii) au niveau des professionnel(le)s de santé qui se sentaient concernées par la problématique de la gestion des déchets. Enfin, au-delà du secteur sanitaire, les acteur(rice)s rencontré(e)s considéraient que la prise en compte de l'environnement était abordée principalement sous le prisme de la préservation de la biodiversité lorsqu'elle était discutée à Madagascar.

- **Nécessité d'une vision partagée de ces problématiques et de leur intégration dans les projets**

Comme explicité ci-dessus, des différences de connaissance et d'appropriation de ces thématiques entre les participant(e)s ont été mises en avant dans les entretiens (équipe du siège, équipe au Laos et à Madagascar, conseil d'administration), (tableau 2). Il est à noter que certain(e)s participant(e)s ont exprimé plusieurs visions différentes (pour le genre et/ou pour l'environnement) dans un seul entretien.

Tableau 2 : continuum des points de vue

VISION 1	VISION 2
<p>- La lutte contre les inégalités de genre et la crise environnementale sont des problèmes sociétaux prioritaires, à considérer de manière systématique dans toute action. Dans cette perspective, l'enjeu est de participer à une prise de conscience collective et un changement systémique à long terme.</p> <p><i>« Les déchets vont se retrouver dans la nature (...) Est-ce que tu ne vas pas occasionner les problèmes sanitaires de demain ? ».</i></p>	<p>- La lutte contre les inégalités de genre et/ou la crise environnementale sont importantes et impliquent une réflexion de fond sur la stratégie à adopter pour les intégrer dans les projets de l'AOI tout en restant dans les objectifs de sécurité des soins.</p> <p><i>« C'est une question qui mérite complètement d'être prise de prendre au sérieux. Et après, comment... ça dépend aussi de comment aborder cette thématique »</i></p>
VISION 3	VISION 4
<p>- La prise en compte du genre et de l'environnement est une nécessité pour répondre aux exigences des bailleurs, que ces thématiques soient considérées comme importantes ou non.</p> <p><i>« Je pense que c'est une politique... enfin de façon générale, moi je n'ai rien contre. De toute façon, les bailleurs se fixent des lignes »</i></p>	<p>- Ces problématiques sont suffisamment prises en compte dans les projets de l'AOI aux vues des objectifs des projets, ou considérées comme non prioritaires au regard du contexte</p> <p><i>« Il y a vraiment un équilibre entre le sexe masculin-féminin dans les centres de santé dans la mesure où il y a beaucoup de médecins femmes et il y a beaucoup de sage-femmes. Par exemple, nous on a visité un centre où tout le personnel était des femmes sauf le gardien ».</i></p>

VISION 5	VISION 6
<ul style="list-style-type: none"> - La problématique du genre serait difficilement/non applicable à la PCI et au fluor qui serait décrite comme des thématiques techniques, non genrées, « <i>Quand je prends un type de projet, type fluoration et iodation du sel, il faut arriver à trouver comment intégrer le genre dedans</i> » 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de positionnement : les participant(e)s exprimaient ne pas avoir d'éléments à apporter lorsque le genre et l'environnement étaient abordés en entretiens.

Ainsi, des difficultés pour intégrer ces problématiques qui ne sont pas toujours perçues comme une continuité par rapport aux projets de l'AOI ont été soulignées dans les entretiens. C'est le cas du genre, et à moindre mesure, de l'environnement. Le défi d'intégrer ces problématiques dans la culture associative de l'AOI était décrite dans un entretien comme paradoxale avec la culture scientifique de l'AOI, au regard des connaissances scientifiques disponibles sur ces sujets.

Parmi les participant(e)s souhaitant intégrer davantage ces problématiques dans la stratégie de l'AOI, tous ont rappelé l'importance de rester dans un rôle d'appui-conseil, en cohérence avec le positionnement de l'AOI. L'intérêt d'une évaluation a été soulignée comme un levier pour inviter les partenaires à se questionner sur ces questions, sans imposer une problématique :

« C'est en ça qu'une évaluation est hyper intéressante, pertinente. Il faut vraiment qu'elle soit intégrée parce que du coup il y a des questions qui vont être à poser, des questions extérieures, et il ne va pas y avoir ce côté « on arrive de l'extérieur pour vous dire que c'est comme ça qu'il faut faire ». (...) parfois poser la question amène plus facilement à une prise de conscience que donner un élément informatif ou même de direction, en gros. Même si nous derrière, tu peux avoir des obligations de bailleur il faut faire attention à comment on amène les choses. C'est toujours être dans un rôle d'appui-conseil ».

4.4. Conclusion et préconisations

Conclusion (résultats transversaux, genre et environnement)

Cette partie a permis de rappeler différents postulats fondamentaux de l'AOI. L'importance de l'adoption d'une approche d'appui-conseil pour soutenir les acteur(rice)s (hôpitaux, autorités de santé, université, organisations de la société civile) dans leurs projets a été rappelée. Bien que l'appui s'inscrive dans le temps, chaque projet est délimité, avec une fin d'appui prévue. Certaines questions du partage des stratégies de l'ONG sur le terrain et avec les partenaires rencontrés dans les études de cas seront discutées dans la suite du rapport.

Les entretiens ont souligné l'importance de la capitalisation d'expérience au sein de l'AOI. Elle se reflète par la capacité à faire évoluer les stratégies des projets au regard notamment de l'expertise acquise avec l'expérience, des recommandations internationales et de la littérature scientifique. L'intégration de problématiques sociétales, sans qu'une cohérence avec les expertises de l'association ne soit perçue par tou(te)s, était quant à elle difficile. C'était le cas pour la question du genre, et à moindre mesure, pour l'environnement. Néanmoins, la mise à l'agenda politique de ces questions est venue renforcée une dynamique interne déjà impulsée par certain(e)s pour intégrer ces questions dans les projets de l'AOI. La dynamique pour conduire une réflexion approfondie sur ces questions a été ressentie comme l'affaire de quelques-un(e)s sans vision partagée et appropriation collective pour le moment. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer les différences de visions :

- Une différence de connaissance et d'appropriation de ces problématiques,
- Une différence de rôles au sein de l'AOI (élaboration de la stratégie, rédaction des appels à projets, gestion du partenariat avec les financeurs, coordination et déploiement d'action sur le terrain, participation active et/ou ponctuelle aux conseils d'administration),
- L'existence au siège d'une minorité de personne convaincue de l'importance de porter ces problématiques dans les projets,
- Une différence de contexte sociétal et culturel dans lequel les participant(e)s évoluent telle qu'une prise en compte du genre dans la société du(de la) participant(e) (ex : degré des courants féministes présents, degré de présence de ces thématiques dans le débat public), des différences générationnelles.

Ces différences peuvent avoir influencé des dynamiques et discussions entre différents groupes au sein de l'AOI. Les entretiens exploratoires ont permis de mettre en avant en quoi les concepts de genre et d'environnement étaient larges et pouvaient recouvrir de nombreuses problématiques imbriquées. Dans le cadre du projet l'environnement était principalement décrit sous l'angle de la PCI, notamment de la gestion des déchets. Le lien entre santé humaine, animale et des écosystèmes était considéré dans la majorité des entretiens abordant ces questions. Concernant le genre, il était discuté à deux niveaux dans le projet : (i) la santé de la femme et de la mère ; (ii) la place de la femme dans les formations sanitaires.

Préconisations (résultats transversaux, genre et environnement)

Le besoin de renforcer la culture associative sur les thématiques du genre et environnement ainsi que de développer une réflexion collective pour renforcer la prise en compte de ces questions dans les projets a été souligné. Pour cela plusieurs étapes peuvent être envisagées : (i) constitution d'un groupe de travail restreint pour piloter cette réflexion ; (ii) réflexion sur la définition du genre et de l'environnement pour aller vers une vision partagée de ces concepts (ex : à partir des résultats présentés ci-dessus et de la littérature réfléchir

collectivement à ce que signifie « le genre » et « l'environnement », quelle vision en ont chacun(e), proposer des temps de formation, choisir une définition commune) ; (iii) analyser la prise en compte du genre et de l'environnement dans le projet et les pistes pour d'avantage le prendre en compte ; (iv) expliciter le degré de prise en compte de ces questions souhaitées dans les projets ; (v) définir des mesures d'amélioration et les évaluer. Il est essentiel de prendre le temps de conduire chacune de ces réflexions pour que chacun(e) puisse se l'approprier. Cette réflexion doit inclure le siège, l'équipe du Laos, l'équipe de Madagascar et le conseil d'administration. Au regard de la démarche d'appui-conseil, un défi de l'intégration de ces problématiques est qu'elles ne sont pas forcément des priorités nationales dans les pays appuyés. La volonté en interne de porter ses réflexions est un vrai atout qui a déjà permis de faire évoluer les réflexions et permettra de les poursuivre. Enfin, la référence ci-après peut être un support pour structurer cette réflexion :

Le Talec, J., Authier, D. et Tomolillo, S. (2019). Chapitre 3. Questionner le genre dans une structure. *La promotion de la santé au prisme du genre. Guide théorique et pratique* (p. 85-92). Presses de l'EHESP. <https://stm.cairn.info/la-promotion-de-la-sante-au-prisme-du-genre-9782810907717-page-85?lang=fr>.

Enfin des questions communes ont été soulevées par les équipes au Laos, à Madagascar et au siège. Néanmoins, actuellement, un manque de lien direct entre les équipes de terrain du Laos et Madagascar a été identifié. Organiser des temps d'échanges réguliers sur une thématique précise pourrait être intéressant pour permettre aux équipes d'échanger sur leurs réussites et difficultés, prendre du recul sur leur travail quotidien et améliorer leur pratique. Différents thèmes peuvent déjà être identifiés tels que les outils mobilisés pour évaluer la PCI dans les établissements de santé (quels outils existants dans chaque contexte ? Comment sont-ils mobilisés ? Quelles forces et faiblesses ?), les pistes pour mettre en place un système d'évaluation et de suivi à termes, les différents niveaux de la pyramide sanitaire ciblés pour des appuis (ex : hôpitaux centraux, hôpitaux de district, centres de santé), les leviers et défis pour garantir une posture d'appui-conseil au quotidien. Pour s'inspirer de ce qui existe dans d'autres associations, cette préconisation pourrait par exemple prendre la forme suivante : organisation d'une visioconférence (bi)mensuel de deux heures pour échanger sur des thématiques précises définies à l'avance, animée dans une démarche participative par un(e) membre du conseil d'administration. Suivant les thèmes et les objectifs une organisation à géométrie variable peut être prévue. Ou encore, des thèmes pourraient se faire en présence du siège et des équipes terrains ensemble (sujet de brainstorming plutôt lié à la stratégie), d'autres en plusieurs temps afin de permettre des moments entre les équipes terrains sur des sujets tels que le positionnement (sur le même principe que l'analyse des pratiques).

5. Résultats Laos

5.1. Entretiens exploratoires

L'échantillon est présenté en partie 1 du rapport.

- **La PCI dans les établissements de santé au Laos : de la théorie à la pratique**

Au Laos, plusieurs stratégies nationales de PCI ont été développées depuis 2004, en s'appuyant sur les recommandations internationales de l'OMS. Néanmoins, un décalage entre les stratégies nationales/internationales et leur application sur le terrain a été constaté. Malgré les stratégies et activités mise en place depuis une quinzaine d'année (ex : formation des cadres et des comités PCI au sein des hôpitaux par le ministère de la santé et l'OMS), les résultats escomptés n'étaient pas constatés. L'enjeu était de passer de la théorie à la pratique et de trouver des solutions compatibles avec le contexte Lao et les moyens disponibles. Différents freins ont été identifiés tels qu'un manque de méthode, de moyens, de connaissances techniques des professionnel(le)s de santé et d'expert(e)s en PCI au Laos, une faible culture littéraire et l'absence d'équipe PCI dans certains hôpitaux.

« Ce qui manque, c'est vraiment l'application, donc comment on peut organiser les services pour pouvoir avoir justement un lavage de mains efficace, un traitement d'instrumentation efficace, un lavage des sols efficace, etc. »

C'est dans ce contexte, qu'a notamment émergé la demande, des responsables du programme PCI du ministère de la santé, de traduire en pratique les stratégies et les directives nationales afin de les rendre opérantes et applicables sur le terrain, en appuyant la mise en place d'hôpitaux modèles. Cela a été un des déclencheurs du projet d'appui des hôpitaux de districts. Il s'est construit autour de plusieurs étapes clés : une analyse de situation, une semaine de travail avec des représentant(e)s du ministère de la santé et de l'AOI (réflexion sur la stratégie, le plan d'action, l'outil développé avec l'OMS, visite par la responsable du programme national PCI de la faculté dentaire qui a été soutenue par l'AOI précédemment), l'écriture du projet et la recherche de financement. L'idée était de tester le projet dans des hôpitaux pilotes, en partenariat étroit avec le ministère, les bureaux de la santé de la municipalité, les formateur(ice)s nationaux et les hôpitaux de district. Il s'agissait de coconstruire avec les partenaires nationaux et locaux une méthodologie à tester en s'appuyant sur l'expérience des parties prenantes, les acquis des projets préalables de l'AOI (ex : Cambodge, Burkina Faso) et l'observation du travail réalisé dans certains hôpitaux de provinces avec l'appui d'autres ONG au Laos. Côté AOI, différents éléments de contexte étaient favorables au démarrage du projet tels que la demande d'appui du ministère, l'existence d'une stratégie nationale et de documents de références ainsi que l'appui de l'OMS. L'enjeu pour l'AOI était de soutenir la stratégie existante en s'appuyant sur leurs expériences et leurs compétences.

- **Mise en place de la stratégie : entre points communs et adaptation à chaque hôpital**

La PCI est pensée comme une démarche globale avec de multiples composantes (ex : gestion des activités, organisation des pratiques professionnelles) qui doivent être intégrées à tous les niveaux du système de santé et des hôpitaux. Cette vision portée dans les stratégies internationales se retrouvait dans l'appui de l'AOI (figure 1, page 6). Dans les entretiens exploratoires, les acteur(rice)s rencontré(e)s exprimaient s'appuyer sur les références internationales (notamment l'OMS), dans le respect du cadre posé dans la stratégie nationale au Laos. L'objectif était d'accompagner les hôpitaux à mettre en place une stratégie pour améliorer la PCI qu'ils soient en mesure de porter eux-mêmes et dont les améliorations soient pérennes. L'ensemble des entretiens exploratoires s'accordaient sur l'importance d'un appui complet aux hôpitaux pour induire un changement durable. Les limites d'autres projets, observés sur le terrain, avec une stratégie centrée uniquement sur une composante ont été soulignées (ex : formations théoriques sans possibilité de passage à la pratique en l'absence d'amélioration de l'environnement ou de consommables disponibles, apport de matériel que les équipes n'ont pas la capacité d'utiliser, manque d'appui à la planification).

« Quand le professionnel de santé revenait dans son environnement de travail [après la formation], il ne pouvait pas mettre en place parce qu'il n'avait ni le matériel et surtout pas l'infrastructure pour le faire. Je veux dire, si on te dit de se laver les mains, mais que l'eau courante n'existe pas ou qu'il n'y a pas de lavabo, ça ne marche pas. Donc, aussi la base, c'était de dire, il faut des stations de lavage complètes. Pas juste un lavabo, mais de quoi se nettoyer les mains, se laver avec du savon, de quoi se sécher les mains, etc., de l'eau propre. »

L'appui des hôpitaux de district réalisé comprenait un accompagnement au démarrage, un accompagnement organisationnel et méthodologique et une expertise technique. Il s'agissait d'apporter des « idées » pour mettre en place des solutions techniques viables dans le contexte en mobilisant l'existant sans moyens démesurés. Pour l'AOI, l'objectif décrit n'était pas d'avoir une stratégie unique mais une stratégie à adapter à chaque hôpital avec des points communs. L'accompagnement visait à mettre en œuvre différents systèmes autour des activités de PCI. La solution technique était la mise en commun des moyens et la centralisation, avec la mise en place d'une stérilisation centrale, autour de laquelle différents circuits étaient organisés. Les modes opératoires et protocoles développés visaient à être suffisamment pratiques et à limiter les marges d'erreurs.

Un enjeu était de s'assurer que la PCI soit l'affaire de tou(te)s dans l'hôpital (ensemble des professionnel(le)s et services) afin qu'elle ne repose pas sur une minorité de personnes. Pour ce faire, différents leviers ont été mobilisés tels que la formalisation de la PCI au sein de l'hôpital, la prise de décision collective, la mobilisation de l'ensemble des professionnel(le)s dans l'appui, la création et la mise en place de protocoles écrits et d'outils de suivis approuvés collectivement. Dans une perspective d'appropriation collective de la PCI et de pérennité, le

but était que les bonnes pratiques de PCI deviennent la règle dans la structure et ne soient pas personne-dépendante. Certains entretiens ont souligné la place centrale des infirmier(ère)s dans la gestion de la PCI au Laos. Dans ce contexte, un objectif était de mobiliser toute l'équipe tout au long du processus pour que chacun se sente concerné(e), (ex : en insistant sur le risque d'infection pour les médecins lors des formations).

« Ce qui fonctionne bien (...) c'est que nous, on essaie en général de sortir de la dimension des comités et de faire en sorte que les décisions, ce qui est fait, ça soit par la globalité du personnel de l'hôpital. On n'est pas sur une partie qui décide pour les autres et qui fait que : "allez, maintenant, vous appliquez ça" ».

A plus long terme, en cohérence avec la demande du ministère de la santé, l'objectif explicité dans les entretiens étaient que les hôpitaux soient des modèles et centres de formations.

« C'est des choses sur lesquelles ils n'ont jamais travaillé en fait, ils ont vu dans les bouquins, mais ils n'ont jamais fait eux-mêmes (...). Après, des endroits qui l'ont fait et qui le font correctement, ils deviennent des vraies références, et que les gens, après, puissent s'en servir comme références, c'est-à-dire qu'ils puissent devenir des centres de formation, etc. Ce qui est le cas, les hôpitaux centraux et les hôpitaux de districts sont des centres de formation, les gens vont se faire former là-bas. »

Concernant la prise de décision, les choix étaient décrits comme réalisés conjointement avec les équipes des hôpitaux et l'appui d'expert(e)s (ex : architecte). La prise de décision était facilitée par une relation de confiance entre les partenaires, un travail de proximité et un respect de la temporalité nécessaire à chaque étape. Une absence de conflit ou de décisions difficiles à prendre a été décrite dans les entretiens. L'objectif étant que les professionnel(le)s des hôpitaux soient convaincu(e)s, les participant(e)s rencontré(e)s déclaraient ne pas imposer de décisions. Les choix s'appuyaient sur les directives nationales, cependant les entretiens ont souligné la nécessité de les préciser avec des choix techniques à faire pour les appliquer dans les pratiques des hôpitaux (ex : utilisation de produits). Lorsqu'un choix technique devait être fait, il était guidé par l'expertise technique en PCI de l'AOI, basée sur les recommandations internationales et l'expérience acquise depuis plus de 30 ans notamment en Afrique de l'Ouest et en Asie.

« On reprend les circuits dans leur ensemble, car tous les hôpitaux ont des problèmes avec cela. Il y a une dimension très pratique à cela mais ils ont peu d'expérience là-dessus. Personne n'a les compétences au Laos (...). C'est un travail de 6 mois voire 1 an, parce que tu joues le jeu de faire des circuits qui n'ont pas de défaut, avec le temps d'expertise et le temps de compromis avec eux et de participation (...) Il faut que tout le monde soit d'accord, qu'ils soient à l'aise avec le modèle, qu'il n'y ait pas d'erreur technique. »

Certaines adaptations mineures ont été réalisées par rapport aux recommandations de l’OMS/directives nationales (ex : le trempage⁵). Ces variations étaient justifiées pour améliorer la qualité, au regard des caractéristiques du contexte et des expériences précédentes de l’AOI.

« Les instruments, par exemple, quand les gens ils font des actes, quand ils font des opérations en maternité. Et quand ils finissent de faire leurs actes, au niveau de l’OMS, ils recommandent de déposer ça dans un tissu humide et puis après de transporter ça dans une zone où ça va être stérilisée. [Dans le cadre du projet ce qui était préconisé était le trempage] dans des bacs où il y a des mélanges et que les instruments trempent, et ensuite ils sont envoyés pour le traitement en stérilisation. »

- **Les activités dans les hôpitaux**

Initiation d’une démarche d’appui-conseil dans un hôpital

La pyramide sanitaire s’articule autour d’hôpitaux centraux, d’hôpitaux de province, d’hôpitaux de districts et de centres de santé. Officiellement, chacun est responsable du niveau inférieur. Le choix de réaliser un appui à l’échelle des hôpitaux de districts autour de Vientiane a été fait en collaboration entre le Ministère, les formateur(ice)s nationaux et l’AOI. Sur les neuf hôpitaux de districts de Vientiane, une visite de cinq d’entre eux a été réalisée, sélectionnés par le ministère selon des facteurs de réussite. Une évaluation initiale du niveau des pratiques de PCI dans ces cinq hôpitaux a été réalisée conjointement entre le ministère, l’AOI et le personnel dirigeant de l’hôpitaux. Pour ce faire, les outils nationaux ont été mobilisés, après avoir été adaptés dans un travail collaboratif entre des membres du Département de Santé et de Réadaptation du ministère de la Santé et l’AOI. L’évaluation comprenait un temps de discussion puis une observation dans les services. Le mois suivant la visite, les données ont été analysées, résumées et discutées en interne à l’AOI. Les résultats ont ensuite été présentés et discutés avec les hôpitaux. Parmi les cinq hôpitaux, trois hôpitaux à l’extérieur de la ville ont été sélectionnés pour l’appui. Le principal critère de sélection était la motivation des hôpitaux, avec la nécessité d’une dynamique favorable au changement dans la structure. La motivation était explicitée par les actions entreprises par les professionnel(le)s après les premiers échanges telle que l’amélioration de la propreté. Si l’AOI apportait une aide matérielle au démarrage (mise à disposition du petit matériel pendant 6 mois à 1 an), une organisation devait être mise en place pour garantir le financement dans le temps de la PCI au sein de l’hôpital. Les hôpitaux motivés par les changements apportés ont cherché et obtenu des solutions pour continuer de financer ces améliorations. Il s’agissait de la rénovation des bâtiments et la mise en place des circuits qui peuvent demander des fonds

⁵ Voir le document de l’OMS – “Decontamination and Reprocessing of Medical Devices for Health-care Facilities”, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549851>

importants, du financement des équipements (ex : autoclaves lorsqu'il n'y en avait pas) et des consommables (ex : savon, serviettes pour les mains, bouteilles vides pour jeter les déchets coupants, produits de nettoyage, lingerie). Deux autres critères de sélection étaient la distance entre Vientiane et l'hôpital et la qualité de la route pour accéder à l'hôpital afin de pouvoir le visiter dans la journée. Enfin, la qualité des infrastructures, la stabilité du personnel et l'existence d'une activité relativement importante dans l'hôpital ont été considérées dans le choix des établissements appuyés.

« Parfois, tu as l'impression que certains sont peu motivés (...) puis après plusieurs points, on se rend compte qu'en fait ils sont super motivés. (...). On a eu beaucoup de discussions avec eux sur leurs besoins. Au départ, ils [les hôpitaux] avaient des demandes sur le matériel. On essaye avec l'AOI de leur demander d'avoir une vision à long terme et les besoins changent. »

Etape de sensibilisation

Une fois les hôpitaux sélectionnés, une étape de sensibilisation sur les risques des IAS a été réalisée. L'objectif était de permettre à chacun(e) de prendre conscience des problématiques de PCI au sein de leur hôpital, de la possibilité d'améliorer la PCI et de comprendre comment faire différemment. Cette étape était décrite comme essentielle afin de provoquer un « électrochoc » et une mobilisation collective, dans un contexte où les habitudes sont ancrées et où un fatalisme a été décrit chez certain(e)s quant à la possibilité de faire différemment.

Pour ce faire, un premier levier mobilisé a été de travailler avec l'équipe de l'hôpital pour décrire la problématique en s'appuyant sur les connaissances en hygiène et l'état des lieux réalisé dans l'hôpital. Des photos de l'hôpital étaient mobilisées pour parler aux professionnel(le)s en s'appuyant sur le contexte dans lequel ils évoluent.

« Souvent les gens (...) pensent que leur hôpital fonctionne bien. Cette étape les choque un peu mais c'est important pour la prise de conscience. Donc on expose les risques, avec des photos choc qui créent des électrochocs. (...). C'est un exercice un peu particulier, un moment fort dans les étapes. Réunir toutes les équipes et pas hésiter à présenter des photos chocs car cela crée des choses en eux (...) Les voyages d'études marchent très bien aussi, c'est le même système que les photos choc. Ils vont voir des endroits où les gens arrivent à trouver des solutions »

Un second levier était la réalisation de voyages d'études. Mobilisés depuis longtemps dans les méthodes de l'AOI, les voyages d'études étaient décrits comme des leviers pour que les directions des hôpitaux impulsent le projet dans leur propre établissement de santé.

« J'ai vu des directeurs d'hôpitaux (...) après avoir fait des visites comme ça, ils reviennent, ils viennent me voir en direct, ils me disent : "mais non, ne vous inquiétez pas, moi je sais déjà, j'ai tout mon plan en tête, je sais comment je vais faire". »

Dans le cadre des trois hôpitaux faisant l'objet de l'étude de cas, des visites de sites ont été organisées notamment dans un hôpital de province soutenu par Lao-Lux. Une dynamique positive lors des visites de site a été décrite, avec un intérêt, une motivation et une forte participation des professionnel(le)s des hôpitaux pilotes. Ces visites ont été accompagnées de discussion sur comment mettre en œuvre la PCI dans les hôpitaux. Les échanges avec des expert(e)s sur la PCI ont permis d'accompagner les professionnel(le)s pour prendre conscience que ce changement était possible dans leur structure.

Rénovation des infrastructures et création des systèmes

La rénovation commençait par la venue d'un architecte et la discussion avec la direction des hôpitaux et l'AOI. L'objectif était de trouver un consensus sur les modifications à apporter : rénovation de certaines pièces, « équipements » (lavabo, toilette, système de trempage) et réorganisation de l'agencement pour supporter le plan de PCI décidé. La PCI à l'hôpital a été organisée autour de différents systèmes tels que l'utilisation et la gestion des EPI, le traitement de l'instrumentation et la stérilisation, la gestion des déchets, le lavage des mains, la gestion du linge, le nettoyage et l'organisation de l'environnement. L'AOI et les professionnel(le)s de santé ont réfléchi ensemble à la réorganisation des circuits de l'hôpital ainsi qu'à un fonctionnement en système. Les circuits créés visaient à éviter la contamination du propre (ex : linge, instrument) par le sale.

Élaboration des instructions

Les instructions ont été définies dans un entretien comme « *tout ce qui a trait aux protocoles et procédures en lien avec les pratiques de PCI en termes de soins du patients (lavage de mains, précautions standard, gestion des plaies et gestes de soins type pansements, perfusion, etc...)* ». Pour la rédaction des instructions, il avait été initialement envisagé qu'elles soient rédigées par les équipes des hôpitaux. Un appui plus important de l'AOI a été nécessaire. Un travail a donc été réalisé à partir des documents préexistants, en les adaptant à chaque hôpital. L'élaboration des instructions dans les hôpitaux soutenus a pris du retard sur le calendrier prévu à cause de la pandémie COVID-19, du fait notamment de l'impossibilité pour certain(e)s expert(e)s techniques de l'AOI de se rendre sur place (fermeture des frontières).

La formation et le suivi

Les formateur(rice)s nationaux ont été mobilisé(e)s pour réaliser la première formation des équipes aux précautions standards. Dans un objectif d'harmoniser les pratiques, les professionnel(le)s des hôpitaux ont été formé(e)s de la même manière, en s'appuyant sur les outils nationaux. Une attention particulière était mise sur l'accessibilité des nouvelles pratiques pour garder les professionnel(le)s motivés.

Une formation continue a été réalisée par l'AOI. Une infirmière était disponible pour les hôpitaux afin de répondre aux questions des professionnel(le)s, reprendre des pratiques vues en formation, les rassurer et les accompagner lorsque des problèmes techniques étaient

rencontrés. Plusieurs entretiens ont souligné qu'au-delà de questions techniques, la disponibilité des membres de l'AOI avaient été appréciée par les professionnel(le)s.

« En général, c'est eux qui prenaient leurs décisions tout seuls, mais le fait d'être accompagné, mais vraiment de manière hebdomadaire, ça les rassurait, je pense, et qu'ils n'ont pas du tout l'habitude. »

L'importance du travail de proximité pour identifier les problèmes et les accompagner pour les résoudre avant qu'ils ne s'aggravent a été souligné dans les entretiens. Lors du suivi, si des problèmes sont identifiés, ils sont discutés afin d'en comprendre les causes et les résoudre. Des visites régulières ont été réalisées, et, entre chaque, des conversations téléphoniques (whatsapp) pour des questions spécifiques ont eu lieu pouvant donner lieu à des visites si besoin. La fréquence du suivi a été décidée conjointement entre l'hôpital et l'AOI en fonction des besoins et de la charge de travail de la personne assurant le suivi. Le monitoring a été à différente temporalité : hebdomadaire, mensuelle, tous les 3-4 mois couplés à des visites spécifiques à la demande des hôpitaux. Au moment des entretiens, la plupart des échanges avec les hôpitaux pilotes étaient réalisés à distance, les professionnel(le)s contactaient l'AOI que pour des questions techniques pour lesquelles ils n'arrivaient pas à trouver de solutions.

Les étapes de l'accompagnement

Différentes étapes à l'accompagnement de l'AOI auprès des hôpitaux de districts se dégagent. Suivant les hôpitaux et les personnes rencontrées en entretien, l'ordre et le contenu des étapes variaient et/ou se chevauchaient. Cela illustre l'adaptation de l'appui aux contextes et aux réalités de terrains. Elles peuvent se résumer de la sorte :

1. Réalisation d'un diagnostic initial,
2. Temps de discussion et réflexions,
3. Mise en place de l'équipe PCI,
4. Elaboration du plan d'action (redéfinition des plans et circuits, redéfinition des protocoles PCI, études liées au bâtiment, étude de la viabilité financière des changements),
5. Rénovation des bâtiments et équipements,
6. Mise en place des circuits,
7. Mise en place des précautions standard,
8. Formation et suivi,

En outre, les questions de maintenance et de recherche de financement étaient discutées à différentes étapes du processus. L'imbrication entre les étapes était décrite dans les entretiens, par exemple la stérilisation n'était pas mise en place en l'absence de salle dédiée. La complémentarité des activités pour accompagner le changement a été mise en avant.

L'importance des échanges entre les hôpitaux a également été soulignée (entre les hôpitaux appuyés et ceux ne faisant pas partie du projet). En outre, les hôpitaux ont développé une collaboration les uns avec les autres. Des réunions mensuelles sont organisées par les

hôpitaux, tour à tour, où ils font des présentations. Dans les entretiens, l'importance du réseau pour tou(te)s a été soulignée. Il s'agissait de : (i) la fierté pour certains hôpitaux d'être des « modèles », (ii) la prise de conscience des besoins et des potentielles évolutions permettant d'enclencher des dynamiques et de générer des demandes d'autres hôpitaux, (iii) des espaces d'échanges pour l'amélioration de la PCI dans leurs hôpitaux et un partage d'expérience sur les freins et leviers rencontrés entre les hôpitaux travaillant sur la PCI.

- **Effets perçus**

Des résultats positifs, voir excellents, ont été décrits par les acteur(rice)s s'exprimant sur les effets perçus dans les entretiens exploratoires. L'amélioration globale de la propreté et de l'organisation a été qualifiée par certains comme « *une véritable révolution* » :

« Quand on connaît le contexte de ces hôpitaux on voit que c'est une véritable révolution : un hôpital propre, bien organisé. Les changements vont bien au-delà de cocher des cases d'évaluation, c'est du vécu peut être plus difficile à quantifier. »

Au-delà des perceptions générales, différents types de résultats ont été décrits : (i) une augmentation de la fréquentation de l'hôpital avec une hausse de la file active ; (ii) une amélioration des connaissances et une montée en compétence des professionnel(le)s en PCI grâce aux formations pratiques et théoriques ainsi que le suivi ; (iii) une amélioration de l'environnement permise par une rénovation de l'infrastructure et la disponibilité des consommables (mise à disposition de consommables par l'AOI pendant 6 mois à 1 an, le temps que l'hôpital puisse assurer en autonomie le financement et le renouvellement des consommables) et (iv) l'amélioration de l'hygiène au quotidien.

L'amélioration des pratiques des professionnel(le)s a été particulièrement soulignée dans les entretiens. Des différences de résultats entre les hôpitaux ont été décrites, avec un besoin de suivi et de soutien différents entre les trois hôpitaux appuyés. Cette amélioration était considérée comme progressive et encore en cours. La formation concernant les soins des patient(e)s (ex : les techniques aseptiques) allait débiter lorsque les entretiens exploratoires ont été réalisés (repoussée à cause de la COVID-19). Concernant les pratiques, les personnes rencontrées estimaient que la situation n'était jamais parfaite. Bien que les hôpitaux soient considérés comme des modèles et que les pratiques aient positivement évolué, l'amélioration de la PCI est une démarche d'amélioration continue.

Concernant le traitement des déchets, si une amélioration a été décrite au sein de l'hôpital le problème de la gestion des déchets en extrahospitalier restait présent (cf. partie 4.3, page 27).

La reconnaissance des résultats par le ministère, les hôpitaux et les ONG travaillant sur l'amélioration des systèmes de santé s'illustre par des visites de site, des discussions sur les suites du projet (ex : demande d'un appui au niveau de l'hôpital central), la demande du ministère aux hôpitaux de districts d'étendre la démarche aux centres de santé dont ils sont responsables et la verbalisation par les professionnel(le)s des hôpitaux d'une fierté vis-à-vis des changements conduits.

La fierté des hôpitaux de district appuyés a été décrite par l'équipe de l'AOI. Le sentiment de fierté des professionnel(le)s des hôpitaux appuyés était attribué aux changements qu'ils(elles) avaient réalisé(e)s, au fait d'être reconnue en tant que modèles et à leur capacité à partager et accompagner d'autres hôpitaux pour s'améliorer.

« Il y a vraiment beaucoup de fierté (...) C'est vraiment assez criant de voir qu'ils sont contents de voir que le boulot a été fait par eux. »

Discuté dans plusieurs entretiens, le projet a aussi permis aux équipes des hôpitaux de développer leur créativité pour trouver des solutions et résoudre les problèmes rencontrés. Cette compétence, décrite par certains comme l'élément manquant à l'origine de la collaboration avec l'AOI, serait une spécificité du soutien de l'AOI par rapport à certaines ONG. Cela passe par des discussions entre l'équipe au Laos et l'équipe siège. Des difficultés de projection de nombreux acteurs(ices) ont été soulignées, avec un besoin d'appui dans ce sens. Un des apports de l'appui a été de les encourager à développer une vision à long-terme pour la PCI et permettre une planification.

« Je pense qu'une fois que les hôpitaux ont compris qu'ils trouvaient eux-mêmes les solutions, c'est très simple. »

Une amélioration de la relation entre le ministère et les hôpitaux a aussi été discutée, dans le contexte d'une relation descendante. Les résultats obtenus ainsi que les compétences transversales développées par les hôpitaux aurait permis d'améliorer la relation de confiance entre eux.

« Je pense que dans les hôpitaux de district au Laos, c'est les étendards, enfin c'est des champions, dans le sens où maintenant, on leur a donné cette confiance en disant : « vous pouvez tester les choses, vous pouvez vous planter. Ce n'est pas si grave. »

- **Pérennité**

Concernant la pérennité, plusieurs facteurs ont été identifiés dans les entretiens :

- L'existence d'une stratégie gouvernementale et d'une équipe au ministère de la Santé chargée de la PCI,
- La formation des formateur(ice)s nationaux,
- La motivation du personnel hospitalier,

- L'implication du (de la) vice-directeur(ice) et son leadership,
- La formalisation de la PCI : (i) la répartition des connaissances et des compétences, le partage de l'information, (ii) une équipe PCI qui fonctionne avec des personnes qui prennent les décisions collectivement et ne sont pas isolées, en collaboration avec les services, (iii) le passage par l'écrit et la mise en place de procédures, documents de formations,
- La capacité des équipes à assurer leurs propres suivis, la capacité à trouver des solutions et la créativité face aux problèmes rencontrés,
- Le suivi dans les hôpitaux, avec des personnes ressources externes à l'hôpital disponibles,
- L'indépendance financière : des budgets disponibles et non dépendants d'un soutien externe international, une bonne gestion financière,
- L'approvisionnement en consommables : la disponibilité des consommables était décrite comme relativement bonne avec la proximité de la Chine et la Thaïlande,
- La formation des ressources humaines (avec des formations possibles en ligne ou à distance),
- Une volonté de conserver les mêmes ressources humaines et limiter le turn-over,
- L'apprentissage de la planification et la création d'un plan d'amélioration de la PCI dans l'établissement (ex : un des hôpitaux de district appuyé a un plan sur cinq ans pour améliorer la PCI),
- Le travail en réseau, avec les autres hôpitaux (ex : organisation de séminaire).

L'importance de mobiliser l'ensemble de l'hôpital pour impulser un changement systémique et collectif a été soulignée pour la pérennisation. Le choix d'une approche d'inclure toutes les spécialités et tous les professionnel(le)s de l'hôpital a été fait. Un des freins à cette mobilisation collective était le manque de partage d'information au sein de certains établissements.

Les résultats de l'amélioration de la PCI, la reconnaissance du ministère et de la municipalité étaient décrits comme des éléments de contexte positif témoignant d'une appropriation collective du travail effectué.

L'importance de la motivation des équipes et des hôpitaux a été soulignée. Plusieurs facteurs influençant la motivation des professionnel(le)s à faire évoluer la PCI au sein de l'hôpital et/ou conserver des bonnes pratiques ont été décrits dans les entretiens. Tout d'abord, il s'agissait de l'amélioration de l'environnement : (i) le fait que l'ergonomie, les infrastructures comme l'organisation donne envie d'appliquer les connaissances apprises en formation ; (ii) le fait d'évoluer dans un lieu plus propre motive les professionnel(le)s à le garder propre et à adopter des bonnes pratiques. Un deuxième facteur de motivation des professionnel(le)s était de devenir un hôpital de référence. De nombreuses visites du ministère, de l'OMS, d'ONGs, d'autres hôpitaux ont eu lieu dans les hôpitaux appuyés. Cette reconnaissance était décrite comme valorisante. La fierté que les professionnel(le)s exprimaient a été

considérée comme un ressort qui pousse à investir du temps et des ressources. En outre, pour certain(e)s directeur(ice)s, la reconnaissance dans leur participation à l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins au Laos a été décrite dans les entretiens exploratoires comme un point important dans leur carrière.

A l'échelle de l'hôpital le risque de turnover a été identifié comme un risque de perte de qualité, en particulier en cas de départ d'une personne clé tel que le(la) vice-directeur(ice). La priorisation de ce risque variait suivant les entretiens. Au Laos, les professionnel(le)s de santé sont des fonctionnaires qui ont ce statut à vie. La difficulté des conditions de travail des professionnel(le)s de santé dans certains hôpitaux a été soulignée. Pour évoluer professionnellement, il est nécessaire de faire des études politiques (2/3 ans) avant de revenir dans la structure. Tous les 4-5 ans, un changement de responsabilités au sein de la structure a été décrit. Dans ce contexte, il est nécessaire de travailler avec de grandes unités de PCI au vu de la faible (voire l'absence) de passation d'informations lors de ces transitions. Une importante charge de travail, avec un salaire relativement faible des professionnel(le)s de santé et parfois des retards de paiement a été souligné dans certains hôpitaux. La conséquence est que de nombreux professionnel(le)s ont plusieurs emplois. Les hôpitaux s'appuient également sur des volontaires qui sont des professionnel(le)s sortant d'études et travaillent bénévolement dans l'attente d'être fonctionnaire et d'obtenir un salaire. Dans un contexte où les professionnel(le)s sont fonctionnaires et avec des salaires considérés comme relativement faible : (i) l'importance de la motivation des professionnel(le)s et du leadership de la direction de l'hôpitaux a été soulignée ; (ii) la pertinence de mettre en place de systèmes de motivation et de récompenses basés sur les résultats a été évoquée dans certains entretiens (ex : prix avec une rémunération, mise en place d'un classement des hôpitaux). La démarche de formalisation, de systématisation des choses et d'appropriation collective de la PCI était décrite comme un levier à la gestion du risque de turnover / de la rotation du personnel. L'objectif est de ne pas déstabiliser le système en cas de départ d'une personne.

« Faire en sorte que toutes les compétences et connaissances ne dépendent pas des personnes, mais que le... que ça repose plus sur le système. (...) C'est-à-dire qu'on ne va plus dépendre d'une personne qui s'en va ».

Si des conditions favorables peuvent permettre de limiter ce risque, certains facteurs étaient considérés comme non maîtrisables. Il s'agissait : (i) en cas de turnover du (de la) vices-directeur(ice)/directeur(ice), de l'absence d'intérêt pour la PCI ou l'amélioration de la santé des populations (ex : directeur(ice) positionnant ses objectifs personnels tel qu'une ambition politique personnelle/financière avant l'objectif collectif de la qualité et la sécurité des soins dans l'hôpital) et (ii) des risques liés aux contextes politiques.

- **Transférabilité et mise à l'échelle**

Un besoin et une demande d'amélioration de la PCI à une plus large échelle au Laos a été exprimé dans les entretiens exploratoires. La demande émanait du ministère et des hôpitaux environnants. Les entretiens convergeaient sur le fait que ce n'est pas à l'AOI de transférer ou mettre à l'échelle mais qu'elle pouvait jouer un rôle d'appui auprès du ministère, des hôpitaux et/ou des partenaires dans cette démarche. Les participant(e)s ont exprimé que le projet cherchait à montrer qu'il était possible d'améliorer la sécurité des soins dans les hôpitaux au Laos sans avoir comme but de dicter ce qui devait être fait. Dans cette perspective, l'importance de la capitalisation d'expérience a été soulignée pour documenter la démarche, les outils techniques, les freins et leviers rencontrés. L'objectif est de permettre à d'autres le souhaitant de se saisir du travail et de pouvoir répliquer ce qui a été réalisé.

« Nous, on va faire des recommandations, on met en place des projets pilotes pour montrer une approche possible. Ça ne veut pas dire que nous, on a le pouvoir de dire que c'est comme ça qu'il faut faire absolument et que c'est la meilleure des méthodes. Nous, on propose une solution qui nous semble adaptée pour le contexte du Laos. »

Plusieurs niveaux de transférabilité et mise à l'échelle ont été abordés dans les entretiens :

- des hôpitaux de districts appuyés vers les centres de santé dont ils sont responsables,
- des hôpitaux de districts appuyés vers d'autres hôpitaux de province et de districts,
- des hôpitaux de districts appuyés vers les hôpitaux centraux.

Spécificité du contexte des hôpitaux appuyés et questions émergentes pour la mise à l'échelle

Différentes spécificités du contexte des hôpitaux appuyés ont été décrites, impliquant des adaptations en cas de transfert dans un autre contexte ou de mise à l'échelle. Les principaux points étaient :

- Les caractéristiques géographiques et socio-démographiques des hôpitaux. Les hôpitaux appuyés étaient proches de Vientiane. La proximité de Vientiane a créé des conditions favorables pour les déplacements des membres de l'AOI, des formateur(ice)s nationaux, du ministère et des professionnel(le)s. Cela était facilitant pour l'appui et le suivi des hôpitaux, les temps d'échanges entre les hôpitaux et l'émergence d'un réseau inter-hôpitaux. En outre, les caractéristiques de la population étaient considérées comme non comparables avec le reste du pays, plus rural. Une plus grande part des professionnel(le)s ne travaillant pas à temps plein dans les hôpitaux situés en zone rurale a également été soulignée dans les entretiens,
- La motivation des hôpitaux et la volonté de porter le changement. Ce point était un des critères de sélections des hôpitaux,
- L'échelon des hôpitaux. Les hôpitaux appuyés étaient des hôpitaux de districts.

Des questions pour répliquer l'appui aux hôpitaux réalisés ont émergé. Il s'agissait de s'interroger sur les acteur(rice)s en capacité de prendre les rôles d'appui pour accompagner le changement au sein des hôpitaux. Il s'agissait à la fois de l'expertise technique nécessaire pour procéder au changement et pour le suivi. Pour cela, un besoin d'avoir plus d'expert(e)s en PCI local a été souligné.

« On a quand même une personne, et ça on s'en est rendu compte plus tard, c'est qu'on a une infirmière de terrain qui travaille et qui est hyper disponible pour les hôpitaux. Et ça, ce serait intéressant de voir si ça va être possible d'avoir cette espèce de pivot, enfin de personne clé où dès qu'il y a quand même un problème plutôt technique, mais des questionnements, etc., il y avait quelqu'un vers avec qui communiquer ».

L'importance du rôle du ministère de la santé, des universités et des hôpitaux a été soulignée. L'organisation de la pyramide sanitaire a été décrite comme un levier pour la diffusion des bonnes pratiques entre les différents services des hôpitaux, avec des collaborations avec différentes ONGs, pas toujours coordonnées au niveau de l'hôpital.

Le ministère de la Santé

La place centrale du ministère de la santé a été soulignée pour impulser la démarche et porter les stratégies. La stratégie nationale PCI a été renouvelée récemment. Bien qu'aucun budget n'y soit associé, la possibilité de trouver des financements externes a été mentionnée (ex : bailleurs de fonds, institutions inter-gouvernementales, ONGs). Elle se décline en plusieurs chapitres tels que les structures nationales de la PCI, les précautions standards (en cohérence avec les références internationales), la formation et l'évaluation au sein des hôpitaux. Certaines questions quant à la capacité nécessaire du ministère pour un passage à l'échelle ont été soulignées.

Les formateur(rice)s nationaux

Le Laos dispose de formateur(rice)s nationaux en PCI issues des CHU. Si sur le plan théorique, il(elle)s peuvent réaliser les formations en termes de PCI, une demande de formation sur le plan pratique a été verbalisée à travers l'appui des hôpitaux centraux dans lesquels il(elle)s exercent.

Des hôpitaux centraux vers les hôpitaux de districts et de provinces

Le rôle des hôpitaux centraux pour la mise à l'échelle a été discuté afin qu'ils puissent être des références en termes de PCI pour les échelons inférieurs de la pyramide sanitaire, comme le font les hôpitaux de district pour les centres de santé. Ainsi, une des missions des hôpitaux centraux décrite dans les entretiens est d'être des référents du programme national. Ils jouent un rôle dans le passage à l'échelle dans les provinces qui les concernent. Pour ce faire, il est nécessaire qu'ils aient des compétences théoriques et pratiques concernant la PCI.

« On peut imaginer que s'il y a un hôpital central qui a de bons résultats, qui a une équipe qui a mis en place l'un des meilleurs projets un peu de ce type-là, quand il va

travailler après dans ces missions de passage à l'échelle dans les provinces qui le concernent, il travaille mieux, c'est clair. Parce qu'en fait, on est sorti des bouquins, (...) ils ont l'expérience de terrain d'avoir appliqué les choses. »

Pendant longtemps, les hôpitaux centraux ont été considérés comme des références au Laos en termes de PCI et d'hygiène. Un décalage avec la réalité a été constaté. Les améliorations en termes de PCI dans les hôpitaux de district ont contribué à faire émerger une demande d'appui de l'hôpital de Setthatirath. Une évaluation conjointe de l'hôpital et l'AOI a confirmé un important décalage entre la perception des professionnel(le)s avec la réalité et un appui pour l'amélioration de la PCI est en cours.

Des hôpitaux de districts appuyés vers les centres de santé

Une demande du ministère a été faite aux hôpitaux de district pour qu'ils accompagnent les centres de santé dont ils ont la responsabilité. Une mise à l'échelle est déjà en cours. Certains hôpitaux de district ont commencé à implémenter la PCI dans les centres de santé sous leur responsabilité. C'est eux qui portent la démarche y compris les financements (recherche de financement, fond propres). Une sollicitation de l'AOI uniquement pour des conseils techniques a été décrite dans les entretiens. Deux de ces centres de santé ont été visités par des membres de l'AOI. Ils(elles) décrivaient une adaptation aux centres de santé des systèmes mis en place dans les hôpitaux de districts avec par exemple l'achat d'autoclaves. L'importance du dynamisme et l'implication du (de la) vice-directeur(ice) de l'hôpital de district pour faciliter cette mise à l'échelle a été soulignée.

« Le directeur [d'un hôpital de district appuyé, lorsqu'il va travailler avec les] centres de santé, lui, ça fait depuis trois ans qu'il travaille là-dessus. Il connaît tous les détails. Là, maintenant, il travaille sur les instructions, ils sont dans des trucs hyper détaillés. Il connaît tous les détails, toutes les étapes clés pour mettre en place ce genre de choses. Ils l'ont fait eux-mêmes. Quand il va discuter avec ces gens-là, ce n'est pas pareil. »

Bailleurs de fonds, institutions inter-gouvernementales et autres ONGs

Une piste évoquée pour la mise à l'échelle était la poursuite avec des associations et bailleurs, portant des projets d'une envergure plus importantes que l'AOI en termes de financements et de territoires. En termes de bailleurs, la Banque mondiale et la banque asiatique du développement ont été évoquées.

Le rôle de référence de l'OMS en termes de PCI a été souligné. Ils ont notamment collaboré avec le ministère pour former et créer de la documentation. Leur cadre d'actions était considéré comme plus limité pour rendre opérante sur le terrain les stratégies.

En termes de soutien aux hôpitaux et au ministère, la piste d'autres ONGs, comme Lao-Lux, capable de soutenir les structures à une plus grande échelle a été soulignée. Cette association avec laquelle l'AOI est déjà en lien (ex : visites d'hôpitaux appuyés mutuellement) a des

projets d'appui pour l'amélioration de la qualité des soins dans les hôpitaux similaires à l'appui apporté par l'AOI.

« Donc, c'est possible aussi que certains éléments, qui ont bien fonctionné là, soient repris ailleurs par d'autres organisations et ils sont capables de soutenir et soutiennent à une échelle complètement différente de la notre ».

5.2. Entretiens et entrevues avec les professionnel(le)s des hôpitaux de districts

- **Echantillon**

Seize entretiens (Hardxayfong et Xaythany), cinq entrevues (Naxaythong) et deux ateliers (Hardxayfong et Xaythany) ont été conduits. Les entretiens et entrevues ont été réalisés auprès de trois vice-directeurs, trois infirmier(e)s en chef, quatre professionnel(le)s appartenant à l'équipe PCI, cinq professionnel(le)s de santé n'appartenant pas à l'équipe PCI (médecins, infirmier(e)s), trois professionnel(le)s responsables de la stérilisation centrale et deux personnels d'appui. Les ateliers étaient composés de groupe de six à sept participant(e)s parmi : deux vice-directeurs, le directeur du district health office, deux responsables du service dentaire, un(e) dentiste, deux infirmier(e)s responsable de la stérilisation centrale et du nettoyage, un(e) infirmier(e) en chef membre de l'équipe PCI, une sage-femme, un médecin, un(e) professionnel(le) responsable de la salle d'accouchement et un(e) responsable de laboratoire.

- **Situation initiale dans les hôpitaux**

Un besoin de structuration d'une stratégie globale et d'opérationnalisation des stratégies

Avant l'appui, des difficultés pour planifier une stratégie globale et d'en structurer la mise en œuvre ont été décrites dans tous les hôpitaux, avec une vision « *au jour le jour* ». Dans un des entretiens, un mauvais fonctionnement général de l'hôpital a été décrit par la direction, en l'absence d'un fonctionnement par système, ayant pour conséquence un manque de précision et d'ordre. Une absence de procédures écrites et formalisées sur lesquelles baser les pratiques a également été soulignée dans plusieurs hôpitaux ainsi que des difficultés à structurer des outils.

« Nous avons essayé de créer un formulaire d'évaluation sans savoir quels principes il devait contenir. »

Ainsi, un manque d'opérationnalisation des stratégies a été mentionné par plusieurs équipes de direction avec des difficultés pour tendre vers les standards internationaux.

« Auparavant, nous n'osions pas penser à ce point [être un hôpital qui répond à des normes internationales]. Nous ne savions pas comment agir pour y parvenir. »

Une vision à long terme et une envie de s'améliorer était présente chez certain(e)s, notamment dans un hôpital. Au regard des objectifs de PCI du directeur pour son hôpital, le projet d'appui représentait une opportunité d'y répondre.

« La PCI, c'était une bonne opportunité parce que nous avons un objectif de développement (...) Lorsque nous l'avons obtenu [l'opportunité], cela nous a motivés à

nous améliorer, car nous savions que notre hôpital n'était pas assez performant pour cesser de développer [la PCI]. »

Un besoin de formation à la PCI (formation initiale et continue)

La formation initiale en PCI était décrite comme presque inexistante. Des formations continues proposées par des ONGs, par les formatrices nationales et les hôpitaux centraux ont été citées dans les entretiens. Néanmoins, elles étaient considérées comme insuffisantes avec une faible mise en pratique de la PCI à la suite de ces formations (ou une mise en pratique très ponctuelle). Un manque de communication entre les professionnel(le)s ainsi qu'une absence de supervision et de suivi de l'application des bonnes pratiques a été soulignée.

« Nous étions formés et faisons de petites choses, mais nous oublions, il n'y avait pas de suivi pour nous encourager. »

Des faibles connaissances en PCI des professionnel(le)s

Des faibles connaissances en PCI ont été verbalisées dans les entretiens par la direction et les équipes des hôpitaux. Un manque de vision globale a été discuté avec une propension à réduire la PCI à la propreté et au rangement. Une méconnaissance des standards, des activités et systèmes de PCI a été soulignée par plusieurs professionnel(le)s. Certain(e)s avaient des connaissances concentrées sur la gestion des déchets, la gestion des accidents d'exposition aux sang (AES) et le lavage des mains, sans pour autant formaliser le fait que ce soit de la PCI. Ces connaissances ne semblaient pas être partagées par tou(te)s (notamment la gestion des AES ou de l'instrumentation).

« Je me suis dit que si c'était propre, c'était peut-être bon. C'est bien rangé, c'est peut-être bien. »

Ainsi, au début de l'appui, la PCI était considérée comme compliquée et comme du travail en plus sans réel compréhension du but de la PCI. En outre, certain(e)s considéraient que la propreté et l'hygiène étaient de la responsabilité du personnel d'appui et/ou des infirmier(e)s.

« Ils pensaient "ce n'est pas mon travail de balayer le sol, de nettoyer la table, de nettoyer ici et là, c'est le travail des agents de ménage". »

Un besoin en termes d'infrastructures, de matériel et de consommable

Différents besoins de réhabilitation des infrastructures ont été décrits. Suivant les hôpitaux différents points ont été soulignés : un mauvais système de drainage entraînant des mauvaises odeurs (notamment en salle d'accouchement), une absence d'arrivée d'eau dans toutes les pièces ou d'espaces dédiés à l'isolement des patient(e)s, une certaine vétusté des bâtiments et un manque de bâtiments. Des difficultés d'accès à certains hôpitaux pendant la saison des pluies ont été soulignées. Un manque de matériels et de consommables de manière générale a été explicité (ex : absence d'autoclaves, de serviettes ou de savon liquide).

Des pratiques de PCI considérées comme en dessous des standards attendus

Dans ce contexte, les professionnel(le)s ont décrit des pratiques non standardisées et une absence de routine avant l'amélioration de la PCI dans leur hôpital. Les hôpitaux étaient caractérisés comme globalement en désordre voire « sale » pour deux hôpitaux. Les professionnel(le)s ont décrit différentes pratiques sous-optimales avant le projet (lors des entretiens *a posteriori* du projet) : une absence de séparation des déchets, une absence de nettoyage des surfaces après le passage des patient(e)s, une gestion du nettoyage des instruments dans chaque unité (pas de centralisation), un lavage des vêtements de travail à domicile, pas de nettoyage des lits à la sortie du(de la) patient(e), un manque de connaissance sur les étapes du nettoyage des plaies et la gestion des plaies coupantes. Un lavage de main sous-optimal a aussi été mentionné en termes de fréquence (ex : seulement après manger), en termes de méthode (ex : séchage sur leurs vêtements en l'absence de serviettes pour les mains), avec une finalité incomplète (ex : pour se protéger soi en tant que professionnel(le), sans considérer la protection des patient(e)s).

« En ce qui concerne les compétences, dans le domaine des soins infirmiers, nous savions peut-être auparavant qu'il fallait nettoyer les plaies d'une certaine manière, mais cela ne correspondait pas aux standards. »

Une réputation moyenne des hôpitaux

Une réputation moyenne des hôpitaux par les patient(e)s a été verbalisée par des professionnel(le)s de deux hôpitaux. Cette réputation était caractérisée par un manque d'ordre et d'hygiène, une activité relativement faible de l'hôpital, une perception d'un sentiment d'inefficacité de l'hôpital par les patient(e)s et le choix de certain(e)s patient(e)s de se faire soigner en Thaïlande (proximité de la frontière).

« Auparavant les patients se plaignaient que nous soyons un hôpital du paracétamol. »

Perception des ONG au début du projet

Les professionnel(le)s ont mentionné un positionnement vertical de certaines ONGs avec lesquelles ils ont collaboré. Par exemple, des dons de matériel sans accompagnement ni suivi étaient évoqués dans un des entretiens. La perception d'une posture très descendante d'une ONG a été illustrée dans les entretiens par la description de la « colère » de cette ONG devant l'inaction des équipes de leur hôpital ou la perte du matériel fourni. Ces expériences ont entraîné des à priori vis-à-vis de l'appui de l'AOI qui était majoritairement peu connue des professionnel(le)s avant le début du projet d'appui ou alors très partiellement.

« Dans le passé, certains projets nous ont fourni du matériel, mais n'ont pas assuré le suivi, ce qui a donné lieu à des incohérences. »

- **Mise en place du projet**

Initiation du projet d'amélioration de la PCI et mise en place des visites de sites (« study tours »)

Les visites de sites ont permis un déclic chez beaucoup de professionnel(le)s. Lors de ces visites, les professionnel(le)s ont explicité avoir fait des découvertes permettant de réfléchir sur leur propre situation, par exemple en découvrant le principe de l'isolement des patient(e)s.

« J'ai été surpris de constater que dans leur hôpital, il existait une section séparée pour la toux et que les patients qui toussent étaient gardés dans une zone séparée. »

Un membre d'une direction a souligné l'importance de partager les expériences acquises lors des visites de sites auprès du reste des équipes et d'avoir un engagement collectif au niveau de l'hôpital. Dans son établissement, les professionnel(le)s, ayant participé aux visites de site, ont fait un retour devant les équipes après les visites. À la suite de cette présentation, le choix de s'engager dans une amélioration de la PCI a été fait collectivement à travers l'organisation d'un vote.

« Après les visites, nous avons demandé à chaque personne de faire un résumé de ce qu'elle avait reçu, tout le monde a pris des notes et les a rassemblées, pour finalement aboutir à un PowerPoint. (...) Le Power Point a ensuite été présenté à l'ensemble du personnel de l'hôpital, qui a voté pour décider s'il souhaitait ou non développer ce type d'activités. »

Différentes appréhensions ont été exprimées par des professionnel(le)s au moment de s'engager dans le projet. Du côté des équipes, il s'agissait de craintes de ne pas réussir à adopter de bonnes pratiques de PCI, de la peur de ne pas être soutenus et accompagnés jusqu'au bout comme lors d'expériences antérieures. Du côté des directions et des cadres, il s'agissait de l'ampleur et la difficulté des changements nécessaires, de ne plus être soutenus par l'AOI en cas d'échec, de la propension des professionnel(le)s de l'hôpital à collaborer avec la direction et à être motivé(e)s, de ne pas réussir à convaincre les équipes de participer.

« Oui, au début, j'étais inquiète parce que j'avais peur de ne pas y arriver. Parce que nous n'avions pas de connaissances sur la PCI. »

Structuration des activités

Des différences d'organisation de la PCI entre les hôpitaux ont été identifiées avec des divergences en termes de gouvernance et de centralisation des activités de PCI. Xaythany et Hardxayfong avaient des fonctionnements plus centralisés quand Naxaythong avait plutôt un fonctionnement décentralisé avec une responsabilisation accrue de chaque chef de département/unité même s'ils(elles) pouvaient ne pas faire directement partie du comité PCI.

La création du comité PCI a été considérée comme un élément structurant pour la majorité des professionnel(le)s des 3 hôpitaux rencontrés (qu'ils fassent partis du comité PCI ou non). Différents rôles du comité PCI ont été décrits : participer aux activités des services, être responsables de la bonne application de PCI dans l'hôpital, planifier les activités de PCI, impulser la dynamique, mobiliser les équipes dans le temps et prévenir le découragement, structurer et répartir les tâches entre les professionnel(le)s, comprendre les problèmes des équipes et répondre aux besoins adressés par les professionnel(le)s.

*« Nous devons mobiliser notre personnel, le convaincre de ne pas se décourager. »
(membre du comité PCI)*

L'importance du rôle de leader et du directeur dans la mise en place des activités de PCI a été soulignée par les directions elles-mêmes. La nécessité de porter une vision claire en termes de PCI et de définir des objectifs a été soulignée. Pour cela, il est important que le leader ait de bonnes connaissances en PCI. Le rôle clé de la direction a également été mis en avant par les autres professionnel(le)s des hôpitaux. Il s'agissait de proposer des solutions aux problèmes rapportés par les professionnel(le)s, être responsable de la PCI pour l'hôpital, soutenir les professionnel(le)s et passer des messages aux membres de l'AOI.

Dans chaque hôpital, des plans stratégiques et procédures ont été mis en place, une organisation en système a été adoptée (la mise en place de la stérilisation centrale était largement citée dans les entretiens) et des rénovations ont eu lieu. Nous illustrerons ici avec le cas de l'hôpital d'Hardxayfong. Différents éléments structurants pour la mise en place de la PCI, ont été décrits dans les entretiens :

- La définition d'une stratégie et la constitution d'un comité PCI ont été réalisés en premier,
- L'organisation de la PCI dans chaque unité et la mise en place des systèmes,
- Des plans actualisés régulièrement ont été mis en place, suivant une logique d'amélioration continue de la qualité (Plan, Do, Check and Act (PDCA)).
- Des règles à respecter par les membres du comité PCI et les autres membres du personnel(le)s ont été établies,
- Des fiches métiers ont été élaborées,
- Une amélioration des infrastructures a eu lieu.

Formation et suivi

Une formation initiale a été réalisée dans chaque hôpital dans le cadre du projet. Elle a été suivie de rappel par l'AOI et de formations internes dans les trois hôpitaux. En interne des rappels/démonstrations entre collègues comme de la formation en situation (« bedside training ») ont été décrits.

« Le projet a formé certains membres de notre personnel. Ils ont organisé un programme de formation pour nous, et à chaque fois qu'ils sont venus, ils nous ont

donné des conseils sur place. Ils nous ont fait chaud au cœur. Ils ne nous ont pas laissés seuls ».

Un suivi par l'AOI et par les professionnel(le)s de santé eux-mêmes a été décrit dans les entretiens. Concernant le suivi de l'AOI, la régularité du suivi était une source de motivation. En termes de suivi en interne, différentes activités assurées par le comité PCI, la responsable de la stérilisation et d'autres professionnel(le)s des équipes ont été instaurées. Le rôle du comité PCI a été souligné dans certains hôpitaux (ex : vérification de la bonne gestion des déchets ou encore que le matériel soit complet). Ainsi, différentes modalités de suivi par les différent(e)s professionnel(le)s ont été décrites suivant les hôpitaux :

- Un suivi par les infirmier(e)s : réalisation de tours des services presque quotidien afin d'observer les pratiques des professionnel(le)s (par une infirmière cadre de santé), supervision des pratiques des autres professionnel(le)s dans sa salle de soins, monitoring trimestriel de chaque service de l'hôpital en binôme avec un médecin, réalisation d'un suivi en fonction des problèmes rencontrés à résoudre,
- Un suivi par une des responsables de la stérilisation : vérification de l'apport du matériel à la stérilisation par chacun des services,
- Dans un hôpital, un suivi du port des EPI et du liquide pour les équipements : comparaison entre la consommation aux activités de soins,
- Dans un hôpital, l'organisation de réunions pour suivre les recommandations et ajuster les points majeurs relevés lors de leurs évaluations ou celles de l'AOI,
- Des retours entre collègues, avec des informations données en cas d'erreurs constatées.

« Si ce n'est pas fait correctement, je dois informer ceux qui sont de service (...). Ce n'est pas fait correctement, ils doivent le corriger. »

En termes de formation, une professionnelle a souligné la convergence entre l'enseignement lors de ses études et la formation par l'AOI mais que la différence résidait dans la mise en pratique.

« Seule la façon dont nous pratiquons est différente, car l'AOI nous a amenés à mettre en œuvre des travaux. »

Perception de l'appui de l'AOI

Bien qu'une certaine inquiétude de ne pas être à la hauteur ou de ne pas pouvoir mobiliser les équipes ait pu être présente au départ, une évolution de cette perception a été constatée avec l'expression d'une reconnaissance envers l'AOI.

« Ils nous ont aidés et l'hôpital est magnifique. Tout était parfait, si nous ne continuions pas, ce ne serait pas bien. Au moins, je me dois d'être un modèle pour les jeunes. »

Suivant les entretiens, plusieurs focales quant au projet d'appui à l'amélioration de la PCI ont été décrites : l'appui de la direction pour porter la démarche, le travail d'équipe et la solidarité entre les professionnel(le)s.

« Le projet s'est concentré sur l'amélioration des dirigeants. Ces derniers doivent ensuite mobiliser le personnel, y compris les infirmières et les médecins. » (membre d'un comité PCI)

La majorité des entretiens soulignaient l'appui technique de l'AOI en évoquant les apports en termes : d'appui à la planification, de structuration de la PCI, d'informations et de conseils, de formation, de fournitures d'équipements et la construction/la rénovation. Ainsi, l'apport n'était pas que sur la PCI mais aussi sur comment conduire le changement pour améliorer la PCI dans l'hôpital.

« [La formation ne portait] pas seulement [sur] le contrôle des infections mais aussi comment manager, comment faire un plan pour chaque équipement. »

Comme mentionné précédemment, l'attention de l'AOI portée à chaque hôpital était très appréciée. Les professionnel(le)s évoquaient que l'équipe AOI leur accordait « *une grande attention* », « *une grande responsabilité* ». Si les termes « *superviseurs* » ou « *professeurs* » étaient utilisés pour désigner l'AOI, les participant(e)s expliquaient que les actions mises en place et leurs suivis étaient leurs responsabilités et non celles de l'AOI.

- **Effets perçus et appropriation de la PCI**

Des effets perçus positifs...

Différents effets positifs ont été perçus par les professionnel(le)s. Premièrement, une prise de conscience de l'importance de la PCI a été mise en exergue. Il s'agissait : de la finalité de la PCI (protection des patient(e)s et professionnel(le)s eux-mêmes, importance pour l'accueil des patient(e)s et pour eux de travailler dans un lieu propre) et de l'intérêt des changements apportés dans l'hôpital. L'intérêt de la mise en place des différents systèmes et de la formalisation écrite des procédures ont notamment été soulignés. Différents exemples étaient évoqués dans les entretiens : le lavage des mains, le lavage des tenues professionnelles à l'hôpital.

« Pour le patient, les effets sont positifs. L'hôpital se présente sous un nouveau jour. Par exemple, le nettoyage des mains est organisé en système, il y a des chiffons pour s'essuyer. C'est différent de ce qui se faisait auparavant. Tout est disponible, la propreté est la priorité. »

Deuxièmement, une amélioration de la capacité à structurer, impulser et porter une stratégie de PCI au sein de l'hôpital a été verbalisée dans les trois hôpitaux.

« Le principal élément est la structure organisationnelle, car nos dirigeants nous donnent de bons conseils. »

Troisièmement, une amélioration générale des connaissances et compétences en PCI a été verbalisée par les professionnel(le)s, associée dans leurs discours à de meilleures pratiques. Une meilleure compréhension de la notion de qualité a également été verbalisée.

« Alors ! Je sais qu'il y a 6-7 éléments qui constituent la PCI et ce que c'est exactement. Nous en connaissons les détails et nous en sommes venus à étudier en profondeur ce qu'ils sont et ce que nous sommes censés faire pour chacun d'entre eux. »

Ce professionnel, un membre de l'équipe de direction d'un hôpital, déclarait également que la PCI prenait en compte le contrôle de l'équipement médical et la séparation des déchets.

« Le travail de prévention et de contrôle de l'infection, le premier étant le contrôle de l'équipement médical, la séparation des déchets est également importante. »

La transformation des déchets infectieux en déchets non infectieux a été évoquée de nombreuses fois par différent(e)s participant(e)s émanant des 3 hôpitaux (ateliers et entretiens). La propreté et la prévention des infections étaient évoquées par la plupart des professionnel(le)s, quelle que soit leur profession ou leurs responsabilités.

Différentes conséquences de cette amélioration ont été décrites par les professionnel(le)s : un sentiment d'avoir plus de responsabilités, un sentiment d'auto-efficacité⁶ et une sensation de faire un travail de meilleure qualité. Cette montée en compétence était caractérisée de plaisante et gratifiante par certain(e)s. Au regard des résultats perçus et du plaisir d'apprendre, des professionnel(le)s ont verbalisé l'envie de partager leurs compétences avec d'autres hôpitaux et de continuer à se former pour améliorer encore leurs compétences.

« J'ai l'impression d'avoir plus de responsabilités et de connaissances qu'avant ma participation au projet. Je sais maintenant comment faire les choses par moi-même et j'apprends de moi-même. »

Finalement, une amélioration de la propreté dans toutes les unités et de l'organisation de l'hôpital a été soulignée dans les entretiens. Pour beaucoup d'entre eux, les résultats qu'ils observent ont dépassé leurs attentes. En outre, une amélioration de la qualité des soins et de la confiance dans la prise en charge proposée ont été soulignés.

...Mais des effets et une appropriation non homogène de la PCI

L'amélioration des connaissances et l'appropriation de la PCI n'était pas homogène avec des différences en fonction des responsabilités (appartenance au comité PCI ou non), des professions (médecins, infirmier(e)s ou professionnel(le)s d'appui), de l'ancienneté dans la structure ou des hôpitaux visités

« Certaines personnes étaient d'accord avec le changement, d'autres n'étaient pas prêtes et d'autres encore n'étaient pas satisfaites. »

⁶ la croyance qu'a un individu en sa capacité de réaliser une tâche.

Dans la manière de répondre aux questions et le vocabulaire utilisé, nous avons pu remarquer des différences entre les membres des comités PCI et ceux n'en faisant pas partie. Ces derniers avaient une vision plus restreinte du fonctionnement stratégique des activités de PCI ainsi qu'un vocabulaire technique plus pauvre de manière générale, quels que soient les hôpitaux. Par exemple, les "autoclave" étaient souvent appelés "fours" par les professionnel(le)s dans les entretiens traduits en anglais. Deux explications nous semblent possibles : un manque de vocabulaire technique de leur part ou des problèmes de traduction des entretiens conduits dans le cadre de l'évaluation.

Des différences de résultats ont été évoqués. Des difficultés à rendre les activités de PCI routinières étaient particulièrement soulignée dans un hôpital.

« Il s'agit principalement de notre personnel, il est encore difficile d'en faire une habitude. L'état d'esprit est toujours le même. »

Dans cet établissement, certains professionnel(le)s ont évoqué un manque de communication entre les professionnel(le)s et la direction. Différents constats ont été soulignés : une appréhension de la part des membres de la direction de communiquer auprès des employés, un manque de transmissions entre les professionnel(le)s après les formations, voire de la rétention d'informations a été décrite, et des difficultés à sensibiliser certains professionnels.

Dans un autre hôpital, un membre de la direction évoquait le manque de volonté de certain(e)s professionnel(le)s de se former, responsable de lacunes dans les pratiques, comme le fait de laisser les instruments tremper dans une corbeille et l'oubli de les stériliser.

D'autre part, un problème d'appropriation des responsabilités du service de stérilisation par tou(te)s a été décrit dans un hôpital. La responsable de la stérilisation a décrit un manque de clarification des rôles de supervision de la stérilisation, une absence de soutien de ses collègues, une surcharge de travail, une absence de remplacement, des reproches en cas d'erreurs ou de manquements qui se passent en son absence/en cas de retard, de mauvaises pratiques en son absence (ex : échange des sets par ses collègues au lieu de stériliser les sets sales). Dans ce contexte, une situation préoccupante de souffrance importante au travail, avec un sentiment de solitude a été verbalisé par un(e) professionnel(le). L'importance de l'intérêt du personnel pour devenir responsable de la stérilisation et de la clarification des missions a ainsi été soulignée.

Si une amélioration globale des connaissances et de la PCI a été décrite, elle était perçue dans certains discours comme encore insuffisantes. Le besoin de continuer les améliorations entreprises et de renforcer la capacité à s'auto-évaluer a été souligné.

« Nos compétences ne sont pas encore solides. Parfois, il se peut que les directives techniques ne soient pas appliquées. »

Une appropriation partielle de la PCI par une majorité des médecins a été décrite dans différents discours. De nombreux entretiens ont souligné que certaines activités de PCI, comme le rangement et le nettoyage de l'environnement, ont été considérées comme les tâches des infirmières, surtout dans deux hôpitaux. Si les médecins ont déclaré avoir intégré certaines pratiques de PCI (ex : lavage des mains), certain(e)s ne les associaient pas à de la PCI. Certains médecins ont explicité dans leur discours la hiérarchie entre les médecins qui supervisent les activités de PCI et les infirmier(e)s qui mettent en place ses activités. La vision du partage des tâches entre médecins et infirmier(e)s a été décrite comme encore difficile par les infirmier(e)s de deux hôpitaux⁷. D'une part, les infirmier(e)s ont verbalisé un refus de médecins de participer à certaines activités de PCI notamment au nettoyage de l'environnement. Une attente que les infirmier(e)s se chargent du rangement et du nettoyage a été verbalisée avec des difficultés de coopération interprofessionnel(le)s. D'autre part, la tendance du comité PCI a véhiculé l'idée selon laquelle certaines activités de PCI ne doivent être portées et appliquées que par les infirmières a été souligné dans leurs discours. Une illustration de ces propos était l'organisation de réunions relatives au tri des déchets et à la propreté ne concernant que les infirmier(e)s.

« Les médecins ne veulent pas participer aux travaux de nettoyage. Selon eux, c'est donc aux infirmières de s'en charger. (...) Les médecins veulent que seules les infirmières nettoient et rangent. Même si c'est leur armoire, les infirmières doivent la nettoyer et la ranger à leur place. »

En ce qui concerne les différences de connaissances en fonction de l'ancienneté, une nouvelle arrivante pressentie à un poste de direction a déclaré ne pas avoir été formée et ne pas comprendre les enjeux sous-jacents ni par quoi commencer.

- **Freins et leviers**

Des clés pour la mise en œuvre de la PCI et la pérennisation

Plusieurs éléments ont été mis en avant pour accompagner le changement et favoriser le maintien des bonnes pratiques. L'importance de procéder par étape a été soulignée par des professionnel(le)s de la direction et des équipes. Une graduation de la difficulté des tâches a été décrite avec d'abord un travail sur les bases (ex : le lavage des mains, le tri des déchets) puis une amélioration progressive. Cette approche a permis de ne pas décourager les professionnel(le)s face à l'ampleur du changement, aller au rythme de chacun(e), motiver les professionnel(le)s qui font le constat des améliorations déjà réalisées et responsabiliser le personnel sur les activités dont ils sont en charge.

⁷ Comme détaillé dans la partie 4.3, au-delà des professions, c'est la question du partage des tâches entre les genres qui se situe en sous-texte bien que cela n'était pas été discuté par les professionnel(le)s de santé.

« C'est comme grimper à une échelle. Il faut y aller pas à pas, cela fonctionnera mieux. (...) Notre personnel peut s'adapter petit à petit. Si les changements sont rapides, les gens ne pourront pas s'adapter. » (direction)

« Mais quand nous avons commencé à travailler sur une petite chose, nous avons vu qu'elle s'améliorait petit à petit. Alors, on a eu envie de s'améliorer encore. » (professionnel(le) hors direction)

L'intérêt du travail en système a été souligné dans les entretiens. Pour certain(e)s les systèmes ont permis de savoir par quoi commencer et comment évaluer la PCI.

En outre, travailler en équipe et attribuer des rôles/responsabilités à tou(te)s a été évoqué par beaucoup comme essentiel au bon fonctionnement des activités de PCI. Le travail d'équipe a commencé par une décision commune permettant un changement de paradigme et de mentalité. L'importance de "*participer ensemble*" et d'être "*attentifs, savoir prioriser et être solidaires*" a été soulignée. Comme suscitée, la constitution du comité de PCI était décrite comme essentielle pour attribuer des rôles et des responsabilités à tou(te)s, y compris les bénévoles.

« Nous avons ensuite divisé le comité PCI en 10 personnes, et il y avait une personne chargée de la PCI dans chaque unité, chaque chambre, chaque coin de l'hôpital, qu'il s'agisse d'employés ou de bénévoles, tout le monde était impliqué. »

En contradiction avec le constat d'une dichotomie médecin-infirmier(ère), des membres des directions de deux hôpitaux soulignaient la participation de tou(te)s qui a été essentielle.

Enfin, la motivation était considérée comme une clé de l'amélioration de la PCI. Plusieurs leviers motivationnels ont été identifiés dans le discours des professionnel(le)s. Pour la motivation extrinsèque, il s'agissait principalement : (i) de l'existence d'un suivi régulier de l'AOI et la crainte de ne pas faire comme il faut ; (ii) du retour sur investissement au travers de la satisfaction des patient(e)s et (iii) d'avoir des leaders motivés avec une vision ambitieuse et tournée vers les solutions plutôt que vers les problèmes. Ainsi, la présence des leaders engagés était considérée comme une clé pour impulser des bonnes pratiques de PCI, transmettre la motivation aux équipes et maintenir les bonnes pratiques dans le temps.

« Ensuite, les patients nous ont félicités de la propreté des lieux. Ils ont dit que (...) l'hôpital central n'était pas aussi propre que celui-ci. »

« Nous allons devenir l'hôpital de district (...) qui répond aux standards internationaux. »

« Nous essayons d'inculquer à toute notre équipe l'idée que tout problème a toujours une solution, qu'il n'y a pas de problème qui n'ait pas de solution. »

La mise en place de récompenses via des certificats, des récompenses financières ou des augmentations salariales a également été évoquée par certain(e)s. Une nuance quant à

l'intérêt de mobiliser ce levier était apportée par un directeur d'hôpital, soulignant le risque d'une perte de motivation des professionnel(le)s une fois la récompense obtenue.

« N'oubliez pas que si tout ce qu'ils font provient d'un élément déclencheur, cela ne se produira qu'à ce moment-là. S'il n'y a pas quelque chose qui les motive, ça ne se produira pas. » (membre de la direction d'un hôpital)

Pour les motivations intrinsèques les facteurs suivants ont été évoqués dans les entretiens : (i) l'utilité perçue, relevant d'un sentiment d'auto-efficacité, (ii) la confiance dans leur capacité à réaliser le changement ; (iii) la perception des activités de PCI comme relevant de l'ordre du devoir (devoir de se protéger et de protéger les patients en tant qu'hôpital public) ; (iv) la fierté d'être un modèle et de tendre vers les standards internationaux ; (v) le sentiment d'appartenance à un groupe, la solidarité et l'esprit d'équipe (facteur d'émulation y compris chez les personnes ne faisant pas partie du comité PCI) et (vi) le plaisir de travailler dans un lieu propre.

« Le maintien de la propreté, ce travail de PCI, c'est une des tâches qui doivent être accomplies dans le secteur public. C'est déjà la mission principale de l'hôpital, car il s'agit de nous protéger, de protéger les patients. »

Des problématiques de ressources humaines, financières et matérielles

Une problématique budgétaire récurrente a été soulignée par les professionnel(le)s de santé, quelles que soient leurs responsabilités et leurs postes, pour l'achat de matériels et d'équipements techniques, bien que des solutions aient été trouvées pour les hôpitaux. L'importance d'intégrer la PCI dans le plan budgétaire de l'hôpital a été soulignée pour l'achat de consommables, la maintenance du matériel, la rénovation des locaux, le financement du personnel dédié. Cela doit permettre d'anticiper les recherches de fonds complémentaires nécessaires. Disposer de certains fonds propres à l'hôpital pour choisir certains consommables et équipement, était un enjeu évoqué dans certains entretiens.

Ainsi, différents freins ont été évoqués dans certains hôpitaux, notamment l'absence de planification de la maintenance des gros équipements, les délais administratifs significatifs pour effectuer les paiements des équipements de PCI et reverser les salaires. La question d'une augmentation de salaire pour réaliser la PCI a été abordée par quelques professionnel(le)s, verbalisant une augmentation de la charge de travail. Cette question était considérée comme irréaliste et inadaptée pour la direction. En effet, les directions comme les membres des comités PCI soulignaient en quoi la PCI est un devoir, dont les activités font partie intégrante de chaque acte de soin.

Concernant ressources humaines, la construction d'un plan de ressources humaines sur cinq ans a également été préconisée dans certains entretiens. Différentes problématiques systémiques ont été évoquées : les limites budgétaires pour recruter de nouveaux(elles) professionnel(le)s notamment des professionnel(le)s d'appui, l'important turn-over,

l'absence de remplacement en cas d'absence (ex : congés, réunions). Des craintes concernant la charge de travail ont été discutées par les équipes et la direction. Il s'agissait : (i) d'un besoin de travailler pendant les jours de repos, notamment pour la stérilisation ; (ii) d'un cumul de tâche (ex : la cadre de santé d'une structure était cadre infirmière, vice-directrice de l'unité d'administration médicale, responsable du projet PCI, en charge de préparer des formations, du monitoring et de la supervision de la salle de stérilisation) ; (iii) de l'exécution des activités de soins par des professionnel(le)s non diplômé(e)s. Des conséquences sur les pratiques des professionnel(le)s et le fonctionnement des services (notamment de stérilisation) ont été mis en avant avec le risque d'une perte de qualité.

« Il faut augmenter le nombre d'infirmière, car des fois il y a des infirmières qui ne sont pas des infirmières mais qui sont habillées tout comme. »

« Nous sommes responsables de nombreuses salles. Moi-même, je suis responsable de la salle d'accouchement et de la salle de consultation. Parfois, il y a des patientes qui accouchent, la propreté n'est pas encore bonne. Comme il n'y a qu'une seule personne pour s'en occuper, il se peut que la propreté ne soit pas parfaite. »

L'intérêt de la formation continue des professionnel(le)s a été soulignée dans les entretiens. Plusieurs freins à lever ont été relevés : l'absence d'un plan de formation systématisé, le manque de ressources humaines pour remplacer les professionnel(le)s lors de formations, le manque de volonté de certain(e)s professionnel(le)s de se former.

« Si je vais suivre une formation, qui remplacera mon poste. »

Enfin, des problématiques en termes d'infrastructures et de matériel vieillissant ont été soulignées dans des entretiens

La nécessité d'un système d'auto-évaluation régulier et intégré

L'existence d'un système d'auto-évaluation interne à l'hôpital était considérée comme un élément central par les équipes. L'importance que l'auto-évaluation soit juste et régulière a été souligné afin de permettre aux professionnel(le)s d'y répondre honnêtement.

« Si nous nous notons trop bien, nos employés risquent de se reposer sur leurs lauriers. Nous les informons toujours que nous pouvons avoir de bons résultats, mais qu'il est toujours difficile de les maintenir. »

Pérennité et arrêt du suivi par l'AOI

La question de la pérennisation a été soulevée par les directions et l'arrêt du suivi par l'AOI envisagée.

« Un jour le projet [l'AOI] ne pourra plus être avec nous, car il est impossible qu'il soit avec nous tout le temps. Il y a bien un jour où ils vont cesser de nous aider. »

« La pérennité sera assurée s'il y a du personnel, un budget et des plans à mettre en œuvre ensemble. »

« À ce stade, comment notre équipe peut-elle être forte, capable de se former et de s'entraîner mutuellement au niveau interne ? »

Cependant, la poursuite d'un suivi régulier de l'AOI était aussi identifiée comme nécessaire par beaucoup de professionnel(le)s afin de "les aider à voir leurs faiblesses" et "continuer de les encourager" le temps de renforcer un système interne solide.

« Ce travail doit être évalué, évalué et contrôlé, et l'équipe d'enseignants doit assurer un suivi et nous encourager souvent, faire des commentaires sur les pratiques incorrectes. »

L'importance d'un travail partenarial à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

L'harmonisation des pratiques de PCI entre les hôpitaux, entre les centres de santé ont été décrit comme centrale, articulées autour des autorités sanitaires. Un membre de la direction d'un hôpital évoquait la construction d'un plan de coopération entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire et une articulation de la stratégie nationale PCI avec les politiques budgétaires.

« Ce serait bien que les 9 hôpitaux puissent faire la même chose pour que tout le district soit au même niveau ! (...) Il faut que nous équilibrons nos connaissances pour que tout le monde ait les mêmes compétences. »

« Pour renforcer le niveau de pérennité, il faut se baser sur le niveau macroscopique. Nous sommes nous-mêmes micro, nous pouvons faire des choses par nous-mêmes, mais nous pensons que nous ne pourrions pas faire certaines choses. »

« Je pense qu'elle [la stratégie macro] doit être planifiée en même temps que l'examen de la politique d'utilisation du budget pour améliorer le travail de la PCI. »

5.3. Entretiens avec les patient(e)s

Deux patient(e)s ont été interrogés au sein de l'hôpital d'Hardxayfong et deux au sein de l'hôpital de Xaythany

- **Perceptions des améliorations**

Deux patient(e)s parmi ceux interrogés déclaraient venir se faire soigner dans l'hôpital depuis plusieurs décennies. Ils témoignaient de l'amélioration de la propreté, un constat partagé par les deux autres patient(e)s. Un(e) patient(e) a remarqué l'amélioration de l'infrastructure. Ils fréquentaient l'hôpital soit parce que l'établissement était le plus près de chez eux soit parce qu'ils considéraient que la qualité des soins étaient bonnes. Un(e) patient(e) a précisé ne fréquenter l'hôpital qu'en cas d'évènement non grave.

« Oui, c'est mieux qu'avant. L'année dernière, c'était un peu sale, mais cette année, c'est plus propre. »

Outre l'amélioration de l'environnement, les patient(e)s saluaient, avec leurs mots, une meilleure prise en charge et une amélioration de la qualité des soins. Les professionnel(le)s de santé étaient perçus comme plus nombreux, bien qu'en nombre toujours insuffisant, plus à l'écoute et plus attentifs. Une amélioration de la relation avec le corps médical était discutée par un(e) patient(e) avec des médecins qui « *ne les blâmeraient pas* » et « *communiqueraient* » bien avec eux.

« C'est une bonne chose qu'ils s'occupent bien des patients et qu'ils aient une bonne hygiène et une bonne propreté »

Malgré un(e) patient(e) qui a exprimé sa peur de contracter des maladies incurables, les patient(e)s ont exprimé une augmentation de leur confiance dans les hôpitaux.

- **Perceptions de la PCI**

Les patient(e)s rencontré(e)s avaient des connaissances parcellaires et rudimentaires de la PCI. Ils ne connaissaient pas le terme de PCI ni ses composantes.

L'hygiène était considérée comme importante pour garantir la sécurité (« *détruire les maladies* ») et la qualité des soins. Elle était perçue comme le fait de « *nettoyer le sol* ». Un(e) patient(e) ne savait pas ce que voulait dire le mot « *hygiène* » mais décrivait que l'hôpital se devait d'être aussi propre que le foyer.

Les patient(e)s décrivaient l'intérêt de porter le masque. Ils ont discuté l'importance du port du masque, confirmée par les professionnel(le)s de santé et les affiches déployées dans les deux hôpitaux.

« Oui, [il est important de porter le masque] lorsque les gens sont malades lorsqu'ils parlent, toussent et éternuent. Les personnes qui ne portent pas de masque courent un risque plus élevé que celles qui en portent un. »

Selon un(e) patient(e) il n'y avait pas de communication sur la séparation des déchets ou la manière de nettoyer. Les patient(e)s exprimaient savoir comment trier les déchets et le faire d'eux-même.

- **Axes d'amélioration**

Selon les patient(e)s rencontr(é)es, les axes d'améliorations évoqués étaient de l'ordre :

- Structurelle : les pièces étaient perçues comme trop étroites dans un des hôpitaux avec une infrastructure qui pourraient être plus « *moderne* ». Dans le deuxième hôpital, une rénovation des toilettes était discutée,
- Sanitaire : pour un(e) patient(e), les pratiques de lavage des mains pourraient être améliorées, ainsi que la propreté des chambres,
- De la communication : un(e) patient(e) exprimait son souhait que les professionnel(le)s soient plus attentif(ve)s aux patient(e)s et communiquent davantage.

5.4. Observations

Le système de santé Lao repose sur des centres de santé ou dispensaires au niveau des villages, des hôpitaux de district, provinciaux, régionaux puis centraux (24). Les bureaux de santé des districts sont les structures déconcentrées du ministère de la Santé et sont chargés de la mise en œuvre des politiques sectorielles.

Les trois visites de site ont eu lieu dans la préfecture de Vientiane, qui est aussi la province la plus peuplée et urbaine du pays, avec environ un million d'habitants. Elles se sont déroulées du 30 octobre au 11 novembre 2024 en présence de Thipmalakham Sythala, infirmière, nouvellement recrutée par l'AOI Laos, qui a traduit nos propos et ceux des professionnel(le)s, en Lao et en anglais. Nous étions également accompagnées de Mme Manithong Thammachith, assistante projet au sein de l'AOI Laos. Les résultats présentés ici s'appuient sur nos observations ainsi que sur l'analyse documentaire réalisée en amont de nos visites (voir annexe 2).

5.4.1. Hôpital de Naxaythong

Naxaythong est un district avec un bassin de population de 87 359 personnes. En 2023, l'hôpital de Naxaythong était de type B avec trois sous-unités, environ 15 lits et 82 professionnel(le)s dont 63 professionnel(le)s de santé (44 au sein de l'hôpital, 11 dans les centres de santé et huit de l'équipe de garde). Quatre centres de santé sont sous sa supervision. Sa file active en 2023 était de 19 994 séjours ou consultations. L'hôpital a participé financièrement à sa propre rénovation. La population de Naxaythong est majoritairement rurale, avec une importante activité dans l'agriculture décrite. L'hôpital s'approvisionne en eau via un château d'eau qui n'a pas été visité lors des observations. Aucune difficulté n'a été décrite par les professionnel(le)s en ce qui concerne le fonctionnement et l'approvisionnement en électricité. Lors de notre visite, nous avons pu visiter la maternité, la pharmacie, le laboratoire et le service de stérilisation⁸, nous n'avons cependant pas visité le service d'hospitalisation conventionnelle (HC) ni ne sommes entrées dans les chambres des patient(e)s.

⁸ Lorsque nous parlons du service de stérilisation, et ce pour chaque hôpital, cela comprend la lingerie, la salle de traitement de l'instrumentation ainsi que la salle de stérilisation des instruments.



Hôpital de district de Naxaythong - octobre 2024

- **Structuration de la PCI**

Organisation de la PCI au sein de l'hôpital

L'hôpital a mis en place un comité PCI, placé sous la responsabilité du directeur de l'hôpital. L'organisation suivante a été mise en place : responsabilité de chaque unité de soins de la gestion et du monitoring des opérations de PCI dans ses locaux, sous la responsabilité d'un membre de l'équipe PCI, selon une gouvernance décentralisée partagée entre les professionnel(le)s et les membres de l'équipe PCI. L'équipe PCI a déclaré se réunir mensuellement. Des améliorations en termes d'organisation de l'espace ont été constatées, notamment lorsqu'on compare les photos de 2019 avec celles que nous avons prises en 2024. Nous avons pu constater une certaine fierté de nous présenter la maternité.



Gestion des instruments coupants - hôpital de Naxaythong - février 2019 (gauche) et octobre 2024 (milieu et droite)



Laboratoire - hôpital de Naxaythong - février 2019 (gauche) et octobre 2024 (droite)



Evolution des stations de lavage des mains de la maternité de Naxaythong - février 2019 (gauche) et août 2024 (droite)

Protocoles, stratégies et instructions

La documentation de l'hôpital mentionnait l'existence d'un plan de la qualité des soins et d'un plan pour la PCI. L'hôpital a élaboré des fiches métiers qui décrivent les fonctions des différents membres du comité PCI et des responsables d'unités. Les professionnel(le)s nous ont déclaré les connaître et les prendre en compte.

Monitoring et formations

Une grille d'auto-évaluation, coconstruite avec l'AOI, a été mise en place entre 2019 et 2024. Elle est utilisée par les professionnel(le)s de santé pour monitorer les pratiques de PCI. Chaque item est noté sur 10. Au sein de l'hôpital, les professionnel(le)s ont déclaré que si un service obtenait un score inférieur à sept sur dix, une discussion était engagée entre son

responsable et le comité de PCI pour essayer d'améliorer la situation. Un partenariat entre l'hôpital de Naxaythong et la KOICA (Korea International Cooperation Agency - Agence coréenne de coopération internationale) a également été décrit. Dans ce cadre, une formation sur les maladies non-transmissibles et la PCI pendant deux ans a été organisée.

- **Les systèmes de PCI**

Gestion des EPI

Le stockage des EPI est géré par le comité PCI pour chaque unité avec le support d'un plan d'action annuel. Une zone spécifique de stockage leur est dédiée (non observée). Les blouses jetables, gants, charlottes et surchaussures étaient disponibles dans les services où ils étaient nécessaires et utilisés en routine. L'hôpital ne disposait ni de lunettes ni de tabliers réutilisables. Les documents fournis par l'AOI mentionnaient une indisponibilité au niveau national de ces EPI. Concernant les masques, ils étaient fournis par l'hôpital aux soignant(e)s en début de journée, ceux-ci n'étaient donc pas directement disponibles dans les services de soins. Les professionnel(le)s ont déclaré changer leur masque deux fois par journée de 8h et trois fois par nuit de 12h.

En salle de stérilisation, nous avons constaté des écarts dans la manière de porter les EPI par certains des professionnel(le)s (charlotte mal positionnée, absence de lavage des mains après avoir positionné la charlotte, pas de port de surchaussures) par rapport aux instructions élaborées par le comité PCI et l'AOI. Les EPI étaient en nombre insuffisant lors de notre visite (impossibilité de mettre des gants et charlottes indisponibles). Ce manque de disponibilité des EPI n'était pas perçu par certain(e)s professionnel(le)s (déclaration d'un nombre suffisant par un(e) professionnel(le)).

Des écarts ont été constatés au niveau de la zone du laboratoire entre ce qui était préconisé par les instructions et les pratiques réelles. Les gants étaient utilisés de manière inappropriée à la place du lavage de mains au niveau de la zone de prélèvement et la fréquence de changement des gants n'était pas toujours maîtrisée. Nous avons remarqué le port de masques spéciaux pour les maladies transmissibles par l'air (telles que la tuberculose ou la rougeole) qui ressemblaient à des masques FFP2 et étaient labellisés comme étant des masques non médicaux.



Zone de prélèvements - hôpital de Naxaythong - octobre 2024

Traitement de l'instrumentation et stérilisation

La création du service de stérilisation centrale par les professionnel(le)s de l'hôpital a été soutenue par l'AOI. Elle comprend trois pièces mitoyennes : une pièce dédiée à la lingerie, une salle de traitement de l'instrumentation et une pièce pour la stérilisation. Ce fonctionnement a été retrouvé dans les trois hôpitaux visités. Nous avons constaté un respect des procédures et instructions lors des démonstrations que les professionnel(le)s ont faites. Les procédures de maintenance et notamment les fréquences déclarées de nettoyage des machines semblaient appropriées - les professionnel(le)s ont déclaré nettoyer l'autoclave et la machine pour distiller l'eau une fois par semaine avec une poudre nettoyante spécifique et la plastifieuse pour les instruments du cabinet dentaire chaque jour. Le concept de contamination naturelle des instruments au cours du temps et la nécessité de re-stérilisation au bout d'une semaine était connu et semblait appliqué, tout comme le concept de « *first-in first-out* » (gestion des stocks « *premier entré, premier sorti* » permettant notamment une utilisation du matériel stérilisé avant son expiration) et l'emballage des sets. Le cahier de suivi des cycles de stérilisation était à jour lors de notre visite.

Cette maîtrise des procédures a été constatée malgré un manque d'équipement disponible. Nous avons pu constater qu'il n'était pas toujours possible de procéder à des contrôles de stérilisation systématiques dû à un manque d'indicateurs de virage pour tous les sets d'instruments. La responsable priorisait les sets de la salle d'accouchement considérés par les professionnel(le)s comme étant un service prioritaire en termes de prévention des infections. Il est également à noter qu'un seul autoclave était fonctionnel sur les deux présents.

En ce qui concerne les ressources humaines, un partage des responsabilités entre deux professionnel(le)s de santé dédiées la semaine a été décrit. Le weekend la stérilisation est

assurée par des professionnel(le)s des services de soins, afin de réaliser un service minimum, en plus de leurs missions, en attendant le retour des responsables.



Salle de traitement de l'instrumentation - Hôpital de Naxaythong - Octobre 2024

Nous avons constaté, au travers de la documentation et de nos observations, une évolution vis-à-vis de l'apprentissage des procédures par les professionnel(le)s avant et après la mise en place du projet. En 2019, les professionnel(le)s ont expliqué utiliser de l'hypochlorite de sodium (eau de Javel) pour nettoyer les instruments dans chaque service de soins. Il est recommandé de ne pas utiliser d'hypochlorite de sodium pour effectuer le trempage des instruments car l'eau de Javel est un désinfectant qui n'a aucune propriété détergente et qui, utilisée à ce stade, fixe les protéines sur le matériel et diminue l'efficacité du nettoyage ultérieur. De plus, l'eau de Javel possède un fort pouvoir corrosif. Elle est donc à éviter pour le traitement de l'instrumentation. Or, lors de notre visite, elles précisaient utiliser du savon liquide pour faire tremper les instruments avant de les emmener en salle de traitement de l'instrumentation, et non plus de l'eau de Javel. Nous avons observé du savon liquide lors de notre visite ainsi que l'absence d'hypochlorite de sodium. En salle de traitement de l'instrumentation, les procédures étaient globalement bien affichées ainsi que les emplois du temps et roulement des professionnel(le)s. Les professionnel(le)s ont déclaré réaliser entre un à trois lavages des instruments par jour.



Savon liquide en salle de traitement de l'instrumentation - hôpital de Naxaythong - octobre 2024

Gestion des déchets

Selon le rapport d'évaluation de l'hôpital de 2019, la gestion des déchets ménagers et infectieux est réalisée par une entreprise privée, mandatée par le District Health Office. Le financement était de l'ordre de 10 000 LAK/mois. Le nettoyage se faisait une fois par jour en cohérence avec le protocole. Nous n'avons pas pu vérifier ces informations en 2024.

Les professionnel(le)s de santé ne disposaient pas de sacs de différentes couleurs pour différencier les types de déchets (notamment les déchets infectieux et non-infectieux), mais des étiquettes étaient collées sur chaque poubelle pour les distinguer.



Gestion des instruments coupants - hôpital de Naxaythong - octobre 2024

L'équipe administrative est responsable de la commande des sacs poubelles et du matériel de PCI de manière générale. Au départ, le code couleur promu était différent de celui communiqué par les directives nationales, ce qui a créé de l'incompréhension auprès des professionnel(le)s. Lors de notre visite, l'hôpital utilisait dans ses instructions le code couleur des directives nationales, mais ne disposait pas de sacs poubelles de couleur. Par ailleurs, les règles administratives à respecter pour faire des demandes de matériel ont été décrites par certain(e)s professionnel(le)s de santé comme trop nombreuses.

Au niveau du laboratoire, la présence de certains sacs poubelles au mauvais endroit (déchets infectieux sur les plans de travail) a été observée. Il n'y avait pas non plus de safety box⁹ dans toutes les unités. Les instruments coupants étaient souvent contenus dans des bouteilles en plastique épais. Un traitement de ces instruments à l'autoclave avant réutilisation a été déclaré par les professionnel(le)s. Une citerne spécifique pour jeter les liquides infectieux et une hutte cadenassée pour l'enterrement des déchets ont été décrites (non observées directement lors de notre visite).

⁹ Une boîte en carton épais élaborée pour contenir des instruments coupants, tranchants ou piquants dans le but de garantir la sécurité des professionnels

Lavage des mains et respect des précautions standard

Les professionnel(le)s de santé maîtrisaient majoritairement les instructions de lavage de mains et respectaient les différentes étapes préconisées, lors de nos observations. Les stations de lavage des mains des services que nous avons observées étaient complètes, sauf dans la lingerie, la salle de traitement des instruments et à l'extérieur.

Gestion du linge

La lingerie est située dans une salle dédiée et était propre et rangée lors de notre venue, malgré un sol à la propreté moyenne. Nous avons constaté que le linge propre et le linge sale étaient bien séparés. Deux machines à laver étaient présentes, une dédiée au lavage à froid et l'autre au lavage à chaud. Un sèche-linge était également fonctionnel. La pièce ne disposait pas de climatisation active et il y faisait très chaud. Selon l'analyse documentaire, un professionnel d'appui est dédié à la gestion du linge et au nettoyage du sol de la lingerie.



Lingerie - hôpital de Naxaythong - octobre 2024

Dans certaines salles de soins, les professionnel(le)s ont déclaré ne changer le linge de lit qu'une fois par semaine.

Nettoyage et organisation de l'environnement

La Lao-Lux Union et la Lao Women Union sont deux associations de la société civile lao qui participent au ménage de fond hebdomadaire de l'hôpital. Les sols étaient propres sauf dans la lingerie où il y avait des traces au sol. Un nettoyage des services deux fois par jour a été déclaré. Certaines armoires étaient en désordre (salle de vaccination) et certains plans de travail étaient encombrés. Le principe de la marche en avant pour le nettoyage était maîtrisé dans le discours des professionnel(le)s à la maternité et dans le service de stérilisation.



Salle de vaccination - hôpital de Naxaythong - Octobre 2024

Exemple de la maternité : Le bâtiment était propre et bien tenu lors de notre observation, avec de nombreuses pièces à la fonction bien définie. Certaines pièces semblaient peu utilisées, notamment la salle d'accueil des bébés (baby room) et la salle de pré-partum (prepartum room). Selon les professionnel(le)s, il n'y avait pas assez de patientes pour remplir ces pièces, du fait notamment du grand nombre de patientes transférées vers l'hôpital central pour complications ou ayant un besoin de suivi rapproché.



Salle de soins prénataux (gauche) et planning familial (droite) - Hôpital de Naxaythong - Octobre 2024

Prévention des blessures par instruments coupants

Des procédures étaient disponibles et affichées, mais pas dans chaque salle de consultation ou de soins où cela aurait pu être pertinent. Une connaissance hétérogène de ces procédures entre les professionnel(le)s a été constatée. Il ne semblait pas y avoir de responsables dédiés à la gestion de ces événements indésirables. Comme décrit plus haut, les safety boxes

n'étaient pas présentes dans toutes les unités. Les professionnel(le)s se déchaussaient pour rentrer dans certaines pièces, ce qui permettait de ne pas salir certaines salles de consultation, de soins ou de nettoyage. Cependant, cette pratique peut favoriser les accidents d'exposition au sang, et il serait préférable pour les professionnel(le)s de plutôt porter des chaussures spécifiques à l'usage hospitalier.

Prévention des infections respiratoires

Le rapport d'évaluation de 2021 de l'AOI mentionnait que les patient(e)s étaient sensibilisés aux bonnes pratiques en cas de toux et étaient informés de la nécessité de s'asseoir à une distance de deux mètres pour éviter les contaminations. Nous n'avons pas pu aborder ce point lors de notre visite en 2024, par manque de temps.

- **Conclusion**

Naxaythong est un hôpital où une majorité de professionnel(le)s semblaient conscient des enjeux de la PCI et s'attachaient à appliquer les procédures correctement, en faisant preuve de créativité et d'adaptabilité au contexte. Lors de notre visite, l'hôpital était globalement très propre et bien organisé. Nous avons constaté au travers de l'analyse documentaire et de notre visite une amélioration générale significative de l'hôpital depuis le début du soutien par l'AOI. Le directeur de l'hôpital était très impliqué au niveau du district. Les professionnel(le)s de santé qui nous ont accompagnés lors de notre venue étaient proactifs et répondaient avec dynamisme à nos questions. Certain(e)s d'entre eux ont proposé spontanément de nous faire des démonstrations de procédures de soins.

Nous avons pu remarquer une certaine capacité d'adaptation des professionnel(le)s qui mobilisent leurs ressources pour s'adapter à leur contexte de soins, notamment en ce qui concerne la gestion des ressources humaines (roulements) ou le budget (maintenance régulière du matériel pour éviter les pannes). Enfin, nous avons pu constater que les professionnel(le)s exprimaient de la fierté lors de la visite de l'hôpital.

Dans ce contexte, l'élaboration d'un plan de formation interne à l'hôpital supporté par le comité PCI de l'hôpital, en collaboration avec le Bureau de la Santé de Vientiane (Vientiane Health Office) pourrait être intéressant. Il permettrait de proposer des formations régulières sur le nettoyage de l'environnement ou la prévention des blessures par instruments coupants, à la fois pour les professionnel(le)s de santé (et notamment les nouveaux arrivant(e)s), pour le comité PCI lui-même et aussi pour le personnel administratif (afin notamment d'appuyer sur l'importance de la séparation des déchets). La formalisation d'un plan de gestion budgétaire permettrait de s'assurer de l'apport constant d'EPI et de matériel de soins (ex : *safety box*) ainsi que de la possibilité d'assurer la maintenance et la réparation du matériel médical en cas de panne. Un ou plusieurs responsables PCI pourraient être chargés de la gestion des stocks d'EPI ainsi que de la gestion des plaies par instruments coupants, avec la

tenue d'un registre des événements indésirables lors d'actes de soins et la création d'un point focal spécifique. Les professionnel(le)s pourraient s'assurer de garder une température fraîche en salle de stérilisation, de traitement des instruments et à la lingerie, pour éviter la recontamination des instruments. Enfin, il pourrait être intéressant de prêter une attention particulière à la fréquence de lavage du linge dans les services et au rangement des armoires, ainsi que de compléter les stations de lavage des mains si nécessaire. L'amélioration de l'agencement des salles de soins permettrait d'assurer une protection maximale des patient(e)s (cloisons, lits plus espacés, utilisation des pièces qui ne servent pas beaucoup).

5.4.2. Hôpital d'Hardxayfong

Hardxayfong est un district de 102 632 habitants situé au sud-est de Vientiane. L'hôpital d'Hardxayfong est un hôpital de district de type B, comportant huit sous-unités, 15 lits et six centres de santé sous sa supervision. En 2023, 72 professionnel(le)s de santé travaillaient dans la structure dont 42 dans l'hôpital lui-même, 25 dans les centres de santé sous sa supervision et cinq professionnel(le)s de garde. En 2018, la structure avait une file active ambulatoire de 4912 patient(e)s mais celle-ci a fortement augmenté avec la pandémie du COVID-19, notamment car la population ne pouvait plus franchir la frontière vers la Thaïlande du fait des restrictions de déplacement - l'hôpital d'Hardxayfong étant très proche de la frontière thaïlandaise. La file active ambulatoire est passée à 6575 patient(e)s en 2021 et à 14 153 patient(e)s en 2023. L'hôpital s'approvisionnait en eau via un château d'eau que nous n'avons pas observé. Aucune difficulté en ce qui concerne le fonctionnement et l'approvisionnement en électricité ne nous a été rapportée. Lors de notre visite, nous avons pu visiter le cabinet dentaire, la salle de vaccination, la maternité, la pharmacie et le service de stérilisation. Nous avons été accompagnées par les responsables de la salle d'accouchement, du cabinet dentaire, de la salle de vaccination et du service de stérilisation (qui est restée avec nous toute la visite).



Visite de l'hôpital d'Hardxayfong - octobre 2024

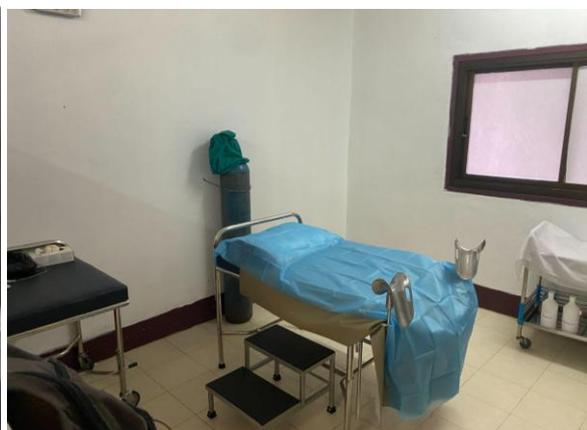
- Structuration de la PCI

Organisation de la PCI au sein de l'hôpital

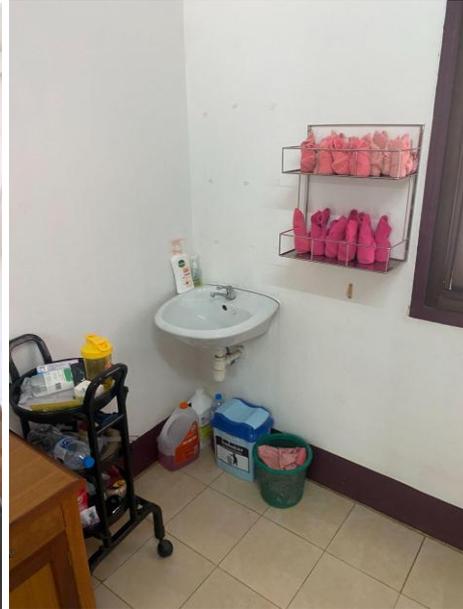
L'hôpital a mis en place un comité PCI de l'hôpital avec des référent(e)s d'activité dont les membres ont déclaré se réunir mensuellement. La gouvernance et le monitoring étaient plutôt centralisés et portés par le comité PCI. Ceux-ci ont élaboré plusieurs plans d'action réunis dans un document (auquel nous n'avons pas eu accès). Différents services ont été rénovés depuis 2019 tels que le département ambulatoire, la maternité, le cabinet dentaire ou encore la création du service de stérilisation.



Cabinet dentaire - hôpital d'Hardxayfong - février 2019 (gauche) et octobre 2024 (droite)



Delivery room - hôpital d'Hardxayfong - février 2019 (gauche) et octobre 2024 (droite)



Département ambulatoire - hôpital d'Hardxayfong - février 2019 (gauche) et octobre 2024 (droite)



Service de stérilisation - hôpital d'Hardxayfong - août 2020 (gauche) et octobre 2024 (droite)

Protocoles, stratégies et instructions

Les procédures et instructions étaient globalement bien affichées dans l'hôpital. Des procédures ont été élaborées pour la fabrication du liquide de nettoyage des instruments, des instructions pour les blessures par instrument coupants, pour le lavage des mains ou pour le traitement des instruments.



Procédures de lavage des instruments - service de stérilisation - Hôpital d'Hardxayfong - Octobre 2024

Les procédures du cabinet dentaire étaient encore en cours de développement lors de notre visite. Il n’existait pas, au moment de notre visite, de ligne spécifique pour la PCI dans le budget de l’hôpital.

Monitoring et formations

La documentation mentionnait la mise en place d’un monitoring des actions de PCI chaque matin, à l’oral, sous forme d’un point de 15 minutes, sans compte-rendu. Les professionnel(le)s ont exprimé la volonté de développer le monitoring écrit. Une quinzaine de professionnel(le)s de l’hôpital ont reçu une formation initiale par l’AOI ainsi que des formations par l’OMS.

- **Les systèmes de PCI**

Gestion des EPI

La gestion des EPI est une tâche dédiée à deux professionnel(le)s. Ils(elles) étaient responsables de gérer le stock, sauf en cas d’épidémie un partage de cette tâche avec les autres professionnel(le)s de santé du comité PCI est prévu. Un stockage au niveau de la pharmacie a été décrit (non visité). La plupart des EPI de l’hôpital sont des dotations régulières du Ministère de la Santé, d’après les professionnel(le)s rencontrés.

Les EPI du service de stérilisation étaient au complet sauf en ce qui concerne les lunettes de protection et les tabliers réutilisables ou jetables, indisponibles au niveau national. Ils ont été portés correctement par les professionnel(le)s du service de stérilisation, lors de notre visite.

Traitement de l'instrumentation et stérilisation

Une personne est responsable du nettoyage, de la désinfection et de la stérilisation des instruments. Lors de notre visite un lavage des instruments deux fois par jour en salle de traitement de l'instrumentation a été décrit. La salle de traitement de l'instrumentation était très propre et bien organisée. Les instructions pour la désinfection de haut niveau en salle de traitement de l'instrumentation semblaient également être maîtrisées par la professionnelle responsable.

Les procédés de fabrication du liquide de nettoyage et les instructions de trempage des instruments dans les services (avant envoi en salle de traitement de l'instrumentation) semblaient bien connus de l'ensemble des professionnel(le)s. Les professionnel(le)s de la salle d'accouchement ont déclaré ne pas avoir la place de faire tremper leurs instruments dans la salle avant de les transférer en salle de traitement de l'instrumentation, et de devoir les faire tremper en extérieur. Le personnel d'appui venait chercher les instruments dans chaque service après les avoir fait tremper pendant 12h. Ils étaient ensuite chargés de la distribution des sets dans les unités.

Les perceptions des professionnel(le)s vis-à-vis des nouveaux produits de nettoyage semblaient positives. Auparavant, ceux-ci déclaraient utiliser de l'alcool alors que, lors de notre visite, ils utilisaient un produit contenant du désinfectant et du détergent.

Une amélioration de la propreté des surfaces a été décrite par certain(e)s professionnel(le)s (surfaces plus brillantes, auraient l'air plus propres).



Salle de traitement de l'instrumentation - hôpital d'Hardxayfong - octobre 2024

En salle de stérilisation, un autoclave était disponible et fonctionnel ainsi qu'une machine pour produire de l'eau distillée. Les professionnels ont déclaré purger l'eau distillée et

nettoyer l'autoclave chaque début de journée. Un numéro à appeler en cas de panne était affiché (jamais utilisé jusqu'à présent). Au vu du manque de budget nécessaire pour financer l'agent de maintenance, un soin particulier à l'entretien du matériel a été décrit par les professionnel(le)s. Le système "*first in first out*" semblait maîtrisé, que ce soit dans le stockage ou dans le discours des professionnel(le)s rencontré(e)s malgré l'erreur de l'un d'entre eux concernant le temps de stockage (déclaré comme étant d'un mois maximum au lieu d'une semaine). Les instruments encore humides à la sortie de l'autoclave étaient laissés à l'air libre par les professionnel(le)s. Il existait un carnet de suivi de la stérilisation, tenu et à jour au moment de notre observation. Les professionnel(le)s disposaient d'indicateurs pour contrôler l'efficacité de la stérilisation mais seulement en intérieur des sets. La climatisation n'était pas en marche en salle de stérilisation, de traitement de l'instrumentation et dans la lingerie, ou une chaleur importante a été constatée.

Nous avons pu constater que certains professionnel(le)s cumulaient plusieurs fonctions. Lors de notre visite, la personne responsable du service de stérilisation avait travaillé de nuit puis enchaîné sur une nouvelle journée de travail. Elle avait dû gérer la stérilisation des instruments avant sa rotation puis remplir des fonctions de cadre dans les services de soins. Celle-ci nous a dit n'avoir pas eu le temps de terminer et d'emballer les sets. Nous avons pu remarquer que ceux-ci avaient été laissés à l'air libre à notre arrivée. Le week-end, en l'absence de la responsable, l'organisation par les infirmier(e)s de l'hôpital pour assurer le fonctionnement du service de stérilisation a été décrite.

Gestion des déchets

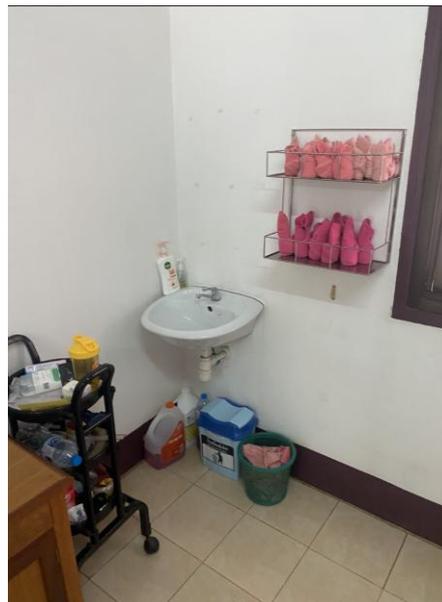
La gestion des déchets est globalement bien comprise et réalisée malgré le manque de safety box dans tous les services. Des bouteilles en plastique épais étaient utilisées en remplacement. Les professionnel(le)s nous ont déclaré envoyer les safety boxes à l'autoclave quand celles-ci étaient remplies à 70%. Une organisation concernant le contenu des safety boxes (ou des bouteilles) a été observée, par exemple, certaines d'entre elles étaient spécifiques aux aiguilles de vaccination

Lavage des mains et respect des précautions standard

Les précautions standard étaient globalement bien respectées malgré quelques erreurs lors des démonstrations de lavage de mains. Certain(e)s professionnel(le)s pouvaient laisser en permanence leurs mains sous l'eau, portaient parfois des bagues, ou fermaient le robinet avec les mains propres (au lieu de le faire avec une serviette une fois les mains séchées). Les stations de lavage des mains étaient globalement complètes. Cependant, dans certaines stations, les instructions étaient manquantes et le nombre de corbeilles à linge sale insuffisantes (département ambulatoire).



Stations de lavage de mains complètes et professionnelles faisant des démonstrations - Delivery room (gauche) et cabinet dentaire (droite) - Hôpital d'Hardxayfong - Octobre 2024



Stations de lavage de mains incomplète dans le département ambulatoire (pas d'instructions affichées) - Hôpital d'Hardxayfong - Octobre 2024

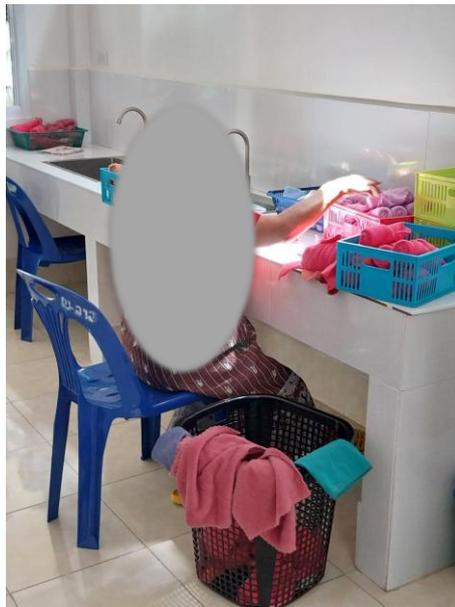
Gestion du linge

Nous avons pu constater que la lingerie était très bien tenue avec une division marquée du linge contaminé et du linge non-contaminé, ce qui devait être lavé à chaud ou à froid et ce qui devait être repassé. Les corbeilles contenant les instruments sales étaient aussi lavées puis retournées aux services remplies de linge propre.



Lingerie - hôpital d'Hardxayfong - octobre 2024

Les professionnel(le)s d'appui avaient leur propre méthode de pliage des serviettes.



Professionnelle d'appui à la lingerie - hôpital d'Hardxayfong - octobre 2024

Nettoyage de l'environnement

Les salles de consultation et de soins étaient globalement propres. Un nettoyage en profondeur chaque vendredi par l'ensemble des professionnel(le)s de l'hôpital a été décrit. Les professionnel(le)s de la maternité connaissaient le principe de marche en avant, soit un nettoyage de la zone la plus propre vers la zone la plus sale. Nous avons cependant constaté quelques écarts lors de la démonstration du lavage de l'environnement de soins (exemple : fauteuil dentaire qui n'était pas nettoyé de la zone la plus propre vers la plus sale), ou une fréquence de lavage du linge trop faible (ex : salle de consultation anténatale).

Le rangement des salles de soins n'était pas toujours optimal, avec notamment certaines des armoires aperçues en désordre (cf salle de vaccination, cabinet de chirurgie-dentaire,

pharmacie) ou contenant des éléments qui n'auraient pas dû être stockés à cet endroit (ex : nourriture pour chiens dans une armoire de salle de consultation).



Maternité - Hôpital d'Hardxayfong - octobre 2024

Prévention des blessures par instruments coupants

Les procédures de gestion de ce type d'évènement étaient affichées de manière hétérogène et n'étaient pas connues des professionnel(le)s rencontrés, notamment en ce qui concernait le temps nécessaire de trempage de la plaie sous l'eau. Peu d'entre eux connaissaient en pratique ce qu'il fallait faire et certain(e)s nous ont indiqué suivre les procédures si cela arrivait. Les safety boxes n'étaient pas présentes partout et des bouteilles en plastique épais les remplaçaient le cas échéant. Dans certaines salles, il pouvait y avoir jusqu'à trois bouteilles en plastique différentes (une pour les aiguilles, une pour les ampoules et une pour les seringues). Il n'y avait pas de personne responsable de la gestion des évènements indésirables, ni de point focal spécifique à l'hôpital. Comme à Naxaythong, les professionnel(le)s se déchaussaient pour rentrer dans certaines pièces, ce qui pouvait favoriser les accidents d'exposition au sang.

Prévention des infections respiratoires

Concernant la gestion des infections respiratoires, la dentiste nous a signifié ne pas accepter les patient(e)s avec des symptômes respiratoires. Les documents analysés mentionnaient une campagne de bonnes pratiques des infections respiratoires (non observé).

- **Conclusion**

L'hôpital d'Hardxayfong était visuellement propre et bien organisé. La responsabilité de la PCI dans l'hôpital semblait moins partagée qu'à Naxaythong. Elle reposait surtout sur le comité PCI bien qu'il y ait des responsables PCI dans chaque service. Le comité PCI était très motivé. Le vice-directeur était très engagé, moteur et dynamique, qui possédait une vision à long terme des prochaines étapes pour l'amélioration de la qualité des soins de l'hôpital. De

manière assez homogène, les professionnel(le)s de santé semblaient très sensibilisés à leurs nouvelles pratiques de soins, particulièrement vis-à-vis du lavage des mains, du tri des déchets et de la fabrication du produit nettoyant 2 en 1. Nous avons constaté un certain engouement des professionnel(le)s vis-à-vis de la PCI et une fierté à nous présenter leurs services, notamment les salles d'accouchement et le service de stérilisation. Selon les membres de l'AOI Laos, un changement de mentalité se serait opéré ces dernières années, avec un personnel focalisé sur les solutions, motivé et créatif. Nous avons pu remarquer des adaptations au contexte de soins notamment pour pallier au manque de budget et de ressources humaines comme par exemple l'importance de la maintenance des autoclaves ou la gestion de la stérilisation le week-end en l'absence de sa responsable.

Cependant, le manque de ressources humaines dans l'hôpital pourrait entraîner une augmentation du risque d'erreur notamment par manque de temps pour terminer les procédures (exemple du service de stérilisation). En termes de connaissances et compétences pratiques, il existait une dissonance entre les instructions affichées et les connaissances des équipes notamment concernant le lavage des mains, le lavage du matériel de soins et la gestion des plaies par instruments coupants. La taille des salles ne semblait pas toujours adaptée aux pratiques de PCI (exemple de la salle d'accouchement). La lingerie et la salle de traitement de l'instrumentation, salles où le risque d'infection doit être maîtrisé au maximum, ne bénéficiaient pas de climatisation contrairement au reste de l'hôpital. Le rangement n'était pas toujours optimal.

Dans ce contexte, l'élaboration d'un plan de formation interne à l'hôpital supporté par le comité PCI de l'hôpital, en collaboration avec le Bureau de la Santé de Vientiane (Vientiane Health Office) pourrait être intéressant afin de proposer des formations régulières sur le lavage des mains, la gestion des blessures par instrument coupants chez les professionnel(le)s ainsi que le lavage du matériel. La formalisation d'un plan de gestion budgétaire permettrait de s'assurer de l'apport constant d'EPI et de matériel de soins (ex : *safety box*). Des *safety boxes* pourraient être proposées dans tous les services où elles sont nécessaires avec, de ce fait, une réduction du nombre de bouteilles en plastique différentes. Il pourrait être intéressant de prêter une attention particulière à la fréquence de lavage du linge dans les services, au rangement des armoires et des meubles, ainsi que de compléter les stations de lavage des mains si nécessaire. L'amélioration de l'agencement des salles de soins permettrait d'assurer des pratiques professionnelles au plus proches des instructions (afin notamment de ne pas faire tremper les instruments en extérieur). Le recrutement d'une personne pour doubler la responsable du service de stérilisation permettrait de limiter les risques de cumul des tâches et de favoriser le bien-être des professionnel(le)s

5.4.3. Hôpital de Xaythany

L'hôpital est situé dans le district de Xaythany rassemblant un bassin de population conséquent de 234 890 habitants. C'est un hôpital de district de type B, avec 11 centres de santé sous sa supervision, huit sous-unités, 20 lits et 111 professionnel(le)s de santé (63 au sein de l'hôpital, 40 dans les centres de santé et huit personnels de garde). Sa file active ambulatoire était de 26 638 patient(e)s en 2021 et 8231 patient(e)s en 2023. Lors de notre venue, nous avons visité les urgences, le laboratoire, la maternité, l'hospitalisation conventionnelle, la pharmacie, la salle de vaccination et le service de stérilisation centrale. Nous avons été accompagnées de la cadre infirmière, la responsable des urgences, la responsable de la maternité ainsi qu'un membre de l'équipe administrative.



Hôpital de Xaythany - Octobre 2024

- **Structuration de la PCI**

Organisation de la PCI au sein de l'hôpital

La mise en place d'un comité PCI, organisant un point quotidien a été décrite. Celui-ci a élaboré un document officiel qui détermine les rôles de chaque professionnel(le). La gouvernance et le monitoring étaient plutôt centralisés et portés par le comité PCI. Différents travaux ont été réalisés entre 2019 et 2024 : création d'une stérilisation centrale, rénovation de la salle d'accouchement, des urgences, de la clinique dentaire et du laboratoire. L'hôpital a investi un montant de 40 000 dollars dans ces rénovations.



Laboratoire - hôpital de Xaythany - à gauche en 2019, à droite en 2024



Salle d'accouchement - hôpital de Xaythany - à gauche 2019, à droite 2024



Salle de stérilisation - hôpital de Xaythany - à gauche 2019, à droite 2024



Urgences - hôpital de Xaythany - en haut 2019, en bas 2024



Clinique dentaire - hôpital de Xaythany - à gauche 2019, à droite 2024

Monitoring et formations

Différentes procédures de monitoring ont été décrites par le comité PCI : (i) un suivi quotidien des activités de PCI orale (absence de compte-rendu) ; (ii) des audits pour évaluer la qualité de l'environnement de soins (fréquence non spécifiée) ; (iii) un suivi de la quantité de consommables tels que les EPI, les liquides pour le nettoyage des équipements et la consommation de produit hydro-alcoolique. La comparaison entre le suivi de produit hydro-alcoolique et l'activité clinique était utilisé comme indicateur de suivi des pratiques des professionnel(le)s dans les services ; (iv) un suivi de la quantité de déchets infectieux.

Lors de notre visite, il n'existait pas de sessions de formations organisées en interne par l'hôpital. La formation des nouveaux(elles) arrivant(e)s sur le terrain était décrite comme réalisée par les professionnel(le)s formé(e)s, avec l'utilisation des supports coconstruits avec l'AOI. Enfin, un budget pour organiser des formations menées par les formateur(rice)s nationaux de PCI était disponible d'après les professionnel(le)s rencontré(e)s.

- **Les systèmes de PCI**

Gestion des EPI

Concernant le port des EPI, les professionnel(le)s ont déclaré utiliser des masques, des gants et des tabliers jetables en routine, ce qui a été observé lors de notre visite. Cependant nous avons observé des écarts dans le port des EPI par certain(e)s professionnel(le)s (masque en dessous du nez, absence de gants lorsque nécessaire, charlottes mal positionnées). Une diminution de la conscience de l'intérêt des EPI par les professionnel(le)s par rapport à la période de la pandémie COVID-19 a néanmoins été soulignée par un(e) des professionnel(le)s. Les EPI étaient conservés dans une zone de stockage spécifique (non observée). Les professionnel(le)s ont déclaré renseigner dans un formulaire leur besoin en EPI. La distribution était ensuite gérée par la cadre infirmière. Les masques étaient également vendus aux patient(e)s.

Traitement de l'instrumentation et stérilisation

Le service de stérilisation centrale était propre avec une salle de stérilisation, une salle de lavage des instruments et une lingerie bien entretenue. Le service est géré à la fois par une cadre infirmière, responsable du monitoring, et par une infirmière responsable de la réalisation des tâches de stérilisation. En l'absence de cette dernière, notamment les week-ends, l'organisation de tours par les professionnel(le)s de santé a été décrite pour la remplacer. La cadre infirmière a déclaré utiliser les supports coconstruits avec l'AOI pour former les nouveaux(elles) arrivant(e)s au fonctionnement du service de stérilisation.

Le circuit de lavage des instruments semblait compris et maîtrisé par les professionnel(le)s avec des procédures affichées. La station de lavage des mains était incomplète (pas de serviettes pour s'essuyer les mains ni pour essuyer les surfaces).



Salle de traitement de l'instrumentation - hôpital de Xaythany - Octobre 2024

Un lavage quotidien des instruments a été déclaré. Les procédures pour la dilution du produit désinfectant ainsi que celles expliquant le port adapté des EPI étaient affichées en salle traitement de l'instrumentation.



Salle de traitement de l'instrumentation - Hôpital de Xaythany - octobre 2024

En salle de stérilisation, un des deux autoclaves était en panne. Les contrôles visuels de pénétration de la vapeur semblaient être correctement utilisés bien que placés de manière aléatoire car en nombre insuffisant pour pouvoir être placés dans chaque set d'instruments. Il n'y avait dans cet hôpital pas de priorisation de certains services par rapport aux autres hôpitaux. Le positionnement du cahier de suivi et des indicateurs sous une pile de documents nous a questionnées sur son utilisation en routine. Les procédures de *first-in first-out* semblaient être maîtrisées par la responsable de la stérilisation.



Indicateurs de virage pour les sets d'instruments allant en stérilisation - Hôpital de Xaythany -
Octobre 2024



Salle de stérilisation - hôpital de Xaythany - Oct 2024

La maintenance de l'autoclave et de la machine à distiller était réalisée une fois par mois. Un document de 2021 mentionnait l'élaboration d'un guide de maintenance des autoclaves en lao en cours de développement avec l'AOI. Les procédures en salle de stérilisation étaient affichées.

Gestion des déchets

La gestion des déchets a été globalement comprise et réalisée en accord avec les instructions bien que quelques écarts par rapport à celles-ci ont été constatés au laboratoire (sacs jaunes pour déchets infectieux placés sur les plans de travail), dans les chambres de patient(e)s (déchets sur les lits) et en salle de soins prénataux (pas toujours 3 poubelles). Les *safety boxes* n'étaient pas présentes partout mais des bouteilles en plastique étaient utilisées. Lorsqu'elles

étaient présentes, celles-ci étaient issues de dons d'un programme de l'UNICEF destiné à la maternité. De plus, certaines *safety boxes* pleines étaient situées aux pieds des patient(e)s en salle de vaccination. Le code couleur n'était pas toujours bien respecté (bleu au lieu de jaune pour l'infectieux). L'hôpital bénéficie d'une machine pour brûler les aiguilles, fournie par l'OMS. Les déchets infectieux étaient traités à l'autoclave. Le traçage de la quantité de déchets infectieux à l'hôpital et l'existence d'une zone pour protéger les déchets à l'arrière de l'hôpital a été décrit dans la documentation.



Urgences - Hôpital de Xaythany - Octobre 2024

Lavage des mains et respect des précautions standard

Des stations de lavage des mains ont été observées dans une partie des salles visitées. Néanmoins, elles étaient parfois incomplètes tel qu'illustré ci-dessous (zone de prélèvement des échantillons, extérieur du bâtiment de la maternité, salle de vaccination, certaines salles d'accouchement, salle de soins prénataux, chambres de patients, cabinet de chirurgie-dentaire).



Stations de lavage des mains (manque instructions à gauche, et serviettes réutilisables ainsi que corbeille sur les deux photos) - Hôpital de Xaythany - Octobre 2024



Stations de lavage des mains (manque serviettes pour environnement) - Hôpital de Xaythany - Octobre 2024



Cabinet de chirurgie-dentaire à gauche (manque instructions) et urgences à droite (serviette mal rangée et encombrement) - Hôpital de Xaythany - Octobre 2024

Nous avons pu constater des écarts dans les démonstrations de l'hygiène des mains par rapport aux instructions (port de bijoux, fermeture du robinet avec les mains propres, oubli de certaines étapes et lavage trop rapide, réutilisation des serviettes sans lavage préalable). Le lavage de mains a été remplacé par le port des gants à la station de prélèvement, qui était lui-même partiellement maîtrisée par les professionnel(le)s (ex : contact avec des surfaces sales avec des gants supposés rester stériles pour manipuler des échantillons). Les procédures pour le lavage des mains étaient majoritairement affichées.

Gestion du linge

L'organisation de la distribution du linge était fonctionnelle avec un stockage organisé par service de soins. Les professionnel(le)s ont déclaré que chaque unité venait chercher son linge sauf le cabinet de chirurgie-dentaire où la distribution était réalisée par la personne

responsable du service de stérilisation. Une seule des deux machines à laver fonctionnait au moment de notre visite (l'autre machine était en cours de réparation). Le stockage et l'utilisation des produits de lavage du linge étaient organisés et compris.



Lingerie - hôpital de Xaythany - Octobre 2024

Nous avons constaté une absence de linge de lit dans une chambre de patient(e)s en hospitalisation conventionnelle lors de notre visite et le nettoyage du linge de lit était réalisé seulement une fois par semaine dans certains services et salles de soins.

Nettoyage et organisation de l'environnement

L'environnement était d'une propreté moyenne. Au niveau de la zone de prélèvements du laboratoire et des urgences, nous avons constaté des traces et de la saleté sur les protections de plastique.



Laboratoire - Hôpital de Xaythany - Octobre 2024

Le sol extérieur du bâtiment de la maternité et du service d'hospitalisation conventionnelle (HC) étaient d'une propreté moyenne lors de notre visite (traces au sol). Les chambres des patient(e)s que nous avons aperçues étaient sales en HC, avec notamment des sacs poubelles sur les lits des patient(e)s et l'absence de linge de lit. Les services devaient être nettoyés deux fois par jour par deux professionnel(le)s d'appui, avec la responsable du nettoyage du service de stérilisation et la responsable du reste des bâtiments. Les professionnel(le)s de l'hôpital ont déclaré avoir des difficultés à engager du personnel d'appui et à les garder sur le long terme, ce qui semblait déjà être le cas en 2021. En 2021, trois personnels de nettoyage étaient engagés alors qu'ils n'étaient plus que deux lors de notre visite en 2024. Les salles d'accouchement, le cabinet de chirurgie-dentaire et le service de stérilisation étaient propres.



Salle d'accouchement - Hôpital de Xaythany - Octobre 2024



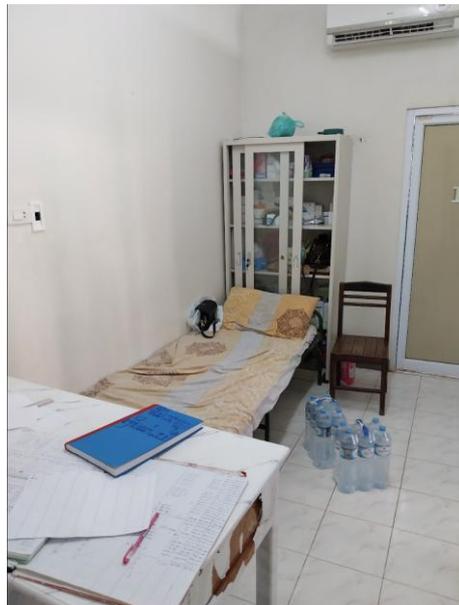
Cabinet dentaire - Hôpital de Xaythany - Octobre 2024

Il n'y avait pas toujours de produit nettoyant disponible dans les salles de consultation pour nettoyer les surfaces hautes entre chaque patient(e) La gestion de l'approvisionnement en produit désinfectant 2 en 1 est réalisée en interne (initialement fourni par l'AOI). Certains mobiliers ne semblaient pas être nettoyés assez fréquemment (ex : fauteuils d'accouchement nettoyés une fois par semaine si pas d'accouchement) ou leur nettoyage semblait être en partie maîtrisé (ex : cabinet de chirurgie-dentaire et nettoyage des fauteuils). Le matériel était stocké dans une zone dédiée (non visitée).

L'agencement des salles n'était pas toujours optimal (pièces trop petites pour le nombre de lits, pas de séparation, mobilier inapproprié...).



Urgences - hôpital de Xaythany - Octobre 2024



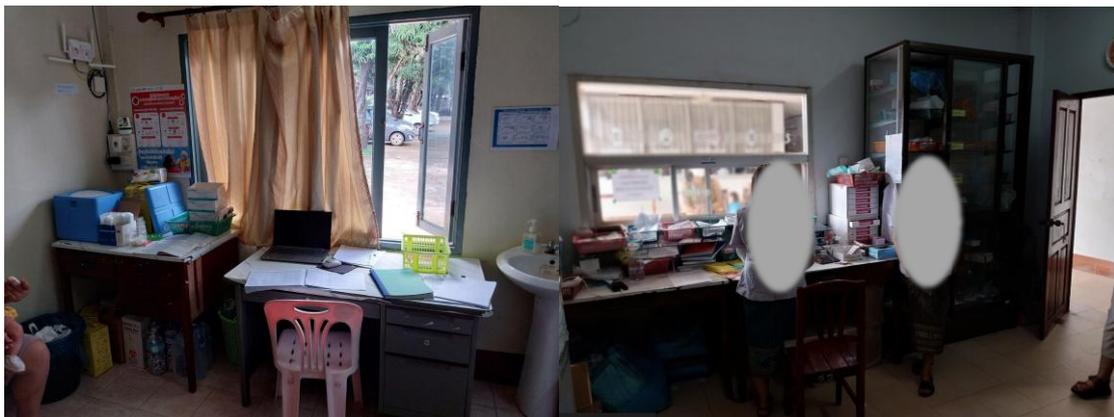
Laboratoire - Hôpital de Xaythany - Octobre 2024

Comme à Naxaythong, certaines pièces ne semblaient pas beaucoup utilisées (cf : lits-bébé rangés dans un coin de pièce et recouverts, pièces vides de patientes malgré le grand nombre de lits).



Baby Room - hôpital de Xaythany - Octobre 2024

Le rangement n'était pas toujours optimal, avec des surfaces hautes parfois très encombrées (chambres de patient(e)s, soins anténataux, salle de vaccination...). De la vaisselle sale a pu être retrouvée dans des endroits inappropriés. Cependant, la procédure de *first-in first out* semblait maîtrisée par les professionnel(le)s. Le rangement des médicaments de la pharmacie semblait en ordre.



Salle de vaccination (gauche) et pharmacie (droite) - hôpital de Xaythany - Octobre 2024



Armoire du cabinet de chirurgie-dentaire - Hôpital de Xaythany - Octobre 2024

Vaccination

A Xaythany, la distribution des vaccins aux 11 centres de santé sous leur supervision semblait très organisée. Plusieurs réfrigérateurs étaient destinés au stockage des vaccins avec des glacières pour le transport. Ils disposaient de deux ambulances et d'un chauffeur. La salle de vaccination et la salle de stockage étaient cependant très encombrées, avec des armoires en désordre et d'une propreté moyenne (murs et sols sales).



Salle de stockage des vaccins - hôpital de Xaythany - octobre 2024

Prévention des blessures par instruments coupants

Les procédures de gestion des plaies par instrument coupant/piquant/tranchant étaient affichées mais le personnel ne les connaissaient pas. Comme dans les deux autres hôpitaux, les professionnel(le)s se déchaussaient pour rentrer dans certaines pièces pour éviter de salir les pièces, ce qui pouvait favoriser les accidents d'exposition au sang. Dans les services où les professionnel(le)s ne se déchaussaient pas, la propreté du sol était moins bonne (traces de boue notamment, du fait de la saison des pluies).

Prévention des infections respiratoires

Aux urgences, il était demandé aux patient(e)s symptomatiques d'attendre dehors sauf en cas d'urgence vitale. Avant tout rendez-vous dentaire, les patient(e)s devaient être dépistés pour les infections respiratoires dans le département ambulatoire. Les professionnel(le)s recommandaient aux patient(e)s malades de ne pas participer à des événements en groupe en cas de maladies transmissibles.

Cependant, les salles d'attente des patient(e)s ne respectaient pas la distanciation en cas d'affluence de patient(e)s. De plus, les chambres de patient(e)s aperçues en HC regroupaient un grand nombre de patient(e)s par chambre et d'accompagnateur(ice)s, ne permettant pas une distanciation optimale. Il n'existait pas de salle d'isolement pour les patient(e)s symptomatiques lors de notre visite mais les professionnel(le)s avaient la volonté d'en construire une dans les mois à venir. Il n'y avait pas de séparation des lits par des cloisons aux urgences, ni dans la salle d'accouchement et en HC. Les lits étaient rapprochés entre eux en HC et aux urgences. Les chambres dédiées à la prise en charge des patient(e)s ayant une tuberculose ne bénéficiaient pas de système d'aération spécifique et les EPI utilisés en cas de visite de ces patient(e)s n'étaient pas adaptés (pas de disponibilité de masques FFP2 pour les soignant(e)s).

- **Conclusion**

Les changements pré et post soutien de l'AOI nous ont paru très significatifs et des changements des pratiques de soins des professionnel(le)s ont été constatés. Les membres de l'équipe PCI nous ont paru comprendre l'intérêt de maintenir l'hôpital propre. Bien que le comité nous ait semblé motivé et dynamique, des difficultés d'appropriation des missions par les professionnel(le)s (y compris ceux du comité PCI) ont été constatées avec notamment une compréhension générale et une motivation hétérogène. Les responsables de la PCI nous ont déclaré vouloir être plus formés à la PCI. Le nombre important de professionnel(le)s différents dans la structure soulève la question de l'impulsion par le comité PCI d'une culture de la PCI et de son appropriation par chacun(e). De plus, des tensions dans la gestion des ressources humaines ont été identifiées, notamment des professionnel(le)s d'appui et au niveau de la rotation au service de stérilisation. Des trois hôpitaux visités, l'hôpital de Xaythany nous a semblé être le moins opérationnel en termes de PCI.

Dans ce contexte, l'élaboration d'un plan de formation interne à l'hôpital supporté par le comité PCI de l'hôpital, en collaboration avec le Bureau de la Santé de Vientiane pourrait être intéressant afin de proposer des formations régulières sur le port des EPI, la gestion des événements indésirables ou encore le lavage des mains aux professionnel(le)s ainsi que des formations adaptées au personnel d'appui impliqués dans la PCI. La formalisation d'un plan de gestion budgétaire permettrait de s'assurer de l'approvisionnement en produit nettoyant, en EPI et en *safety boxes*. Des *safety boxes* pourraient être proposées dans tous les services

où elles sont nécessaires avec, de ce fait, une réduction du nombre de bouteilles en plastique différentes. Une attention particulière pourrait être portée à leur placement dans les salles de consultation. Les responsables PCI pourraient s'assurer de la fréquence de lavage du linge dans les services, de la présence de produit nettoyant, au rangement des armoires et des meubles, ainsi que de compléter les stations de lavage des mains si nécessaire. La construction d'un plan de recrutement des professionnel(le)s d'appui permettrait de faciliter le recrutement d'un(e) professionnel(le) d'appui de plus et de s'assurer de la pérennité des postes déjà pourvus. Le comité PCI pourrait s'assurer du respect du code couleur des poubelles et augmenter la fréquence des audits de la qualité de l'environnement de soins afin notamment de s'assurer du respect de la fréquence de nettoyage de l'environnement. En termes de rénovation, l'amélioration des systèmes d'évacuation de l'eau devant les bâtiments permettrait de favoriser leur accès et d'éviter de salir les sols. L'amélioration de l'agencement des salles de soins permettrait d'assurer une protection maximale des patient(e)s (cloisons et lits plus espacés, moins de patient(e)s par chambre, utilisation des pièces qui ne servent pas beaucoup), celle des salles d'attente d'être adaptées aux principes de distanciation sociale. La réattribution d'une ou plusieurs pièces inutilisées pourraient permettre de proposer des salles d'isolement pour patient(e)s symptomatiques. Ne pas mélanger les enfants et les adultes dans les chambres d'hospitalisation et s'assurer de la propreté de leurs chambres, de la bonne gestion des déchets ainsi que de la présence de linge de lit semble également important.

5.4.4. Conclusion des observations

Nous avons remarqué une amélioration et des changements importants au sein des trois hôpitaux entre le début du soutien et notre visite en septembre dernier. Nous avons constaté chez les professionnel(le)s un changement de paradigme de pensée : ceux-ci ne semblaient plus considérer les pratiques de PCI comme quelques activités isolées et décorréées du reste de leurs actes mais comme faisant partie intégrante de chaque pratique de soin au quotidien. Les pratiques de PCI telles que le traitement de l'instrumentation ou du linge, auparavant gérées séparément dans chaque service, étaient maintenant réalisées de manière systématisée et centralisée, avec un partage des compétences et des responsabilités entre les professionnel(le)s de santé. Nous avons observé une amélioration des pratiques des professionnel(le)s notamment en ce qui concerne : (i) le tri des déchets, (ii) le traitement de l'instrumentation avec un changement des produits de nettoyage (plus de javel ni d'alcool mais produit 2 en 1 détergent et désinfectant), (iii) une fréquence de nettoyages augmentée, (iv) un trempage des instruments au plus près de leur lieu d'utilisation et le plus rapidement possible, (v) des pratiques de lavage des mains selon les recommandations et un séchage avec une serviette réutilisable et non plus sur leurs vêtements, (vi) un lavage du linge centralisé et non plus au domicile des professionnel(le)s et (vii) un système de rangement first-in first-out globalement maîtrisé. Ces changements semblent leur avoir demandé beaucoup d'efforts d'adaptation dans un contexte où les ressources humaines et le budget sont en tension. Nous

avons remarqué la présence d'un comité PCI et de référents PCI dans les trois structures de notre étude de cas. Ce comité avait un rôle central pour motiver et dynamiser les équipes, avec un rôle particulièrement important du directeur dans le fait d'impulser la stratégie à moyen et long terme de la structure. La gouvernance et le monitoring des opérations de PCI était soit partagée entre les professionnel(le)s de santé et le comité PCI (hôpital de Naxaythong) soit principalement portées par le comité PCI (hôpital d'Hardxayfong et de Xaythany).

Le service de stérilisation était généralement un des services dont les professionnel(le)s étaient le plus fiers et dont le fonctionnement avait le plus bouleversé les pratiques de soins. Cependant, et bien que celui-ci soit essentiel à la réalisation de pratiques de soins répondant à des normes de sécurité et de sûreté minimales, le fonctionnement du service de stérilisation engendrait des tensions importantes sur le système organisationnel des équipes dans un contexte où les ressources humaines étaient souvent en grande tension et où la formation standardisée est souvent absente. En effet, le fonctionnement de ce service reposait dans les trois hôpitaux sur une ou deux personnes formées, qui, lorsqu'elles étaient absentes (week-ends, jours fériés), entraînait souvent un fonctionnement dégradé du système. Bien que les professionnel(le)s rencontrés aient pu nous assurer que plusieurs professionnel(le)s étaient formés aux tâches relatives au service de stérilisation et pouvaient se relayer, en pratique, nous avons pu constater un cumul des tâches des personnes responsables qui essayaient au mieux d'assurer à la fois leurs responsabilités au service de stérilisation et dans les services de soins.

Lors de nos visites, nous avons également pu constater des écarts entre les procédures et instructions élaborées par le comité PCI et l'AOI et les connaissances réelles des équipes (lavage des mains, gestion des accidents d'exposition au sang...). Il paraît intéressant dans ce contexte de systématiser un plan de formation proposant des formations et rappels réguliers aux équipes, proposées par le comité PCI de chaque hôpital. Ce plan de formation pourrait être élaboré en collaboration avec l'unité PCI du ministère de la Santé et l'appui de l'AOI. Il pourrait être développé en parallèle du système de *study tours* (un système où les hôpitaux qui ne sont pas encore soutenus par l'AOI visitent les hôpitaux soutenus pour apprendre de leurs pratiques), du monitoring de l'AOI et des formations proposées par l'unité PCI, afin de pallier le manque de ressources humaines de cette dernière et afin de favoriser la formation par les pairs.

Les hôpitaux visités avaient des problèmes d'approvisionnement de certains équipements (sacs poubelles de couleur, EPI, *safety box*...). Certains équipements (tels que les *safety boxes*) étaient souvent fournis par des programmes portés par des ONG, remettant en cause la pérennité de l'approvisionnement, dans un contexte où le matériel fourni était parfois insuffisant et non accompagné de formation à leur utilisation. De plus, certains EPI étaient en rupture au niveau national (lunettes, tabliers jetables). Très souvent les professionnel(le)s de

santé rencontrés, y compris les responsables du comité PCI, nous assuraient que l'hôpital disposait d'assez d'EPI pour assurer les soins, alors que ces équipements étaient systématiquement manquants.

Nous avons également pu constater lors de nos visites une certaine priorisation de certains services considérés comme les plus importants, comme la salle d'accouchement et les urgences, au détriment d'autres services tels que le département ambulatoire, l'hospitalisation conventionnelle ou la santé de la mère et de l'enfant (pédiatrie, planning familial, vaccinations).

5.5. Entrevues avec les autorités sanitaires et les OSC

- **Echantillon et présentation des parties prenantes rencontrées**

L'échantillon est décrit ci-dessous. Lors des entretiens, les acteur(rices) rencontré(e)s nous ont présentés leurs missions, les descriptifs ci-dessous se concentrent sur les éléments en lien avec l'évaluation et ne reflètent pas l'étendue de leurs activités.

Unité PCI du ministère de la Santé

L'Unité nationale PCI du ministère de la santé dépend du département de la médecine curative. Cette unité fait partie du comité national PCI. L'Unité PCI a notamment pour mission de former les professionnel(le)s des hôpitaux (y compris des formations rapides de prévention dans le contexte de pandémie), soutenir les comités PCI, former aux sept précautions standards de la PCI et à la prévention des infections transmises par l'air. Un réseau de formateur(rice)s nationaux en PCI a été mis en place avec l'appui technique d'organisations internationales depuis 2011, notamment l'OMS et la Banque Asiatique de Développement. L'équipe des formateur(rice)s nationaux en PCI est constituée de médecins et d'infirmier(e)s travaillant dans les hôpitaux centraux et dépendant du Département de Santé et de Réadaptation (Department of Health and Readaptation, DHR) qui les mobilise. L'objectif est de renforcer les connaissances des équipes des hôpitaux pour atteindre des compétences techniques actualisées en PCI, partagées par tou(te)s. Les infirmier(e)s sont principalement chargées de la formation et des pratiques infirmières, les médecins sont chargées de la surveillance des infections. Le DHR, associe les membres de l'équipe PCI nationale à réaliser avec eux le suivi PCI des hôpitaux.

Vientiane Health Office

Le Vientiane Health Office (VHO) a un rôle dans la gestion des neuf hôpitaux du district de Vientiane. Dans ce cadre, il est chargé de mettre en œuvre l'évaluation de la performance de chaque hôpital, de coordonner les actions avec le Health Office de chaque hôpital, de gérer l'approvisionnement en équipement des hôpitaux, de gérer le plan de formation des hôpitaux et de financer l'entreprise de gestion des déchets. En outre, le ministère de la santé diffuse ses stratégies au VHO, qui sont en cohérence avec les recommandations de l'OMS. Concernant le projet d'appui à l'amélioration de la PCI dans les hôpitaux, les acteur(rice)s rencontré(e)s ont décrit avoir observé et soutenu la participation des hôpitaux.

Organisation Mondiale de la Santé

Concernant la PCI, au Laos, l'OMS soutient l'élaboration de la stratégie nationale. La stratégie du ministère a été développée à partir d'un programme de l'OMS dont les recommandations ont été adaptées au pays. Les principaux objectifs évoqués sont de former les professionnel(le)s en PCI, participer à l'élaboration d'outils d'auto-évaluations et en assurer le suivi, s'assurer de la mise en œuvre du plan stratégique concernant les exigences minimales

de PCI (mise en place de formations et mise à disposition d'expert(e)s techniques), fournir du matériel (dons d'autoclaves) et promouvoir le concept d'hôpital modèle en soutenant le travail d'ONGs.

Luxembourg - Development Agency

Lux Dev est une agence luxembourgeoise de coopération au développement. Depuis plus de 45 ans elle est active en Afrique, en Asie, en Amérique latine et en Europe. Au Laos, elle porte notamment un programme 0-35 Santé et Nutrition qui vise améliorer la qualité des soins selon la stratégie 5G 1S dans les établissements de santé. La PCI en est une des priorités. Par ce biais, ils appuient le ministère de la santé à réviser les outils d'auto-évaluation de la PCI. Dans le projet 0-27, centré sur la santé maternelle et infantile (clôturé depuis décembre 2023), une attention particulière était également accordée à la PCI ainsi qu'à la propreté de l'environnement hospitalier.

Société de Gynécologie-Obstétrique Nationale

Créé il y a une quinzaine d'année, la société de gynécologie-obstétrique nationale (SOBGYN) a différents objectifs tel que : (i) améliorer les compétences techniques des spécialistes en gynécologie-obstétrique au Laos dans tous les types d'hôpitaux (y compris les hôpitaux privés), (ii) développer des recommandations et les disséminer à tous les hôpitaux, en collaboration notamment avec l'université, les sociétés savantes, l'AOI, (iii) promouvoir la recherche. Différentes activités sont organisées tel que de la formation continue des professionnel(le)s (4-5 CPD/an) pour les médecins OBGYN de la province et directeurs des bureaux de la santé) ou des conférences annuelles. L'adhésion à la SOBGYN est obligatoire pour les professionnel(le)s et payante. Actuellement, 250 membres en font partie.

Population Education and Development Association

Population Education and Development Association (PEDA) est une organisation de la société civile créée dans les années 2000. Elle travaille notamment sur le développement rural, l'éducation et la lutte contre le trafic humain. Elle met en œuvre des programmes d'éducation et de développement communautaires visant à modifier les comportements. Différents objectifs ont été présentés lors de l'entrevue tels que promouvoir l'engagement et la participation de la communauté dans tous les aspects de la santé (empowerement, plaidoyer), soutenir et renforcer le système de santé communautaire en faisant le lien entre la communauté et les différents niveaux du système de santé, contribuer à éliminer le paludisme à horizon 2030.

Association of People Living with HIV/AIDS

Le Réseau lao des personnes vivant avec le VIH/sida a été créé en 2003 sous l'égide de la Croix-Rouge lao et de la Croix-Rouge australienne. L'APL (Association of People Living with HIV/AIDS) a été enregistrée en 2010 en tant qu'entité légale et a étendu son réseau à 12 provinces en 2011. Les missions de l'association présentées étaient de : (i) sensibiliser aux

questions de santé et au VIH/sida au Laos et dans la région, (ii) renforcer les capacités des populations clés à tous les niveaux, (iii) répondre aux plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH/sida, (iv) prendre en charge et soutenir les personnes vivant avec le VIH/sida (en réalisant des visites et des soins à domicile et en assurant leur suivi) , (v) renforcer le réseau de coordinateurs des centres et des membres dans les provinces, (vi) promouvoir les droits des personnes vivant avec le VIH, (vii) encourager l'accès des personnes vivant avec le VIH aux établissements de santé et (viii) mettre en place de campagnes communautaires visant à réduire la stigmatisation et la discrimination parmi les personnes vivant avec le VIH.

Association nationale Lao des sage-femmes

L'association nationale des sage-femmes a été créée en 2010, et officialisée en 2021. L'objectif principal de l'association est l'autonomisation des sages-femmes et le renforcement de leurs capacités. Pour cela des formations, des groupes de travail et des suivis sont organisés au sein des centres de formation pour les sages-femmes implantés un peu partout dans le pays. A long terme, la finalité est de permettre aux sage-femmes de travailler en confiance et de garantir la qualité des services proposés. Actuellement, 1620 personnes font partie de l'association de manière volontaire.

- **La PCI dans la stratégie nationale**

Stratégie nationale PCI

Au Laos, une stratégie nationale 2022-2032 a été élaborée dans la perspective d'être un socle pour améliorer la pratique des professionnel(le)s de santé. Elle a pour objectif de limiter la propagation des maladies dans les établissements de santé, réduire les infections associées aux soins et prévenir l'émergence de la résistance aux antimicrobiens. Cette stratégie multidisciplinaire vise à implémenter les pratiques de PCI afin d'atteindre les standards internationaux minimaux et à assurer un environnement de travail sûr et approprié pour les patient(e)s et le personnel. Les objectifs stratégiques portent sur le renforcement des comités PCI (gouvernance, organisation et gestion), des capacités des professionnel(le)s, l'amélioration de l'environnement des établissements de santé (infrastructures et logistique) pour développer la PCI, le soutien du respect des mesures de PCI et la surveillance des infections associées aux soins à l'hôpital ainsi que le renforcement de la médecine du travail pour les professionnel(le)s de santé (incluant le développement de recommandations/ protocoles pour les blessures par instruments coupants).

L'Unité PCI a contribué à élaborer le plan de la stratégie nationale de PCI 2022-2032, diffusé à l'échelle nationale en 2024. La stratégie a notamment été diffusée à tous les hôpitaux de province. Le plan a été établi pour 10 ans et divisé en sections de cinq ans pour évaluer la stratégie en cours. La première évaluation est prévue pour 2027. Elle sera réalisée par les hôpitaux centraux et de province grâce à des outils d'auto-évaluation. Trois niveaux d'outils évaluatifs de la PCI ont été décrits : central, provincial, district. Des différences étaient

soulignées sur le plan technique (présence d'un laboratoire ou non, d'un centre de radiologie ou non, existence d'un plan de gestion des maladies infectieuses dans les hôpitaux de province, formation à la gestion des plaies par instrument coupants plus ou moins longue en fonction du niveau). Cette stratégie s'articule avec la stratégie nationale 5G1S décrite ci-après.

En déclinaison de la stratégie nationale, l'association des sage-femmes établit tous les cinq ans un plan d'action sur la stratégie, les compétences et les habiletés des sage-femmes. L'existence d'un plan d'évaluation pour monitorer les performances au sein des hôpitaux avant et après les formations a été décrite. Les hôpitaux, dans lesquels elles interviennent, sont sélectionnés aléatoirement avec l'objectif de suivre tous les hôpitaux.

Stratégie 5G1S

La stratégie 5G1S (5 goods- good welcome, cleanliness, convenience, accurate diagnosis, quick treatment - 1 satisfaction - 5 biens - bon accueil, propreté, confort, diagnostic précis, traitement rapide - 1 satisfaction) portée par le Ministère de la santé a pour objectif de répondre aux normes internationales de qualité des soins au sein des établissements de santé, incluant la perspective d'assurer une couverture nationale de la PCI. Son élaboration a débuté en 2013 et a été approuvée en 2016 avec le soutien de l'OMS. Cette stratégie porte notamment sur l'élaboration de lignes directrices incluant la PCI, l'élaboration de circuits pour les patient(e)s et l'équipement dans les établissements de santé et la conception et la construction d'établissements de soins primaires. Dans ce cadre, le soutien de l'OMS portait notamment sur l'établissement du plan stratégique et financier et la présentation et diffusion de la stratégie nationale. Dans un premier temps, des freins à la diffusion de cette stratégie ont été décrits : manque de connaissance des normes internationales (5G1S), perception d'un manque d'adaptation de ces normes au contexte Lao par certain(e)s parties prenantes (qui décrivaient un manque de compréhension du contexte social et culturel, voir une contradiction avec leurs propres recommandations). Depuis, cette stratégie et le contexte ont évolué, et elle a pour objectif d'être déployée à l'échelle nationale. Cette stratégie a notamment pris de l'importance pendant la crise COVID. La crise sanitaire a été considérée comme un déclencheur permettant une prise de conscience du personnel hospitalier de l'importance de la PCI, de ses composantes et des besoins pour améliorer la PCI en termes d'organisation de l'hôpital et d'approvisionnement. Enfin, une des composantes de la stratégie 5G1S repose sur l'élaboration d'outils d'auto-évaluation à destination des hôpitaux centraux, de province et de district.

Evaluation des performances de PCI

Dans le cadre de la stratégie 5G1S, des outils d'évaluation des performances dans les hôpitaux ont été élaborés par le DHR, notamment avec l'appui de LuxDev, en collaboration avec des directeur(trice)s d'hôpitaux et des clinicien(e)s. Le processus pour élaborer ces outils (en particulier définir les indicateurs) a été décrit comme long, avec de nombreuses discussions

associées à un besoin de renforcer l'expertise. Le Ministère de la santé, et ses organes déconcentrés tels que le VHO, avec l'appui de LuxDev ont développé les outils d'auto-évaluation à chaque niveau d'hôpital avant leur dissémination dans les provinces pilotes. Les étapes ont été : création d'outils d'audits rapides avec les clinicien(ne)s à destination de 4 hôpitaux de province, nouvelles propositions pour chaque niveau d'hôpital et rédaction d'un plan d'amélioration continue de la qualité, premier rapport d'auto-évaluation des hôpitaux de district et provinciaux des quatre provinces pilotes, mise à l'échelle nationale planifiée lors des entrevues. Les outils d'auto-évaluation, composés de 286 items actuellement pour le niveau provincial, ont été déployés dans les hôpitaux de quatre provinces pilotes sélectionnés par le gouvernement et appuyé par Lux Dev. Si les scores étaient trop bas, des indicateurs ont été révisés/enlevés afin de procéder par étape et ne pas être inaccessible. Chaque hôpital sera responsable de développer et appliquer un plan d'amélioration continue de la qualité. En convergence avec les résultats des entrevues avec les professionnel(le)s de santé, l'importance de procéder par étape pour améliorer la qualité a été soulignée, afin que chaque étape soit accessible. L'objectif est de mettre un plan d'amélioration continue en commençant par les aspects les plus simples atteignables par les établissements de santé.

A partir de 2026, une accréditation par un label sera décernée selon les scores obtenus lors d'une évaluation externe. Si les autorités locales sont pressenties pour être responsable de cette évaluation, les participant(e)s ont souligné le besoin d'accompagnement de ces dernières pour conduire ces évaluations.

« Chaque hôpital se verra accréditer des labels (gold jampa, silver jampa, bronze jampa etc...). Le nom du label est basé sur la fleur nationale (le champa) : champa dorée, champa d'argent, champa de bronze. »

Concernant l'intégration de la PCI dans les outils d'auto-évaluation, ils contiennent des items sur le lavage des mains, la stérilisation, le fonctionnement et le nettoyage des salles, le nettoyage de l'environnement, la gestion des déchets, les EPI et la lingerie. L'avis des patient(e)s a également été intégré.

Des sessions de formation à l'utilisation de l'outil pour les professionnel(le)s des différents services des hôpitaux sont en cours de réalisation par LuxDev, en partenariat avec notamment le DHR et les directeur(rice)s d'hôpitaux de districts et de province. Lors de ces sessions, l'objectif, le contenu de l'outil sont présentés ainsi que la méthode pour réaliser l'auto-évaluation. Plusieurs ateliers sont organisés en partant de l'existant et d'un partage sur les pratiques antérieures des professionnel(le)s. Une évolution de leur perception de l'auto-évaluation a été constatée lors des formations des outils. Une compréhension de l'importance de cette auto-évaluation et d'être transparent pour pouvoir construire le plan d'amélioration à partir des résultats de l'auto-évaluation a été décrite dans les entrevues. Les participant(e)s aux entrevues ont souligné l'utilité de ces outils pour améliorer la qualité, considéré comme une première au Laos.

« [L'objectif de la formation est] d'élever leurs connaissances et comprendre plus profondément ce qu'est l'amélioration de la qualité et pourquoi ils doivent s'auto-évaluer. »

Evaluation au niveau des hôpitaux de district

L'évaluation des performances des hôpitaux de district est envisagée chaque année grâce à l'outil développé dans le cadre de la stratégie 5G1S, composée de plus de 200 items et en cours d'adaptation pour les hôpitaux de districts depuis 2022. Actuellement, un faible nombre d'items pour évaluer la PCI a été décrit. L'évaluation est conduite par des membres du VHO formés par le ministère de la Santé selon la stratégie 5G1S. En théorie, chaque hôpital a un comité 5G1S. Ces comités permettent d'assurer le suivi des outils d'auto-évaluation avec un système de reporting et de supervision. Concernant la constitution des comités 5G1S, ils ne sont pas tous constitués des mêmes personnes que les comités PCI. Les questions posées dans le cadre des entrevues ne nous ont pas permis de décrire leur fonctionnement et leur coopération. Les résultats de l'évaluation de 2024 (décrit dans les entrevues) ont montré que, parmi les neuf hôpitaux du district de Vientiane, seuls les trois hôpitaux de district soutenus par l'AOI avaient atteint les cibles.

Obstacles et leviers à l'amélioration de la PCI

Trois principaux obstacles à l'amélioration de la PCI ont été discutés dans les entrevues : (i) le budget, (ii) des difficultés de ressources humaines (turnover, départ à la retraite, changement de poste tous les 5 ans), (iii) l'organisation de l'infrastructure des hôpitaux. Plusieurs autres défis à l'amélioration de la PCI et la pérennité ont été mentionnés dans les entrevues :

- Le renforcement des comités 5G1S,
- Des comités PCI pas toujours opérationnels,
 - « Les auto-évaluations que nous avons mises en place ces quatre derniers mois nous ont montré que malgré le fait que tous les hôpitaux de province ont mis en place des comités de PCI, ce n'est pas toujours très efficace. »
- Un manque de connaissances et de compréhension des concepts de base de qualité des soins et d'évaluation de la qualité,
- Des difficultés à changer les pratiques des professionnel(le)s ont été soulignées par certain(e)s, avec un besoin de faire évoluer certaines représentations,
- Le turn-over des professionnel(le)s a également été identifié comme un problème central au développement de la PCI même dans les hôpitaux qui ont un comité PCI actif. Pour sensibiliser les directions des hôpitaux, un item de l'outil d'auto-évaluation est dédié à la gestion du turn-over (obligation de transmettre des connaissances théoriques et pratiques une fois tous les deux dans),
- Un manque de ressources humaines au sein des différentes OSC, responsables de la formation aux outils auprès des hôpitaux et des autorités sanitaires a été décrit par rapport à des besoins en formation relativement important pour une mise à l'échelle.

Plusieurs éléments de mise en œuvre et de pérennité ont été décrits par les participant(e)s aux entrevues : (i) les hôpitaux doivent disposer d'un leadership de la direction pour instiller le changement de comportement auprès de tou(te)s les professionnel(le)s, (ii) le comité 5G1S doit être proactif et volontaire, (iii) la conscience des professionnel(le)s des hôpitaux que certains changements ne nécessitent pas d'un budget important (ex : nettoyage des sols), (iv) lors de l'accompagnement du changement, la nécessité de chercher des solutions organisationnelles et (v) la nécessité que les professionnel(le)s prennent l'habitude de s'auto-évaluer.

Les prochaines étapes et volontés de certains de nos interlocuteur(rice)s institutionnels seraient de pouvoir échanger avec les pays frontaliers pour avoir plus de visites d'échanges et de formations et que l'AOI étende son soutien à d'autres hôpitaux et au ministère de la Santé.

- **Perceptions du projet d'appui, intégration de la PCI et attentes vis-à-vis de l'AOI**

Reconnaissance de l'amélioration de la PCI dans le cadre du projet d'appui

La plupart des acteur(rice)s rencontré(e)s connaissaient le projet d'appui et en avaient une perception très positive.

« Des différences évidentes ! (...) La propreté est globalement améliorée (...) Le système de stérilisation est amélioré, ils savent comment retraiter leur équipement médical, pour être assez sécuritaire pour les patients et les professionnels. »

« La confiance générale des professionnels s'est améliorée donc ils travaillent mieux. »

Le soutien de l'AOI a particulièrement été reconnu lors des entrevues. Les participant(e)s ont souligné les résultats et le soutien technique apporté par l'AOI dans le temps :

« Le soutien s'est arrêté il y a deux ans et pourtant ils [l'AOI] continuent leur supervision et leur monitoring. »

Les hôpitaux, reconnus comme des modèles en termes de PCI, ont été visités par plusieurs participant(e)s et des personnels d'autres hôpitaux. Ils se disaient impressionnés par l'engagement des professionnel(le)s des hôpitaux appuyés et les résultats obtenus en considérant les financements nécessaires. Les professionnel(le)s des hôpitaux pilotes étaient considérés comme des expert(e)s qui pouvaient guider les autres hôpitaux à entamer ces changements. De plus, dans un contexte budgétaire tendu, le choix de financer des visites (*study tour*) des hôpitaux pilotes par les hôpitaux non appuyés a été réalisé par le VHO, témoignant de leur perception de l'efficacité de ces visites. En 2024, parmi les hôpitaux non soutenus par l'AOI, quatre hôpitaux avaient été sélectionnés pour ces visites, les deux

hôpitaux restants devraient les effectuer en 2025. Bien que seuls les médecins et infirmier(e)s participent aux visites, un changement dans ces hôpitaux a été constaté.

L'AOI était considérée comme un partenaire important lorsqu'il s'agissait de PCI. Parmi les interlocuteur(rice)s qui avaient déjà collaboré avec l'AOI, ils se déclaraient très satisfait du partenariat et du soutien qu'ils avaient reçu. Les autres interlocuteur(rice)s mentionnaient leur désir de collaborer avec l'AOI sur les questions de PCI sans savoir pour autant comment initier le partenariat.

Malgré des résultats obtenus positifs, les participant(e)s aux entrevues étaient ambivalents vis-à-vis de la mise à l'échelle de la démarche sur l'ensemble des hôpitaux du pays. L'apport financier de l'AOI était perçu comme important sans qu'ils aient d'idée précise du montant du soutien apporté. De plus, pour être soutenu par l'AOI, les hôpitaux devaient être sélectionnés et il y avait des prérequis tels que l'état de l'infrastructure, l'accès à l'eau ou la présence de générateur qui ne sont pas présents dans tous les hôpitaux du pays. La participation d'industrie privée (ex : production de solution pour le lavage des mains) ou une coopération avec des hôpitaux thaïlandais étaient envisagés pour prendre le relai et implémenter le projet dans d'autres hôpitaux. Certaines OSC se disaient prêtes à mobiliser leurs ressources pour y participer. A terme, un relai par le DHR et l'équipe nationale de PCI était considéré comme possible. Un désir que l'AOI continue son soutien et mettent à l'échelle le projet a été exprimé.

Intégration de la PCI au sein des actions des OSC

La plupart des OSC rencontrées ont peu intégré la PCI dans leurs actions par le passé. La pandémie du COVID-19 a souligné ce manque et a changé leur perception de la PCI, maintenant considérée comme essentielle et prérequis à certaines de leurs actions notamment celles liées aux soins. Une augmentation de l'intégration de la PCI dans leurs actions a été décrite par certaines OSC (avec un souhait de collaborer avec l'AOI).

Intégration de la PCI dans la formation initiale et continue des professionnels

Au Laos, le tronc commun du cursus universitaire des études de médecine se déroule sur six ans, suivi d'un examen final. Cet examen, "Observation structure comprehensive examination", évalue les pratiques cliniques. Durant la 2ème année de ce tronc commun, un module de PCI avec 10 à 12 cours a été mis en place depuis 2023 et codéveloppé avec l'AOI. Ce module de PCI développe l'infectiologie en gynécologie, la résistance aux antibiotiques, le lavage des mains, la prévention des infections et la stérilisation. Une volonté d'améliorer la formation relative aux infections nosocomiales et l'antibiorésistance a été verbalisée.

Concernant la formation continue, l'équipe nationale de PCI réalise des formations sur les sept précautions standard. Leur fréquence est notamment dépendante, du budget disponible et du gouvernement local. Sont ciblés les hôpitaux dont les indicateurs ont des taux décrits

comme alarmants. Une inspection est alors réalisée avec le ministère et une formation est planifiée en fonction des résultats. Le suivi est effectué de manière rapprochée dans les différents services. La check-list du suivi repose sur les sept précautions standards. Un rapport est envoyé au DHR et au gouvernement, qui décident comment gérer les problèmes rencontrés par les hôpitaux, à plus ou moins long terme (ex : les problèmes d'infrastructure). Les questions relatives aux missions de formation soulevés lors de l'une de nos entrevues étaient nombreux :

- Des rapports hiérarchiques entre les professionnel(le)s, suivant leur formation, avec notamment le refus de certains médecins et/ou technicien(ne)s de laboratoires d'être formé(e)s par les infirmière(re)s format(eur)rices,
- Des infrastructures vétustes, avec une absence d'eau courante /de l'eau sale dans des hôpitaux, représentant notamment un frein pour l'hygiène des mains du personnel,
- Un besoin de consommable disponibles (ex : manque de sac poubelles pour la gestion des déchets),
- Un manque d'investissement de certains personnels impliqués dans les formations mais ne reflétant pas les pratiques quotidiennes,
- La dépendance vis-à-vis du DHR qui suite à leur rapport décidera des actions à mettre en place,
- Le manque de sensibilisation à la PCI des professionnel(le)s,
- Le manque de ressources humaines dans les hôpitaux entraînant un cumul des tâches,
- L'absence de gouvernance de la PCI dans des hôpitaux,
- L'absence de système de surveillance dans les hôpitaux,
- Le manque de formateur(ice)s nationaux, celles-ci sont bénévoles et réalisent ces missions de formation en plus de leurs activités.

5.6. Synthèse et préconisations

Synthèse

Face aux défis auxquels doivent faire face les hôpitaux en matière d'hygiène, le ministère de la Santé lao a élaboré en 2013 une stratégie nationale pour toutes les structures de santé. Malgré l'adoption d'un plan national en 2016, des difficultés ont persisté à l'application de ces stratégies dans les hôpitaux (ex : respect des précautions standard, disponibilité et traitement du matériel médical, formation du personnel). Depuis 2017, l'AOI, sur demande du ministère de la Santé lao, a appuyé le déploiement et l'application de ce plan national dans 5 hôpitaux pilotes.

L'objectif de l'AOI était d'accompagner les hôpitaux de districts à mettre en place une stratégie pour améliorer la PCI qu'ils soient en mesure de porter eux-mêmes et dont les améliorations soient pérennes. Le projet, codéveloppé avec les différents partenaires, avait pour but une intégration de la PCI de manière transversale au fonctionnement de l'hôpital. Nous avons pu constater, au travers de changements d'infrastructures, d'organisations et de pratiques, une amélioration importante de la PCI dans les 3 hôpitaux pilotes après l'initiation du projet. Malgré des questions budgétaires et de ressources humaines à résoudre, le fonctionnement en système, l'appui technique et le suivi de l'AOI a permis de lever les freins que rencontre d'autres projets (ex : peu de résultats avec un appui sans suivi ou une formation non applicable dans le quotidien) et d'être optimiste sur la pérennisation des résultats obtenus dans chaque hôpital.

La mise en place des systèmes et des circuits a permis de structurer et d'organiser la PCI au sein des hôpitaux. Tou(te)s s'accordaient sur l'impact de centralisation de certaines activités de la PCI telle que, la plus saluée, la stérilisation centrale. Ce service a été considéré comme essentiel à la réalisation de pratiques de soins répondant à des normes de sécurité et de sûreté internationales. Pourtant, ce service a fait émerger de nouvelles difficultés pour les hôpitaux. Dans les trois hôpitaux, le fonctionnement de la stérilisation centrale reposait sur une ou deux personnes formées qui lorsqu'elles étaient absentes entraînait souvent un fonctionnement dégradé du système et une tension sur les autres professionnel(le)s. En effet, en leur absence, elles étaient généralement relayées par d'autres professionnel(le)s, plus ou moins formé(e)s, qui tentaient de cumuler la stérilisation et leurs tâches habituelles.

Partagé par tou(te)s nos interlocuteur(rice)s, une amélioration de l'environnement, de la propreté, de l'hygiène et des pratiques, connaissances et compétences des professionnel(le)s a été constatée. Ces résultats ont été confirmés lors de nos observations. La direction de l'hôpital, le comité PCI et le suivi de l'AOI ont joué un rôle important dans l'obtention de ces résultats. La mise en œuvre progressive des changements a favorisé l'implication et la motivation des professionnel(le)s. Perçue comme un élément clé du projet, la mise en œuvre étape par étape en cohérence avec l'évolution des connaissances et des compétences des

professionnel(le)s a permis de consolider leurs acquis et de poser les bases de la pérennité des changements tout en assurant leur appropriation collective.

Outre une amélioration des pratiques, des changements de perception de la PCI et de paradigme de pensée ont été observés chez les professionnel(le)s. Avec la centralisation des activités de PCI, nous avons pu constater que la PCI n'était plus considérée uniquement sous le prisme du nettoyage et de la propreté, mais comme étant transversale aux activités de l'hôpital et faisant partie intégrante des pratiques de soins au quotidien. De plus, les participant(e)s ont décrit un développement de la créativité et de la planification à la suite du projet. Initialement, le projet visait à apporter des solutions techniques viables au contexte lao. Au moment de l'évaluation, les professionnel(le)s des hôpitaux témoignaient de leur capacité à trouver des solutions aux problèmes qu'ils identifiaient. Cela s'illustre notamment dans l'accompagnement pour l'amélioration de la PCI dans les centres de santé dont ils ont la responsabilité, mais aussi dans leur capacité à guider d'autres hôpitaux intéressés par la démarche. Il est cependant nécessaire de continuer à accompagner les professionnel(le)s des hôpitaux de district appuyés, puisque des améliorations sont encore nécessaires, que cela concerne les pratiques (ex. : lavage des mains, nettoyage, gestion des accidents d'exposition au sang) ou la gestion de l'hôpital (ex. : manque d'EPI dans certains hôpitaux).

Un constat observé, qui s'est avéré être un prérequis essentiel aux changements et aux résultats obtenus, est la relation de confiance entre l'AOI et les hôpitaux. Si certain(e)s n'étaient pas sûrs au début du projet, la méthodologie de l'AOI de prendre du temps dans les étapes de diagnostic et de mise en place pour s'assurer de la compréhension et de l'appropriation du projet par les hôpitaux leur a permis de consolider leur partenariat et développer cette relation de confiance mutuelle qui a été bénéfique au projet tout du long. Du côté de l'AOI, les membres rencontrés ont souligné l'importante motivation et l'implication des professionnel(le)s et des directions des hôpitaux pilotes. Cela s'illustre notamment par le financement, au-delà du financement des consommables nécessaires au fonctionnement de la PCI, de leur stratégie concernant la PCI. En effet, les hôpitaux ont été en mesure de trouver des financements complémentaires, parfois conséquents, pour continuer à développer la PCI (ex : rénovation d'autres salles de l'hôpital). Aucun conflit ou difficulté pour prendre des décisions nous ont été rapporté, ni de la part de l'AOI ni des équipes des hôpitaux.

Une grande fierté concernant les améliorations réalisées a été verbalisée en particulier de la part des hôpitaux. Les participant(e)s exprimaient une fierté de tendre vers des standards internationaux, considérés comme hors de portée avant le début du projet, et d'être reconnu comme des modèles en termes de PCI. Les autorités de santé, institutions internationales et autres organisations de la société civile (OSC) reconnaissaient les résultats obtenus dans ces hôpitaux pilotes et les considéraient comme des modèles et des centres formations.

La question de la transférabilité et de la mise à l'échelle de l'appui a été discutée dans les entretiens. Différentes préconisations peuvent être proposées : renforcer le nombre d'expert(e)s en PCI et l'équipe de formateur(ice)s nationaux dédiée à la PCI, continuer d'encourager la mise en place d'un réseau PCI interhospitalier, analyser les éléments de contexte propres au cadre des hôpitaux pilotes (ex : motivation et dynamique interne à l'hôpital comme prérequis à l'appui, état des infrastructures, accès à l'eau et à l'électricité, accessibilité de l'hôpital), envisager une mise à l'échelle par étape et dans le temps, en s'appuyant sur les différents niveaux de la pyramide sanitaire avec des hôpitaux de districts modèles dans chaque province. Enfin, dans le projet, l'appui et le suivi étaient réalisés par l'AOI. Il serait pertinent de renforcer la collaboration avec d'autres partenaires techniques et financiers (institutions nationales, internationales, ONG) ayant une approche et des projets avec des objectifs cohérents de celui d'appui à l'amélioration de la PCI de l'AOI pour appuyer le ministère afin d'envisager une amélioration de la PCI dans les établissements de santé à plus large échelle.

Préconisations

Différentes préconisations ont été formulées. Pour une majorité, l'objectif n'est pas que l'AOI les mettent en place, mais en fonction des demandes des partenaires et de ses perspectives, l'AOI pourraient venir appuyer les acteur(ice)s concerné(e)s. Celles-ci sont à mettre en perspective de la stratégie nationale, de l'atelier nationale PCI de décembre 2024 et des évolutions depuis septembre 2024.

Dans les hôpitaux appuyés : des recommandations propres à chaque hôpital sont proposées dans la partie observation. De manière transversale :

- Mettre en place dans les hôpitaux des plans de formations internes écrits, à la fois pour les nouveaux(elles) arrivant(e)s et pour la formation continue,
- Déconstruire la vision de la PCI comme un travail d'infirmier(e), avec la vision générée des tâches sous-jacentes,
- Renforcer la formation de plus de professionnel(le)s à la réalisation de la stérilisation et réfléchir à une organisation pour palier le problème de dysfonctionnement et cumul des tâches en l'absence du personnel dédié,
- Une relation de confiance entre l'AOI et les hôpitaux est instaurée, poursuivre le suivi dans les hôpitaux jusqu'à la mise en place d'évaluations formatives externes. Dans le contexte actuel, en cas d'arrêt de ce suivi, un risque mineur d'abandon de la PCI est identifié dans certains hôpitaux, un risque plus important dans d'autres. En outre, l'appui n'était pas terminé lors de l'évaluation, les professionnel(le)s étaient formé(e)s aux instructions. Réfléchir collectivement à comment faire la transition d'un suivi de actuel qui fonctionne à des temporalités espacées et à distance pour s'assurer de la pérennité. Différents éléments de cet appui sont essentiels tels que la relation de confiance, la capacité des hôpitaux à mobiliser l'AOI acquise au fur et à mesure du suivi, la possibilité de bénéficier de conseil d'une expertise technique lorsque des

problématiques ponctuels sont rencontrées, les observations et évaluations formatives, en cas de turnover.

- Le positionnement pour réaliser le suivi et l'évaluation est essentiel et à prendre en compte et à expliciter dans les choix réalisés : une composante formative (incluant un droit à l'erreur et possibilité de redemander des explications) et/ou de contrôle.

Au niveau national :

- Renforcer le nombre d'expert(e)s en PCI au Laos que ce soit pour assurer le suivi et l'évaluation dans les établissements de santé, pour la formation continue, pour l'appui de nouveaux établissements de santé, d'autant plus dans une perspective de transfert/mise à l'échelle,
- Concernant les formateur(rice)s nationaux : (i) renforcer l'équipe des formateur(rice)s nationaux avant d'envisager une mise à l'échelle ou un transfert sur d'autres territoires, (ii) continuer la formation théorique et pratique des formateur(rice)s (technique et pédagogique), mettre en place un système de formation des formateur(rice)s nationaux, (iii) explorer la faisabilité de la mise en place d'un financement pour cette fonction.
- Continuer de s'appuyer sur l'expertise des hôpitaux pilotes « modèle »,
- Améliorer la gestion des déchets en extrahospitalier.

Transférabilité et mise à l'échelle :

- Continuer d'encourager la mise en place d'un réseau PCI inter-hospitalier (sur chaque territoire et a plus large échelle), afin notamment d'échanger sur leurs pratiques, sur les freins et leviers à la mise en place de la PCI, les outils développés dans les hôpitaux, la recherche de financement,
- Renforcer l'équipe de formateur(rice)s nationaux dédié(e)s à la PCI,
- Analyser les éléments de contexte propres au cadre du pilote afin de les prendre en compte pour la transférabilité et la mise à l'échelle. Dans l'évaluation quatre points centraux ont été soulignés :
 - o L'appui et le suivi était réalisé par l'AOI. Il serait pertinent de renforcer la collaboration avec d'autres partenaires techniques et financiers ayant des positionnements et des projets avec des objectifs très proches de celui d'appui à l'amélioration de la PCI de l'AOI (ex : Lao Lux) pour appuyer le ministère afin d'envisager une amélioration de la PCI dans les établissements de santé a plus large échelle.
 - o La motivation et la dynamique interne à l'hôpital est un pré-requis à l'appui et au changement au sein des hôpitaux et a été identifiée comme essentiel pour observer les résultats atteints. L'identification de levier pour mobiliser les équipes qui ne le sont pas est essentiel. Les résultats de l'évaluation soulignent l'importance des visites de sites (*study tours*) dans des hôpitaux « modèles » où

- une amélioration de la PCI a déjà été réalisée ainsi que la sensibilisation par rapport à leur lieu de travail.
- Des problématiques plus importantes en termes d'infrastructure, d'accès à l'eau et d'accès à l'électricité ont été soulignées. Au Laos, des ONG appuient les autorités sanitaires sur ses sujets et ont une expertise technique sur ces plans, il serait pertinent de les associer.
 - L'accessibilité de certains hôpitaux (accès en saison des pluies par exemple) sera également un frein à considérer. Si les entretiens ont souligné que certaines étapes du suivi peuvent se faire à distance, le diagnostic, la formation, l'appui à la conduite du changement au sein de la structure semble impliquer des étapes en présentiel.
- Envisager une transférabilité étape par étape et dans le temps, en commençant dans chaque province par l'amélioration de la PCI dans des hôpitaux ayant des prérequis identiques à ceux appuyés dans le projet. Cette amélioration de la PCI par vague pourrait : (i) permettre de développer des hôpitaux modèles dans toutes les provinces, (ii) bénéficier de références théoriques et pratiques dans chaque province pour l'appui des autres hôpitaux et mettre en place des réseaux de PCI entre les hôpitaux des différents territoires, (iii) permettre à chaque hôpital de réaliser les premiers travaux nécessaires à l'amélioration de la PCI (ex : accès à l'eau et à l'électricité nécessaire avant de pouvoir mettre en place les systèmes de PCI). En outre, la mise à l'échelle en suivant les niveaux de la pyramide sanitaire (de l'hôpital de district vers le centre de santé) semble pertinente. Le cadre de l'évaluation ne permet pas de discuter sur la place de l'hôpital central.
 - Renforcer le réseau entre le ministère de la Santé, les institutions internationales et ONGs,
 - Capitaliser l'expérience acquises et la documentation produite dans le cadre du projet pilote, et la diffuser.

6. Résultats Madagascar

6.1. Entretiens exploratoires

- **Echantillon**

L'échantillon est présenté partie 1. Les résultats des entretiens exploratoires ont été ponctuellement complétés par l'analyse documentaire (liste des documents inclus résumés dans l'annexe 2).

- **La PCI à Madagascar**

Comme exposé en introduction, Madagascar fait partie des pays appuyés par l'OMS pour la mise en place de directives actualisées en matière de PCI. Depuis Mars 2022, le ministère de la Santé Publique a élaboré le Programme national de prévention et contrôle des infections. Ce programme vise à améliorer la qualité de soins dans les différentes formations sanitaires et améliorer la protection et la sécurité de tous les personnels de santé ainsi que les usager(ère)s en réduisant la morbidité et la mortalité dues aux IAS. Dans ce cadre, trois plans sont en cours d'élaboration : le plan stratégique national, le plan opérationnel découlant du plan stratégique national et le plan de suivi et évaluation. Une équipe restreinte a été composée pour l'écriture de ces directives avec quatre directions du ministère de la Santé Publique, ainsi que la société savante SMPCI-WASH, l'OMS et l'AOI. Dans ce cadre, un partage des expériences a été mis en avant dans les entretiens. Lors des entretiens, ce programme était au stade d'élaboration, les actions concrètes n'étaient pas encore effectives sur le terrain.

Au moment de l'initiation du projet d'appui au développement intégré de la santé orale et de la PCI de l'AOI, une absence de directives nationales actualisées en PCI a été constatée. La désinfection de haut niveau (DHN) à l'eau de javel était prônée pour le traitement de l'instrumentation, à la différence des recommandations internationales et des connaissances scientifiques. Sur le terrain, un traitement de l'instrumentation par DHN à l'eau de javel, réalisé dans chaque service a été décrit. Cet exemple a été cité dans les entretiens pour illustrer le besoin d'améliorer les pratiques standards de PCI dans les formations sanitaires. Beaucoup d'acteurs et actrices institutionnels, de partenaires techniques et financiers ont été identifiés dans les entretiens : l'OMS, la SMPCI-WASH, l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), Marie Stopes. Si cela représente une opportunité pour améliorer la PCI, des divergences dans les stratégies portées sur le terrain ont été soulignées concernant la méthode de traitement

de l'instrumentation (des directives prônant la désinfection de haut niveau (DHN) à l'eau chlorée ou l'utilisation du poupinel, d'autres la stérilisation à l'autoclave).

- **Stratégie d'appui**

Différentes composantes de l'appui réalisé dans chaque CSB ont été décrites dans les entretiens exploratoires. La stratégie s'est notamment appuyée sur les références internationales, en particulier celles de l'OMS. Il s'agissait d'un appui organisationnel, de l'amélioration de l'environnement de soin, de la mise en place des systèmes de PCI, de la formation, du suivi et de l'évaluation formative. Comme au Laos, l'importance d'avoir une stratégie globale a été soulignée dans les entretiens, en se référant à des projets antérieurs (ex : dotation d'autoclave sans mesures d'accompagnement suffisantes ayant pour conséquence une absence d'utilisation de ces autoclaves).

Plusieurs éléments ont été considérés dans les entretiens comme des clés indispensables à la réussite et au maintien de l'amélioration de la PCI dans les CSB/CHRD. Il s'agissait de la motivation du personnel, l'implication de chacun pour créer une dynamique, l'existence d'un environnement propice (ex : accès à l'eau courante et l'électricité, bon état du bâti, le revêtement du sol et surfaces pour le nettoyage, l'aménagement de l'espace, l'existence d'une stérilisation centrale, l'existence de circuits, la présence de stations de lavage des mains fonctionnelles), la formation du personnel à la PCI, la disponibilité du matériel et des consommables, la maintenance du matériel, l'existence d'un financement dans le temps de la PCI et d'une bonne gestion budgétaire au niveau des CSB/CHRD, la création et l'affichage de protocoles écrits et la gestion du turnover. Pour ce faire, l'instauration d'une participation des bénéficiaires, hormis pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, a été réalisée. Dans un contexte où les dotations étatiques ont été décrites comme insuffisantes pour financer les activités de PCI, l'objectif était de financer les consommables (ex : gaz, savons liquides) et permettre de poursuivre dans le temps les activités de PCI. La nécessité d'une appropriation individuelle et collective de la PCI et de l'intégration des bonnes pratiques de PCI dans les habitudes jusqu'à devenir une norme dans la formation sanitaire ont été soulignées.

Pour ce faire le rôle de la direction a été mis en avant. Il s'agissait de l'appropriation de la PCI par le(s) responsable(s) de la formation sanitaire, leur(s) capacité(s) à avoir une vision à court et moyen terme, leur(s) motivation(s) et leur(s) capacité(s) de leadership pour porter la PCI et garantir son financement au sein de la formation sanitaire quelles que soient les contraintes. En interne au CSB, les contraintes évoquées par les participants étaient le turnover et la charge de travail. En externe, il s'agissait de la volonté de maintenir une stratégie malgré les divergences entre les différents stratégies (nationale, partenaires

techniques et financiers). Ces divergences concernaient la politique de gratuité des soins et la préconisation de la désinfection à l'eau de javel.

« Par exemple, il y avait un projet qui prenait en charge tous les médicaments et tous les consommables pour les femmes qui viennent accoucher. Et donc du coup avec ce projet-là, l'idée du projet c'est vraiment la gratuité pure pour toutes les femmes enceintes (...) Le projet est fini maintenant. (...) Par rapport à ça, le leadership du médecin-chef est crucial. Par exemple, même si un CSB a été bénéficiaire de ce projet, le médecin-chef n'a jamais arrêté la participation des bénéficiaires. Parce qu'elle a bien compris qu'un projet qui dure deux ans pour prendre en charge les frais pour les femmes qui viennent accoucher, ça marche pendant les deux ans où il y a le projet, mais après elle va avoir un souci pour renouveler ses consommables. »

Les entretiens ont souligné la responsabilité du CSB/CHRD pour trouver son organisation et les moyens pour assurer le surplus d'activités induites par l'amélioration de la PCI. Si des activités communes étaient induites par les nouvelles activités de PCI, différents choix étaient réalisés par le responsable des CSB. Il existe des objectifs et activités communs entre tous les CSB (ex : mise en place d'une stérilisation centrale, mise en place du paiement par les bénéficiaires) mais des adaptations en fonction de chaque CSB ont été décrites (ex : choix de l'agencement des pièces et organisations des circuits en fonction du diagnostic du CSB, choix des bénéficiaires payant et du montant, organisation de la collecte de la participation).

- **Les activités dans les formations sanitaires appuyées**

Le processus d'appui des CSB

Le processus d'appui des CSB a été décliné en plusieurs étapes, comme résumé dans les documents projets de l'AOI :

1. Sélection des centres de santé/hôpitaux bénéficiaires sur la base de la motivation du personnel, du niveau d'activité et de l'adéquation des locaux,
2. Formation des centres sélectionnés aux principes de la PCI et à la démarche du projet,
3. Ecriture d'un document de projet PCI par chaque centre de santé/hôpital,
4. Finalisation et validation du projet PCI des centres de santé/hôpitaux par le service du ministère de la Santé Publique et l'AOI,
5. Mise en place officielle du système de participation des bénéficiaires par le Comité de Gestion (COGES) de chaque CSB à travers une note communale,
6. Identification conjointe des travaux de réhabilitation nécessaires par centre de santé,
7. Identification conjointe des appuis en matériels et équipements complémentaires nécessaire par centre de santé,
8. Réalisation des travaux de réhabilitation des centres de santé,
9. Acquisition et installation des matériels et équipements complémentaires nécessaires au niveau de chaque CSB/CHRD,
10. Identification et constitution des sets d'instruments médicaux par service et par acte,

11. Formation théorique et pratique de l'ensemble des membres du personnel de chaque centre de santé/hôpital à la PCI, à l'utilisation d'un autoclave de type « All Américain », à la gestion des « tissus » et des consommables, ainsi qu'à la gestion de la participation financière des usagers et à la mise en route du système,

12. Suivi et évaluation périodique de chaque centre de santé/hôpital bénéficiaire : à 15 jours, 30 jours, 90 jours, 180 jours de l'implantation, puis tous les 6 mois par la suite.

Nous reviendrons ci-après spécifiquement sur le détail de certaines étapes/activités.

Etat des lieux, sélections des formations sanitaires et choix mutuelle de collaborer

La première étape décrite était la réalisation de l'état des lieux et la construction du partenariat avec les CSB et CHR. Les appuis réalisés en phase 1 du projet ont été caractérisés par un partenariat étroit entre le Service de Santé Oculaire, Auditive et Bucco-Dentaire (SSOABD) du ministère de la santé publique et l'AOI. La sélection des CSB et CHR appuyés a été réalisée conjointement, après une visite conjointe de l'ensemble des formations sanitaires potentielles. A partir de cette évaluation initiale, différents critères de sélection étaient pris en compte : (i) la motivation du personnel pour s'engager dans une amélioration de la PCI ; (ii) des formations sanitaire avec un cabinet dentaire ; (iii) la possibilité de mettre en place un système de participation des bénéficiaires pour les CSB, en accord avec le comité de gestion ; (iv) la prise en compte de l'état global de l'infrastructure (ex : observation de l'état du bâtiment et de l'existence d'un risque qu'il ne soit plus utilisable prochainement) ; (v) l'accès à l'eau courante et les possibilités d'appuyer la formation sanitaire pour améliorer l'accès à l'eau courante en cas de besoin (ex : état de la tuyauterie) et (vi) la possibilité de mettre à disposition une pièce pour la stérilisation centrale. Comme au Laos, la motivation du personnel pour s'engager dans une amélioration de la PCI était le critère de sélection principal, considéré comme un pré-requis au changement. Des discussions ont été décrites dans un entretien pour convaincre et trouver un consensus sur ce critère, avec une volonté initiale du ministère de soutenir les CSB ayant des niveaux les plus faibles en PCI. L'amélioration de la PCI dans le CSB demande un engagement, du leadership et du temps au vu des changements organisationnels et de pratiques nécessaires pour que les professionnel(le)s acquièrent de nouvelles habitudes. La motivation a été appréhendée au regard d'un engagement antérieur sur l'hygiène et la PCI dans la formation sanitaire. Un manque de moyens disponibles dans les CSB et CHR a été décrit, y compris pour les consommables de base (ex : savon, moyens pour nettoyer les locaux). Avec les mêmes moyens, des différences d'hygiène ont été constatées lors des visites spontanées. Sans que la situation ne soit optimale, certaines formations sanitaires s'investissaient pour améliorer la situation (ex : nettoyage par les professionnel(le)s, instauration d'une contribution de la famille au nettoyage de la salle d'accouchement). D'autres formations sanitaires étaient décrites comme plus « sales », avec une verbalisation des professionnel(le)s que la propreté n'était pas de leur responsabilité et qu'ils manquaient de temps pour s'en occuper.

La phase 2 a été caractérisée par une approche « *par district* ». À la suite de l'accompagnement d'un des CSB en phase 1, le chef de district d'Ambatolampy a demandé à élargir la démarche dans tout le district, en proposant une implication du district dans le suivi. Il n'y avait pas de critère de sélection, en revanche un appui par vague a été réalisé. L'ordre des CSB appuyés était déterminé par leur motivation, objectivée par la mise en place d'une note communale pour officialiser la participation des bénéficiaires.

Cette première étape était considérée comme essentiel pour : (i) réaliser un diagnostic (identification de la dynamique et la motivation dans le CSB/hôpital, caractéristiques de l'équipe en place, matériel en place, nombre de salle et organisation, disponibilité d'une salle pour mettre en place une stérilisation centrale, accès à l'eau courante) et (ii) de choisir mutuellement de collaborer. Le passage à l'étape suivante impliquait la mise en place du système de participation par les bénéficiaires, détaillé ci-après.

Mise en place du financement par les bénéficiaires et achat de consommables

A Madagascar, si le paiement des médicaments et consommables est demandé aux bénéficiaires (ex : coton, aiguille, compresse), les soins sont gratuits, il n'y a pas de paiement à l'acte. Faire payer les bénéficiaires pour l'achat d'autres consommables liés à l'hygiène implique donc un changement qui doit être officialisé par le(la) président(e) du comité de gestion (le(la) maire ou l'adjoint(e) au maire). Plusieurs étapes ont été décrites pour mettre en place le financement par les bénéficiaires :

- Choix par le CSB, en lien avec le comité de gestion, du montant de la participation demandé aux bénéficiaires et des bénéficiaires concernés par cette participation en fonction du volume d'activité et du besoin en consommables. Dans l'ensemble des formations sanitaires, les femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans sont exemptés de paiement. En fonction des formations sanitaires, le choix était de demander un financement à tous les autres patient(e)s ou seulement à ceux(elles) utilisant le matériel stérilisé (maternité, soin dentaire, petite chirurgie),
- Réalisation d'une note communale par le comité de gestion, informant de la mise en place d'une participation par les bénéficiaires,
- Mise en place : (i) d'un système de collecte et de gestion de la participation des bénéficiaires, (ii) de documentations avec un cahier de suivi et un cahier de recette. Le système de collecte variait d'un CSB à l'autre (ex : collecte au niveau de la caisse de la pharmacie, au niveau des professionnel(le)s de santé directement).

Concernant l'achat des consommables, les entretiens ont souligné, l'intérêt d'achat de groupe. Pour certaines localités, les consommables n'étaient pas disponibles à proximité, notamment le gaz. Dans ce contexte, la préconisation d'avoir dans la mesure du possible deux bouteilles de gaz pour ne pas être à court était formulée par l'AOI.

Rénovation des structures et création des systèmes

Pour améliorer la PCI dans l'établissement, plusieurs systèmes ont été mis en place, certains nécessitant des rénovations de l'infrastructure.

Pour mettre en place un service de stérilisation centrale, un travail de réflexion sur l'affectation des pièces et l'agencement des locaux afin de trouver une salle pour la stérilisation centrale et revoir les circuits a été décrit. En termes de ressources humaines, en l'absence de personnel dédié pour la stérilisation différents choix ont été décrits : soit une personne prenait ce rôle au sein du CSB, soit elle était réalisée par les professionnel(le)s à tour de rôle. L'organisation choisie était mise en place d'un commun accord par l'ensemble du personnel, supervisée par la ou le chef du CSB. Le temps de travail estimé pour chaque cycle de stérilisation était entre 1h30 et 2H. En cas de surcharge de travail/manque de professionnel(le)s de santé, un(e) professionnel(le) administratif (ex : un(e) secrétaire) était formée et chargée de la stérilisation. Un suivi écrit des activités de traitement de l'instrumentation et de stérilisation a été décrit, avec la mise en place d'un cahier de stérilisation.

Concernant le tri et le traitement des déchets, l'existence de recommandations nationales a été discutée avec la présence de bacs pour le tri et une connaissance du protocole de tri acquise par les professionnel(le)s des CSB. Un frein identifié était néanmoins le manque de sac poubelle considéré comme facilité par la mise en place du paiement par les bénéficiaires.

En termes de gestion du linge, une dotation de serviettes a été réalisée par l'AOI. La mise en place du nettoyage des tissus avec les serviettes pour les mains et les surfaces a été instaurée. Au-delà, des serviettes, la mise en place d'un circuit pour la gestion du linge a été décrite : collecte, lavage, repassage et redistribution.

Formation et suivi

Cette étape s'articule autour d'une formation initiale de l'ensemble de la formation sanitaire (cf. étape 11 suscitée) puis d'un suivi et d'une évaluation formative. Un suivi régulier a été réalisé dans les CSB, en partenariat entre un membre de l'AOI et des autorités sanitaires. Les visites commençaient par un temps d'observation et d'échange avec le chef du CSB et son équipe. Différents points d'attention lors des observations ont été cités : la continuité des activités avec un turnover important, les pratiques de PCI (notamment le lavage des mains, le tri et la gestion des déchets, l'utilisation des sets instruments, l'utilisation de la stérilisation à l'autoclave) et l'état des différents locaux. Quand un dysfonctionnement était constaté, une discussion et/ou une formation avec la direction du CSB et/ou le personnel de santé était réalisé. Des conseils étaient donnés aux équipes au regard des observations réalisées. Dans chaque CSB, les constats dans le cahier de suivi étaient inscrits à la fin de la visite (points forts, axes d'amélioration, suggestion). Une fiche scorée d'évaluation a également été mobilisée par l'équipe assurant le suivi dans les CSB, attribuant un score sur 10. Elle contient les

informations suivantes : la date, le nom et le district du CSB, le nom de(s) évaluateur(trice)s réalisant le suivi, une note sur dix pour la maternité, les soins et le cabinet de chirurgie-dentaire. Les items sont la protection individuelle, la propreté et l'ergonomie, le lavage des mains, la désinfection des surfaces hautes entre les patients, la propreté des tissus, le trempage des instruments et nettoyage, le conditionnement des instruments, la stérilisation, le traitement des déchets et la vaccination (annexe 3). Le suivi était également considéré comme une opportunité de contribuer à sensibiliser les nouveaux(elles) professionnel(le)s à l'importance de la PCI et à les former.

- **Résultats perçus et axes d'améliorations**

Effets perçus

Différents constats ont été réalisés, par les acteur(ice)s s'exprimant sur les effets perçus dans les entretiens. Premièrement, une meilleure sécurité des soins a été décrite par les acteur(ice)s impliquées dans le suivi des formations sanitaires. Une amélioration de la propreté, de l'organisation et de la collaboration entre les équipes des CSB a été décrite. L'amélioration de l'environnement de soins comprenait une réorganisation de l'espace, de la rénovation des paillasse (carreaux et joints), de la mise en place de point d'eau au niveau de chaque local, du bureau du médecin, des salles de soins et d'accouchement. En outre, l'amélioration du rangement de la formation sanitaire a été considérée comme facilitant pour la prise en charge quotidienne des patient(e)s (ex : matériel prêt et ranger facilitant la prise en charge de la femme pour un accouchement). En termes de pratiques professionnelles, une amélioration du lavage des mains a été décrite.

Traitement de l'instrumentation et stérilisation

Un abandon de la désinfection à haut niveau (DHN) à l'eau de javel au profit de la stérilisation a été décrite dans les entretiens exploratoires pour la majorité des CSB. Néanmoins, une utilisation mixte de la stérilisation à l'autoclave et la DHN à l'eau de javel était identifiée dans environ 25 % des centres par les équipes de l'AOI réalisant le suivi. Lorsque la DHN à l'eau de javel était encore utilisée, le lavage préalable systématique des instruments était considéré comme acquis, témoignant d'un abandon du trempage des instruments à l'eau de javel directement après son utilisation. Les difficultés observées, dans certains CSB décrits dans les entretiens, étaient :

- La divergence avec les directives nationales diffusées jusque-là/avec d'autres projets internationaux,
- La charge de travail importante des professionnel(le)s des CSB,
- La quantité insuffisante de sets stérilisés disponibles par rapport aux nombres de sets nécessaires, le manque de consommables pour réaliser la stérilisation,
- Le turnover et la résistance aux changements chez certains nouveaux professionnels,

- Des problèmes dans la gestion de la participation des bénéficiaires,
- Une préférence pour d'autres protocoles plus faciles à appliquer, sans réelle conviction des différences d'efficacité entre ces protocoles par rapport au temps nécessaire.

« Quand ils sont un peu débordés, quand ils ont beaucoup d'accouchements et qu'ils n'ont plus assez de sets d'instruments, là c'est plus vite de faire la DHN et donc ils lavent et ils trempent à l'eau de javel et puis là ils utilisent. Mais ce qu'ils ne font plus c'est le trempage direct à l'eau de javel. Là, c'est acquis, ils ne font plus ça, ils ont compris que ce n'est pas normal que les instruments sales passent directement à l'eau de javel, il faut d'abord laver. »

Pour palier cela, les acteur(ices) de l'AOI, impliquées dans le suivi, ont souligné l'importance du suivi et de l'évaluation formative. En outre, la question de l'adéquation entre le rythme des stérilisations et les activités de soins a été soulignée, avec des besoins de la renforcer dans certaines formations sanitaires.

« Après notre passage, on sent qu'ils améliorent. Par exemple, s'ils étaient à un rythme à deux fois par mois, quand on repasse ils changent à une fois par semaine, c'est-à-dire quatre fois par mois. Et quand on compare un peu avec le volume de leur activité, on sent que c'est vraiment adéquat, ça couvre leurs besoins. »

Gestion des déchets

Un autre axe d'amélioration concernait l'incinération des déchets. La présence d'incinérateurs défectueux dans différentes formations sanitaires a été décrite dans les entretiens.

« Il y a des centres par exemple qui marchent très bien, sauf au niveau des incinérateurs. Par exemple, ils ont des incinérateurs abimés, tout ça, là il faut le faire. »

Acceptabilité et intérêt du financement par les bénéficiaires

L'impact perçu de la mise en place du système de participation des bénéficiaires a été souligné. Il a été considéré comme indispensable pour permettre aux CSB d'avoir en continue les consommables nécessaires et de financer périodiquement du personnel d'appui (ex : pour la gestion du linge, le ménage, le nettoyage des sols).

L'importance de la transparence de la gestion de la participation par les bénéficiaires a été soulignée. Dans un CSB appuyé, un important historique de détournement de fonds a été déclaré (détournement de l'intégralité des fonds par un(e) responsable du CSB concernant la participation des bénéficiaires et détournement de fonds dédiés aux médicaments par un(e) dispensateur(tric)e. À la suite de ces incidents frauduleux et la mise en place du projet

Financement Basé sur la Performance¹⁰ (FBP), la participation par les bénéficiaires a été arrêtée dans ce CSB par décision municipale puis réintégrée en 2022. Cependant, le constat d'une différence inexplicquée entre le volume d'activité et les recettes dans ce CSB, questionne sur la persistance de problèmes de gestion financière dans cette formation sanitaire. Trois éléments de contexte ont été soulignés : (i) la précarité des postes, notamment des bénévoles non payés ; (ii) l'importance du rôle de responsable de formation sanitaire avec des difficultés de la responsable à sanctionner ses équipes dans le CSB suscité ; (iii) le manque de suivi de ces budgets, les formations sanitaires n'ont pas à rendre compte de la participation des bénéficiaires au district sanitaire dans le rapport mensuel d'activités. Cependant, pour améliorer la transparence, le tableau de bord des activités était affiché à la vue de toutes et tous dans la formation sanitaire suscitée.

Au niveau de l'AOI, la pertinence de mettre en place le financement par les bénéficiaires dans le contexte actuel à Madagascar, pour permettre une amélioration dans le temps de la PCI, faisait consensus dans les entretiens. Sans remettre en cause ce levier aux vues du contexte précis de Madagascar, le risque de dépendance aux fonds privés avec une substitution au rôle de l'Etat a été souligné dans un entretien. Si la couverture sanitaire universelle était reconnue comme une perspective intéressante, de nombreux freins et étapes avant de pouvoir l'envisager ont été soulignés au regard du contexte.

Au niveau des CSB, la conviction de l'intérêt d'instaurer la participation par les bénéficiaires a été décrite comme centrale dans les entretiens. Une fois mise en place et considérée comme utile, une poursuite de la participation des bénéficiaires dans les CSB a été décrite.

L'acceptabilité de la participation par les bénéficiaires eux-mêmes était décrite comme bonne. Deux raisons étaient évoquées : (i) un prix demandé relativement faible ; (ii) des changements perçus par les bénéficiaires avec un CSB/hôpital plus propre.

La motivation

Qu'il s'agisse d'initier une amélioration de la PCI dans un CSB/CHRD, de décrire la mise en œuvre, les effets perçus ou d'aborder la pérennité, la motivation du personnel était considérée dans tous les entretiens comme une clé majeure. Différents facteurs influençant la motivation ont été décrits : une prise de conscience collective du risque lié aux infections à la suite de la pandémie COVID, un sentiment de valorisation dans le travail des professionnel(le)s des CSB et de sécurité vis-à-vis du risque de contracter une infection, un

¹⁰ Projet financé par la Banque Mondiale, le Financement Basé sur la Performance (FBP) comprend un axe d'activité qui vise à allouer des fonds aux CSB bénéficiaires en fonction de plusieurs critères de performance dont le volume d'activité, le respect des procédures de PCI. Le financement se divise en deux : une partie destinée au CSB qui permet la réalisation de travaux d'infrastructure et d'équipement et une partie destinée au personnel comme prime de rendement.

sentiment de plaisir à travailler dans un environnement plus propre, la perception d'une reconnaissance de l'amélioration de l'environnement de soins par les patients, avec des retours positifs et une augmentation de la fréquentation du CSB.

« Lors de la dernière pandémie de Covid, là il y a beaucoup de personnels de santé qui étaient décédés. Alors là, tout le monde était vraiment inquiet et était donc conscient du risque d'infection qu'on peut contracter au niveau des formations sanitaires. »

Posture d'appui et prise de décision

Concernant la prise de décision dans les CSB, elle était décrite dans les entretiens comme prise par les responsables de CSB, en considérant l'expertise technique de l'AOI. Un consensus entre les CSB et l'AOI a été décrit, dès lors qu'il y avait une vision partagée des enjeux de PCI, les choix étaient guidés par les recommandations internationales (notamment de l'OMS), l'expérience de l'AOI et le contexte de la formation sanitaire.

« C'est décidé avec les responsables du centre en fonction de la disponibilité des centres. Parce qu'il y a des formations sanitaires qui sont très étroites, donc il n'y a pas vraiment de local disponible pour la salle de stérilisation centrale. Donc du coup, l'AOI a dû aménager. Par exemple mettre en place un petit mur de séparation pour séparer un peu la salle de soin de la partie où on fait la stérilisation. Sinon, l'image est à peu près pareille, c'est-à-dire qu'il y a cette partie où on fait la stérilisation centrale et tous les matériels des salles de soins, des salles d'accouchement, des dentisteries sont stérilisés au niveau de cette partie-là. »

En outre, la question du positionnement de l'AOI a été abordée, notamment par l'équipe de Madagascar. Les projets de l'AOI ont été décrits dans les entretiens exploratoires comme novateur, permettant des avancées en PCI dans le pays qui sont considérées comme importantes à promouvoir. Néanmoins, le caractère novateur du projet a amené des défis pour conserver une posture d'appui. Plusieurs causes ont été identifiées :

- une absence de directives nationales harmonisées et actualisées avec l'existence des divergences de stratégie sur le terrain (promue par les différentes institutions, par les différents partenaire techniques et financiers),
- un trop faible nombre d'experts en PCI à Madagascar par rapport aux besoins,
- un manque de budget dédié à la PCI,
- une demande de la part des acteurs et actrices d'être accompagné(e)s,
- une pluralité d'acteurs et actrices concerné(e)s par la PCI avec un turnover importance à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ainsi que dans les différents services ayant été point focal PCI (le SSENv, puis la Direction Générale des Fournitures des Soins (DGFS), puis à nouveau le SSENv).

Dans ce contexte, une différence d'implication, d'intérêt pour la PCI et de connaissances techniques sur le sujet a été décrite depuis le début du projet, suivant les interlocuteurs et interlocutrices, avec des périodes de flottement. Ce constat était

renforcé par une priorisation pour la PCI pouvant évoluer en fonction des problématiques de santé prioritaire (ex : crise COVID, choléra).

Dans ce contexte, l'adoption d'une posture de formateur, voire de « leader » a été verbalisée dans certains entretiens. Il se retrouve dans la suite des résultats.

« Du coup, nous, on est obligé toujours de se positionner comme formateur, comme, ... voilà, un peu dans l'incongruité, entre guillemets, par rapport à ce qui se fait habituellement. »

- **Pérennisation**

La stratégie du projet a été construite dans l'objectif d'un maintien de l'amélioration de la PCI dans le temps, en intégrant des leviers spécifiques à la pérennisation (ex : mise en place du système de financement des consommables, mise en place de protocoles écrits). Des éléments clés ont été présentés dans la partie 1.2. Nous nous arrêterons sur trois problématiques. Premièrement, l'importance d'une stratégie nationale et d'un leadership en PCI a été souligné, impliquant des directives nationales harmonisées et l'intégration de la PCI dans les curriculum de formation des professionnel(le)s de santé. Le besoin de poursuivre les travaux pour définir une stratégie nationale actualisée et opérante faisait consensus pour faciliter le maintien des résultats dans les CSB appuyés.

Deuxièmement, la problématique d'un turnover important aux différents niveaux de la pyramide sanitaire a été évoqué, avec une focale mise sur les professionnel(le)s des formations sanitaires. En se référant à une étude sur les ressources humaines conduite dans le cadre d'un master, une des participantes décrivait un turnover d'en moyenne 30% du personnel dans les CSB et hôpitaux entre 2015 et 2018. Ce turnover pose la question du transfert des compétences entre les professionnel(le)s de santé, en l'absence d'une harmonisation des pratiques en PCI entre les CSB et d'un manque de formation des nouveaux professionnels de santé. La présence de stagiaires paramédicaux et/ou médicaux sur une courte durée (1 à 3 mois) a également été décrite, impliquant une formation constante de nouveaux professionnel(le)s pour les intégrer dans la démarche. Différents freins ont été identifiés par les participant(e)s au transfert des compétences : le fait que les professionnel(le)s de santé ne soient pas des formateur(ice)s, le manque de temps pour former les nouveaux arrivants, le risque de perte d'information progressive, des perceptions de la PCI et des habitudes de travail différentes ancrées dans les pratiques des nouveaux professionnel(le)s. Le problème était amplifié si le départ concernait le(la) chef du CSB, voire l'ensemble des professionnel(le)s du CSB. Des potentiels leviers pour pallier le turnover ont été identifiés dans les entretiens.

« Quand il y avait du turnover, ça veut dire que les nouveaux venus, ils viennent d'autres CSB qui ne sont pas appuyés [par l'AOI] et eux, ils avaient leur habitude qu'il fallait casser, et donc ça, c'était vraiment un challenge (...). On se dit : « depuis neuf

ans, depuis dix ans, ils devraient vraiment être très, très bien avancés », mais ce n'est pas le cas. (...) Il y a une évolution en dents de scie en fonction de l'implication et de la capacité des nouveaux venus à intégrer les nouvelles démarches ».

Au niveau du CSB il s'agissait de :

- L'existence d'un leader en PCI dans le CSB (souvent le ou la chef du CSB),
- La réalisation d'une passation de qualité entre les professionnel(le)s, considérée comme facilitée par l'existence de protocoles écrits. Dans cette perspective, des documents de formation résumant la démarche PCI ainsi que des affiches plastifiées étaient mises à disposition dans le cadre de l'appui aux CSB,
- La compréhension de l'intérêt de la PCI et la motivation des nouveaux professionnel(le)s à faire évoluer leurs pratiques,
- L'existence d'un suivi extérieur en termes de PCI pour contribuer à la formation des nouveaux professionnel(le)s, apporter un regard extérieur sur les pratiques et inciter au maintien des bonnes pratiques.

Au niveau du district, il s'agissait de la présence d'une équipe motivée et compétente, contribuant à la montée en compétence des nouveaux professionnel(le)s en termes de PCI. Dans cette perspective la question du turnover au niveau des districts a aussi été soulevée, avec des compétences en PCI et une motivation pour cette thématique variable selon les personnes en poste et les districts. L'appui de l'ensemble des CSB d'un district, voire à une échelle plus large était considéré comme facilitant pour la gestion des turnovers.

Troisièmement, le suivi formatif réalisé par l'AOI en collaboration avec différents partenaires (SSOABD, SSENv et SDSP) était considéré comme essentiel dans les entretiens afin de faire des rappels théoriques et pratiques, faire adhérer et former les nouveaux arrivants, soutenir une amélioration continue de la PCI dans les formations sanitaires et, motiver les professionnel(le)s. L'importance du suivi pour la pérennité a été soulignée.

Quatrièmement, l'importance de la bonne gestion transparente de la participation des bénéficiaires a été souligné. La difficulté de mettre en place un contrôle de la gestion de la participation par les bénéficiaires a été discuté. Une absence de contrôle par le ministère a été soulignée, puisque cette participation ne fait pas partie de la politique de gratuité des soins et est gérée au niveau local.

Enfin, certains entretiens ont rappelé la potentielle fragilité de la pérennité au regard du contexte Malgache. Le risque d'une crise politique, socio-écologique ou sanitaire dans une des régions où les formations sanitaires ont été soutenues a ainsi été mentionné.

- **Mise à l'échelle**

Madagascar dispose de presque 3 000 formations sanitaires, impliquant de procéder par étapes pour envisager une mise à l'échelle. A Madagascar, une dynamique pour l'amélioration de la PCI a été décrite. Pour l'équipe de l'AOI Madagascar, cette dynamique représente une opportunité permettant une mise à l'échelle de l'appui réalisé par le ministère avec : (i) l'élaboration des directives nationales et le travail en cours. Le programme national a été validé en juin 2023 et un appui de formation sanitaire pilotes notamment par l'OMS était prévue dans chaque région au moment des entretiens exploratoires ; (ii) l'existence d'autoclaves dans de nombreuses formations sanitaire (dotation d'autoclaves All American dans 13 régions dans le cadre du projet PASSOBA de l'Unicef). Différents besoins ont été identifiés pour cette mise à l'échelle. Il s'agissait notamment du besoin d'intégrer dans la stratégie nationale un accompagnement des formations sanitaires pour conduire un changement et améliorer la PCI (sur le plan de l'organisation, l'amélioration de l'espace de travail et de pérennisation de l'achat des consommables).

6.2. Observations

Les visites de site se sont déroulées du 9 septembre 2024 au 13 septembre 2024. Elles ont eu lieu en présence de Fanny Velardo (médecin de santé publique, équipe évaluatrice), Charlotte Decroix (chercheuse en santé publique, équipe évaluatrice), Finoana Razafimamonjy (consultante au cabinet LR et traductrice) et Dominique Ramaroson (responsable logistique, AOI Madagascar).

Le déroulé des visites s'est fait en deux temps, avec d'abord une visite de site puis des entretiens des différents professionnel(le)s présents. Lors de la visite, des questions, plutôt déductives et parfois fermées, étaient posées debout tout en observant les lieux et en prenant des photos. Nous avons donc préféré un format plus dynamique et rapide pour nos entretiens par rapport au Laos car nous n'avions pas toujours la possibilité d'isoler les personnes (souvent nombreuses et en présence des responsables de la structure), du fait notamment de défis de traduction et du besoin d'adapter les questions au regard de ces modalités de traduction. Les entretiens seront traités dans la partie 6.3.

6.2.1. CSB d'Ambohitrimanjaka

- **Généralités**



Carte de visite du CSB

Distance d'Antananarivo : 13 kilomètres

Région : Analamanga

District : Ambohidratrimo

Population : 41 604 habitants (estimatop, 2018)

Route d'accès : goudronnée

**Services du CSB : maternité, cabinet de chirurgie-dentaire, Planning Familial (PF),
Consultation prénatale (CPN), Plan Elargi de Vaccination (PEV)**

Le CSB d'Ambohitrimanjaka est un des neuf CSB qui ont été soutenus lors de la phase 1 du projet d'appui et fait partie des trois centres de la région d'Analamanga. Le début des activités de PCI a eu lieu en décembre 2016, avec une première formation menée par l'AOI auprès des professionnel(le)s du CSB. C'était une médecin chef qui gérait le centre à ce moment-là, maintenant à la retraite. Sa seconde a pris la relève en 2020 et est la médecin chef du centre depuis 5 ans. A son arrivée, les pratiques de PCI étaient décrites comme plus ou moins maintenues, avec une maternité parfois sale, liée à une difficulté de gestion des accompagnant(e)s. Concernant le score des suivis réalisés depuis 2019, les scores étaient entre 8,5/10 et 10/10. Les sage-femmes habitent sur le site et sont responsables du réapprovisionnement en eau. Il existe aussi une personne mandatée pour aller chercher l'eau. Le château d'eau est rempli trois fois par semaine. L'eau est stockée dans des bonbonnes d'eau, surtout pour les actes nocturnes. Il y a de l'eau courante dans la salle de vaccination et à la maternité. Il manque souvent d'eau en saison sèche, et le puits est déjà creusé à 32m de profondeur. La priorité est alors donnée à la maternité et le cabinet de chirurgie-dentaire. Des coupures de courant occasionnelles ont été déclarées dans la maternité.



Bâtiment de suivi post accouchement - CSB d'Ambohitrimanjaka

- **Structuration de la PCI**

Organisation de la PCI au sein du CSB

L'équipe PCI est constituée de l'infirmière qui relève la participation des bénéficiaires, de la responsable de la stérilisation, de la sage-femme responsable de la PEV et de la CPN, de la médecin chef et de la dentiste. La sage-femme responsable de la PEV remplace la médecin chef en cas d'absence. Il n'y a pas de budget dédié à la PCI.

Gestion du budget

Le budget général est déterminé par le Plan de Travail Annuel¹¹ (PTA) envoyé au Comité de gestion (CoGé). La participation des bénéficiaires est de 700 AR pour la chirurgie-dentaire et la maternité. Ce budget sert à l'achat de matériel mais pas directement pour le matériel de PCI. La réception des fonds est gérée par la dispensatrice, qui fait régler les patient(e)s à leur arrivée.

Monitoring et formations

L'AOI effectue actuellement une visite tous les six mois dans ce centre. Il n'y a pas d'audits internes en systématique, cela dépend du volume d'activités. Concernant les stagiaires, une organisation en deux temps a été décrite : une formation à la PCI à leur arrivée par le médecin chef et des rappels tous les mois si besoin. Ces formations se font à l'oral avec prise de notes.

¹¹ Le Plan de Travail Annuel (PTA) est mis en œuvre par le ministère de la Santé Publique et le ministère de l'Intérieur à travers les communes. C'est un nouveau système de gestion des frais de fonctionnement des CSB depuis 2023. Chaque CSB propose un PTA qu'il adresse à la commune de rattachement et une dotation annuelle est versée par tranche afin d'inclure les dépenses pour l'amélioration des infrastructures et l'achat de matériel. C'est un système complexe dont la gestion peut générer des retards de décaissements.

- **Les systèmes de PCI**

Gestion des EPI

Nous n'avons pas observé de professionnel(le)s, de patient(e)s ou de visiteurs portant des EPI (il est à noter que la dentiste n'était pas là lors de notre visite). Une utilisation des EPI pour la maternité et le cabinet dentaire a été décrite (pas pour la PF, la CPN et le PEV). S'il manque des EPI, un achat par le CSB sur ses fonds propres et un partage du matériel entre les services a été déclaré. Les professionnel(le)s nous ont informé prendre les EPI en début de journée dans le bureau de la sage-femme chef (il n'y avait pas de stockage dans les services). Les professionnel(le)s ont déclaré utiliser des gants stériles et des masques pour l'accouchement et des gants non stériles pour les touchers vaginaux. Les professionnel(le)s nous ont informé être formé(e)s à la manière de mettre des gants et de les enlever en salle d'accouchement.

Traitement de l'instrumentation et stérilisation

Il existe une responsable de la stérilisation. En son absence (congé), une tendance à la baisse du rythme de stérilisation a été décrite, avec un retour à la désinfection de haut niveau. La recommandation a été réalisée par l'AOI d'impliquer d'autres personnels pour que l'activité ne souffre pas en cas d'absence du responsable. Le CSB dispose d'un autoclave All American¹². Il n'y a pas de SAS à l'entrée de la salle de stérilisation, qui est dédiée à cette fonction. Les professionnel(le)s nous ont informés qu'aucune interruption de la stérilisation n'a eu lieu. Les professionnel(le)s utilisent du scotch (« masking tape ») pour vérifier l'étanchéité du couvercle, mais il n'est pas réservé à cet usage. Les protocoles étaient affichés. Le cahier de stérilisation était tenu à jour. Deux professionnelles seraient capables de gérer la stérilisation. Le rythme dépend de l'activité mais en général les professionnelles réalisent deux cycles de stérilisation par semaine. Concernant le traitement de l'instrumentation, il existe une zone pour nettoyer le matériel dans chaque service, il n'y a pas de centralisation du traitement.

Exemple de la salle attenante à la salle d'accouchement : les instruments sont trempés dans du liquide vaisselle, nettoyés à la brosse, rincés et séchés puis posés sur une serviette (qui n'était cependant pas la bonne) sur le plan de travail. Le matériel est ensuite transféré à la stérilisation quand il y en a une quantité considérée comme suffisante par les professionnel(le)s pour que cela soit pertinent.

¹² Par principe, les autoclaves, utilisent de la vapeur sous pression pour atteindre des températures suffisantes (généralement 121°C) pour détruire tous les micro-organismes, y compris les spores bactériennes.

Références :

1. CDC, Steam sterilization, <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/disinfection-sterilization/steam-sterilization.html>
2. CDC, A Rational Approach to Disinfection and Sterilization, <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/disinfection-sterilization/rational-approach.html>
3. Rutala WA, Boyce JM, Weber DJ. Disinfection, sterilization and antisepsis: An overview. Am J Infect Control. 2023 Nov;51(11S):A3-A12. doi: 10.1016/j.ajic.2023.01.001



Zones de traitement de l'instrumentation - CSB d'Ambohitrimanjaka

Gestion des déchets

La construction des fosses pour les déchets a été réalisée dans le cadre du Projet d'Amélioration des Résultats Nutritionnels (PARN)¹³, la clôture et le verrouillage dans le cadre de l'appui de l'AOI. Lors de notre visite, il n'y avait pas toujours de sacs poubelles (notamment dans la salle de consultation prénatale) ni d'étiquettes. Il y avait trois types de poubelles dans chaque service. Nous avons pu constater deux fosses pour brûler les déchets (une fosse pour les déchets infectieux et une pour les déchets non-infectieux) mais pas d'incinérateur. Les fosses étaient couvertes, verrouillées avec des cadenas et clôturées. Il n'y a pas de suivi de la quantité de déchets. Le gardien ne touche pas de commission pour l'incinération des déchets, sauf s'il doit creuser la fosse. La conséquence décrite était une absence d'incinération systématique.



Poubelles de la salle de vaccination - CSB d'Ambohitrimanjaka

¹³ PARN est un projet du Gouvernement cofinancé par la Banque Mondiale et le Power of Nutrition. Son objectif est de contribuer à la résolution d'une des sources de fragilité du pays qu'est la malnutrition chronique. Le projet PARN inclut le renforcement en équipement des Centres de Santé bénéficiaires (ex : lits d'hôpital, matelas, instrumentations médicales pour l'accouchement et la réanimation néonatale, autoclaves de type All Américain).



Fosses de déchets, CSB d'Ambohitrimanjaka

Lavage des mains

Dans le cadre du projet, le lavage des mains au savon liquide était préconisé. Le médecin chef nous a décrit avoir abandonné le lavage des mains au savon solide sur les conseils de l'AOI. Par tradition, un apport de savon liquide ou en morceaux, par les femmes lors de leur accouchement a été décrit. Les professionnel(le)s décrivaient ne pas s'en servir pour se laver les mains mais pour laver les sols ou linge. Les instructions des étapes du lavage des mains étaient affichées devant les points d'eau (schéma OMS) mais pas pour les cinq moments où ce lavage doit être effectué. Il y avait du savon liquide à disposition partout, mais il manquait parfois de serviettes réutilisables.



Station de lavage de mains de la salle de vaccination - CSB d'Ambohitrimanjaka

Gestion du linge

Le lave-linge était fonctionnel mais non utilisé. L'agent(e) d'entretien effectue la lessive du linge de lit et des tenues professionnelles chez elle une fois par semaine.

Nettoyage et organisation de l'environnement

Le CSB avait un(e) agent(e) d'entretien à mi-temps. Le reste du temps, ce sont les professionnel(le)s de santé qui prennent le relais. Il n'y a pas de sol carrelé partout (notamment en salle de vaccination). La propreté générale des sols de la maternité était moyenne et la salle d'accouchement était très sale. Il y avait lors de notre visite beaucoup d'accompagnants dans la salle d'accouchement. Un bidon d'eau fuyait au sol dans la salle de consultation prénatale. Un nettoyage de la salle d'accouchement après chaque accouchement a été déclaré, et s'il n'y a pas d'accouchement trois fois par semaine. Les surfaces hautes dans la maternité étaient propres et un nettoyage du chariot de soin après chaque patient a été déclaré. Les professionnel(le)s nous ont informés d'un rehaussement du niveau de la peinture grise sur les murs a été appuyés par l'AOI, pour améliorer la perception de l'environnement. Lors d'un accouchement, les femmes étaient accompagnées de nombreuses personnes. Cela a pour conséquence de dégrader rapidement la propreté des sols et des murs du fait du nombre élevé de visiteurs qui restent malgré ce qu'essayent de leur communiquer les professionnel(le)s.

Dans les armoires de la salle de stérilisation, le matériel non stérilisé est situé en haut et le matériel stérile est en bas. Dans les armoires de la maternité, les sets non stériles sont mélangés avec des papiers administratifs et il n'y a pas d'étiquettes sur les armoires pour signifier ce qui se situe dedans. Une absence d'échange de sets d'instruments entre les services a été décrite, avec des sets présents dans chaque service.



Armoire de rangement dans la salle de consultation prénatale - CSB d'Ambohitrimanjaka

Vaccination

Ce sont les sage-femmes qui vaccinent les enfants et les actes sont gratuits. Il y a environ 20 vaccinations par jour.

Prévention des blessures par instruments coupants

Aucun protocole n'était affiché concernant la prévention des accidents d'exposition au sang.

Prévention des infections associées aux soins

Si les enfants ont des symptôme, ils sont orientés directement vers la médecin chef. Lors de notre visite, les patient(e)s ne respectaient pas les consignes de distanciation sociale. Il y avait beaucoup de visiteurs dans la salle post-partum. Aucune instruction n'était affichée concernant la prévention des IAS.

- **Conclusion**

Des évolutions ont été observées dans ce CSB. L'environnement général du CSB était moyen avec certaines salles sales. Des pratiques sont encore à améliorer. Différentes préconisations peuvent être proposées :

- Promouvoir l'utilisation du lave-linge, comprendre les raisons de sa non-utilisation,
- Mieux séparer le matériel stérile du matériel non stérile et étiqueter les lieux de rangement (stérile VS non stérile),
- Assurer un stockage d'EPI dans les services pour permettre aux soignants de se servir en cas de survenue d'événement indésirable nécessitant de réagir vite,
- Améliorer la propreté des sols, notamment à la maternité,
- S'assurer de la présence de serviettes réutilisables pour s'essuyer les mains à chaque point d'eau,
- S'assurer de la présence de sacs poubelles et de l'étiquetage des poubelles,
- Améliorer la gestion des déchets infectieux (incinération régulière et enterrement),
- Sensibiliser sur l'intérêt de la gestion centralisée de la stérilisation,
- Elaborer des protocoles relatifs aux accidents d'expositions au sang et former les professionnel(le)s de santé,
- Renforcer l'information des patient(e)s concernant la distanciation sociale.

6.2.2. CSB d'Ambohipihaonana

- **Généralités**



Carte de visite du CSB

Distance d'Antananarivo : 11 kilomètres

Région : Vakinankaratra

District : Ambatolampy

Population : 20809 habitants (estimation 2018)

Route d'accès goudronnée

Services du CSB : consultation externe, CPN, maternité, prise en charge de la malnutrition, gestion des médicaments, vaccination

Lors de la visite, les professionnel(le)s rencontré(e)s ont été : la sage-femme chef et responsable du planning familial, la responsable de la vaccination, la responsable de la nutrition, la responsable de la CPN, la responsable des accouchements, la trésorière, la dispensatrice et la professionnelle d'appui. Ce CSB a été appuyé lors de la phase 2 du projet. Il est constitué d'une structure pavillonnaire sur un grand terrain à l'écart du village, sur la route nationale 7, pas très loin d'Ambatolampy. Le CSB dispose toujours d'eau mais celle-ci n'est pas forcément courante et peut provenir de bidons d'eau remplis par la professionnelle d'appui. L'alimentation du CSB en électricité est mixte avec notamment des panneaux. Les professionnel(le)s ont précisé avoir un accès constant à l'électricité.

- **Structuration de la PCI**

Organisation de la PCI au sein du CSB

Un médecin chef était présent au début de l'appui. Suite à son affectation à un autre centre en 2020, une sage-femme est devenue la responsable. Une implication importante de la sage-

femme chef a été constaté. Celle-ci s'occupe de la gestion du personnel et des ressources, supervise les rapports et la gestion du CSB de manière générale. Il n'y a pas de réunions d'équipe dédiées à la PCI, d'équipe PCI, ni d'indicateurs de suivi. La file active du CSB était de 20 à 30 personnes par jour pour la vaccination, 20 personnes par jour pour la CPN environ et 10 personnes par jour pour la nutrition.

Instructions et protocoles

Les instructions du lavage des mains étaient affichées au-dessus des robinets, en français et avec des pictogrammes. Concernant le traitement de l'instrumentation et l'utilisation de l'autoclave, les professionnel(le)s nous ont informé de l'existence d'un protocole écrit qui n'était pas affiché.

Gestion du budget

La participation par les bénéficiaires a été mise en place pour les consultations externes pour les enfants de plus de 5 ans, les soins et accouchements, et une exemption de paiement pour les consultations prénatales, et les consultations des enfants de moins de cinq ans. Une sensibilisation par les professionnel(le)s est opérée auprès des patient(e)s pour leur expliquer l'intérêt de participer à l'achat du matériel de PCI. Le levier de la peur est mobilisé pour convaincre les patient(e)s, en soulignant le risque de « contracter une maladie » si un soin est réalisé avec du matériel « souillé ». La conviction de l'intérêt de la participation par les bénéficiaires, même minime a été verbalisée, permettant notamment le financement d'un(e) professionnel(le) d'appui considérée comme indispensable à l'amélioration de la PCI.

La gestion de la participation par les bénéficiaires est assurée par la dispensatrice, sous la supervision de la sage-femme cheffe. Concernant l'achat des consommables et du gaz, elle est supposée être garantie par la participation par les bénéficiaires et les dotations étatiques *via* le PTA. Néanmoins, au niveau central, des retards dans les dotations ont été décrits. Une participation ponctuelle des professionnel(le)s à l'achat de gaz a été soulignée.

Monitoring et formations

En janvier 2019, les professionnel(le)s du CSB ont été formé(e)s par l'AOI. Le suivi dans le CSB a été réalisé par deux membres de l'AOI (médecin spécialiste en Santé publique et responsable logistique) et le SDSP (médecin inspecteur ou adjoint technique). Six suivis ont été réalisés entre 2019 et septembre 2023. Concernant l'évaluation du centre, le score attribué au CSB était de 2,20/10 en janvier 2018. Il est monté à 7,75/10 pour le centre et 8,50 pour la maternité en juillet 2019. Le suivi annuel de ce score témoigne d'une légère amélioration puis d'une relative stabilité depuis 2019, il était de 9/10 en mai 2022.

Lorsqu'une activité est inférieure aux résultats attendus (ex : 40 vaccinations au lieu de 50), la procédure suivante a été décrite : exploration du problème par la sage-femme chef, suivi de l'élaboration d'un plan d'action par les professionnel(le)s.

Les professionnel(le)s ont souligné(e)s la contribution de la formation de professionnel(le)s du CSB par l'AOI pour les convaincre de l'importance du nettoyage du sol et des surfaces et de l'intérêt de la stérilisation.

- **Les systèmes de PCI**

Gestion des EPI

Toutes les professionnel(le)s portaient un masque à notre arrivée dans le CSB. Les masques ont été enlevés pour les temps d'échanges et nous n'avons pas observé de prise en charge de patient(e)s. Concernant le port des EPI les professionnel(le)s ont déclaré : (i) porter systématiquement un masque pour recevoir un(e) patient(e) et pendant les accouchements ; (ii) changer leurs masques deux fois par jour au moment du repas, (iii) utiliser des gants lors de l'examen des patient(e)s et les changer après chaque patient(e) ; (iv) pour les accouchements utiliser un masque, des gants et une surblouse.

Les professionnelles de la salle d'accouchement se servent de kits stockés dans la salle. Pour les autres, les professionnelles achètent leurs propres masques et se servent en gants dans le bureau de la sage-femme chef. La protection de la professionnelle d'appui n'était pas optimale. Une absence de mise à disposition de masques, de gants épais et de tablier malgré le risque d'être en contact directs des déchets (y compris coupants) a été déclaré. Nous avons également observé un manque de chaussures adaptées (port de chaussure ouverte).

Traitement de l'instrumentation et stérilisation

Le trempage des instruments est réalisé dans les salles de soins avant d'être transféré à la stérilisation lorsqu'il y a suffisamment d'instrument pour démarrer un cycle de stérilisation.



Serviettes de séchage (gauche) et bac de trempage (droite) - CSB d'Ambohipihaonana

Le lavage des instruments est fait en salle de stérilisation sur une table dédiée recouverte d'une nappe. Les professionnelles utilisaient du liquide vaisselle pour faire tremper le matériel dans un bac. Celles-ci n'ont pas évoqué le fait de frotter les instruments avec la brosse lors de la démonstration (mais celle-ci était présente). Elles ont déclaré effectuer le rinçage dans un deuxième bac et utiliser de petites serviettes pour le séchage et l'emballage, ainsi que du scotch pour numéroter les sets. Les sets sont enrobés avec une serviette bleue. Une confusion entre les serviettes de séchage et celles utilisées pour emballer les sets a semblé exister.



Salle de traitement de l'instrumentation et de stérilisation - CSB d'Ambohipihaonana

La stérilisation s'effectue dans la même salle que pour le lavage des instruments. Le sol n'est pas carrelé (cela a été identifié spontanément par la sage-femme chef). La salle était propre. Une réalisation de la stérilisation par l'ensemble des membres du CSB, par tour de garde, a été décrite. Il existe un cahier de stérilisation, dont les cycles sont réalisés deux fois par semaine depuis 2019.

DATE	1 ^{er} CRACHE	1 ^{er} PURGE	2 ^{ème} PURGE	3 ^{ème} PURGE	DEBUT DE STERILISATION	FIN DE STERILISATION	EMBARQUEMENT
01 SEPT 2024	14h 20	14h 35	14h 40	14h 45	14h 50	15h 10'	1/14
03 SEPT 2024	13h 10	13h 25	13h 30	13h 35	13h 40	14h 00'	2/14
05 SEPT 2024	15h 20	15h 35	15h 40	15h 45	15h 50	15h 10'	3/14
08 SEPT 2024	14h 15	14h 30	14h 35	14h 40	14h 45	15h 05	4/14

Cahier de stérilisation - CSB d'Ambohipihaonana

L'autoclave est posé à même le sol dans un coin de la pièce, branché à une bouteille de gaz. Les professionnel(le)s nous ont informé que l'autoclave était fonctionnel et que le temps de stérilisation était respecté. Quand la stérilisation est terminée, les sets d'instruments sont

stockées dans des armoires. Un contrôle de conformité est effectué. Il s'agit d'un contrôle de pression par manomètre.



Salle de stérilisation - CSB d'Ambohipihaonana

Comme tout le monde est formé, une absence d'interruption de la stérilisation a été décrite. Le seul risque identifié par les professionnelles présentes est le manque de gaz lorsque les revenus ne sont pas suffisants (risque déclaré comme jamais survenu). Lorsqu'une importante activité de soins survient, une utilisation ponctuelle de la désinfection à l'eau de javel a été déclarée. Les professionnel(le)s ont souligné des divergences de préconisations entre les institutions et partenaires techniques et financiers. Si la désinfection à l'eau de javel était préconisée par le Ministère de la Santé Publique ou des projets, elle était déconseillée par l'OMS et l'AOI.

Gestion des déchets

Trois poubelles étaient présentes partout : poubelle rouge pour les déchets contaminés, verte pour les déchets non contaminés et des safety box pour les instruments coupants. Une bonne connaissance du code couleur a été observé par les professionnelles rencontrées.



Gestion des déchets en salle de soin - CSB d'Ambohipihaonana

Lorsque les safety box sont pleines, les professionnelles nous ont informé les vider dans l'incinérateur. L'incinérateur ne fonctionnait pas lors de notre visite, soulevant la question de la gestion actuelle des déchets. Il existait deux fosses couvertes et clôturées dans lesquelles les déchets étaient jetés à tour de rôle..

Lavage des mains

Une démonstration du lavage des mains a été réalisée en salle d'accouchement. Le robinet ne marchait pas, l'eau était prise dans un bidon en plastique avec un manche, nécessitant d'être deux pour qu'une professionnel(le) verse de l'eau pour l'autre. Pour être optimal, il aurait été nécessaire d'utiliser une petite serviette pour manipuler le manche sous peine de ne plus avoir les mains propres, ce qui n'a pas été observé. Le lavage des mains était réalisé au liquide vaisselle. Les cinq étapes du lavage de main ont été respectées. Les cinq moments où le lavage des mains doit être réalisé n'ont pas été énumérées exhaustivement (à chaque contact avec le patient(e) (avant/après), avant de préparer la nourriture et changer une couche). Les instructions du lavage des mains étaient affichées au-dessus du robinet en français et avec des images. Toutes les professionnelles avaient des bagues aux mains.



Démonstration du lavage de mains - CSB d'Ambohipihaonana

Gestion du linge

La professionnelle d'appui lave les serviettes et les linges avec du savon en bloc apporté par les parturientes toutes les semaines. Nous ne connaissons pas la fréquence du lavage du linge. Les moustiquaires sont lavées tous les mois.

Nettoyage et organisation de l'environnement

Le CSB était propre et ordonné. La professionnelle d'appui était responsable du nettoyage des salles, du matériel de soins, du jardin, des toilettes et de l'incinérateur. Elle réalise un ménage quotidien entre 7h et 16h, sauf le week-end ou les professionnelles de santé le font. En complément, les professionnelles nous ont informé toutes participer à un « *grand ménage* » hebdomadaire le vendredi.

Les sols sont lavés tous les jours à l'eau de javel et au savon en poudre apporté par les parturientes. Le même matériel est utilisé pour tous les services sauf pour la salle d'accouchement qui possède un matériel à part (besoin de "garantir la santé du bébé", activité supérieure aux autres services). Un balai rasta est utilisé après chaque nettoyage du service en salle. Il y a parfois un manque de renouvellement du matériel de nettoyage (le balai rasta est parfois abîmé ou utilisé de manière indifférenciée entre salle d'accouchement et le reste des pièces). Les professionnel(le)s déclarent nettoyer les surfaces hautes sont lavées après le passage de chaque patient(e) (en salle d'accouchement avec de l'eau javel et du lave vitre, en salle CPN et en salle PF avec du lave-vitre). Des serviettes différentes sont disponibles dans chaque salle pour les mains et les surfaces hautes.



Salle d'accouchement - CSB d'Ambohipihaonana

Des armoires étaient présentes dans tous les services où des soins impliquant du matériel stérile étaient effectués. L'étage supérieur des armoires était stérile alors que l'étage inférieur était dédié au matériel non stérile, ce qui n'était pas optimal, d'autant plus que les étages n'étaient pas étiquetés.



Prévention des blessures par instruments coupants

Aucune procédure spécifique de la marche à suivre en cas d'AES n'ont été observées. En partant du constat que ce n'était jamais arrivé, les professionnelles ne semblaient pas les connaître (ex : description par une professionnelle d'un lavage au savon puis à la bétadine suivi d'un pansement) ni considérer important de savoir les gérer.

Prévention des infections associées aux soins

Nous n'avons pas constaté de procédures relatives à la prévention des IAS au sein du CSB.

- **Conclusion**

Le CSB était propre et les professionnel(le)s très impliquées dans la PCI. Nous avons pu constater que certain(e)s finançaient l'achat de consommables pour conserver des pratiques optimales. En outre, c'est le seul CSB visité où le traitement de l'instrumentation était déclaré comme centralisé. Différentes préconisations peuvent être proposées,

- Constituer une équipe PCI,
- S'assurer de la bonne formation de tous les professionnel(le)s au lavage de mains,
- Harmoniser les directives affichées dans le CSB en cohérence avec les pratiques décrites, notamment en ce qui concerne la stérilisation au lieu de la désinfection à l'eau de javel. S'assurer que les professionnel(le)s n'effectuent plus de désinfection à l'eau de javel,
- Etiqueter les armoires de rangement, notamment entre matériel stérile et non stérile,
- S'assurer d'un approvisionnement suffisant en matériel de nettoyage, notamment en balai rasta, afin de bien séparer le matériel pour les services qui le nécessitent, envisager un traçage de l'utilisation du matériel avec des délais limite d'utilisation qui permettraient de prévoir quand le renouveler,
- Etablir des procédures de gestion des AES et former les professionnel(le)s,

- S'assurer du bon fonctionnement de l'incinérateur, en prévoyant le travail nécessaire pour s'en occuper dans la gestion du budget PCI (notamment s'il faut qu'un(e) professionnel(le) d'appui dédie du temps pour cela),
- S'assurer d'un bon approvisionnement en EPI pour le ménage pour la professionnelle d'appui, notamment des chaussures adaptées, des gants épais et une blouse de protection,
- S'assurer d'un port optimal des EPI par les professionnel(le)s (pas de masque en dessous du nez) et de la mise à disposition des EPI dans chaque service.

6.2.3. CSB d'Ambodifarihy

- **Généralités**



Carte de visite du CSB

Distance d'Antananarivo : 30 kilomètres

Région : Vakinankaratra

District : Ambatolampy

Population : 3364 habitants (est. 2018)

Route d'accès : inaccessible en voiture pendant la saison des pluies (novembre à avril). Si besoin, les personnes se déplacent à pied, à vélo ou en deux roues pendant cette saison.

Equipe du CSB en 2022 : un médecin-chef (remplacée par une sage-femme depuis), 4 sage-femmes et infirmier(e)s, 1 dispensateur, 1 agent voucher et 1 gardien.

Différent(e)s professionnel(les) ont été rencontré(e)s, notamment la sage-femme chef du CSB, la sage-femme responsable de la stérilisation, deux sage-femmes responsables de la consultation post-natale et la nutritionniste. Un membre de l'AOI était présent ponctuellement pendant la visite et des conseils aux soignant(e)s ont été donnés à plusieurs reprises. Cette situation a pu entraîner des interférences lors des échanges de l'évaluation.

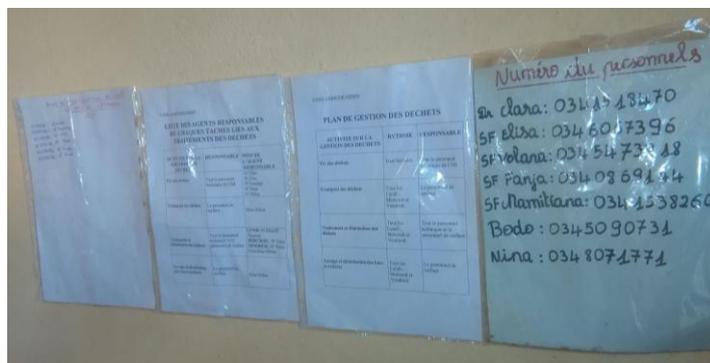
Lors du suivi du CSB, le score du CSB a évolué : il était de 3,5/10 le 15/01/2019, de 9/10 le 19/05/2022 (ce score était stable pendant trois visites consécutives) et de 7,25/10 le 7/05/2024. Selon les membres de l'AOI Madagascar, le turnover dans le centre a pu avoir une incidence sur les bonnes pratiques de PCI. Un appui financier important du FBP a été reçu par

ce CSB. Cela a permis de mettre en place une réhabilitation significative de l'infrastructure avec la création de salles de soins, la construction de la clôture autour du CSB, de la grande salle, du bloc sanitaire et de la pharmacie. Les professionnel(le)s ont constaté des problèmes de renouvellement du matériel (vieux tissus et blocs de savons dans les salles d'accouchement notamment). Le château d'eau a été construit fin août 2024, avec le soutien financier du FBP. La construction d'un évier dans la salle de consultation, a été réalisé la semaine de l'observation (raccord à l'eau courante prévu pour fin septembre 2024). La construction d'un puits d'eau pour le traitement de l'eau usée était prévue la semaine suivante afin d'éviter un écoulement devant les salles de consultations. L'électricité est fournie uniquement par les panneaux solaires.

- **Structuration de la PCI**

Organisation de la PCI au sein du CSB

La liste des affectations du personnel technique et d'appui aux tâches de nettoyage ainsi que la fréquence de ces tâches étaient affichées à l'entrée du bâtiment en face de la consultation externe. Un nettoyage du bac à ordures trois fois par semaine était affiché.



Affichage des tâches de nettoyage - CSB d'Ambodifarihy

Gestion du budget

Le paiement par les bénéficiaires a été instauré puis maintenu, même lors de l'appui financier du FBP. La consultation est gratuite pour les moins de 5 ans, les femmes enceintes et celles qui ont accouché depuis moins de deux mois. L'Etat a doté le CSB de kits d'accouchement contenant un clamp ombilical, des champs imperméables, des habits pour le nouveau-né ainsi que du savon solide.

Monitoring et formations

L'équipe du CSB a été formée par l'AOI en janvier 2019, puis six visites de suivis ont eu lieu. Les professionnel(e)s ont déclaré que les procédures et principes de la stérilisation étaient connus de tou(te)s. Lorsqu'un(e) nouveau(elle) professionnel(l)e arrive, sa formation par la sage-femme chef ou la sage-femme responsable de la stérilisation (ou tout autre personne

maîtrisant la stérilisation) a été déclarée. Ensuite, une étape d'observation des pratiques a été décrite avant la mise en pratique des connaissances lorsqu'il ou elle se sent prêt(e).

- **Les systèmes de PCI**

Gestion des EPI

Concernant le port des EPI, le port de gants, de masques et de bottes par les professionnel(le)s d'appui a été décrit. Certaines professionnelles avaient les cheveux détachés. L'agent d'entretien portait une blouse et des chaussures ouvertes. Les sage-femmes étaient en sabots en plastique (type Crocs®) avec des chaussettes. Certaines professionnelles de santé avaient des bagues aux mains. Toutes portaient des masques, mais certaines le portaient en dessous du nez. D'après les professionnel(le)s, les gants ménagers étaient en assez grande quantité, cependant la sage-femme chef a souligné un épuisement rare du stock d'EPI.

Traitement de l'instrumentation et stérilisation

Conformément aux recommandations, une absence de trempage des instruments à l'eau de Javel a été déclarée. Néanmoins, les protocoles correspondants étaient affichés. Les procédures de lavage des instruments n'étaient pas affichées partout. Les instruments étaient trempés et nettoyés dans chaque service. Certaines surfaces des zones dédiées au traitement de l'instrumentation n'étaient pas rénovées.



Zones de traitement de l'instrumentation - CSB d'Ambodifarihy



Bacs de traitement des instruments - CSB d'Ambodifarihy



Zone de traitement des instruments - CSB d'Ambodifarihy

La stérilisation centrale se faisait via un autoclave de type All American dans une pièce dédiée. Il n'y avait pas de SAS à l'entrée. Aucune interruption de stérilisation n'a été déclarée. Les protocoles de fonctionnement de la stérilisation étaient affichés au-dessus de l'autoclave qui était positionné au sol. Le CSB possédait un cahier de stérilisation, tenu à jour avec les heures et dates des cycles. Le rythme dépendait de l'activité mais en général, les professionnel(le)s ont indiqué stériliser les instruments deux fois par semaine. Une participation de tou(te)s les professionnel(le)s, sous forme d'un tour a été décrite, avec une capacité de tous les professionnel(le)s de gérer la stérilisation. Une quantité suffisante de gaz a été décrite. Une professionnelle nous a fait une démonstration du fonctionnement de la stérilisation, et semblait respecter les instructions. Une méconnaissance de la gestion des sets mouillés à la sortie de l'autoclave a été constatée. Il y avait des serviettes pour sécher les pinces dans la salle de stérilisation. Les professionnel(le)s conditionnaient les instruments dans une serviette en coton en apposant une étiquette dessus. Les instruments étaient ensuite mis dans l'autoclave.



Démonstration de l'emballage des sets - CSB d'Ambodifarihy

L'activité dans le CSB impliquait une utilisation constante des instruments, avec une absence de temps de stockage décrite par les professionnel(le)s. Une quantité de sets disponibles suffisante a été décrite, pour qu'il n'en manque pas et une absence de croisement des sets d'instruments entre les services a été décrite. En outre, une réalisation de la stérilisation lorsqu'il n'y avait plus de matériel disponible a été déclarée, questionnant la gestion de situation où du matériel en train de stérilisé est nécessaire.



Salle de stérilisation - CSB d'Ambodifarihy

Gestion des déchets

Le personnel d'appui emmène les safety box à la fosse de déchets lorsqu'elles sont pleines. Les poubelles étaient au nombre de quatre partout avec des étiquettes pour indiquer leur fonction. Les poubelles dans la salle de consultation post-natale étaient à côté de la table de consultation pour des raisons pratiques, bien qu'un positionnement plus à l'écart afin de ne pas toucher les soignants et patient(e)s aurait été optimal.



CSB d'Ambodifarihy

Le rythme de sortie des poubelles vers la fosse était de trois fois par semaine. Le personnel d'appui a été décrit comme responsable du brûlage des déchets et de leur transport. Trois fosses n'avaient pas de couvercle et deux étaient clôturées.

Lavage des mains

Dans la salle d'attente et la salle d'accouchement, le produit lave-mains était un savon liquide désinfectant. Les professionnel(le)s de la salle de consultation déclaraient se laver les mains avant d'examiner le patient. Nous avons pu assister à une démonstration d'un lavage de mains par une professionnelle de santé, qui portait une bague. Celle-ci s'est mouillée les mains et a demandé de l'aide pour l'utilisation du savon liquide. Les étapes du lavage de main étaient conformes aux instructions affichées. Lors du rinçage, les mains de la professionnelle sont rentrées en contact avec le robinet à la fin. Elle s'est ensuite séchée les mains avec une serviette dédiée qui semblait propre. L'eau a été arrêtée avec les mains propres au lieu d'utiliser la serviette ayant servi à s'essuyer les mains. La serviette utilisée a été jetée dans une corbeille dédiée et la personne a terminé de se sécher les mains à l'air libre.

Par ailleurs, les étapes du lavage n'étaient pas toujours affichées au-dessus des stations de lavage des mains. Le bidon pour le lavage des mains dans la salle de consultation post-natale était abîmé (une réparation 5 jours après la rupture était programmée). Les professionnelles de la salle de planification familiale déclaraient se laver les mains à l'arrivée dans la pièce et après avoir géré les déchets. Le port des gants lors des vaccinations a été souligné par la responsable du CSB.

Les professionnelles de la consultation post-natale déclaraient se laver les mains à l'arrivée, porter des gants pour nettoyer la pièce, les retirer puis se laver les mains de nouveau pour accueillir le patient.



Stockage des serviettes de séchage sur les bidons d'eau - CSB d'Ambodifarihy

Gestion du linge

Un lavage du linge quotidien, entre chaque patient, à la main, par le personnel d'appui a été déclaré. Il n'existait pas de salle dédiée pour cela.



Bac de linge - CSB d'Ambodifarihy

Nettoyage et organisation de l'environnement

Dans la salle attenante à la salle d'accouchement, les professionnelles utilisaient du lave-vitre pour le nettoyage des surfaces, nettoyées entre chaque patient(e). La fréquence du nettoyage du bac à ordures était affichée comme étant de trois fois par semaine.



Propreté de la salle attenante à la salle d'accouchement - CSB d'Ambodifarihy

Comme dans tous les CSB visités, les médicaments étaient payants. Les patient(e)s allaient les chercher à la pharmacie du CSB avec l'ordonnance obtenue lors d'une consultation.



Stockage des sets de stérilisation - CSB d'Ambodifarihy

Vaccination

Il existait un frigo fourni par l'UNICEF qui marchait à l'énergie solaire dans la salle de vaccination pour stocker les vaccins et l'ocytocine. Celui-ci semblait fonctionnel.

Prévention des blessures par instruments coupants

Nous avons pu observer la gestion d'un saignement post vaccination, avec des professionnel(le)s qui ne portaient pas de gants. Il n'y avait pas de procédures de gestion des AES affichées et les professionnelles ne semblaient pas savoir comment faire face à ce genre de situation.

Prévention des infections associées aux soins

Normalement, seules deux accompagnant(e)s étaient autorisé(e)s par femme accouchée, mais lors de notre visite, deux des trois accouchées présentes étaient entourées d'environ cinq personnes. Il ne semblait pas y avoir de procédures ni de pratiques spécifiques à la prévention et gestion des infections nosocomiales dans le CSB.

Seules sept femmes ont bénéficié de la pose d'un dispositif intra-utérin depuis l'ouverture du CSB, ce qui questionne la pratique de pose, de suivi de sa tolérance et des effets indésirables (inflammatoires et infectieux) et de son bon positionnement sans pratique régulière. La pose était réalisée seulement par la sage-femme responsable de la planification familiale et la sage-femme chef.

- **Conclusion**

Une évolution importante a été observée dans le CSB depuis 2019. Une réhabilitation importante de la structure a été effectuée ainsi que la mise en place des systèmes de PCI et de la participation des bénéficiaires. La stérilisation semblait être maîtrisée par les professionnel(le)s même si la gestion des sets pose question. Différentes préconisations peuvent être formulées :

- Assurer une tenue adéquate de travail (éviter les cheveux détachés, les blouses ouvertes, les bagues aux doigts, les masques sous le nez),
- Afficher les procédures du lavage de main au-dessus de chaque point d'eau,
- Assurer la bonne mise en œuvre du lavage des mains,
- Centraliser davantage le traitement de l'instrumentation,
- Assurer l'affichage des procédures de trempage au-dessus des zones dédiées,
- Ne pas attendre systématiquement qu'il n'y ait plus d'instruments disponibles pour réaliser un cycle de stérilisation (afin d'éviter de devoir attendre ou de prendre des instruments sales en cas d'événement qui surviendrait pendant le cycle de stérilisation),
- Mieux séparer le matériel stérile du reste et étiqueter les lieux de rangement (*stérile versus non stérile*),
- Améliorer la gestion des accidents d'exposition au sang en sécurisant les professionnel(le)s (port de gants) et en élaborant des procédures de gestion,
- Améliorer la régulation du nombre d'accompagnant(e)s possibles par femme en post-partum,
- Dédier un espace pour le lavage du linge qui est lavé à la main par le professionnel d'appui (nous ne savons pas s'il était lavé sur place ou ramené à domicile),
- Retirer les protocoles obsolètes affichées,
- S'assurer de recouvrir les fosses de déchets.

6.2.4. CHRD d'Arivonimamo

- **Généralités**



Carte de visite du CHRD

Distance d'Antananarivo : 50 kilomètres

Région : Itasy

District : Arivonimamo

Population : 344 363 habitation (estimation 2022)

Accès Route d'accès goudronnée

La visite s'est déroulée le 13/09/2024. Lors de la visite, les professionnel(le)s rencontrés ont été : la majeure du service, des sage-femmes de la maternité, la professionnelle d'appui (stérilisation), la dentiste (chirurgie-dentaire), un volontaire (service accueil, triage, urgences – A.T.U) et la gestionnaire. Il est à noter que cette observation a été réalisée en l'absence de l'experte en PCI de l'équipe d'évaluation.

Le CHRD d'Arivonimamo est un centre pilote, appuyé dans le cadre de la phase 1 du projet. Il a aussi été appuyé par l'AOI il y a une dizaine d'années par rapport à l'hygiène (notamment une rénovation des carrelages et paillasse). Un turn-over important a été décrit. La file active comprend entre 700 et 800 personnes par mois. La médecin chef est restée pendant dix ans jusqu'en 2018-19, elle a été remplacée seulement quelques mois avant la visite. Les problématiques de la structure étaient décrites comme récurrentes avec beaucoup de CSB et CHRD de périphérie : la vétusté des bâtiments (y compris de la salle d'accouchement), une fuite de la toiture, avec un manque de moyen pour réaliser les réparations. Les CSB orientent les patient(e)s vers le CHRD si la prise en charge dépasse leurs capacités, sans que des transmissions spécifiques entre les équipes n'aient été décrites.

- **Structuration de la PCI**

Organisation de la PCI au sein du CHR

Une réunion mensuelle de l'ensemble des professionnel(le)s a été décrite, avec un point à l'ordre du jour sur la PCI et notamment l'asepsie. Un comité de pilotage interne mensuelle a été instauré, composé d'un représentant des médecins, des professionnel(le)s paramédicaux et de l'équipe administrative. Ce comité avait notamment pour objet : (i) de discuter des augmentations éventuelles des dépenses avec un représentant du corps des médecins, des professionnel(le)s paramédicaux, des administratifs ; (ii) de discuter comment mettre en œuvre les décisions ministérielles, lorsque de nouvelles décisions étaient prises.

Stratégies, procédures et Instructions, procédures

Les procédures étaient affichées dans toutes les salles visitées.

Gestion du budget

Les principales sources de financement sont l'Etat et la mise en place de la participation par les bénéficiaires. Le budget étatique, a été considéré comme insuffisant pour couvrir les activités de PCI et les dépenses annuelles (ex : difficultés pour l'achat de fournitures de soins et de bureau lors de notre venue). La mise en place de la participation par les bénéficiaires (hors actes gratuits) était considérée comme suffisante pour l'achat des ressources pour la stérilisation. En outre, sa contribution à l'amélioration des soins a été soulignée. Un manque de budget pour acheter des consommables a été souligné au moment de nos observations (ex : manque de budget pour l'achat de papier et de savon).

L'acceptabilité par les bénéficiaires était décrite comme bonne. Les professionnel(le)s ont déclaré s'adapter aux capacités financières des patient(e)s - si les patient(e)s ne pouvaient pas payer, le soin était quand même réalisé. La décision était prise par le médecin. Les bénéficiaires paient 1000 Ar. par pansement, 15000 Ar. pour le service d'imagerie (radiologie simple), 2000 Ar par séance de kinésithérapie (quelle que soit la prise en charge) et 1000 Ar par set de stérilisation. Lors d'une consultation, le médecin explique au patient(e) pourquoi il doit payer et lui fournit un justificatif de paiement à donner à la gestionnaire pour régler leurs frais. Tous les justificatifs sont consignés. Depuis deux ans, l'augmentation des actes obligatoirement gratuits complexifie le financement des établissements de santé.

Monitoring et formations

L'AOI a formé tout le personnel à la stérilisation. L'organisation d'une formation théorique et pratique par les professionnel(le)s pour les nouveaux(elles) arrivant(e)s a été décrite. C'est dans ce centre que les vingt-cinq personnes du ministère, notamment les membres du SSENv, ont été formées à l'utilisation de l'autoclave par l'équipe de l'AOI.

- **Les systèmes de PCI**

Gestion des EPI

A la maternité, les professionnel(le)s ont déclaré porter des blouses, des tabliers réutilisables en cas d'accouchement (avec une interrogation sur la marche à suivre en cas d'accouchements simultanés), des gants fournis dans le kit d'accouchement acheté par la patiente et des masques. Aucun problème de stock n'a été souligné. La major du service est en charge de la gestion du stock. Pour la chirurgie-dentaire, nous avons constaté, lors d'un geste dentaire, le port de gants, d'un masque et d'une surblouse par la dentiste. Le port des EPI suivant ont été décrits au niveau de la chirurgie-dentaire : une paire de gants par patient, deux blouses/jour, un lavage des mains après chaque patient(e). Aux urgences, les professionnel(le)s portaient un masque, une blouse en permanence ainsi que des gants spécifiques pour la réalisation de pansements. Cet établissement concevait des blouses pour le personnel.

Traitement de l'instrumentation et stérilisation

Les professionnel(le)s ont déclaré avoir toujours maintenu les bonnes pratiques en matière de traitement de l'instrumentation et avoir été les premiers à abandonner la stérilisation à froid pour utiliser l'autoclave All American. Ils utilisaient du savon liquide. Le descriptif du lavage des instruments était conforme aux instructions affichées dans la maternité.

La stérilisation était gérée par trois personnes dont la cadre de santé du service. Environ un cycle de stérilisation était réalisé par jour. Le cahier de suivi était tenu et contenait la date des stérilisations depuis 2020, avec une moyenne de quatre à cinq cycles par semaine. Le CHRD a manqué ponctuellement de gaz sur cette période. Il possédait deux autoclaves (un petit et un grand). En cas de panne, l'existence d'un service de maintenance dans chaque région ainsi que d'un service central a été décrite. Il n'y avait plus de pastilles de contrôle de l'efficacité de la stérilisation disponible et les professionnel(le)s utilisaient des scotchs permettant seulement de suivre l'évolution de la chaleur. Le matériel était retourné aux services une fois stérilisé.



Salle de stérilisation - CHRD d'Arivonimamo

Si le nombre d'instruments n'était pas suffisant pour le cabinet de chirurgie-dentaire, une DHN à froid était réalisée.

Gestion des déchets



Zone de l'incinérateur - CHRD Arivonimamo

Un incinérateur de déchets a été refait un mois avant notre visite (soit août 2024). L'incinération est gérée par le personnel d'appui. A la maternité et aux urgences, nous avons constaté la présence de trois poubelles.



Set de trois poubelles - CHRD Arivonimamo

Lavage des mains

Il y avait des sèche-mains dans les différentes salles (utilisation non observée). A la maternité, la sage-femme responsable déclarait que le lavage des mains était son premier geste. La démonstration était conforme aux instructions affichées sauf en ce qui concerne le séchage des mains séchées à l'air.



Stations de lavage des mains et serviettes réutilisables - CHRD d'Arivonimamo

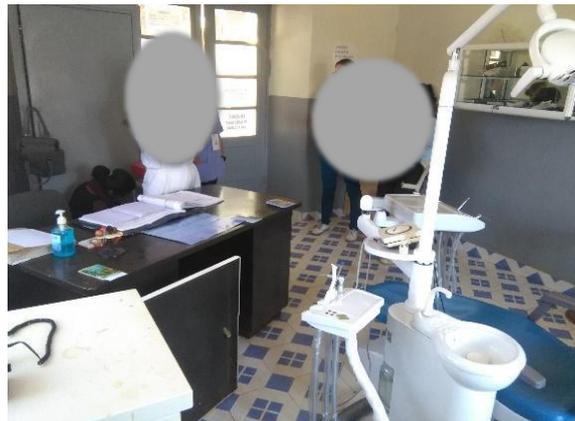
Aux urgences, nous avons fait le constat d'un lavage de mains conforme aux instructions après le passage d'un(e) patient(e). Le lavage des mains était le premier geste de la journée de la personne volontaire rencontrée, qu'elle déclarait effectuer également avant et après avoir examiné chaque patient.

Gestion du linge

Il y avait une machine à laver dans la salle de stérilisation pour nettoyer les sets et le linge.

Nettoyage et organisation de l'environnement

Lors de notre visite, le CHRD était moyennement propre. Ce sont les visiteurs de la maternité qui fournissent le savon en poudre pour nettoyer le sol et le bassin du lit. Les professionnel(le)s d'appui s'occupaient du nettoyage des sols, du linge et de l'incinération.



Cabinet dentaire - CHRD d'Arivonimamo

Les surfaces étaient lavées au lave-vitre. Dans la maternité, le sol était propre et carrelé, nettoyé par le personnel d'appui deux fois par jour et par les visiteurs après chaque accouchement avec une vérification de la propreté par la sage-femme. Le nettoyage des surfaces était effectué avec du lave-vitre après chaque acte des professionnel(le)s et entre chaque patient(e). En salle de stérilisation, le sol était carrelé et lavé tous les deux jours. Dans le cabinet dentaire, nous avons pu constater le nettoyage du sol (carrelé) après le passage d'un patient(e) par l'assistante dentiste. Aux urgences, le sol était carrelé et il y avait un balai rasta dans la pièce, il n'y avait pas de drap et de la rouille sur le brancard.



Urgences - CHRD d'Arivonimamo

Au niveau des armoires, le matériel non stérile était en bas, le matériel stérile en haut. En bas à droite de l'armoire (au niveau de l'affiche), présence d'une boîte en plastique fermée où sont mis les instruments non stériles en attendant que la professionnelle de la stérilisation vienne le chercher avec une autre boîte en plastique pour les stériliser.



Armoire de rangement - CHRD d'Arivonimamo

Prévention des blessures par instruments coupants

Au niveau du cabinet de chirurgie-dentaire, la professionnelle affirmait se laver les mains à l'eau savonneuse puis à l'alcool en cas de coupure.

Prévention des infections associées aux soins

Nous n'avons pas d'information concernant la prévention des IAS.

- **Conclusion**

Cette visite a été réalisée sans la présence de l'experte en PCI de l'équipe évaluation. Les professionnel(le)s rencontré(e)s étaient impliqué(e)s dans la PCI. Un environnement moyennement propre a été constaté. Différentes préconisations peuvent être proposées tel qu'assurer le financement des consommables, notamment le gaz nécessaire à la stérilisation,

éviter la DHN à froid décrite dans certaines circonstances, créer des procédures de gestion des AES et s'assurer de la formation de tous les professionnel(le)s, étiqueter les armoires de stockage afin de bien identifier le matériel stérile du non-stérile.

6.3. Entrevues avec les professionnel(le)s des formations sanitaires

- **Descriptif de l'échantillon**

Comme explicité dans la partie observation, des entrevues et temps d'échanges ont été réalisés en parallèles des observations (échantillon pour chaque formation sanitaire décrit dans les observations).

- **Situations des CSB et CHRD antérieur au projet d'appui à l'amélioration de la PCI et motivation au changement**

Les professionnel(le)s ont décrit un manque de propreté de l'environnement, avant la mise en place du projet d'appui. Des problématiques d'infrastructures, de matériels et de consommables ont été soulignées (ex : manque de lavabo, de savon liquide, absence de stérilisation). Dans un CSB, la motivation au changement a été renforcée par des événements indésirables récents. Un(e) professionnel(le) nous a décrit une utilisation, par l'équipe, de l'alcool avec du flambage pour désinfecter les instruments puis de l'eau chlorée avant le projet d'appui. Dans ce contexte, trois décès d'enfants sont survenus, potentiellement liés au manque d'hygiène. L'importance de cet événement a contribué à l'adhésion à de nouvelles pratiques de PCI (utilisation de l'autoclave) :

« Du coup [la PCI] c'est vraiment une question qui leur tient à cœur au sein du CSB. »

- **Effets perçus**

Différents apports de l'AOI ont été décrits suivant les formations sanitaires, avec un appui technique et matériel. Les principales activités relevées en entrevues étaient :

- La rénovation des locaux, l'apport et la réparation de matériels et consommables. Il s'agissait notamment de la construction ou la réattribution d'une salle dédiée à la stérilisation (ex : formation sanitaire où la vaccination et la stérilisation était réalisées dans la même salle), la réparation du fauteuil dentaire, une dotation en autoclave et gaz pour le démarrage.
- La mise en place des systèmes de PCI : la stérilisation, le lavage des mains, l'utilisation des EPI et le nettoyage de l'environnement ont été particulièrement discutés.
- La formation et le suivi : l'AOI a participé à la formation des professionnel(le)s et à la formation des nouveaux(elles) arrivant(e)s, en collaboration avec les professionnel(le)s de la formation sanitaire. Celles-ci portaient surtout sur le lavage de mains, la stérilisation et le tri des déchets. Un suivi par l'AOI a également été décrit, avec des visites régulières de chaque service par les membres de l'AOI pour vérifier le

suivi des recommandations, des instructions, la gestion du budget. Une surveillance de la cohérence entre le volume d'activités déclaré et le budget a également été mentionné dans plusieurs formations sanitaires, certaines évoquant ainsi les « *contrôles* » de l'AOI. Les professionnel(le)s ont indiqué suivre les recommandations émises par l'AOI, étant conscients que l'AOI puisse venir « *vérifier* ».

- La mise en place de la participation par les bénéficiaires (effets décrits ci-dessous).

Une perception positive du partenariat avec l'AOI, à l'origine de nombreux changements dans les formations sanitaires, a été exprimée. Pour les professionnel(le)s, ces perceptions étaient partagées par eux-mêmes, par les patient(e)s et par les autres formations sanitaires. Depuis que les pratiques de PCI se sont améliorées, les professionnel(les) ont constaté une augmentation de l'attractivité de l'établissement avec des patient(e)s qui viennent de loin (jusqu'à 5km) malgré la présence d'établissements privés aux alentours. Les professionnel(le)s ont souligné la confiance des patient(e)s dans la propreté de l'établissements, avec des personnes venant s'y faire opérer. Les établissements ont été perçus comme beaucoup plus propres par les patient(e)s, en particulier la salle d'accouchement. Une des responsables donne l'exemple de la stérilisation centrale considérée comme un "*énorme avantage*" qui a modifié les pratiques de soins. Le fait que personne ne fasse plus de pansement à la suite d'une infection a été cité comme un indicateur de l'amélioration des soins. Ainsi, depuis le début du projet, une augmentation du volume d'activité des établissements de santé a été observée avec notamment une augmentation du nombre d'accouchement et d'actes dentaires. Enfin, certaines formations sanitaires appuyées ont été considérées comme des modèles que d'autres établissements viennent visiter, avec des visites ponctuelles de chefs de service du CHU.

Les participant(e)s ont exprimé une appropriation collective de la démarche (une amélioration du travail d'équipe et de la motivation). Un changement des habitudes de soins suite au projet a été décrit dans les entretiens permettant de remédier à de "*mauvaises habitudes*". Les professionnel(le)s ont donné l'exemple de la stérilisation, réalisée à l'eau chlorée avant le projet. Les professionnel(le)s de santé ont considéré le lavage des mains comme faisant partie de leurs habitudes, notamment avant la préparation des vaccins. Cependant un besoin de renforcer la connaissance des procédures en cas de blessures par instruments coupants a été verbalisé.

- **Financement de la PCI et participation des bénéficiaires**

En termes de financement, plusieurs sources ont été décrites dans les entretiens. Il est à noter la différence entre les CSB et CHR. Ces derniers ont une gestion financière autonome, à partir d'un budget voté par le ministère des finances. Des différences peuvent exister entre le budget initial, rectifié et réellement engagé. Concernant le PTA, d'importantes difficultés

ont été verbalisées, avec des différences entre la théorie et la pratique. Au niveau du CoGé, les professionnel(le)s rencontrés estimaient que le PTA permettait l'achat des médicaments. Le rôle du CoGé était principalement décrit par le prisme du médicament (réception du financement, achat des médicaments à la pharmacie de district, réparation selon les besoins). Le circuit du financement était décrit comme partant de l'État vers les communes avec une prise en charge par le(la) maire et les responsables des CSB. Le(la) trésorière du CoGé est en charge de la gestion des fonds et dispose de la signature pour gérer le budget.

Une autre source majeure de financement cité était le FBP, qui a permis le financement des infrastructures sur des investissements ponctuels qui ne nécessitaient pas d'être renouvelés (ex : construction d'un portail, de murs et de clôtures, de panneaux solaires, d'une salle d'accompagnement).

Enfin, concernant la participation des bénéficiaires, l'intérêt de sa mise en place été souligné. Dans un CSB, elle a permis le financement du matériel dentaire et des consommables pour la stérilisation du matériel. Celle-ci a été décrite comme suffisante pour *“couvrir tous les besoins”* et *“bien acceptée par les bénéficiaires”*. Dans une autre structure, les professionnel(le)s ont déclaré sensibiliser les patient(e)s à l'importance de financer la PCI avec une utilisation de leviers relatifs à la peur pour cela. Différents éléments ont été évoqués pour maintenir l'accès aux soins. D'une part, l'exemption de paiement de certains actes (ex : dans un CHRD il s'agissait du planning familial, des consultations VIH et tuberculose, des situations des accidents de la voie publique) et certaines populations cibles (ex : femmes enceintes, enfants de moins de 5 ans). Cette exemption était systématique, avec un risque décrit d'exposé le professionnel à une sanction en cas de non-respect, au regard de la politique de gratuité des soins. D'autre part, la réalisation du soin même si les patient(e)s ne peuvent pas payer a été décrit dans une formation sanitaire, avec un choix de quel(le)s patient(e)s est exempté de paiement pour les actes éligibles au financement par les bénéficiaires.

« En termes d'acceptabilité, ce n'est pas un frein puisque le médecin explique comment est utilisée la somme. Ils sont d'accord. Si certains patient(e)s ne peuvent pas payer, le soin est quand même fait. »

Enfin, certaines structures dédient un financement pour embaucher du personnel de surface à temps plein malgré des difficultés de paiement. Cela témoigne d'un désir de pérenniser ces changements de la part des dirigeants des structures.

- **Freins et leviers pour la mise en place et la pérennisation de la PCI décrits dans les entretiens avec les professionnel(le)s des formations sanitaires**

La PCI et les changements apportés ont été décrits comme bénéfiques et importants à continuer. Lors des entretiens, les professionnel(le)s rencontrés ont exprimés des freins au changement de pratiques et au maintien des améliorations observées dans le temps. Selon les entretiens, il s'agissait :

- Des ressources financières limitées et des problématiques de financements des CSB et de la PCI,
- D'une structuration de la PCI parfois incomplète (ex : absence de réunions relatives à la PCI dans certaines formations sanitaires),
- De la nécessité du responsable d'établissement d'être un leader pour fédérer l'équipe et porter la PCI auprès des équipes et de poser le cadre pour que les activités de PCI fonctionnent (ex : une responsable de formation a souligné l'importance du travail d'accompagnement des équipes qu'elle faisait lorsque des erreurs en PCI étaient constatées), la volonté du responsable de la formation sanitaire de pérenniser la PCI,
- D'un cumul des tâches et fonctions décrit pour certain(e)s professionnel(le)s,
- De la problématique centrale du turn-over, dans un contexte où la poursuite des activités et la motivation des équipes semble reposer principalement sur une personne,
- Du constat que les compétences des professionnel(le)s sont encore inégales. La formation continue était encore nécessaire et certain(e)s professionnel(le)s ne maîtrisaient pas encore les pratiques de PCI,
- Des manquements concernant la protection du risque professionnel. Ce risque a notamment été souligné par la demande d'équipement adaptés à ses missions, formulée par un(e) professionnel(le) d'appui. Celui(elle)-ci nous a décrit travailler sans gants, tablier ni masques adaptés. Ces propos convergeaient avec nos observations (port de claquettes, qui sont des chaussures non adaptées à ses tâches, notamment pour vider les safety boxes),
- De l'absence d'une politique nationale PCI effective,
- D'un manque d'acteurs de terrain capables d'appuyer le suivi et du peu de partenaires sur le champ de la PCI. En dehors de l'AOI ont été cités des partenaires avec lesquels les formations sanitaires ont travaillé dans le passé. Il s'agissait de la Banque Mondiale avec le projet FBP et l'UNICEF avec le projet PASSOBA.

Si une responsable de CSB considérait son départ comme un réel risque pour le maintien d'un bon niveau de PCI, pour une autre responsable ce risque si elle venait à partir était mineur. Sa conviction pour la PCI et la formation de toute l'équipe limitait pour elle ce risque, malgré son rôle de leader actuel.

En plus des questions d'appropriation collective, l'investissement important en termes de ressources humaines était considéré comme essentiel. Suivant les entrevues il s'agissait : (i) du temps nécessaire pour améliorer la PCI dans la formation sanitaire, et (ii) la volonté d'intégrer le salaire de(s) professionnel(le)s d'appui dans le budget de fonctionnement pour pérenniser leur venue et assurer la régularité du nettoyage. L'importance d'infrastructures adaptées à la PCI et des salles de taille suffisantes (ex : salle de stérilisation) a également été soulignée. Ces caractéristiques étaient décrites comme des leviers indispensables pour qu'une formation sanitaire puisse être un modèle.

L'importance de l'organisation et la formalisation de la PCI a également été exprimée. Au niveau du CHRD, un levier cité était la constitution d'un comité de pilotage interne mensuel (décrit dans les observations).

Enfin, la question du système de récompense de l'investissement des professionnel(le)s a été abordé dans une entrevue. Une absence de système de récompenses a été décrite à l'heure actuel. La professionnelle considérait les récompenses comme un levier potentiellement intéressant, qu'il s'agisse d'une récompense financière ou d'un certificat.

- **Prochaines étapes identifiées dans les entrevues avec les professionnel(le)s des formations sanitaires**

Plusieurs perspectives ont été évoquées dans les entrevues. D'une part, une demande de formations par des partenaires a été verbalisée par les professionne(le)s, afin d'actualiser régulièrement leurs compétences en PCI, au regard des nouvelles méthodes. Selon eux, ces formations pourraient être conduites par des partenaires tels que l'AOI et/ou Action Contre la Faim. Il est à noter qu'il n'est pas envisagé de les mener par eux-mêmes en interne dans les structures. D'autre part, différentes pistes ont été évoquées ponctuellement comme des travaux dans une formation sanitaire (pose de carrelage, raccordement en eau courante pour la salle de stérilisation, réparation de la pompe à eau) ou encore un besoin de renforcer le travail d'équipe dans une autre.

6.4. Entrevues avec les autorités sanitaires et les OSC

- **Echantillon**

Sept entrevues ont été conduites auprès de 11 acteur(rice)s : trois représentantes du Service de Santé Environnement (SSEnv) du ministère de la santé publique, deux représentantes du Service De Santé Oculaire Auditive Et Bucco-Dentaire (SSOABD) du ministère de la santé publique, une représentante de l'Agence de Contrôle de la Sécurité Sanitaire et de la Qualité des Denrées Alimentaires (ACSQDA) et de l'Ordre National des Odontostomatologistes (ONOS) (anciennement au SSOABD), deux représentants du Service du District de Santé Publique (SDSP) d'Ambatolampy, un représentant de la Société Malagasy de Prévention et Contrôle de l'Infection – Water Sanitation Hygien (SMPCI WASH) et deux représentants de l'association des médecins communautaires de Madagascar (AMC-MAD). La section suivante présente ces différent(e)s acteur(rice)s et le partenariat avec l'AOI prévu dans le cadre du projet. Les entrevues ont été réalisées entre le 12/09/2024 et le 17/09/2024, par deux consultantes (une conduisant l'entrevue et une prenant des notes). Les notes ont été analysées de manière thématique. L'échantillon était composé de sept femmes et quatre hommes.

- **Structuration de la PCI à Madagascar et présentation des parties prenantes rencontrées en entrevue**

Le ministère de la santé publique et le Service du District de Santé Publique

Selon le plan d'action national de prévention et de contrôle des infections à Madagascar 2023-2027, Madagascar contient des formations sanitaires publiques (22 CHU, 16 CHRR, 99 CHR, 2710 CSB) et des structures sanitaires privées (notamment 824 dispensaires et cabinets médicaux, 124 cliniques). La pyramide sanitaire, avec les structures de soins et les entités administratives de rattachement est présentée dans la figure 7.

Au niveau national, les entrevues ont souligné l'existence de nombreuses directions et services du ministère de la santé publique impliqués de manière directe ou indirecte dans la PCI, tels que la Direction de la Promotion de la Santé (DPS), la Direction de la Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (DLMNT), la Direction des Soins de Santé de Base (DSSB), la Direction des Hôpitaux des Références et de Districts (DHRD) ou encore la Direction Générale des Fournitures des Soins (DGFS). En outre, les structures des différents niveaux de la pyramide sanitaire dépendent au niveau central de directions dédiées : les CSB à la DSSB, les CHR à la DHRD et les Centres régionaux à la DGFS. Un service d'audit interne du ministère opère un suivi général financier dans les établissements de santé avec une direction de rattachement différente en fonction du type d'établissement.

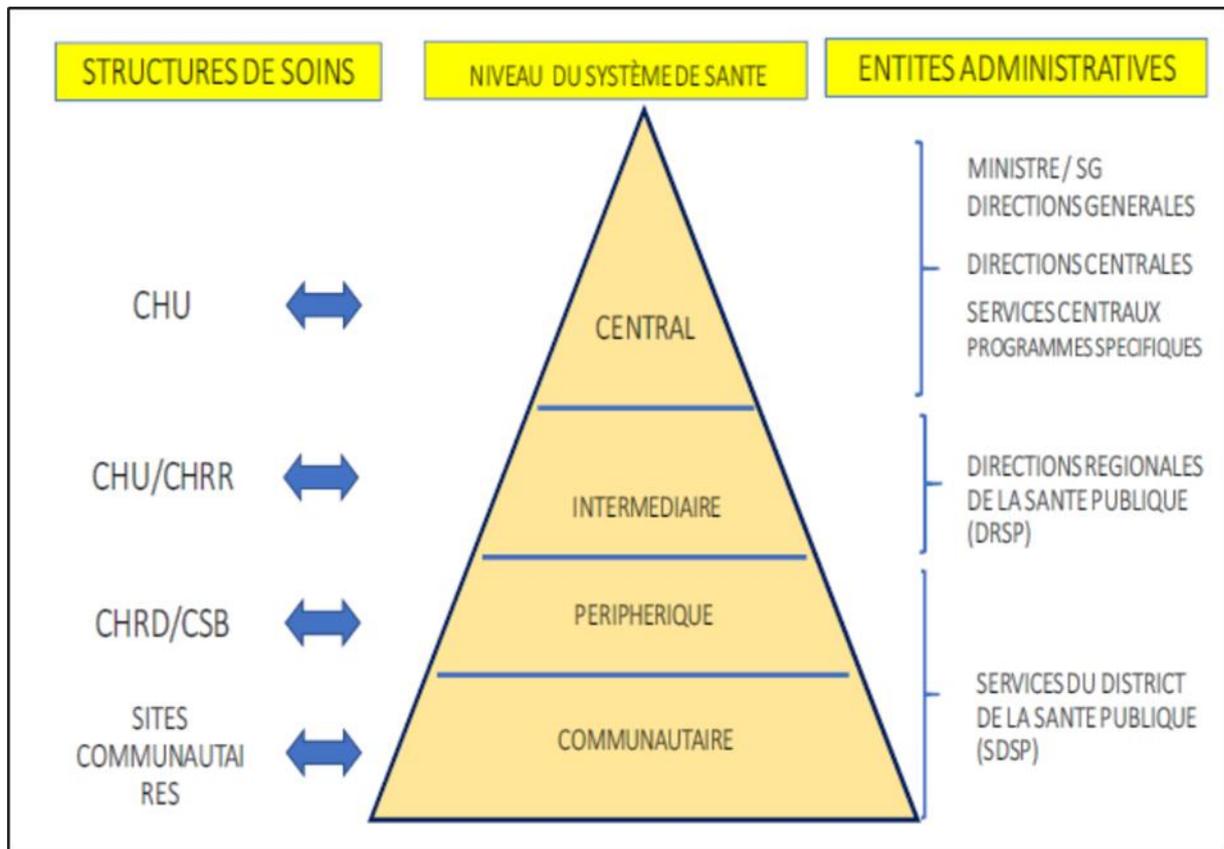


Figure 7 : La pyramide sanitaire à Madagascar (extraite du plan d'action national de prévention et de contrôle des infections à Madagascar 2023-2027)

Dans le cadre de l'évaluation, nous avons rencontrés deux partenaires majeurs de l'AOI le Service De Sante Oculaire Auditive Et Bucco-Dentaire (SSOABD), rattaché à la DLMNT et le service Santé Environnement (SSEnv), rattaché à la DPS. Le SSOABD a été un des principaux partenaires durant la phase 1 et 2 du projet, impliqué dans toutes les phases de mise en œuvre de la phase 2 sur les thématiques d'accès au fluor, l'amélioration de la PCI dans les formations sanitaires et à l'Institut d'odonto-stomatologie tropicale de Madagascar (IOSTM), le renforcement des compétences des cadres. Le SSOABD a notamment joué un rôle important dans l'initiation et l'appui de l'amélioration de la PCI dans les formations sanitaires (comme décrit dans la partie 6.1). À la suite d'évolutions au sein du SSOABD en 2019 (notamment du turnover) un ralentissement des activités menées conjointement avec l'AOI a été constaté. Par la suite, le soutien de l'AOI a été caractérisé dans les entretiens par l'appui de 3 CSB (comprenant un chirurgien-dentiste) dans la région d'Analamanga.

Le SSEnv joue actuellement un rôle clé dans l'élaboration du programme national puisqu'il pilote son élaboration en tant que point focal national concernant la PCI. Le SSEnv a pour principal objectif la prévention des maladies liées à l'environnement. Différentes missions ont été décrites dans les entretiens : coordonner des activités au niveau des districts et des formations sanitaires, élaborer des formations à destination des établissements de santé et des formations sanitaires, évaluer les WASH-PCI dans les établissements de santé et identifier

des indicateurs pertinents. Le SSENV se décline en quatre divisions : la division WASH et gestion des déchets médicaux, la division PCI, la division du contrôle et de l'inspection environnementale et la division du changement climatique, de la pollution et des produits chimiques. En transversale à ces quatre divisions, le SSENV comprend des unités administratives, de communication, de suivi et d'évaluation ainsi que des antennes régionales.

Au niveau district, le Service du District de Santé Publique (SDSP) est le représentant du ministère de la santé publique. Il gère l'administration de tous les CSB et CHR, qu'ils soient publics ou privés. Dans ce rapport, nous mettrons la focale sur le district d'Ambatolampy qui a été un partenaire clé de la phase 1 et 2 du projet. Les services au sein du SDSP d'Ambatolampy nous ont été présentés lors des entrevues, dédiés à différentes thématiques tels que la vaccination, la Planification familiale (PF), les IST/VIH, la surveillance épidémiologique, la nutrition, la santé communautaire, l'approvisionnement en médicaments venant du Ministère, les maladies non transmissibles, la gestion du matériel et du personnel. Dans chaque service, des missions communes étaient décrites : collecte de données, information, formation, suivi de programmes, supervision et approvisionnement en intrants. Le district sanitaire d'Ambatolampy comprend 25 CSB répartis dans les 20 communes. Les CSB gèrent les cas simples qui n'ont pas besoin de référence, d'analyses ou de prise en charge chirurgicale. Il existe des CSB privés, dont la majorité (environ 2/3) ne sont pas légaux et ne rapportent pas leur activité au SDSP. Trois CSB du district ont mis en place une démarche d'amélioration de la PCI dans leur CSB avec l'appui de l'AOI en phase 1. En phase 2, une mise à l'échelle sur l'ensemble du district a été réalisée à la demande du chef de district. Ils ont ainsi eu un rôle important pour l'impulsion de l'amélioration de la PCI dans le district. A partir de 2019 l'ensemble des CSB du district ont été soutenues hormis une minorité n'ayant pas de convention avec les autorités locales ou ceux ayant un problème avec la participation des bénéficiaires (n=1).

Les sociétés savantes et la SMPCI-WASH

La SMPCI-WASH est une association multidisciplinaire créée en 2020. Dans une approche interdisciplinaire, elle regroupe notamment des médecins hygiénistes, infectiologues, des infirmier(ère)s. Face à une situation préoccupante et un besoin de développer la PCI, la constitution de la société savante SMPCI-WASH a pour objectif de réunir les acteur(ice)s pour être plus efficace et avoir plus d'impact. Les objectifs de la SMPCI-WASH sont de : (i) favoriser, développer et promouvoir la PCI/WASH au niveau national et dans le système de santé actuel et (ii) de contribuer à appliquer sur le terrain et améliorer de manière pérenne la PCI au niveau national. Un enjeu est de favoriser l'implication et la collaboration des acteur(ice)s concernés par la PCI au niveau du système de santé malgache. Différentes déclinaisons de ces objectifs ont été décrits dans les entrevues :

- Sensibiliser les professionnel(le)s des hôpitaux à la prévention des IAS et de l'antibiorésistance, notamment en temps d'épidémie,

- Réaliser des formations,
- Réaliser des recherches sur les IAS et les moyens de les prévenir. Différentes thématiques sont choisies par le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) tels que la prévalence des IAS, les BMR, l'hygiène des mains et la gestion des déchets,
- Etablir des données probantes afin de mieux sensibiliser les professionnel(le)s,
- Faire du plaidoyer pour la mise en place d'un budget PCI au sein des hôpitaux.

De nombreuses autres sociétés savantes existent telles que la société malgache de cardiologie, de réanimation, de pédiatrie, de néphrologie, de biologie. Ces sociétés savantes sont imbriquées entre elles et la nécessité qu'elles contribuent toute à la lutte contre les IAS a été souligné dans une entrevue. Le partenariat avec l'AOI portait sur l'appui à la structuration et la formalisation de l'association, l'appui et l'accompagnement de la SMPCI-WASH dans le cadre de la mise en place du Plan Stratégique National en PCI, l'appui et l'accompagnement de la SMPI-WAHS dans ses activités (ex : atelier sur la PCI), l'appui et l'accompagnement dans le cadre de l'amélioration de la PCI au CHU de Befelatanana.

Les ordres professionnels et l'Ordre National des Odontostomatologues

Créé en 2011, l'Ordre National des Odontostomatologues (ONOS) est l'Ordre Professionnel qui regroupe l'ensemble des odonto-stomatologues exerçant à Madagascar et munis du diplôme de Chirurgien-dentiste ou d'odonto-stomatologue. L'ONOS est une institution de service public. Différentes missions de l'ONOS ont été décrites dans les entrevues : gestion de la déontologie et des règles de la profession, organisation des formations pour répondre aux besoins des odonto-stomatologues, organisation de congrès afin de partager les nouvelles connaissances. Concernant les formations, le rôle de l'ONOS est d'identifier les thématiques d'intérêts des professionnel(le)s par des sondages, de rechercher des formateur(ice)s, de soutenir les initiatives de formations et de collaborations avec les sociétés civiles. Des élections du Conseil d'Administration et du bureau de l'ONOS sont en cours. Dans l'attente de ces élections et de leur validation par le ministère, l'assise de l'ONOS était considérée comme non optimale. Si les activités ont été en partie ralenties par cette transition, il était prévu dans le cadre de la phase 3 du projet un renforcement de capacités des chirurgiens-dentistes membres de l'ONOS en PCI et l'élaboration et diffusion de supports pédagogiques.

L'Association des Médecins Communautaires de Madagascar

L'association des médecins communautaires de Madagascar (AMC-Mad) a été créée en 1997. Elle regroupe des Médecins généralistes communautaires (MGC) dont l'ONG Santé-Sud a accompagné l'implantation dans différentes zones rurales reculées à travers Madagascar, jusqu'en 2018, où l'association est devenue indépendante. L'installation des MGC répond à différents critères (éloignement géographique de plus de dix kilomètres des formations sanitaires, zone rurale, bassin de population suffisant), dans l'objectif de contribuer à améliorer la couverture sanitaire sur ces territoires. Concernant les actions décrites, il s'agit

notamment de l'appui à l'installation et la formation continue des MGC (ex : mise à disposition de matériel minimum pour l'installation tel qu'un lot de démarrage médicaments, un kit de stérilisation incluant un autoclave All American et du gaz), un suivi-formatif par des médecins référents, les échanges de pratiques entre pairs, des regroupements nationaux et régionaux pour partager et renforcer leurs compétences. Sur le plan de la PCI, différents points ont été soulignés dans l'entrevue : (i) les MGC ont été formés par des ONG tels que l'AOI (ex : formation initiale de deux semaines incluant les bases en PCI au moment de l'installation des MGC) ; (ii) la stérilisation à l'autoclave est privilégiée et une DHN est effectuée en cas de manque de temps. Un financement par les bénéficiaires a été instaurée pour financer les consommables nécessaires aux activités de PCI. Au niveau du partenariat avec l'AOI, les principaux axes étaient un appui organisationnel et technique à travers l'appui à la réalisation des activités de compagnonnage des membres, à l'organisation de l'Assemblée Générale et des premières journées internationales de la médecine communautaire à Madagascar, la formation théorique en PCI de l'ensemble des membres et l'appui à l'amélioration de la PCI de cinq cabinets de MGC. Différentes composantes de l'appui des cinq cabinets soutenus par l'AOI ont été décrites dans l'entrevue tels que la réhabilitation de leurs locaux, la formation théorique et pratique et le suivi.

- **Etats des lieux et problématiques actuelles**

Les parties prenantes rencontrées en entrevues ont soulignées différents enjeux pour l'amélioration de la PCI à Madagascar.

Conscience de la problématique des infections associées aux soins

Une prise de conscience de l'importance des IAS et un besoin d'amélioration de la PCI suite aux récentes pandémies ont été soulignées dans les entrevues. Néanmoins, plusieurs parties prenantes ont rappelé en quoi la sensibilisation à la PCI des professionnel(le)s à tous les niveaux de la pyramide reste un enjeu d'actualité.

« Il y a aussi les agents qui travaillent sur place qui ne sont pas conscients des dangers et des risques qu'ils ont s'il n'y a pas de PCI. Il y a beaucoup de formations sanitaires qui ne sont pas conscientes de ça. »

Une confusion chez certain(e)s professionnel(le)s sur le maintien de l'intérêt pour la PCI en dehors des épidémies a été soulignée. Chez d'autres professionnel(le)s, une absence d'intérêt ou une lassitude quant aux problématiques d'hygiène a été décrite.

« Mais les gens confondent un peu la PCI lors des épidémies et la PCI en général. Quand les épidémies sont terminées, ils ne font plus les choses. »

L'importance de, la prise de conscience collective et de l'existence d'un nombre suffisant d'acteur(rice)s convaincu(e)s au niveau des ministères, des hôpitaux, des universités et de la société savante faisait consensus dans les entrevues. En outre, l'identification des stratégies

en cours d'élaboration et l'implication des différentes directions des autorités sanitaires parties prenantes ont été soulignées. La reconnaissance des IAS comme un problème transversal qui doit être porté par tou(te)s a été discutée, pour cela certaines pistes ont été considérées dans une majorité d'entrevue :

- Une impulsion et un lead par le ministère de la lutte contre les IAS et la promotion de la PCI, avec une institutionnalisation du programme PCI, une vision partagée et une diffusion par toutes les directions impliquées,
- L'implication de tou(te)s les acteur(ric)e(s) suscités, de la prise de conscience de chacun du problème et du rôle qu'il peut jouer pour le résoudre le problème, de la collaboration entre les différent(e)s acteur(ric)e(s),
- Créer, organiser la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation d'une formation standardisée et harmonisée entre les filières (avec des ressources humaines et un budget dédié) et mettre en place un dispositif de formation continue,
- Mettre un point focal PCI à tous les niveaux de la pyramide sanitaire,
- Au sein des districts, avoir une formation pratique et théorique en PCI, renforcer la place de la PCI dans le suivi et mettre en place les conditions pour le faire,
- Au sein des formations sanitaires : (i) donner de l'importance aux comités et équipes structurantes (ex : CLIN et Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) dans les hôpitaux), (ii) impliquer des professionnel(le)s dans les hôpitaux, prenant en charge les patient(e)s, (iii) financer la mise en place la PCI. Il s'agit d'engager un budget dédié à la PCI et d'avoir du personnel dédié au suivi, à la mise en place de la PCI dans les hôpitaux, à la stérilisation centrale et formé sur le plan technique,
- L'importance de poursuivre l'appui des autorités sanitaires/des formations sanitaires afin de continuer la montée en compétence et/ou garantir le maintien des compétences dans les services aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Programme national de PCI et leaders en PCI à Madagascar

Le programme national de PCI est en cours d'élaboration. La dynamique est encore relativement récente, ce qui implique différents défis soulignés dans les entrevues.

« Les choses commencent peu à peu à se mettre en place. Mais il faut beaucoup plus d'application. »

Ces défis ont été associés à un nombre de leader estimé insuffisant. Tout d'abord, un enjeu d'institutionnalisation du programme PCI a été souligné avec une diffusion de cette stratégie et la (re)connaissance par tou(te)s du SSEnv en tant que point focal PCI. En effet, des variations du point focale PCI ont été constatées avant la situation actuelle. Ensuite, un manque de vision détaillé de ce que font les autres a été souligné, en dehors d'un noyau central portant la stratégie (ex : absence de référence à une stratégie nationale de PCI en

cours d'élaboration ou du point focal PCI, verbalisation d'un besoin de clarification des missions des différentes sociétés savantes, existence de travail en silo). La problématique du travail entre les différents services du ministère a été soulignée avec un important besoin de poursuivre le travail en interdiscipline. En outre, un renforcement des compétences des cadres et des compétences des professionnel(le)s en PCI, à tous les niveaux de la pyramide de sanitaire a été décrit, dans la continuité des formations théoriques et pratiques initiées dans le cadre de l'appui. S'appuyer sur l'expérience de l'organisation d'autres pays était une piste considérée par le SSEnv (ex : organisation d'échange d'expériences avec le Laos, sur leur organisation de la coordination de la PCI et l'existence des formateur(ice)s nationaux).

D'autre part, un enjeu d'opérationnalisation du programme national au niveau des établissements de santé et des formations sanitaires a été souligné. Si une stratégie et des documents de référence sont en cours d'élaboration, de nombreux besoins pour les appliquer ont été décrits. Par exemple, un guide technique et un curriculum PCI pour les formations sanitaires qui diffèrent pour les professionnel(le)s de santé et pour les professionnel(le)s d'appui ont été élaborés par le SSEnv. Une version pour les agents communautaires est en projet.

Priorité accordée à la PCI et stratégie

Un obstacle à l'amélioration de la PCI, souligné dans les entretiens exploratoires et par les parties prenantes, était des divergences dans les directives émanant des institutions et des partenaires techniques et financiers. La nécessité d'une harmonisation des directives pour avoir une stratégie commune actualisée au niveau national et éviter la confusion des professionnel(le)s sur les terrains a été soulignée. Des différences de visions et de stratégies ont été identifiées entre les discours des acteur(ice)s, à l'image des problématiques identifiées dans les entretiens exploratoires et entrevues avec les professionnel(le)s de santé.

D'une part, des différences ont été observées quant à : (i) la priorité mise sur l'amélioration de la PCI ; (ii) la mise en place de la stérilisation centrale et l'utilisation de l'eau chlorée *versus* de l'autoclave. Pour le SSEnv, le SMPCI-WASH, l'ONOS et l'AOI, la PCI était perçue comme une priorité à intégrer de manière transversale aux formations sanitaires. Les principaux points communs entre leurs discours étaient : le besoin d'une harmonisation de la formation en PCI entre les différentes filières, la nécessité d'améliorer l'organisation et l'environnement dans les CSB notamment en mettant en place une stérilisation centrale, l'abandon de la désinfection de haut niveau à l'eau chlorée remplacée par la stérilisation à l'autoclave. Pour le SSOABD, la priorité était d'abord d'équiper les cabinets de chirurgie-dentaire en fauteuil dentaire et matériel de soins. Ainsi la stratégie à privilégier était pour eux d'avoir un autoclave propre aux cabinets de chirurgie-dentaire, le rangement du matériel stérile dans des boîtes et non des serviettes et la poursuite du traitement de l'instrumentation au poupinel. En outre, la mise en place d'autoclaves à plus large échelle était, pour eux, considérée comme non

faisable, alors que l'utilisation du poupinel était une option intéressante, décrite comme plus efficace qu'un simple trempage. Ainsi, une divergence dans les priorités et la faisabilité de la mise en place d'une stérilisation centrale à plus large échelle a été constatée.

D'autre part, un point de discussion était le financement de la PCI avec la question de la participation des bénéficiaires. La participation des bénéficiaires a été mise en place de façon exceptionnelle dans les CSB soutenus par l'AOI, après avoir été officialisée par un arrêté communal. Néanmoins, au niveau du ministère il n'y a pas de texte dans lequel s'intègre cette participation, la politique étant celle de la gratuité des soins. Si l'intérêt de la participation des bénéficiaires était largement exprimée, elle était considérée comme impossible à officialiser au niveau national, dans un contexte où officiellement seuls les médicaments sont payants. Une ambivalence était verbalisée entre : (i) une politique de gratuité des soins, avec la perspective d'aller vers la couverture sanitaire universelle (CSU) ; (ii) l'efficacité perçue de la mise en place d'un financement par les bénéficiaires dans les CSB dans le contexte actuel, y compris par le ministère (intérêt pour le financement des consommables et du matériel, bonne acceptabilité).

Moyens dédiés à la PCI (ressources matériels, humaines et financières)

Un manque de moyens dédiés à la PCI a été souligné avec un manque de budget fléché (y compris au niveau des budgets de fonctionnement PTA). Un financement d'une majorité des consommables grâce aux dotations des partenaires techniques et financiers et/ou la participation des bénéficiaires a été souligné. En outre, si des dotations de consommables lors d'épidémies ont été décrites, celles-ci n'étaient pas maintenues en routine (ex : gel hydroalcoolique que les professionnel(le)s doivent acheter eux-mêmes dans certaines structures). L'objectif actuelle est de développer la couverture sanitaire universelle (CSU) pour faire cotiser tou(te)s les citoyen(ne)s. La complexité pour le mettre en place a été soulignée.

Sur le plan des ressources humaines, différents besoins et problématiques ont été discutés : une sur sollicitation des expert(e)s en PCI ainsi que des professionnel(le)s formé(e)s et motivé(e)s (encore trop peu nombreux(ses)), le turn-over à tous les niveaux de la pyramide sanitaire qui pose des problèmes de structuration, le cumul des tâches par les professionnel(le)s et un besoin de formation des professionnel(le)s à la PCI, d'évaluation de leurs pratiques et de motivation.

La formation initiale et continue à la PCI

La formation et le renforcement des compétences des cadres, des professionnel(le)s de santé et des professionnel(le)s d'appui a été décrite comme un axe essentiel et prioritaire à poursuivre dans une majorité des entrevues. Le besoin d'une formation complète et actualisée, incluant les aspects théoriques et pratiques de la PCI dans le cursus universitaire médicaux, paramédicaux et de santé publique a été mentionné. La nécessité d'avoir un

apprentissage adapté aux réalités de terrain a été soulignée (ex : matériel correspondant à celui disponible sur le terrain).

En outre, un consensus se dégagait dans la majorité des entretiens sur la nécessité d'une harmonisation de la PCI entre les filières. Concernant les étudiant(e)s en médecine, l'existence d'une formation de 12 heures sur les maladies infectieuses en 6^{ème} année a été décrite dont deux heures sont consacrées à l'enseignement des généralités sur la PCI. Si les stages en service de maladie infectieuse ont été considérés comme un lieu propice à l'apprentissage de la PCI, peu d'étudiant(e) réalisent ce type de stage. La pertinence d'augmenter le nombre d'heures pour les étudiant(e)s en médecine et d'avoir 20h d'enseignements sur la PCI, comme les étudiant(e)s en pharmacie, a été verbalisée. Un frein rencontré pour augmenter les enseignements de la PCI en médecine était une temporalité courte de l'année universitaire et une forme de concurrence a été décrite entre les différents spécialistes pour intégrer leur propre module et prioriser sur l'enseignement de leur thématique. Concernant les dentistes, la formation initiale des dentistes est réalisée à l'IOSTM, durant leur cursus de formation de six ans. Un des volets du projet d'appui portait sur l'amélioration de la sécurité des soins au niveau de la faculté dentaire de Majunga que nous n'avons pas exploré dans le présent rapport.

Quelle que soit la filière, un manque de formation continue a été souligné dans la majorité des entretiens. L'enjeu de la formation des formateur(ice)s a été souligné, illustré par l'exemple d'un CHU où la formation des professionnel(le)s était considérée comme insuffisante malgré des ressources humaines mobilisables pour prendre ce rôle de formateur(ice).

La PCI dans les formations sanitaires

Un enjeu de réhabilitation et/ou d'organisation des infrastructures pour améliorer la PCI dans les formations sanitaires a été souligné, avec une volonté de mise à niveau et de normalisation des infrastructures pour la PCI décrite dans un des entretiens. La nécessité de disposer de salles dédiées à la stérilisation à l'image des CSB soutenus par l'AOI a été décrite par des acteur(ice)s convaincus par cette stratégie.

En termes de structuration de la PCI, des avancées ont été décrites dans la nouvelle stratégie. Il s'agissait notamment de la création de comités d'hygiène dans les CSB. Au niveau du CHU, des Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) depuis plus de 10 ans ainsi que des Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) ont été décrits. Malgré cela, il existe toujours des difficultés de structuration au niveau des CHU, illustrés notamment par le CHU de Befelatanana. Il s'agissait notamment de l'absence de centralisation de la stérilisation, de personnel dédié, de centralisation de la lingerie avec beaucoup de linges lavés un externe, une nécessité d'améliorer la gestion et le stockage des instruments stérilisés. En outre, plusieurs freins ont été soulignés : le manque de disponibilité des professionnel(le)s impliqués avec le cumul des tâches et responsabilités (ex : formateur(ice), responsabilité dans les

sociétés savantes, dans différentes instances), une approche très théorique de la PCI en l'absence d'infrastructures adaptées et la nécessité d'une meilleure coordination au sein des CLIN.

En termes de disponibilités des consommables, la perspective de fabriquer du produit hydro-alcoolique au niveau du CHU de Befelatanana afin d'en garantir la disponibilité en interne et pour d'autres formations sanitaires a été soulignée dans quelques entretiens.

Suivi de l'évolution des IAS

L'importance de connaître l'évolution des IAS afin d'en connaître les causes et d'en diminuer l'incidence a été soulignée dans une majorité d'entretiens. La nécessité de travailler à un système de collecte des données dans le programme national afin d'assurer la surveillance des IAS au niveau des formations sanitaires a été soulignée par les autorités sanitaires.

Au niveau national, un objectif de surveillance des indicateurs PCI-WASH avec l'OMS et l'UNICEF (Score Card) d'ici à fin 2025 à hauteur de 80% des formations sanitaires a été décrit par le SSENv. En outre, la mise en place de formation en ligne des antennes régionales afin qu'elles puissent faire l'évaluation elles-mêmes a été évoquée.

Au niveau du CHU de Befelatanana, une absence de systématisation du suivi a été décrite. Une fiche de suivi des IAS et des BMR a été créée mais une faible utilisation a été mentionnée. En effet, le manque de connaissance sur les IAS des internes assurant ce suivi ne leur permet pas de les déclarer. Par ailleurs, des enquêtes ponctuelles ont été décrites dans le cadre de thèse ou de mémoire. En outre, aucun suivi officiel n'est demandé par les autorités sanitaires.

« Il faut vraiment un suivi sur le long terme, avec quelqu'un qui rentre les données, les partage à tout le monde, fait des évaluations et des études régulièrement et puis rendre les résultats pour ensuite améliorer les pratiques. »

Au niveau du district rencontré, il existe un système de reporting mais aucun cas n'a été déclaré. La question du bon fonctionnement de la déclaration des IAS a été ainsi posée.

Suivi et évaluation dans les formations sanitaires

Différents intérêts de ce suivi ont été soulignés dans les entretiens tels que le renforcement des capacités et le transfert des compétences.

Différentes équipes ont été identifiées pour réaliser ce suivi : l'équipe de district, l'équipe régionale ou l'équipe centrale (SSENv, SSOABD). Si certain(e)s ont décrit un fonctionnement aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, cette vision n'était pas partagée par l'ensemble des participant(e)s. Ainsi l'articulation entre les différents suivis n'a pas toujours été explicitée.

Du suivi est réalisé par différent(e)s acteur(rice)s gouvernementaux rencontrés au niveau du SDSP, du SSOABD, du SSEnv, avec des cadres d'actions et des objectifs qui sont propres à leurs missions. Si certaines problématiques propres à chaque service ont été soulevées (ex : suivi général de la gestion du cabinet et des actes dentaires par le SSOABD), les questions que nous avons choisies de poser lors des entrevues menées ne nous ont pas permis d'avoir une vision claire du contour du suivi réalisé par le district, le SSOABD et le SSEnv (articulation entre chacun, fréquence et objectif). Quoi qu'il en soit, un consensus a émergé dans les entrevues sur le fait que les professionnel(le)s réalisant le suivi doivent : (i) avoir une formation théorique et pratique à la PCI, (ii) avoir une vision partagée de la PCI.

Les entrevues ont permis de souligner le rôle du SDSP et les obstacles rencontrés pour le suivi de la PCI dans les CSB. Le SDSP a été décrit comme le service avec l'autorité pour suggérer des recommandations et prendre des mesures, pour les CSB où les professionnel(le)s ne respectant pas les recommandations. La possibilité de sanctions administratives, dans un premier temps, a été décrite. En l'absence de changement, les professionnel(le)s pourraient être convoqué(e)s par leur responsable hiérarchique au niveau du district et d'autres types de sanction pourraient être prises. Différents freins pour assurer le suivi de la PCI par le district ont été mis en avant, notamment le manque de formation des nouveaux(elles) arrivant(e)s au SDSP à la PCI et l'importance que tou(te)s les professionnel(le)s du service soient formé(e)s à la PCI, des difficultés de déplacement (ex : manque de véhicule, problématique d'accès à la conduite pour les femmes, suivi réalisé suivant les opportunités lors de suivi par des ONGs permettant de se déplacer sur le terrain) et une intégration systématique d'un volet PCI lorsque le suivi est réalisé par le district sanitaire. Enfin, la piste financière a été abordée dans une entrevue. Il s'agissait soit de poursuivre des leviers de financement basés sur la performance tels que ceux mis en place par le FBP¹⁴, soit de mettre en place des motivations financières pour les professionnel(le)s et/ou la formation sanitaire adoptant de bonnes pratiques de PCI.

- **L'appui de l'amélioration de la PCI dans le cadre du projet**

Situation dans les CSB

Avant le soutien, un manque d'application de la PCI a été décrite, surtout en ce qui concerne le traitement de l'instrumentation et le nettoyage de l'environnement. Deux entrevues ont souligné en quoi la prévention des risques était envisagée du côté des professionnel(le)s de santé mais n'était pas considérée vis-à-vis de l'environnement et des patient(e)s.

¹⁴ Différents articles scientifique sur l'efficacité du FBP ont été publiés qu'il sera intéressant de consulter si cette piste est discutée.

Leviers et freins à la mise en place et la pérennité de la PCI

Différents éléments clés à la mise en œuvre et la pérennisation de la PCI dans les CSB appuyés ont été identifiés dans les entretiens. Au niveau des formations sanitaires, il s'agissait de :

- La motivation du personnel,
- L'instauration de la participation des bénéficiaires, en lien avec le Comité de Gestion,
- La capacité de prendre des décisions rapidement des professionnels,
- La formation en PCI des nouveaux arrivants par l'équipe du CSB, un besoin de sensibilisation régulière et une confiance en ce qui a été réalisé,
- La proximité géographique pour permettre le suivi par le SDSP ou le SSOABD et l'AOI,
- L'inclusion de l'implication de la direction des CSB dans les missions de suivi des CSB,
- Le maintien du suivi des CSB par les autorités sanitaires et l'AOI,
- L'instauration d'un point systématique sur la PCI lors des réunions trimestrielles des districts,
- L'harmonisation des directives nationales,
- La mise à jour des curriculums de formation initiale pour les professionnel(le)s de santé en fonction des recommandations nationales, avec le Service de la Formation et du Perfectionnement du Personnel (SFPP).

Les principaux obstacles à la mise en œuvre de la PCI et/ou à la pérennité identifiés étaient :

- Une surcharge de travail, avec un risque identifié de mettre de côté l'hygiène,
- Un important turn-over des professionnel(le)s aux différents niveaux de la pyramide sanitaire (direction et équipes des CSB, personnel impliqués dans le suivi). A Madagascar, les professionnel(le)s ne peuvent être affectés que s'ils sont fonctionnaires. Les fonctionnaires peuvent faire des demandes d'affectation auprès du ministère de la santé publique. Un délai important peut avoir lieu avant le remplacement d'un(e) professionnel(le) (jusqu'à 4-6 mois). Des exemples d'engagement du ministère de la santé publique pour favoriser ces remplacements ont été décrits comme facilitant le maintien des bonnes pratiques dans une entrevue,
- Le manque de suivi et de déclaration des IAS par les professionnel(le)s des CSB,
- La nécessité de mettre la PCI à l'ordre du jour des réunions régionales semestrielles,

Concernant la participation des bénéficiaires une bonne acceptabilité par les comités de gestion des CSB a été décrite au regard du faible montant demandé aux bénéficiaires et de l'utilité de sa mise en œuvre pour acheter les consommables. Néanmoins, la divergence entre la stratégie d'instauration d'un système de financement de la PCI pérenne par la mise en place d'un financement par les bénéficiaires et une communication médiatique autour de la gratuité des soins qui complique l'instauration de la participation des bénéficiaires a été soulignée.

« Il a été dit dans tous les médias que les prestations des CSB étaient gratuites, donc [un des] maires [d'une des communes] a refusé l'arrêté [demandé par le CSB] pour mobiliser les bénéficiaires. »

Effets perçus

Une amélioration de la PCI de manière générale dans les CSB appuyés a été décrite, avec une prise de conscience de l'importance de la PCI, l'instauration d'une dynamique autour de la PCI et la création de nouvelles habitudes de travail chez les professionnel(le)s. Des différences de résultat entre les CSB ont été identifiées dans la majorité des entretiens. Les conséquences perçues de l'amélioration de la PCI étaient : l'amélioration de la protection des professionnel(le)s et des bénéficiaires, une amélioration des indicateurs de performance des CSB appliquant la PCI, une augmentation de la fréquentation du CSB par les patient(e)s, une motivation pour les professionnel(le)s de travailler dans un lieu propre.

“La protection des personnels et des bénéficiaires est assurée avec la PCI. Je ne savais pas si vous avez vu sur les réseaux sociaux, il y a des interventions qui vaccinent les enfants qui entraînent des infections, ce qui n'est pas rencontré dans les CSB suivis [sur le territoire décrit].”

Ces résultats étaient plus mitigés dans une autre entrevue, estimant que les résultats étaient variables entre les formations sanitaires visitées par l'informant(e) qui avait le souhait de renforcer lui(elle)-même ses compétences théoriques et pratiques en PCI. Les freins relevés dans cette entrevue à l'amélioration des pratiques de PCI dans les CSB en général étaient : (i) le nombre important d'activités en parallèle demandé par les autorités sanitaires aux CSB malgré un manque de personnel, (ii) la PCI est une thématique qui n'est pas suffisamment abordée et portée par rapport à la vaccination ou la planification familiale.

« La PCI n'est pas quelque chose dont on parle souvent, ce n'est pas clé... ce n'est pas comme le vaccin, la PF, alors que cela devrait être matraqué, car c'est quelque chose de très normal et systématique pour la sécurité du patient et du soignant. »

Mise à l'échelle

Au niveau du district d'Ambatolampy différents avantages de la mise à l'échelle ont été décrits dans une entrevue : une amélioration de l'image du district, une réduction du risque d'infection liées aux soins dans les CSB, une réduction des durées de prise en charge et une réduction des durées de traitement. La pertinence de généraliser les améliorations constatées dans les formations sanitaires soutenues par l'AOI aux autres formations sanitaires a été soulignée. Si cette perspective est considérée, certains freins existent : (i) absence de participation officielle des bénéficiaires possibles, (ii) un turn-over des chefs de CSB, considéré comme les piliers pour que la PCI fonctionne dans les CSB, (iii) un manque de moyen pour les autorités sanitaires (ressources humaines et budgétaires) de mise en place sur le terrain.

Posture d'appui de l'AOI

Deux points clés dans l'appui réalisé ont été décrit par les autorités sanitaires, avec des spécificités par rapport à d'autres projets. Le premier était d'avoir accompagné les équipes considérées comme autonomes et responsables de la PCI dans leur structures.

« C'est fascinant de voir les établissements de santé appuyés par l'AOI » notamment car les équipes sont autonomes et responsabilisées : « car l'équipe maîtrise [la] PCI avec la capacité de gérer tout ce qui est côté financier, comment gérer pour avoir des ressources en permanence etc. »

Le second était d'avoir permis la mise en pratique de la PCI.

« Interlocuteur(trice) 1 : l'autoclave ressuscite ! Cela fait des années qu'ils sont là, et ils ne sont pas utilisés. Interlocuteur(trice) 2 : Il y a même des CSB qui ont 5 autoclaves ! (...) Ils n'ont pas eu la bonne formation. »

Néanmoins, le positionnement de l'AOI comme un « superviseur », venant réaliser des « contrôles » et la problématique du suivi est à souligner au regard des postulats fondateurs de l'AOI décrit dans la partie 1.

Un enjeu de systématisation du suivi formatif des CSB afin qu'il soit plus régulier et réalisé dans toutes les formations sanitaires a été décrit comme essentiel dans plusieurs entrevues. Un suivi a été réalisé en binôme AOI-autorités sanitaires (notamment le SSOABD et les SDSP) dans le cadre du projet d'appui. Il est important de souligner qu'une partie des acteur(trice)s n'envisageaient pas la réalisation du suivi formatif sans l'AOI.

Finalement, il est intéressant de souligner que les perspectives de collaboration, décrites par les acteur(ric)e)s travaillant depuis plusieurs années avec l'AOI, pouvaient s'intégrer dans les appuis de l'AOI, au regard du positionnement de l'association (ex : demande d'appui au renforcement des capacités ou à l'élaboration d'un programme). Des professionnel(le)s arrivé(e)s plus récemment ont également verbalisé des axes de travail cohérent avec le positionnement de l'AOI. Néanmoins d'autres demandes témoignaient de la nécessité de clarifier la perception du positionnement de l'AOI et la connaissance de l'association par certain(e)s acteur(ric)e)s arrivé(e)s récemment (ex : demande de la mise en place d'un système de financement de consommables par l'AOI). La formulation de telles demande pose la question essentielle du positionnement de certains partenaires techniques et financier et des relations autorités-sanitaires ONG.

6.5. Synthèse et préconisations

Synthèse

L'AOI travaille à Madagascar depuis plus de 10 ans avec les autorités sanitaires, université, organisations de la société civile (OSC) et sociétés savantes. Le volet PCI de la phase 3 du projet visait à accompagner des structures de santé dans leur volonté d'améliorer la PCI (objet de la présente évaluation) et à accompagner le ministère de la Santé dans l'élaboration et l'application de directives nationales actualisées en PCI.

Dans les établissements de santé soutenus, un appui technique, organisationnel et matériel a été réalisé. Plusieurs étapes ont été définies, s'articulant autour d'un diagnostic initial, de l'appui à la conduite du changement dans la structure (ex : appui à la réhabilitation de la structure, à la mise en place d'un financement par les bénéficiaires, formations), d'un suivi et d'une évaluation formative. Les entretiens ont souligné la responsabilité de chaque formation sanitaire pour trouver son organisation et les moyens pour assurer le surplus d'activités induites par l'amélioration de la PCI (ex : agencement des pièces, organisation de la participation financière des bénéficiaires).

Différents effets perçus, permettant d'améliorer la sécurité des soins, ont été soulignés dans l'évaluation. Il s'agissait notamment : (i) d'une amélioration de la propreté générale de la formation sanitaire, (ii) de la mise en place d'une stérilisation centrale, (iii) des rénovations et d'une réorganisation de l'espace et des circuits, (iv) de la montée en compétence des professionnel(le)s. Un abandon de la désinfection à l'eau de Javel au profit de la stérilisation a été décrit pour la majorité des CSB et par les professionnel(le)s rencontré(e)s. Néanmoins, une utilisation mixte de l'utilisation de l'autoclave et la DHN à l'eau de Javel était encore réalisée dans certaines formations sanitaires. Lorsque la DHN à l'eau de Javel était encore utilisée, le lavage préalable systématique des instruments était décrit comme acquis, témoignant d'un abandon du trempage des instruments à l'eau de Javel directement après leur utilisation. Les principales difficultés soulignées dans l'évaluation étaient : (i) la divergence avec les directives nationales diffusées jusque-là/avec d'autres projets internationaux, (ii) la charge de travail importante des professionnel(le)s, (iii) la quantité insuffisante de sets stérilisés disponibles par rapport au nombre de sets nécessaires, (iv) le turnover et la résistance aux changements chez certain(e)s nouveaux(elles) professionnel(le)s. Un autre axe d'amélioration concernait un manque en termes de protection individuelle de certain(e)s professionnel(le)s d'appui et l'incinération des déchets, avec la présence d'incinérateurs défectueux dans certaines formations sanitaires.

Plusieurs éléments clés ont été identifiés pour l'initiation, la mise en place du changement et la pérennisation des effets observés. Il s'agissait notamment : (i) du leadership des responsables de la formation sanitaire pour impulser le changement et organiser la PCI pour que tou(te)s les professionnel(le)s s'en saisissent, (ii) de l'appropriation collective de la PCI

par les professionnel(le)s de la structure, (iii) de la formation théorique et pratique des professionnel(le)s à la PCI, (iv) de l'existence d'un environnement favorable à l'adoption de bonnes pratiques de PCI (ex : présence de station de lavage de main complète et fonctionnelle, mise en place d'une stérilisation centrale, circuits, affichages des protocoles, revêtement des sols et surfaces pour leur nettoyage), (v) des ressources humaines suffisantes et (vi) de l'existence d'un financement dans le temps de la PCI et d'une bonne gestion budgétaire au niveau des formations sanitaires.

L'appropriation de la PCI par la direction et l'importance de leur rôle de leader ont été mises en avant afin de se projeter dans le temps, de porter la PCI auprès de leurs équipes, de former les nouveaux arrivants, de garantir le financement de la PCI au sein de la formation sanitaire et de maintenir un environnement favorable (accès à l'eau, électricité, maintenance du matériel), malgré des contraintes internes et externes. L'importance de la motivation des professionnel(le)s de santé et d'appui dans les formations sanitaires faisait consensus dans les entretiens et entrevues. Les facteurs influençant la motivation décrits par les professionnel(le)s étaient la prise de conscience du risque lié aux infections, un sentiment de valorisation suite à l'amélioration de leurs pratiques et la perception d'une reconnaissance de l'amélioration de soins par les patient(e)s (amélioration de l'attractivité de l'établissement, confiance des patient(e)s dans la propreté). La piste de la mise en place de récompenses (financières ou certificats) a été évoquée, sans faire consensus.

Dans un contexte où les dotations étatiques ont été décrites comme insuffisantes pour financer les activités de PCI, une participation des bénéficiaires a été instaurée (avec une exemption pour certains actes et publics cibles). Faire payer les bénéficiaires pour l'achat d'autres consommables liés à l'hygiène implique un changement, officialisé par le président du comité de gestion des CSB avant d'être mis en place. Il a été considéré indispensable pour permettre aux CSB d'avoir en continu les consommables nécessaires et de financer du personnel d'appui dans certaines formations sanitaires. Si certaines formations sanitaires déclaraient pouvoir couvrir tous leurs besoins, pour d'autres les difficultés de financement restaient présentes. L'acceptabilité de cette participation par les professionnel(le)s et par les bénéficiaires était considérée comme bonne dans la majorité des entretiens et entretus. Quatre raisons étaient évoquées : (i) un prix demandé relativement faible ; (ii) des changements perçus par les bénéficiaires avec un CSB/hôpital plus propre, (iii) une explication aux patient(e)s de l'intérêt de ce paiement ; (iv) l'exemption de paiement pour certains publics cibles et la réalisation des soins en cas d'impossibilité de paiement pour favoriser l'accès aux soins.

Actuellement, deux problématiques centrales pour la pérennisation des résultats ont été observées, qui doivent être réglées avant d'envisager une mise à l'échelle. La nécessité de résoudre ces problématiques est incontournable pour rester en cohérence avec le postulat d'action de l'AOI : un appui-conseil sur une période donnée pour soutenir un changement

porté par les partenaires (institutions, établissements de santé...). Premièrement, l'importance du suivi et des évaluations formatives réalisées en binôme par l'AOI et les autorités sanitaires a été soulignée pour différentes raisons : motivation des professionnel(le)s, gestion du turnover y compris des responsables des formations sanitaires, formation, amélioration continue de la PCI. La question du maintien des résultats sans ce suivi régulier et l'appui de l'AOI se pose au regard du contexte (besoin de renforcer la PCI aux différents niveaux de la pyramide et de directive nationale diffusées), perception du suivi réalisé par les CSB (supervision et contrôle). Ainsi, nos observations ont souligné des différences de résultats dans certaines formations sanitaires entre nos observations en 2024 et les résultats des observations antérieures réalisées par l'AOI et les autorités sanitaires. Un besoin de renforcer le suivi en PCI a donc été identifié avec un risque majeur de perte de qualité en cas d'arrêt du suivi. Les CSB et CHRDR sont rattachés aux services du district de la santé publique (SDSP). Le potentiel d'appuyer les SDSP pour qu'ils aient un rôle pivot dans l'amélioration de la PCI au niveau des districts (CHRDR puis CSB) et le suivi a été mis en avant.

Deuxièmement, le besoin d'avoir un cadre national en PCI et de renforcer le système à tous les niveaux de la pyramide sanitaire a été explicité dans les entrevues avant d'envisager une mise à l'échelle. Madagascar fait partie des pays appuyés par l'OMS pour mettre en place des directives en matière de PCI, en cohérence avec les recommandations internationales. Différentes évolutions ont eu lieu notamment l'élaboration du programme national PCI ou la création de la société savante SMPCI-WASH. Dans cette continuité, des pistes ont été évoquées telles que poursuivre le renforcement des compétences des cadres, diffuser et opérationnaliser la stratégie nationale, continuer à former des expert(e)s en PCI, harmoniser la PCI dans les formations initiales des professionnel(le)s, mettre en place l'application de pratiques de qualité en PCI dans les établissements de santé ainsi qu'un système de suivi et d'évaluation, renforcer les moyens dédiés à la PCI.

Préconisations

Différentes préconisations peuvent être formulées. Certaines concernent directement l'appui tel qu'il a été réalisé. Pour d'autres, l'AOI, en fonction des demandes des partenaires et de ses perspectives, pourraient venir appuyer les acteur(ric)e(s) et concerné(e)s. Enfin, certaines préconisations dépendront des ressources humaines et financières que certain(e)s acteur(ice)s arrivent à mobiliser. En effet, le projet de renforcer leurs équipes a été verbalisé dans certaines entrevues aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Concernant les formations sanitaires observées, des préconisations propres à chaque CSB ont été proposées dans la partie observation. En termes de suivi et d'évaluation réalisé en binôme par l'AOI et les autorités sanitaires, l'existence d'un outil pour le suivi des formations sanitaires est particulièrement intéressant. Afin de poursuivre son développement, il serait pertinent de : (i) revoir le niveau de détails de cet outil afin d'inclure une description pour chaque item de la situation dans les formations sanitaires. Dans le cadre de l'évaluation une

disparité dans la documentation disponible entre le Laos et Madagascar a été constatée, capitaliser sur la manière de faire et les outils disponibles (à adapter dans chaque contexte) est une piste intéressante ; (ii) accompagner les professionnel(le)s des établissements pour pouvoir compléter l'outil eux-mêmes afin qu'une évaluation interne et externe soit réalisée.

En outre, l'importance d'avoir un espace pour que les professionnel(le)s de santé puissent poser toutes leurs questions, avec une relation de confiance a été verbalisée. Au regard des données collectées, nous avons eu en fin d'évaluation des difficultés à avoir une vision claire de l'articulation de l'objectif du suivi de PCI réalisé par les différent(e)s acteur(rice)s et de l'articulation de l'organisation de ce suivi. Il serait pertinent de rediscuter avec les parties prenantes des autorités sanitaires (SSEnv, SSOABD, SDSP) du suivi de la PCI dans les formations sanitaires. Un plan de suivi dans le cadre du programme national a été réalisé (que nous n'avons pas consulté), il est avant tout nécessaire de s'appuyer dessus et si ce n'est pas intégré, appuyer une harmonisation de la vision de la PCI et des outils communs pour le suivi. Expliciter le type de suivi (évaluation formative et/ou contrôle), en fonction des stades du projet, des critères et des acteur(rice)s est aussi essentiel (ex : contrôle financier, évaluation formative et/ou contrôle en termes de PCI suivant l'objectif poursuivi). Concernant la mise en place de récompenses, une absence de consensus sur sa pertinence a été constaté entre les acteur(rice)s. Il serait intéressant d'analyser l'efficacité de la mise en place de récompense au regard de la littérature et de l'expérience acquises par les parties prenantes et réfléchir collectivement à l'intérêt et la faisabilité d'intégrer ce levier.

Concernant la participation des bénéficiaires, il est essentiel de garantir un financement suffisant des activités régulières de PCI (consommables, personnel d'appui, maintenance de matériel) par le maintien du système en place dans les formations sanitaires appuyées. Si la perspective de la gratuité des soins par la mise en place d'une couverture sanitaire universelle est intéressante, dans le contexte actuel, la participation des bénéficiaires est nécessaire pour permettre une amélioration et un maintien de la PCI. Dans une logique de transparence et de prévention des détournements de fonds, il est nécessaire de continuer la mise en place d'un cahier de suivi et systématiser un audit financier régulier par le comité de gestion et/ou les personnes chargées du suivi dans les CSB. La complexité d'officialiser ce suivi par le ministère de la santé publique (ex : rendre compte de la participation des bénéficiaires au district sanitaire dans le rapport mensuel d'activités) a été souligné par certain(e)s au-regard de leur politique de gratuité des soins. Enfin, lorsque le système de participation des bénéficiaires est mis en place dans une nouvelle formation sanitaire, il est nécessaire de systématiser l'explication aux patient(e)s des raisons de la mise en place de la participation des bénéficiaires lorsqu'il est instauré afin d'en faciliter l'acceptabilité. Accompagner les professionnel(le)s dans le choix des leviers utilisés pour expliquer la participation par les bénéficiaires aux patient(e)s dans une démarche de promotion de la santé. Une vigilance est a porté sur l'utilisation la peur comme levier (décrit dans une seule entrevue). Il est aussi

essentiel de systématiser un maintien de l'accès aux soins des patient(e)s n'ayant pas les moyens financiers, comme cela a été observé.

Aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, un important travail de structuration de la PCI à Madagascar est actuellement réalisé, se traduisant notamment par l'élaboration d'une stratégie nationale, dont les déclinaisons sont en cours d'élaboration. Dans ce contexte, différentes pistes peuvent être cités, notamment : (i) poursuivre la formation et la montée en compétence d'expert(e)s en PCI, au regard de l'importante sollicitation des expert(e)s et des perspectives, (ii) renforcer l'identification du SSENv comme le point focale PCI et mettre en place des points focale PCI a tous les niveaux de la pyramide sanitaire, (iii) renforcer le travail en interdirection entre toutes les directions du ministère de la santé publique impliquées dans la PCI, et avec notamment le SMPCI-WASH, (iv) prévoir une stratégie de diffusion de la stratégie nationale encore peu identifiée sur le terrain (au-delà de la question des déclinaisons opérationnelles que nous n'aborderons pas ici), (v) systématiser la formation à la PCI dans les formations initiales des professionnel(le)s de santé, harmonisée. Pour la formation à la PCI, l'IOSTM a fait un important travail pour intégrer la formation théorique et pratique de la PCI dans la formation des étudiant(e)s avec l'appui de l'AOI. Capitaliser sur cette expérience et s'appuyer sur les enseignants de l'IOSTM comme ressources.

L'important potentiel du niveau district pour l'amélioration de la PCI a été souligné dans l'évaluation (rôle du district pris pour l'impulsion d'une mise à l'échelle, formalisation de la PCI par la mise à l'ordre du jour systématique d'un point PCI, les besoins en termes de suivi et évaluation et le potentiel des SDSP pour résoudre des problématiques de pérennisation). Dans ce contexte, il s'agirait d'appuyer les SDSP afin de leur permettre d'assurer un suivi pérenne de la PCI dans les CSB et le CHRD (à termes sans l'AOI) ainsi qu'un suivi de l'évolution des IAS. Différents freins sont à lever notamment la formation théorique et pratique de l'ensemble des professionnel(le)s du district à la PCI, l'existence d'un nombre suffisant d'expert technique nationaux formés en PCI (en théorie et en pratique) à leur disposition pour les appuyer, la possibilité de se déplacer pour assurer le suivi, l'existence d'outils partagés aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, la poursuite de la formalisation de leur rôle. Les ressources humaines au niveau des différents districts sont également à interroger. En outre, l'appui de CHRD modèle avec l'appui du district, avant d'envisager un transfert au niveau des CSB/communautaire est un levier intéressant pour que les membres du SDSP aient expérimentés la conduite de l'amélioration de la PCI dans un établissement de santé et les systèmes en place, afin de pouvoir accompagner dans un second temps les CSB. La mise en place d'échanges entre les formations sanitaires est également un levier intéressant.

7. Conclusion

Le projet avait pour objectif d'appuyer l'amélioration de la PCI dans les établissements de santé au Laos et à Madagascar, afin de réduire l'écart entre les stratégies nationales/internationales et les pratiques de terrain. Au Laos, le ministère agit dans le champ de la PCI depuis plus de 20 ans. A la demande du ministère, l'enjeu du projet était de rendre applicables les stratégies nationales et d'appuyer la mise en place d'hôpitaux de districts modèles en termes de PCI. Des améliorations de pratiques et des changements de perceptions de la PCI ont été observés chez les professionnel(le)s dans les études de cas. La PCI, auparavant réduite au nettoyage et à la propreté, est maintenant considérée comme faisant partie intégrante des pratiques de soins et transversale aux activités de l'hôpital. Malgré des problématiques de ressources humaines à résoudre, une appropriation collective de la PCI par les professionnel(le)s des hôpitaux et par les directions a été constatée avec une amélioration de l'environnement des hôpitaux. A Madagascar, un appui des CSB et CHRD a été réalisé. Différents effets ont été décrits tels qu'une amélioration de la propreté générale des formations sanitaires, la rénovation et réorganisation de l'espace et des circuits, la mise en place d'une stérilisation centrale ou encore la montée en compétence des professionnel(le)s. Néanmoins, deux principaux freins en termes de pérennité ont été identifiés avec la question centrale du suivi et de l'évaluation dans les CSB appuyés et un besoin de directives nationales harmonisées, actualisées et diffusées.

Les résultats ont suggéré la pertinence du niveau district pour améliorer la PCI. Au Laos, l'amélioration de la PCI dans les hôpitaux de districts a permis qu'ils servent de modèle et de centre de formation pour les autres établissements de santé à différents niveaux de la pyramide sanitaire. A Madagascar, en cohérence avec l'organisation de la pyramide sanitaire, le potentiel de renforcer le rôle des SDSP pour accompagner les CSB qui en dépendent et pérenniser la démarche a été soulignée.

De plus, l'évaluation souligne qu'il est possible d'améliorer la PCI dans les établissements de santé. Cette amélioration implique un appui important des partenaires, inscrits dans le temps, permettant aux établissements de santé de porter leur projet pour améliorer la PCI. Le projet évalué, comparé aux résultats d'autres projets (ex : projets centrés uniquement sur des formations, dons d'autoclaves) confirment l'intérêt d'une approche globale pour améliorer la PCI. Cette approche nécessite une intégration de la PCI à tous les niveaux du système de santé et des hôpitaux. La prise en compte des problématiques d'inégalités d'accès à la santé liées au genre ainsi que des questions environnementales doit être interrogée et intégrée dans ce cadre.

Finalement, les expériences au Laos et à Madagascar témoignent de l'importance du cadre dans lequel vient s'intégrer les changements de pratiques réalisés pour qu'ils soient pérenne.

L'existence d'une politique nationale, de protocole harmonisé, la formation initiale et continue des professionnel(le)s, la synergie entre les autorités sanitaires – universités - institutions internationales – société civile – ONG sont tant de facteurs de réussite pour l'amélioration de la PCI dans le temps.

Références

1. World Health Organization. Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide. 2011;
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals, 2022-2023. [Internet]. LU: Publications Office; 2024 [cité 10 déc 2024]. Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2900/88011>
3. Organization WH. Global report on infection prevention and control. World Health Organization; 2022. 182 p.
4. Magill SS, O'Leary E, Janelle SJ, Thompson DL, Dumyati G, Nadle J, et al. Changes in Prevalence of Health Care–Associated Infections in U.S. Hospitals. *N Engl J Med*. 1 nov 2018;379(18):1732-44.
5. Melariri H, Freercks R, Merwe E van der, Ham-Baloyi WT, Oyedele O, Murphy RA, et al. The burden of hospital-acquired infections (HAI) in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine* [Internet]. 1 mai 2024 [cité 10 déc 2024];71. Disponible sur: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(24\)00150-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(24)00150-0/fulltext)
6. Weiner-Lastinger LM, Pattabiraman V, Konnor RY, Patel PR, Wong E, Xu SY, et al. The impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on healthcare-associated infections in 2020: A summary of data reported to the National Healthcare Safety Network. *Infect Control Hosp Epidemiol*. janv 2022;43(1):12-25.
7. Umscheid CA, Mitchell MD, Doshi JA, Agarwal R, Williams K, Brennan PJ. Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs. *Infect Control Hosp Epidemiol*. févr 2011;32(2):101-14.
8. Jönsson K, Phoummalaysith B, Wahlström R, Tomson G. Health policy evolution in Lao People's Democratic Republic: context, processes and agency. *Health Policy Plan*. mai 2015;30(4):518-27.
9. World Health Organization. The Lao People's Democratic Republic health system review. 2014;
10. Chaleunvong K, Phoummalaysith B, Phonvixay B, Vonglokham M, Sychareun V, Durham J, et al. Factors associated with patient payments exceeding National Health Insurance fees and out-of-pocket payments in Lao PDR. *Glob Health Action*. 30 juill 2020;13(sup2):1791411.
11. World Health Organization. Progress towards universal health coverage in the Lao People's Democratic Republic: monitoring financial protection 2007-2019. 2023;

12. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 12. L'analyse thématique. Collect U. 10 août 2021;5:269-357.
13. Poggi C, Waltmann J. La (re)production des inégalités de genre dans le monde du travail : des discriminations légales à l'autonomisation [Internet]. Éditions AFD; 2019 [cité 7 janv 2025]. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/la-reproduction-des-inegalites-de-genre--1000000148936>
14. Agence Française de Développement. Cadre d'intervention : le genre et la réduction des inégalités femmes-hommes [Internet]. [cité 24 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.afd.fr/fr/ressources/cadre-dintervention-le-genre-et-la-reduction-des-inegalites-femmes-hommes>
15. Julie Ricard. Agence Française de développement. 2024 [cité 7 janv 2025]. L'essentiel sur les enjeux de genre et de développement - Pause genre. Disponible sur: <https://www.afd.fr/fr/ressources/lessentiel-sur-les-enjeux-de-genre-et-de-developpement-pause-genre>
16. Agence Française de Développement. L'AFD et l'approche One Health [Internet]. [cité 24 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.afd.fr/fr/ressources/afd-approche-one-health>
17. Duhamel S. One Health—Une seule santé, évaluation d'une approche intégrée en santé. Rapp Tech AFD. 2021;(64).
18. WHO. « Une seule santé » [Internet]. [cité 24 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/one-health>
19. Parodi AL. Le concept « One Health », une seule santé : réalité et perspectives. Bull Acad Natl Med. août 2021;205(7):659-61.
20. Zinsstag J, Schelling E, Waltner-Toews D, Whittaker MA, Tanner M, éditeurs. One Health, une seule santé: Théorie et pratique des approches intégrées de la santé [Internet]. éditions Quae; 2020 [cité 24 janv 2025]. Disponible sur: <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/39946>
21. Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. BMJ. 30 sept 2021;374:n2061.
22. Mathilde Cortinovic et Françoise Rivière. Agence Française de développement. [cité 7 janv 2025]. Panorama des inégalités hommes - femmes dans le monde. Disponible sur: <https://www.afd.fr/fr/ressources/panorama-des-inegalites-hommes-femmes-dans-le-monde>
23. Cresson G, Gadrey N. Entre famille et métier : le travail du care. Nouv Quest Féministes. 2004;23(3):26-41.
24. Mobillion V, Peyronnie K, Vallée J. L'offre de soins à Vientiane (RDP Lao). Espace Popul Sociétés Space Popul Soc. 1 déc 2006;(2006/2-3):341-9.

8. Annexe 1 – Grilles d’observation (Laos)

IPC Structure

- Who is in the IPC team?
- What are their roles and functions ?
- How are the PCI team’s activities being organized ?
- Does the hospital have an action plan that includes IPC ? Or even a specific plan?
- Do you have a dedicated budget for IPC ? Is it sufficient?
 - If yes, how do you manage it ?
 - Do you have a financial income book ?
 - If yes, is it updated regularly ? By whom ?
- Is there monitoring of IPC practices ? If yes, how is it organized ? And how often ?

Training

- How many healthcare professionals are trained in IPC ?
 - Within the IPC team?
 - And for other healthcare workers ?
 - Are there regular training sessions ? Who is training professionals ? (NGO’s ? the hospital IPC team ?)
 - Is there any training for newcomers ? Is it systematic ?
 - What kind of training courses have been done? (sharp injury, sterilization, hand washing...)
- Is the hospital doing anything to disseminate and promote IPC? To professionals? To patients?
- Does the hospital collaborate with other NGOs? Which NGOs? For what purpose ?
- Can you tell me more about the financial participation of patients ? For what kind of services / cares ? What is it used for ?

Hospital infrastructure to support IPC measures

Respiratory diseases

- Is there an outpatient screening area for respiratory infections?
- And an isolation area for patients with respiratory infections?
- Do you sometimes send samples to an analytical laboratory ? (e.g. bacterial culture for HAI monitoring)
- Do you have an area for cleaning medical equipment ? Is it managed within each unit or centralized somewhere before going to sterilization ?

Central sterilization

- [About central sterilization] : Can you explain the process of sterilization to us ?

- Is there an airlock? Is it in a dedicated room?
- Do you realize autoclave quality check procedures ?
- Do you have a logbook to record sterilization cycles ?
- Do you sometimes use something other than sterilization ? For what reason?
- Is there controlled mechanical ventilation in the sterilization room?

Waste management

- Can you explain to me how waste is managed in the hospital ? (Private, public, autoclave, incinerator...).
- If there is an incinerator, is there a fence ? Is it locked ?
- How is infectious waste managed?
- Is there a color-code on bins ? Stickers on it ? Does anybody understand the difference between them and respect the sorting ?
- Is infectious waste disposed of every day?
- Is the quantity of waste tracked?

Laundry

- Is there a laundry?
- Is it in a dedicated room?
- Is there a separation of clean and dirty linen?
- How is linen stored?
- Are surfaces easy to clean?
- Is there a washing machine? Or is it an outside company who is in charge with laundry ?
- Do you soak contaminated linen in disinfectant ? If yes, for how long ?

Storage

- Is there a dedicated storage area for PPE and medical equipment ? Is it clean ?
- Same for drugs ? Is it clean ?
- Who is in charge of this storage ? Is it a dedicated person or does he/she have other tasks in the hospital ?

Water and electricity

- Is there a water tank somewhere or do you have running water ?
- Is it always functioning ?
- Is there a generator in case the power goes out ?

Forward march

- Is forward march respected in the various systems?

IPC Guidelines

- Are IPC protocols and guidelines displayed ? HAI protocols ? Sharp injury protocols ?

PPE for Standard Precaution

- What types of PPE equipment are available?
- What kind of delivery system do you rely on ?
- Do you have enough stock? Who managed it ?
- In what situations healthcare workers are wearing PPE ?
- Are there situations for which they don't wear PPE because there is not enough material ?

The Implementation IPC standard precaution

- Does the hospital have the necessary hand-washing equipment?
- Are there complete handwashing stations everywhere (sink, soap (liquid, bar), hand towel (reusable or not), water, wastebasket, awareness display) ? Including in the patient's waiting area ? Patients rooms?
- Is hand washing realized at the 5 WHO times?
- Is handwashing mastered by professionals ? Can you show us ?
- Displayed procedures ? Do professionals follow them?
- Do you use hydroalcoholic solution?

Appropriate handling of patient care equipment's cleaning/disinfection/sterilization

- Can you describe how the instrumentation is managed in your hospital ? (Soaking, cleaning with a brush in water, rinsing with clean water, drying, packaging, visual inspection inside and out, dispatch to central sterilization facility, put a sterilization date and an expiry date)
 - What are the soaking/cleaning protocols? Are there any specifications?
- Is there a logbook for instrumentation management?
- Are there instrument sets ? Are they sufficient ?
- Do you use dedicated equipment or do you do cross-use (e.g. use of suture kits from treatment rooms for deliveries) ?
- Do you use care carts ?

Cleaning environment

- What services do you use to deeply clean the hospital ? (associations, patients, facility professionals?)
- What is the cleaning routine ? (Once or twice a day ? By whom?)
- [if appropriate] Can you explain how the floor is cleaned ? (from the cleanest to the dirtiest and in 3 steps: 1. Water + detergent 2. Clean water 3. Clean disinfectant - Be careful, there is often confusion between detergent and disinfectant)
- How many cleaning kits do you have ? (One for the administration building, different from the one for the medical building ?)
- How are mops cleaned and changed?

- How are raised-surfaces cleaned ? With which equipment ?
- Is there enough cleaning supplies ?

Prevention of sharps/needle injuries

- Are there internal protocols for sharp injuries?
- How do you handle sharp waste in the units ? Are there safety boxes or plastic bottles ?
- How are safety boxes or plastic bottles managed once they are full?

Respiratory Hygiene and cough Etiquette

- Are there posters on hygiene and coughing?
- Do patients wear masks and respect safety distances when needed ?

Prevention Nosocomial Infection

- Is there surveillance of nosocomial infection in your hospital ?
- Do you monitor patients' fever ?
- Is there a system for monitoring symptoms of wound infection (redness, swelling, fever) after surgery?
- Is there a system for monitoring symptoms of urinary tract infection and fever in patients with permanent catheters?
- Is there a system for monitoring symptoms of respiratory tract infection in patients with fever?
- Is there a system for monitoring symptoms of infection and fever in patients with venous catheters?

9. Annexe 2 - Liste des documents

Nom du documents	Type
2018.03.15 NIONG-projet-terrain	Rapport
2021.10.18 AOI Rapport d'exécution final Laos Madagascar version déf	Rapport
2021.04.29 AOI Phase 3 note-initiative-osc-NIONG-document de projet-terrain	Notice
2021.04.29 AOI-Phase 3 annexe -Note-initiative-OSC	Annexe rapport
2023.10.18 Rapport execution intermediaire vdef	Rapport
19.02.06_Report_Hardxayfong DH.ENG_FINAL	Rapport d'évaluation annuel
2019.02.Hardxayfong_Presentation	Photos
2021.03_Report endline survey IPC practices_Hardxayfong DH.ENG	Rapport d'évaluation annuel
STATUS PLAN OF HARDXAYFONG	Plan
19.01.17_Questionnaire_Naxaythong_Phengdy_	Rapport d'évaluation annuel
2019.02.06_Report endline survey IPC practices_Naxaythong	Rapport d'évaluation annuel
2019.02.Naxaythong_Presentation	Photos
doc pour analyse situation préalable hopitaux	Fichier Auto-évaluation
20.03.30 NXT pres travaux	Rapport d'évaluation annuel
20.08.25_Rapport de formation à NXT_MOH_fr	Rapport d'évaluation annuel
21.02.15_End-line survey_Report_Naxaythong DH.ENG	Rapport d'évaluation annuel
2022 06 27 Nasaythong prez	Photos
1911_Agreement NXT_SIGNED	Convention
STATUS PLAN OF NAXAYTHONG	Plan
21.05. Translation of report _IPC 5 day training for Medical faculty_FINAL_ENG	Rapport d'évaluation annuel
19.05_visite de l'hopital_Maria teresa-1	Compte-rendu de visite
20.10.08_Rapport de visite d'étude à Khammouane_AOI Laos	Rapport d'évaluation annuel
2018.12 Concept note - baseline assessment tool_WORKSHOP_20dec	Rapport d'évaluation annuel
2023.01.09 Rapport evaluation_audit PCI setthathirath	Rapport
20219.02 presentation meeting assesement IPC feb 2019	Photos
2019.01.24_Questionnaire_Xaythany_Phengdy_	Grille d'auto-évaluation
2019.02.07_Baseline Report IPC practices_Xaythani DH.ENG	Rapport d'évaluation annuel
2019.02.Xaythani_Presentation	Photos
BoQ works for improvement XTN_Jul2020	Budget
IMPROVEMENT OPD PLAN_XAYTANY__07.06.2020_Screen-1	Plan
2021.03_Report endline survey IPC practices_Xaythani DH.ENG	Rapport d'évaluation annuel
20.06_AGREEMENT_Xaythani_District hospital_EN-V1	Convention
2020.06.07 IMPROVEMENT OPD PLAN_XAYTANY__07.06.2020_Screen-1	Plan
2020.08.18_AOI_XTN -OPD-MCH-LAB_drawing	Plan
STATUS PLAN OF XAYTHANY	Plan

10. Annexe 3 – Grille de suivi dans les CSB

Date	CSB2 :	District sanitaire :	Evalueur(s) :			
			Max	Soins	Mater	Dentis
Protection individuelle	Observation : Blouse propre Les gants sont à usage unique (pas de gants à sécher)	0.5 0.50	0,5 0,5	0,5 0,5		
Propreté et ergonomie	Observation : (Propre 0,25 / Moyen 0,15 / Sale 0) Propreté des sols (Propre 0,25 / Moyen 0,15 / Sale 0) Propreté des murs Séparation entre zone de soin et administratif Lieu de stockage des instruments propre	0.25 0.25 0.25 0.25	0,25 0,25 0,25 0,25	0,25 0,25 0,25 0,25		
Lavage des mains	Observation : Utilisation de savon en bloc ou en poudre Utilisation d'un savon liquide ou solution hydro-alcoolique Robinet d'eau fonctionnel dans la pièce Le lavabo et le savon semblent utilisés régulièrement Question : Quelle méthode et fréquence de lavage des mains ?	0 0.25 0.25 0.25 0.25	0 0,25 0,25 -	0 0,25 0,25 -		
Désinfection des surfaces hautes entre les patients	Observation : Le produit est détergent et désinfectant Le produit est disponible et accessible facilement Les surfaces hautes sont propres Question : Quelles surfaces désinfectez-vous ?	0.25 0.25 0.25 0.25	0,25 0,25 0,25 0,25	0,25 0,25 0,25 0,25		
Propreté des tissus	Observation : Serviettes propres pour le lavage des mains (1/patient) Serviettes propres pour désinfection des surfaces (1/pati.)	0.5 0.5	0 0	0 0		
Trempage des instruments et nettoyage	Trempage des instruments au moins 10 mn Utilisation d'un bon détergent ou d'un pré-désinfectant Utilisation de gants de protection épais Utilisation de brosse souple pour les instruments Zone sale vers zone propre	0.20 0.20 0.20 0.20 0.20	0,20 0,20 0,20 0,20 0,20	0,20 0,20 0,20 0,20 0,20		
Conditionnement des instruments	Sets par actes Vrac avec une bonne asepsie Vrac sans asepsie	1 0.5 0	1 - -	1 - -		
Stérilisation	Temps et température appropriés * Autoclave de bon standard Cocotte minute de bon standard Chaleur sèche de bon standard Four culinaire / Autoclave, chaleur sèche ou cocotte minute en dessous du standard Pas de stérilisateur	0.25 0.75 0.50 0.15 0	0,25 0,75 0,50 0,15 0	0,25 0,75 0,50 0,15 0		
Traitement des déchets	Containers séparés pour les déchets contaminés Containers pour les piquants, coupants, tranchants Incinération des déchets contaminés Incinération des piquants, coupants, tranchants	0.25 0.25 0.25 0.25	0,25 0,25 0,25 0,25	0,25 0,25 0,25 0,25		
Vaccination	Vaccination contre l'hépatite B	1	0	0		
Total score :			10	7,25	7,25	