**Ministère de l'Enseignement Supérieur,**
**de la Recherche Scientifique et de l'Innovation**

**Burkina Faso**

**********

***Unité - Progrès -Justice***

**Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires**
**en Sciences de la Santé et de l'Education (IFRISSE)**

# FACTEURS INFLUENCANT LE LAVAGE DES MAINS AU SAVON CHEZ LES MERES D'ENFANTS VUES EN CONSULTATION DANS LA COMMUNE DE PABRE

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDES**

En vue de l'obtention du master 2 de recherche en sciences de la sante, mention sciences infirmières, spécialité management de la qualité et sécurité des patients.

Rédigé par

**NIKIEMA MAHAMOUDOU** ; Matricule : 14-2016

Directeur de mémoire

**Pr DRABO K. Maxime.**

MD, MPH, PhD MA Sociology, Professeur associé

Directeur de Recherche à l'institut de Recherche en Sciences de la santé.

Co-directeur

**Dr BOUNTOGO Mamadou.**

MD, MSc: Epidemiology, Vaccinology, Health service management and quality management. Médecin épidémiologiste

**ANNEE ACADEMIQUE 2017-2018**

SOMMAIRE

IN MEMORIAM ..... ii

DEDICACES ..... iii

REMERCIEMENTS ..... iiii

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS ..... vi

DEFINITION DES TERMES ..... vi

RESUME ..... x

ABSTRACT ..... xi

INTRODUCTION ..... 1

CHAPITRE I : LA REVUE DE LITTERATURE ..... 3

CHAPITRE II : PROBLEMATIQUE. ..... 16

CHAPITRE IV : METHODOLOGIE DE RECHERCHE ..... 23

CHAPITRE V PRESENTATIONS DES RESULTATS. ..... 33

CHAPITRE VI : DISCUSSIONS DES RESULTATS. ..... 49

CONCLUSION ..... 57

BIBLIOGRAPHIE ..... 58

**IN MEMORIAM**

- A notre père **NIKIEMA K MAHAMADI** auprès de qui nous avons grandi, dans un climat de quiétude, d'humilité, d'amour et de respect du prochain. Votre combativité et votre dévouement au travail sont notre leçon de vie. Trouvez en ce travail l'expression de notre affection. Reposez en paix !
- A notre père ONADJA **T. ALBERT,** la mort vous a arraché à notre affection. Repose en paix !

A ma grande sœur ALIMATA la mort vous a arraché très tôt. Repose en paix

**DEDICACES**

Ce travail est dédié

- A nos mamans, **TINFISSI, DEME AMI, THIOMBIANO ODETTE.**

Rien que nous puissions dire ne peut traduire l'immense joie que nous avons de vous avoir. Vous vous êtes pleinement investis pour que nous soyons des hommes de demain. Trouvez en cette œuvre, le couronnement de vos efforts et de vos prières. Vous gardez longtemps parmi, nous afin que nous profitions de vos prières et de vos conseils.

- A notre épouse, **ONADJA MARTINE** recevez ce travail en guise de reconnaissance pour votre compréhension, votre amour et votre soutien indéfectibles.

- A nos enfants **RAIM et FATAO. Que** ce travail cultive en vous le goût de l'effort et vous stimule à mieux faire au cours de votre vie.

## REMERCIEMENTS

Au terme de la rédaction de notre document, nous saisissons l'opportunité pour traduire toute notre reconnaissance, notre gratitude et nos remerciements les plus sincères à tous ceux qui d'une manière ou d'une autre a contribué au couronnement de nos deux années de durs labeurs par ce présent mémoire. Nous adressons ces remerciements particulièrement :

- Au professeur K Maxime DRABO, notre Directeur de mémoire ; nonobstant vos multiples occupations, vous avez accepté et su dégager du temps pour nous accompagner dans la réalisation de ce travail. Les mots nous manquent pour traduire toute notre reconnaissance pour la rigueur, le dévouement, et l'esprit critique dont vous avez fait preuve tout au long de notre travail. Recevez nos sincères remerciements.
- Au docteur BOUNTOGO Mamadou, notre Co-directeur de mémoire ; vous avez su trouver du temps pour nous ne guider pas à pas dans ce travail malgré vos multiples occupations. Merci pour votre dévouement et votre esprit critique. A vos côtés, nous avons beaucoup appris. Recevez à travers ces lignes notre profonde gratitude et notre reconnaissance.
- A monsieur le Directeur Général de l'IFRISSE pour son quotidien et précieux combat pour les corps infirmier et Sages-femmes. A travers lui, nous remercions tout le corps enseignant et le personnel administratif.
- Au corps professoral et aux encadreurs de l'institut, qui n'ont ménagé aucun effort pour nous supporter pendant ces deux années académiques, nous leur en sommes infiniment reconnaissants.
- Nous témoignons notre reconnaissance au Dr NANA w Félicité directrice de la qualité et de la sécurité des soins pour votre contribution respective et inestimable à la formation .
- Nous remercions les membres du Jury de l'honneur qu'ils nous ont fait en acceptant de Juger notre travail malgré leurs multiples occupations.

- Nous témoignons notre reconnaissance au Dr NITIEMA Abdoulaye DG de la DGESS/santé, à Monsieur DAHOUROU constant DG du CHU-YO, au Dr KABORE AHMED enseignant à l'université Ouaga I professeur joseph Ki ZERBO, au Dr OUEDRAOGO Arzouma Médecin de santé de publique à la DGESS générale pour leurs contributions respectives et inestimables à la réalisation de ce travail.
- À Monsieur NANA N. Gustave pour son accompagnement tout au long de la rédaction dudit mémoire, nous le remercions infiniment.
- A Monsieur OUEDRAOGO W. Thomas, Directeur Régional de la Santé du Centre merci pour avoir permis et facilité l'étude au sein de votre direction.
- Aux responsables et au personnel des structures : District sanitaire de Sig-noghin, les CSPS de Paré, Endogé, Sabena, Goupina pour leur soutien administratif à la réalisation du mémoire
- A mon grand frère NIKIEMA Rasmané et à toute la famille NIKIEMA à OUAGA pour votre soutien multiforme et inestimable.
- A tous les enquêteurs qui ont fait preuve de disponibilité, de solidarité à notre égard.
- Nous remercions également nos amis : NANA Justin, OUEDRAOGO Souleymane, ZOUGOURI Charles qui ont apporté également leur soutien à la réalisation de ce travail.
- À tous ceux dont les noms n'ont pu être cités, nous leur témoignons aussi notre reconnaissance
- Enfin, À tous nos camarades étudiants de l'IFRISSE avec qui nous avons partagé nos joies et peines durant ces deux années ainsi que les soubresauts liés à nos conditions d'apprentissage, pour le soutien pendant ces deux ans d'intense labeur.

## LISTE DES ANNEXES

Annexes 1: Correspondance entre les concepts et les variables retenues à l'étude.....I
Annexes 2 : Cadre d'analyse des variables de la partie quantitative.....IV
Annexes 3: Synthèse de la logique de la collecte des données..... V
Annexes 4: Questionnaire adressé aux mères d'enfants.....VII
Annexes 5:Guide d'entretien semi-structure avec les mères d'enfants. .....XI
Annexes 6 : Avis favorable du comité d'éthique.....XII
ANNEXE 7: CERTIFICAT D'ETHIQUE .....XIV
Annexe 8: Autorisation d'enquête de la DRS-centre ..... XV
Annexe 9 : Note d'information de la participante .....XVI
Annexe 10 : Formulaire de consentement éclairé de la participante ..... XVIII
Annexes 11: Engagement du témoin si participant illettré. .....XIX
Annexes 12 : Codification des enquêtées. .....XIX

## LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

| | | |
|---|---|---|
| ASBC | : | Agent de Santé à Base Communautaire |
| BF | : | Burkina Faso |
| CSPS | : | Centre de Santé et de Promotion Sociale |
| CERS | : | Comité d'Ethique pour la Recherche en Santé |
| DG | : | Directeur Générale |
| DGESS | | Direction Générale des Etudes et des Statistiques Sectorielles |
| DS | : | District Sanitaire |
| FS | : | Formation Sanitaire |
| IEC | : | Information Education Communication |
| LMS | : | Lavage des Mains au Savon |
| ODD | | Objectifs du Développement Durable |
| OMS | : | Organisation Mondial de la Santé |
| OR | : | Odds Ratio |
| UNICEF | | Fonds des Nations Unies pour l'Enfance |
| PDC | | Plan de Développement Communal |
| SIDA | : | Syndrome Immuno Déficience Acquise |

## DEFINITION DES TERMES

L'**hygiène**. Dans le présent document, l'hygiène vise tout particulièrement les pratiques et comportements relevant de l'espace privatif : lavage des mains et hygiène corporelle, la manipulation, la conservation et le traitement de l'eau à domicile, l'hygiène alimentaire, etc.

**La diarrhée :** la diarrhée est l'émission fréquente de selles molles ou liquides au moins trois (03) fois par jour.(Cellule d'appui à la décentralisation du système sanitaire, 2009).

**Une connaissance** correspond à l'information factuelle et interprétative qui mène à la compréhension ou qui est utile pour entamer une action sur une base informée.

**Une attitude** peut être définie comme un jugement, une évaluation envers une certaine catégorie d'objets, de personnes ou de situations. Elle peut prendre une forme « cognitive » ou « affective ». Les croyances sont plus facilement modifiables que les valeurs.

**Une croyance** est une conviction que quelque chose est vrai ou réel. Par exemple, Marie croit que déjeuner tous les matins prend trop de temps ; cette croyance influence son attitude envers le déjeuner.

**Les valeurs** correspondent aux principes qui orientent l'action d'un individu, d'un groupe ou d'une organisation en société. Les valeurs sont plus ancrées que les attitudes et les croyances et plus difficiles à changer, surtout à court terme. C'est donc une combinaison de facteurs (croyances, attitudes, valeurs et habiletés perçues).

**Comportement** C'est le terme général qui couvre toutes les actions physiques des individus.

**L'environnement :** C'est le contexte de la mise en place du comportement et des cognitions.

**La promotion de la santé** est « un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ». Il s'agit d'aider les personnes à exercer un pouvoir sur leur santé et sur les facteurs qui l'influencent.

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: répartition d'échantillon de l'enquête par CSPS selon la proportion des enfants de 0 a59 mois ..... 25
Tableau II: Niveau de participation à l'étude selon l'instrument de cueillette des données ..... 33
Tableau III: Caractéristiques socio- démographique des mères enquêtées ..... 34
Tableau IV: Caractéristiques démographique et statut pathologique des enfants vus en consultation ..... 35
Tableau V : Répartition des mères en fonction de l'attitude après leur passage aux toilettes ..... 36
Tableau VI : Résultats de l'analyse descriptive des variables prédisposant ..... 36
Tableau VII: Résultats de l'analyse descriptive des variables relatives aux facteurs facilitant ..... 37
Tableau VIII: Résultats de l'analyse descriptive des facteurs de renforcement ..... 39
Tableau IX: Taux de LMS après être sorti des toilettes en fonction des facteurs influençant ..... 40
Tableau X: les effets bruts des variables explicatives sur le LMS après être ..... 43
Tableau XI: Effets des facteurs prédisposant explicatifs sur le LMS après être sorti des toilettes ..... 44
Tableau XII: déterminants du LMS après être sorti des toilettes ..... 45

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Schéma du modèle de GRENN (pelletier, coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida, & comité prévention, 2001) ..... 13
Figure 2:Schéma du cadre de référence du lavage des mains inspiré du modèle PRECEDE-P.R.O.C.E.E.D de GREEN ET KREUTER (1991). ..... 14
Figure 3 : Carte présentant la localisation géographique de la commune de PABRE dans la région du centre ..... 19

.

# RESUME

**Introduction :** la morbidité liée à la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans est très élevée au Burkina Faso. Cette morbidité pourrait être réduite par la pratique du lavage des mains au savon. Il y a peu d'études sur les facteurs liés au lavage des mains au Burkina Faso. C'est ce qui a motivé la présente étude dont l'objectif est d'étudier les facteurs influençant le lavage des mains au savon chez des mères d'enfants de moins de cinq ans vues en consultation.

**Méthodologie :** il s'est agi d'une étude transversale à visée analytique utilisant un devis mixte. L'échantillon était constitué de 154 mères. Les instruments de collecte étaient essentiellement un questionnaire administré et un entretien semi –dirigé. **Résultats :** dans notre étude 40 % des enfants souffraient de diarrhée. L'analyse bi variée nous a permis d'identifier trois variables associées au Lavage des mains au savon qui sont :

- Le niveau d'instruction de la mère (P value = **0,00)**
- Le temps moyen pour s'approvisionner en eau dans le ménage (P value = **0,03)**
- Et les connaissances de la mère aux avantages du LMS pour l'enfant (P value = **0,02).**

De l'exploration il existe des préjugés. Ainsi la pratique du lavage des mains au savon chez la mère pendant la période des menstruations et après un rapport sexuel protègerait l'enfant contre des maladies.

**Discussion-conclusion**. Au regard des résultats, la disponibilité en eau, le renforcement des connaissances des mères constituent des défis à relever pour une promotion de l'hygiène des mains, gage de réduction de la morbidité infantile dans la commune rurale de Parèdres études pourraient être menées pour comprendre les perceptions socio sanitaires des maris relatives au lavage hygiénique des mains pour une promotion de la pratique familiale.



**Mots clés : déterminants, diarrhée, du lavage des mains au savon, croyances**.

## ABSTRACT

**Introduction:** The morbidity associated with diarrhea in children under five is very high in Burkina Faso. This morbidity could be reduced by the practice of washing hands with soap. There are few studies on hand washing factors in Burkina Faso. This motivated this study to study the factors influencing handwashing with soap in mothers of children under five seen in consultation.

**Methodology**: This was a cross-sectional analytical study using a mixed estimate. The sample consisted of 154 mothers. The collection instruments were essentially an administered questionnaire and a semi-guided interview.

**Results**: In our study 40% of children had diarrhea. The bivariate analysis allowed us to identify three variables associated with hand washing with soap that are:

• mother's level of education (P value = 0.00)

• the average time to obtain water from the household (P value = 0.03)

• and the mother's knowledge of the benefits of LMS for the child (P value = 0.02).

From the exploration of beliefs, several opinions emerge. At least one in four mothers perceives the health benefits of hand washing with soap. Also the practice of washing the hands with soap in the mother during the period of menstruation and after a sexual relation would protect the child against diseases.

**Discussion-conclusion**. In the light of the results, the availability of water and the strengthening of mothers' knowledge are challenges to be met for the promotion of hand hygiene, a pledge to reduce child morbidity in the rural commune of PABRE. Des Studies could be conducted to understand the social and health perceptions of husbands with respect to hygienic hand washing for the promotion of family practice.



**Key words**: **determinants, diarrhea, Handwashing with soap, beliefs**.

# INTRODUCTION

Les interventions à coût efficace, si elles atteignent un niveau de couverture optimale chez les enfants (au moins 80%) au moment opportun, ont démontré leur impact direct sur la réduction des décès infanto-juvéniles(DSF /MS Burkina Faso, 2015). La majorité de ces interventions ont été regroupées sous le concept de pratiques familiales clés. En d'autres termes, les actions de santé doivent cibler en priorité les communautés avec un focus sur la promotion de la santé. Parmi ces pratiques familiales clés, le lavage des mains au savon (LMS) est considéré très importante et traceuse au vue des effets significatifs sur la sante de la population en générale et celle des enfants de moins de cinq ans en particulier. Ce geste banal, à la portée de tout le monde, constitue une bonne pratique d'hygiène. Le LMS doit devenir un réflexe, surtout aux moments critiques. C'est-à-dire avant de préparer les repas, de manger ou de donner à manger, au sortir des toilettes et après le nettoyage anal des bébés.

En milieu de soins l'hygiène des mains se veut irréprochable, sa pratique est une technique gage de sécurité sanitaire. Elle est aussi l'une des principales mesures de lutte contre les infections nosocomiales. Outre la contribution de la réduction de la morbidité et de la mortalité infantile, la promotion du lavage des mains est extrêmement rentable en comparaison avec d'autres interventions sanitaires fréquemment financées. Un investissement de 3,35 dollars américains dans la promotion du lavage des mains apporte les mêmes avantages pour la santé–qu'un investissement de 11 dollars américains dans la construction de latrines, un investissement de 200 dollars américains dans l'approvisionnement en eau des ménages, et un investissement de milliers de dollars dans des immunisations(Curtis. V et al, 2006).

Le 15 octobre de chaque année est consacré Journée mondiale du lavage des mains. L'initiative d'instaurer une Journée mondiale de lavage des mains répond à un souci d'inculquer cette bonne pratique d'hygiène à la communauté. La Journée représente donc une opportunité de sensibiliser la communauté sur les risques liés aux mains très

souvent en contact avec les germes et de diffuser des messages instructifs en faveur de la promotion des bonnes pratiques d'hygiène en général.

En dépit des avantages du LMS, seulement 3 à 34% de la population dans les pays en développement se lavent régulièrement les mains avec du savon à des moments critiques au cours de la journée (Galiani, S et al , 2016).

Au Burkina Faso la pratique du lavage des mains au savon, malgré ces bienfaits est estimée seulement à 17 % en 2015 au sein de la population (DSF /MS Burkina Faso, 2015).Chez les mères en milieu rurale selon les résultats de Restitution du Monitorage Communautaire dans trois districts pilotes (Tenkodogo ,Banfora, et Koudougou ) sur le lavage des mains au savon en décembre 2015 , seulement 13,33 % se lavaient les mains après les selles (DGESS /MS /BF, 2015). Parallèlement à ces indicateurs, la morbidité est très élevée chez les enfants de moins de cinq ans (13,4%) (INSD/BF, 2015). Selon le rapport d'Enquête Démographique et de Sante (EDS) 2010 14,7 %. Les enfants de moins de 36 mois ont développés la diarrhée dans 73.9 % des cas. (INSD /Burkina Faso, 2010). Ces maladies ont des couts sociaux et financiers très énormes pour les ménages

L'augmentation de la pratique du LMS passe par une bonne appréhension des difficultés et des croyances. A cet effet, nous nous proposons d'étudier les facteurs déterminant de cette pratique familiale clé et traceuse chez les mères d'enfants dans la commune de PABRE. En effet, une meilleure connaissance de ces déterminants constitue une base solide à l'orientation des politiques et à la formulation des stratégies d'actions. Ce présent travail s'est articulé autour des chapitres suivant :

- la revue de littérature
- la problématique
- la description du milieu de l'étude
- la méthodologie.
- la présentation des résultats
- la discussion des résultats.

# CHAPITRE I : LA REVUE DE LITTERATURE

L'adoption du comportement en santé est fonction des modes de vie individuels d'une part, les milieux de vie (environnement) d'autre part. Il est très difficile d'avoir une prise directe sur eux. Il faut donc agir en amont, sur les facteurs dont ils dépendent. Green (1991) a soutenu que nous devons examiner les facteurs sous-jacents qui « précèdent » ou déterminent la qualité de vie d'un patient. C'est la première partie de la séquence d'évaluation.

Ces facteurs sous-jacents sont les facteurs prédisposant, les facteurs facilitant, et les facteurs de renforcement. Nous devions contribuer à la fois à changer le contexte et à changer les cognitions des mères sur le LMS dans la communauté ce qui justifie notre choix .pour le modèle PRECEDE-P.R.O.C.E.E.D de GREEN et KREUTER (1991)(ROBICHAUD-EKSTRAND.S, VANDAL.S, & BRADET.R, 2001).

L'acronyme PRECEDE signifie "Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Environment Diagnosis and Evaluation" c'est à dire "les facteurs prédisposant, facilitants et de renforcement identifiés par le diagnostic éducationnel et environnemental et de l'évaluation de ce diagnostic.

Nous avions regroupé les résultats de la littérature dans les volets suivants : Les résultats des études antérieures portant sur les facteurs influençant, la synthèse critique, la définition des concepts, le cadre théorique choisie, et le cadre de référence

## 1.1 Résultats des études antérieures.

Plusieurs travaux de recherche ont été réalisés sur le lavage des mains au savon. Ces travaux ont utilisé des approches quantitative, qualitative ou mixte ayant abouti aux résultats. Nous avions résumé les résultats des travaux dans les différentes thématiques : les facteurs prédisposant, les facteurs facilitant et les facteurs de renforcement.

### 1.1.1 Les facteurs prédisposant

- Le niveau de vie et le milieu de résidence de la mère.

Les conditions de vie environnementale et économique dont vivent les mères influencent leur comportement hygiénique.

Selon Hernandez dans une étude quantitative , le niveau de vie et le milieu de résidence des ménages sont associées au lavage des mains avec du savon .Les quintiles de richesse inférieurs et les zones rurales étaient moins susceptibles d'avoir du savon partout dans le logement et dans des lieux désignés pour le lavage des mains que les ménages des quintiles de richesse et des zones urbaines(Hernandez et al., 2017).

Les données de l'enquête réalisée en 2015 au Sénégal relèvent que la zone géographique, la présence d'un point de lavage des mains à proximité des latrines, le score socio-économique sont des facteurs associes à la pratique du LMS systématique(Swiss Tropical and Public Health Institute et al., 2015).

- L'âge de la mère et les connaissances des mères.

Les connaissances des mères : il s'agit des motivations et les perceptions relatives au LMS. Ces connaissances sont influencées par le niveau de scolarisation, les croyances socio-culturelles.

L'approche quantitative de l'enquête NICOLLE 2006, montrent les variables explicatives à la déclaration d'une mesure d'hygiène dans la vie quotidienne pour se protéger des maladies infectieuses (n = 3 493) que sont le sexe, la présence d'enfant dans la famille, l'estimation du risque de contracter une maladie infectieuse, et le niveau d'étude. Quant aux facteurs associés au fait de déclarer se laver systématiquement les mains selon différentes situations on note essentiellement trois situations :

- Après un passage aux toilettes (n=4026) les facteurs associés sont le sexe et la taille d'agglomération.
-Avant de faire la cuisine (n= 3 905) les facteurs associés sont le sexe et l'âge (35-49 ans)
-Avant de s'occuper d'un bébé (n= 3 325) les facteurs associés sont la taille d'agglomération, l'estimation du risque de contracter une maladie infectieuse, le niveau d'étude (Arnaud Gautier et al., 2006)

.

Une étude réalisée par Ilesanmi & Alele, 2015 en Éthiopie a identifié les facteurs suivants comme associés tau lavage des mains :la perception du lavage des mains comme norme sociale, la désirabilité sociale et la tendance personnelle à surestimer d'autres événements. (Ilesanmi & Alele, 2015).

Selon Seimetz, Mosler, & Boyayo, dans une étude quantitative en 2016 au Burundi identifie des facteurs psychosociaux et contextuels sur le lavage des mains que sont : la croyance en l'efficacité personnelle, la planification du comment, du moment et de l'endroit où se laver les mains, et le fait de ne jamais oublier de le faire. Sont des prédicteurs significatifs (Seimetz, et al 2016)

Les données de l'enquête réalisée en 2015 au Sénégal relèvent que le niveau d'instruction du chef de ménage et la connaissance de l'importance du LMS sont des facteurs associés à la pratique du LMS systématique (Swiss Tropical and Public Health Institute, Institut de Santé Publique et du Développement, & Université Cheikh Anta Diop de Dakar (UCAD), 2015)

Valérie C et al en 2006 dans une approche de recherches qualitatives approfondies effectuées dans plusieurs pays (Ghana, Sénégal Kerala, Inde et Wirral, R.U), sur les motivations des consommateurs montrent que les déterminants du comportement relatifs au lavage des mains font l'objet d'une tendance très perceptible. Les motifs qui incitent les mères à se laver les mains sont la fierté, le statut social, l'approbation

sociale et le dégoût des odeurs et de la contamination. Elles considèrent aussi le lavage des mains comme un aspect du dévouement envers les enfants, un signe d'amour et d'attention. Les femmes pensent souvent que seules la saleté visible ou des mains malodorantes sont susceptibles de provoquer des maladies et, même alors, elles signalent rarement les liens explicites entre mains sales, diarrhée et maladies(Curtis. Valérie et al. 2006).

La Synthèse de recherches formatives et d'observation de terrain menées au Mali et dans d'autres pays en développement, rédigé par Jérémie Toubkiss en 2012, portant sur les obstacles à l'utilisation des latrines et au lavage des mains au savon identifie les obstacles socioculturels pour le lavage des mains que sont :

- L'utilisation du savon est plus liée à la toilette habituelle du matin qu'à une pratique réfléchie / à laquelle un sens est donné. Le matin on lave le visage plus que les mains - L'ignorance de conséquences liées au non lavage des mains avec le savon / de ce qu'apporte le savon par rapport à l'eau simple).

Après être allé se soulager en brousse, on utilise les brindilles / pierres / feuilles disponibles sur place, en évitant le contact avec la main ; l'habitude ne s'est pas installée de se laver les mains après les toilettes.

- On se lave les mains uniquement quand on a la sensation qu'elles sont sales (exemple : après manger ou après manipulation de produits toxiques) mais pas aux moments les plus critiques (avant de préparer le repas, avant de manger, après défécation) (Water Aïd Mali 2009 Biran et al.2005, Aunger et al 2010) :

- Les excréments des bébés n'ont pas d'odeurs / ne sont pas sales, donc pas la peine de se laver les mains après le nettoyage anal des bébés.

- Croyances / mythes sur l'effet néfaste du savon (neutralise l'effet des potions des marabouts, anéantit les protections des hommes, la poussière sur les mains du cultivateur étant considérée comme fortifiant / renforce la peau.

-Pratique d'homme occidental / de Blanc / d'« assimilé » / de snob / d'hautain / importée de l'extérieur qui met en danger la culture et les traditions locales (Water Aïd Mali 2009).

Quant à To, Kien Gia et al, l'origine ethnique du chef de ménage est aussi un déterminant(To,Kien Gia, et al 2016).

1.1.2. Les facteurs de renforcement

- Les conseils des agents de santé et la sensibilisation de masse sur le LMS

Parmi les résultats de l'analyse uni variée et multivariée de l'étude de Schmidt et al, réalisée en 2009 l'exposition aux médias et l'accès des médias étaient associés au lavage des mains au savon Seulement les ménages exposés moins aux médias se lavaient les mains nettement moins que la majorité des ménages(Schmidt.W et al., 2009).

L'étude transversale descriptive quantitative réalisée en 2014 au Nigeria par Olayinka Stephen et al pendant l'épidémie EBOLA a trouvé une amélioration significative du lavage des mains chez ceux qui ont entendu parler des médias sociaux chez des lecteurs de journaux chez des auditeurs de radio. (Olayinka Stephen Ilesanmi & Faith Osaretin Alele, 2014).

1.2.3. Les facteurs facilitants

- Disponibilité en eau, en savon.

Les résultats de l'analyse uni variée et multi variée de l'étude de Schmidt et al, relève que l'accès à l'eau était associé au lavage des mains au savon. Moins, les ménages ont accès à l'eau et à l'assainissement , moins les membres se lavaient les mains nettement moins que la majorité des ménages(Schmidt.W et al., 2009).

Une étude quantitative réalisée en 2016 au Burundi identifie des facteurs psychosociaux et contextuels sur le lavage des mains au savon , la disponibilité en

eau était le seul facteur contextuel qui restait un prédicteur significatif (Seimetz et al., 2016).

Quant aux données qualitatives entravant la pratique du lavage des mains au savon Jérémie Toubkiss dans une synthèse des études réalisée au Mali et dans d'autres pays en développement. Trouvent :

-La rareté de l'eau, et la rareté du savon ;

-Le Coût du savon (Water Aïd Mali 2009, Biran et al 2005, Aunger et al 2010)

-la volonté de l'économiser (WaterAid Mali 2009, Touré. y 2011, Aunger et al 2010, Curtis Val et al 2011).

-les ressources limitées (Brian et al 2005) citée par (Toubkis.Jeremie, 2012). :

« Une chose est donc de se laver les mains, une autre est de trouver de l'eau non contaminée et en quantité pour le faire », comme le souligne si bien Léocadie Ouoba/Bouda, Directrice pays par intérim de Wateraid Burkina Faso. En effet, elle estime qu'il y a un lien entre la santé et l'eau potable car l'insuffisance de la disponibilité de l'eau potable, des toilettes appropriées et des installations pour le lavage adéquat des mains expose les patients, les agents de santé et toute la communauté et leur environnement à d'importants risques sanitaires. En témoigne une étude de Wateraid publiée en 2014 qui montre qu'environs 123 000 enfants de moins de 5 ans ont perdu la vie depuis 2000 du fait du manque d'accès à l'hygiène et aux toilettes (Sante actu, 2017).

- La disponibilité des latrines, sources d'approvisionnement en eau.

L'étude transversale réalisée par Madhumita, D dans cinq villages dans une communauté en inde en 2013 relèvent les déterminants des bonnes pratiques de lavage au savon que sont : la présence de latrines hygiéniques, la disponibilité du savon dans les lieux de lavage des mains, l'approvisionnement interne en eau et un revenu par habitant plus élevé(Madhumita ,D, et al 2013).

Enfin To, Kien Gia et al, en plus des déterminants au lavage des mains au savon tels que Le niveau d'éducation et l'origine ethnique du chef de ménage, l'indice de richesse des ménages et l'accès à des installations sanitaires améliorées relèvent que les sources d'eau améliorées sont tous associés au comportement de lavage des mains

De la synthèse critique de la recension des écrits, nous n'avions pas identifié d'études des facteurs influençant le LMS au Burkina Faso. Aussi aucune d'évaluation de l'attitude de lavage des mains au savon dans les cinq moments propices de lavage n'a été réalisée En plus, les actions de conseils et de sensibilisation des agents de santé, n'ont pas été abordés dans la littérature. Notre étude vise à combler ce gap.

## 1.2 Définitions des concepts

### 1.2.1 Le lavage des mains au savon.

Le LMS consiste en l'application d'une série de mesures destinées à assurer la propreté des mains par l'usage d'eau et de savon permet de réduire ou de limiter le risque de transmission des germes et de prévenir la contamination des personnes ou des objets.

Pour UNICEF le LMS est une des douze (12) pratiques familiales essentielles dans la rubrique eau hygiène et assainissement (EHA°) intitulé : *« Les ménages se lavent les mains à l'eau et au savon aux moments critiques* »(Mould, D, Carlson, A, Christofides, N., & Greiner,K, 2016).

### 1.2.2 Moments du lavage du LMS

Il s'agit des moments critiques favorables à la pratique du lavage des mains au savon.
Selon le Partenariat mondial pour le lavage des mains (GHP) les cinq
(5) moments clé du lavage des mains sont : « Les *mains doivent être lavées avec du savon après avoir utilisé les toilettes, après avoir nettoyé le derrière d'un enfant (ou de tout autre contact avec les excréments humains, y compris ceux des bébés et des enfants), et avant tout contact avec de l'alimentation, comme avant de manger ou avant de préparer la nourriture »*

Selon les recommandations de ’Institut National de Prévention et d’Éducation pour la Santé (INPES) de France, le lavage des mains doit être effectué plusieurs fois dans la journée par les femmes. A cet effet au minimum il y a trois moments clés pour se laver les mains : après avoir utilisé les toilettes, après avoir nettoyé un enfant qui a déféqué et avant de manipuler de la nourriture citée par (Arnaud Gautier et al., 2006).
Pour notre étude l’attitude de LMS retenue est le LMS après la sortie des toilettes.

1.2.3 Les déterminants.

Les déterminants sont les facteurs, les causes liées les unes aux autres et qui pourraient agir sur une décision, un phénomène. Pour SAWADOGO L., les déterminants sont un ensemble d'aspects, de conditions, de caractéristiques qui peuvent expliquer ou qui sont à l'origine d'une situation donnée (Sawadogo L, 2012).

Pour POODA N. J., le déterminant est tout élément qui participe au maintien, à la restauration et à l’amélioration de l’état de santé individuel ou collectif(ENSP, 2006).

La notion de déterminant renvoie à une relation de cause à effet. Dans notre étude, les déterminants sont des faits, des raisons, les obstacles ou facilitants qui rendent compte de la pratique du LMS. Les déterminants sont les facteurs, les causes liées les unes aux autres et qui pourraient agir sur une décision, de se laver les mains au savon.

. 1.2.4 La perception

La perception de la maladie est son interprétation en rapport avec la culture et la compréhension des soins dans les services de santé(Tchaou, A. G, 2008) Elle désigne la manière dont les populations se représentent ou comprennent la maladie. Elle prend en compte la perception des symptômes de la maladie, la perception de la gravité et la perception de l’origine supposée de la maladie.

Au plan psychologie la perception serait un processus et une donnée intégrante de l’individu, un processus cognitif et émotionnel de sélection et d’interprétation, à l’aide des expériences antérieures, de données recueillies à partir de stimuli externes et internes à l’individu.

Dans le cadre de cette étude, nous nous intéressons à la compréhension de la relation diarrhée /LMS et représentation socio-culturelle des mères en relation avec le LMS.

1.2.5 Les obstacles :

Selon le LAROUSSE 2009 ce sont les facteurs qui empêchent ou retardent le LMS

1.2.6 Préjugées socio-cultuelles :

C'est la présence, des faits, des valeurs d'origine culturelle ou sociétale qui entravent la perception positive de l'hygiène personnelle et du lavage des mains au savon en particulier.

1.3 Description du cadre théorique de l'étude.

Lawrence Green est un éducateur en matière de santé qui voulait élargir notre perspective de la santé et des facteurs qui l'influencent. Il a laissé de côté le « modèle médical pour souligner le contexte social de la maladie et tenir compte du milieu dans lequel vivent les gens. Il a aussi soutenu que le but premier ne consiste pas uniquement à traiter la maladie, mais à améliorer la qualité de la vie. Le modèle est composé de deux parties : PRECEDE et PROCEED.

*PRECEDE :* Green a soutenu que nous devons examiner les facteurs sous-jacents qui « précèdent » ou déterminent la qualité de vie d'un patient. C'est la première partie de la séquence d'évaluation.

Cette partie comprendre les cinq étapes : le diagnostic social, le diagnostic épidémiologique, le diagnostic comportemental et environnemental, le diagnostic administratif et politique.

*PROCEED :* Dans la deuxième partie du processus, on pose la question : « Comment évaluer ce que nous avons fait ? ». Cela nous rappelle qu'il ne suffit peut-être pas de consigner simplement le résultat final. Elle comprendre quatre étapes que sont la mise en œuvre du processus, l'évaluation des résultats et l'évaluation des retombées.

La connaissance les déterminants du LMS exige une analyse des facteurs déterminant au comportement qui est de se laver les mains. Notre étude s'inscrite à l'étape quatre (4) du modèle (voir schema1). L'élément ultime, sur lequel on espère agir (à long terme) est la qualité de vie de l'individu. Une conception qui insiste sur le vécu personnel de chacun plutôt que sur la santé au sens « objectif » du terme. Deux facteurs principaux ont un impact sur la qualité de vie. Les comportements et modes de vie individuels d'une part, les milieux de vie (environnement) d'autre part. Il est très difficile d'avoir une prise directe sur eux. Il faut donc agir en amont, sur les facteurs dont ils dépendent :

- les facteurs prédisposant : conditions pré-requises de changement (connaissances, attitudes, croyances, valeurs, habitudes etc.)
- les facteurs facilitants : ce qui dans le milieu de vie va faire qu'un comportement est plus ou moins facile à adopter (structures, ressources individuelles et collectives lois, textes etc.)
- les facteurs renforçant ou freinant : gratification ou punition (opinion des pairs, médias, images de référence, plaisir ou déplaisir causé par un comportement etc.) médias, images de référence, plaisir ou déplaisir causé par un comportement etc.)

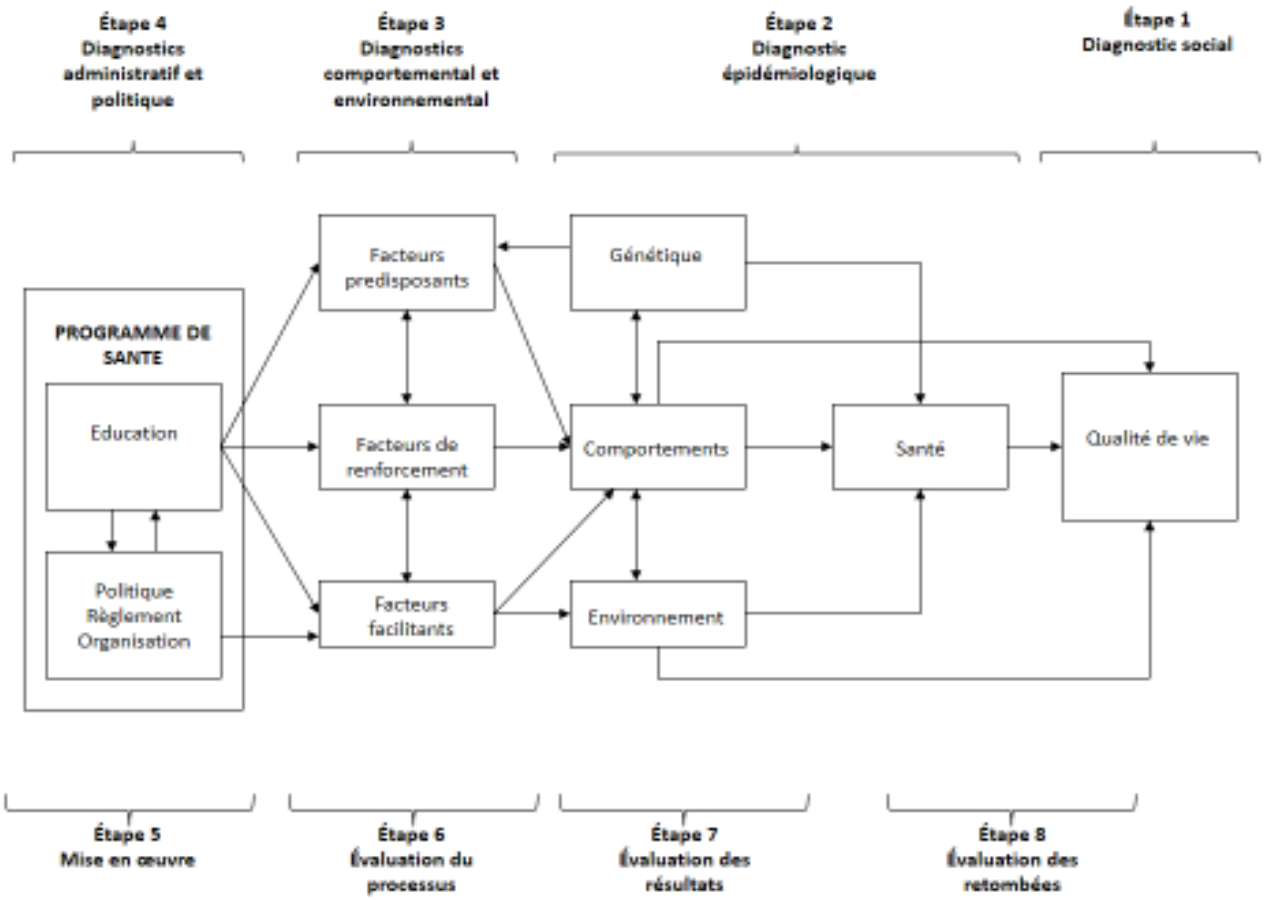


Figure 1 : Schéma du modèle de GRENN (pelletier, coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida, & comité prévention, 2001)

### 1.4 Cadre de référence

La revue de la littérature nous a permis d'identifier un modèle théorique des comportements de santé. Alors nous nous sommes basés sur modèle PRECEDE-P.R.O.C.E.E.D de GREEN et KREUTER (1991). Pour bâtir notre cadre de référence Il est construit autour d'une variable dépendante et de trois variables indépendantes.

Ce modèle conceptuel présente le LMS mesuré comme attitude dans les moments critiques comme notre variable dépendante. Elle est influencée par trois groupes de variables indépendantes qui reposent sur les éléments suivants :

- Les facteurs prédisposant chez les mères
- Les facteurs facilitant locaux
- Les facteurs de renforcement

Le cadre conceptuel est construit ci-dessous

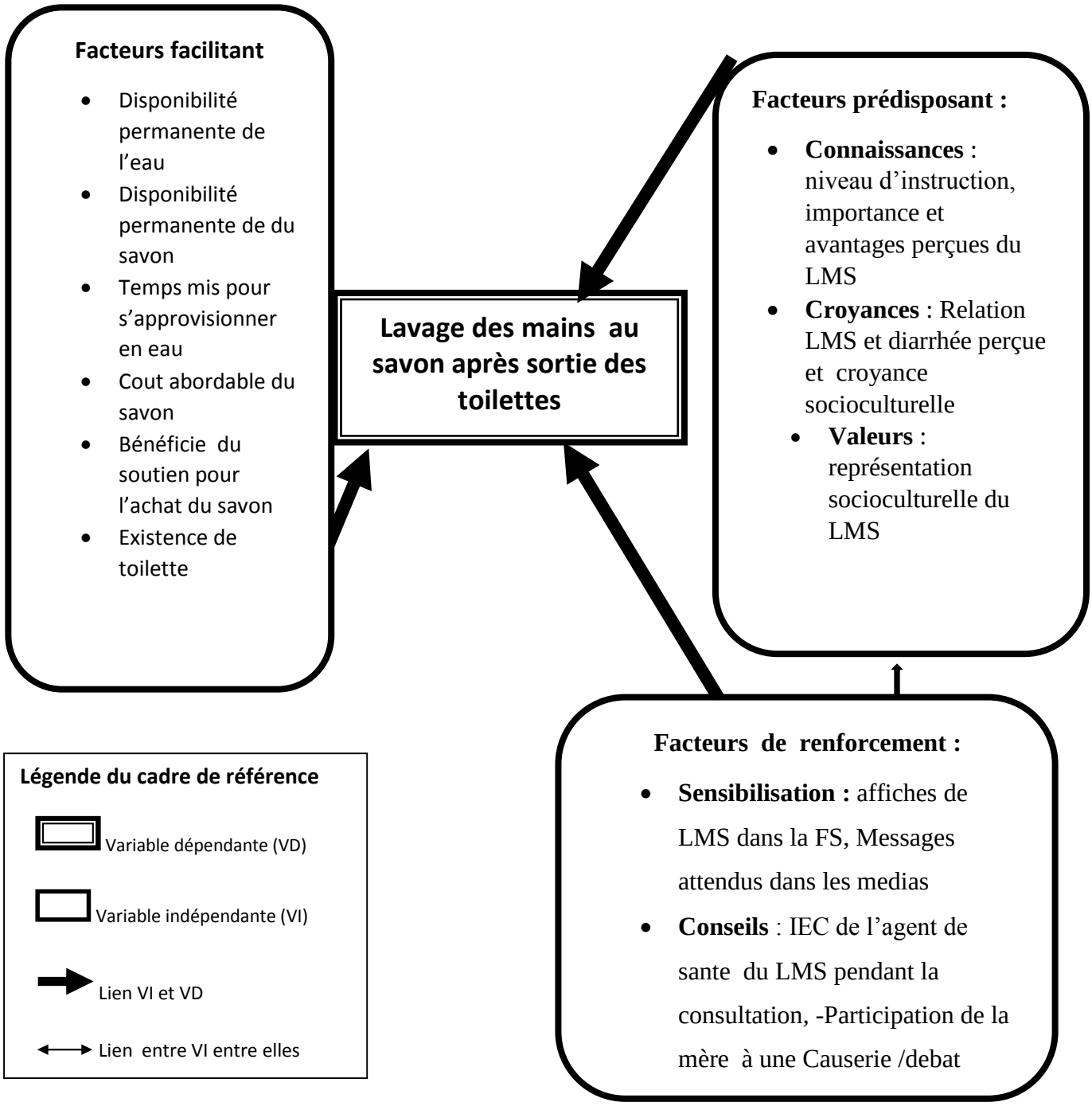


FIGURE 2:Schéma du cadre de référence du lavage des mains inspiré du modèle PRECEDE-P.R.O.C.E.E.D de GREEN ET KREUTER (1991).

**Note explicative du cadre de référence**

Le LMS est en fonction des facteurs prédisposant, renforçant et facilitant. Le comportement des mères a effectué le LMS est fonction de leur l'environnement physique social et économique. Par exemple la disponibilité de l'eau et du savon au sein des ménages faciliteraient le LMS. L'environnement de la mère aussi influence le LMS. Une mère qui bénéficie de sensibilisation sur le LMS lors de la consultation a plus de chance d'adopter le LMS.

Enfin il existe une relation entre les facteurs prédisposant et les facteurs de renforcement. La sensibilisation qui augmente les connaissances et de ce fait pourrait augmenter la pratique du LMS

# CHAPITRE II : PROBLEMATIQUE.

## 2.1 Enoncé du problème

Chaque année, plus de 1,4 million d'enfants meurent avant leur 5$^{ieme}$ anniversaire à la suite de la diarrhée et de la pneumonie(Unicef, 2016). En Afrique, la diarrhée et la pneumonie représentent respectivement 16,3 % et 20,4% des principales causes de mortalité des enfants de moins de cinq ans (WHO, 2009). Au Burkina Faso selon l'annuaire statistiques de 2016 ,la diarrhée est le troisième motif (4,8%) des consultations dans les formations sanitaires du premier échelon et 31,81% des diarrhées sont notifiés chez les enfants de moins de cinq ans (DGESS/ Burkina Faso, 2016) .

Les maladies diarrhéiques sont pourtant celles qui réagissent facilement aux modifications du comportement humain étant donné que des mesures d'hygiène simples et qui peuvent théoriquement interrompre l'essentiel, sinon la totalité de la transmission des agents infectieux. Parmi ces modifications de comportement, figure en bonne place le lavage des mains avec du savon (LMS) (Global Handwashing Partnership, 2017). A cet effet l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a clairement déclaré que le lavage des mains à l'eau et au savon est la mesure d'hygiénique la plus importante pour prévenir la transmission des infections(Ireps, 2013). Il est un déterminant dans la lutte contre la diarrhée infantile (Dairo .D.et al , 2017).

Promu à large échelle, le lavage des mains au savon constitue un « vaccin maison » (le Partenariat mondial pour le lavage des mains (GHP), 2017). Cette stratégie permet de réduire de 28% des épisodes diarrhéiques dans les pays à revenu faible et intermédiaire (Layla McCay, 2015). Les bienfaits du LMS sont multisectoriels.

A cet effet le lavage des mains avec du savon joue un rôle important dans la prévention des déficiences en micronutriments, le retard de croissance, le gaspillage et les décès.(Prüss-Üstün A, 2008), et réduit l'absentéisme scolaire de 40-50% (Hutton G & Haller L, 2004).

Enfin, le LMS contribue à faire diminuer le nombre de jours de travail perdu et réduire les dépenses en matière de santé(Arbogast J, et al, 2016).

Malgré tous les bienfaits du LMS, le taux du LMS reste bas dans le monde entier.

Ce taux varie de 0-34 %(Scott B, Curtis V, & Rabie,T, 2003). Selon la revue systématique de Freeman M et al, 2014, le lavage des mains après contact avec les excrétas est mal pratiqué (19%) à l'échelle mondiale.

L'Afrique subsaharienne première pourvoyeuse de mortalité infantile affiche le taux le plus faible du LMS au monde.(Global Public-Private Partnership for Handwashing, 2009).

Le taux du LMS en Afrique de l'ouest varie de 9,4 % au Benin à 20,20% au Sénégal (Hernandez et al., 2017). Ce taux au Burkina Faso est de 10,1% (Hernandez et al., 2017)

Au Burkina Faso, beaucoup d'actions ont été entreprises pour amener 50 % des ménages à adopter les six pratiques familiales clé dont le lavage des mains en 2020 (DSF /MS Burkina Faso, 2015).

L'atteint de cet objectif serait difficile, voire impossible si l'on ne cerne pas toutes les dimensions qui influencent ce comportement surtout en zone rurale. D'où la question suivante : pourquoi malgré les bénéfices multisectoriels le lavage des mains au savon n'est pas largement pratiqué par les mères des enfants ? C'est la raison pour laquelle nous proposons cette étude afin d'identifier les facteurs associés en s'inspirant du modèle théorique de PRECEDE-PROCEED.

La présente étude contribuera à générer des connaissances sur le lavage des mains au Burkina Faso en générale et en particulier celles ciblant les mères en milieu rurale.

2.2 Question de recherche

Quelles sont les facteurs influençant le lavage des mains au savon chez les mères d'enfants de moins de 5 ans vues en consultation dans les CSPS de la commune de PABRE ?

**2.3** But **:**

Le but de cette étude est de contribuer à la prévention des maladies liées à l'hygiène des mains.

**2.4** Les objectifs de recherche.

- Général

Etudier les facteurs influençant le lavage des mains au savon chez les mères d'enfants de moins 5ans vues en consultation dans les CSPS de la commune de PABRE.

- Spécifiques

1. Identifier les facteurs associés au lavage des mains au savon chez les mères d'enfants de moins de 5ans vues en consultation dans les CSPS de la commune de PABRE.
2. Décrire les croyances relatives au LMS chez les mères d'enfants de moins de 5ans vues en consultation dans les CSPS de la commune de PABRE sur le LMS.

2.5 Hypothèses de recherche

- Les facteurs prédisposant, les facteurs facilitant et les facteurs de renforcement influencent le lavage des mains au savon chez les mères de moins de 5ans vues en consultation dans les CSPS de la commune de PABRE
- des préjugées sociales autour LMS chez les mères de moins de 5ans vues en consultation dans les CSPS de la commune de PABRE influencent le LMS.

## CHAPITRE III : DESCRIPTION DU MILIEU DE L'ETUDE

L'étude est réalisée dans la commune rurale de PABRE. Le choix du site de l'étude est raisonné. La raison est l'accessibilité géographique de la commune PABRE. Les sites d'étude sont les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) dans la commune de PABRE.

### 3.1 Situation géographique

La commune de Pabré est une des six communes rurales de la province du Kadiogo situé dans la région du centre Elle est située à 22 km de Ouagadougou sur l'axe Ouagadougou-Kongoussi, sur la route nationale N°22. La commune couvre une superficie de 411.27km2 avec 22 villages (Willé s'est ajouté depuis l'ancien PCD). La commune rurale de Pabré est limitée (Mairie de Commune rurale de Pabre, 2015) :

- A l'Est par la province d'Oubritenga ;
- A l'ouest par la province du Kourweogo ;
- Au Sud par la commune urbaine de Ouagadougou (arrondissements 8 – 9 et 4)
- Au Sud Est par la commune de Tanghin – Dassouri.

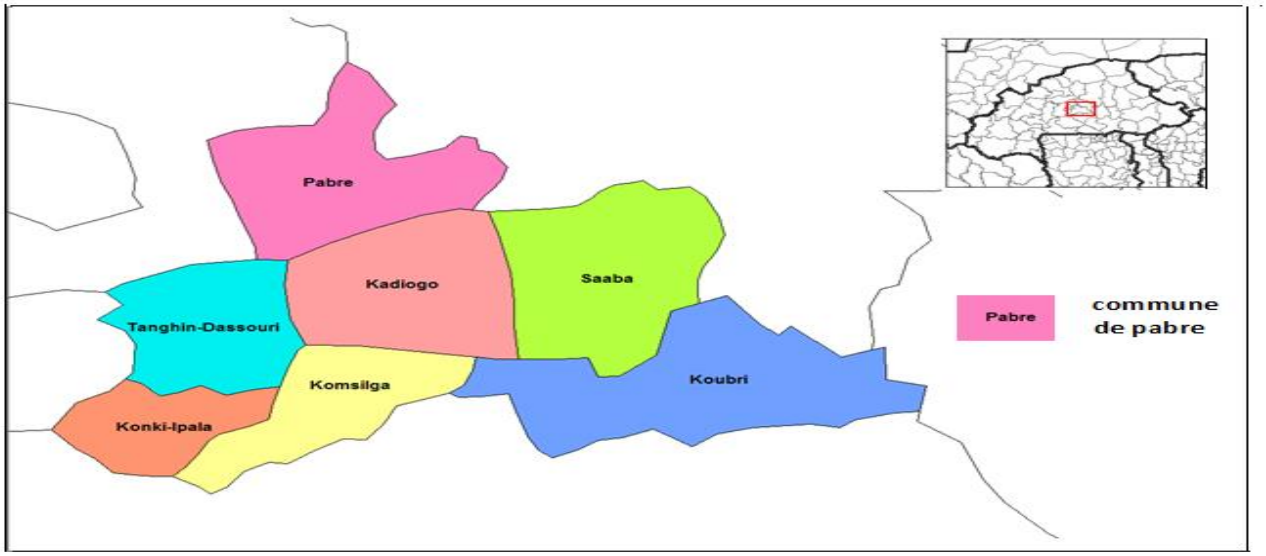


Figure 3 : Carte présentant la localisation géographique de la commune de PABRE dans la région du centre
Source : PDC 2015-2019 commune de PABRE

### 3.2 Structure démographique

La commune de PABRE est la partie rurale du district avec une population estimée en 2018 à 83624 habitants. La population féminine représente 53%. La densité de la population est de 69 habitants au km² et un taux de croissance de 1.68% (dû à un taux de natalité et de fécondité très élevé). Les villages les plus peuplés sont : Pabré centre, Sabtenga, Bilgo, Salé, Nedogo et Goupana qui ont plus ou moins 2000 habitants.

Les activités économiques de la communale rurale de Pabré sont principalement : l'agriculture, l'élevage et le maraîchage. Au niveau des activités génératrices de revenus, il y a le commerce de bétail, le petit commerce, l'artisanat, et l'apiculture.

### 3.3 Situation en Eau potable

Dans la commune de Pabré, le forage constitue la principale source d'approvisionnement en eau potable de la population. L'inventaire des points d'eau réalisé en 2014 donne les résultats suivants : 132 points d'eau portable, 76 Bornes fontaines Le nombre de forage est mal reparti sur le territoire communal. En effet, il y a une concentration des forages dans quelques villages (Pabré centre, Bendatoega, Pabré saint Joseph, Sag - Nioniogo au détriment d'autres villages. Les écarts négatifs montrent le déficit de population par rapport à la norme de 300 personnes à considérer pour justifier l'implantation d'un forage. Par ailleurs, les pannes constantes et les faibles débits observés entraînent une forte pression humaine et animale autour des infrastructures existantes.

L'analyse de la situation de la commune en matière d'eau potable, a permis d'identifier les contraintes majeures suivantes :

- Le nombre fréquent de forage en pannes
- La mauvaise répartition de ces ouvrages dans l'espace communal
- Le mauvais fonctionnement des comités de gestion des points d'eau

Le refus de paiement de la contribution par certains utilisateurs des PEP

### 3.4 Situation de L'assainissement

Il n'existe pas de système de gestion des ordures dans la commune. Les ordures ménagères sont déversées dans la nature ou utilisées pour la production de fumure organique. On note également l'inexistence d'aménagement d'espace vert ou d'embellissement. Les principales contraintes qui se posent en matière d'hygiène et d'assainissement dans la commune sont :

- Le manque de latrines dans la plupart des concessions et lieux publics
- L'insuffisance de compétence au niveau local pour la construction des latrines
- La méconnaissance des populations des risques liés à la mauvaise gestion des excrétas humains

  -Le faible niveau de revenu des ménages(Mairie de Commune rurale de Pabré, 2015)

### 3.5 Situation sanitaire

Au plan sanitaire, La commune dispose d'une bonne couverture vaccinale, signe d'une adhésion des populations notamment les mères à la prise en charge sanitaire de leurs enfants. Du point de vue infrastructures, la Commune souffre d'un manque d'équipements et de personnel qui affecte le bon fonctionnement des différentes formations sanitaires.

La proportion de la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans est en 2017 à 9.16 % dans la commune de PABRE et de 15.62% dans le district sanitaire de sig-noghin (District sanitaire de sig-noghin, 2018).

On dénombre compte onze (11) Centre de santé et de promotion sociale (CSPS) fonctionnels. Quatre nouvelles CSPS sont en court d'ouverture.

Les sites de l'étude sont les CSPS ayant les populations les plus élevées. .Ce sont Pabre (17729 habitants), Sabtenga (14059 habitants) Nedogo (13806) habitants, et Goupana (8027 habitants). Les enfants de moins de cinq ans sont au nombre de 7796 dans ces CSPS. En dehors du CSPS de Nedogo (IDE, une AIS), les trois autres disposent de plus de quatre de profil différent.

Tous les villages couverts de ces CSPS disposent deux agents de communautaire par village. Les activités de sensibilisation réalisées dans les sites d'enquêtes n'abordent pas l'hygiène des mains avec les mères.

# CHAPITRE IV : METHODOLOGIE DE RECHERCHE

La Méthodologie comprend essentiellement : le type d'étude ou encore le devis de l'étude, la population de l'étude, l'échantillonnage (type et taille de l'échantillon), les variables de l'étude, techniques et instruments de collecte, les méthodes d'analyse, les critères de scientificité, et les considérations éthiques.

## 4.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale à visée analytique. Le devis utilisé est mixte (quantitatif puis qualitatif).

La première séquence quantitative vise à identifier les facteurs déterminant le lavage des mains au savon après la sortie des toilettes.

La deuxième séquence qualitative fait suite à la première. Elle est d'approche phénoménologique et vise à décrire les croyances autour du LMS, d'approfondir certaines informations et aspects sur le thème .Elle permet de comprendre les perceptions concernant le lavage des mains au savon dans la prévention des maladies diarrhéiques , Sachant que ces perceptions sont construites sur la base d'expériences vécues par les mères (Creswell, 1998), d'enfants dont elles prennent soin quotidiennement. Aussi elle permet d'explorer ce que Gighlione (Gighlione, R. & al, 1985) appelle l'inconscient cognitif, c'est-à-dire tout ce qu'un individu ne peut expliciter lui-même faute de concepts adaptés ou faute d'y avoir réfléchi.

## 4.2 La population d'étude.

Il s'agit des mères d'enfants de moins de 5ans de la commune de PABRE vues en consultation dans les centres de santé de promotion sociales (CSPS) pendant la période de l'enquête.

## 4.3 Les critères d'inclusion.

- Être mère d'enfant de moins de 5 ans
- Être vue en consultation pendant la période de l'enquête du 10 au 31 aout 2018
- Accepter de participer volontairement à l'enquête.
- être résidente dans la localité de plus de six mois

### 4.4 L'échantillon

L'échantillon est composé de :

- En ce qui concerne les CSPS, 4 CSPS ont été retenus : PABRE, NEDOGO, SABTENGA, et GOUPANA,
- pour la partie quantitative, l'échantillon est calculé avec la formule suivant :

$N = z^2 \times p (1 - p) / m^2$

N = taille de l'échantillon

z = niveau de confiance selon la loi normale centrée réduite (pour un niveau de confiance de 95%, z = 1.96,

p = Pour p égale à 10,1% (Hernandez et al., 2017) proportion du lavage des mains au BF

m = marge d'erreur tolérée (par exemple on veut connaître la proportion réelle à 5% près).

En application de la formule, la taille est de 139,52 soit 140 mères.

En estimant un taux de non réponses de 10%, la taille de l'échantillon N est égale à 140+ 14 =154 mères.

La répartition de l'échantillon des mères CSPS (Ni) s'est faite de façon proportionnelle au nombre d'enfants de 0 à59 mois (Ei). Ni = N/T*Ei.

T= total des enfants de 0 à 59 mois dans les 4 CSPS.

Cette réparation est représentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau I: répartition d'échantillon de l'enquête par CSPS selon la proportion des enfants de 0 a59 mois

| *N° d'ordre* | *CSPS* | *Population des enfants de 0 à 59mois* | *Proportion (%)* | *Nbre de mères* |
|---|---|---|---|---|
| *1* | PABRE | 2578 | 33 | 51 |
| *2* | NEDOGO | 2007 | 26 | 40 |
| *3* | SABTENGA | 2044 | 26 | 40 |
| *4* | GOUPANA | 1167 | 15 | 23 |
| *Total* | | 7796 | 100 | 154 |

- En ce qui concerne l'étude qualitative, le nombre d'entretiens n'avait pas été défini à l'avance mais ils ont été réalisés jusqu'à saturation des réponses. En pratique, nous avons interrompu notre enquête lorsque les entretiens consécutifs ne révélaient pas de nouvelles informations. Nous avions obtenu la saturation avec neuf (9) mères.

## 4.5 L'échantillonnage

### 4.5.1 L'échantillonnage des sites.

Pour le choix des sites de l'étude l'échantillonnage est non probabiliste de type choix raisonné. Nous avions choisi les CSPS ayant les populations de couverture les plus élevées dans l'objectif de touche le maximum. Aussi pour des raisons de ressources financières limitées nous avions retenus que quatre CSPS. Les sites choisis sont : PABRE (17729 habitants) SABTENGA (14059 habitants) NEDOGO (13806 habitants) et GOUPANA (8027 habitants).

4.5.2 L'échantillonnage des cibles

Nous avons utilisé une méthode non probabiliste qui a consisté à recruter les mères de manière accidentelle au cours de l'étude. Toute mère qui arrive dans la formation sanitaire pour la consultation curative et qui donne son consentement

4.6.3 Stratégies de recrutement des cibles

Nous avions d'abord choisi les quatre CSPS ayant respectivement les populations cibles les plus élevées.

Ensuite nous avions recruté accidentellement dans la formation sanitaire, les mères qui ont bénéficiés une consultation curative de son enfant.

Enfin nous avions effectué l'entretien approfondi avec certaines mères d'enfants en respectant le principe de saturation.

4.6 Les variables de l'étude

- En ce qui concerne la partie quantitative.

- **Variable dépendante**.

La mère se lave les mains au savon après la sortie des toilettes.

La variable est obtenue à partir des attitudes de lavage des mains au savon dans les moments critiques. La variable dépendante prend la valeur « 0 » si la mère n'affirme pas s'être lavé systématiquement les mains après être sorti des toilettes à domicile et la valeur « 1 », si la mère affirme pas s'être lavé les mains après être sorti des toilettes à domicile.

- **Variables indépendantes**

Au nombre de trois groupes que sont :

1. Les facteurs prédisposant qui sont :
   - Le niveau d'instruction :

Il s'agit du niveau de la scolarisation ou non de la mère. Il a été subdivisé en trois catégories :

Non scolarisée : la mère n'a pas fréquenté l'école classique.

Primaire : la mère a fréquenté la classe de cours élémentaire première année (CP1) jusqu'au cours moyen deuxième année (CM2).

Secondaire et plus : la mère a fréquentée la classe de sixième et jusqu'au-delà.

- Connaissance de l'importance du LMS :
  C'est de la perception ou non du LMS comme moyen permettant d'avoir les mains propres et ou moyen de prévention de la maladie
- Connaissances des Avantages du LMS pour la mère

C'est la connaissance des avantages ou non du LMS comme moyen permettant éviter les maladies et ou de réduction des maladies

- Connaissances Avantages du LMS pour l'enfant

C'est la connaissance des avantages ou non du LMS comme moyen permettant éviter les maladies comme la diarrhée et ou de réduction des maladies.

2. Les facteurs facilitant qui sont :
   - Disponibilité de l'eau

C'est la présence ou non permanente ou non d'eau dans le ménage pour se laver régulièrement les mains au savon

- Temps mis pour s'approvisionner en eau

C'est le temps moyen pour s'approvisionner dans une source d'eau.

Ce temps est jugé court (moins de 30 min) ou long (plus de 30 min)

- Disponibilité du savon

C'est la présence ou non permanente ou non du savon dans le ménage pour se laver régulièrement les mains au savon.

- Coût abordable du savon.

C’est le jugement du coût financier du savon. Il est abordable ou non.

- Bénéficie du soutien du mari pour l’achat du savon

C’est l’aide apporte au mari pour l’achat du savon

- Existence des toilettes dans le ménage

C’est la présence des toilettes dans le ménage.

- Existence du dispositif de lavage dans les toilettes

3. Facteurs de renforcement ou les mesures incitatives qui sont :
   - Bénéficie des conseils lors d’une consultation
     La mère a bénéficié des conseils sur le LMS de la part de l’agent de santé pendant la consultation curative.
   - Participation à une séance de causerie/débat au sein du CSPS
     La mère a déjà participé à une séance de causerie /débat sur LMS dans l’enceinte du CSPS.
   - Déjà attendu des messages de sensibilisation à la radio ou à la télé.

La mère a déjà entendu du LMS à la radio ou la télévision.

❖ **En ce qui concerne l’étude qualitative**

Nous avons utilisé une approche déductive. De ce fait nous n’avons pas planifié les dimensions à explorer à priori. Elles se sont construites au fur et à mesure que nos entretiens individuels se poursuivaient.

3.7 Les techniques et instruments de collecte des données.

3.7.1 Les techniques et instruments de collecte des données.

❖ Les techniques de collecte

Nous avions utilisé la technique de l’entretien

❖ Les instruments de collecte utilisés

Nous avions utilisé les instruments de collecte que sont :

1. Un questionnaire semi-structuré administré aux mères d'enfants vues en consultations dans l'objectif d'identifier les attitudes de lavage des mains au savon et les facteurs influençant.
2. Un Guide d'entretien avec les mères d'enfants en vue d'appréhender les croyances autour du LMS

4.8 Sources de données

Les données primaires de notre étude proviennent des entretiens avec les mères en consultation dans les CSPS de la commune de PABRE et les données secondaires proviendront de l'observation dans les CSPS et de la revue documentaire des carnets de santé et des rapports d'activités des CSPS. L'observation et la revue documentaire sont utilisés dans le souci de triangulation.

La synthèse logique de la collecte est résumée dans un tableau (annexe2)

4.9 Analyse des données.

L'analyse a porté sur les données quantitatives et sur les données qualitatives.

- Les données quantitatives ont été analysées à l'aide de logiciel SPSS version 20.

Nous avons procédé à une analyse d'abord descriptive. Ensuite à une analyse bi-variée qui apprécie l'association entre la variable dépendants et les variables explicatives. Nous avons effectué la statistique de « Khi-deux » pour tester cette association et la régression logistique binaire pour estimer les effets bruts. Nous nous sommes fixés un seuil de signification de 5%.

Ensuite, nous avons procédé à une l'analyse multivariée pour rechercher les déterminants du LMS, à l'aide le modèle régression logistique binaire.

Nous avons fait deux modèles de régression dans l'analyse multivariée pour voir l'effet net des différents facteurs sur le LMS. Cependant, notre interprétation a porté beaucoup plus sur les résultats de l'analyse bi-variée.

L'analyse des données qualitatives s'est faite en trois étapes.

Il s'agit de l'identification de thèmes, de la construction d'hypothèse (idée) et de la clarification de liens telles que préconisés par Tesch,1990 et par Wanlin,2007 cité par (Nathalie, K & Véronique ,Z, 2013) . Les techniques utilisées sont entre autre la transcription des récits, le codage thématique, et la mise à l'épreuve des objectifs de recherche. Les données seront traitées sous formes de thèmes, de verbatim.

### 4.10 La qualité des données

***Formation des enquêteurs***

Quatre (4) enquêteurs tous agents de santé, volontaires ont été formés à la date du lundi 6 août 2018. La formation a concerné les objectifs, les règles de participation, les items du questionnaire.

***Mise au point des outils de collecte des données***.

Un pré-test des outils de collecte a été fait au CSPS de PAZANI pendant la période du 25 juin au 26 juillet 2018 et a concerné 10 mères vues en consultation pour le questionnaire et trois mères pour le guide d'entretien semi structuré. Ce qui nous permis de reformuler certaines questions.

***Traitement des outils remplis***.

Au total neuf fiches (5,85%) avec des données inexploitables ont été retirées de la codification et de l'analyse.

**Entretiens individuels**.

Les entretiens individuels ont été réalisés au fur et à mesure jusqu'au niveau de saturation des informations (redondance des informations collectées).

### 4.11 Déroulement de l'enquête.

***Phase active et opérationnelle de la recherche***. La collecte des données s'est déroulée du 10 au 31 août 2018 dans les CSPS. Notre démarche a consisté à identifier avec les infirmiers chefs des enquêteurs ; soit un par site. Chaque enquêteur a bénéficié de deux supervisions.

***Collecte des données qualitatives***. Pour la partie qualitative les entrevues ont été négociées auprès des mères en leur adressant une note d'information du participant. Les entretiens ont été réalisés par nous-même. Lors du déroulement de l'enquête, nous nous sommes présentés aux participants. Après avoir décliné notre identité, nous avons fait un bref exposé introductif sur le thème, le but, l'objectif général de la recherche et les modalités de l'entrevue. Sur une base volontaire, chaque participant a rempli et signé un formulaire de consentement libre et éclairé. La collecte des informations issus des entretiens approfondis a été faite par enregistrement des entrevues au dictaphone, des observations avec prise de notes dans un journal de bord et une revue des documents après transcription, les phrases témoins ont été validées avec l'enquêtée.

### 3.12 Les considérations éthiques

Le projet de recherche a obtenu l'approbation du comité d'éthique de la recherche en santé (CERS) du ministère de la santé à la date du 1er aout 2018. (Annexe 5&6). Pour les participants, une lettre d'information leur a été adressée leur expliquant les objectifs de la recherche, les conditions de participation, les clauses de confidentialité, les avantages et inconvénients et le droit de retrait (Annexe 8). Leur consentement libre et éclairé a été authentifié par la signature d'un formulaire de consentement (Annexe 9 &10). Un système de codage a été adopté pour garantir l'anonymat des enquêtés. Ce codage alphanumérique suit l'ordre de réalisation des différents entretiens. Pour ce fait nous avons attribué de façon aléatoire un numéro de 1 à 145 mères qui ont participé à l'étude dans la partie quantitative (annexe 11). Un code est aussi attribué comme suit à chaque participante a la partie qualitative : F numéro anonyme " comme par exemple « F_01 ».

Au plan administratif une autorisation d'enquête a été également obtenue de la part de la direction régionale de la santé du Centre. (annexe 7)

### 3.14. Difficultés rencontrées

La réalisation de l'étude a connu quelques difficultés. Il s'agit notamment des reports multiples de sortie pour la collecte liée à l'inaccessibilité géographique après une

pluie. Aussi la faible collaboration de certains agents des CSPS ce qui a prolongé la durée de la collecte des données. La faible disponibilité des données des études sur l'hygiène des mains au niveau communautaire réalisées au Burkina Faso.

# CHAPITRE V PRESENTATIONS DES RESULTATS.

Les résultats de l'étude sont regroupés et présentés autour des points suivants : le niveau de participation, les caractéristiques des enquêtées, l'analyse descriptive, l'analyse bi variée, l'analyse multi variée, les croyances des mères relative au lavage des mains au savon. Les données validées de 145 mères ont été exploitées.

Au terme de l'enquête, nous avons atteint la saturation des données après neuf (09) entrevues individuelles qualitatives.

## 5.1. Taux de participation à l'étude selon l'instrument de cueillette des données

Le tableau ci-dessous montre le niveau de participation des mères à l'étude.

Tableau II: Niveau de participation à l'étude selon l'instrument de cueillette des données

| Instrument de collecte | nombre de participants attendu | proportion de participation (%) |
|---|---|---|
| Questionnaire administré aux mères | 154 | 100% |
| Entretien approfondi individuel avec les mères | 12 | 75% |
| Taux de participation à l'enquête | | 96,96 % |

Source : enquête aout 2018

La participation des enquêtées à la collecte des données est très satisfaisante dans toutes les sites de l'étude.

## 5.2 Caractéristiques des enquêtées

### 5.2.1 Caractéristiques socio- démographiques des mères enquêtées.

Le tableau ci-dessous résume les Caractéristiques socio- démographiques des mères.

Tableau III: Caractéristiques socio- démographique des mères enquêtées

**N=145**

| VARIABLES /MODALITES | EFFECTIFS | POURCENTAGE |
|---|---|---|
| **Age de la mère (année)** | | |
| 15-24 | 43 | 29,7 |
| 25-34 | 86 | 59.3 |
| 35 ET PLUS | 16 | 11 ,0 |
| Total | 145 | 100 |
| **Situation matrimonial** | | |
| Vit avec son mari | 142 | 97,9 |
| Vit seul | 03 | 2,1 |
| Total | 100 | 100 |
| **Distance parcourue domicile-csps** | | |
| -2km | 91 | 62,8 |
| 2km a 5 km | 39 | 29,9 |
| Plus de 5km | 15 | 10,3 |
| Total | 145 | 100 |
| -2km | 91 | 62,8 |

Source : enquête aout 2018

La majorité (59.3%) des mères ont un âge compris entre 25 à 34 ans. L'âge minimal est de 15 ans et l'âge maximal est de 40 ans. La plupart est non scolarisée (60,7%) et vivait avec leur mari (97,9%) enfin 62,8% ont parcouru moins de deux km pour se faire consulter au CSPS.

4.2.1 Caractéristiques des enfants vus en consultations

Le tableau ci-dessous résume les caractéristiques des enfants ayant été consultés dans les formations sanitaires.

Tableau IV: Caractéristiques démographique et statut pathologique des enfants vus en consultation

**N=145**

| Variables /modalités | effectifs | Pourcentage |
|---|---|---|
| Age de l'enfant | | |
| < 12 mois | 64 | 44,1 |
| 12 a 24 mois | 44 | 30,3 |
| 25mois -59mois | 37 | 25,5 |
| Total | 145 | 100 |
| Sexe | | |
| Masculin | 70 | 48,3 |
| Féminin | 75 | 51,7 |
| Total | 145 | 100 |
| Diagnostic après consultation | | |
| Diarrhée | 58 | 40,0 |
| Autres (fièvre, toux, maux de ventre …) | 87 | 60,0 |
| Total | 145 | 100 |

Source : enquête aout 2018

Plus de la majorité des enfants vus en consultation (74,5%) avait un âge compris entre 0 à 24 mois. L'âge minimal était de sept (7) jours et l'âge maximal est de 37 mois. Plus de la moitié des enfants sont de sexe féminin et au moins un enfant sur trois (40%) consulté fait la diarrhée.

## 5.3 Analyse descriptive des variables

5.3.1 La variable dépendante

La répartition des mères selon leurs attitudes par rapport au LMS après leur sortie des toilettes résumée dans le tableau ci-dessous.

Tableau V : Répartition des mères en fonction de l'attitude après leur passage aux toilettes

**N=145**

| Variables /modalités | effectifs | Pourcentage |
|---|---|---|
| **LMS après être sorti des toilettes** | | |
| Oui | 63 | 43,4 |
| Non | 82 | 56,6 |
| **Total** | **145** | **100** |

Source : enquête aout 2018

Parmi les cent quarante-cinq mères enquêtées 43,4% ont déclaré se laver systématiquement les mains au savon après être sorti des toilettes.

5.3.2 Description des variables indépendantes.

- Variables relatives aux facteurs prédisposant

Le tableau ci-dessous montre les résultats de l'analyse descriptive des variables des facteurs prédisposant.

Tableau VI : Résultats de l'analyse descriptive des variables prédisposant

N=145

| Variables /modalités | Effectifs | Pourcentage |
|---|---|---|
| **Niveau d'instruction** | | |
| Non scolarisée | 88 | 60,7 |
| Primaire | 50 | 34,5 |
| Secondaire et plus | **7** | 4,8 |
| | Connaissances de la mère | |
| **Importance du LMS** | | |
| Perçoit l'importance | 142 | 97,9 |

| Variables /modalités | Effectifs | Pourcentage |
|---|---|---|
| Ne perçoit pas | 3 | 2,1 |
| **Avantages du LMS pour la mère** | | |
| Connait les avantages | 133 | 91,7 |
| Ne connait pas | 12 | 8,3 |
| **Avantages du LMS pour l'enfant** | | |
| Connait les avantages | 131 | 90,3 |
| Ne connait pas | 14 | 9,7 |

Source : enquête aout 2018

Plus de moitié (60,7%) des mères ne sont pas scolarisées et 2,1 % des mères méconnaissent l'importance du lavage des mains au savon.

Plus de la moitié (91,3%) des mères citaient comme avantage la prévention de la maladie et ou d'avoir les mains propres et seulement 9,7% ne citaient aucun avantage LMS pour l'enfant.

- Variables relatives aux facteurs facilitant

Le tableau ci-dessous montre les résultats de l'analyse descriptive des variables

Tableau VII: Résultats de l'analyse descriptive des variables relatives aux facteurs facilitant

n=145

| **Variables /modalités** | **effectifs** | **Pourcentage** |
|---|---|---|
| **Disponibilité permanente de l'eau dans le ménage** | | |
| Oui | 114 | 78,6 |
| Non | 30 | 20,7 |
| manquant | 00 | |
| **Temps moyen pour s'approvisionner en eau** | | |
| Moins de 30 minutes | 46 | 31,7 |
| Plus de 30minutes | 99 | 68,3 |

| Variables /modalités | effectifs | Pourcentage |
|---|---|---|
| **Disponibilité permanente du savon dans le ménage** | | |
| Oui | 89 | 61,4 |
| Non | 56 | 38,6 |
| manquant | 00 | |
| **Cout abordable du savon** | | |
| Oui | 46 | 31,7 |
| Non | 99 | 68,3 |
| manquant | 00 | |
| **Bénéficie du soutien mari de son pour l'achat du savon** | | |
| Oui | 73 | 50,3 |
| Non | 72 | 49,7 |
| manquant | 00 | |
| **Existence de toilette dans le ménage** | | |
| Oui | 83 | 57,2 |
| Non | 62 | 32,4 |
| manquant | 00 | |
| **Existence de dispositif de LMS dans la toilette** | | |
| Oui | 28 | 19,3 |
| Non | 55 | 37,93 |
| manquant | 62 | 42,75 |

Source : enquête aout 2018

Pour la plupart des mères (75,9%) des mères l'eau était disponible dans les ménages

Mais seulement 68, 2% déclaraient mettre plus de 30mins pour s'approvisionner en eau et 34,5 % des mères s'approvisionnaient dans les forages.

Plus de la moitié des mères (61,5%) affirmaient que le savon était disponible permanemment dans le ménage, et 68,3% estimaient le coût du savon non abordable et 49,7% disaient ne pas bénéficier du soutien du mari pour l'achat du savon.

Concernant la disponibilité des toilettes dans les ménages, 57,2% des mères affirmaient disposer de toilette dans leurs ménages et seulement 19,3% de ces toilettes disposaient du dispositif de lavage dont l'eau et le savon. Un CSPS par les quatre disposait de dispositif de LMS pour les usagers.

- Variables relatives aux facteurs de renforcement ou les mesures incitatives

Le tableau ci-dessous montre les résultats de l'analyse descriptive des variables

Tableau VIII: Résultats de l'analyse descriptive des facteurs de renforcement

**N=145**

| Variables /modalités | effectifs | Pourcentage |
|---|---|---|
| **Bénéficie des conseils des agents de santé lors d'une consultation** | | |
| Oui | 54 | 37,2 |
| Non | 91 | 62,8 |
| manquant | 00 | |
| **Participation à une causerie /débat dans le CSPS** | | |
| Oui | 66 | 45,5 |
| Non | 79 | 54,5 |
| manquant | 00 | |
| **Déjà entendu des messages concernant le LMS a la radio ou à la télé** | | |
| Oui | 106 | 73,1 |
| Non | 39 | 26,9 |
| manquant | 00 | |

Source : enquête aout 2018

Plus du tiers des mères (37,2%) affirmaient déjà bénéficier de conseils sur l'hygiène des mains des agents de santé lors d'une consultation dans la formation sanitaire. Mais les conseils n'ont pas été mentionnés dans le carnet de santé. Environ 45% ont déjà assisté à une séance de causerie/débat sur l'hygiène des mains dans la formation sanitaire. Le thème n'a pas été abordé et consigné comme activité de causerie/débat dans les rapports mensuels durant les derniers mois (mai, juin, juillet 2018) par les agents de santé de toutes les CSPS. Il n'existait aucune affiche sur l'hygiène des mains dans ces formations sanitaires. 73,1% affirmaient avoir entendu parler du LMS dans les media (radio, télé).

## 5.4 L'analyse bi-variée

En dehors de la variable l'existence du dispositif de LMS dans la toilette dont le taux de non réponse est plus 10%, toutes les variables ont été prises en compte dans l'analyse uni variée. Elle comprend la mesure d'association avec le test de chi2 de Pearson et l'estimation des effets bruts par la régression logistique binaire.

**5.4.**1Mesure d'association avec le test de chi2 de Pearson

Les résultats sont résumés dans le tableau ci-dessous **:**

Tableau IX: Taux de LMS après être sorti des toilettes en fonction des facteurs influençant

**N=145**

| **Facteurs explicatifs** | **LMS après la sortie des toilettes %** | **Valeur de chi-deux de Pearson** | **p. Value** |
|---|---|---|---|
| | **Facteurs prédisposant** | | |
| **Importance du LMS** | | 2,354 | 0,125 |
| Perçoit l'importance | 97,9 | | |
| Ne perçoit pas | 2,1 | | |
| **Avantages du LMS pour la mère** | | 3,81 | 0,05 |
| Connait les avantages | 91,7 | | |
| Ne connait pas | 8,3 | | |
| **Avantages du LMS pour l'enfant** | | **5,36** | **0,02**** |
| Connait les avantages | 90,3 | | |
| Ne connait pas | 9,7 | | |
| **Niveau d'instruction de la mère** | | **10,49** | **0,00***** |
| Non scolarisée | 60,7 | | |
| primaire | 34,5 | | |
| Secondaire et plus | 4,8 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Facteur facilitant** | | | |
| **Disponibilité permanente en eau** | | **2,19** | **0,33** |
| Oui | 78,6 | | |
| Non | 20,7 | | |
| **Temps mis pour s'approvisionner en eau** | | **6,64** | **0,03**** |
| Moins de 30 minutes | 31,7 | | |
| Plus de 30min | 68,3 | | |
| **Disponibilité permanente en savon** | | 0,01 | 0,90 |
| oui | 61,4 | | |
| non | 38,6 | | |
| Cout abordable du savon | | 1,17 | 0,27 |
| oui | 31,7 | | |
| non | 68,3 | | |
| Bénéficie de l'aide de son mari pour l'achat du savon | | 0,18 | 0,66 |
| oui | 50,3 | | |
| non | 49,7 | | |
| Existence des toilettes dans le ménage | | 0,00 | 0,98 |
| oui | 57,2 | | |
| non | 32,4 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Facteurs de renforcement** | | | |
| **Bénéficie des conseils IEC des agents de santé lors de la consultation** | | **0,774** | **0,378** |
| Oui | 37,2 | | |
| Non | 62,8 | | |
| Participation causerie /débat sur le LMS | | 3,20 | 0,07 |
| Oui | 45,5 | | |
| Non | 54,5 | | |
| **Sensibilisation au media public : radio, télé** | | **1,238** | **0,26** |
| Oui | 73,1 | | |
| Non | 26,9 | | |

Légende : *** significatif au seuil de 1% ; ** significatif au seuil de 5%.

Au regard du tableau trois variables étaient associées au seuil de 5% au LMS après être sorti des toilettes. Ce sont les connaissances aux avantages du LMS pour l'enfant, le niveau d'instruction et le temps moyen pour s'approvisionner. Ces variables ont été prises en compte dans l'analyse dans une régression logistique binaire.

5.4.2 Estimation des effets bruts par la régression logistique binaire

L'estimation des effets bruts est faite sur chaque variable significative à 5%.

Tableau X: les effets bruts des variables explicatives sur le LMS après être Sorti des toilettes

**N=145**

| Facteurs explicatifs | LMS après la sortie des toilettes | | |
|---|---|---|---|
| | Odds ratio | IC à 95% | p. Value |
| **Connaissance des avantages du LMS pour l'enfant** | | | **0,01*** ** |
| Ne connait pas | 1 | | |
| Connait les avantages | 5,22 | [1,12-24,28] | 0,03**. |
| **Niveau d'instruction de la mère** | | | **0,00*** ** |
| Secondaire et plus | 1 | | |
| Non scolarisée | 0,08 | [0,10 - 0,74] | 0,02** |
| primaire | 0,19 | [0,022 - 1,74] | 0,14 |
| **Temps mis pour s'approvisionner en eau** | | | **0,02** ** |
| Moins de 30 minutes | 0,44 | [0,021 - 0,93] | 0,03** |
| Plus d'une heure | 1 | | |

Légende : *** significatif au seuil de 1% ; ** significatif au seuil de 5% ;

OR : odds ratio IC : intervalle de confiance.

Les Connaissance des avantages du LMS pour l'enfant, le niveau d'instruction, et le Temps mis pour s'approvisionner en eau sont significatifs au seuil de 5 %. Leurs contributions explicatives au LMS après la sortie des toilettes sont respectivement :

5,5% pour les Connaissances des mères des avantages du LMS pour l'enfant.

9,7% pour le niveau d'instruction de la mère et 4,3% pour le Temps mis pour s'approvisionner en eau.

Ces variables ont été prises en compte dans l'analyse multi variée

### 5.5 L'analyse Muli variée

L'analyse multi variée s'est effectué selon deux modèles. Le premier modèle 1 pour mesurer les effets des facteurs prédisposant explicatifs sur le LMS et le deuxième modèle 2 final pour identifier les déterminants en ajoutant les facteurs facilitant dans le modele1.

- **Modèle 1 : estimation des effets des facteurs prédisposant**

Le tableau ci-dessous

Tableau XI: Effets des facteurs prédisposant explicatifs sur le LMS après être sorti des toilettes

**N=145**

| Facteurs explicatifs | LMS après la sortie des toilettes | | |
|---|---|---|---|
| | Odds ratio | IC à 95% | p. Value |
| **Niveau d'instruction de la mère** | | | **0,02**** |
| Secondaire et plus | 1 | | |
| Non scolarisée | 0,09 | [0,10 - 0,86] | 0,03* |
| primaire | 0,212 | [0,02 - 1,89] | 0,16 |
| **Connaissance des avantages du LMS pour l'enfant** | | | **0,06** |
| Ne connait pas | 1 | | |
| Connait les avantages | 4.34 | [0,92-20,53] | 0,06 |
| P value du modèle | | 0,00*** | |
| $R^2$ de Nagelkerké | | 0,135 | |

Légende : *** significatif au seuil de 1% ; ** significatif au seuil de 5% ; OR : Odds ratio; IC : intervalle de confiance.

Le modèle 1 est très significatif. Les deux variables expliqueraient le LMS à 13,5%.

L'effet des connaissances des mères aux avantages du LMS pour l'enfant n'est plus significatif.

La variable niveau d'instruction de la mère est un facteur associé au LMS Ainsi comparées aux mères dont le niveau d'instruction est secondaire et plus celles qui sont non scolarisées ont 91% de chance en moins de se laver les mains au savon après être sorti des toilettes.

- Modèle 2 : identification des déterminants

Le tableau ci-dessous résume les déterminants.

Tableau XII: déterminants du LMS après être sorti des toilettes

n =145

| Facteurs explicatifs | LMS après la sortie des toilettes | | |
|---|---|---|---|
| | Odds ratio | IC à 95% | p. Value |
| **Niveau d'instruction de la mère** | | | **0,02**** |
| Secondaire et plus | 1 | | |
| Non scolarisée | 1,22 | [0,014 - 1,07] | 0,06 |
| primaire | 0,212 | [0,02 - 1,89] | 0,16 |
| **Connaissance des avantages du LMS pour l'enfant** | | | **0,07** |
| Ne connait pas | 1 | | |
| Connait les avantages | 4,06 | [0,85-19,35] | 0,07 |
| **Temps mis pour s'approvisionner en eau** | | | 0,06 |
| Moins de 30 minutes | 0,48 | [0,22-1,05] | 0,06 |
| Plus d'une heure | 1 | | |
| P value du modèle | | 0,00*** | |
| $R^2$ de Nagelkerké | | 0.163 | |

Légende : *** significatif au seuil de 1% ; ** significatif au seuil de 5% ; OR : odds ratio ; IC : intervalle de confiance.

Le $R^2$ de Nagelkerké progresse de 2,8% du modèle 1 au modèle 2 final et est très significatif au seuil de 1%. Les trois variables expliqueraient à 16,3% la variation du lavage des mains au savon après être sorti des toilettes chez les mères d'enfants. Comparativement au modèle 1 le niveau d'instruction est resté significatif mais les effets de ses modalités ne sont plus significatifs. La variable temps mis pour s'approvisionner en eau serait un facteur de confusion. Car la majorité (68,3%) des mères dont le temps d'approvisionnement est supérieur à plus de 30 min ,60,3% sont non scolarisées,32,32% ont le niveau primaire et seulement 7,07% ont le niveau supérieur et plus. En outre l'accès à l'eau est un facteur primordial et l'attitude de la mère à se laver les mères au savon âpres la sortie des toilettes est plus lié à cette variable quel que soit son niveau d'instruction.

Au terme de l'analyse multi variée aucune variable n'est déterminante au LMS les mères d'enfants vues en consultation dans la commune rurale de PABRE.

## 5.6 **Croyances relatives au lavage des mains au savon**

Nous avions cherché à connaitre les croyances des mères relatives au LMS à travers un entretien approfondi. Plusieurs croyances positives et obstacles ressortent à travers les récits des mères dont les principales sont :

- **Se laver les mains au savon sert à se prémunir des maladies**

  Au cours de nos entretiens approfondis au moins une mère sur quatre perçoit le bénéfice sanitaire du lavage des mains au savon. En témoin les propos de F3 âgée de 25 ans et non scolarisée. « Le *LMS avant de donner à manger à l'enfant est très important, il permet éviter à l'enfant les diarrhées, les maux de ventre, les samsés …car les mains continent de saletés source de maladies* « (Entrevue (F3) PABRE. NIKIEMA).

- **Mais se laver les mains ne sert pas uniquement à se prémunir des maladies, il existe des préjugées autour du lavage des mains au savon.**

  Les propos ci-dessous sont illustratifs

  **Pour F7 âgée de 26 ans et non scolarisée**.

  « Pour *moi en tant que mère je me lave obligatoirement les mains au savon après avoir accomplir mon devoir conjugal et avant de donner à manger à mon enfant cela lui épargne des maladies qui relèvent de la médecine moderne* même. *(Rires)* », (Entrevue F7 SABTENGA, NIKIEMA).

  **Quant à F5 âgée de 28ans non scolarisée relate** :

  « Je *me laver les mains au savon pendant ma période des menstrues car pendant cette période je suis sale et je peux transmettre des maladies a enfant comme les maladies de sang, le SIDA* » (Entrevue F5 PABRE. NIKIEMA).

  Enfin (F4 âgée de 25 ans et de niveau d'instruction primaire).

  *« Je me lavage les mains au savon quand je dois prendre une douche ou lorsque mes mains sont sales après les travaux champêtres ».* (Entrevue F4 NEDOGO. NIKIEMA).

- **Les mères rencontres des difficultés à la promotion de la pratique : L'eau, le coût du savon, le manque de soutien du conjoint.**

  Selon F9 âgée de 25 ans et de niveau d'instruction primaire

  *« Nous voulions bien et bel se laver les mains au savon comme recommande les docteurs mais nous rencontrions des difficultés comme le savon, le prix savon élevé, pas moins de 300f la boule, nous sommes souvent seules à le procurer, alors sommes pauvres sans revenu. »*. (Entrevue (F9) PABRE. NIKIEMA).

  Des propos de F9 âgée de 23 ans de niveau d'instruction primaire.

  *« L'eau constitue notre principale difficulté. Tu vas au robinet avec deux bidons de 20l, tu peux attendre plus de 6h, tu reviens souvent dans la nuit, le mari en fait un problème. Il nous sera difficile d'utiliser l'eau pour se laver les mains alors il faut voir ou faire la cuisine »* (Entrevue f 8 GOUPANA. NIKIEMA).

# CHAPITRE VI : DISCUSSIONS DES RESULTATS.

En tenant compte des résultats de l'étude et des éléments de la revue de la littérature, nous avons bâti notre discussion autour des principaux résultats. Cette partie comprend : les limites de l'étude, la discussion des principaux résultats, la synthèse des résultats et les suggestions d'amélioration.

## 6.1 Les Limites de l'étude.

La variable dépendante du lavage des mains au savon n'a pas été observée il peut y avoir un biais de mémoire. Ce qui peut accroitre les biais de mesure, et par conséquent, les résultats doivent être interprété avec prudence.

Il serait cependant opportun de compléter l'étude en observant l'effectivité du LMS le passage aux toilettes dans les ménages ou milieu de vie.

Les sites de l'enquête et profil des enquêteurs peuvent influencer des informations collectées.

En la non généralisation des résultats de l'étude car l'échantillonnage n'était pas probabiliste.

Malgré cela les résultats auxquels nous avons abouti peuvent contribuer à la promotion de l'hygiène des mains dans la commune de PABRE.

## 6.2 Discussions des principaux résultats

### 6.2.1 Les facteurs associées au lavage des mains au savon

- Les facteurs prédisposant :

Le niveau d'instruction et les connaissances de la mère sont les facteurs associés au LMS après être sorti des toilettes. L'analyse bi variée a décelé les facteurs suivants :

- **Le niveau d'instruction de la mère**

A cet effet comparées aux mères scolarisées avec un niveau secondaire et plus, les mères non scolarisées ont 92% de chance en moins de pratiquer le LMS après la sortie des toilettes. La non scolarisation est un facteur négatif au LMS (tableau X)

La scolarisation est un facteur de socialisation et de développement. Elle multiplie les chances pour l'individu de mener une vie saine. Nos résultats corroborent avec ceux de **(Opara. P et al., 2017)**. Dans son étude quantitative chez les mères révèle que, la probabilité de se laver les mains était associée à leur niveau d'éducation.
Cependant au Burkina Faso elle reste un défi à relever. En témoigne le fait que la plupart des enquêtées ne sont pas scolarisée (tableau VI). La non scolarisation est un facteur qui influence négativement l'adoption de comportement favorable à la santé. Elle réduit les chances de pratiquer le LMS. A cet effet la scolarisation est un processus qui permet d'acquérir les connaissances en particulier sur l'hygiène. Ce qui accroitra les changes de pratiquer le LMS.
Le fait d'être instruite n'est pas synonyme d'adoption de comportement car selon la théorie de la norme sociale perçue, la perception de la normativité du comportement du groupe de référence guide le comportement de l'individu en l'informant du comportement « normal » et en contraignant les comportements qui seraient déviants. C'est la croyance collective du comportement influencée par nos cultures qui pensent que : « l*a propreté est une affaire de blanc et la maladie est un fait de dieu ».*
.

- **La connaissance de la mère aux avantages du LMS pour l'enfant**

La connaissance de la mère relative aux avantages du LMS pour l'enfant est une variable explicative du lavage des mains au savon après être sorti des toilettes. Elle est un facteur associé, plus précisément comparées aux mères qui ne connaissent aucun avantage du LMS pour l'enfant, celles qui connaissent des avantages du LMS pour l'enfant (moyen de réduction et ou de prévention des maladies de l'enfant) ont 5 fois de chance en plus de se laver les mains au savon après la sortie des toilettes. C'est un facteur positif pour le LMS (tableau X).

La bonne perception comme moyen permettant d'éviter la diarrhée chez l'enfant motiverait plus les mères à accepter et à surmonter les difficultés auxquelles elles feront face. Aussi cette bonne perception des mères pourrait être le fruit des activités de sensibilisation sur l'hygiène des mains réalisées par les agents de santé et surtout

par des medias radio, télé). C'est un atout communautaire à la promotion de l'hygiène des mains et à la promotion de la sante communautaire chez les mères.

Ils devraient être renforcé et rendu pérenne. En fin le résultat conforterait l'opinion selon laquelle le renforcement des connaissances des mères par le biais des medias et des séances d'IEC peut jouer un rôle dans la promotion de l'hygiène des mains

Nos résultats sont similaires à ceux de l'enquête de NICOLLE 2006, dont les variables expliquant à la déclaration d'une mesure d'hygiène (lavage des mains, bonne hygiène corporelle ou générale) dans la vie quotidienne pour se protéger des maladies infectieuses (n = 3 493) sont entre autres, le sexe, la présence d'enfant dans la famille, l'estimation du risque de contracter une maladie infectieuse. Ils sont aussi similaires aux résultats de l'enquête réalise en 2015 au Sénégal par Swiss Tropical and Public Heath Institute, l'Institut de Santé Publique et du Développement, et l'université Cheikh Anta Diop de Daka qui relèvent que le niveau d'instruction du chef de ménage et la connaissance de l'importance du LMS sont des facteurs associes à la pratique du LMS systématique(Swiss Tropical and Public Health Institute et al., 2015).

- Les facteurs facilitant.

- **Le temps moyen pour s'approvisionner en eau dans le ménage**

C'est un facteur associé et primordial au LMS. Ainsi comparées aux mères dont le temps moyen pour s'approvisionner est plus d'une heure, celles dont le temps moyen d'approvisionnement en eau est inférieur à 30min ont 56 % de chance en plus de se laver les mains au savon après être sorti des toilettes (tableau X). Le temps moyen court pour s'approvisionner en eau est un facteur favorisant le LMS.

Le temps d'approvisionnement en eau est un indicateur de suivi de l'accès à l'eau qui constitue une ressource primordiale. Cependant avoir de l'eau constitue une corvée pour les mères. Ainsi 65,3 % restaient de plus de 30 min dans les sources d'eau afin de s'approvisionner. Ce taux selon EDS/BF 2010 est de 62% des ménages, le temps

de trajet pour atteindre une source d'approvisionnement en eau est estimé à moins de 30 minutes Cette situation pourrait constituer un frein au LMS régulier et quotidien.
A cet effet les mères auraient tendance à économiser le liquide précieux et le LMS serait reléguer en seconde plan au profil de boire et de faire la cuisine. (Propos de f 8)
Ce résultat est similaire aux résultats de l'étude réalise par Schmidt et al auprès de 800 ménages. Ainsi avec un total de 5 182 possibilités critiques de lavage des mains, les facteurs sont l'accès à l'eau, le niveau d'éducation, l'exposition aux médias étaient associées comportement de lavage des mains au savon. Seulement les ménages ayant très peu accès à l'eau et à l'assainissement et les moins éduqués et exposés aux médias se lavaient les mains nettement moins que la majorité des ménages. La petite taille de notre échantillon pourrait explique cette différence.

En somme ces déterminants confirment en partie notre première hypothèse dans le volet les facteurs prédisposant, les facteurs facilitant déterminent la pratique du LMS. Ils élucident notre question de recherche et contribuent également à l'atteinte de notre premier objectif de recherche.

### 6.2.2 Des préjugés socio-culturels relatifs au lavage des mains au savon.

Il existe des préjugés non favorables à la promotion du lavage hygiénique des mains. Comme en témoignent les propos de f4 et de f5. L'existence de ses préjugés pourrait s'expliquer par le taux élevé de non scolarisation des mères, l'insuffisance des connaissances des avantages et des activistes de sensibilisation. Ces préludes constituent des obstacles au LMS. Nos résultats corroborent avec les résultats des données qualitatives de Synthèse de recherches formatives et d'observation de terrain menées au Mali et dans d'autres pays en développement, rédigé par Jérémie Toubkiss en 2012 qui notifiaient également des préjugés sociaux autour du LMS. L'existence de ces préjuges confirmerait notre deuxième hypothèse. Ces préjugés sont des facteurs qui influencent la pratique du LMS après la sortie des toilettes et ils contribuent à répondre notre question de recherche.

### 6.3 La synthèse des résultats.

La synthèse des résultats est résumée en ces points suivants :

- ✓ **Il existe des facilitants au lavage des mains au savon**.

La disponibilité de l'eau, l'implication des media dans la promotion de l'hygiène. En plus nous notons la connaissance appréciable des mères de l'importance du LMS et comme moyen de prévention des maladies de l'enfant sont des facilitant aux attitudes de Lavage des mains au savon dans les résultats des données (tableauVII) et des récits des mères.

Ce résultat corrobore avec celui des résultats de l'étude (Toubkis. Jeremie, 2012) « Une recherche formative sur les perceptions communautaires et comportements en nutrition et hygiène au Burkina Faso' réalisée en 2016 par le projet SPRING, Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally: l'importance et partant les avantages liés au lavage des mains sont connus de tous : les mères perçoivent bien l'intérêt qu'il y a à avoir les mains propres car cela leur permet d'éviter les maladies et aussi d'éviter que leurs enfants tombent malades.

- ✓ . **Les mères rencontrent des obstacles :**

**1 Difficulté d'accès à l'eau**

La Disponibilité permanente en eau Parmi les enquêtées 78,6% déclaraient avoir de l'eau en permanence et seulement 31, 7% déclaraient mettre moins de 30 mins pour s'approvisionner et 37,9 % des mères s'approvisionnent dans les forages. Cette situation compromet la pratique quotidienne du lavage des mains et la promotion de la femme. Dans de nombreuses communautés, les femmes et les filles sont responsables de la collecte de l'eau pour la cuisine, le nettoyage, le lavage des mains et plus encore. Le temps et les risques associés, combinés avec les conséquences pour la santé d'un mauvais comportement en matière du lavage des mains, signifient que les femmes peuvent passer à côté d'opportunités de s'éduquer, travailler, être productive, et profiter du temps libre.

**2. Coût jugé élevé du savon**

Plus de deux tiers des mères enquêtées estiment que le cout du savon est cher. Ce qui constitue un frein à la disponibilité du savon et une limite à la promotion du LMS. Notre résultat est similaire à celui de l'étude réalisée par Swiss Tropical and Public Health Institute et al en 2015 qui relevé que le score socio-économique des ménages est un facteur associé à la pratique du LMS systématique (Swiss Tropical and Public Health Institute et al., 2015).

3. **La faible existence des toilettes au sein des ménages et du dispositif de lavage des mains au savon à l'intérieure des toilettes.**

Cette situation ne favoriserait pas le développement l'attitude positive de se laver les mains chez les mères. Mais est-elle suffisante ? La réponse est non car comprendre l'adoption comportement de LMS est influencé la perception du risque et de la gravité de celui-ci.

**4. Il n'y a pas de dispositif et d'affiches de LMS pour les usagers dans les CSPS.**

La présence des dispositifs de LMS pour les usagers servira d'outils pédagogiques lors des séances IEC. L'utilisation des messages texte comme un moyen de transmettre des messages de santé peut être un moyen efficace permettant d'atteindre un public plus large que sont les usagers. Ces messages doivent être courts, faciles à comprendre et susceptibles d'être utilisé.

5 **Les agents de santé n'intègrent pas suffisamment l'IEC lors de la consultation curative (tableau VIII) et les IEC réalisées ne sont pas notés dans le carnet de santé**.

Les séances causeries sur l'hygiène sont insuffisamment réalisées et consignées dans les rapports d'activités dans les CSPS. L'échec des agents de santé à observer l'hygiène des mains est considérée comme la principale cause des infections associées aux soins. Ils doivent également être invités à encourager leurs patients surtout les mères à se laver les mains. Les agents de santé communautaires peuvent accompagner

leurs communautés à organiser des activités pour la Journée mondiale du lavage des mains.

**6. les cinq moments du lavage au savon sont méconnus par les mères et des préjugées existent autour du LMS**.

Seulement 6 parmi les mères ont cités les trois attitudes que sont : après le passage dans les toilettes ; Après avoir nettoyé l'anus de l'enfant qui vient de déféquer et Avant de donner à manger à l'enfant. Ces attitudes pratiquées contribuent à la réduction de contamination orale après contact avec les excréments humains. Aucune mère n'a pu citer tous les cinq moments clés de lavage des au savon. Ceci témoigne une méconnaissance faisant place à la propagation des préjugés néfastes. Contrairement à d'autres interventions de santé, telles que les vaccins, le lavage des mains doit être pratiqué de manière constante pour avoir un effet. Cela doit devenir un automatisme aux moments critiques. Ce qui nécessite d'abord que les gens aient du savon et de l'eau pour se laver les mains et qu'on leur rappelle ou qu'on les persuade de le faire régulièrement avant que cela devienne un automatisme.

**7. l'existence des préjugés sociaux sur le LMS**

Cette situation pourrait être liée au fort taux de non scolarisation de certaines d'entre elles et à la faible implication des agents de santé dans la stratégie de l'éducation pour la santé. Les facteurs psychologiques, les croyances et les valeurs influent sur le comportement. Ce dernier aspect constitue un défi pour la promotion de la santé communautaire

## 6.4Suggestions d'amélioration

De ceux qui précèdent, il est important de noter que les actions d'amélioration de l'hygiène des mains au Burkina Faso devraient être orientées vers les éléments suivants, sans que la liste soit exhaustive :

- accroitre la fourniture en eau potable en milieu rurale dans l'atteinte de l'objectif zéro corvée d'eau.
- renforcer les séances de sensibilisation sur les avantages de l'hygiène des mains dans les formations sanitaires, dans les villages par le biais des medias, des causeries éducatives et des affiches.
- accroitre le pouvoir économique des femmes à travers la création des activités génératrices de revenus afin d'accroitre le pouvoir d'achat pour le savon.
- favoriser la scolarisation des jeunes filles et même au-delà du post primaire, c'est-à-dire renforcer la capacité des femmes à travers une scolarisation plus longue et soutenue, afin de réduire l'ignorance source de préjugés négatifs.
- faire un plaidoyer auprès des décideurs et des représentants du gouvernement pour veiller à ce que des ressources des dispositifs de lavage des mains et des toilettes soient disponibles dans des endroits clés (les ménages, et les établissements de santé).

# CONCLUSION

Le lavage systématique des mains à la sortie des toilettes est une pratique familiale recommandée dans la stratégie de Prise en Charge communautaire Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) au Burkina Faso. Sa pratique n'est pas satisfaisante chez les mères de la commune de Pabré. L'étude révèle la faible existence des toilettes et du dispositif de lavage des mains au savon dans les ménages, le cout jugé élevé du savon et le faible soutien du mari à l'acquisition du savon, et la faible réalisation des activités de sensibilisation sur l'hygiène des mains par les agents de santé. L'analyse explicative bi variée montre que trois variables sont associées au lavage systématique des mains au savon après être sorti des toilettes. Ce sont le niveau d'instruction de la mère, le temps moyen pour s'approvisionner en eau dans le ménage et les connaissances de la mère liées aux avantages du LMS pour l'enfant. L'exploration qualitative montre que des croyances des mères influencent la pratique du LMS.

La fourniture en eau potable en milieu rurale, les séances de sensibilisation sur les avantages de l'hygiène des mains et le pouvoir économique des femmes devront être renforcés. Aussi il faudrait également favoriser la scolarisation des jeunes filles et même au-delà du post primaire, c'est-à-dire renforcer la capacité des femmes à travers une scolarisation plus longue et soutenue, afin de réduire l'ignorance source de préjugés négatifs.

Une étude quantitative à l'échelle régionale voir nationale pourrait être envisagée et en ciblant les mères qui disposent effectivement des toilettes en vue d'identifier d'autres facteurs explicatifs. De même des études qualitatives pourraient également être menées pour comprendre les perceptions socio sanitaires des maris relatives au lavage hygiénique des mains pour une promotion de la pratique familiale du lavage des mains au savon.

.

## BIBLIOGRAPHIE


Arbogast J, et al. (2016). Impact of a Comprehensive Workplace Hand Hygiene Program on Employer Health Care Insurance Claims and Costs, Absenteeism, and Employee Perceptions and Practice. J Occup Env Med,; 58(6): e231-40.

Arnaud Gautier, O., Marie Jauffret, -Roustide Christine, F., Ram, Libbet, Kumar, & Rolf. (2006). Enquête Nicolle 2006 Connaissances, attitudes et comportements face au risque infectieux tJestin. *editions inpes*. https://doi.org/10.4269/ajtmh.16-0445

Cellule d'appui à la décentralisation du système sanitaire. (2009). Guide de stratégies de diagnostic et de traitement des affections prioritaires au premier échelon.

Creswell, J. W. (1998). *Qualitative research and inquiry design: Choosing among five traditions*. (S.l.): Thousand Oaks, CA: Sage.

Curtis. Valerie, Scott Beth, & Jason Cardosi. (2006). Manuel initiative_ lavage_ des_mains:Guide de préparation d'un programme de promotion du lavage des mains au savo. Your Hand Hearth.

Dairo.David.M, Ibrahim.Faisal.T, & Saluwu.Taophic.A. (2017). Prevalence and determinants of diarrhoea among infants in selected primary health centres in Kaduna north local government area, Nigeria. The Pan African Medical Journal 28:109. doi:10.11604/pamj.2017.28.109.8152.

DGESS /MS /BF. (2015). Atelier de restitution des résultats de monitorage communautaire des pratiques familiales.

DGESS/ Burkina Faso. (2016). annuaire stastistique 2016.

District sanitaire de sig-noghin. (2018). Plan d'action 2018.

DSF /MS Burkina Faso. (2015). plan stratégique pour la survie des enfants de moins de cinq ans au Burkina Faso 2016-2020.

ENSP. (2006). cours de santé communautaire, SFAS / Epidémiologie. Ouagadougou, ENSP, 61 pages.

Galiani, S., Gertler, P., Ajzenman, N., & Orsola-Vidal, A. (2016). Promoting Handwashing Behavior: The Effects of Large-scale Community and School-level Interventions: Hygiene, Handwashing, Behavior Change, Randomized

Evaluation. *Health Economics*, *25*(12), 1545-1559. https://doi.org/10.1002/hec.3273

Ghiglione, R., & alli. (1985). Manuel d'analyse de contenu. Paris, Armand Colin.

Global Handwashing Partnership. (2017). guide de planificateur, 6ème édition.

Global Public-Private Partnership for Handwashing. (2009). . Journée mondiale du lavage des mains, Guide de la planification 2ème édition. 2009.

Hernandez, O., Weinger, M., Arnold, F., Ram, P. K., Loughnan, L., Kumar, S., & Luyendijk, R. (2017). Handwashing in 51 Countries: Analysis of Proxy Measures of Handwashing Behavior in Multiple Indicator Cluster Surveys and Demographic and Health Surveys, 2010–2013. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, *97*(2), 447-459. https://doi.org/10.4269/ajtmh.16-0445

Hutton G, & Haller L. (2004). Evaluation of the costs and benefits of water and sanitation improvements at the global level. WHO,http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43840/1/9789241596435_eng.pdf.

Ilesanmi, O. S., & Alele, F. O. (2015). The effect of Ebola virus disease outbreak on hand washing among secondary school students in Ondo State Nigeria, October, 2014. *The Pan African medical journal*, *22*(Suppl 1).

INSD /Burkina Faso. (2010). Rapport EDSBF-MICS IV.

INSD/BF. (2015). Enquête multisectorielle continue (EMC) 2014: Morbidité au sein de la population:

Ireps. (2013). Promouvoir l e lavage de s mains en mileu scolaie:Identification des freins et leviers sur 4 écoles élémentaires et 4 collèges de Gironde ,Rapport final.

Layla McCay. (2015). Handwashing Research Summary: What we learned about handwashing in the third quarter of 2015. The Global Public-Private Partnership for Handwashing.

Madhumita ,D, Ram Narayan ,M, & Ayan ,J. (2013). Social Determinants of Good Hand-Washing Practice (GHP) Among Adolescents in a Rural Indian

Community. Family & Community Health: April/June 2013 - Volume 36 - Issue 2 - p 172–177 doi: 10.1097/FCH.0b013e318282ac42 Original Articles.

Mairie de Commune rurale de Pabre. (2015). PCD DE PABRE :2015-2019.

Mould, D, Carlson, A, Christofides, N., & Greiner,K. (2016). Déterminants-socio-culturels-pour-l-adoption-des-pratiques-familiales-essentielles-à-Madagascar. Athens, Ohio: The Institute for the African Child.

Nathalie, K, & Véronique ,Z. (2013). Analyse de données qualitatives et rechercheintervention, Recherches en Sciences de Gestion. (N° 95), p. 211-237. DOI 10.3917/resg.095.0211.

Olayinka Stephen Ilesanmi, & Faith Osaretin Alele. (2014). The effect of Ebola Virus Disease outbreak on hand washing among secondary school students in Ondo State Nigeria,.

Opara. P, Alex-Hart. B, & Okari T. (2017). Hand-washing practices amongst mothers of under-5 children in Port Harcourt, Nigeria.

Pelletier, R., Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida, & Comité prévention. (2001). *Comprendre, planifier, intégrer et agir: modèle de planification, application à l'organisation et à la recherche communautaires*. Montréal : Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida.

Prüss-Üstün A. (2008). Safer water, better health: costs, benefits and sustainability of interventions to protect and promote health. WHO,http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43840/1/9789241596435_eng.pdf.

ROBICHAUD-EKSTRAND.S, VANDAL.S, & BRADET.R. (2001). les modeles de comportements en santé.

sante actu. (2017). Lavage des mains : En faire une habitude chez les mères et dans les centres de santé.

Sawadogo L. (2012). déterminants du faible taux de contre référence des malades : cas du district sanitaire de Sig-noghin . Mémoire de fin d'études) (p. 85).ENSP.

Schmidt.W, Aunger.R, Coombes.Y, Maina.P.M., Nkatha.C, & Biran.A. (2009). Determinants of handwashing practices in Kenya: the role of media exposure, poverty and infrastructure. Tropical Medicine and International Health.

Scott B, Curtis V, & Rabie,T. (2003). Protecting children from diarrhoea and acute respiratory infections: the role of handwashing promotion in water and sanitation programmes. WHO Regional Health Forum 7, 42–47.

Seimetz, E., Mosler, H.-J., & Boyayo, A.-M. (2016). The Influence of Contextual and Psychosocial Factors on Handwashing. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, *94*(6), 1407-1417. https://doi.org/10.4269/ajtmh.15-0657

Swiss Tropical and Public Health Institute, Institut de Santé Publique et du Développement, & Université Cheikh Anta Diop de Dakar (UCAD). (2015, 25 septembre). Enquête hygiene et assainissement, Sénégal – Rapport final. Swiss Centre for International Health.

Tchaou, A. G. (2008). Facteurs associés aux recours aux soins de santé primaires dans la commune d'Abomey-Calavi en République du Bénin. Mémoire de fin d'études) (p. 85). Institut supérieur des sciences de Population.

To,Kien Gia, Lee,Jong-Koo, & Nam,You-Seon. (2016). Hand washing behavior and associated factors in Vietnam based on the Multiple Indicator Cluster Survey 2010 2011.pdf. Global Health Action, 9:1, 29207, DOI: 10.3402/gha.v9.29207.

Toubkis.Jeremie. (2012). Obstacles à l'utilisation des latrines et au lavage des mains au savon.

Unicef. (2016). One is too many: Ending child deaths from pneumonia and diarrhea.

WHO. (2009). World Health Statistics. http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.htm.

ANNEXES 1: Correspondance entre les concepts et les variables retenues à l'étude

Correspondance entre les concepts, les variables et codes retenues à l'étude

| Concepts | variables | Modalité | code |
|---|---|---|---|
| | | | |
| LMS | La mère pratique le LMS après la sortie des toilettes | Oui<br>Non | VD |
| Connaissances de la mère | Importances du LMS | □ A avoir les mains propres<br>□ B se protéger contre les maladies<br>□ C : A et B<br>□ D : aucun | V1 |
| Connaissances de la mère | Importances du LMS | □ Connait<br>□ Ne pas connait | V1 remodifiée |
| | Niveau d'instruction | Non scolarité □<br>Primaire □<br>Secondaire et plus □ | V2 |

| Concepts | variables | Modalité | code |
|---|---|---|---|
| | Avantages du LMS pour la mère | □ A permet éviter les maladies<br>□ B réduire le nombre de maladie<br>□C : A et B<br>□D : aucun | V3 |
| Connaissances de la mère | Avantages du LMS pour la mère | □ A perçoit<br>□ Ne perçoit pas | V3 remodifiée |
| | Avantages du LMS pour l'enfant | □ A permet éviter les maladies<br>□ B réduire le nombre de maladie<br>□C : A et B<br>□D : aucun | V4 |
| | Avantages du LMS pour l'enfant | □ A perçoit<br>□ Ne perçoit pas | V4 remodifiée |

| Concepts | variables | Modalité | code |
|---|---|---|---|
| Disponibilité de de l'eau | Disponibilité permanente en eau dans le ménage | Oui<br>Non | V5 |
| | Temps mis pour s'approvisionner en eau | Oui<br>Non | V6 |
| Disponibilité de du savon | Disponibilité permanente en savon dans le ménage | Oui<br>Non | V7 |
| | Cout abordable du savon | Oui<br>Non | V8 |
| | Bénéficie du soutien de son mari pour l'achat | Oui<br>Non | V9 |
| Disponibilité des toilettes | Existence de toilette dans le ménage | Oui<br>Non | V10 |
| | Existence de dispositif (eau et savon) de LMS au sein des toilettes | Oui<br>Non | V11 |
| Conseils | Bénéfice de Conseils lors de la consultation | Oui<br>Non | V12 |
| Sensibilisation | Participation Causerie/débat | Oui<br>Non | V13 |
| | Message entendu à la radio ou à la télé | Oui<br>Non | V14 |

Annexes 2 : Cadre d'analyse des variables de la partie quantitative

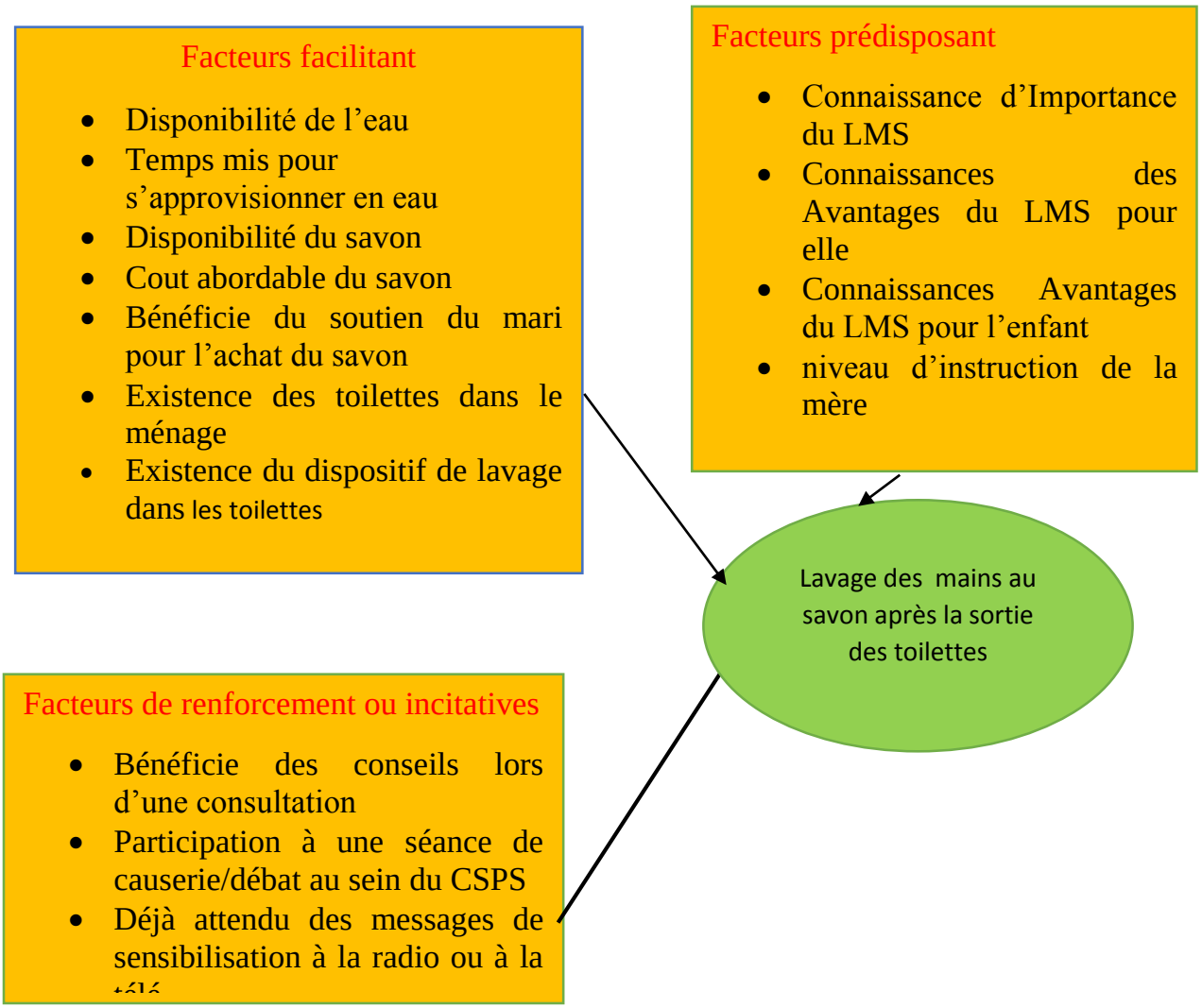


Schéma 3 du cadre d'analyse des variables.

Annexes 3: Synthèse de la logique de la collecte des données

| Objectif 1 : Identifier les facteurs associes au lavage des mains au savon chez les mères d'enfants de moins de 5ans vues en consultation dans les CSPS de la commune de PABRE | | | | |
|---|---|---|---|---|
| DIMENSIONS | SOUS DIMENSIONS/VARIABLES | CIBLE | TECHNIQUES | OUTILS DE COLLECTE |
| Connaissances | Importance du lavage des mains au savon | Mère | Entretien semi-directif | Questionnaire |
| | Avantages du LMS pour soi-même | | | |
| | Avantages du LMS pour soi-même | | | |
| | | | | |
| Attitudes | Les moments critiques du LMS | Mère | Entretien semi-directif | questionnaire |
| Disponibilité et accessibilité des ressources | Disponibilité permanente en eau dans le ménage | | | |
| | Disponibilité Permanente du savon dans le ménage | | | |
| | Disponibilité de toilette dans le ménage | | | |
| | approvisionnement régulier suffisant en eau dans le ménage | | | |
| | Bénéficie du Soutien pour rend disponible le savon | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Disponibilité du dispositif de lavage pour les usagers dans le CSPS | CSPS | observation | Grille d'observation |
| Conseils reçus | IEC du LMS pendant la consultation | Mère | Entretien semi directif | Questionnaire |
| | Participation à une Causerie /débat sur l'hygiène dans la FS | Carnet de santé - | -revue documentaire | -fiche d'analyse documentaire |
| Sensibilisation | Les affiches de LMS dans les CSPS | Salles d'accueil de la FS | Observation | grille d'observation |
| | Messages attendus dans les médias : radio | Mère | Entretien semi directif | questionnaire |

Objectif 2 Décrire les croyances relatives au LMS chez mères d'enfants de moins de 59 mois vues en consultation dans les CSPS de la commune de PABRE sur le LMS

| DIMENSIONS | SOUS DIMENSIONS/VARIABLES | CIBLE | TECHNIQUES | OUTILS DE COLLECTE |
|---|---|---|---|---|
| Croyances | Relation LMS/diarrhée<br>Dimension culturelle<br>Représentation sociale | Mère | | |
| | Quelles sont les Difficultés rencontrées pour le LMS régulier et quotidien pour pratiquer le LMS. | | Entretien approfondi | Guide d'entretien |

Annexes 4: **Questionnaire adressé aux mères d'enfants**

**Thème de recherche** : les déterminants du lavage des mains au savon chez les mères d'enfants de 0 à 59 mois vues en consultations dans la commune de PABRE

**Exposé introductif**

Bonjour ! Je m'appelle…….. Je suis enquêteur de l'étude de fin d'étude en Master 2 dont le thème est « les déterminants du lavage des mains au savon chez les mères d'enfants de 0 à 59 mois vues en consultations dans la commune de PABRE ». L'objectif est de comprendre les facteurs influençant le lavage des mains chez les mères en milieu communautaire. C'est à ce sujet que nous menons cet entretien qui consiste l'administration d'un questionnaire, d'une durée d'environ 20 minutes. Les informations que nous allons collecter feront l'objet d'un traitement anonyme informatisé et elles resteront strictement confidentielles. Votre participation à l'étude est libre et volontaire. Vous pouvez interrompre l'entretien à tout moment, sans avoir à fournir de raison et sans encourir des désagréments sur les plans professionnel et personnel. Cependant, j'espère que vous accepterez participer pleinement à l'enquête car votre opinion sur le sujet est très importante pour notre étude.

Avez-vous des questions d'éclaircissement à poser ? Oui … Non …
Si oui, lesquelles ?…….

Pouvons-nous commencer l'entrevue ? Oui … Non …
Si non, merci pour le temps accordé. Fin de l'entrevue.
Si oui, nous vous remercions pour votre disponibilité.

Date de l'entretien……..

Heure début …….. Heure Fin ……

N° de l'enquêtée ……..

## A INFORMATIONS GENERALES SUR L'ENQUETE

Age de la mère : ☐ 15 ans -24ans ☐ 25 ans - 34 ans ☐ 35ans et plus

Niveau d'instruction : □ non scolarisé primaire □ secondaire et plus □

Situation matrimonial : □ vit avec un mari □ vit seul

Distance parcourue domicile- CSPS : □ moins de 2km □ 2km a 5km

□ Plus de 5km

Age de l'enfant : □ -12mois □ 12 mois -24 mois □ 25-59 mois

Sexe de l'enfant : □ M □ F

Diagnostic de l'enfant : □ diarrhée □ autres

NB : primaire : CP1 au CM 2 ; secondaire et plus : 6eme et plus aucune : n'est pas fréquenté à l'école.

Vit seul : célibataire, divorcée, veuve, mariée mais résident pas son Mari

## B LES FACTEURS PREDISPOSANT

### I Connaissances sur le lavage des mains au savon

1 - Importance des mains au savon

Pourquoi il est nécessaire de se lavez les mains au savon ?

□ A avoir les mains propres

□ B se protéger contre les maladies □C autres

2 quelles sont Avantages pour vous si pour vous pratiquer le LMS ?

□ A permet éviter les maladies

□ B réduire le nombre de maladie

□C autres

3 Quelles sont les avantages du LMS pour votre enfant si pour vous pratiquer le LMS ?

□A permet éviter les maladies

□B réduire le nombre de maladie/diarrhée

C autre

**II : les attitudes**

4. Quelles sont les moments indiqués pour le lavage des mains au savon que vous pratiquez au quotidien ?

Après la sortie des toilettes
B Après avoir nettoyé l'anus de l'enfant qui vient de déféquer
C avant de manger
D Avant de donner à manger à l'enfant
E Avant de faire la cuisine
Autres

NB Autres : aucune des réponses possibles

**C LES FACTEURS FACILITANT**

**I : disponibilité en eau**

5 Avez –vous en permanence de l'eau dans votre ménage pour pratiquer régulièrement le LMS ?

Oui non

6 Quelle la source d'eau d'approvisionnement pour le ménage ?

Robinet Forage puits mare

7 Quel est le Temps mis pour s'approvisionnement en eau ? ……

-30 MIN 30 min a une heure plus d'une heure

**II disponibilité du savon**

8 Avez-vous en permanence du savon dans votre ménage pour pratiquer le LMS ?

 Oui  non

9 Selon vous le cout financier du savon est abordable ?

 Oui  non

10 Bénéficiez-vous de l'aide de votre mari pour se procurer du savon ?

 Oui  non

**III disponibilité des toilettes**

11 Existe-t-il des toilettes améliorées dans votre ménage ?

 Oui  non

12 si oui Existe-t-il un dispositif de LMS dans vos toilettes ?

Oui  non

Si oui lesquels ?  Savon eau  source /bouilloire 

**D LES FACTEURS DE RENFORCEMENT**

I les conseils donnés par les agents de santé

13. Avez-vous bénéficié des conseils IEC sur le LMS de la part de l'agent lors d'une consultation ?

 Oui  non

II sensibilisation

14. Depuis que vous fréquentez le CSPS avez déjà assisté à une de causerie /débat sur l'hygiène en général et le LMS en particulier ?

 Oui  non

15.. Avez déjà entendu de lavage des mains à la radio ou à la télé ?

 Oui  non

Si oui précisez le type de media :  radio  télé

**Merci de votre collaboration.**

Annexes 5:**Guide d'entretien semi-structure avec les mères d'enfants.**

**Thème de recherche** : les déterminants du lavage des mains au savon chez les mères d'enfants de 0 à 59 mois vues en consultations dans la commune de PABRE

**Exposé introductif**

Bonjour ! Je m'appelle NIKIEMA Mahamadou Je suis étudiant en Master 2. Je dois produire mon mémoire de fin d'études dont le thème est « les déterminants du lavage des mains au savon chez les mères d'enfants de 0 à 59 mois vues en consultations dans la commune de PABRE ». L'objectif est de comprendre les facteurs influençant le lavage des mains chez les mères en milieu communautaire. C'est à ce sujet que nous menons cette entrevue individuelle, d'une durée d'environ 30 à 40 minutes. Les informations que nous allons collecter seront enregistrées et feront l'objet d'un traitement anonyme informatisé et elles resteront strictement confidentielles. Votre participation à l'étude est libre et volontaire. Vous pouvez interrompre l'entrevue à tout moment, sans avoir à fournir de raison et sans encourir des désagréments sur les plans professionnel et personnel. Cependant, j'espère que vous accepterez participer pleinement à l'enquête car votre opinion sur le sujet est très importante pour notre étude.

Avez-vous des questions d'éclaircissement à poser ? Oui … Non …
Si oui, lesquelles ?…….

Pouvons-nous commencer l'entrevue ? Oui … Non …
Si non, merci pour le temps accordé. Fin de l'entrevue.
Si oui, nous vous remercions pour votre disponibilité.

I INFORMATION GENERALES

Code F……..

Age …….

Niveau d'instruction ……

II LES CROYANCES/PERCEPTIONS AUTOUR DU LMS

1. Quand et pourquoi la mère d'enfant doit se laver les mains au savon

Question de relance Existe d'autres indications de LMS ?

2 Quelles sont les difficultés vous racontez pour faire le laver les mains au savon une pratique quotidienne et régulière ?

-d'ordre personnel ?
- d'ordre matériel et financier ?
-d'ordre social ?

-mesure incitative ?

**Merci de votre collaboration**

Annexes 6 : Avis favorable du comité d'éthique

**MINISTERE DE LA SANTE**
---
**MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS SUPERIEURS, DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE ET DE L'INNOVATION**
---
**COMITE D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE EN SANTE**

**BURKINA FASO**
---
**Unité – Progrès –Justice**

**DELIBERATION N° 2018-8-104**

**1. TITRE DE LA RECHERCHE**

« Déterminants du lavage des mains au savon chez les mères d'enfants vues en consultation dans la commune de Pabré »

**2. REFERENCE DU PROTOCOLE**

Année académique 2017- 2018

**3. DOCUMENTATION**

Protocole de recherche resoumis

**4. REFERENCE DU DEMANDEUR**
**IFRIS**
Directeur de mémoire : Pr DRABO K. Maxime
Etudiant : NIKIEMA Mahamoudou

**5. SITE DE LA RECHERCHE**

Burkina Faso

**6. DATE DE LA DELIBERATION**

01 août 2018

**7. ELEMENTS EXAMINES**

Conception scientifique et conduite de la recherche ;
Soins et protection des participants à la recherche ;
Protection de la confidentialité des données du participant à la recherche ;
Processus de consentement éclairé et note d'information ;
Budget de la recherche ;
CVs

**8. OBSERVATIONS**

Néant

**9. MEMBRES AYANT SIEGE**

Dr Séni KOUANDA ;
Dr Germaine MINOUNGOU/COMPAORE;
Mr Mathias SAM ;
Dr Clotaire NANGA ;
Dr R. Frank Edgard ZONGO ;
Dr Maminata TRAORE ;
Pr Dieud-Donné OUEDRAOGO ;
Pr Fla KOUETA

**10. AVIS DU COMITE**

Favorable

**11. RESERVES**

**12. RECOMMANDATIONS**

Ouagadougou, le 01 août 2018

Le Rapporteur

Comité d'Ethique pour la Recherche en Santé au Burkina Faso
Rapporteur
CERS

**Dr Germaine MINOUNGOU/COMPAORE**

Le Président

Comité d'Ethique pour la Recherche en Santé au Burkina Faso
Président
CERS

**Pr Séni KOUANDA, Directeur de recherche**
*Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques*

ANNEXE 7: CERTIFICAT D'ETHIQUE

MINISTERE DE LA SANTE
---
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE ET DE L'INNOVATION
---
COMITE D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE EN SANTE

BURKINA FASO
*UNITE - PROGRES - JUSTICE*

01 AOU 2018

**CERTIFICAT ETHIQUE**

Le Président du Comité d'éthique pour la recherche en santé

Au

Monsieur NIKIEMA Mahamodou,
Etudiant - IFRIS

Je voudrais par le présent porter à votre connaissance que le **Comité d'éthique pour la recherche en santé** (CERS), par délibération N° 2018-8-104, après examen de votre protocole intitulé : «Déterminants du lavage des mains au savon chez les mères d'enfants vues en consultation dans la commune de Pabré », **a émis un avis favorable.**

Ce certificat est valable pour une durée de un (01) an, renouvelable sur demande accompagnée d'un rapport annuel.

Aussi, un rapport d'exécution de fin d'étude sera transmis au CERS.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de ma parfaite collaboration.

Comité d'Ethique pour la Recherche en Santé du Burkina Faso ★CERS★ Président

**Pr Séni KOUANDA, Directeur de recherche**
*Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques*

Annexe 8: Autorisation d'enquête de la DRS-centre

MINISTERE DE LA SANTE
.....
REGION DU CENTRE
.....
DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE

BURKINA FASO
UNITE – PROGRES – JUSTICE

N°2018 _____ MS/RCEN/DRSC

Ouagadougou, le 10 JUIL 2018

**AUTORISATION D'ENQUETE ET D'ENTRETIEN**

Je soussigné, Directeur Régional de la Santé du Centre, autorise **Monsieur NIKIEMA Mahamoudou,** étudiant en Management de la qualité et sécurité des patients à l'institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaire en Science de la Santé et de l'Education (IFRISSE) à réaliser une enquête dans le cadre d'une étude dont le thème est « **Déterminants du lavage des mains au savon chez les mères d'enfants vues en consultation dans la Commune de Pabré** ». L'enquête concernera le district sanitaire de Sig-Noghin.

Par ailleurs, je vous invite à déposer un exemplaire du rapport de collecte de données à la Direction Régionale de la Santé du Centre.

Aussi, le document final validé par l'instance pédagogique de votre institution nous sera-t-il indispensable pour le service de documentation de notre structure.

La présente autorisation est délivrée sur demande des intéressés.

Le Directeur Régional
de la Santé du Centre,

Le Directeur

**Dr. W. Thomas OUEDRAOGO**
*Médecin de Santé Publique*

**Ampliations**

District de Sig-Noghin
Interessé
IFRISSE
Archive/chrono

Annexe 9 : Note d'information de la participante

Madame

Je suis NIKIEMA Mahamadou étudiant en master 2 en sciences infirmières à L'IFRISSE site à l'USTA.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je voudrais m'entretenir avec vous dans le cadre d'une étude sur les déterminants du lavage des mains au savon chez les mères dans la commune de PABRE. Le but de l'étude est de contribuer à la promotion de l'hygiène des mains en milieu communautaire. L'objectif général sont identifier les déterminants et de décrire les croyances relatives à l'attitude de lavage des mains au savon pendant les cinq moments indiqués. Au terme de l'étude, les conclusions pourraient servir aux autorités sanitaires et acteurs de développent de la commune d'entreprendre des actions d'l'amélioration de la pratique familiale et traceuse pour la santé infantile.

Veuillez lire attentivement la fiche d'enquête afin de prendre connaissance des informations qui expliquent cette enquête.

**Des conditions de participation**

Vous êtes invité à participer à l'étude. Cette participation est libre et volontaire. Vous n'êtes pas obligé de répondre à toutes les questions

Y a-t-il des risques à participer ?

Non ; Il n'y a pas de risque aucune à participer à cette étude. Nous avons juste besoin de vos avis.

Y a-t-il des bénéfices à participer à cette étude ?

Il n'y a pas de bénéfice directe en participant à l'étude, mais nous vous rassurons que votre contribution pourrait apporter un plus à la recherche et à la lutte contre la maladie.

Les déclarations seront-t-elles confidentielles ?

Oui, vos propos seront tenus confidentiels et ne seront pas divulgués conformément au secret médical. Les entretiens seront enregistrés et transcris. Ces transcriptions seront portes à votre pour amendements, avant toute publication.

Si vous avez d’autres questions d’éclaircissements ?

N’hésitez pas à demander des explications sur des informations qui ne sont pas clairs.

Merci d’avance pour votre contribution. Nous sollicitons votre accord et votre consentement éclairé.

Je reste à votre disposition pour vous donner tout complément d'information que vous jugeriez nécessaire.

Signé : L’enquêteur

Annexe 10 : Formulaire de consentement éclairé de la participante

Je soussigné(e),

Madame, ……

Certifie avoir pris connaissance de l'étude dont le thème est : «déterminants du lavage des mains au savon chez les mères vues en consultation dans la commune rurale de PABRE» qui sera réalisé par Mr NIKIEMA Mahamadou étudiant en Master II en science de la santé mention sciences infirmières option Management de la qualité et de la sécurité des patients à l'IFRISSE /USTA SAABA et sous la direction de Pr DRABO K Maxime , Directeur de Mémoire et de Dr BONTOGO Mamadou Assistant de recherche au centre de recherché en sante de Nouna Je reconnais que le chercheur a expliqué mes droits, les exigences de la présente étude, et les risques potentiels associés à participer à cette étude. Je comprends qu'il n'y a pas compensation pour, ou un avantage direct de participer à cette étude.

Le…….Signature (précédée de la mention "lu et approuvé")

Annexes 11: Engagement du témoin si participant illettré.

Je soussigné madame /monsieur …… s'engage à traduire fidèlement les propos de l'enquêteur a l'enquêtée et vice-versa dans l'étude portante sur les déterminants du lavage des mains au savon chez les mères vues en consultation dans la commune rurale de PABRE » qui sera réalisé par Mr NIKIEMA Mahamadou étudiant en Master II en science de la santé mention sciences infirmières option Management de la qualité et de la sécurité des patients.

Date et signature

Annexes 12 : Codification des enquêtées.

| **Numéro /Localité** | **Code enquêtée** |
|---|---|
| | |
| **pabre** | **P1,……p51** |
| **Nedogo** | **N1……N40** |
| **Sabtenga** | **S1……..S40** |
| **Goupana** | **G1……G23** |
| **Total** | **154** |

TABLE DES MATIERES

.....1

IN MEMORIAM .....ii

DEDICACES .....ii

REMERCIEMENTS.....iii

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS .....vi

DEFINITION DES TERMES .....vii

RESUME .....x

ABSTRACT.....xi

INTRODUCTION .....1

CHAPITRE I : LA REVUE DE LITTERATURE .....3

1.1 Résultats des études antérieures. ..... 3

1.1.1 Les facteurs prédisposant ..... 4

1.1.2. Les facteurs de renforcement ..... 7

1.2.3. Les facteurs facilitants ..... 7

1.2 Définitions des concepts..... 9

1.3 Description du cadre théorique de l'étude..... 11

1.4 Cadre de référence..... 13

CHAPITRE II : PROBLEMATIQUE. .....16

2.1 Enoncé du problème ..... 16

2.2 Question de recherche ..... 18

2.3 But : ..... 18

2.4 Les objectifs de recherche. ..... 18

2.5 Hypothèses de recherche..... 18

3.1 Situation géographique..... 19

3.2 Structure démographique ..... 20
3.3 Situation en Eau potable ..... 20
3.4 Situation de L'assainissement ..... 21
3.5 Situation sanitaire ..... 21
CHAPITRE IV : METHODOLOGIE DE RECHERCHE ..... 23
4.1 Type d'étude ..... 23
4.2 La population d'étude. ..... 23
4.3 Les critères d'inclusion. ..... 23
4.4 L'échantillon ..... 24
4.5 L'échantillonnage ..... 25
4.5.2 L'échantillonnage des cibles ..... 26
4.6.3 Stratégies de recrutement des cibles ..... 26
4.6 Les variables de l'étude ..... 26
3.7 Les techniques et instruments de collecte des données. ..... 28
3.7.1 Les techniques et instruments de collecte des données. ..... 28
4.8 Sources de données ..... 29
4.9 Analyse des données ..... 29
4.10 La qualité des données ..... 30
4.11 Déroulement de l'enquête. ..... 30
3.12 Les considérations éthiques ..... 31
3.14. Difficultés rencontrées ..... 31
CHAPITRE V PRESENTATIONS DES RESULTATS. ..... 33
5.1. Taux de participation à l'étude selon l'instrument de cueillette des données ..... 33
5.2 Caractéristiques des enquêtées ..... 33

5.3 Analyse descriptive des variables ..... 36
5.3.1 La variable dépendante ..... 36
5.3.2 Description des variables indépendantes. ..... 36
5.4 L'analyse bi-variée ..... 40
5.4.1Mesure d'association avec le test de chi2 de Pearson..... 40
5.4.2 Estimation des effets bruts par la régression logistique binaire..... 42
5.5 L'analyse Muli variée..... 44
5.6 Croyances relatives au lavage des mains au savon ..... 47
CHAPITRE VI : DISCUSSIONS DES RESULTATS. .....49
6.1 Les Limites de l'étude. ..... 49
6.2.1 Les facteurs associées au lavage des mains au savon ..... 49
6.2.2 Des préjugés socio-culturels relatifs au lavage des mains au savon. ..... 52
6.3 La synthèse des résultats. ..... 53
6.4Suggestions d'amélioration ..... 56
CONCLUSION.....57
BIBLIOGRAPHIE.....58
Annexes 1: Correspondance entre les concepts et les variables retenues à l'étude....I
Annexes 2 : Cadre d'analyse des variables de la partie quantitative.....IV
Annexes 3: Synthèse de la logique de la collecte des données..... V
Annexes 4: Questionnaire adressé aux mères d'enfants..... VII
Annexes 5:Guide d'entretien semi-structure avec les mères d'enfants. .....XI
Annexes 6 : Avis favorable du comité d'éthique..... XII
ANNEXE 7: CERTIFICAT D'ETHIQUE .....XIV
Annexe 8: Autorisation d'enquête de la DRS-centre ..... XV

Annexe 9 : Note d'information de la participante .....XVI

Annexe 10 : Formulaire de consentement éclairé de la participante ..... XVIII

Annexes 11: Engagement du témoin si participant illettré. .....XIX

Annexes 12 : Codification des enquêtées. .....XIX